Ötvenedik évfolyam. 5. szám. *Budapest, 1906. február 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.

Genersich Gusztáv: A kanyaró lappangása. 266. lap.

Barla-Szabó József: Közlemény a budapesti egyetem gyógyszertani intézetéből. Chloroform és phosgen. 269. lap.

Zimmermann Károly: Közlés a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. ny. r. tanár.) A gátor légdaganatainak és a légmellnek keletkezéséről. (Kiterjedt nyaki műtét elsődleges nyaki rák miatt, mediastinális emphysema, kétoldali pneumothorax, halál.) 270. lap.

Tárcza. Elischer Gyula: A laparotomia visszatekintőleges megvilágításban. 273. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Prof. Siebenmann:* Grundzüge der Anatomie und Pathogenese der Taubstummheit. (Ifj. Klug Nándor.) 274. lap. — *Jessner*: Kompendium der Hautkrankheiten einschliesslich der Syphilide und einer kurzen Kosmetik. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Bechold.* A Nylander-féle czukorpróba megbizhatósága. — *Gyógyszertan. Thoms:* A strophantus gratus. — *Bab*: A hopogan és az ektogan. — *Belorvostan. Wright*: Fejfájás gyógyitása. — *Winkelmann*: Pneumonia cruposa. — *Sebészet. Kaufmann*: Gastroenterostomia retrocolica posterior után keletkező pepticus fekély. — *Clairmont*: Tetanusnak endoneurális antitoxin-injectiókkal gyógyitott esete. — *Rowlands*: Az alkar ischaemiás contracturája. — *Owen*: Czombtörés után keletkezett popliteális aneurysma — *Chisholm Williams*: Röntgen-sugárral kezelt rákok. — *Sedgwick*: Gyomorfekélyperforatió. — *Bode*: Az appendicitis sebészeti gyógykezeléséről. — *Wiesinger*: Epekőileus. — *Danielsen*: A Bier-féle hyperaemiáról. — *Jottkowitz*: Pseudarthrosisok gyógyitása. — *Húgyszervi betegségek. Völcker* és *Lichtenberg*: Pyelographia. — *Katzenstein*: A kryptorchismus kórtanáról és gyógyitásáról. — *Idegbajok. Cramer* és *Többen*: Mikrobák choreások vérében. — *Lasarew*: A gyermekkori vagy fiatalkori tabes. — *E. Müller*: A vizelészavar hemiplegiában. — *Gyermekgyógyászat. Schick*: Lymphadenitis postscarlatinosa. — *Devraigne*: Lumbalpunctio diagnostikus czélból álhalott újszülötteken. — *Venereás bántalmak. Leven*: A kankó gyógyitása. — *E. Schindler*: Epididymitás gonorrhoica. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Pini*: Az isopral. — *Cecikas*: Gonorrhoea. — Aorta-aneurysma. — *Magyar orvosi irodalom.* Budapesti orvosi ujság. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. 274—279. lap.

Vegyes hirek. Tüdővészgyógytani pályadij. — Kinevezés — A VIII. ker. orvostársaság ülése. — A budapesti orvosi casino. — 85 éves keresetképtelen collega. — Megjelent. — Elhunyt. — Kisebb hirek külföldről. — A bécsi kamara ülése. — A bécsi laryngologiai egyesület. — Barbieri dr. — Az orvos felelőssége chloroform-halálozás alkalmával. — A orvosok nemzetközi ligája. — Nemzetközi hygiene-kiállitás. — A Lissabonban tartandó nemzetközi orvosi congressus. — Pályázatok. — Hirdetések. 279—280. l.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. Orvosegyesület. — Budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

Mellékletek. A belgyógyászati vesemegbetegedések sebészeti kezeléséről. Irta: *Illyés Géza.* — Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning „Albargin" czimü prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A kanyaró lappangása.

Irta: *Genersich Gusztáv* dr., egyetemi magántanár, a kolozsvári állami gyermekmenhely igazgató-főorvosa.

Már több mint 50 éve, hogy *Panum* a Farao-szigeteken a kanyaró lappangási időszakát megállapitotta és azt az időt, mely a történt fertőzés és a kanyaró kiütése között eltelik, 14 napban jelölte meg. Daczára annak a kanyaró lappangási idejét illetőleg nemcsak hogy nincs még teljes megállapodás, hanem egyesek véleményei oly szélsőségeket képviselnek, melyek a képtelenséggel határosak.

Ha az idevágó irodalmat átlapozgatjuk, azt találjuk ugyan, hogy a szerzők tekintélyes része a *Panum*-féle határidőszámitást helyesnek ismeri el, de másik része azt állitja, hogy a kanyaró lappangása nem határozható meg pontosan.

Panum meghatározását, mely szerint a kanyaró a fertőzéstől a kiütésig lappangana, már *Bohn* helyesbitette, mert a kiütés előtt néhány nappal már oly tünetek jelentkeznek, melyek a bántalom kitörését jelzik, sőt ebben az időben a beteg már fertőz is. Ezt az időt, mely ma mint előzményi vagy hurutos időszak ismeretes, *Bohn* a lappangási időszakból levonandónak mondja úgy, hogy a *Panum*-féle időszámitás csak ennek leszámitásával helyes.

Ha azonban ettől eltekintünk és a számitás könnyebbitése végett a *Panum*-féle lappangási időszakot veszszük kiindulásul, a szerzőknek két említett táborát következőleg csoportosithatjuk: *Thomas, Bohn, Silbersberg, Alsberg, Landtsherr, Voit, Sevestre, Green, Vacher, Bókay, Purjesz* és *Comby* a 14 napos határidőt fogadják el, illetve azt mondják, hogy a fertőzés napját elsőnek véve, a kiütés a 14. napon jelenik meg, tehát a lappangás tulajdonképen 13 nap. Az a londoni bizottság, melyet a kanyaró lappangási és fertőzési időszakának meghatározására küldtek ki, szintén 13 napos lappangást állapit meg. *Freund* is, ki 2 eset között 29 napot látott eltelni, az esetek zömében 14 illetve 13 napos lappangást észlelt és az említett 2 esetet nem vezeti le egymásból, hanem a 2. esetről is azt állitja, hogy az 14 nappal azelőtt fertőztetett. *Fereira* és *Alsberg* oly csecsemőknél, kiknek anyja a gyermek születésekor kanyaróban betegedett meg, az élet 15. illetve 14. napján kanyarókiütést észleltek. A szerzők ezt a határidőt oly esetekből vezették le, melyeknél a fertőzés napját pontosan meg lehetett határozni és *Voit* kiemeli, hogy az ilyen tiszta esetek meglehetősen ritkák.

Ezekkel szemben a lappangást a *Panum*-féle értelmezés szerint *Förster* 12 naposnak mondja, mások pedig azt állitják, hogy a lappangás nem pontos és állandó időköz, hanem több napos, tágabb határú időre terjedhet. Igy *Koren* 8—16, *Freyer* 3—12, *Hagen* 14—16, *Hansen* 6—19, *Mercier* 12—14, *Fels* 13—14, sőt 17, *Demme* egyik közleményében 13—15 és kivételesen 6, másik közleményében 5—15, átlagban 7—8, *Steinitz* 8—14, *Hand* 6—14, *Gernsheim* 16—17, *Warschauer* 10—14 napos időközt tartanak lehetségesnek, sőt *Leroux* 19—20 napos. *Markley* 30 és *Tuffnell* 45 napos lappangásról szól.

De nemcsak a lappangási időszakot illetőleg vannak ily ellentétes nézetek, hanem abban sincs teljes megegyezés az egyes szerzők között, hogy a kanyaró mely időben fertőző. Mig *Mercier* és *Sevestre* első sorban az előzményi és csak másodsorban a kiütési szakban tapasztalták a legtöbb fertőzést és *Bard* a kiütés előtti 2 napot tartja a legfertőzőbbnek, *Hansen* inkább a kiütéses szakban látott fertőzést, mint az előzményiben; *Voit* a kitöréses és virágzási szakot, *Panum* pedig a kitörési napot jelöli meg mint olyant, melyen a fertőzés megtörténik. *Bard* 3—4, *Green* már 4 nappal a kiütés előtt látott fertőzést, sőt *Thomas* azt is lehetségesnek tartja, hogy a fertőzés a tiszta, tünetmentes lappangás alatt is megtörténik. A szerzők legnagyobb része a kiütés elhalványodása

után a fertőzés lehetőségét kizárja, de *Freund* azt még 14 nappal azután is fenntartja és az említett londoni bizottság 3 hét mulva is látott fertőzést.

Nekem évek óta alkalmam van ezt a kérdést tanulmányozni. Volt számos tiszta esetem, hol csak egyetlen egy napon történt az érintkezés beteg és fertőzött közt. Ily eseteket leginkább a magángyakorlat szolgáltat. Több gyermekkel biró családokban igen elterjedt szokás, hogy valamely gyermek lázas megbetegedésekor a többieket azonnal elkülönitik. Gyermek-jourok, szini előadások, kirándulások, utazások sokszor teremtenek tiszta eseteket, melyeknél az érintkezésnek egyetlen egy napon való kimutatása lehetséges. Ide tartoznak azok az esetek is, mikor valamely gyermek vagy egyén egyetlen egy és biztosan meghatározott napon látogatott el kanyaróval fertőzött házba.

Ily, a fertőzést illetőleg teljesen tisztázott esetekben évek óta azt tapasztalom, hogy a fertőzött gyermekek egyszerre, egyetlen napon, és pedig 13 napi időköz mulva a 14. napon betegednek meg kanyarókiütésben.

Sőt észleléseim a fertőzési lehetőség határidejére is sok támpontot nyujtottak. Észrevettem, hogy a kanyaró az előzményi szakban, 3 nappal a kiütés előtt kezdődőleg, fertőz, de fertőző képessége a kiütéses szakban is megmarad és gyakran előfordult, hogy a gyermekek nem fertőződtek az előzményi szakban, és ha a kiütés jelentkezésekor elkülöníttettek, a bántalmat kikerülhetik.

Szóval arra a megállapodásra jutottam, hogy a kanyaró a 3 napos előzményi szak első napjától a lehevülés napjáig fertőző képességgel bir.

Ezen észlelet birtokában képes voltam a fertőzési határidő és a lappangási időszak ismeretének felhasználásával azt a napot meghatározni, melyen a megtörtént fertőzés után a megbetegedést várom, illetőleg megjelölhettem azt a határt, melyen belül a megbetegedés történhetik és számításomat felhasználtam arra, hogy családoknál az elkülönített testvérek közt meglessem a fertőzöttet és a többieket a fertőzéstől megmentsem.

Ezt a rendkivüli óvatosságot kötelességemnek ismertem, mert számos család gümőkórosan terhelt, és számos családban van kicsiny, 1 éven alüli gyermek, kik a kanyarótól életveszélyesen megbetegedhetnek.

A kanyaró egyike a legszabályosabban lefolyó bántalmaknak és észlelésem szerint évek óta egy és ugyanazon szabály szerint jelentkezik és pedig úgy, hogy a gyermekek a történt fertőzés után 10 napig tünetmentesek, a 11. napon hurutos tünetek között betegednek meg, és ha e közben 3 nap eltelt, a fertőzés utáni 14. és a megbetegedés utáni 4. napon jelentkezik a kiütés. A kiütés az első napon az arczon és törzsön, a második napon a végtagokon jelenik meg, 2 napi tartam után fordul a betegség, tehát a fertőzéstől számitott 16. és a megbetegedés utáni 6. napon. Ha ekkorára javulás nem állott be, complicatioval van dolgunk.

Ettől a szabálytól csak ritkán láttam eltérést. Leggyakrabban fordult elő az, hogy az előzményi szak már 4—5 nappal a kiütés előtt kezdődött, sőt egy esetben úgyszólván az egész lappangás alatt észleltem lázat, melynek lényegét nem tudtam megállapitani. Kórismém typhus és malaria között ingadozott, chinint is rendeltem, consultáltam is, de a bántalom természetét illetőleg csak akkor jöttem tisztába, mikor a hurutos tünetek megjelentek. Ezekben az esetekben is a fertőzés és kiütés közti időt 13 naposnak találtam.

Észleléseim alapján lassanként erős meggyőződésemmé vált, hogy a kanyaró pontosan, szakokban lefolyó bántalom és hogy fertőző képességének idejét jól lehet megjelölni. A gyermekkorban előforduló többi fertőző bántalom nem osztható szét oly szabályszerü szakaszokra, de ezek egy nagy részében is a lappangási időszakot tiszta esetek alapján sikerült meghatároznom és mivel e tapasztalat birtokában családoknál sikerült öntudatos elkülönítés által a fertőzésnek elejét venni, azt gondolom, hogy módszeremet járványok alkalmával iskolákban is lehetne alkalmazni.

Erre a gondolatra az is vezetett, hogy az iskolabezárás nálunk minden módszer nélkül és későn, többnyire a járvány derekán történik és akkor oly hosszú időre szabják, mely a tanulást nagyon hátráltatja és e miatt a tanügyi férfiak az iskola bezárásától nagyon irtóznak.

Én az iskola bezárásánál szükségesnek tartottam, hogy a különböző fertőző bántalmaknál nem egyformán járjanak el, hanem a lappangási időszakból induljanak ki. Kivántam, hogy rövid lappangással biró bántalmaknál az iskola illető osztálya (és nem az egész iskola) azonnal az első eset bejelentése után zárassék be, különben azok, a kik az első esettől fertőztettek, az osztályban újabb fertőzést hozhatnak létre és akkor a betegségnek se vége se hossza. Oly bántalmaknál, mint pl. a kanyaró, a bárányhimlő, a fültőmirigylob, melyeknek lappangása hosszabb, azt tartottam, hogy az iskoláztatás csak akkor szüntetendő be, a mikor a fertőzési képesség megkezdődik.

Ebbeli nézeteimet az 1903-ban Kolozsvárt tartott vándorgyülésen ki is fejtettem, a vándorgyüléshez indítványkép be is terjesztettem és „A fertőző bántalmak lappangási időszakának fontosságáról“ czimmel a „Budapesti Orvosi Ujság“ „Gyermekorvos“ melléklete 1903. évi 1. számában meg is jelentettem.

A vándorgyülés ilyen kérdések elintézésével nem foglalkozik, az újságok czikkeiről nem sokan vesznek tudomást és azért történt, hogy fellépésem eredménytelen maradt.

Midőn ez év (1905) tavaszán Kolozsvárt kanyaró jelentkezett, a járvány elején az iskolákban semmi intézkedés nem történt, hanem az iskolákat, mikor már a fél város fertőzve volt, a járvány tetőfokán 2—4 hétre bezárták.

Ez a körülmény szolgáltatott okot arra, hogy mint a városi egészségügyi szakosztály tagja, az ügyet szóvá tegyem. Egy ülésünk alkalmával kifejtettem eddigi tapasztalataimat, felemlítettem a kanyaró lappangási idejének állandó voltát és magyarázgattam, hogy mivel akkor, a mikor az első eset bejelentetett, már 3 nappal előzőleg fertőzés történhetett, az iskola illető osztályát e három nap leszámításával 10—3 = 7 nappal a bejelentett kanyarókiütés után be kellene zárni és pedig a fertőzési határidő szerint legfeljebb egy hétre.

A szakosztály tagjainak nagy része helyeselte indítványomat, azonban egyik orvos tagja nemcsak számításaimban látott ellentmondást, hanem kijelentette, hogy a kanyaró lappangási idejére nézve korántsem oly megállapodottak a nézetek, mint a hogy azt én kifejtettem. E miatt azután a szakosztály laikus tagjai kivánatosnak tartották, hogy ez a kérdés előbb orvostudományi körökben tisztáztassék.

Nos hát ide hozom az ügyet. Az irodalmi adatok számos ellentmondása és zürzavara mellett nehéznek látszik a feladat, melyre vállalkozom. *Voit* is, mint előbb említettem, ritkán látott oly tiszta eseteket, melyekkel bizonyítani lehet. Nekem éveken át számos ily tiszta észlelésem volt, de a tett feljegyzések nincsenek ma birtokomban. Hogy a kérdés felvetésekor adatokkal szolgálhassak, kénytelen voltam a hozott szakosztályi határozat után az adatgyüjtéshez fogni. Az a körülmény, hogy már a járvány derekán voltunk és hogy gyakorlatom szük keretekben mozog, nem engedte meg, hogy a kérdés tisztázásához szükségelt nagyszámú esetet gyüjthessek össze. Kénytelen vagyok az eseteket úgy, a hogy azok szemem elé kerültek, felhasználni.

A felsorolandó újabb észlelések leirásánál főleg azt a két kérdést fogom szem előtt tartani: *Lehet-e a felsorolt esetek alapján bizonyítani, hogy a kanyaró lappangása pontosan meghatározható időhöz köthető és lehetséges-e a fertőzési határidőt megállapítani, a fertőzési lehetőség idejét megjelölni.*

Ujabb eseteim a következők:

I. R. család. A család 4 éves fiacskája márczius 5.-én délután már kissé rosszul volt, hőmérőzés azonban csak 6.-án reggel végeztetett. A gyermeknél mérsékelt köhögés volt észlelhető. Én a beteget csak 8.-án reggel láttam. Ekkor gége-légcsőhuruton kivül főleg a conjunctivák és a torok pirossága tünt fel, de mivel a gyermekek a ház körüli kertet sohasem hagyták el, senkisem gondolt kanyaróra, annál kevésbé, mert a hőmérsék csak 37·8 C. volt és délben 36·9-re esett. Délután 4 órakor azonban a láz 39·4-re szökött, a szemek erősebben megduzzadtak és az arczon, sőt a mellen és háton számos apró kiütés jelentkezett. Én a gyermek zárkózott életmódja miatt még mindig tanakodtam, de azért a többi gyermeket elkülönítettem (8.-án d. u.). 9.-én az arcz és a törzs a jellegző

nagy és cseresznyepiros színü kanyaró-kiütést mutatta és a kanyaró kórisméjében többé kételkedni nem lehetett. 10.-én d. e. a kiütés a lábfejeken is sürü és erős volt, a kiütés az arczon feltünően halványodott és a gyermek közérzete jóra fordult. 11.-én reggelre a hőmérsék 36·5-re esett és a kiütés testszerte elhalványodott.

A többi gyermek elkülönítése után a következő teendő a fertőzés módjának kipuhatolása volt. Számításom szerint a kanyaró kiütése 14. napra a fertőzés után következik be. Én tehát a fertőzés napját a márczius 8.-tól visszafelé számított 14. napra számítottam ki, azaz február 23.-ára. Egészen megbizható adatok szerint kiderült, hogy nevezett napon mosóné volt a háznál, ki azonban munka közben magas lázba esett és munkáját félbenhagyni volt kénytelen. Kitudódott továbbá, hogy ezen az asszonyon, valamint két gyermekén február 26.-án kanyaró ütött ki A mi családunk gyermekei közül csak a két nagyobb gyermek fordult meg a konyhán (a 3. csecsemő) és ezek közül főleg a fiucska, kin a február 23. án történt fertőzés után 10 nap mulva az előzmények, 13 nap mulva a kanyarókiütés jelentkeztek.

Másik dolgom volt a többi gyermek fertőzési és megbetegedési lehetőségét megállapítani. Mivel a két gyermek márczius 5.-éig nem lett beteg, kizártnak tekintettem, hogy a mosónőtől fertőzve lettek volna. A fiúcska által való fertőzés azonban valószinü volt, mivel vele márczius 5.-től 8.-ig egy szobában tartózkodtak. Ez az idő volt a fertőzési lehetőség határideje. A megbetegedési lehetőséget 10 nap mulva mondottam ki és az első megbetegedést 15.-ére, az utolsót 18.-ára számítottam. Mivel láz már a tiszta lappangási szak végső napján, illetve napjain is felléphet, már 14.-én hőmérőztettem. 14.-én még nem volt hőemelkedés. 15.-én délben 12 órakor a hőmérsék a nagyobbik leánykán 39·0-re szökött, s a következő napokon 36·0 és 38·3 közt ingadozó láz mellett a kanyaró előzményi szakára jellemző tünetek mutatkoztak. 18.-án délben 37·8-ról 39·2-re szökő láz mellett jött a kiütés, 20.-án déli 38·3 után 37·7-re csökkenő hőmérsék mellett a közérzet javulását és a kiütés rohamos halványodását lehetett észlelni.

A legkisebb gyermek, a csecsemő márczius 15. és 18.-a közti időben sem lett lázas, ennélfogva kijelentettem, hogy a család első betegétől nem fertőztetett és — mivel a gyermeket 15.-én délben, mikor a középső gyermeken a kanyaró láz alakjában mutatkozott, azonnal elkülönítettem — nem is volt valószinü, hogy ezentúl is megkapja. A megbetegedési határidő azonban 15 + 10 = 25.-e volt, és a veszélyt csak akkor mondottam elmultnak, ha 25.-én a gyermek lázas nem lesz és rajta 28. án kiütés nem jelentkezik. A gyermek sem 25.-én, sem a további napokon nem lett lázas; vártam még 28.-áig, s ekkor a lakást alaposan fertőtlenítettük és a családot az elkülönítés és vesztegzár alól feloldottuk.

II. Sz. család. Az első esetet márczius 23.-án észleltem. A Gábor nevü gyermeken a kanyaró már kiütött volt. Elkülönítést itt nem alkalmaztam, mert a folyton együtt játszó gyermekek már az egész előzményi szakon át és a kiütés napján is, tehát 4 napon át a fertőzésnek ki voltak téve, és a lakás az elkülönítésre nem is volt alkalmas. A fertőzési lehetőség márczius 20. és 23.-a közti időre lévén megállapitható, a további megbetegedési lehetőséget márczius 30. és április 2.-a közti időre számítottam, a kiütést április 2. és 5.-e között vártam. A Jankó nevü gyermeken csakugyan 30.-án az előzményi tünetek jelentkeztek, április 2.-án pedig a kiütés volt észlelhető. A kiütés tehát ismét 13 nap mulva, 14-ed napra jött, a fertőzés az első eset előzményének első napjára volt visszavezethető.

III. Sz. család. Az első megbetegedés az iskolába járó 7 éves Manczikánál lépett fel. Márczius 28.-án bágyadtság, 29.-én láz, 31.-én este kiütés; április 2.-án este lehevülés. A családban még két kisebb gyermek volt. Ezeket márczius 30.-án elkülönítettem. A szülők az elkülönítést komolyan vették, mert az első gyermek esete súlyosnak mutatkozott. A fertőzési lehetőség márczius 28. és 30.-a közti időre volt megállapitható, a többi eset felléptét tehát márczius 28 + 10 = április 7. és márczius 30 + 10 = április 9.-e közti időben vártam, a kiütést pedig 3 nappal később, tehát április 10 és 12.-e között. A második gyermek, Magda, 7.-én este lett lázas, 10.-én este jelentkezett a kiütés, 12.-én kezdődött a lehevülés. A harmadik gyermek, Zolti, 7.-én este még láztalan volt, de 8.-án reggel 37·3 hőmérsékkel ébredett, 11. én reggel rajta kiütés volt látható, mely 13.-án reggelre hőcsökkenés mellett elhalványodott. A két további eset között tehát ½ napos időköz volt, azonban mindkét esetnek fertőzése a megállapított fertőzési időközre nyúlt vissza; a fertőzésre nézve feltételezem, hogy az ¼ napi különbséggel történt meg.

IV. W. K. családja. Április 8.-án délben hivtak a családhoz, mikor a 3 éves Gyula görcsöket kapott. Az eklampsia okát a 39·3 hőemelkedésben láttam, de a láz oka egyelőre homályban maradt; 9.-én és 10.-én azonban a 11 éves Laczinál oly kifejezett kötőhártya hurut és Koplik-folt volt látható, hogy Gyulánál is, bár nála e tünetek alig voltak kimutathatók, kanyaró jelenlétére gondoltam. És csakugyan 11. én mindkét gyermeknél kanyarókiütés jelentkezett, mely 13.-án elhalványodott, Laczinál hőcsökkenéssel, míg Gyulánál a láz megmaradása mellett, utóbbinál erős bronchitis miatt. A családban még egy kisebb gyermeket láttam, kit épen zsenge kora miatt el akartam volna különiteni. Mikor e czélból az előttem ismeretlen lakásban szemlét tartottam, reá bukkantam a 4. gyermekre, kit előlem eddig eldugtak. Az Ida nevü 8 éves gyermeken hörghurutos tünetek és festenyfolt a mellett bizonyitottak, hogy kanyaró-reconvalescens. Egyúttal világos lett, hogy 3 éves és óvodába sem járó testvére kitől fertőződött. Elővettük a naptárt és megállapítottuk, hogy a gyermeken a kanyaró épen primán ütött ki. A fertőzési lehetőség számításom szerint tehát már 3 nappal azelőtt, márczius 29.-én vette kezdetét és legalább is április 2.-áig tartott. A két következő esetben, 13 napos lappangást véve számításba, a fertőzés épen márczius 29.-ére volt visszavezethető. A kis testvéren csak április 13.-án jött a kiütés. Április 13—13 = márczius 31, tehát ennek a gyermeknek fertőzési napja a fertőzési lehetőség határidejébe esett. A fertőzés az első beteg előzményi szakának 3. napján történt meg.

V. F. család. Április 3.-án a 8 éves Miczihez hivtak. A talált súlyos bronchiolitis és bronchopneumonia oka gyanánt maguk a szülők is kanyarót mondtak be, de azt állitották, hogy a kanyaró már 3 héttel ezelőtt elhalványodott. Mivel a festenyfoltok még igen erősen látszottak, a hámlás is még kifejezett volt, kételkedtem az adat igaz voltában. És még egy okom az volt, hogy a kisebbik testvér állitólag nem esett a betegségbe. A beteg további látogatása közben láttam, hogy a kisebb gyermek bágyadt és heverészni kezd, majd az előzményi szak jellegzetes tüneteit mind kifejezettebben mutatja, április 8.-án pedig rajta is kiütött a kanyaró. Már most teljesen biztos voltam lappangási határidőszámításom szerint, hogy a szülők félrevezettek, ezt meg is mondtam, és kiszámítottam nekik, hogy április 8.-a előtt 10 nappal, azaz márczius 29.-én himlözött meg és nem akkor, mikor mondták. A szülők lefegyverezve meggyőződésem erejétől és számításom biztosságától, bevallották azután, hogy első izben szolgáltatott adatukkal szándékosan félrevezettek, mert ezáltal leplezni akarták, hogy közvetlenül előttem más orvos járt a háznál, ki nekik hivatalos orvosuk és hogy az illető orvos valóban márczius 29. én constatálta a kanyarót.

Az épületben még 3 család lakott. Gyermekeik, daczára a kanyarónak, a fertőzött lakásba be-be jártak. Hogy mint érintkeztek a beteggel, az nem volt biztosan megtudható, de a későbben felemlítendők közül a két legutolsó bemondás szerint csak az elhalványodás után tett látogatást, tehát márczius 31.-én túl. A többi családban St. H. április 9.-én, St. R. április 12.-én, St. Br. április 13.-án, Sch. M. április 16.-án mutatott kanyarókiütést.

Eddigi tapasztalatom szerint a fertőzési lehetőség az előzményi szak eleje és a kiütéses szak vége közti 5 napon volt megállapitható, jelen esetben tehát márczius 26 és 30.-a között. A fertőzés napja számításom szerint St. H.-nál április 9—13 nap = márczius 27.-ére, St. R.-nél márczius 30.-ára, St. Br.-nál márczius 31.-ére, Sch. M.-nál április 3.-ára esett. Az utolsó két esetben tehát már azon a határon túl, melyet eddig észleltem.

VI. G. család. Május 5.-én a Laura nevü gyermeknél baloldali mellhártyaizzadmányt constatáltam. Adolf nevü testvére is még ágyban fekvő volt; mindkét gyermeknél a festenyfoltok és korpázás révén tudni lehetett, hogy kanyaró után vannak. A lefolyt kanyaró kiütési napját a szülőkkel naptár segélyével Laurá-

nál április 25-ben, Adolfnál április 27-ben állapítottam meg. A család nagyobb gyermekei már régebben átszenvedték a kanyarót, a legkisebb, Fanny nevü, 9 hónapos gyermeknél azonban feltehető volt, hogy fertőzve van. A fertőzés a két testvér bármelyikétől származhatott. A fertőzési lehetőség ideje május 22.-én kezdődött és április 28.-án járt le. Várható megbetegedés ideje május 2.-tól május 8.-ig számítható, vagy a kiütés szerint 3 nappal később, május 5.-től május 11.-ig. Május 7.-én magam constatálom Fannynál a kanyarókiütést, fertőzése tehát a két előző eset fertőzési időközébe esett.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti egyetem gyógyszertani intézetéből.

Chloroform és phosgen.

Irodalmi tanulmány.

Barla-Szabó József gyógyszertani intézeti gyakornoktól.

Egy Budapesten történt chloroform-halál incidenséből t. főnököm, *Bókay Árpád* tanár megbizásából áttanulmányoztam a chloroformozás alkalmával képződhető phosgengázra vonatkozó irodalmat. Ezen irodalmi tanulmányaimat foglaltam össze az alábbiakban, hogy a gyógyszertan ezen homályos kérdésében tájékoztassam az érdekelteket. Tekintettel arra, hogy a magyar irodalomban e kérdéssel még senki sem foglalkozott, talán nem végeztem felesleges munkát.

I. A chloroform elbomlása nyitott láng mellett.

A chloroformnak mesterséges világításnál elbomlására nézve a legelső adatot *Zweifel* (1) szülésztanár 1881-ben megjelent tankönyvében találjuk a következő sorokban: „Hosszas éjjeli chloroformozásnál petroleum- és gázlámpák mellett alkalmasint a chloroform szétbomlása által kellemetlen gőzök támadnak, melyek a légzőkészülékre igen alkalmatlanok és ezt köhögésre ingerlik.“

Zweifel-nek e vélekedése visszhang nélkül maradt, mígnem e kérdést egy más természetü controversia ismét felszinre vetette. A „*Berliner klinische Wochenschrift*“ 1889. évfolyamában ugyanis egy vizgőzzel sterilizáló készülék előállításának elsőbbségi joga felett *V. O. de Meyer* (2) *F. Ostwalt*-tal vitatkozva, az előbbi azt jegyezte meg, hogy az ő készülékének *Ostwalt* szerinti módositása által „az egyszerü gázlámpa égési gázai a mütőteremben — hol chloroformoznak — igen veszélyesekké lehetnek“. Erre *Ostwalt* felelete a következő volt: „Hogy egy gázlámpa, még hozzá Bunsen-égő elégési gázai a mütőteremben igen veszélyesek, az minden esetre valami különös jelenség. Ezért nem szabadna soha gázlángnál operálni.“

E felelet nagyon alkalmas volt arra, hogy e kérdéssel foglalkoztassa az embereket s az ezirányú kellemetlen tapasztalatokat nyilvánosságra hozza. Ezen incidensből említi fel *Stobwasser* (3) gázlángnál 1/2 óráig tartott chloroformozásának kellemetlenségeit; ugyancsak a „*Berliner klinische Wochenschrift*“ egyik későbbi száma pedig *Langenbeck*-nek (4) az előző évben (5) nyilvánított véleményét közli, mely szerint: „az operatiók gázvilágításnál veszélyesekké válhatnak az által, hogy a chloroform elpárolgásánál irrespirabilis szénélegchlorid (phosgen) képződik“.

A klinikusok és kórházi orvosok sem hallgatták el szomorú tapasztalataikat. Igy *Iterson* (4) rosszul berendezett gázkályha mellett észlelt kellemetlenségeket, midőn pedig a kórházban egy nagyobb kályha készült és gáz többé nem égett, a narcosisok szabályszerüekké lettek. Még a régi gázkályha mellett végzett operatiojánál súlyos és hirtelen támadt asphyxiát észlelt s mütéte épen befejeztetett, midőn a beteg nő — ki már egészen öntudathoz tért s egész jól beszélt — hirtelen megszünt lélegzeni és cyanotikussá vált s az összes élesztési kisérletek ellenére meghalt.

Fischer (4) a tapasztalt kellemetlenségeket a következőkben foglalja össze: „Elnyomhatatlan köhögési inger, mindinkább erősbödött fejnyomási érzés keletkezik s egyik jelenlevön fejfájás, szédülés, gyomorémelygés, hányás gyorsan követte egymást.“ Az ablak kinyitása nem sokat segitett a dolgon. A jelenlevők orrváladéka és köpete diffusan vegyítve volt apró fekete szemcsékkel. *Zeller* (4) az előbbi tüneteken kivül erős chlorgáz-szagot is érzett. *Hartmann* (4) a kellemetlenségeket az ő eseteiben az elégtelen ventilationak és a rosszul tisztított petroleumlámpáknak tulajdonította.

Ugyanez időben a „*Münchener medizinische Wochenschrift*“-ben *Köttschau* (6) számolt be észleleteiről. Szerinte operáló assistensek, ápolók, kevésbé maga a narcotizált szenvedtek az elbomlás termékeitől. Ő maga is heves hányási inger s tehetetlen kinzó köhögés miatt sokat szenvedett.

Ez értesitések következtében irta meg *Zweifel* (7) a gázláng mellett végzett chloroformozás kellemetlenségeit, tanulságos tapasztalatait, melyek gondos és körültekintő figyelemmel végzett mütétei mellett igazolják, hogy a chloroform ily elbomlása következményként mily súlyos bajokat okoz. A *Fischer* által fentebb leirt tüneteket nagy részben ő is tapasztalta, ezenkivül egy súlyos fogómütétnél oly nagy gőz és köd keletkezését látta a mütőteremben, hogy először tüz támadására és füst behatolására gyanakodott Ekkor gondolt először a chloroformnak gázlángnál elbomlására.

Zweifel ekkor beszüntette gázláng mellett a chloroformozást, de tévedésből több alkalommal klinikáján ismét igy operáltak s a súlyos következmények sohasem maradtak el. Kilencz laparotomizáltja közül azon betegek, kik előbb s rövid ideig voltak a mütőteremben, a chloroform elbomlási productumaitól lehetőleg megkiméltettek, bár bronchitist kaptak; a többiek, és pedig mindig leginkább azok, kik utoljára operáltattak, súlyos és hosszantartó catarrhális pneumonián estek át. Ez határozottan igazolja, hogy a képződő gázak annál károsabban hatnak, minél inkább felhalmozódnak a teremben. Egyik betege, kinek operálásakor a szoba atmosphaerája már sok bomlási anyagot tartalmazott, súlyos pneumonia-tünetek közt meghalt. E beteg az operatiotól való félelme miatt előzetesen igen gondosan megvizsgáltatott s mellkasi szervei a megfelelő vizsgálati módszerek felhasználásával teljesen egészségesnek találtattak.

Zweifel e tapasztalatai alapján — melyek önkéntelenül végzett kisérletsorozatot mutatnak be — mesterséges világításnál az aetheres-narcosist ajánlja, erős edzett betegeken pedig a narcosist chloroform-aether-alkohol-keverékkel (100:30:30 arányban) kezdeti egy külön szobában s a reactio nélkül maradt beteget azután a mütőteremben aetherrel narcotizálják tovább. Nem szabad azonban soha elfeledni, hogy az aether nagyon gyulékony és robbanékony anyag.

Érdekesek *Rosenberger* (8) tapasztalatai is, ki akkor észlelt majdnem veszélyessé váló kellemetlenségeket a chloroform elbomlása következtében, ha operatioit száraz levegőjü mütőtermekben végezte. Nedves levegő mellett a tünetek sokkal kevésbé jelentkeztek, még ha kisebb szobában történt és tovább is tartott a mütét.

A chloroform mesterséges világításnál jelentkező bomlási termékeinek veszélyesen mérgező hatását legjobban *Lorentz* (9) mütéte igazolja. *Lorentz* gázvilágításnál chloroform-narcosissal 3 óráig tartó laparotomiát végezett, melyen két orvos és 4 ápolónő volt jelen. A mütét alatt mind a hatan heves görcsös köhögésbe estek, utána pedig mindnyájukon többé-kevésbé erős mérgezési kórkép keletkezett, mely cyanosisban, légzési nehézségben, szorongó érzésben, köhögésben s a légutak intensiv izgalmában nyilvánult, sőt egyikük collapsusba esett. A mütétet vezető orvos több napon át életveszély közt lebegett, az egyik ápolónő pedig az operatio után 28 óra mulva meghalt. Az operált beteg a mütét után szintén csak 6 óráig élt.

II. Kisérletek a bomlási termékek minéműségére s hatásaira nézve.

E közlemények méltán ösztönözték a chemikusokat és orvosokat, hogy chemiai analysisek útján döntsék el, vajjon a chloroform elbomlásakor mik a keletkező termékek és állatkisérletek igazolják-e ezeknek veszélyes voltát?

Stobwasser (10) közli a „*Berliner klinische Wochenschrift*“-ben *Bosshard* churi professor analysisének eredményét, mely szerint a chloroform mesterséges világításnál való elbomlásakor *szénélegchlorid* (phosgen), *sósavgáz* s néhány ismeretlen anyag mellett *szabad chlor* képződnék. *Stobwasser* e vizsgálati eredményt elfogadva, állatkisérleteket végzett házinyulakon és tengeri-

malaczokon, elzárt üvegszekrényben utánozva a műtőteremben éjjeli chloroformozásnál előfordulható viszonyokat, hogy ily módon ismerje meg a phosgennek még eddig alig ismert toxikus tulajdonságait.

Kisérleti állatain nyugtalanságot, nehezített respiratiót, apathiát, mindinkább emelkedő légzési szaporulatot, határozott dyspnoët észlelt, sőt egy izben állatai kisérlet közben el is pusztultak. Ez által azonban csak azt állapítja meg, hogy szabad lángnál nagyon veszélyes a chloroformozás, de a phosgenre vonatkozólag hangsúlyozza, hogy pontos analysis szükséges, vajjon a sósav- és chlorgázon kivül nem más és micsoda anyag idézi elő a toxikus hatásokat?

Kunkel (11) beható chemiai analysisek útján törekedett az orvosi köröket a bomlási termékekkel megismertetni, ezért intézetében az előállható termékek vizsgálatával egyik dissertánsát, *Rudolph* ot bizta meg. *Rudolph* (12) a levegő megromlásának okát következőképen magyarázza: „A műtőteremben szétáradó chloroformgőz atmosphaerikus levegővel érkezik a világítóláng izzó részébe, ettől elbomlik, elég. Az így előálló szétesési termékek azok, melyek a levegőt megrontják s a kellemetlen tüneteket okozzák."

Rudolph a műtőteremben számbajöhető viszonyoknak megfelelően zárt üvegballonban gázlángot gyujtott meg, s ide a pontosan lemért chloroform elpárolgó gőzeit vezette be. A szétbomlásból származó anyagokat megkötés végett szivópalaczkok oly sorozatán vezette át, melyekben az absorbeálás czéljából felváltva chlormentes natronlúg, jodkaliumoldat, borszesz, higított véroldat volt.

Vizsgálatainak eredménye a bomlási termékek legfőbb alkotórészeül a *sósavat* és *széndioxydot* jelölte meg, melyek a következő képlet szerint képződnének: $C H Cl_3 + H_2 O + O = 3 H Cl + CO_2$. Egy esetben, hol 0·117 gm. chloroform párolgott el, 0·087 gm. sósav találtatott, holott a theoretikus számítás szerint sima szétbomlás esetén 0·107 gm. sósavnak kellett volna képződnie, így a theoretice kivánt sósavból hiányzott 19%. Ezt Rudolph nagyon természetesnek találja, mert az üveglap és reáhelyezett üvegballon közti réseken a sósav nyomokban eltávozhatott és a bevezetett chloroformgőz teljesen talán nem is jutott a lángba s így nem is bomlott el.

A sósavon és szénsavon kivül minden kisérletében talált nyomokban *szabad chlort*, ha kisérleteit sokáig folytatta. Igy a chlor a chloroformnak *Rudolph* szerint nem lényeges szétesési terméke s valószinüleg nem is a chloroform széteséséből, hanem másodlagosan képződik akkor, ha a már előállt sósav ismét a lángba jut. Ezt ellenőrző kisérletek is igazolták.

További bomlási termékekül kozmás organikus anyagok is képződtek nyomokban; e mellett bizonyított a natronlúg gyengén sárgásbarna színeződése. Szénmonoxyd, hangyasav, eczetsav kimutatása nem sikerült; phosgen kimutatható mennyiségben szintén nem képződött. A phosgen képződésére *Rudolph* azt jegyzi meg, hogy ezt feltalálhatni a productumok közt már előre valószinütlennek látszott, mert a phosgen vízzel simán sósavra és szén-dioxydra bomlik ($CO Cl_2 + H_2 O = 2 H Cl + CO_2$).

E kisérletek után felmerül az a kérdés, hogy a sósavgáz alkalmas és elégséges-e, hogy a hangoztatott káros hatásokat előidézze? *Rudolph* számításai alapján 100 köbmeter térfogatú műtőteremre 10 gm. gőzalakú lángba vitt chloroformot véve fel, egyenletes eloszlás mellett a szoba atmosphaerikus levegője 0·059 pro mille (‰) sósavgázt tartalmazna. E percentuatio elfogadhatóságára nézve *Lehmann* (13) és *Matt* (14) a különböző gázoknak az emberi organismusra gyakorolt befolyásáról irt munkái kisérleti eredményeit idézi. Többek közt a sósavgáz elviselhetőségének határértékét is keresték s egybehangzó tapasztalataik szerint 0·05—0·1‰ sósavtartalom valamely térben nemcsak a munkavégzést, de a hosszabb időzést is lehetetlenné teszi. Már most feltéve, hogy a chloroform-maszk és a világító forrás közelében, tehát a műtétben résztvevő személyek legközelebbi szomszédságában egyenlőtlen elosztás miatt a levegő sósavtartalma sokkal magasabb lesz és hosszabb műtéteknél több chloroform juthat a lángba, így *Rudolph* szerint a keletkező sósav a felhozott veszélyes tüneteket előidézheti.

Nagy hiba e számítások megtételében, hogy *Rudolph* teljesen figyelmen kivül hagyja, miszerint üvegballonos kisérleteiben is a theoretice kivánt sósavból jelentékeny mennyiség (19%) hiányzott, pedig itt is fennállnak amaz említett viszonyok. Ezenkivül minden műtőterem el van látva szellőztetőkkel, sőt más körülmények (a szoba nedvességtartalma stb.) is lényegesen csökkentenék a levegő sósavtartalmát. Ezek figyelembevétele nagyon kétségessé teszi *Rudolph* számításait és nézetének helyességét.

Ugyanez időben *Eisenlohr* és *Fermi* (15) a *Pettenkofer-Voit*-féle respiratiós készüléket használták kisérleteik kivitelekor. Vizsgálataiknál a chloroformnak láng által elbomlásakor sósavat (80%-ban) és szabad chlort (20%-ban) találtak a felhasznált chloroform chlortartalmának teljesen megfelelő mennyiségben. Phosgent nem sikerült kimutatni. E szerint az illető tér levegője körülbelül 0·07‰ chlort és 0·5‰ sósavat tartalmazott, holott szerintük már 0·004‰ chlor, a sósavból pedig 0·1‰ tartalom az egészségre határozottan káros.

Az eddigi vizsgálóknak talán azért nem sikerült a phosgen kimutatása, mert e gázra vonatkozólag csak kevés adat volt az irodalomban, sőt kimutatására nézve semminemü reactiót nem találunk felemlítve. Épen ezért rendkivül tanulságos *Schumburg* (16) kisérletezése, ki állatkisérleteit chemiai analysisekkel kötötte össze s a phosgen kimutatására utóbbinak tulajdonságait használta fel.

Schumburg vizsgálatai alapjául a phosgenre vonatkozó irodalmi adatokat vette, melyek szerint e gáz már kis mennyiségben ugyanazon jelenségek közt hat mérgezőleg, mint a szénmonoxyd (*K. Thümmel* [17]) s ennek összes mérgező tulajdonságaival rendelkezik, csakhogy ezenkivül még a nyálkahártyákra is izgatólag hat (*Kobert* [18]). Kisérleteit *Rudolph*-éhoz hasonló zárt üvegballonban végezte s experimentumai azon alapulnak, hogy a phosgen ammoniával húgyanyaggá köttetik meg s ez mint salétromsavas húgyanyag könnyen kimutatható.

Két első controllkisérlete azt igazolja, hogy a gázláng elégési termékei (I. kisérlet) s a láng alkalmazása nélkül elpárolgó chloroform bomlási productumai (II. kisérlet) külön-külön magukban véve egereken, így állatokon nem okoznak mérgező hatásokat, mert phosgen nem volt jelen. Ép ezért az ammonián átvezetett termékekből húgyanyag képződése sem volt kimutatható. A két kisérlet egyesítésekor, vagyis gázláng alkalmazása mellett vezetve be a chloroformgőzöket a ballonba, a kisérleti egerek villámgyorsan pusztultak el látszólag légzési bénulás következtében (III. és IV. kisérlet). Ugyanez esetekben a phosgen mint salétromsavas húgyanyag jelentékeny mennyiségben képződött s e vegyület charakteristikus kristályai mikroskop alatt is jól felismerhetők voltak. Ezenkivül sósav és szabad chlor képződésének kimutatása szintén sikerült. Az elpusztult egerek vére spektroskopban a szénmonoxyd-haemoglobin képét adta, sőt az így elpusztult egerek és egy ellenőrzés czéljából szénmonoxyddal mérgezett egér vérének spektroskopi képeiben az elnyelési csikok teljesen azonosak voltak.

(Folytatása következik.)

Közlés a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. ny. r. tanár.)

A gátor légdaganatainak és a légmellnek keletkezéséről. (Kiterjedt nyaki műtét elsődleges nyaki rák miatt, mediastinális emphysema, kétoldali pneumothorax, halál.)

Irta: *Zimmermann Károly* dr., I. tanársegéd.

(Vége.)

De nemcsak ez a tulajdonképen bőralatti kötőszövetnek minősítendő felületes nyaki pólya, hanem a nagy vérereket körülövező úgynevezett *érhüvely* sem tarthat számot a pólya elnevezésre. Ez sem egyéb, mint laza kötőszövet, mely a közös fejverőeret, a torkolati gyüjtőeret, a nyelv alatt való ideg lehágó ágát, a bolygó és együttérző ideget, a nagy nyaki nyiroktörzseket tapasztja össze. A hüvely előfelé az alsó nyelvcsontizmoktól a pajzsmirigyhez húzódó laza kötőszövetlemezzel áll összeköttetésben, hátra- és befelé egy erős rostos lemezzel a gerincz-

oszlop felé tart és a gerinczoszlopot és izmait borító pólyával áll összefüggésben, hátrafelé és oldalt minden határ nélkül a nyak zsírszövetében végződik. Kivülről a később leirandó nyaki pólya fedi, a mely a legkivül fekvő torkolati gyüjtőérrel áll szoros összefüggésben.

A (középső) nyaki pólya (II) a nyaki kötőszövet lemezei közül az egyetlen, mely rászolgál a pólya elnevezésre. A pólya a nyelvcsonton kezdődik, a szegycsont markolatának belső felszinén két lemezzel tapad. Ezen lemezek a szegycsont felett egy lefelé szélesedő hasadékot fognak közre. Ez a hasadék a zsírszövetet, nehány nyirokcsomót és a torkolati gyüjtőeres ivet (arcus venosus juguli) tartalmazó *szegycsontfeletti hasadék* (A., spatium interaponeuroticum suprasternale *Gruber)*. A kulcscsonton a pólya a csont hátulsó felszinén tapad. Oldalt a lapoczka-nyelvcsont-izom középső ina felett az érhüvelyen túlterjed, az ín alatt nem lép túl az izmon, hanem hüvelylyel veszi azt körül. Középső része a nyakon szabadon fekszik (ha az előbb leirt felületes nyaki pólyát bőralatti kötőszövetnek minősitjük), oldalt a fejbiczczentő izmok borítják. Hátsó felszine a szegy-nyelvcsontizmon (10) és lapoczka-nyelvcsontizmon (11) fekszik. Kétoldalt a nagy erekig terjed, a melyek közül különösen a legkivülebb fekvő torkolati gyüjtőér erősebben van hozzá rögzitve. Egyszóval a két lapoczka-nyelvcsontizom (11) között feszül ki. A alsó nyelvcsontizmok működése által az alatta fekvő nagy nyaki gyüjtőereket, különösen a torkolati gyüjtőeret és a pajzsmirigy-gyüjtőeret védi meg az izmok összenyomása ellen. Különösen áll ez a torkolati gyüjtőérre nézve, a melynek üregét a fejbiczczentő izom némely mozgásánál összenyomná, ha a lapoczka-nyelvcsontizom és a pólya megfeszülése a nyomást nem ellensúlyozná.

A nyak lefelé, a mellüreg felé, kötőszövettel nincs elzárva, hiszen a mellkas felső nyilásán át a nyaki zsigerek nyúlnak be a mellüregbe. Kötőszövetes válaszfal csak oldal felé, a hónalj felé van, de itt is csak részben. Az első borda és a kulcscsont között levő, a nyakról a hónalj felé közlekedő nyilás t. i. egy kötőszövetlemez által el van zárva, a melybe a kulcscsontalatti verő- és gyüjtőér vannak beágyazva. Ez a kötőszöveti lemez az oldalsó mély nyaki izmok polyájából, különösen az elülső bordatartó izomból ered és a kulcscsont hátsó felszinén tapad. A lapoczka széle felé ezen különben mindenütt ellentálló lemez igen vékony, laza. Ujjal a karfonat mentén a hónaljárokba könnyen lehet hatolni.

A előbb leirt kötőszövetlemezek között, úgymint 1. a gerinczoszlopot borító mély nyaki pólya és a zsigereket borító kötőszövet, 2. a (középső) nyaki pólya és a légutakat és nyelőcsövet borító kötőszövetlemez és végül 3. a felületes nyaki pólya két szétváló lemeze között *kötőszövethasadékok* vannak, melyek laza kötőszövettel vannak kitöltve. Ez a kötőszövet, mert a nyaki képletek igen mozgékonyak (nyelésnél a zsigeri lemez a gerinczoszlopon és izmain kifeszülő mozdulatlan pólyalemez felett, valamint az aránylag mozdulatlan középső nyaki pólya felett nagy kiterjedésben elmozdul), néhol igen laza, feltünően nyújtható. Ezek a kötőszövethasadékok, mert bennük genysülyedések keletkezhetnek, kiváló gyakorlati fontossággal birnak és már régen ismertek. *Merkel* öt kötőszövethasadékot különböztet meg: 1. A zsigerek mögött fekvő hasadékot (spatium retroviscerale Henke); 2. a zsigerek előtt fekvő hasadékot (spatium praeviscerale Henke); 3. a szegycsont felett fekvő hasadékot (spatium intraaponeuroticum suprasternale [Gruber]). Ezekhez számítja még 4. az úgynevezett érhüvelyt és 5. az áll alatt való nyálmirigy kötőszövetes tokját.

A zsigerek mögött fekvő kötőszövethasadék (spatium retroviscerale) (*C*) a gerinczoszlopot borító mély nyaki pólya és a zsigereket borító kötőszövetlemez hátulsó, a nyelőcsövet borító felszine között fekszik. Felső határa a koponyaalapon van, alul minden határ nélkül a mellüregbe, az úgynevezett hátulsó gátorba (mediastinum posticum) folytatódik, s a rekeszizomig terjed le. Oldalt az érhüvelyig terjed. Hogy ez a határ nem túlerős, kitünik abból, hogy a nyomás fokozódásánál a geny vagy az injectiós folyadék a nagy erek közé hatol be *(Soltmann)*.

A zsigerek előtt fekvő kötőszövethasadék (spatium praeviscerale) (*B*) a légcső elülfekvő felülete és a (középső) nyaki pólya között fekszik, a melyhez oldalt közvetlenül a lapoczka-nyelvcsontizom (11) és a szegy-nyelvcsontizom (10) csatlakozik. A hasadék zsírszövetet, néhány nyirokcsomót és a szegypajzsizmot (9) tartalmazza, a mely izom a nyaki pólya alatt fekszik. A pajzsmirigy elülső és oldalsó kerületével szintén belenyúlik a hasadékba. A hasadék felső határa a nyelvcsont, oldal felé az érhüvely; felül sekély, alá felé folyton mélyebb lesz. A szegycsont felé a nagy erek összetérése folytán egyre keskenyedve, alul minden határ nélkül az elülső gátorba (mediastinum anticum) folytatódik. A zsiger előtt és zsiger mögött fekvő kötőszövethasadék között, a mint látjuk, az érhüvely képezi a válaszfalat. Hogy ez sem túlerős, kiderül abból, hogy a nyomás erős fokozódása alkalmával a befecskendezett folyadék az egyik hasadékból a másikba terjedhet *(Poulsen)*.

A szegycsont felett fekvő hasadék (spatium intraaponeuroticum suprasternale) (*A*) a nyaki pólya két széttérő lemeze között fekszik. A pólya szétválása felül a pajzsmirigy szorosa (isthmus) táján kezdődik, alul a szegycsont torkolati bevágásán (incisura jugularis) végződik. A hasadék zsírszövetet, nehány felületes nyirokcsomót és a torkolati gyüjtőeres ivet (arcus venosus juguli) tartalmazza. Oldalt a fejbiczczentő izom szegycsonti tapadása alá zacskó alakjában bele terjed (saccus coecus, *W. Gruber)*.

A zsiger mögött fekvő hasadékba belefecskendezett folyadék, vagy a nyaki csigolyák gyuladása (spondylitis) kapcsán keletkezett geny, a mely a gerinczoszlopot és izmait borító (mély) pólya alatt mint garat mögött való (retropharyngealis) tályog lép fel, a pólya áttörése után a hasadékba jut és ennek mentén a hátulsó gátorba sülyedhet. A zsiger előtt fekvő hasadék genytartalma, vagy a beléje fecskendezett folyadék az elülső gátorba nyomulhat be. A szegycsont felett fekvő hasadék tartalma csak a szegycsontig sülyed le s az esetek legnagyobb többségében kifelé tör át *(Allan Burns)*.

A mi a genyre, a befecskendezett folyadékokra nézve áll, az áll a levegőre nézve is. A levegőnek a zsiger előtt fekvő hasadékba való bejutásának eseteit különösen a gyermekgyógyászati irodalom ismerteti emphysema mediastinale, sive praecordiale, sive extrapericardiacale, a gátor légdaganata elnevezés alatt, mint olyan kórképet, a mely különösen roncsoló torokgyuladás miatt végzett légcsőmetszések után szokott előfordulni.

A gátor légdaganatára vonatkozó első közlés *Menière*-től ered, 1829-ből való. Később *Dupuytren* (1837), *Cruveilhier* (1842) foglalkoztak a kérdéssel. *Guillot* 1853 ban már 16 esetet gyüjtött össze. Többé-kevésbé bőven foglalkoztak még e kérdéssel a franczia szerzők közül *Ozanam* (1856), *Roger* (1862) (az 1862-ig leirt esetek irodalmi összeállitása). A német szerzők közül *Biermer* (1854), *Bartels* (1867), *Sachse* (1870), *Güterbock* (1871), *Rauchfuss* (1878), *Petersen* (1884), *Fräntzel* (1885), *Schotten* (1886), *Fr. Müller* (1888) (összefoglaló értekezés), *Damsch* (1891), *Hoffmann* (1896), *Leiner* (1903) (tracheotomia után támadt gátorlégdaganat 9 esete), *Suter* (1905) (bő irodalmi összeállitás); az angolok közül *Champney* (1882, 1887) (a ki 28 gyermeknek légcsőmetszés után végzett boncolása közben 16 esetben talált gátorürbeli légdaganatot), *Douglas Powell* (a ki 7 eset közül kettőben ugyanazt találta).

Az idevonatkozó irodalom áttekintésekor kitünik, hogy eddig: gégefekélyek, a légcső és nyelőcső sérülései, a tüdő lövési sérülése, a tüdőhólyagocskáknak szülés közben való szakadása erőlködés miatt, de minden kimutatható ok nélkül is, újszülötteknél mesterséges légzés, tüdőgümőkór, áttört tüdőbarlangok, bronchopneumonia, szamárköhögés, egyéb eröltetett köhögés és végül leggyakrabban a gége álhártyás gyuladása, a diphtheria és croup, még pedig légcsőmetszés után, de a nélkül is, vannak megemlítve mint a gátor légdaganatainak okai.

Hogy a diphtheriánál a légdaganat hogy keletkezik, arra nézve *Bartels* és *Güterbock* más-más álláspontot foglalnak el. *Bartels* felveszi, hogy a légdaganatot okozó levegő a tüdőből ered. A gátor légdaganata szerinte csak akkor jöhet létre, ha már a kisebb légcsöveket is álhártyák töltik ki. Ilyenkor szerinte a légcsőmetszés után a levegő oly erővel tódul a tüdőbe, hogy a tüdőszövet beszakad. Ezen a szakadáson át jut a levegő a léghólyagocskákból a hólyagocskák között fekvő szövetbe, a mellhártya alatt fekvő szövetbe, majd a gátor kötőszövetébe. *Güterbock* szerint a gátor légdaganatának keletkezésénél a légcsőmetszés nem játszik lényeges szerepet. Szerinte a lebenyke között fekvő (inter-

lobularis), a mellhártya alatt való (subpleuralis), majd a gátor- (mediastinalis) légdaganatot (emphysemát) a gégeszükület és az általa előidézett erőltetett lélegzés okozza, a mennyiben ez a tüdőléghólyagocskák közötti sövények (interalveolaris septumok) beszakadását légcsőmetszés nélkül is képes előidézni.

A *Güterbock* nézetének nagyjában megfelelő *keletkezést* kell felvennünk a gátorsérülés, *erőszakos behatás (trauma) nélkül* létrejött légdaganatainak eseteiben. A légutakban, hörgőkben, léghólyagocskákban, tüdőbarlangokban foglalt levegőoszlop nyomásának erős köhögés, sírás, szorítás, hányás stb. folytán hirtelen nagymértékben való megnagyobbodása elszakítja a legfinomabb hörgők, tüdőléghólyagocskák, tüdőbarlangok falát. A léghólyagocskák közötti sövényekbe tehát minden légvételkor levegő nyomul be, mely a tüdőt fedő mellhártya alatt apró hólyagok alakjában meggyülik, folyton gyarapodva a tüdőkapuig húzódik és innen a gátor kötőszövet-lemezei közé terjed. Megtörténhetik, hogy a kisebb hörgők átszakadása után a levegő azok mentén a nagyobb hörgőket környező kötőszövetbe lép át. A légdaganat ilyenkor a hörgkörüli (peribronchialis) és a tüdővérereket környező kötőszövet révén jut a tüdőkapuba és terjed innen a gátorba.

Egészen más *keletkezésmódja* van a gátor légdaganatainak akkor, ha a mellkas *külső sérüléseivel* állunk szemben, ha a légcső vagy nyelőcső kóros, vagy erőszakos úton létrejött nyilásán át hatol levegő a gátorba. Ez esetben a keletkezés mikéntje nagyjában megfelel a légcsőmetszés után keletkezett gátorlégdaganat keletkezésének. Az ilyen légdaganat nem ritka, hiszen *Champney* diphtheria miatt végzett légcsőmetszés után elhalt 28 gyermek boncolásánál 16 esetben megtalálta. Ilyen esetekben a közfelfogás szerint, melyet legújabban *Leiner* tolmácsolt, a gátorlégdaganatot a nyakról a zsigerek előtt fekvő hasadékon át a gátor kötőszövetlemezei közé benyomuló levegő idézi elő.

Könnyen érthető a levegőnek ezen benyomulása, hiszen a légcső sebe egyenes összeköttetésben áll a zsigerek előtt fekvő kötőszövethasadékkal. A légcsőmetszést megelőző nehézlégzés, a légcső megnyitását követő erőltetett köhögés alkalmával a légcső nyilásán át levegő préseltetik nevezett hasadékba. Ez a légbenyomulás légcsőmetszés esetén legkönnyebben abban az időben jöhet létre, a mely a középső nyaki pólya megnyitása és a kanül bevezetése között eltelik. Ha a levegő már a kanül tág nyilásán át áramolhat ki és be, a szük kötőszöveti hasadékba nem hatol be.

Ide sorolhatók azon esetek is, a midőn a gátor légdaganata nem alkalmas kanülöknek a légcsőbe való bevezetése után jön létre. Különösen áll ez az alsó légcsőmetszésre nézve. A mélyen fekvő légcső különös görbületü kanülöket tesz szükségessé. Ezeknek hiányában megtörténhetik, hogy a kanül belső vége csak félig ér a légcső üregébe s mellette köhögéskor a levegő közvetlenül a zsigerek előtt fekvő hasadékba, innen az elülső gátorba préseltetik. Ezért kell a nyaki pólya átmetszése és a kanül behelyezése között eltelő időt lehetőleg megrövidíteni és ezért szabad csak kellő görbületü kanülöket használni. A gátor légdaganata annál könnyebben keletkezik, mennél mélyebben, mennél közelebb a szegycsonthoz tárták fel a nyaki pólyát, hiszen a pólya alatt levő zsiger előtt fekvő hasadék lefelé mind szélesebb s szélesebb lesz. A nyaki pólyát a szegycsont felé tehát csak annyira szabad feltárni, a mennyire az okvetlen szükséges. Ilyen módon bizonyos valószinüséggel kikerülhetjük a gátor légdaganatának keletkezését, vagy legalább is túlságos kifejlődését, a mi szintén nagy előny, mert, mint azt több gyógyult eset bizonyítja, a gátor légdaganata, a mennyiben nem vezetett légmell képződéséhez, a levegő felszivódása folytán önként meg is gyógyulhat.

De nemcsak nyomás, bepréselés által, hanem a mellüreg szivó hatása, beszivás (aspiratio) folytán is keletkezhetik a gátor légdaganata.

A mellüregben a tüdőszövet rugalmassága folytán előálló nemleges nyomás kutyánál belélegzés alkalmával —7·1 egész —7·5 mm. higanynyomásnak felel meg. Ez a nyomás kilélegzéskor —4 mm.-nyire sülyed le (*Heynsius*). Embernél ezen adatok a szerzők szerint különböznek. *Aron* szerint —4·5 egész —6·85 mm. higanyoszlopnyomásnak felel meg a nyomás, mely a testtartásnak megfelelőleg be- és kilélegzésnél változik. *Aron* szerint fekvő helyzetben belélegzésnél —4, kilélegzésnél —1·9 mm. higanyoszlop a mellüreg nemleges nyomása. Ülve a számadatok —4·52 illetve —2·5, széken ülve —5·1 egész —3, lehetőleg kitágult tüdőkkel ülve —6·85 egész —3·9 mm. higanyoszlopnyomásnak felelnek meg. A nyomáskülönbség erőltetett belélegzésnél óriási módon felszökhetik, a mint azt kutyával végzett kisérletek alkalmával tapasztaltuk, a midőn a kutyának légcsövét lekötve, a mellüreggel közlekedő nyomásmérő tartalmát az állat mellürege magába szivta.

A mellüreg ezen nemleges nyomása eredményezi azt, hogy akkor, a mikor valamely nyaki mütét közben a nyaki pólyát megnyitják, szortyogás közben levegő áramlik a nyak kötőszöveti réseibe és innen az elülső gátorba. A zörej nagyon hasonlít ahhoz, a mely akkor keletkezik, ha szájunkkal folyadékot levegővel keverve szürcsölünk fel. A klinikán ilyen zörejt nagyobb nyaki mütétek, golyvakimetszés, nyaki daganatok kiirtása közben többször volt alkalmunk észlelni. Egy nagy, eres, tömlős golyva kimetszésének esetében ez a zörej oly feltünő volt, hogy a beteg kórtörténetében a mütét leirásánál külön fel is említettük *(Dollinger)*. Nem valószinütlen, hogy ezen esetben a mütét után keletkezett és 3 napig tartott szabálytalan szivmüködést a gátornak a mütét közben támadt, később azonban visszafejlődött légdaganata idézte elő. Ennek megfelelőleg betegünk meg is gyógyult.

Ha most mindezeknek szem előtt tartásával vizsgálat alá veszszük azokat a körülményeket, a melyek a gátor légdaganatának a levegőfelszivás (aspiratio) útján való keletkezését elősegítik, azt kell mondanunk, hogy annak keletkezéséhez nem kell egyéb, mint a zsiger alatt fekvő hasadék tátongása, a légutak eldugulása és erős belélegzési mozgások. Esetünkben a nyaki daganat kiirtása czéljából a zsigerek előtt fekvő hasadék fel volt tárva, nemcsak oldalt, a lapoczka-nyelvcsontizom eltávolítása s a nyaki kötőszövetnek a bordaemelő izmokról való leválasztása által, hanem elül is, hiszen a légcső is szabadon feküdt. A zsigerek előtt fekvő hasadék ezenfelül közel a mellkas bemenetéhez volt megnyitva, tehát olyan helyen, a hol mélysége tetemesen megkönnyítette a levegő beáramlását. Betegünk ezenfelül a nyelvgyök hátraesése folytán egy ideig légszomjúságban szenvedett, a mi közben erőltetett belélegzése a mellür nemleges nyomását lényegesen megnövelte, a levegő beáramlását elősegítette. Igy keletkezett a boncolási jegyzőkönyvben is leirt gátorbeli légdaganat.

A gátor légdaganatától a kétoldali légmell kifejlődéséig csak egy lépés kell. A gátor laza lemezei között fekvő léghólyagok levegőtartalma, a midőn nyomása a mellüreg nemleges nyomásával szemben nagyon megnagyobbodott, a nyirokszájacskákon (stomata), a nyirokréseken vagy mikroskopos nyilásokon, ki nem mutatható repedéseken át a mellürbe áramolhat. A mellüregbe levegő jut és ennek megfelelőleg a tüdők lassanként összelohadnak, a lélegző felület mind kisebb és kisebb lesz, a belélegzés mind erőltetettebbé válik, a mi a levegőnek még erőteljesebb beszivását eredményezi. Nagyon valószinü, hogy arra, hogy esetünkben a kétoldali légmell oly nagy nyomású volt, hogy a mellüregek megnyitásánál a levegő belőlük sisteregve tolult ki, és hogy a tüdők teljesen összenyomattak, a hosszú ideig tartó mesterséges belélegzésnek volt lényeges befolyása.

Hogy mindezen kérdéseket lehetőleg tisztázzuk, a következő *kisérleteket* végeztük.

1. Friss emberi hullán a nyak középvonalában vitt, a bőrön, böralatti kötőszöveten áthatoló, a kétoldali szegynyelvcsont- és a szegypajzsizom között elhaladó metszésen át feltártuk a nyaki pólyát. A pólya alá, tehát közéje és a légcső közé egy szúrócsapot (troicart) helyeztünk el. Fecskendő segélyével a szúrócsapon át levegőt fujtunk az igy feltárt zsigerek előtt fekvő hasadékba. Kiterjedt gátorbeli légdaganat és a bepréselt levegő mennyiségének megfelelő, kisebb-nagyobb nyomás alatt álló kétoldali légmell keletkezett. Az előbbit bonczoláskor, az utóbbit a mellüregnek még feltárás előtt való punctioja útján állapítottuk meg. A gátor lemezén nagyobb szakadást sehol sem láttunk. Három hullán végzett ily irányú kisérleteim mind ugyanazt az eredményt adták.

2. Friss emberi hullán a leirt nyaki mütétnek megfelelő sebzéssel jól feltárva a zsigerek előtt fekvő hasadékot, 15—30 perczig tartó mesterséges lélegzést végeztünk Silvester szerint. A karoknak a fej fölé emelése és a könyököknek a törzsre való rányomása alkalmából a légcsövön át a levegő be- és kiáramlását

jól lehetett hallani. A belélegzés magaslatán, tehát a mikor a karok a fej felett foglaltak helyet, a nyaki kötőszövetbe is besurrant levegő. A gátor kisfokú légdaganata volt az eredmény. Igy jártunk el két hullán. Mind a két esetben ugyanazt az eredményt kaptuk.

3. Ha ugyanazon módon friss emberi hullán végzett kisérlet alkalmából a hulla szájüregét, gégebemenetét nedves kendőkkel tömtük ki, s a mesterséges lélegzést igy folytattuk, a gátor légdaganata az előbbi módon előidézettel szemben kissé jobban volt kifejlődve, sőt egy esetben féloldali légmell is létesült. Három hullán végzett kisérlet közül az egyik teljesen negativ volt. A mint a bonczolás kideritette, ezen esetben nagyfokú sajtos tüdőgyuladás és a tüdőnek a mellhártyával való teljes összetapadása okozta a negativ leletet. Egy esetben csak gátorlégdaganatot és féloldali légmellet idéztünk elő.

4. Élő kutyán a hegyesen végződő szegycsontról a fejbicczentő izmok tapadását lefejtettük, a légcsövet fedő izomzatot szétválasztottuk, a légcsövet szabaddá tettük. E közben jól vigyáztunk, hogy a magasan felterjedő mellhártya-kúpot meg ne sértsük. Az ily módon megnyitott, a zsigerek előtt fekvő kötőszöveti hasadékot kampókkal tárva tartottuk és az állatot megfojtottuk. Az állat kivégzése egy esetben a gége kézzel való összenyomása, három esetben a légcső bekötése által történt. Előbbi esetben csekély gátor-légdaganat, az utóbbi módon kivégzett kutyákban két esetben jól kifejezett gátor-légdaganat, sőt egy esetben légmell is keletkezett. Összesen négy állaton végeztünk kisérletet.

Esetünket szem előtt tartva, és azt a fent leirt anatomiai, élettani és kisérleti adatokkal egybevetve, a következő *eredményre* jutunk.

I. A gátor légdanata (emphysema mediastinale) nemcsak úgy keletkezik, hogy a tüdőben foglalt levegő a zsigerek előtt fekvő hasadékon (spatium praeviscerale) át positiv nyomás alatt nyomul be a gátor lemezei közé, mint a hogy az pl. légcsőmetszés esetén megtörténhetik, hanem úgy is létrejöhet, hogy a mellüregek negativ nyomása folytán nagyobb nyaki műtétek alatt a zsigerek előtti hasadék tátongó sebén át a gátor kötőszövete beszívás (aspiratio) által telik meg levegővel.

II. A gátor légdaganatának légbeszivás által való keletkezéséhez elegendő a zsigerek előtti hasadék tág feltárása, a légutak eltömülése és erőteljes belélegzési mozgások.

III. A gátor légdaganatát előidéző levegő a gátor ki nem mutatható hasadékain át a mellüregbe juthat és kétoldali légmell keletkezéséhez vezethet.

IV. Hogy hasonló végzetes eset elő ne forduljon, czélszerű volna a nyak kiterjedt műtétei alkalmával, a midőn a zsigerek előtt fekvő hasadék tág feltárása válik szükségessé, a beteget túlnyomásos narcosisban operálni, vagy a negativ nyomás alatt történő altatás technikáját úgy módosítani, hogy az nyaki műtéteknél szintén alkalmazható legyen.

Irodalom. Aron: Virchow's Archiv. 1891. 126. k. 523. l. — *Bartels M.:* Beobachtungen über häutige Bräune. Deutsches Archiv für klin. Med. 1867. II. k. 367. l. — *Bernhardt:* Die Erkrankungen der peripheren Nerven. Nothnagel's specielle Pathologie und Therapie. 1895. XI. k., I. rész, 195. l. — *Biermer A.:* Keuchhusten. Virchow's Handbuch der speziellen Path. und Ther. 1854. V. k. I. rész, 559. l. — *Burns:* Cit. nach Merkel. — *Champney F. H.:* Über künstliche Respiration bei scheintod geborenen Kindern. Medico-chirurgical transactions. 65. k. Publ. by the royal medical and chirurgical society of London. 1882. 75. l. — *Champney F. H.:* Experimental researches in artificial respiration in stillborn children and allied subjects. London, 1887. — *Cruveilhier J.:* Bulletins de la société anatomique. 1842. 15. évf. — *Cruveilhier J.:* Observation d'emphysème sous-coutané général par rupture pulmonaire. Gazette hebdomadaire de médicine et chirurgie. 1856. 179. lap. — *Damsch O.:* Über Unterhaut-Emphysem bei Bronchopneumonie. Deutsche med. Wochenschrift. 1891. 18. sz. — *Dittel:* Die Topographie der Halsfascien. Wien, 1857. — *Dollinger:* Évkönyv. III. k. 119. l. — *Dupuytren G.:* Leçons orales. III. k. Gazette médicale de Paris. 1837. 553. l. — *Dusch:* Über das bei Vornahme der Tracheotomie auftretende Hautemphysem. Archiv für wissenschaftliche Heilkunde. III. k. 45. lap. — *Fischer H.:* Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge. 65. szám. — *Fräntzel O.:* Über Unterhaut-Emphysem bei Erkrankungen des Respirations-Apparates. Deutsche med. Woch. 1885. 11. szám. 161. lap. — *Froriep:* Medic. Zeitung. Herausgegeben von dem Vereine für Heilkunde in Preussen. 1834. julius 9. 28. sz. — *Gruber W.:* Über das Spatium intraaponeuroticum suprasternale. Petersburg. 1868. — *Guillot N.:* Observation d'emphysémes siégeant sous la plèvre, dans le tissu cellulaire des médiastins, étendus jusqu' aux régions de coup, du tronc, de la tête et des membres, que l'on peut attribuer aux efforts de la toux chez les enfants. Archives générales de médicine. 1853. II. k. 151. lap. — *Güterbock P.:* Hautemphysem und Diphtheritis. Virchow's Arch. für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin. 1871. 52. k. IV. f. 523. l. — *Henke:* Beiträge zur Anatomie des Menschen mit Beziehung auf Bewegung. 1872. I. f. — *Herzog:* Beiträge zum Mechanismus der Blutbewegung an der oberen Thoraxapertur bei Menschen. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1881. 6. k. — *Heynsius* cit. *Landois:* Lehrbuch der Physiologie des Menschen. VI. Aufl. II. k. 281. l. — *Hofmeister F.:* Die Operationen an den Luftwegen. Handb. der prakt. Chir. Bergmann-Bruns-Mikulicz. I. Aufl. II. k. 281. lap. — *Hoffmann Fr.:* Erkrankungen des Mediastinums. Nothnagel's Spezielle Path. und Ther. XIII. k. III. rész, II. szakasz, 81. l. — *Hüter C.:* Zur Lehre von der Tracheotomie und ihre Erfolge bei Diphtheritis. Berliner klin. W. 1869. 30. sz. 313. l. — *König* und *Riedel:* Die entzündlichen Prozesse am Halse. Deutsche Chirurgie. 1882. 63. rész. — *Laënnec R.:* De l'emphysème interlobulaire, 3me édit. de Mériadec. 1851. I. k. 324—331. l. — *Leiner C.:* Emphysem bei tracheotomierten Kindern. Jahrbuch f. Kinderheilk. 1903. Bd. 58. der dritten Folge, Bd. 8., 448. l. — *Menière:* Sur quelques cas rares d'emphysème provenant de causes différentes. Arch. générales de médecine. 1829. 19. k. — *Menière:* De l'emphysème qui succède brusquement à la rupture de l'un des points des voies aëriennes. Gazette médicale de Paris. 1842. 10. kötet, 1689. l. — *Merkel:* Handbuch der topographischen Anatomie. 1899. I. k. 24. l. — *Merkel:* Über die Halsfascie. Anatomische Hefte. Herausgegeben von Merkel und Bonnet. 1891. 1. sz. 79. l. — *Mihálkovics:* Az ember anatomiája. Budapest, 1898. I. rész, 762. l. — *Müller Fr.:* Über Emphysem des Mediastinums. Berliner klin. W. 1888. 11. sz. 205. l. — *Ozanam:* De la rupture pulmonaire chez les enfants et l'emphysème généralisé qui le succede. Archives générales de méd. 1856 III. kötet, 31. l. — *Petersen G.:* Ein Fall von extrapericardiacalem Emphysem. Berliner klin. W. 1884 44. sz. 699. l. — *Poulsen:* Über die Fascien und interfascialen Räume des Halses. Deutsche Zeitschrift für Chir. 1886. 23. k. — *Powell:* Cit. Suter. — *Rauchfuss C.:* Laryngotracheitis fibrosa. Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten. 1878. III. kötet, II. rész. — *Richet:* Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale. Paris, 1857. 484. l. — *Roger H.:* De l'emphysème généralisé (pulmonaire, médiastin. et sous-cutané). Archives générales de médecine. 1862. II. kötet, 129. l. — *Roger H.:* Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance. Paris, 1883. 554. l. — *Rokitansky C.:* Lehrbuch der pathologischen Anatomie. 3 Aufl. II. k. 1/. l. — *Sachse W.:* Ein Fall von Hautemphysem bei Diphtheritis. Virchow's Archiv f. pathol. Anat. und Physiol. und f. klin. Med. 1890. 1. k. 1. f. 148. l. — *Schotten E.:* Ein Fall von extrapericardiacalem Emphysem. Berliner klin. W. 1886. 51. sz. 882. l. — *Schreiber:* Über die Funktionen des Nervus phrenicus. Pflüger's Archiv. 1883. 31. k. — *Soltmann:* Die Ausbreitungsbezirke der Congestionsabscesse bei der Spondyloarthrocace der Kinder. Eine anatomische Studie. Jahrbuch f. Kinderheilkunde. N. F. 7. k. 1874. — *Soulié:* Nerfs rachidiens. Poirier-Charpy: Traité d'anatomie humaine. 1899. III. k. 983. l. — *Steffen A.:* Tussis convulsiva. Ziemssen's Handbuch der speziellen Path. und Ther. IV. k. I. rész, 520. l. — *Suter H.:* Ein Fall von Emphysema praecordiale. Inaugural-Dissertation, Zürich. 1905. — *Testut-Jacob:* Traité d'anatomie topographique. 1905. I. k. 547. l. — *Walther Ph.:* Beitrag zur Entstehung von Pneumothorax durch Überanstrengung. Festschrift zur Feier des 50jährigen Bestehens des Vereins pfälzischer Ärzte. Frankenthal, 1889. 237. l. — *Zahn W.:* Über die Entstehungsweise von Pneumothorax durch Continuitätstrennung der Lungenpleura ohne eitrige Entzündung. Virchow's Archiv f. path. Anatomie und Physiologie und für klin. Med. 1891. 123. k. 2. f. 197. l.

TÁRCZA.

A laparotomia visszatekintőleges megvilágításban.

(Folytatás.)

Maga a tulajdonképeni műtét a has felbontásával kezdődik. A hassebet rendesen a linea alba hosszában készítjük, a metszéssel a köldököt balra elkerülve. Ez régi anatomiai követelmény, netalán persistáló köldökerekre való tekintettel. A tapasztalat azonban azt tanítja, hogy ez tulajdonképen szükségtelen elővigyázat. A köldököt inkább azon okból nem érintjük, mert szívós szövete az elsődleges egyesülésre nem igen alkalmas.

A legtöbb műtő manapság a hosszmetszést végzi.

Kardinális jelentőséget tulajdonítanak azonban a *metszés terjedelmének, hosszának.*

Ezt mindig a daganat mekkorasága, benneke, meg mozgékonysága határozza meg; azokat a nehézségeket, melyeket a köldökön túl terjedő metszés támaszt, könnyű ellensúlyozni és igy a hosszmetszés még mindig előnyösebb, mint a *Hegar* által castrationál javasolt, *Lawson-Tait* és *Bardeleben* által kisebb petefészekdaganat-kiirtásnál használt *lágyéktáji,* vagy a *Fransen* által javaslatba hozott *haránt-* és *keresztmetszés.*

Mindazonáltal van a hosszmetszésnek hátránya is. Ily módon megsérülhetnek a rectust ellátó idegek, a mi izomatrophiához vezethet; valamint a haspólyák engedékenysége miatt — különösen, ha a szélek rongálódtak, vagy zsírfürtöket fogtunk közbe — létrejöhet a hassérv.

Ezen káros következményekre való tekintettel *Lenander* a metszést a rectus tokjába helyezte, míg *Küstner*, *Rapin* és *Pfannenstiel* a bajnak a *symphysis feletti harántmetszés* által kívánták elejét venni.

A fanív feletti harántmetszés lényege abban áll, hogy a mons veneris felett a kültakarót félkörben bemetszve, azt az alatta levő pólyákról lekészítjük (Küstner-Rapin), vagy hogy a fascián is áthatolunk, a tapadó részeket késsel és ollóval felszabadítjuk, a pólyából és kültakaróból nyert lebenyt felemeljük és a köldök tájékára tűzzük, és most a hasűrt hosszmetszéssel tárjuk fel. (Pfannenstiel.)

Szerény nézetem szerint a *Lenander*-féle mód előnyeit inkább az iró-, mint a műtőasztalnál gondolták ki; a hasdaganatok intraabdominális növekvése, de még inkább a medencze szervei körül lezajlott lobos folyamatok mind a fascia, mind a hasizmok elrendezését eléggé befolyásolják; ellenben ideális anatomiai viszonyok már ezen okoknál fogva is vajmi ritkán fordulnak elő.

A felhozott, utólagosan keletkező bajok elhárítására ép úgy, mint a sima jó gyógyulás elérésére sokkal fontosabbnak tartom azt a körülményt, hogy a sebszéleket mindennemű műszer behatásától lehetőleg megkiméive, éles sima széleit azzal a praecisitással egyesítsük, minőt *Langenbeck* a plastikai műtéteknél követelt, vagyis, hogy a hasfalakat teljesen anatomiai sorrendben reconstruáljuk.

Első pillanatra úgy tetszik, mintha *Pfannenstiel* módszere mindezen követelményeknek legjobban felelne meg; sőt még többet ad, mint a mennyit igér, mert a cosmetikát is szolgálja. Csakhogy a köldök magasságát elérő vagy túlhaladó izzadmányokba rögzített és álhártyák által félrevont daganatok számára a műtéti tér felfelé korlátolt lesz és az izmok haránt irányban való lefejtését vagy bemetszését igényli; kisebb daganatoknál, különösen tömlős tumoroknál a hüvelyen át történő eltávolítás, a vaginális coeliotomia jön szóba, mely utóbbi a hasfal, a fascia, az izom sérülése nélkül hassérv létrejöttét egyenesen kizárja.

És ha a Pfannenstiel módszere útján elért előnyre, a cosmetikai oldalra térek át, azért teszem, mert igen kiváló, tudományos munkákban komolysággal tárgyalják.

A Pfannenstiel-metszés egyik előnye, hogy a heget a mons veneris bőre elfedi, és így a műtét nyoma sem látható, míg a hosszmetszés utáni heg igen soká vörös marad és később meg festenylerakódás folytán csúf lesz.

Nem tudom, hogy mikor fogunk mi betegeinkkel szemben az aesthetika e túlmagas szinvonalára emelkedhetni; sőt be kell vallanom, hogy a vaginalis és abdominalis coeliotomia kérdését sem látom még teljesen tisztázottnak; de erős a meggyőződésem, hogy bár régi módszert követve, nálunk Magyarországon a tudomány és művészet terén sem *álszemérmeteskedés*, sem valamelyes *lex Heinze* nem fog lábrakapni.

A daganat természete, alkata és elhelyezése a tovább foganatosítandó eljárás útmutatójául szolgál.

A hasűrben való műtét felkarolja az egész hassebészetet mind chirurgiai, mind gynaekologiai szempontból. Messze túllépném előadásom keretét, ha — bár csak vázlatosan is — a hasűri daganatok eltávolítását, a has zsigereinek gyógyítását czélzó részletekbe bocsátkoznék; elég lesz, ha a laparotomiánál érvényre jutó általános elveknél maradok.

Ilyen a hasűr tisztogatásának, a váladékok levezetésének kérdése. A hasűr toilettejéről már előbb volt alkalmam megemlékezni; a sebváladékok levezetése pedig, tudjuk, *Lister* tanának egyik sarkalatos pontja.

Daczára annak, hogy *Billroth* a nyilt sebkezeléssel fényes eredményekre jutott, mindazonáltal a *drainage* kérdése elég terjedelmes irodalmat keltett. A kis- és nagykaliberű draincsövek hossza, több vagy kevesebb lyukkal való ellátása, nemkülönben a kiálló vég egyenes vagy rézsútos lemetszése, végre a csőnek dajkatü vagy fonál által való biztosítása, mindmegannyi bőven tárgyalt vitás kérdés volt. Döntést igényelt, vajjon a draincsövet rugalmas vagy szilárd anyagból készítsék-e és a laparotomiánál a körül forgott a kérdés, vajjon a Douglas-ürön át végződjék-e a hasűri toilette drain-üvegcső által vagy gaze-pamutcsíkkal?

Olshausen Halleben működése idején minden esetben a draincsövet a Douglas-ból a vaginába vezette; *Chrobak* még rövid idővel ezelőtt elmés méhcsonkbefedését azzal előzte meg, hogy a méhűrből kifelé jodoform-pamutkanóczot helyezett el. A mai aseptikus világban ezeket nélkülözni megtanultuk. Visszamaradt még, de inkább vérzéscsillapításul szolgál a *Mikulicz*-féle gaze-drainezés a hasseben át.

A *varróanyagot* a laparotomiánál mindig nagy figyelemben részesitették. Voltak, a kik *Simon*-nak, a hires heidelbergi sipolyműtő-tanárnak *Bozeman* felett aratott sebészeti győzelmét csakis annak tulajdonitották, hogy öltésnél sodronyt használt. Hát *Keith* eredményei a kiégetett dróttal? Láttuk *Spencer-Wells*-t, *Breisky*-t és *Chrobak*ot a sodronyt selyemmel combinálva használni, előbbi nem okoz szúrcsatornagenyedést, utóbbi hajlékonyabb, jobban kezelhető; de könnyen bevág és ez ismét genyedésre vezet, pedig milyen erősen van carbolizálva. A selyem említett kellemetlen oldala pedig állandó jelenség volt, akár tiszta nyers japáni, akár franczia cordonet vagy angol ostorfonatú selyem jött használatba; ma tudjuk, hogy miért.

Emmet new-yorki tanár segédje említett is egy anyagot, mely a sodrony és selyem előnyeit birná, mindkettő hátrányai nélkül; olvastuk is, hogy *fil de Florence*-szal ép oly simán lehet varrni mint selyemmel és hogy tartósabb a sodronynál, sőt ép úgy veszély nélkül elsülyeszthető, de hogy ez teve-in, lószőr vagy mesterségesen előállított anyag, arról tudomást nem lehetett szerezni; bizonyos csak az volt, hogy a virágos városnak semmi köze hozzá, ott nem ismerik és hogy Londonból kell hozatni, drága pénzen és ritkán kapható; neve pedig silkworm-gut.

Egy szerencsés véletlen reávezetett úgy készítésének, mint beszerzésének ismeretére. Bellagio egy szatócsa kirakatában láttam meg egy csomó fil de Florence-et. Biztos voltam benne, hogy nem sebészi czélokra használja; kérdezősködésemre a padrone felvilágosított, hogy ez file de sete, selyemfonál; horgászathoz kell. Vevési szándékomat csak részben elégité ki, mert — úgymond — e végett neki nem érdemes Luganoba átmenni, ott termelik bőven és megadta a luganoi kereskedés czímét. Ottan, a helyszinén szereztem tudomást előállítási módjáról. A selyemgubótenyésztők előtt igen ismeretes, hogy a selyemhernyó némelykor ragadós betegségben szenved, mitől rendesen az egész tartány elpusztul. Az etetés alkalmával gondosan megfigyelik a hernyókat és minden betegnek látszó állatot rögtön kiküszöbölve, eczettel megtöltött bödönbe dobnak. Nehány nap alatt az állatok kis kocsonyaszerű göbökké vannak feloldódva; ezeket kihalászszák, vízben megmossák és széthúzzák. Ennek eredménye a többékevésbé vastag fonál, melyet kifeszítve, a napon megszárítanak. A fil de Florence tehát a selyemhernyó selyemorganuma, melyből gubózáskor kiadja a cocon selyemszálát.

(Folytatása következik.)

id. *Elischer Gyula* dr. tanár-főorvos.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Prof. Siebenmann: Grundzüge der Anatomie und Pathogenese der Taubstummheit. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 1904.

Szerző e munkájában feladatává tette a süketnémaság anatomiáját főleg a pathogenesis szempontjából feldolgozni. Az egész munka 99 lapra terjed. Az anyagot, melyet feldolgoz, az irodalomban előforduló esetekből szedi össze, és főleg a veleszületett süketségre vonatkozólag is erősebb kritikával választja szét a használható anyagot a nem használhatótól. Szerző munkáját több részre osztja. Egyik főrészét a szerzett süketség alkotja. E fejezetben különösen behatóan tárgyalja a meningitis és a scarlatina után keletkezett süketnémaság anatomiáját. Majd pontosan tárgyalja a szerzett süketnémaság körében a kanyaró, a trauma, a

középfülgenyedés, a hereditaer syphilis, az osteomyelitis, a parotitis epidemica, a diphtheria, a typhus, a tussis convulsiva, a pneumonia stb. után keletkezett süketnémaság anatomiáját, illetőleg pathogenesisét. Munkája második, nagyobb fejezetét a veleszületett süketnémaság képezi. Ezt két részre osztja, úgymint: atresia congenita nélküli, és atresia congenitával együtt támadt süketnémaságra. E két rész ismét feloszlik alcsoportokra a mélyebb elváltozások szerint. Igy külön tárgyalja azokat, hol az egész tömkeleg aplasiája áll fenn, vagy a hol az endolymphás ür epithelje elfajult és metaplasiája van jelen. A negyedik fejezetben részletesen tárgyalja az endemiás süketséget, míg az ötödikben ama kórboncztani elváltozásokat beszéli meg, melyek nem a fülre vonatkoznak. Végül hatodik fejezetében a bonczolási technikát és saját mikroskopi eljárását ismerteti. A munka nemcsak a fülorvosok figyelmére érdemes, a kik süketnémák hallószerveivel foglalkoznak, de mindenesetre jó felvilágositásul szolgál mindenkinek, ki a süketnémaság kórboncztanának mai állása iránt érdeklődik. *Siebenmann* e munkája minden irányban jól áttekinthető, úgy hogy élvezetes olvasmány gyanánt is szolgál a sok tanulság mellett, mely e müben kétszeresen jut érvényre ama sok önálló tapasztalat miatt, melylyel épen *Siebenmann* rendelkezik ezen a téren. A süketnémaság irodalma nagyot nyert *Siebenmann* e kiváló, az ő szakismeretét, tiszta látását jellemző munkájával. E kitünő munka mindenkor jó forrásmü gyanánt fog szolgálni a süketnémaság anatomiáját illető kérdésekben.

Ifj. *Klug Nándor* dr.

Jessner: Kompendium der Hautkrankheiten einschliesslich der Syphilide und einer kurzen Kosmetik. Dritte sehr vermehrte Auflage. Würzburg, A. Stuber's Verlag. 1906.

Jessner kitünő tollát és kiváló gyakorlati érzékét minden szakember ismeri. E jeles tulajdonságokat jelen munkájában is feltaláljuk, a melyet kompendium alakjában a gyakorlat igényeinek szánt. E czélnak a kis tankönyv teljesen megfelel, mert könnyen és gyorsan nyujt tájékoztatást a dermatologiai szakmának ma már nagyra nött tömegében. Szerző müvében különösen nagy súlyt helyez az elkülönitő kórismére, mely épen a dermatologiában okoz gyakran nagyobb nehézségeket. A könyv, noha arra törekszik, hogy első sorban a gyakorlati igényeknek feleljen meg, mégsem nélkülözi a széles tudományos alapot, a mely nélkül még a legsikerültebben megirt kompendium is értéktelenné válik. Ennek megfelelően feltaláljuk benne mindazon általános anatomiai, élettani és pathologiai alapismereteket, melyek nélkül a bőrbajok klinikájában egyetlen lépés sem tehető. Szerző a betegségeknek eleven leirása mellett az egyes elméleti kérdések rövid tárgyalása elől sem tér ki, de azokat igen helyesen apró betüs nyomásban nyujtja, úgy hogy az olvasó már eleve tájékozódhatik. Tekintve azt, hogy a bőrbetegek diagnostikájában szükségképen a bőrsyphilidek is minduntalan szóba kerülnek, röviden — in nuce —, de igen sikerülten a syphilisnek egyes nyilvánulásait is megtaláljuk e könyvben. A műhöz függelékképen csatolt cosmetikai rész csak emeli a használhatóságot és gyakorlati értéket. Igen jól beválik a könyv végén a legajánlatosabb recept-formuláknak kis gyüjteménye is, a melyekre a szövegben hivatkozás történik. A könyvet úgy a gyakorló orvosnak, mint különösen az orvoshallgatóknak a legmelegebben ajánlhatjuk. *Guszman.*

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A **Nylander-féle czukorpróba megbizhatóságához** több újabban megjelent közlemény folytán sok kétség fér. Többek közt *Bechhold* kimutatta, hogy higanynak olyan csekély mennyiségei, melyek a sublimat-oldattal való kézmosás útján szivódnak fel és kerülnek a vizeletbe, képesek az egyébként biztosan czukortartalmú vizelet Nylander-reactioját negativvá tenni. (Zeitschrift für physiologische Chemie, XLVI. kötet, 4. füzet.)

Gyógyszertan.

A strophantus gratus magvaiból *Thoms* tanárnak sikerült egy kristályosodó tiszta készitményt előállitani, a mely g-strophantin elnevezéssel jut a kereskedésbe. Ezen készitménynyel már többen végeztek állatkisérleteket, igy többek között *Kobert* tanár is, a ki azt találta, hogy rendkivül erélyesen és gyorsan hat a szivizomzatra, a szív müködését erősíti és szabályozza, melegvérüekben a szívösszehúzódások számát alászállítja és a vérnyomást fokozza. Szívbajosokon végzett vizsgálataiban *Schedel* azt találta, hogy a g-strophantin 1%-os vizes oldata cseppenként adva rendkivül kedvező hatású szivgyengeség eseteiben. A digitalis-szal szemben előnyösnek mondja gyorsabb hatását, továbbá azt, hogy kevésbé okoz kellemetlen melléktüneteket, hogy heteken keresztül adható és hogy cumulativ hatása később jelentkezik és könnyebben felismerhető. Szükség esetén bőr alá fecskendezés alakjában is használható. (Zeitschrift für Krankenpflege, 1905. 7. füzet.)

A hopogan és az ektogan hatásáról és használhatóságáról ir *M. Bab* a Berl. klin. Wochenschrift 1905. évi 45. számában. Nehány év óta ugyanis mind kiterjedtebben és mind sikeresebben kezdik a hydrogenhyperoxyd oxydáló és desinficiáló hatását igénybevenni a gyógyászatban. A baj csak az volt, hogy e szert nem lehetett belsőleg alkalmazni, egyrészt minthogy félni lehetett erősen edző hatásától, másrészt pedig mert a szer hatástalanná válna, mielőtt rendeltetése helyére jutna. Hogy e hátrányt elkerüljék, újabban a hopogant készitik, vagyis a magnesiumsuperoxydot, melyet a gyönge gyomorsav felold, a mikor belőle ártalmatlan magnesiumsók mellett hydrogensuperoxyd lesz szabaddá A hydrogenhyperoxyd viszont tovább bomolva, egyrészt víz lesz belőle, másrészt hatékony oxygen szabadul fel, mely azután kifejti a maga desinficiáló hatását. Ha tablettákban, vagy még helyesebben keratin-labdacsokban adjuk a szert, úgy annak nagy része változatlanul fog a bélhuzamba jutni, hol megint hydrogenhyperoxyd, illetőleg szabad oxygen lesz belőle. Ezeket tudva, joggal várhatjuk, hogy a szerrel bizonyos gastrointestinális zavaroknál jótékony hatást érhetünk el. *Gilbert* és *Jemier* kisérletei igazolták is ezt a feltevést, a mennyiben ők azt tapasztalták, hogy a gyomorban végbemenő oly erjedéses folyamatoknál, melyek felböfögéssel, hányással, émelygéssel és felfúvódással járnak, továbbá bizonyos, igy többek közt tuberculotikus diarrhoeáknál a szer igen jól bevált. *Robin* főleg a gyomor hyperaciditása következtében beállott diarrhoeáknál alkalmazta sikerrel a hopogant. *Isaaksohn* évek óta fennálló és minden más kezeléssel daczoló habituális obstipationál volt képes a hopogannal tartós eredményeket elérni. *Labadie Lagrave* és *Rollin* stomatitisnél, anginánál, gyomortágulásnál, továbbá különböző eredetü gyomor és bélvérzéseknél ajánlják a hopogant. Tuberculotikusak diarrhoeájánál *Robin*-nal ellentétben nem látták a szernek kétségbevonhatatlan hatását. Tapasztalataik szerint ezeken felül az alkalmazás helyén fel nem használt oxygen az egész constitutiót kedvezően befolyásolva, anaemia, chlorosis eseteiben a vörösvérsejtek száma és haemoglobintartalma megszaporodik. *Bab* megkisértette a szer alkalmazását a húgyutak infectiosus bajainál is. E czélra egyelőre szándékosan igen régen fennálló és igen makacs cystitiseket használt fel. E cystitisek a lokális kezelés következtében javultak ugyan, a rendesen alkalmazni szokott antisepticumokra (urotropin stb.) azonban egyáltalában nem reagáltak. A betegek pro die 3 gramm hopogant kaptak, az eredmény azonban mindössze annyi volt, hogy a vizelet bizonyos mértékben feltisztult. Minthogy azonban a szert a betegek igen jól türik, s minthogy alkalmazása következtében a subjectiv zavarok úgy látszik enyhülnek, a kisérleteket nagyobb adagokkal és alkalmasabb beteganyagon folytatni fogja.

Positivebb eredményeket ért el *Bab* a külső használatra szánt, ektogannnak nevezett zinksuperoxyddal. A szert hintőpor alakjában, vagy pedig 10%-os szappan alakjában alkalmazta, s úgy tiszta, mint fertőzött sebeknél, lichen rubernél és psoriasisnál, főleg azonban alszárfekélyeknél kitünő eredménynyel rendelte. *Marikovszky.*

Belorvostan.

Fejfájás gyógyitása. *A. E. Wright* már számos közlésben utalt különböző kóros állapotoknak (urticaria, egyes oedemafajok, physiologiai albuminuria stb.) összefüggésére a vér csökkent megalvadásképességével, minek következtében a vérplasma könnyebben kijut a vérerekből és a mint ő nevezi, serosus haemorrhagia támad. *G. W. Ross* azt hiszi, hogy az ú. n. lymphatikus egyé-

nek gyakori fejfájásai szintén ilyen serosus haemorrhagiára vezetendők vissza és ezen nézetének beigazolására nagyobb számú betegen végzett kisérleteket mészsókkal, mint a melyek a vér alvadásképességét fokozzák. Az esetek túlnyomó többségében csakugyan eredményes volt ezen kisérlet. Kisérleteinek bizonyító értékét különben még az is növeli, hogy egy részében az eseteknek a mészsók használata után beállott javulást követőleg kaliumcitratot adott, mint a mely a vér alvadásképességét csökkenti, mire ismét rosszabbodás állott be. A mészsók közül különösen a tejsavas meszet ajánlja, a melyből naponként háromszor veendő be 1—1 gramm vízben oldva étkezés előtt. Enyhébb esetekben három hétig, súlyosabbakban pedig hat hétig kell használtatni e szert. A fejfájás átlag négy nap alatt szokott megszünni, vannak azonban esetek, melyekben már 24 óra alatt beáll a javulás, míg nagyon súlyos, régi esetekben néha 10 nap is eltelik a hatás jelentkezéséig Kellő bélmüködésre természetesen szintén gondot kell fordítani, a diaetát illetőleg pedig olyan tápszerek kerülendők, a melyek köztudomás szerint lymphagog hatásúak (osztriga, rák, eper). Sört és bort is lehetőleg kerülni kell. Szerző még megjegyzi, hogy vannak olyan neuralgiák, a melyekben a vér megalvadásképessége csökkent s hogy ezekben szintén jó eredménynyel járhat a mészsók használata. Idült veselob hat esetében szintén megkisérlette a mészsókat s közülük ötben a fejfájás és a vizenyő jelentékenyen csökkent. (The lancet, 1906. január 20.)

Pneumonia cruposa ellen 16 súlyos esetben alkalmazta *Winkelmann* a Römer-féle pneumococcus-serumot. A serumnak nincs titere s igy adagolása pontos nem lehet. Szerző 10—20 cm^3-t használt 1—2 izben. Gyakran volt subjectiv javulás, de a folyamat objective alig változott. Az esetek egy részében a bántalom terjedt, másoknál hamarosan beállott az oldódás. A vérkeringés nem változik. Baktericid hatás biztosan nem mutatható ki. A hőmérséklet sem változik határozott módon. A Römer-serummal eddig kezelt 51 eset (Knauth, Lindenstein, Pössler, Winckelmann) mortalitása 17·6%, míg a pneumonia-halálozás nagy városokban 20—25%. Annyi bizonyos, hogy a serum nem árt, gyógyhatása azonban nem megbizható. Súlyos esetekben alkalmazása megkisérlendő. (München. mediz. Wochenschrift, 1906. 1. szám.)

Sebészet.

Gastroenterostomia retrocolica posterior után keletkező peptikus fekély folytán gyomorcolon- és jejunumcolonsipoly keletkezett *Kaufmann* betegénél 2 évvel a gastroenterostomia mütéte után; a folytonos bélsárszagú hányás és felböfögés miatt a beteg 4 évvel az első mütét után *Gerster* által (New-York) újra megoperáltatta magát, a ki a közlekedő nyilások helyén a gyomrot és jejunumot a vastagbélről leválasztotta, a gyomron, jejunumon és vastagbélen levő anyaghiányokat elzárta s a colon transversumon az átvarrás helyén támadt szükület miatt *Murphy*-gombbal a colon transversum és a flexura sigmoidea közt anastomosist létesített. A *Murphy*-gomb átfúródása miatt a beteg 6 nappal a mütét után septikus peritonitisben elhalt. A gastroenterostomosis nyilása egyáltalán nem volt feltalálható. (A colonon levő 2 fistula-nyilás közt a közölt bonczlelet szerint csak igen vékony híd volt, mely már a varratok kivevésekor átszakadt, úgy hogy ezt a legnagyobb valószinüséggel a gyomrot a jejunummal összekötő hídnak tekinthetjük, melyet az összenövések annyira vongáltak, hogy a colon képét látszott képezni, tehát ez esetben nem lehet a gastroenterostomia teljes és nyomtalan elzáródására, mint azt szerző teszi, következtetni. Ref.) Hasonló eset — gyomorjejunumcolonsipolyképződés gastroenterostomia után — még egy van idézve Kaufmann nál, a melyet *Tiegel* közölt *Czerny* klinikájáról. (Ref.-nek is volt alkalma egy hasonló esetet látni, melyet *Herczel* tanár operált s a melyről ő az idei brüsszeli internationális congressuson számolt be.) Ezen esetben a sipoly kikészítése, a gastroenterostomia nyilásának plastikus elzárása és a colonon levő nyilás bevarrása után gyógyulás következett be (Mittheilungen aus den Grenzgeb der Med. und Chir., XV. kötet, 1—2. füzet.)

Pólya.

Tetanust endoneurális antitoxin-injectiókkal gyógyított meg *Clairmont* Eiselsberg klinikáján. Az antitoxin alkalmazásának ezen módját *Meyer* és *Ransom* ajánlották először állatkisérletek alapján. *Küster*-nek sikerült is ilyen módon meggyógyitania egy esetet *Rogers* 8 esetben kisérlette meg ezen eljárást, 4-ben sikerrel. Clairmont esetében a tetanus nyilt radiumfructurát követőleg 6 napos incubatio után súlyos tünetekkel tört ki. Felkaramputatiót végeztek s a csonk idegtörzseibe 100 antitoxinegység, az axilla börébe pedig még két izben 100—100 antitoxinegység höchsti serumot fecskendeztek. A tetanus enyhe lefolyást vett s a beteg meggyógyult. (Wiener klin. Wochenschrift, 1905. 49. sz.)

Pólya.

Az alkar ischaemiás contracturáját (*Volkmann*-féle contractura) sikeresen operálta *Rowlands* az alkarcsontok resectiojával. A 6 éves leány, kinél az alkarcsontok törése után feltett sín nyomása idézte elő a leirt állapotot, kezének használhatóságát a mütét által nagyrészt visszanyerte. A mütét eszméje *Johnson*-tól származik és szerző több esetet ismer, a hol sikerrel vitték keresztül. (The Lancet, 1905. 4286. sz.) *Pólya.*

Czombtörés után keletkezett popliteális aneurysmát ir le *E. Owen* egy 12 éves fiúnál, mely a femoralis lekötése után gyógyult. (The Lancet, 1905. 4286. sz.) *Pólya.*

Röntgen-sugárral kezelt rákoknak érdekes eseteit közli *Chisholm Williams*. Esetei közt 5 év óta gyógyult ajakrák és parotissarkoma, 2 év óta gyógyult pofarák, végbélrák, emlőrák és egy 4½ év óta gyógyult emlőrák vannak. A malignus daganat diagnosisát több gyógyult esetben histologice is megerősitették. (The Lancet, 1905. 4288. sz.) *Pólya.*

Gyomorfekély-perforatiót operált *Sedgwick* egy 17 éves leánynál. A 12 órával a perforatio után véghezvitt mütét már teljes gyógyulással kecsegtetett, midőn a beteg 11 nappal az operatio után egy duodenális fekélyből elvérzett. (The Lancet, 1905. 4289. sz.) *Pólya.*

Az appendicitis sebészeti gyógykezeléséről értekezik *Bode*, Rehn tanár frankfurti sebészeti osztályáról. Tapasztalatait az acut szakban végzett 450 mütétből szüri le, ezekekből 311 eset az acut roham kezdetére vagy további lefolyására esik, 139 esetben már diffus peritonitis volt jelen. A 311 esetből *90 esetben még a tályogképződés előtti szakban* operált; ezen csoportba azonban nemcsak a *Sonnenburg*-féle appendicitis simplex esetek tartoznak, hanem azok is, melyeknél a féregnyújtvány gangraenája, perforatioja is jelen volt, de a hashártyára a lobosodás még nem terjedt át. Igy ezen 90 esetből 12 esetben volt gangraena, 22-ben perforatio jelen, 56 esetben kevésbé haladt előre a kórfolyamat. Ezen 90 eset mind gyógyult.

221 esetben már tályog volt jelen, ezekből meghalt 24 eset, vagyis 10%. Ezen látszólag nagy halálozást a complikált esetek nagy száma magyarázza meg. Ugyanis 58 esetben már multiplex tályogok, phlegmone a mesenteriumban, subphrenikus tályog, a vakbél gangraenája, a vastagbél felszálló részének phlegmoneja, tüdő-, májtályog stb. voltak jelen. Ezen 58 esetből 37 gyógyulás és 21 halál volt. Ha a halálozásnál ezen complikált eseteket különválasztjuk s az egyszerü tályogos eseteket külön veszszük, úgy a halálozás csak 2%, ezen esetekben a halált peritonitis okozta.

Rehn a legtöbb esetben eltávolítja a féregnyújtványt; 25 esetben, midőn a műtéti technikában még kevésbé volt jártas, visszahagyta a féregnyújtványt. Ezen 25 esetből 7 esetben végzett relaparotomát új appendiculáris roham miatt, a féregnyújtvány resectioja után gyógyulás állott be. 2 esetben 10 év után diffus peritonitis okozta a halált. 3 esetben a féregnyújtvány tökéletlen eltávolítása után új roham jelentkezett, a többi 13 eset az appendix visszamaradása daczára gyógyult és recidivamentes.

139 esetben, vagyis az esetek 36·25%-ában *volt már peritonitis jelen*, ezekből mütéttel 77 volt megmenthető, 62 meghalt.

Bode igen érdekes kórboncztani és klinikai észleléseket közöl jelentékeny czikkében s ezek, valamint a műtéti eredmény számbavételével a *Rehn*-iskola álláspontját a következőkben összegezi:

1. Az acut appendicitis az esetek legnagyobb részében a féregnyújtvány összes rétegeire kiterjedő diffus phlegmonosus gyuladás, mely kezdetben magára az appendixre localizálódik; megjelenhet addig teljesen ép féregnyújtványban, de többnyire már előzetesen kóros alapon (catarrhus, stenosis, kő stb.) fejlődik.

2. Az appendicitis jelenleg nemcsak gyakoribb, hanem súlyosabb formában is jelentkezik.

3. Az appendicitis bizonytalan kórjóslatot enged meg, látszólag könnyü esetekben is hirtelen életveszélyes fordulat állhat be.

4. Az operativ beavatkozás idejét a *klinikai* lefolyás és nem az anatomiai diagnosis alapján állapitjuk meg.

5. A féregnyújtvány *azonnal* eltávolitandó mindazon esetekben, melyekben az appendicitis súlyos tünetekkel kezdődik, szapora pulsussal, hőmérsékemelkedés vagy tumorképződés nélkül is.

6. Körülirt tályog esetén is javalt a féregnyújtvány mielőbbi eltávolitása.

7. Minél korábban operálunk az acut rohamban, annál jobb a prognosis, annál kevesebb súlyos szövődménynyel találkozunk, mert a súlyos complikatiók mind az exspectativ kezelés rovására irandók.

8. A szabad peritoneum megnyitása acut appendicitis műtétnél a szokott cautelák mellett még úgynevezett peritoneális izgalom esetén sem jár veszedelemmel.

9. Az exspectativ kezelés nem biztosit recidivamentességet. A várakozó kezelés csak a klinice legkönnyebb esetekre szoritkozzék s legyen teljesen tüneti, mert narcoticumok adagolása a kórképet más színben tünteti elő, mint az a valóságnak megfelel.

10. A szabad intervallum-műtét gyakran nagyobb veszélyekkel jár, mint az acut roham elején végzett műtét s ezért sohasem kezeli az acut rohamot exspectative, hanem azonnali műtétet ajánl.

11. Ajánlatos a műtét után is haskötő viselése hasfali sérv elkerülése végett. Minél korábban operálunk, annál ritkábban keletkezik hasfali sérv.

Rehn álláspontjának jogosultságát a legutolsó sebészcongressus is elismerte, midőn *Körte* és *Israël* a korai műtét jogosultságát hangsúlyozták. S ha tekintetbe veszszük, hogy mily súlyos elváltozások jöhetnek létre mindjárt a megbetegedés elején is — így volt alkalmunk legutóbb észlelni egy esetet, mely 48 órán belül műtétre került s melyben az appendix gangraenája és peritonitis volt már jelen —, úgy méltán csatlakozhatunk a sebészek azon csoportjához, a mely a „korai műtét“ elvét vallja. (Beiträge zur klin. Chirurgie, 1905. 46. köt. 3. f.) *Steiner Pál.*

Epekőileus esetét ismerteti *Wiesinger*. A kő, mely egy magas vékonybélkacsban foglalt helyet s azt teljesen elzárta, $5^1/_2$ cm hosszú és $3^1/_2$ cm. átmérőjü volt s az epehólyagnak és a ductus cystikus beszájadzási helyének pontos lenyomatát mutatta. Mivel kizárható, hogy ilyen nagy kő az epeutakon át jutott a bélbe, azt kell feltételezni, hogy az epehólyag fúródott át a duodenumba. Annál csodálatosabb, hogy sem epekőtünet, sem egyéb hasi bántalomnak jele a betegnél az ileust megelőzőleg soha nem mutatkozott. A beteg a műtét után simán gyógyult. (Deutsche med. Wochenschrift, 1905. nov. 30.) Míg a vékonybélnek epekő által elzáródása elég gyakran vezet ileusra, sokkal ritkábban történik teljes elzáródás a vastagbélben; *Courvoisier* szerint az epekőileus-eseteknek csak 2·4%-a tartozik ezen csoportba Annál érdekesebb két angol közlemény *Maynard Smith*-től (Lancet, 1905. okt. 21.) és *F. V. Milward*-tól (Lancet, 1905. nov. 4.), melyek a flexura sigmoideának epekő okozta teljes elzáródását ismertetik. *Smith* betege meghalt, *Milward*-é (64 éves nő) a kőnek a flexura sigmoideából laparotomia útján eltávolitása után meggyógyult. Érdekes, hogy ezen esetekben sem ment előre epekőre utaló tünet, sőt *Milward* betegének egyáltalán semmiféle előzetes hasi panasza nem volt. *Smith* betegénél az ileust 3 hóval megelőzőleg súlyos hasüri gyuladás folyt le, mely a bonczoláskor talált epehólyag-colonsipoly létrejöttére vezetett. *Pólya.*

A Bier-féle hyperaemiáról megint sok jót olvasunk. *Danielsen* Küttner klinikájáról 105 megfigyelés alapján arra a következtetésre jut, hogy a lokális lobfolyamatok legkülönfélébb alakjainál, furunculusok, inhüvelylobok, panaritiumok, phlegmonek, izületi genyedések, lymphangoitisek eseteiben a szivó vagy a pangásos vérbőség megfelelő alkalmazásával kitünő eredményeket lehet az esetek legtöbbjében elérni; csak 4 esetben (3·9%) tapasztalt balsikert. Előnye a *Bier*-eljárásnak, hogy a nagy incisiók és tamponálás okozta fájdalom elesnek, a működésképesség nem csorbul s a gyógyulás gyors és torzító hegeket nem hagy hátra. (Münch. med. Wochenschr., 1905. 48. sz.) *Stick* Garré klinikájáról hasonló értelemben nyilatkozik; ők 150 esetben próbálták ki az eljárást. (Berl. klin. Wochenschr., 49., 50. sz.) *Prym* a tonsillitiseknél ajánlja a szivóhyperaemiát, a mire külön készüléket szerkesztett. Nyálfolyástól eltekintve a szivás semmi különös kellemetlenséget nem okoz, s acut anginánál a subjectiv tünetek gyors enyhülését hozza létre, a tonsillitis-csapok azonban ily módon nem távolithatók el. Idült anginánál is látott az eljárástól hasznot a recidiva elkerülése szempontjából. (Münchener med. Wochenschrift, 1905. november 28.) *Pólya.*

Pseudarthrosisok gyógyitására *Jottkovitz* az először *Guyon*tól ajánlott jodtincturát ajánlja, melylyel *Tachard* is szép eredményeket ért el. Két esetében (lábszár álizületei) 2 cm^3 jodfestvénynek a törésvégek közé való befecskendésével a csontnak teljesen szilárd egyesülését sikerült elérnie. Módszerét a Bier által ajánlott vérbefecskendésnél jobbnak tartja. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905. 43. sz.) *Pólya.*

Húgyszervi betegségek.

Pyelographia. E névvel jelölik *Völcker* és *Lichtenberg* a vesemedencze egy új vizsgálásmódját. Eljárásuk abban áll, hogy az uretereket s a vesemedenczét ureterkatheteren át megtöltik 5%-os langyos collargol-oldattal, mely a Röntgen-sugarakat nem bocsátja át s Röntgen-képet vesznek fel. Az eljárás nehéz s csak nagy gyakorlattal lehet értékes adatokhoz jutni. A kép jól tájékoztat a megtöltött részek helyéről, tágságáról és alakjáról, tehát diagnostikai szempontból fontos tulajdonságokról. (Münch. med. Wschr. 1906. 3. sz.)

A kryptorchismus kórtanáról és gyógyitásáról érdekes előadást tartott *Katzenstein*, a ki már évek óta foglalkozik ezen rendellenesség sebészi úton való gyógykezelésével.

A kryptorchismus okai igen különbözők. A foetális életben lefolyt peritonitikus folyamatok folytán a here környezetével teljesen összeforrhat (Cloquet). Egy dislokált vese, mely a lágyékcsatorna belső nyilásán foglal helyet, a here belépésének a lágyékcsatornába útját állhatja (Birch-Hirschfeld). A gubernaculum Hunteri hiányos fejlődését sok esetben tévesen sorolták a kryptorchismus okai közé; azon elég számos eset, melyekben a here a hashártya processus vaginalisában, de még a lágyékcsatornában találtatik, a processus vaginalis hiányos kifejlődésében találja helyes magyarázatát és egyszersmind a kryptorchismus gyakori előfordulását sérvekkel együtt helyesen megvilágítja Az emberen észlelt összes rendellenességekre pedig példákat találunk, ha a különböző emlősöknél uralkodó viszonyokon tekintünk végig; ily módon atavistikus állapotokról lehet leginkább szólani, a mi mellett ezen fejlődési rendellenesség egyes családokban észlelt öröklése is tanúságot tesz.

A kryptorchismus egyik ritka oka a helyén fekvő here beszorulása a lágyékcsatornába erőművi behatás vagy rendkivül erős cremastergörcs folytán (Gruber, Delassance).

Ha a lágyékcsatornában lévő herét sérvvel cserélik össze, a sérvkötő hordása a herét későbbi descensusában is feltartja (Ambroise Paré).

A míg az egyébként csak kisebb kryptorchitikus here szöveti szerkezetében a gyermekkorban a rendes fekvésütől eltérést nem mutat, addig a pubertas után a fibrillaris kötőszövet a sajátlagos mirigysejtek rovására szaporodik és ezek helyét utóbb nagy festék-zemcséket, zsirt és kristályokat tartalmazó epitheloid sejtek foglalják el. Ondószálakat a legtöbb vizsgáló nem talált.

Ezen állapot miatt természetesen a here hiányos belső secretiojának hatása is nyilvánulni fog: igen sok ilyen fajta beteg leányos külseje az emlitett szövettani elváltozásban találja magyarázatát. Állatkisérletekkel is igazolták, hogy a pubertás előtt a hasürbe visszahelyezett here még nőtt, a pubertás végén azonban csak igen lassan, valamint az ondóképződés is lassanként megszünt.

Ezen kisérletek helyessége mellett szól szerzőnek azon észlelete, hogy jól sikerült műtétek után az előbb csenevész here teriméjében nagyobbodik, míg a másik rendes here méreteit el nem érte; ilyenformán tehát a here topographiai helyzete fejlődésére lényeges befolyással bir.

Míg a normalis here a musc. cremaster reflectorius működése folytán erőművi behatások elől könnyen kitérhet, a többékevésbé rögzített lágyékhere lobosodással felel a sérülésre; ezen lobok, épen úgy mint a fertőzös folytán létrejövő gyuladások, itt kiválóan fájdalmasak és könnyen a hashártyára terjedhetnek át. Az ilyen here csavarodása után pedig elhalása szokott bekövetkezni. A lágyékherékkel szövődött sérvek, minthogy ilyenkor a sérvkötő viselése igen fájdalmas és türhetetlen, gyakran kiszorulnak; ezen incarceratiók a rendeseknél nemcsak veszedelmesebbek, de jóval fájdalmasabbak is.

A pubertás után bekövetkező parenchymás degeneratión kivül a kryptorchismusos here rosszindulatú elfajulásra is igen hajlamos: 41 hererák közül csak 5 fejlödött volt rendes fekvésüben, 36 lágyékherében. Ezen daganatok puhák, igen gyorsan nőnek és igen rosszindulatúak. Kocher szerint recidivamentes eset eddig nem ismeretes.

A mi a gyógykezelést illeti: sérvvel társult kryptorchismus esetében a rögtöni műtét feltétlenül javalva van; sérv nélküli esetekre ezen javalat akkor áll fenn, ha a beteg 8—10 éves koráig alkalmas massagekezeléssel teljes eredmény nem volt elérhető.

Minthogy sem a here egyszerü bevarrása a scrotumba, sem a levezető csatorna szükítése az ondózsinór nagyfokú rugalmassága miatt czélhoz nem vezetett, a herét a serotumon át a megfelelő oldali czomb bőréből készült vaskos lebenyhez rögzíti; a beteg fokozatos mozgás által az ondózsinórt néhány (2—3) hét alatt annyira kinyújtja, hogy az többé vissza nem húzódhatik. Ekkor a lebenyt alapján elvágja és a scrotummal egyesíti.

10 kórtörténet és számos ábra tünteti fel a műtét menetét és az elért eredményeket. (Berliner klinische Wochenschrift, 1905. deczember 18.) *Picker Rezső* dr.

Idegbajok.

Mikrobákat choreások vérében *Cramer* és *Többen* 2 esetben találtak. Az egyik esetben az élő beteg vérében staphylococcusok voltak lelhetők. A második esetben az élő betegen először negativ volt a lelet, a második vizsgálatkor azonban streptococcusok voltak a vérben, melyek igen lassan fejlödtek, a gelatinát nem folyósították, agar-agaron szalagszerü pontozott vonalat alkottak, vérserumon hasonló, nagyon gyenge lepedéket adtak, gelatinalapon kis átlátszó, finoman szemcsés, dombos szélü telepek képződtek. A beteg meghalt, a bonczoláskor a vérben, agyvelőben, cerebrospinális folyadékban, a peritoneum folyadékában, a szívbillentyükön ugyancsak streptococcusok voltak találhatók, melyek úgy viselkedtek, mint az élő beteg véréből tenyésztett mikrobák. Ezen streptococcusok levestenyészetét házinyulak bőre alá és venájába fecskendezték a szerzők, a mire az állatok 14 nap mulva kis lázzal és lesoványodással tönkrementek. Az egyik házinyúl bal veséjében emboliás abscessusok és a szívizomban nekrosisok keletkeztek, a másik állat aortabulbusán friss erosiók támadtak. A többi beoltott nyul bonczolásletete negativ volt. Az izületek mindegyik esetben épek voltak. A beoltott streptococcusok valamennyi kisérleti állat vérében, agyában és peritoneális folyadékában ki voltak mutathatók. A mikrobák a szövetekben diplococcusoknak látszottak, a tenyészetben azonban streptococcusok fejlödtek, mint ez *Wassermann* eseteiben is történt. Ez úgy magyarázható, hogy az idegrendszerbe jutott mikrobák feltünően hamar tönkremennek. *Hoche* és *Homén* kimutatták, hogy a mikrobák 9 nappal az ideg rendszerbe vitelük után onnét már eltünnek.

Ezen mikrobák szerepéről a szerzők igen óvatosan nyilatkoznak. „Távol vagyunk természetesen attól, hogy a talált streptococcusokat a chorea okozóinak tőntessük fel. De ezen kórnemző mikrobák találkozása a friss kóros elváltozásokkal egy és ugyanazon szervezetben közel hozza azt a persze még nem biztos hitet, hogy ezek a mikrobák ama kóros folyamatok provokáló ágensei és hajtó erői gyanánt tekintendők.“

Ezen az alapon szerzők a kétségtelenül helyes nézetet osztják, mely szerint *a chorea fertőző betegség*.

A choreának egy kórnemző mikrobája *Cramer* és *Többen* szerint nincs, hanem többféle mikroba okozhat choreát valami méregtermék segítségével, melynek különös affinitása van valamelyik sejtcsoporthoz. (Monatschr f. Psychiatr. u. Neurol. deczember 1905.)

Kollarits Jenö.

A gyermekkori vagy fiatalkori tabes tünetei nem különböznek *Lasarew* szerint a felnőttek tabeseitől. Az első tünet gyakran vizelészavar, incontinentia alakjában. Elég sokszor van a betegnek fejfájása, a mi a felnötteken ritka. A lefolyás többnyire elég kedvező. 1 saját és 23 az irodalomból vett eset közül 11 esetben volt a szülök valamelyikének luese. Ezen 11 eset közül 5-ben kiütések vagy lueses hegek voltak a betegeken, a többi 6 betegnek részben nyeregorra volt, részben Hutchinson-foga. 2 esetben a szülők syphilisére vall, hogy az anya sokszor abortált, az egyik beteg atyjának ulcusa volt, egy esetben a szülök luese kétes. 3 beteg szüleiről nem volt luesra valló adat található, de az egyik ezen betegek közül a száj szegletén sebes volt, egynek Hutchinson-fogai voltak. Két esetben a fiatal betegek maguk voltak inficiálva. Az egyik 5 éves korában egy prostituált csókjától kapott luest, a másikat 4 hónapos korában dajkája fertőzte. A 24 eset közül csak négyben nem volt sem a szülökön, sem a betegeken kiállott lues nyoma. A 20 eset közül 3 esetben az atya is tabeses volt, 1 esetben az atya, 1 esetben az anya volt dementiás, egy esetben mind a két szülő beteg volt, az atya dementiás, az anya tabeses.

Ezek az adatok mutatják, hogy a gyermekkori és ifjúkori tabesek legnagyobb része a szülőktől származó lueses infectio következése.

Az összeállított 24 eset közül 7 esetben 10 éven alul, a többiben 10 és 20 év között kezdődött a baj. A megkülönböztető kórjelzés tekintetében Friedreich-féle ataxiára és lueses meningitisre kell különösen figyelemmel lenni. Az utóbbi esetben a kénesőkezelés haszna lehet útbaigazító, de az ilyen gyermekek többnyire elbutulnak, göreseik és nystagmusuk van. A Friedreich-féle ataxiában a cerebelláris ataxia és nystagmus vezet a helyes kórjelzésre. (Neurol. Centralbl. 1905. 21. és 22. szám.)

Kollarits Jenö.

A vizelészavar hemiplegiában eddig nem sok figyelemben részesült. Most *E. Müller* a *Strümpell*-klinikán szerzett tapasztalatait összegezi röviden. A vizelészavar nemcsak az öntudatlanság idején áll fenn, hanem nagyon gyakori a későbbi időben is. A zavar nem súlyos, intensitásában ingadozó, a legtöbb beteg nem is említi kérdezés nélkül. Ez a zavar többnyire abban áll, hogy a vizelésinger igen hirtelen támad és a beteg kénytelen vizelni menni, vizeletét, mely ilyenkor néha egynehány cseppnél nem több, visszatartani nem tudja. Itt tehát meg van zavarva az agyvelő azon képessége, mely az akaratbeli retentiora vonatkozik. Ez a zavar abban is nyilvánul, hogy ha a beteget felszólítjuk, hogy vizeljen, a mikor nincs teli a hólyagja, ennek a felszólításnak csak hosszabb erőltetés után tud eleget tenni, a már megindult vizelést is nehezebben állítja meg a hemiplegiás ember, mint az egészséges. Hasonló észleletekről *Fr. Müller*, a münchcni klinikus is tanúságot tesz. A folyamat a pyramis-pálya sérülésével látszik összefüggésben lenni. (Neurol. Centralbl. 1905. 23. f.)

Kollarits Jenö.

Gyermekgyógyászat.

Lymphadenitis postscarlatinosa elnevezés alatt *Schick* az állalatti nyirokcsomóknak a vörheny *későbbi* szakában szövődménykép keletkező gyuladását irja le. A vörheny *kezdeti* szakában kifejlödő nyaki lymphadenitisek eléggé ismeretesek. Nem voltak ismeretlenek a későbbi lefolyás alatt támadók sem, csakhogy ezeket általában a veselob előjeleiként szerepeltették. Mint önálló megbetegedésre — a nélkül, hogy veselob követné — *Schick* hívja fel először a figyelmet. A bécsi gyermekklinikán 990 eset közül 7·2%-ban találta. Jelentkezési ideje ugyanaz, mint a veselobé: rendesen a 3. hét, ritkábban a 4., 5., 6. A lymphadenitis postscarlatinosa a veselob után a legyakoribb oka a vörheny reconvalescentiában beálló hőemelkedésnek; a *Gumprecht* által leirt „Nachfieber“-hez semmi viszonyban sincs. A vörheny retrospectiv kórismézése szempontjából ép oly fontosnak tartja, mint a postscarla-

tinás veselobot. Kórjóslata jó, elgenyedés nagyon ritkán következik be. (Jahrb. f. Kinderheilk. 1905. november.)

Flesch Armin dr.

Lumbalpunctiót végzett diagnostikus czélból álhalott újszülötteken *Devraigne*. Az illetők fogóval, fordítással vagy extractioval a farnál fogva jöttek a világra, s náluk cyanosis, coma, convulsiók, esetleg hőemelkedések voltak észlelhetők a rövid idő mulva bekövetkező halál előtt. A lumbalpunctio útján sok esetben véresen festett, nem alvadékony folyadékot nyert. Meningeális vérzés volt tehát jelen, melyet eddig rossz kórjóslatúnak tekintettek. Egy izben a lumbalpunctiora javulás állott be, miért is a következő napon megismételte az eljárást, midőn a nyert folyadék már kevésbé véres volt. Az öt nap mulva végzett harmadik lumbalpunctionál kristálytiszta folyadék ürült. Ezután több gyermeken, kiken ezen tünetcsoport állott fenn, végzett lumbalpunctiót, és ezzel több izben teljes gyógyulást ért el. Minden egyes punctioval 3 - 6 cm^3 folyadékot távolított el. (Presse médic. 1905. 65. sz.)

Flesch Ármin dr.

Venereás bántalmak.

A kankó gyógyításának és ezzel kapcsolatban a *nősülési engedélynek* kérdésében *Leven* a mellett tör lándzsát, hogy ha negativ gonococcus-lelet mellett akár a váladékban, akár a szálcsákban még sok leukocytát találunk, úgy ne bocsássuk el gyógyultan a beteget, a házasságot pedig csak akkor engedjük meg, ha a genysejtek száma már jó ideje maradandóan csekély és az utolsó fertőzés avagy kiújulás óta már sok idő telt el. (Archiv für Dermat. u. Syphilis, 75. köt. 2—3. szám.)

Drucker Viktor dr.

Epididymitis gonorrhoica ellen *E. Schindler* 5—10%-os jothion kenőcsöt igen szép eredménynyel használt. A hyperacut jelenségek lezajlása után a még fennmaradt elég nagy és fájdalmas mellékherebeszürődésre a kenőcsöt kötéssel rögzítette és napjában csak egyszer változtatta. Ezen kezelésre az általa észlelt összes esetekben a lobtünetek egy héten belül jelentékenyen csökkentek, a daganat szemlátomást kisebbedett, nyomásra már alig volt érzékeny. (Wiener med. Presse, 1906. 1. szám.)

Drucker Viktor dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Az isopralt *Pini*, a ki tapasztalatait a pisai egyetem elmebeteg-klinikáján gyüjtötte, a hypnoticumok élére helyezi. Hatása gyors és biztos, többnyire a bevétel után ½ órával már észrevehető. Psychomotorius izgatottság nagyon súlyos alakjaiban észlelhető csak a hatás késése. Az isopral létesítette álom a physiologiai álomhoz teljesen hasonló. Kiemelendő, hogy az isopral súlyosabb idegbajokkal kapcsolatos álmatlanság ellen is, mint a milyen az üldözési mániában, alkoholos vagy hypochondriás deliriumban, dementia lueticában stb. szenvedők álmatlansága, biztosan hat; e mellett kifejezett megnyugtató hatása is van. A vérkeringési készüléket nem bántalmazza, söt erősíti a systolét és kissé meghosszabbítja a diastolét. E miatt szivbajosoknak is adható, a mint azt szerző egy esetével bizonyítja, a melyben az incompensatio szakában levő myocarditises beteg a legjobb eredménynyel használta mint hypnoticumot az isopralt. Használata után egyébként sem mutatkoznak kellemetlen vagy káros melléktünetek; cumulativ hatása sincs. Az adag 0·75—2·0 gramm. (Gazz. degli Ospedali e delle Cliniche, 1905. 61. szám.)

Gonorrhoea eseteiben *Cecikas* magas hőmérsékü (47—50° C.) antisepticumokkal (főleg 1%-os protargol-oldattal) végez öblítéseket. 23 ilyen módon kezelt esete közül 19 nehány nap alatt meggyógyult. Minthogy az eljárás fájdalmas, a húgycső előzőleg cocainnal érzéstelenítendő. (Therapie der Gegenwart, 1905. novemb.)

Aorta-aneurysma eseteiben a berlini I. belklinikán egyrészt jodipin intramusculáris, másrészt gelatina subcutan befecskendezését használják: Rp. Jodipin. 10·0; Ol. sesami 90·0. M. D. S. 10 cm^3 a gluteusokba 3—4 naponként; a jodipin mennyisége lassanként fokozandó. Rp. Gelatinae (gluton) 1·5; Natrii chlorati 1·0; Aquae destill. 100·0. M. D. S. Sterilizálás után 8 naponként 20—50 cm^3 t a bőr alá. (Medizinische Klinik, 1906. 4. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Budapesti orvosi ujság, 1906. 4. szám. *Farkas Dániel*: A gangraena diabeticáról. „Közegészségügyi és törvényszéki orvostudományi szemle“ melléklet 1. szám. *Minich Károly*: Az égési sebek okozta halál. *Cséri János*: A hazai és külföldi vasutak közegészségügyi intézményei és berendezései. *Schuschny Henrik*: A testi nevelés és a katonai gyakorlatok. 5. szám. *Flesch Ármin* és *Schossberger Sándor*: Az anaemia infantum pseudoleucaemica kérdéséhez. *Szalai Jenő*: Agyhártyalob gyógyítása mesterséges vérbőséggel.

Gyógyászat, 1906. 3. szám. *Schein Mór*: A női nemi szervekből kiinduló bőrbajokról. *Szegő Kálmán*: Gyermekcharakterek orvosi megitélése. 4. szám. *Bauer Kálmán*: Az uricolysisről. *Baneth Samu*: A láz lényege és gyógykezelésének alapelvei.

Orvosok lapja, 1906. 4. szám. *Tövölgyi Elemér*: A gégegümőkór gyógykezeléséről a vidéki gyakorlatban. *Doctor Károly*: A köszvényről. 5. szám. *Barsi Dezső*: Adalék a morphinnak a csecsemőkorban való adagolásához.

Vegyes hirek.

Budapest, 1906. február 2.

Tüdővészgyógytani pályadij. 1901. év május havában Korányi Frigyes egyetemi tanár ötven éves orvosi jubileuma alkalmából 5000 koronát adott át az orvostanártestületnek mint alapítványt oly rendeltetéssel, hogy annak összesitett kamatai minden 5 évben egy a tüdővész gyógyitásának tökéletesitésére irányzott munka szerzőjének itéltessenek oda. Ezen odaitélés első izben f. év május havára van kitüzve. A pályadijra igényt tarthat minden munka, a mely magyarországi honosságú szerzőtől származik és a kiosztás határideje előtt legalább egy évvel magyar nyelven kivül német vagy franczia nyelven sajtó útján közölve lett. Az ezen feltételnek megfelelő munkák egy a budapesti orvostanártestület által kiküldött bizottság által biráltatnak meg s ezen birálat alapján a pályadijat a tanári testület itéli oda.

Kinevezés. Háromszékmegye főispánja a Szini Gyula dr. halálával megüresedett kézdi járásorvosi állásra *Vajna Gábor* dr.-t nevezte ki. — *Fabinyi Rudolf* dr.-t Kis-Küküllőmegye közkórháza elmegyógyászati osztályának főorvosává nevezték ki.

A VIII. ker. orvostársaság február 19.-én este ¾7-kor az Orvosclub helyiségében (Szentkirályi-utcza 22) tartandó havi ülésén tárgyalás alá veszi *Vita Emil* dr. székesfővárosi tanácsjegyző javaslatát a *községi betegsegélyző pénztár* felállítása tárgyában.

A budapesti orvosi casino f. hó 24.-én tartotta saját helyiség eiben (Teréz-körút 24/b) évi rendes közgyülését a tagok rendkivüli érdeklődése mellett. *Schulhof Jakab* dr. elnök megnyitó beszédében a casino legfőbb czéljának a kartársi szellem ápolását tartja. *Schrank Simon* dr. titkár általános tetszéssel fogadott jelentéséből megtudjuk, hogy a tagok száma megközeliti az 500-at. *Fejér Gyula* dr. pénztáros a casino kedvező anyagi helyzetéről számol be, mig *Pollitzer Alfréd* dr. könyvtáros jelenti, hogy a könyvtár több mint 1000 kötettel rendelkezik és olvasóasztalán jelenleg 52 szakfolyóirat található. A közgyülés Vidor Zsigmond dr.-t, a budapesti szemorvosok nestorát, az orvosi közügyek körül szerzett érdemeit méltányolva, nagy lelkesedéssel disztagjává választotta.

85 éves keresetképtelen collega részére Hültl Hümér dr. egyetemi magántanár 20 koronát küldött.

Megjelent. *Körösy József*: Budapest székesfőváros halandósága az 1901—1905. években és annak okai. II. rész, 4. füzet. Budapest, Grill Károly udvari könyvkereskedése. Ára 1 K.

Elhunyt: *Sárváry Gyula* dr., Debreczen város tiszti főorvosa január 28.-án. — *Reich Izsó* dr. tisza-szent-miklósi körorvos január 25.-én. — *Cnopf* sen. dr., a nürnbergi gyermekkórház megalapitója és igazgatója, a paediatria régi lelkes munkása. — *L. Wecker* dr., előkelő párisi szemorvos, 83 éves korában; az elhunyt osztrák származású volt. — *J. Amann*, a gynaekologia rendkivüli tanára a müncheni egyetemen, számos értékes szakközlemény szerzője, 74 éves korában. — *J. Kolaczek*, a sebészet rendkivüli tanára a boroszlói egyetemen, 63 éves korában.

Kisebb hirek külföldről. A müncheni gyermekorvostani rendkivüli tanszékre Ranke tanár utódjául *Czerny* rendkivüli tanárt hivták meg Boroszlóból. — *E. Leutert* dr.-t, a tülészet rendkivüli tanárát Giessenben, Königsbergbe hivták meg tanárnak. — *H. Steudel* physiologust a heidelbergi egyetemen rendkivüli tanárrá nevezték ki. — A Kunkel halálával a würzburgi egyetemen megüresedett gyógyszertani tanszékre *W. Straub* marburgi rendkivüli tanárt hivták meg. — München Isar jobbparti kórházának prosectorává az elhunyt Schmaus helyére *S. Oberndorfer* dr.-t nevezték ki. — *A. Rothmund* müncheni tanár január 26.-án ünnepelte egyetemi tanitói működésének 50. évfordulóját.

A bécsi orvosi kamara január 9.-én tartott ülésén állást foglalt az osztrák kormány azon ténykedésével szemben, hogy az ország egészségügyének élére nem orvost nevezett ki, a mennyiben a Kusy utódjává kinevezett Daimer dr.-t alárendelte az egészségügyi osztály egyik jogász-vezetőjének. A kamara egyhangúlag elfogadott egy erélyes hangon szerkesztett feliratot, a mely ezen állapot azonnal való megszüntetését követeli.

A bécsi laryngologiai egyesület most küldi szét a meghivókat a Bécsben 1908. április 21.-étől 25.-éig tartandó nemzetközi laryngo-rhinologiai congressusra; ezen évben lesz ugyanis 50 éve hogy Türck-Czermák a klinikai laryngologiát és rhinologiát megalapitották s azért a congressussal kapcsolatban Türck-Czermák-emlékünnepet is rendeznek.

Barbieri dr., a nemrég elhunyt bécsi gyakorló orvos 300,000 koronás alapitványt tett, mely Billroth nevét fogja viselni s melyből évi 2000 koronás ösztöndijak lesznek kiosztandók a bécsi sebklinikára járó szegény orvostanhallgatóknak.

Az orvos felelőssége chloroform-halálozás alkalmával. A franczia szaklapokat újból foglalkoztatja egy chloroform-halálozás alkalmából az orvos ellen megindult bűnvádi eljárás. A birósági itélet, mely erre alkalmat adott, egy esetre vonatkozik, a midőn vidéki orvos karficzamodás alkalmával a beteg beleegyezésével chloroform-bódítást alkalmazott. A beteg néhány csepp alkalmazása után syncopeban meghalt.

Az orvost első fokon elitélték és pedig azon okból, mert elmulasztotta a beteget, kinek alkoholista voltát ismerte, figyelmeztetni a *halálos* veszedelemre.

Valóban joggal hivatkoznak a franczia lapok Velpeau kijelentésére, melyben utalt arra, hogy milyen következményekkel jár, ha az előreláthatatlan s legtöbbször kikerülhetetlen baleset üldözés tárgya. Az orvosi működést ez eljárás valósággal megbénitja. Ezzel nem azt akarjuk mondani, hogy az orvost működéséért *semmi* felelősség ne terhelje, ellenkezőleg ezt szükségesnek tartjuk, de azt az eljárást, hogy a chloroform-halált egyenesen kiemelik az orvosi eljárások köréből s különös elbirálás alá veszik, mig a legkifejezettebb mühibákat elnézik, igazságtalannak tartjuk.

Az orvosok nemzetközi békeligája, mely egy év előtt alakult Párisban s melynek már is 600 tagja van, mult deczember 15.-én tartotta évi gyülését és bankettjét, alapitójának, Rivière dr.-nak az elnöklése alatt. A gyülés szónokai Langlois, Bérillon és Richet tanárok voltak. Beszédeikben mindhárman arra utaltak, hogy mily nevezetes szerepet fejthet ki az orvos társadalmi állásánál fogva a világbéke eszméjének a terjesztésében.

Nemzetközi hygiene-kiállitást rendeznek 1909-ben Drezdában. A kiállitást rendező bizottság alakuló ülése január 19.-én volt, a melyen résztvettek a többi között Rubner, Finkler, Renk, Heim, Kossel, Fränkel, Dunbar, Gärtner, Hoffmann, Biedert, Heubner, Lassar, Leopold, Liebreich, Neisser, Pannwitz, Schlossmann tanárok s még számosan az orvosvilág előkelőségei közül.

A Lissabonban tartandó nemzetközi orvosi congressus alkalmából az Agenzia Giovanni Chiari, Firenze, Via de Rustici 2, a következőleg egybeállitott társas utazást rendezi.

Servizio N. 1. Társas utazás vezetéssel Olaszországból Marseillen, Barcelonán, Saragossán és Madridon át Lissabonba. Indulás 1906. évi április hó 5.-én Genuából Marseilleba 12 óra 45 perczkor délben, találkozás a genuai pályaudvar vendéglőjében déli 12 órakor. Marseillebe érkezés 11 órakor este, lakás Grand Hôtel de Noailles. Április 6.-án Marseille megtekintése. Április 7.-én 6 óra 12 perczkor indulás Barcelonába, érkezés 6 óra 49 p. délután. Lakás Grand Hôtel de las Cuatro Naciones. Április 8. és 9.-én Barcelona megtekintése. Április 10.-én indulás Saragossába reggel 9 óra 51 perczkor, érkezés este 8 óra 30 p. Hôtel Cuatro Naciones et Univers. Április 11. Saragossa megtekintése. Április 12.-én indulás délután 3 óra 10 perczkor, érkezés Madridba este 11 óra 20 perczkor. Lakás Madridban Hôtel de las Cuatro Nationes és más szállodákban. Április 13, 14, 15 és 16.-án Madrid megtekintése, kirándulás Escurialba és Toledoba. Április 16.-án este 8 óra 50 perczkor indulás Madridból Lissabonba, érkezés másnap 6 óra 17 perczkor este. 18, 19, 20, 21, 22 és 23.-án tartózkodás Lissabonban. Ezen társas utazás költsége ellátással, lakással, nemkülönben a kocsik, vezetők és tolmácsok dijával, valamint a borravalókkal együtt 450 lira.

Servizio N. 2. Társas utazás Olaszországba Dél-Spanyolország megtekintésével vezetés mellett.

Lissabon — Sevilla — Granada — Cordova — Madrid — San-Sebastian — Lourdes — Toulouse — Nizza — Genua. Indulás Lissabonból április 24.-én. Az utazás tartama 10 nap, költség ellátásért, lakásért, vezető és tolmács dijával együtt 300 Lira. Kivánatra a részletes programm készséggel megküldetik.

Servizio N. 3. Társas visszautazás vezetés mellett Lissabonból Olaszországba Porton, Salamancán, Irunon, Lourdeson, Toulouseon és Marseilleon keresztül. Indulás Lissabonból április 24.-én, egy-egy napi tartózkodás Portoban, Salamancaban, Lourdesban, egy napi pihenő Marseilleban. Az utazás költsége 110 lira ellátással, lakással, vezető- és tolmácsdijjal együtt, de mind a három esetben vasúti jegy ára nélkül.

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.

A thigenol „Roche" nevű synthetikus kén-készitményt ismertető füzet jelent meg a napokban, a mely rövid kivonatát tartalmazza 60 tudományos közleménynek, a melyek az utóbbi három évben ezen szerről napvilágot láttak; ezenkivül behatóan ismerteti a thigenol alkalmazásmódjait különféle megbetegedésekben.

A **digestol** néven forgalomba hozott készitmény natrium-hydrocarbonicumból, magnesium-carbonicumból, natrium-sulfuricumból és kevés phenolphtaleinből áll; a hashajtó anyagok oly nagy mennyiségben vannak benne, hogy a széklettet szabályozzák a nélkül, hogy hasmenést okoznának.

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

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. 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.

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**

„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, **testegyenesitő intézete Budapest, VII., Kerepesi-út 18,** I. em. (Bejárat Kazinczy-u. 2.)

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

Orvos urak szives figyelmébe. **„Thermal-cabinet"** tökéletes **szoba-, gőz- és hőlégfürdő-készülék.** Ismertetést bérmentve küld: **Förster Aladár, Budapest, VII., Alsó-erdősor 30.**

Tátrafüred

(1020 m.) téli klimatikus gyógyhely, nyitva deczember 1-jétől márczius végéig. Vizgyógyintézet, massage, villamozás, diaetás asztal, felséges enyhe téli klima. Téli sportok. Központi fütés, villamos világitás, állandó gyógyszertár. Indikált: **Basedow-kór,** idegbajok, vérszegénység stb.

Tuberculosis kizárva.

Prospectust küld a fürdőigazgatóság.

Orvos: Dr. Dalmady Zoltán.

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

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (III. rendes tud. ülés 1906. január 27.-én.) 281. l. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (VII. ülés 1905. deczember 7.-én.) 283. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya (VI. szakülés 1905. november 11.-én.) 283. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(III. rendes tud. ülés 1906. évi január hó 27.-én.)

Elnök: **Korányi Sándor.** Jegyző: **Manninger Vilmos.**

Elnök az ülést megnyitja. Mult ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. Mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Borszéky Károly, Tóth István és Schiller Károly tagtársakat.

Elnök jelenti, hogy Lenhossék Mihály az egyesület alapító tagjai közé lépett.

Jelenti, hogy az egyesület könyvtára részére beérkeztek adományok: Győry Tibortól: A magyar orvosi irodalom 1904-ben; továbbá különlenyomatok Liszt Nándortól, Földes Bélától, Váli Ernőtől. Köszönettel vétetnek.

Traumás eredésű húgyhólyagrepedés gyógyult esete.

Borszéky Károly: A húgyhólyagrepedés a súlyos, de szerencsére ritka sérülések közé tartozik. A fedett repedések létrejöttéhez okvetlenül szükséges, hogy a hólyag telt állapotban legyen, a midőn egyfelől odafekszik a mellső hasfalhoz, másfelől a symphysis sacro-iliacához támasztatik; minden hirtelenül ható erőbehatás, a mely a hólyagnak a hasfalakhoz fekvő részét éri, a hólyag falait közelíti egymáshoz és minthogy a csontos alap miatt minden nagyobb mérvű kitérés lehetetlen, repedés jön létre. A létrejövés ezen mechanismusa könnyen érthetővé teszi azon statistikai adatok által is megerősített tényt, hogy a repedések helye leggyakrabban a fundus. Ha a repedés medenczecsonttöréshez társul, akkor azok semmi szabályszerűséget nem mutatnak. *Bartels* szerint a repedést előidéző trauma háromféle lehet: 1. a hólyagtájra gyakorolt rugás, erősebb ütés; 2. magasból a hólyagtájra vagy a hasra esés; 3. az alhas hirtelen erős összenyomása (pufferek közé jutás, elgázolás). Antal ezekhez még egy negyedik csoportot is sorol, t. i. a hólyag túlfeszítése következtében létrejövő repedéseket (a hólyag erős megtöltése folyadékkal vagy levegővel műtétek vagy hólyagtükrözés előtt); újabban a Bottini-féle műtét közben is észleltek rupturát.

Ha a repedés külső trauma eredménye, akkor csak ritkán sérül a hólyag egyedül; a máj, a vese és a belek az esetek jó nagy részében szintén sérülést szenvednek, de leggyakoribb a medenczecsontok egyidejű törése. A *Bartels* által összegyűjtött 169 eset közül 109-ben volt ez így. És ez könnyen érthető is, ha meggondoljuk, hogy minden nagyobb felületű tárgynak, a mely az alhast érinti, a medenczecsontokra is nyomást kell gyakorolni. Ritka véletlennek kell tekinteni az olyan elgázolást, a mely más sérülést nem okozott. A bemutatandó esetben egy gyorsan menő automobil gázolta el a sérültet; hogy a kocsi nagy súlya daczára egyéb sérülés nem jött létre, abban úgy látszik a pneumatique-kerekeknek és a haladás sebességének nagy szerepe van. Hogy az automobil a gyermeken valóban keresztül ment, nem talán csak elütötte, azt az alhason és a bordaivek alatt látható széles hámhorzsolásos vonal minden kétségen felül bizonyítja.

A mi a repedésnek a hashártyához való viszonyát illeti, meg szokás különböztetni intraperitoneális, extraperitoneális és subperitoneális repedéseket. A három közül legritkább az extraperitoneális repedés. Valamennyi egyforma jelentőségű: az intraperitoneális a hasüreg fertőzésének, a másik kettő a húgyinfiltrationak veszélye miatt.

F. Sándor 5 éves fiut 1905. deczember 5.-én egy automobil gázolta el; a baleset után eszméletét nem veszitette el, lakására vitték. A consultáló orvos nagyfokú sápadtsága, hasi érzékenysége, valamint rossz pulsusa miatt Réczey tnr. klinikájára küldötte. Otthon egyszer hányt.

Felvételkor a beteg súlyos shockban levő képét mutatta. Rendkivül halvány, eszmélete zavart, pulsusa igen kis hullámu, alig számolható, hőmérséke 36·3. Has puffadt, érintésre a köldök alatti tájon igen fájdalmas, a fájdalmasság a symphysis felé fokozódik. Tompulati eltérés a has felett ki nem mutatható; vesetáj nyomásra kissé érzékeny, duzzanat nincs. A sérülés óta nem vizelt. A katheterrel lebocsátott vizelet mintegy 60 cm³, véres.

Minthogy semmi oly positiv tünet, a melyből akár a hólyag, akár a vesék vagy a hasüri szervek sérülésére biztosan következtetni lehetett volna, nem volt jelen, egyelőre megfigyelő álláspontra helyezkedtünk. A sérültnek konyhasós infusiót adtunk és állandó kathetert alkalmaztunk — mindent elkészitvén egy laparotomiához. Az éj folyamán a beteg állapota rosszabbra fordult; a symphysis felett egy kis terjedelmü duzzanat mutatkozott és a hőmérsék fölemelkedettt 38·5°-ra. A katheteren át az egész idő alatt 70 cm³ véres vizelet ürült.

Ilyen körülmények között laparotomiára határoztuk el magunkat; minden jel arra mutatott, hogy húgyhólyagrepedéssel állunk szemben, azonban valamely hasüri szervnek, esetleg a veséknek sérülését sem lehetett kizártnak tartani. A hugyhólyag-repedések diagnosisának és a repedés helyének megállapitására többféle módszert ajánlottak, a melyek egyike sem mondható azonban veszélytelennek. Weis és Keen lemért mennyiségü folyadékot fecskendeznek be a húgyhólyagba; ha ugyanannyi is folyik vissza, akkor nincsen megrepedve a hólyag. Ha a befecskendés alatt a symphysis felett duzzanat mutatkozik, akkor a repedés extraperitoneális, ha ezt nem lehet észlelni, de a befecskendezett folyadék nem folyik vissza, akkor intraperitoneális a repedés. Könnyen beláthatók ezen eljárásnak, valamint annak is, ha a hólyagrepedés helyét katheterrel keressük, a veszélyei: fertőzhetjük a hasüreget, leválaszthatjuk a hashátyát a hólyagról és a hasfalról, teljessé tehetünk egy nem teljes repedést.

De nincs is semmi szükség ezen eljárásokra, mert a sérülés ellátása és a hasüri szervek állapotának ellenőrzése miatt úgyis laparotomiát kell végeznünk. Igy tettünk mi is. Chloroform-narcosisban a hasüreget a köldöktől a symphysisig vezetett metszéssel megnyitjuk. A hasürben kevés véres savón kivül egyebet nem találunk a beleken, májon és veséken semmi sérülés nincs. Most a beteget Trendelenburg-féle fekvésbe hozzuk és a hólyagot vizsgáljuk. A kis medencze felé a perivesicalis kötőszövet mindkét oldalt, de különösen baloldalt savós-véresen beszürődött, a serosán azonban semmi folytonosságmegszakitás nincs. Most a hólyagba egy fémkathetert vezetünk és ezen át bórsavoldatot fecskendezünk be, a mikor is kiderül, hogy a telődő hólyag hátul a vizeletet jól tartja, azonban elülről a spatium praevesicale felől folyadék szivárog. A hólyag lenyomásakor a symphysis felől a szivárgás jelentékeny.

Meg lévén tehát állapitva, hogy extraperitoneális repedés van jelen, a hasüreget elzárjuk és a hólyagot a seb alsó zugába fixálva megnyitjuk, a mint azt sectio altánál tenni szoktuk. A hólyagba bevezetett ujj a symphysis felé eső repedésen kivül más sérülést a hólyagban nem tapint. Minthogy a repedés egyesitésére a viszonyok nem voltak kedvezők, a hólyagot draineztük.

A lefolyás teljesen zavartalan volt. A laparotomia sebe per primam egyesült, a drainezés elhagyása után a hólyag sebe teljesen záródott. Jelenleg a beteg teljesen jól van, vizeletét jól tudja tartani, a vizelet normális.

A mi a hólyagrepedések ellátását illeti, a sebészek egy része minden repedésnél az azonnali laparotomiát ajánlja a hólyag megnyitása nélkül. Schlange és Berndt először sectio altát végeznek és csakis akkor csinálnak laparotomiát, ha a repedést másként el nem láthatják. Véleményünk szerint a primaer laparotomia a helyesebb, mert ily módon pontosabban tájékozódhatunk a repedés lefutásáról és egyszersmind a hasüri szervek állapotáról is meggyőződést szerezhetünk.

Ha a viszonyok megengedik, a repedés helyét varratokkal egyesitjük; ellenkező esetben — még újabb sebzés árán is — a hólyagot draineezzük. Hildebrand minden intraperitoneális sérülést extraperitoneálissá iparkodik tenni oly módon, hogy a hólyagot erősen előhúzván, a hasfali peritoneumot a hólyag serosájához erősiti a repedés alatt.

Unterberg Hugó: Két hólyagsérülési esetet említhetek fel, melyek közül az egyiknek tanuja voltam, a másikat magam operáltam.

A sérülés ott állott elő, a hol a hólyag a legkevésbé resistens, vagyis a hólyag hátulsó részén. Egyik eset Freudenberg esete, a melyben Bottini-műtét kapcsán repedt meg a hólyag, t. i. levegővel töltötte meg a hólyagot a műtő és a hólyag megpukkadt. A ruptura oka a hirtelen expansio volt. A beteg ebből a bajából meggyógyult volna, de intercurrens betegségben meghalt.

A második esetet a Rókus-kórházban észleltem. 57 éves egyént súlyos sepsissel hoztak a kórházba. A beteget orvosa csapolta fémkatheterrel, a vizelet megindult, de lázak mellett baloldalt tumor támadt. Felvételkor a prostata középső lebenye kissé megnagyobbodott, a canalis inguinalisban tályog. Ezt megnyitotta, káposztalészagú váladék ürült, a mi a vizeletinfiltratiora jellemző. Ugyanaznap fokozódott a láz és a többi sepsises tünet. Ezért másnap laparotomia. A hólyag oldalsó része szabadon áll és alsó hátulsó részéből ürül a vizelet. Magas hólyagmetszésnél kiderült, hogy a hólyag hátulsó részén a trigonum felett van a plajbászvastagságú perforatio extraperitonealiter. Tamponade. A beteg néhány nap mulva meghalt a prae- és retroperitoneális phlegmoneból kiinduló sepsisben.

Valószinű, hogy ha előbb került volna észlelés alá, megmenthető lett volna.

Perémi Dezső: Boros Ernő esetét emlitem fel, a mely egy utazóra vonatkozik, a ki teli hólyaggal érkezett meg a vasúton, de még mielőtt kiüríthette volna hólyagját, alkalma volt közösülésre és ezután véreset vizelt. A cystoskop a nyálkahártya repedését mutatta, mely exspectativ eljárásra gyógyult A Bartels beosztását nem tartom helyesnek. Kérdem, felnőtt egyénnél nem lehetne-e cystoskopos vizsgálattal a hólyagrepedés helyét megállapitani?

Porosz Mór: Egy kutyahólyagrepedés-esetet említek fel, a melyet Tangl tanárnál kisérlet közben észleltem. Manometeres vizsgálatokat végeztünk a hólyagban és egy ilyen alkalommal úgy felfujtuk a hólyagot, hogy megrepedt. A levegő a hasüregbe jutott, a kutya hasa felpuffadt, hányt. De egy hét alatt magához tért, meggyógyult. A bonczolásnál később a trigonum felett hosszirányú repedésnek megfelelő heg volt.

Borszéky Károly: Az Unterberg második esete azt mutatja, hogy nem a műtéti technika fejlődésének köszönhetjük a statistika javulását, hanem annak, hogy idejekorán operálhatunk. Bartels már 1863-ban végezte az első hólyagvarratot. Ha már peritonitis fejlődött ki, a gyógyulási esélyek csökkennek.

Cystoskopos vizsgálatot, mondja Nitze, a hólyagrepedésnek még gyanúja esetén sem szabad végezni, mert a hólyag megtöltése az incomplet repedést completté teheti. Műtét nélkül gyógyuló esetek ismeretesek, de a kutyán szerzett tapasztalatok nem értékesíthetők az emberen.

Fractura vertebrae lumb. II., paraplegia motorica, laminektomia et resectio partis corporis vertebrae.

Manninger Vilmos: R. H. 24 éves, földmíves 1905. julius 27.-én vétetett fel az új János-kórház sebészi osztályára. Három hét előtt hordókkal megrakott kocsi tetejéről az útszéli árokba esett, úgy hogy törzse erősen előrehajlott. Hirtelen heves fájdalmakat érzett derekában és lábra állani többé nem tudott. A fájdalmak még körülbelül három napig tartottak; a mozgásképesség az alsó végtagokban teljesen megszünt. Végbél és hólyag részéről panasz nincs.

Beteg felvételekor az egyetlen eltérés az alsó végtagoknak teljes mozgásos bénulása. Az érzőképesség a czomb belső oldalán futó keskeny sávon kimutatható hypaesthesián kivül eltérést nem mutat. A villamos vizsgálat partialis elfajulási resectiót mutat. Izmokon az atrophia kifejezett.

Augusztus 2.-án laminektomia az I., II. és III. lumális csigolyán. A II. csigolyának megfelelőleg a durazsák orsószerű tágulást mutat. A dura megnyitása után a gyökökön makroskopice elváltozást nem találunk. A II. csigolya magasságában azonban egy harántul futó éles léczet tapinthattunk, melyen erősen feszülő hurképen néhány ideggyök volt látható. A dura sebzárása után a durazsákot oldalt toljuk és a csigolya lerepedt darabját reseкáljuk, úgy hogy a dura most megtöretés nélkül foglal helyet a gerinczcsatornában. Sebzárás.

A mozgás első jeleit, mozgások az öregujjakon, szeptember 10.-én észleljük; október közepén már az összes izmokon láthatók mozgások. Villamos kezelés, massage és fürösztéssel a beteg november második felében már annyira javult, hogy két mankóval járási gyakorlatokat végezhet. Deczember 20.-án pedig először járt bot nélkül.

Azóta járása lassan, fokozatosan javul. Ma sik talajon szétvetett lábakkal jár. Leggyengébb a jobboldali quadriceps és a peroneus által beidegzett izomcsoport. Ezen az oldalon thrombosis venae femoralis volt felvételkor kimutatható. Ennek tulajdonítható a jobb alsó végtagnak gyengébb volta.

Az eset bizonyság arra, hogy kellő indicatiók mellett végezve, a laminektomiának és a gerinczvelőt szoritó csontszilánkok eltávolításának mily üdvös folyománya lehet. Ha eleve kizárjuk a laminektomiából azokat az esetoket, a hol a gerinczvelőnek haránt roncsolását kell feltételeznünk, a laminektomia eredményei jóval kedvezőbbek lesznek, mint a hogy azt Chipault statisztikája szerint feltételezhettük.

Róth Adolf: Manninger tagtárs álláspontját, hogy friss gerinczoszlop-töréseket, ha arra alkalmasak, műtétnek vessünk alá, szóról szóra aláirom; mindamellett téves volna azt hinni, hogy a conservativ orthopaedia teljesen tehetetlenül állana szemben ezen súlyos sérüléssel.

Ezt bizonyitja ama 4 eset, mely praxisomban előfordult. Az első eset egy 12 éves sváb fiúra vonatkozik, ki egy homokbánya bedülése által eltemetve oly helyzetbe került, hogy feje lábai közzé jutott, és mire kiásatott, alsó végtagjai, a hólyag és végbél teljesen hűdött volt és maradt körülbelül három hónapig, a mikor a sanatoriumba vétette fel magát. Itt a hűdések okául gibbusképződéssel járó csigolyatraumát konstatáltam. A betegre nyújtó corsetet alkalmazva, a jobb láb. a hólyag és végbél bénulása rögtön megjavult, a bal láb még paretikus maradt. Erre járókészüléket alkalmazva, a beteg azonnal tudott menni; egy év mulva a beteg mint teljesen gyógyult mutatkozott be.

A második esetet inkább annak illustrálására mondom el, hogy teljesen reménytelen esetekben is hatalmunkban áll még sokat lenditeni a szerencsétlen bénán. Egy 32 éves sváb kovácsmesterről van szó, ki 10 évvel ezelőtt a háztetőről leesve csigolyatörést szenvedett és azóta teljesen béna végtagokkal, hűdött hólyaggal és végbéllel ágyban ülve, ép kezeivel harisnyákat kötve töltötte idejét. Ezen embernek járógépeim segélyével lehetővé tettem, hogy régi mesterségét ismét folytathassa és munkók segélyével járhasson. Mikor az üllőn kovácsolt, a munkók helyett egy a műhely padlójához erősített oszlophoz láncolta a gépek medenczegyűrűjét és akkor karjai felett szabadon rendelkezhetett.

A harmadik esetben egy nagykőrösi zöldségnagykereskedő aszszonyról van szó, kire egy kocsirakomány hagyma esett és azóta az alsó végtagjait nem használhatta; ezen asszonynál gibbus nem volt, Székács és Sarbó tagtárs urak az esetet nálam megvizsgálva, traumatikus eredetű myelitist konstatáltak. Ugyanezek tanúim, hogy ezen aszszony corsetem felvétele után egynéhány nap mulva teljesen rendbe jött. Ezen asszony ma, 3 évvel a kezelés után, teljesen gyógyultnak tekinthető.

A negyedik esetben egy 18 éves, öngyilkossági szándékkal a 4. emeletről leugrott leányról van szó, ki a Rókus-kórházban csigolya- és többszörös végtagtörések miatt conservative kezeltetett; e leánynál csak a bal bokát mozgató izmok teljes bénasága maradt meg, az egész test kissé paretikus, de 2 corsetje közül a Sayre-fűzővel absolut nem képes járni, míg az én corsetemmel elég jól megy.

Manninger Vilmos: Mindennapos dolog, hogy spondylitises gibbus megszüntetése után a bénulások megszünnek, de esetemet nem mint ilyent mutattam be. Itt anatomiai ok volt, mely az idegeket nyomta és ezt corsettel nem lehet megoldani. A csigolyatörést ott lehet reponálni, a hol luxatiós fracturáról van szó.

Hogy a két gyógyult eset törés volt-e, mely a gerinczvelőt összezúzta, nem világlik ki az előadásból. Az első eset gyanús erre. Csak azt nem értem, hogy annyi hónap után hogyan sikerült a reclinatio, mikor erős callusok szoktak képződni. Ha sikerül, jó, de ha nem, laminektomiával vissza lehet adni a beteg munkaképességét.

Kiviselt méhenkivüli terhesség élő magzattal.

Tóth István: 35 éves banjalukai lakos, kétszer rendesen szült, másodszor 10 év előtt. Havi baja rendes, utoljára 1905. február 10.-én. Terhesnek érezte magát. Juliusban megérezte magzatát. Orvosa felküldte Budapestre, mert haránfekvést konstatált. November 28.-án jött a klinikára. Has bal oldala erősebben emelkedik ki, alhasban a köldök magasságáig emelkedik egy elég jól megmozgatható, jó másfélökölnyi golyószerű, mérsékelten tömött képlet, a mely dörzsölésre összehúzódik, megkeményedik; a képlet mögött és ferdén felette hossztengelyével balról felülről jobbra lefelé elhelyezkedő, egész a bordaivig érő, a hasat jórészt kitöltő képlet, mely előtt jobboldalt belek foglalnak helyet. Az anya szive verésétől elkülönithető magzati szívhangok vannak. Belső vizsgálatnál régi kisebb gátrepedés, a felpuhult hüvely hátulsó falának erős ledomboritása folytán felfelé a symphysis mögé halad és ennek felső széle mögött ujjal épen hogy elérhető a felpuhult portio. A hátulsó hüvelyfalat, illetőleg hüvelyboltozatot ledomboritó test az egész kis medenczét kitölti, benne apró rész (láb) és far tapintható. A symphysis felett van a méh, mely a petezsáktól jól elkülönithető. Méhenkivüli terhesség biztos. November 29.-én végzi Tauffer tanár a laparotomiát. A méh bal sarkából 5—6 cm.-nyi hosszúságban normálisan kiinduló tuba egyszerre kiszélesedve megy át a petezsákba, a mely a bal széles szalaggal és a méhnek alsó felével szívósan összefügg. Burokrepesztés. Élő leánymagzat asphyxiában, farával a medenczében, fejvégével fenn jobboldalt, bal lába kinyújtva a hasra volt felcsapva, míg jobb lába térdben behajtva a far mellett feküdt. Az újszülött nemsokára magához tért.

A vérzés nehezen volt csillapítható, ezért a sérült méhet csonkolták. Az anya láztalanul gyógyul. A magzat 50 cm., 3000 gm., fejkerülete 35 cm., feje oldalt lapított. Farmelletti láb pes varus, térdben 150°-ra contrahálva. A gyermek jól fejlődik.

Az eset a második a magyar irodalomban. Az elsőt Reismann közölte ugyancsak a Tauffer-klinikáról 1896-ban. De a magzat csak 3⅓ hónapig élt.

Dirner Gusztáv: Másfél évvel ezelőtt egy analog esetet észleltem, de nem volt ilyen szerencsés, mert a magzat már el volt halva, mikor odahivtak. Az eset azért érdekes, mert az orvos és bába azért hivtak oda, mert placenta praevia van, a melyből egy darabot az orvos már el is távolitott. A 30-as évek elején levő asszonyt terhessége felében láttam, a mikor más terhességektől eltérőleg hasbeli fájdalmakról panaszkodott. Nem találtam semmi feltünőt. Azután csak a szüléshez hivtak. Már több napja vajudott. A has puffadt volt, láz, a méhszáj három ujnyira bőven nyitva, átjárható, de a méh teljesen üres. A diagnosis rögtön tiszta volt, hogy méhenkivüli terhesség, a magzat nem él. Klinikámra szállitottam s az esti órákban megoperáltam. Azonban az anya is meghalt pár óra mulva a kimerülés és a már valószinűleg meglévő sepsis következtében. A magzat kiviselt volt, apró torzitásokkal. A peritoneum üres, zöldes üreggé volt átalakulva, a belek lelapult tömeget képeztek, csak contourjaikat lehetett látni. Érdekes, hogy a méh úgy viselkedett, mintha rendes partus lett volna.

Tóth István: A Dirner által említett vajudáshoz hasonló esetet tavaly operáltunk. Szülőfájdalmakkal jött be az asszony, rendszeres méhcontractioi voltak, a magzat el volt halva. 1904-ben egy 3 hónapos méhenkivüli terhességet diagnostizáltunk tubáris rupturával. A beteg nem egyezett bele az operatioba, a vérzés felszivódott, a lepény nem vált le, a magzat kifejlődött, 7 hónapos lett, de az asszony egy gynaekologushoz fordult, a ki rendes terhességet konstatált, s ezért nem egyezett bele az operatioba. A szülés órája eljött, a magzat elhalt, a szervezetet rendkivül megrázta, nagy fájások, contractiók, majd peritonitis; az asszony legyengült. Megvártuk az attaque lezajlását, 8 hét mulva megoperáltuk és gyönyörű, jól fejlett, halott magzatot találtunk, a melyet az asszony az orvos biztatására vesztett el.

A Friedländer-féle bakterium pneumoniae által okozott septikus általános megbetegedésekről.

Schiller Károly: Azon bakteriumok közé, a melyek csak ritkán idéznek elő septikus megbetegedéseket, tartozik a bakterium pneumoniae Friedländeri.

Lenhartz az ő kitünő monographiájában csupán 67 eddig észlelt esetről tesz említést, a melyekhez ő egy általa észlelt esetet csatol. Az irodalomban kétségtelenül bakteriologice beigazoltan eddig 54 esetet találtam leirva, a melyekhez egy általam Prochnov tanár osztályán észlelt esetet csatolhatok. Esetem egy 30 éves nőbeteg septikus megbetegedése, a mely egy eltokolt gyermekfejnyi perimetritikus tályogból indult ki. Ugy a műtét alkalmából a tályogból, valamint az élő egyén véréből, mint a hulla szerveiből és karvénáinak véréből sikerült az állatokra igen virulens bakt. pneumoniae Friedländerit kitenyészteni. Esetem ilyen kiindulási ponttal az első az irodalomban.

Az esetemmel együtt összesen 55 Friedländer-bakterium-sepsis leggyakrabban pneumoniához csatlakozott; ezután leggyakoribb az epeutakból kiinduló sepsis, az ismeretlen eredetű metastasis nélküli sepsis, endocarditis septica, otogen sepsis, ulcus duodeni perforans sepsis, appendicitis utáni vena portae thrombosishoz csatlakozó sepsis, tonsillákból kiinduló sepsis, osteomyelitishez, perimetritishez, traumához szegődő és puerperális sepsis. Lenhartz beosztása szerint a kültakarón át történt a fertőzés három esetben, a máj és orrgaratűrön át 1 esetben, orrból kétszer indult ki, a fülből négyszer, a légutakból tizenhétszer, a gyomorbélhuzamból nyolczszor, a húgyutakból háromszor, a női genitaliákból kétszer, kryptogenetikus sepsis 11 esetben volt jelen.

Az 55 Friedländer sepsis-eset közül 18-ban általános metastasis nélküli sepsis volt jelen, 37 esetben pedig metastasisos sepsis. A meta-

stasis nélküli sepsisesetek kórbonctanilag a többi septikus bántalmaktól meg nem különböztethetők. 4 esetben haemorrhagikus sepsis volt jelen.

A metastasisos sepsis leggyakrabban pneumoniához csatlakozik. A metastasisok előszeretettel localizálódnak a savós hártyákon és ezek közül leggyakrabban az agyhártyákon, majd a peritoneumon. Endocarditis ulcerosa 18%-ban fordul elő. Ritkán betegszenek meg a kültakaró, az izületek és a csonthártya. Az állati esetek 32%-ában áttéti vesetályogok vannak jelen. A Friedländer-féle bakterium által előidézett pneumonia jellegzetesnek mondható. Különlegessége ezen folyamatnak Stühlern és Moisejew szerint abban áll, hogy a tüdő infiltratioja nem sejtes és sejtes fibrinosus exsudatum által képeztetik, hanem leginkább bakteriumok és rosszul festődő nyálkaproductumok által.

A vese kórszövettani elváltozásai kiterjedt nekrosisban és hyalin degeneratioban állnak, az edényekben nagy tokkal biró bakteriumok vannak. A klinikai lefolyás megegyezik más septikus bántalmakéval. A vese elváltozásai, valamint az agyburkok és hashártya lobja gyakran nélkülözik a klinikai tüneteket.

Az eddig észlelt 55 eset kétharmadában áttétek voltak, egyharmadában áttétnélküli volt a sepsis. Különös előszeretettel a savós hártyák támadtatnak meg általa, elsősorban az agyhártyák, a peritoneum. A vesékben előszeretettel képződnek genyes sokszoros vesetályogok; a szívbelhártya is gyakran támadtatik meg általa, míg a kötőszövetlob, izületlob és osteomyelitis a ritka bántalmak közé tartozik. Haemorrhagikus sepsis 7 esetben észleltetett.

Kórszövettanilag egyes esetekben jellegzetesek a savós hártyák lobja mellett a vesék elváltozásai is

A diagnosis csupán bakteriologice állapitható meg.

Krompecher Ödön: A nagyon érdekes és alapos tanulmányhoz kivánok hozzászólni. A Friedländer-féle sepsis diagnosisa csak bakteriologikus úton lehetséges; míg a többi sepsiseknél agglutinatio lehetséges, a Friedländer féle csoportnál az agglutinatio diagnostikai czélból nem lehetséges, mert nem agglutinál. Két hét előtt a II. kórbonctani intézetben vizsgáltunk egy hasonló esetet. Endometritis diphthericában halt el az egyén. A vesében degeneratio parenchymatosa volt, mely góreső alatt Friedländer-féle bakterium által okozottnak bizonyult. A szövettani vizsgálat is igazolta ezt, mert a degeneratio parenchymatosán kivül nekrosis is volt a vesében és a májban.

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(VII. ülés 1905. deczember 7.-én.)

Elnök: **Dollinger Gyula.** Jegyző: **Winternitz A.**

(Vége.)

A prostatitisek prognosisa.

Picker Rezső: A kankó typikus fertőző betegség, mely rendesen 4—6 hét alatt gyógyul meg, hacsak valamely helyi ok miatt idültté nem válik a gonorrhoeás folyamat.

Ez áll a kankó kapcsán jelentkező prostatitisekről is, melyek váladékában a gonococcust szerző mindig megtalálta. Csakhogy ezen mirigyrendszer anatomiai szerkezete kiválóan alkalmas arra, hogy a bántalom chronikussá váljék. Rendesen igy is történik és csak ismételt kiújulások és megbékülések után tünik el a gonococcus magától, a betegség 6—8—10 havi fennállása után. De e mellett előadó egyes esetekben $1\frac{1}{2}$, 5, sőt 8 év mulva is talált még gonococcust a prostataváladékban, olyan esetekben, midőn előzőleg végbélvizsgálat nem történt.

Ha azután ilyen körülmények közt a gonococcus végre eltünik a váladékokból, az általa előidézett lobos elváltozások már annyira állandósultak, hogy spontan visszafejlődésre már nem képesek és előáll egy chronikus mirigyhurut, mely mindenféle secundaer fertőzés megtelepedésére szolgáltat alkalmat. Ezen fertőzések részben csak lappangva fejlődnek, eleinte észre sem vevődnek, helyi tünetekkel alig járnak, részben pedig igen hevenyen jelentkeznek és kellemetlen zavarokra adnak okot. Az első csoportba tartoznak a bac. coli és acid. lact. fertőzések, a másikba a staphyloc. cereus albus által okozott kórkép, melyet rendesen cystitis membranaceának irnak le.

Ezen secundaer fertőzések igen sok esetben gyógyithatlanok a mai nap rendelkezésünkre álló eljárásokkal; a hólyag részéről okozott kellemetlenségek pedig az első csoportbeli zavaroknál belső antisepticumok (köztük legjobb a helmitol) által igen jól kezelhetők, a másik csoportban csupán állandó hólyagöblitésekkel lehet czélt érni.

A gonorrhoeás fertőzés ellenben minden esetben gyógyitható, habár néha csak több havi állandó, naponta végzett massage útján. Az állandó kezelés fölénye az időszakonkénti vagy rövidebb időközökben végzett kezeléssel szemben parallel kezelt esetekből tünt ki. A húgyutak kezelése tisztán mechanikai öblités forralt vizzel minden antisepticum nélkül. Egy további prognostikus pontja a prostatamegbetegedéseknek az általános sepsis (endocarditis, izületi és serosus hártyák megbetedései), mely nem is mindig gonorrhoeás, hanem, mint előadó egy igen pontosan észlelt esetében kisérletileg is bebizonyitotta, pneumococcus Fraenkel által is okoztathatik; esete klinikai megjelenésében teljesen elütött a gonorrhoeás sepsis és izületi megbetegedések lefolyásától.

A mi most a prostata-tályogot illeti, ennek létrejötte csak hosszú fennállású, igen erős fertőzés mellett történik, ha egy elégtelenül kiürült lobos gócz betokolódik és ily módon áll elő a genyfelhalmozódás. A prostata t. i. számos kivezető csöve és egymással közlekedő mirigyrendszere miatt a priori tályogképzésre nem igen alkalmas; előadó a legerősebb prostatitiseket massage által, a mirigy természetes kiürülésének útját használva fel, meg tudta gyógyitani.

Tályogképződésre az ondóhólyag ellenben igen alkalmas, a mennyiben a szük kivezető csővel ellátott, nagy secernáló felülettel biró, tekervényes csőrendszerben a váladék, mely erős fertőzés esetén igen bőségesen képződik, könnyen talál módot retentiora. A férfiaknál észlelt végbél-blennorrhoeák igen nagy része ezen kankós complicatioból származik.

Egy a hátsó kankó complicatioinál gyakran észlelt tünetcsoportnak, a recidiváló mellékheregyuladásnak magyarázatát is adja előadó. Ezen tünetcsoport, melyet eddig mintegy hat esetben észlelt, az ampulla vasis deferentis chronikus fertőzésében találja okát; előadónak volt alkalma két esetben ezen kórfolyamatot teljesen isolálva, prostata- és ondóhólyagbántalom nélkül észlelhetni; egy esetben gonorrhoikus alapon, a másikban streptococcusinfectio kapcsán kankóban sohasem szenvedett betegnél. Egyébként ezen kórkép igen gyakran van prostatitissel és spermatocystitissel complikálva. A kezelésnél figyelembe veendő, hogy az ampulla vasis deferentisből úgy fel-, mint lehágó autoinfectio mindaddig kiindulhat, mig ezen szerv massage útján teljesen meg nincs tisztitva a fertőző csiráktól. Két esetben a gonococcus helyét rögtön elfoglalta az előadó által a húgyivar-tractusban gyakrabban talált pneumococcus elég virulens alakban, a mely az esetek egyikében 2—3 izben könnyű lefolyású epididymitist is idézett elő oly időben, midőn a gonococcus már több hónap óta végleg eltünt volt.

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(1905. november 11.-én tartott szakülés.)

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

(Vége.)

5. **Abderhalden Emil** (Berlin) és **Reinbold Béla** (Kolozsvár): **A gyapotmag edestinjének hasnyálemésztődése** czimü dolgozatát előadja Reinbold Béla dr. Szerzők már előbbi vizsgálataik során kimutatták, hogy a napraforgómag edestinje hasnyál behatása alatt nem egyszerre esik szét elemeire, hanem a különböző aminosavak különböző gyorsasággal hasadnak le belőle.

Igy a tyrosin igen rövid idő alatt teljes mennyiségében szabadon leválik, míg a glutaminsav és más aminosavak csak fokozatosan válnak szabaddá. Az emésztés termékei között egyes aminosavak egyáltalában nem találhatók meg szabad állapotban.

Kisérleteiket most a gyapotmag edestinjével szélesebb keretben ismételték. Fehérjekészitményükből egyenlő mennyiségüt 5%-nyi bélnedvvel hatékonynyá tett kutyahasnyállal és toluollal kevertek és a keverékeket 1—16 napig testhőmérséknél tartották.

A keverékeket az emésztés különböző időszakában felforralták és ezzel a hasnyál további proteolytikus hatását beszüntették. A felforralt folyadékot megszűrték, a szűredéket dialysisnek vetették alá, a dialysatumot phosphor wolfram-savval kezelték. Meghatározták a nem dialyzálódó anyagok mennyiségét, a dialysatum összes száraz maradékát, a phosphor-wolframátok mennyiségét, a phosphor-wolframsavval ki nem csapható anyagok mennyiségét és ebben a tyrosint és glutaminsavat. Milyenleges vizsgálatokat végeztek a glycocollra, alaminra, leucinre, pyrrolidin-carbonsavra, phenylalaminra, tryptophanra és cystinre vonatkozólag. Kitünt, hogy a tyrosin már az emésztés második napján csaknem teljes mennyiségében szabaddá vált, a glutaminsav azonban csak lassanként hasadt le, mennyisége az emésztés 16. napján az elméleti értéknek körülbelül $^2/_3$-át érte el. Phenylalamint az emésztés termékei között csak nyomokban lehetett találni, mig pyrrolidincarbonsavat és glykokollt egyáltalában nem. A tryptophan a tyrosinhoz hasonlóan viselkedett, mig a többi aminosavak a glutaminsavhoz hasonló magatartást mutattak. Egyes aminosavak jelentkezéséből tehát semmi esetre sem szabad a fehérje messzemenő vagy épen teljes hydrolytikus bomlására következtetni.

6. **Jakabházy Zsigmond** és **Demeter György: Az oleandermérgezésről** értekeznek egy eset kapcsán.

Az oleander hatásáról és a hullán talált kórbonctani leletről számolnak be. A kórbonctani lelet a gyomorbélcsatorna lobját derítette ki. A méreg legnagyobb része a gyomorbéltartalomban volt, úgy hogy a vérből is csak nyomokban tudták kimutatni az oleander ható részeit: az oleandrint és a neriint. A gyomorbélbennékben talált levéltörmelékeknek szövettani szerkezetét ismertetik s végül az oleandermérgezések külföldi gazdag irodalmát összehasonlítják a nálunk észlelt nehány esettel.

Hozzászól: *Orient.*

PÁLYÁZATOK.

A Rimamurány-Salgótarjáni vasmű részvény-társaság **salgótarjáni gyártelepén** fennálló munkástárspénztárnál rendszeresitett **orvosi állásra** ezennel pályázat hirdettetik.

Járandóságai: 3200 (Háromezerkettőszáz) korona, nyugdijra jogositó évi fix fizetés, 600 (Hatszáz) korona évi személyes pótlék, azonkivül szabad lakás és szabályszerű fütési illetmény élvezete.

Pályázóktól egyetemes orvostudori oklevéllel igazolandó képesités kivántatik, megjegyezvén, hogy kimutatható gyakorlattal, különösen pedig műtői képesitéssel birók előnyben fognak részesülni.

Kellően felszerelt folyamodványok **folyó évi február hó végéig** az alulirt czimre terjesztendők be

2—1 *Rimamurány-Salgótarjáni vasmű R. T. Budapesten,* V., Nádor utcza 36., II. em.

A **mostari közkórházban** egy **másodorvosi állás** azonnal betöltendő. Évi fizetés 1600 korona, teljesen szabad ellátás (étkezés, lakás, fütés, világitás és kiszolgálás) mellett.

Pályázhatnak osztrák vagy magyar egyetemen felavatott orvosdoktorok, ha akár Magyarországon vagy Ausztriában, akár Bosznia- és Herczegovinában honossággal birnak.

A folyamodványokhoz melléklendők a következő okmányok: az életkort feltüntető bizonyitvány, orvosdoktori oklevél (esetleg hiteles másolatban), honossági bizonyitvány, erkölcsi bizonyitvány (a politikai kifogástalanság igazolásával együtt), hatósági orvostól kiállitott egészségi bizonyitvány és végül az eddigi esetleges orvosi működésről, illetve kórházi gyakorlatról szóló bizonyitványok.

Kórházi gyakorlat igazolása kivánatos ugyan, de nem okvetlenül szükséges. Megkivántatik a horvát, szerb vagy valamely más szláv nyelv ismerete.

Az első évben ideiglenes minőségben alkalmazott másodorvos a próbaidő leteltével mint városi hivatalnok véglegesitettetik. Ebbeli minőségében előléptetésre is számithat és a készülőfélben levő nyugdijszabályzat életbeléptetésével nyugdijképességet nyer.

A kellőleg felszerelt folyamodványok, ivenként 80 fillérnyi, a mellékleteken 20—20 fillérnyi bélyeggel ellátva, legkésőbb **f. évi márczius hó 15.-ig** a mostari polgármesteri hivatalhoz terjesztendők be.

Mostar (Herczegovina), 1906. évi január hó 17.-én.

Hadziomerovic, polgármester.

7/1906. főisp. sz.

A 60 ágyra berendezett **mosonmegyei Karolina közkórházban Magyaróvárott** elhalálozás folytán üresedésbe jött **alorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állás évi 1200 korona fizetéssel, teljes ellátással és a kórházban levő két bútorozott szobából álló lakás, fütés és világitással van javadalmazva.

A pályázni kivánókat felhivom, hogy orvostudori képesitésüket, életkorukat és esetleg eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal kellőleg felszerelt, Nagy Jenő, Moson vármegye főispánjához czimzett, 1 koronás bélyeggel ellátott folyamodványukat legkésőbb **1906. évi február hó 15.-ig** a kórház igazgatóságánál nyujtsák be.

A kinevezés 2 évi időtartamra szól. Az állás azonnal be lesz töltve. Magángyakorlat nincs megengedve.

Magyaróvár, 1906. évi január hó 8. án.

Őshegyi, főispán.

Békés vármegye közkórházának belgyógyászati osztályán üresedésbe jött **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Javadalmazás: 1000 korona készpénz fizetés, lakás, fütés, világitás és I. oszt. élelmezés. Pályázni kivánókat felhivom, hogy képesitésüket, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat Békés vármegye főispánjához, Kresmárik János dr.-hoz czimezve hozzám **f. évi február hó 14-éig** küldjék be.

Gyulán, 1906. évi január hó 24. én.

3—2 *Békés vármegye közkórházának igazgatója.*

Jász-Nagykun-Szolnokvármegye kórházánál végleges állásba távozás folytán megüresedő egyik **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalom ezernégyszáz korona évi fizetés, teljes ellátás; a kinevezés két évre szól.

Pályázatok okmányokkal hozzám **folyó évi február 10.** ig adandók be.

Szolnok, 1906. évi január hó 25.-én.

Papp Gábor dr., igazgató-főorvos.

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 készitményt 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 gyógyitja, hanem az annyira gyakori ideges zavarokra is hat.

Kellemes ízénél fogva felülmul minden eddigi forgalomban levő más készitményt.

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 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.

HAZSLINSZKY-féle különlegességek!

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

Kapható mindenütt.

„Pastilli ferri phosphor. Hazslinszky." Darabonként 1/3 milligramm Phosphor és 7 1/2 cgm. Ferr. lactic. tartalommmal. **Gyönge, angolkóros gyermekeknek, csont és fogzás erősitésére.** Tejben oldva gyermekek szeretik. Dobozonként 1.80 kor.

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

„Syrup ferri alb. Hazslinszky." 3% Ferr. albumin. tartalomma'.

„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 ered-

„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 felnötteknek 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.

Szag és íz nélküli a

Zoltán-féle Csukamájolaj

(Rendelési mód: Ol. jecoris aselli sec. Zoltán lag. original.)

s ezért gyermekek, valamint felnőttek undor nélkül veszik. Kitünő hatású: **táplálkozásban visszamaradt, rhachitikus** és **scrophulotikus gyermekeknél, phthisikusoknál.**

Készitője:

ZOLTÁN BÉLA gyógyszerész,

Budapest, V., Szabadság-tér.

Kapható az ország összes gyógyszertáraiban üvegenként 2 koronáért.

Az 1900-iki párisi világkiállításon kitüntetést nyert!

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 kimeritő prospektust küld ingyena **Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága Budapest-Budán.**

Málnási Mária-forrás

Természetes alkalikus — sós savanyúvíz —

A légzőszervek és bélhuzam hurutos bántalmainál a seltersi és gleichenbergi vizeket jóval fölülmulja, gyomorégéseknél páratlan hatású.

Budapesti főraktár: **Édeskuty L.**

Budapesti vezérképviselőség: **Nádas Márton** VI., Csengeri-u. 66. Telefon 238.

Kapható mindenütt.

Kútkezelőség: Brassó.

Bronchitis diffusa
Emphysema
Infiltratio-pulmonum
Tracheo-bronchitis ellen

TUBERIN

Lagenam originalem

Főraktár Magyarország részére:

‚Apostol-gyógyszertár'

Budapest,

VIII., József-körút 64. szám.

Egész üveg ára **5** korona.
Fél „ „ **3** „

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 felmelegitett vízben.

Nirvenol. Feltünő gyors hatású **csúznál, köszvénynél,** valamint **zúzódások, distorsiók, izomrándulások** stb. után fellépő fájdalmak gyors elháritásában. 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.

Rodagen

Uj specifikus gyógyszer

2 grammos tablettákban vagy por alakjában.

Morbus Basedowii ellen

(V. ö. Burghart & Blumenthal. Festschrift für E. v. Leyden, 1902, pg. 251.)

Irodalom ingyen.

Vereinigte Chemische Werke Aktiengesellschaft, Charlottenburg, Salzufer 16.

Tudományos melléklet az „Orvosi Hetilap" 1906. évi L. évfolyama 5. számához.

A belgyógyászati vesemegbetegedések sebészeti kezeléséről.

Irta: ILLYÉS GÉZA dr., egyetemi magántanár.

Az özv. Gárdos Jánosné-féle alapítványból jutalmazott pályamunka.

A vesesebészet, mely az újabb s megbizható, a vesefunctiót pontosan megállapító vizsgálati módszerek alkalmazása által igen nagy lendületet kapott, egy újabb lépést tett előre, midőn egyes, eddig csak belgyógyászati kezelésben részesült megbetegedéseket is hatalmába kerít. Egy újabb műtét a vese saját tokjának lehúzása és kimetszése, a decapsulatio lett ajánlva, mely a vese bizonyos heveny és idült megbetegedésénél végeztetett, s melyet, mint az irodalmi áttekintésből láthatjuk, sokan sokféle czélból csináltak és sokféle megbetegedésnél ajánlanak. Az úgynevezett belgyógyászati vesemegbetegedések sebészeti kezelésének irodalma igen terjedelmes, s érdekes, hogy bizonyos kérdésekben — melyek még tisztázva nincsenek — mennyire ellentétes, egymással homlokegyenest ellenkező nézetek nyilváníttatnak; s épen ezért azt vélem, hogy az irodalom kissé bővebb ismertetése czélszerű lesz, mert így egyes részletkérdések élesebben s minden oldalról megvilágíttatnak, melyekhez hozzáfüzve az én kisérleteimet s megfigyeléseimet, legalább ezen egyes részletkérdésekben végleges véleményt alkothatunk, mi által az egész tárgy tisztázásához egyes adatokkal hozzájárulunk. Az irodalom a következő:

Pean 1886-ban operált egy beteget, hol vesekőre tették a diagnosist, s kinél nagy vesetáji fájdalmak, s a vizeletben sok fehérje volt. Nephrectomia után kiderült, hogy itt nephritis volt jelen. Ugyanezen évben *Sabatier* hasonló tünetek alapján, melyekhez még vérzés is társult, eltávolította a kóros vesét, melyben lobos elváltozásokon kivül egyebet nem talált.

1889-ben *Tiffany* egy nőt operált, kinél a vesetáji fajdalmak már elviselhetlenek voltak. A műtét a jobb vese tokjának behasításából állott, mire a fájdalmak lassanként megszüntek. A vese kérges volt, s a vizeletben geny és vér találtatott, úgy, hogy valószinüleg idült lobos vesefolyamat volt jelen.

Reginald Harrison londoni sebész volt azonban az első, ki 1896-ban megjelent közleményében a vese bemetszését ajánlotta vese gyuladásnál, egy pár eset alapján, hol téves diagnosis miatt ment belé a műtétbe, s a hol azt észlelte, hogy a műtét a lobos vesefolyamatra kedvezőleg hatott.

Első esetében 3 héttel a műtét előtt a betegnek scarlatinája volt, s a vizeletben fehérje és cylinderek találtattak. Harrison vesetályogra gondolva nyitotta meg a vesét. De kiderült, hogy a nagyon feszes, tömött vesében genyedés nem volt, a beteg azonban a műtét után sokkal jobban lett, a vizeletmennyiség felszaporodott, 10 nap alatt a fehérjevizelés teljesen megszünt s a beteg meggyógyult.

Második esetében véres vizelés és kólikaszerű fájdalmak miatt vesekőre gondolt, a jobb vesét lehetett is tapintani. Műtétnél követ nem talált, de a beteg rövid idő alatt teljesen meggyógyult.

Harmadik esetében is köre gondolt, mert a betegnek időnként véres vizelése, s fájdalmai voltak; vizelete fehérjét tartalmazott. Műtétnél a vesét tömöttnek találta, bemetszette. Követ nem talált, de 2 hét alatt a beteg teljesen helyre jött, vizeletéből a fehérje teljesen eltünt, vérzései és fájdalmai teljesen megszüntek.

Később még egy betegéről tesz említést, hol ugyancsak kő gyanuja miatt hatolt be a vesébe, követ nem talált, de a beteg, kinél pyelonephritis volt, meggyógyult.

Harrison eseteiben, mint a műtétnél kiderült, nephritis volt jelen, s ő a gyógyulást úgy magyarázza, hogy a bemetszés a vesébe fesztelenítőleg, a vérzés pedig a gyuladásra elvonólag hatottak; ezért a jó eredmény. Összehasonlítja ezen állapotot a glaukomás szemmel, vagy a meglobosodott herével, hol szintén a tensio-növekedés játszik nagy szerepet, s hol az iridektomia illetőleg a here burkának bemetszése feszülést csökkentőleg hatnak. A vese tokja, főleg heveny loboknál rendkivül nagy feszülés alá jut, mert nem képes gyorsan tágulni, a mit Harrisonnak obductióknál is többször volt alkalma tapasztalni főleg scarlat nephritiseknél, anuriánál.

A műtét czélja lehet az, hogy ezen nagy feszülést a bemetszés által megszüntesse, s ez által a vesebeli nyomást csökkentse, mi által megakadályozza azt, hogy a heveny gyuladás idültbe menjen át, s idült lobnál egyes súlyos tüneteket (anuria, fájdalmak, vérzések) megszüntet, s a parenchyma tönkremenését megakadályozza.

A tág bemetszés helyett a beszúrást ajánlja, mit renipunctionak nevez, és csak igen nagy feszülésnél végez kis bemetszést a vesébe. Műtétjét főleg scarlatinás nephritiseknél ajánlja, s szerinte az egyik vesének bemetszése, illetve megszúrása elegendő arra, hogy a másik vesebeli feszülés is csökkenjen. Szerinte a műtét indicatioja a következő esetekben áll fenn:

1. A veseszövet elfajulásának tovaterjedését jelző tüneteknél, midőn a vizelet fehérjetartalma nő, s a betegség olyan stadiumában, midőn ezen tüneteknek már le kellett volna folyniok.

2. A vizeletelválasztás megszünésénél.

3. Szivműködésbeli s keringési zavaroknál a betegség lefolyásában.

1899 ben *Izrael* közli eseteit, s ő vesegyuladások bizonyos nemeinél a műtétet nagyon ajánlja. Heveny veselobok következtében fellépő anuriánál, azután egyoldali vesekólikáknál, s azon egyoldali vesevérzéseknél, melyeket eddig nephralgie hematurique, nephralgia essentialis, vesevérzés, angioneurotikus vesevérzés név alatt foglaltak össze s irtak le, a nephrotomiának gyógyító hatását észlelte. Ő azonban ezen elébb emlitett, némelyek szerint

ideges alapon nyugvó kórképeket idült lobos elváltozások következményének tudja be, s ezért dolgozatának a következő címet adta: „A vesebemetszés hatása a vese heveny és idült lobos folyamatainál.“

Mindjárt egy esetet közöl, hol 8 hónappal a jobb tuberculosus vese kiirtása után a hólyag felöl ascendáló baloldali nephritis lépett fel, több napos teljes anuriával. Izrael nephrotomiát végzett, s a vesemedenczében egy kanál genyet talált, a vese felületén pedig nagyszámú miliáris tuberculumhoz hasonló tályogokat, melyek a capsula propriánáttörtek. Az ureter czeruzavastagságú s porczkemény volt. Mütét után 24 órával bő vizeletelválasztás indult meg a sebből, mely a következő napokon is fennállott; az uraemiás tünetek lassanként eltüntek s 3 hét mulva az egyén teljesen jól érezte magát. A veséből kimetszett kis darab górcsövi vizsgálata is azt mutatta, hogy miliaris tályogok voltak a vesében, a hólyag felöl felszálló heveny infectio következményeképen.

Izrael a beálló anuriát a heveny lob következtében hirtelen fellépő erös tensionövekedésnek tulajdonitja, midön a feszes tok, mely a vesét körülveszi, nem enged, vérpangás keletkezik főleg a vékonyfalú venák összenyomása következtében, ennek egy további következménye a szövetek közti oedema növekedése, és ezek által az intrarenális nyomás annyira nő, hogy a capillarisok is összenyomatnak, s a vizeletelválasztás megszünik. Érthető e szerint, hogy egy kellő időben végzett bemetszés, mely az intrarenális feszülést csökkenti, gyógyitólag hathat, mert a vérkeringési viszonyok javultával a vizeletelválasztás is megindul. Ezen hirtelen fellépő congestiós tensionövekedés a vesében oka továbbá az erös vese kólikáknak, az ideges alapon fellépőnek magyarázott nephralgiáknak, nephralgie hématurique-nek, angioneurotikus vesevérzésnek is, s ezen esetekben némelykor csak kis góczokat képező, s csak górcső által kimutatható, de kifejezett lobos elváltozásokat talált a vesében, melyeknél a vese bemetszése és a vese és tokja között keletkező új venosus edényösszeköttetések gyógyitólag hatnak, 14 esetet közöl, melyeket 3 kategoriába osztott:

a) olyanok, hol górcsövi vizsgálat nem történt s hol a vizeletben nem volt sem chemiai, sem mikroskopos elváltozás. Egyedüli eltérés volt azon erös összenövés a vesecsövet és zsiros tokja között, mely parenchymabeli elváltozásra is engedett következtetni. 2 ilyen esetet közöl;

b) olyan esetek, hol a vizeletből is kimutatható volt a nephritis, s ugyanaz a vesén makro- és mikroskopice is látható volt. 9 eset;

c) olyanok, hol makroskopos elváltozás a vesében nem volt, de a vizeletben abnormális anyagokat lehetett találni s kizárás útján azokat a veséből származónak kellett felvenni. 3 eset. Izrael szerint ezen általa észlelt esetek 3 tulajdonságuk által térnek el az eddig ismert nephritisektől.

1. Rohamokban jelentkező fájdalom által, melyek a vesekő, vagy tbc. által okozott fájdalmaktól nem különböztethetők meg.

2. Az egyoldali tünetek által, melyek néha valóban egyoldali megbetegedésen alapulnak, máskor mindkét oldali bántalom által okoztatnak, de csak egy oldalon lépnek fel.

3. Az által, hogy néhány mikroskoposon is kimutatott lobos megbetegedésnél *teljesen hiányzott a fehérjekiválasztás,* miből azt következteti, hogy a fehérje hiányából makroskopos negativ lelet mellett nem lehet a lobos vesebántalom ellen következtetni; sőt szerinte még a negativ mikroskop lelet sem absolut bizonyit veselob ellen, mert a kis góczokban fellépő lobos folyamat könnyen elkerülheti a vizsgáló figyelmét.

Eseteiben a következő aetiologikus momentumok szerepeltek:

1. 2 esetében rheumatikus megbetegedés részjelensége volt a veselob, midön az izületek fájdalmas megduzzadása megelőzte a vesekólikát.

2. Egy esetben a vesének köszvényes dispositioja volt jelen.

3. Két esetében túlsok húgysavképződés volt kimutatható, midön úgy a papilláris, mint a kéreg állományban szemcsék alakjában látták a húgysavat. Általában nagyon kevéssé ismert, hogy a túlsok húgysavképződés, (mely azonban concrementum képződéshez még nem vezet) s a vesekólikák és vérzések között szoros oki összefüggés van, s az teljesen ismeretlen volt, hogy e mellett valóságos nephritises folyamatok lépnek fel a vese medencze gyuladása nélkül.

4. Egy esetben az első roham a lábak átnedvesedése után lépett fel.

5. Két esetben a veselob előtt hasürbeli gyuladásos folyamatok zajlottak le. Ascendáló folyamatot ki lehetett zárni, úgy, hogy nem lehetetlen, hogy metastatikus folyamatok szerepelhettek a hasürbeli és vesebeli folyamatok között.

6. Egy esetében nem talált más okot, mint egy, talán előrement syphilist.

7. Három esetében semmiféle okot nem tudott kideriteni; egy esetben talán a vese rendellenes mozgékonysága volt a veselob oka.

Izrael conclusiio, melyeket ezen esetekből levont, s melyek nagyon érdekesek a következők:

1. Egyoldali nephritis létezik.

2. Van vesekólika, melyet nephritis okoz.

3. Vannak kétoldali nephritisek, melyek csak egyoldali kólikát okoznak.

4. Van súlyos nephritis, melynél a vizelet teljesen fehérjementes s cylinderek sincsenek.

5. A vizeletben a fehérje akkor is hiányozhat, ha benne hyalin-, szemcsés és hámhengerek vannak.

6. Vannak nephritisek, hol rohamokban heves vérzések lépnek fel.

7. Nephritises vérzések kólikákkal, vagy a nélkül is fellépnek. A vérzés nem oka a kólikának, hanem mindkettő vesebeli congestio eredménye.

8. A nephralgia, nephralgie hématurique, angioneurotikus vesevérzés többnyire nephritises folyamatokra vonatkoznak.

9. A vese bemetszése a nephritises folyamatot, s annak tüneteit többnyire kedvezően befolyásolja.

10. Heveny felhágó vesegyuladáson alapuló anuria a vese bemetszése által megszüntethető.

11. A vese sebét nem kell bevarrni.

Izrael 14 esete közül három meghalt, ezek közül kettőnek kétoldali súlyos nephritise volt. Hat beteg teljesen meggyógyult, míg háromnál egy bizonyos idő mulva recidiva lépett fel, de nem oly erös mértékben mint az előtt; két esetben a mütét eredménye oly rövid ideig tartott, hogy ez alig vehető eredmény számba

Hofbauer egyoldali veselob létezése mellett szól. Esetében két év óta állott fenn időnként egyoldali vesevérzés, fájdalmak nélkül. A vérzés minden kimutható ok nélkül lépett fel. A vizeletben sem fehérje, sem cylinderek nem találtattak s vesekólikák sem voltak. Mivel a vérzés a bal veséből származott, ezoldali nephrectomiát végezett, s ez által gyógyulást ért el. Az eltávolított vese megnagyobbodva nem volt, de a górcsövi vizsgálat olyan elváltozásokat mutatott ki a glomerulusokban, melyekből glomerulo-nephritist lehetett megállapitani.

Naunyn Izraellel szemben azt állitja, hogy egészséges vesék is vérezhetnek, de azért sok ilyen esetben idült veselob volt jelen; szerinte veselobnál a fesztelenitő bemetszésre néha szükség van; de jól meg kell választani az eseteket, mert súlyos veselobok sokszor mütét nélkül is kedvezően folynak le, s több hétig tartó haematuriák spontan megszünhetnek. Három ilyen esetet közül.

Klemperer, ki az angioneurotikus vesevérzések theoriáját felállitotta, közöl egy pár esetet, hol a vese egyszerü feltárására, a nélkül, hogy magát a vesét bemetszették volna; a vesevérzés megszünt. Közli *Passet* esetét, ki 1894-ben egy súlyos haematuria felderitése okából először a hólyagot nyitotta meg, mivel ugyanezen betegnél 1½ év előtt egy súlyos haematuria a hólyag egyszerü 1% os lapis-oldattal való kiöblitésére megszünt. A hólyag megnyitása után látta, hogy a vér a baloldali ureterből jön ki, de a beteg gyönge állapota miatt a bal vese feltárását mellőzte. Közvetlenül a hólyagmütét után a vesevérzés véglegesen megszünt. Ezen eseteket Klemperer angioneurotikus vesevérzéseknek tekintette, s a jó eredményt a különböző sebészi mütéteknek az idegrendszerre tett jó hatásából magyarázta. Egy esetet közöl, hol essentialis vesevérzés miatt nephrectomiát végez-

tek, s hol a kivett vesét teljesen egészségesnek találták. Vannak esetei hol, a vesevérzés belgyógyászati kezelésre, fektetésre, vízgyógykezelésre megszünt, s ezért ő azt hiszi, hogy ezeknek mütéti kezelése csak nagyon kevés esetre fog szorítkozni.

Bright-kórnál szerinte sem feszülésnek, sem a vesebeli congestionak nincs nagy szerepe; s ezek nem okai a vérzésnek és kólikáknak. A kólikák szerinte főleg a veseidegek bizonyos dispositiójára vezetendők vissza, melyek lobos góczok által izgatva lesznek.

Senator is Izrael ellen foglal állást; s utal arra, hogy bonczolásoknál gyakran lehet látni congestiós vesemegnagyobbodást a tok feszülésével, a nélkül, hogy az életben valaha kólikák jelentkeztek volna. Azt sem fogadja el, hogy a nephralgiák csak egyszerü nephritises alapon állanak fenn, mert ez ellen szól a *Braatz* esete, ki nephralgia miatt egyik vesét felkeresve, kettémetszette, de semmit sem talált. Az eredmény azért jó volt Három év mulva a nehézségek megint felléptek, ekkor nephrectomiát végezett, s a vese felső polusán egy gümős tályogot talált, míg az első poluson egy meggyógyult góczot látott, mely valószinüleg az előbbi fájdalmak okozója volt. Senator tehát a vese bemetszését nem tartja indikáltnak nephralgia haematuricánál, hanem csakis anuriánál, hol ő is azt hiszi hogy itt a feszülés olyan nagy lehet, hogy kólikák léphetnek fel, s hol a mütét életmentőleg hathat.

Peel szerint a spontan vérzések fesztelenitőleg, tehát kedvezően hatnak a vesecongestiora, s bizonyos fokig ugyanazt eredményezik, mint a mütéti beavatkozás. A vérzés sem az idült, sem a heveny veselobnál nem szokott olyan nagyfokú lenni, melyből veszély származhatnék. A fájdalmak sem olyan hevesek, ő legalább egyszerü veselobnál sohasem észlelt fájdalmakat. De azt megengedi, hogy a vese hirtelen megnagyobbodása a tok erős feszülése mellett nagy fájdalmakat okozhat. Ő is Klemperer véleményén van, s az edényidegeknek s a plexus renalis érző ideigeinek a vérzések és kólikáknál nagy szerepet tulajdonit. Szerinte veselobnál sebészi beavatkozás csak egy tünetnél a teljes anuriánál van indikálva, midőn a szervezetet az uraemia fenyegeti. Az idült veselob teljesen a belgyógyászok gyógykezelése alá tartozik.

Korteweg is operált olyan esetben hol a vese rendkivül nagy feszülés alatt volt, midőn gyermekfejnyire megnőtt s kékesfekete szinü volt, s észlelte, hogy ezen vese felületes bemetszésére másnap már rendes nagyságú lett s a teljes anuria helyett 24 óra alatt négy liter vizelet lett kiválasztva. Egy ilyen gyors változást nem annyira a gyuladás, mint inkább a keringési zavarok rovására kell irni, midőn a vékonyfalú venák összenyomatva erősen megtelődnek, de azután ép oly gyorsan ki is ürülnek. Korteweg nem osztja Izraelnek a reflexanuriáról felállított hypothesisét, mely szerint egyik oldali ureter elzáródásával a másik oldali vesearteriák reflectorikusan annyira összehúzódnak, hogy anuria áll be, hanem azt mondja, hogy ha az egyik vese nem müködik, akkor a másik veszi át annak működését is, ha a másik vese egészséges, de ha a vese cirrhotikus, vagy kevésbé tágulékony, megvastagodott tokkal van körülvéve, akkor a fokozott munkát végezni nem képes, mert benne bő vérellátás által fokozott nyomás jő létre, mely a rossz müködés következtében még jobban fokozódik egészen az anuriáig; szerinte tehát épen a heveny veseloboknál, mely keringési zavarokat nagy fokban képes előidézni, ajánlatos az egyik feszülő vese bemetszése, azért, mert, ha ez kedvező viszonyok közé jut, az előbb említettek alapján a másik is kedvező viszonyok közé fog jutni.

Idült nephritiseknél is, főleg a haemorrhagikus alakoknál lehet operálni, mert ez is főleg acut exacerbatióknál, könnyen erős congestio alá juthat, midőn anuria fenyeget, s itt is áll az, hogy egyik vese kiesése a működésből, a másik kóros vesének kieséséhez is vezet. Chronikus nephritisnél főleg vérzés és fájdalmak miatt kell a vesét bemetszeni, annál is inkább, mert ezen tünetek könél, daganatnál és tuberculosisnál is előjöhetnek. Öt heveny genyes veselob esetében operált, mely a feszülést okozó tok és vese meghasításából állott, a vesemedencze drainezésével, kik közül egy halt meg pneumoniában, de mind az öt esetben a fájdalmak azonnal megszüntek.

Kümmell ureter catheter segélyével meg tudta állapitani azt, hogy egyoldalt jelentkező fájdalmak esetén is, mindkét vese kóros volt. Ő nem hisz egyoldali veselob létezésében, mert ureterkatheterrel kimutatta, hogy léteznek ugyan 2—3 ‰ fehérjebeli eltérések az egyik és másik vese között, de azért mindkét vese kóros. Ha csak egyik oldali vese vizeletében találhatók cylinderek, fehérje és vér, és a másik oldali vizelet pedig normális, ilyenkor valószinü, hogy másféle alapbetegség van jelen, például pyelonephritis, daganat, vagy kő, melyekben még az egészségesen maradt veseparenchym gyuladása is járult. Ő is osztja Izrael nézetét, ki a nephralgia s az angioneurotikus vesevérzések okául lobos folyamatokat vesz fel. Több ilyen esetet látott.

Pousson veseloboknál a parenchym tönkre menésében nagy szerepet tulajdonit a Guyon és Albarran által is felvett vesebeli congestionak s a capsula fibrosa tágulására nem alkalmas feszüléseknek, s ez ellen igen jó hasznát látta a sebészi beavatkozásnak úgy heveny loboknál, mint idült lobok következtében beálló uraemiánál. Szerinte egyoldali veselob is létezik, főleg kezdeti stadiumában, ép úgy, mint más páros szervnél, szemnél, herénél, nyálmirigynél, pleuránál. Néha csak egyik oldalon lép fel a megbetegedés, daczára annak, hogy haematogen infectio esetén mind a két oldalt egyformán átjárja az inficiált vér. Fennáll azután a másik oldali vese sympatikus megbetegedésének lehetősége, ép úgy, mint a szemnél, midőn a Guyon szerint is létező renorenális reflex által, illetve a plexus solaris idegei útján a másik vese a megbetegedésre igen fogékonnyá válik. Ezekért tartja Pousson a mütétet indicáltnak heveny gyuladások esetében, főleg infectiosus loboknál, midőn nephrotomiát ajánl, mely megengedi, hogy a keletkezett kis tályogok s létrejött toxinok kiürülhessenek, mely a vese decongestijoához vezet s a vizelet elválasztását kedvezően befolyásolja.

Idült veseloboknál is megvan a feszülés az által, hogy bizonyos aránytalanság van a vese és tokja között, mert parenchymás nephritisnél a veseszövet activ proliferatio következtében megszaporodott, de a tok nem képes tágulni, míg interstitiális nephritisnél a kötőszövet, de vele együtt a tok is zsugorodnak s feszülés van jelen. Ezeknél főleg súlyos tünetek, pl uraemia esetén ajánlja a nephrotomiát. Egy esetében egy nőt ilyen módon súlyos uraemiás állapotból mentett meg, mely a nephrotomia sebének begyógyulása után megint előállott, s ezért nephrectomiát végzett, midőn a beteg meggyógyult.

Legueu a franczia sebésztársaság ülésén mindjárt kijelentette, hogy pyelonephritis acutánál, hol retentio nem volt, a nephrotomiától rossz eredménnyt látott, s inkább nephrectomiát ajánl; de csak akkor, ha a másik vese ép.

Ugyanigy *Albarran* hangsúlyozta, hogy pyelonephritis acuta sokszor egyszerü belgyógyászati kezelésre meggyógyul, s ha már be kell avatkozni, jobbnak tartja a nephrectomiát.

Idült veselobnál a nephrotomiától kevés hasznot vár.

Nagy feltünést keltett *Edebohls* 1899-ben megjelent első közleményével, hol azt a javaslatot teszi, hogy az idült nephritist operative kell gyógyitani. Szerinte mütéti szempontból a heveny nephritis nem jő számításba, mert ez vagy meggyógyul, vagy átmegy idült alakba. Javaslatának alapul szolgált hat vándorvese-eset, melyek idült veselobbal voltak komplikálva, a mely a vese fixálása által kedvezőn lett befolyásolva, mert a mütét után a vizeletből a fehérje és cylinderek teljesen eltüntek. Eleinte azt hitte, hogy eseteiben a vándorvese fixálása volt a jó eredmény oka; de később rájött, hogy más okok szerepelnek s ezért a mütétet minden idült veselobnál ajánlja. 18 esetet közöl, kiket Bright-kór miatt operált; ezek közül ötnek volt jobboldali, négynek baloldali s megint négynek mindkétoldali chronikus interstitialis nephritise. Kettőnél kétoldali idült parenchymás, s háromnál mindkétoldali idült diffus veselobot talált. Ezek közül 14 esetben mindkét, négy esetben pedig csak a jobboldali vesét operálta. Ez utóbbi négy eset közül az egyiknél három év mulva a másik vesét más helyen eltávolitották, mely már valószinüleg a jobb vese mütevésekor, beteg volt. Ezen beteg még azután 5 évig élt, s fel kell itt vennie, hogy a mütét által a súlyosan megbetegedett vese állapota annyira javult, hogy egyedül volt képes a szervezetbeli vesemüködést elvégezni. Ő tehát 18 esete közül 9-nél mindkétoldali, 8-nál pedig csak az egyik oldali vesét találta betegnek, egy esetében nem tudott biztos véleményt alkotni.

II. sz. Sebészeti [illegible] Budapest, VIII. [illegible] Telefon: 143-000. 23-25

A 8 eset közül hatszor a mütétnél állapította meg azt, hogy a másik vese egészséges, mert a vesét a sebből kiluxálta s pontosan megvizsgálta. Nem tagadja, hogy talán mikroskopikus vizsgálattal a gyuladás kezdeti tüneteit ki lehetett volna ott is mutatni, hol makroskopice semmi sem volt észlelhető. A bántalom igen gyakran található egyoldalúsága őt is meglepte, s szerinte ezt azért nem észlelik, mert ilyenkor a betegség kezdetén a másik egészséges vese átveszi a kórosnak müködését, s semmi nagyobb baj nincsen; később átmegy a folyamat az egészséges vesére is, s csak akkor okoz súlyobb tüneteket, melyek miatt a beteg elpusztul, s ezért található a bonczasztalon gyakrabban mint a kétoldali nephritis.

A diagnosist a vizeletnek vegyi s górcsövi vizsgálata útján s a vesének a mütétnél való tapintásából és megszemléléséből állapította meg. Hivatkozik arra, hogy ő már 300 vesét vizsgált meg mütevés közben, s ez által oly nagy gyakorlatra tett szert, hogy annak eldöntése egyszerü tapintás és megtekintés útján, vajjon az illető vese Bright-kóros-e vagy sem, neki semmiféle nehézséget nem okoz; ezért csak egyetlen egy esetben metszett ki egy kis vesedarabot górcsövi vizsgálat czéljára. Mütétjét következőleg végzi: A beteget hason fekve helyezi mütőasztalra, légpárnával alátámasztva; ezáltal mindkét vese jól hozzáférhető, a nélkül, hogy a beteg fekvését mütevés közben változtatni kellene. A bemetszést a 12. borda alatt kezdi s leviszi a crista ileiig a musculus erector trunci külső szélén a nélkül, hogy az izompólyát behasítaná. A fascia transversa behasítása után a vese körüli zsírszövetbe jut, melyet a vese convexitásától kezdve mindenütt tompán leválaszt egészen a hilusig. Most a zsiros tokjából lecsupaszított vesét lehetőleg a sebből kiluxálja, azután a capsula propriát a convexitáson egyik polustól a másikig felhasítja s két oldal felé a veséről lehúzza, vigyázva, hogy a veseszövet e közben meg ne sérüljön. A lehúzott tokot a hilusról kimetszi; ha a vesét nem lehet kiluxálni, akkor a tokot az ujjal kell lehető kimélettel letolni, s a mennyit lehet belőle kimetszeni, s a még megmaradó tokot a hilus felé össze kell gyürni. Ezután a lecsupaszított vesét visszahelyezi zsíros tokjába, s a sebet bezárja.

A mütétben tehát a capsula propria kimetszése a fontos és jellemző. Mütétjének következő nevek adhatók: vese decapsulatio, vese-decorticatio, vese-denudatio, nephrocapsectomia vagy nephrocapsactomia

Altatáshoz aethert alkalmazott s műtét következtében egy beteget sem vesztett el. Eseteit észlelés alatt tartotta továbbra is. 8 esetben, melyek a mütét után 1—8 évig ellenőrizve lettek, észlelhette, hogy ezek a Bright-kórból teljesen kigyógyultak; mert náluk semmiféle tünet nincsen, melyet veselobra lehetne vonatkoztatni, vizeletük teljesen fehérjementes s bennük cylinderek sincsenek.

Szerinte a chronikus nephritisek gyógyulása ezen mütét után következőképen jön létre:

1. Erős kötőszövet képződik, mely a vesét környezetével összeköti.

2. Ezen kötőszövetben számos nagy véredény képződik.

3. A véredények közül az arteriák számban és nagyságban túlsúlyban vannak a venák felett.

4. A véráram ezen ütőerekben a vese felé van irányozva.

Végeredményben tehát az ütőeres vérbőség a legfontosabb tényező a gyógyulás létrejövetelében, mert Ziegler szerint, ha a veseepithel egy része valami kóros folyamat következtében tönkremegy, de a kötőszövet megmaradt, akkor ezen veszteség a megmaradó epithel regenerativ proliferatioja által pótolható; ha a circulatio elegendő, akkor az újon képzett vesehám a tönkrement vesehám secretorikus működését átveheti.

Ezen, a mütét következtében keletkező fokozott vérellátás, melynek a meglevő capsula propria erős gátat vet, az interstitiális és intertubularis lobtermények fokonkénti felszivódásához is vezet, mi által a húgycsatornák és glomerulusok a külső nyomás alól felszabadulnak s normális vérkeringési viszonyok keletkeznek. Érthető tehát, hogy a mütét által a gyógyulás csak bevezettetik s azután lassan és fokozatosan következik be. Itt nem a vesetok feszülésének csökkenéséről van szó, hiszen idült veselobnál a tok soha sem nyomja a veseállományt, sőt néha egész lazán fekhetik rajta.

Wolff is közölt még régebben egy vándorvese-esetet Rosetől, hol mütét előtt a vizeletből idült nephritisre következtettek, melynél a vese felvarrása után, melyet Rose a tok lehúzása és összegyürése útján eszközölt, a vizelet teljesen normális lett, de ezen észlelésből sem Rose, sem Wolff semmi további következtetést nem vontak le. Ugyanilyen eseteket közöltek Neumann és Fergusson is.

1902 ben *Edebohls* 51 esetről számol be, kik közül teljesen gyógyult 9; 7 meghalt 17 napon belül a mütét után s ugyanannyi 2 hó—8 év alatt; kettőnél nem volt javulás, 22-nél kielégitő javulás s 3 esetről továbbiakat nem tud.

Gyógyultnak azon esetet tekinti, hol a vizelet fehérjementes s benne vesealakelemek nincsenek, s a Bright kór semmi tünete nincs jelen.

Lennander pyelonephritis acutánál miliáris tályogokkal igyekszik minél hamarább a diagnosist megcsinálni; s minél előbb operatiót ajánl, mert a folyamat hamar általános sepsishez vezet, mivel a tok alatt nagy feszülés van, s a véredénydús vesében, könnyen belenyomatik az infectiosus anyag a véráramba. Ő ilyenkor nephrotomiát végez az erősen genyes részeket resekálja s a tokot lehúzza, mely után a vese felületéről vizelet szivárog ki a kötésbe s a felületen fekvő tályogok is kiürülnek; jó eredményeket lehet elérni főleg ha bakterium coli infectio van jelen, staphylo- és streptococcusoknál a kilátások rosszabbak: Hat ilyen esetben végzett nephrotomiát, melyek közül 5 meggyógyult, 1 meghalt; valamennyinél coli infectio volt jelen. A belgyógyászati nephritisek kérdésében Harrisonnal szemben azt állítja, hogy scarlatinás nephritiseknél azt az erős congestiót és feszülést, mi anuriára vezetne, a belgyógyászok nem ismerik, s igy a Harrison által javasolt operatiora szükség nincs. A glomerulonephritis a tulajdonképeni scarlat nephritis, pedig nem szokott idült alakba átmenni, legfeljebb recidivákra hajlamos, s ezért Harrisonnak azon indicatioja sem állhat meg, mely szerint akkor kellene scarlatnephritist operálni, midön az hosszan elhúzódik s félni lehet, hogy idült alakba megy át.

Lennander szerint acut nephritisnél operálni kell, de csak akkor, ha nagyfokú oliguria vagy anura van jelen, s a fájdalmak, valamint a nyomási érzékenység igen nagyok. Ilyenkor nephrotomiát kell végezni, s a vesét tokjától megszabadítani; szerinte főleg a fájdalmak képezik a mütéti beavatkozás indicatioját.

Rovsing egy eddig kevésbé méltatott körülményre, tudniillik a vizelet pontos bakteriologikus vizsgálatára hívja fel a figyelmet, mert ezen vizsgálat eredményének a követendő gyógyeljárás megválasztásánál igen nagy szerepe van.

Tizenhét esetet észlelt, melyeket beosztott aseptikus és infectios esetekre. Az első csoporthoz kilencz eset tartozik, melyek közül egyik-másik nagyon érdekes, s melyek a következő alakban jelentkeztek:

1. Diffus parenchymás nephritis nagy fájdalmakkal; a mütétnél kiderült, hogy a fájdalom oka egy a vese felülete és tokja között fekvő vérömleny volt, mely fájdalom a tok behasítása után megszünt, de maga a nephritis egyáltalán nem javult.

2. Kétoldali chronikus glomerulonephritis nagy fájdalmakkal, hol a capsula adiposa és propria között erős rostos összenövések voltak. Ő itt a vesét a perinephritises összenövésekből kiszabadította, vagyis *nephrolysist* végzett. Erre a fájdalmak megszüntek s az albuminuria is eltünt; de a mint a beteg rendes foglalkozása után látott, az albuminuria megint fellépett, mely mindenekszerint csak az ágyban fekvés ideje alatt nem jelentkezett. Ez az eset mutatja, mennyire óvatosnak kell lenni abban, hogy az albuminuria eltünéséből a veselob meggyógyulására következtessünk.

3. Diffus kétoldali haemorrhagikus nephritis vérzésekkel.

4. Nephritis interstitialis és perinephritis fibrosa húgysavas és oxalsavas diathesisek következtében négy esetében.

Ide tartoznak szerinte a nephralgia és nephralgie hématurique név alatt ismert kórképek. A vizeletben vért, azután húgysavkristályokat, uratokat és oxalsavas meszet találunk. Belgyógyászati kezeléssel a vérzéseket és húgysavkristályokat eltüntethetjük, de ha a fájdalmak megmaradnak, ez azt bizonyítja, hogy nem a húgysavkristályok, vagy homok okozták. Mütétnél azután kitünt, hogy a vese részben vagy egészben fibrosusan el-

változott zsiros tokkal van körülkerítve, mely a capsula propriával helyenként annyira össze van növe, hogy a vesét innen csak subcapsulárisan lehet kiszabadítani. Olyan esetekben, melyek soká állottak fenn, a vastag kötőszövettömegek, s a zsugorodó saját tok között egy teljesen zsugorodott s szemcsés vesét lehetett találni. Ezen esetekben a nephrolysis elegendő volt a fájdalmak megszüntetésére, s a sokkal veszélyesebb nephrotomiát el lehetett kerülni.

5. Egy igen érdekes eset volt, melyet Rosving nephritis chronica e compressione névvel jelölt. Egy gracilis testalkatú nőnél, hol heves jobboldali fájdalmak, s véres vizelés volt jelen, a műtétnél füző májat, s a vese azon helyén, mely a 12. bordához volt szorítva, duzzanatot kékes-vörös elszínesedést, s erős összenövéseket talált, melyet ő annak tulajdonít, hogy a vese a bordához volt odaszorítva ezen a helyen; nephrolysist végzett, mely után a beteg meggyógyult.

Rovsing tehát ilyen aseptikus esetekben, midőn perirenális összenövések vannak, melyek a fájdalmakat okozzák, nephrolysist ajánl, mely sokkal kisebb beavatkozás, mint a vese bemetszése, s a mely, ha a veselob egyáltalán gyógyítható, elég kedvező keringési visonyokat teremt arra, hogy ez létrejöhessen. A vese bemetszését azonban diagnostikus czélból indikáltnak tartja. Infectiosus nephritist nyolcz esetben észlelt. Idült nephritiseknél eddig senki sem végzett bakteriologikus vizsgálatot, pedig a műtétnél — ha nem tudjuk, hogy inficiált vesével van-e dolgunk, — az egész nagy műtéti sebet inficiálhatjuk. Egy esetben staphylococcus pyogenes aureust talált, s a nephrotomia nagy fehér vesét mutatott a bal oldalon. Két hét mulva erős vérzés miatt secundaer nephrectomiát végezett. Ezen eset kétségtelenül mutatja, hogy létezik haematogen úton keletkező egyoldali diffus parenchymás staphylococcus-nephritis, mely egész olyan kóros elváltozást képez, mint a Bright-kórnál. Egy esetben staphylococcus pyogenes albust talált, mely az egyik vese egy kis részére lokalizált lobot hozott létre, s a mely bakteriumos vizsgálat nélkül kétségkivül közönséges veselobnak tartatott volna

Streptococcus pyogenest talált három esetben, részben bakterium colival együtt. Érdekes volt, hogy ott, a hol streptococcusok voltak, kifejezett zsugorvesét talált. Egy esetben a nephritis angina után lépett fel, a bal oldalon; a felső poluson zsugorodott részt talált, melyet resekált; gyógyulás jött létre. Egy másik esetben gonorrhoea után négy évre albuminuria, s bal vesetáji fájdalmak léptek fel. Mindkét ureterkatheterből zavaros, fehérjetartalmú vizelet ürült, melyben streptococcusok s bakterium coli voltak. Bal vesét feltárva zsugorvesét talált vastag kötőszövetbe beágyazva. Nephrolysis után subjectiv javulás

Harmadik esetében a baloldali zsugorvesét összenövések közt találta. Nephrolysis, majd öt hó mulva vérzés miatt nephrectomia s gyógyulás.

Bakterium colit talált három esetben. Ezeket jellemzi a gyors és kedvező lefolyás. Ezek a sebészek által leginkább ismert esetek, melyek főleg a gyermekkorban bélbetegségekhez társulnak, s velük együtt bakteriuria is fellép. Egyik esetében a nagyon leromlott nőnél soká tartó haematuriák voltak. Jobb ureterből véres vizelet ürült. Jobb vese cyanotikus s odanőtt volt. Nephrolysis, majd nephrotomia, mely után a sebet bevarrta; teljes gyógyulás.

Másik esetében mindkétoldali nephritis volt. Bal oldalon voltak a fájdalmak, azért itt nephrolysist végzett, mely után a beteg meggyógyult.

Harmadik esetében is kétoldali nephritis volt. Jobboldali fájdalmak miatt a jobb vesét feltárta, benne sok tályogot talált, s mivel a másik vese is inficiálva volt, veseresectiót végzett. Egyharmadát a vesének eltávolította, s nagyon jellemző ezen coli infecto jóindulatára, hogy a resectio sebe per priman meggyógyult a nélkül, hogy perirenális genyedés keletkezett volna

Rovsing tehát nagy súlyt fektet a vizelet bakteriumos vizsgálatára, mert a lelet szerint más és más a beavatkozás. Infectiosus nephritisnél az infectio anyagának a vesékből lefolyást kell nyitni, míg aseptikus nephritisnél a vese bemetszése ártalmas és szükségtelen. Rovsing következtetései:

1. Van egyoldali nephritis infectiosus alapon.

2. Az egyoldali infectiosus nephritis a vese kisebb-nagyobb részére lehet lokalizálva.

3. Vannak kétoldali, de partiális infectiosus nephritisek.

4. Ezen nephritisek nagyon hasonlíthatnak az aseptikus nephritisekhez. (Zsugorvese vagy fehér vese.)

Az itt számba jöhető sebészeti beavatkozásokra nézve látjuk, hogy:

1. A nephrolysis a fájdalmakat képes megszüntetni, s a lobos folyamatot is kedvezőn befolyásolja.

2. A vesebemetszés okvetlen indikált, midőn tályogokat kell kibocsátani, vérzésnél azonban haszna kétséges; úgy látszik, hogy gyenge infectionál (bakterium coli) a bemetszés kedvező hatású, míg virulens infectionál veszélyes.

3. Resectioval a localizált nephritisnél az egész infectiosus anyagot el lehet távolítani, s gyógyulást hozni létre.

4. Nephrectomiára szükség lehet egyoldali totális nephritisnél életmentés czéljából, vérzés vagy infectio okozta lázak miatt.

Albarran és *Bernard* nyulaknál decapsulatiót végeztek, s egy idő mulva az állatokat leölve azt tapasztalták, hogy 15 nap mulva már új tok képződött, mely két hó mulva már sokkal erősebb, mint az eredeti tok. A vese erős kötőszöveti rostokkal volt a hasfalhoz odatapasztva, de a parenchymában csak a legfelületesebben fekvő húgycsatornácskák szenvedtek valami csekély elváltozást. Szerintük tehát a decapsulatio okozta decongestiós hatás csak nagyon rövid ideig tartó lehet, miután rövid idő alatt még erősebb új tok képződik, mint a régi.

Lepine azt vizsgálta, hogy a vesebeli tensionövekedésnél milyen hatása van a decapsulationak s azt tapasztalta, hogy az a vizeletkiválasztásra alig van valami hatással.

Castaigne és *Rathery* igen érdekes kisérleteket végeztek annak megállapítására, hogy létezik-e acut vagy subacut egyoldali nephritis. Sok általuk végzett bonczolásnál azt tapasztalták, a mi már ismeretes is, hogy az ascendáló nephritis egy oldalon is létrejöhet. Nem láttak azonban soha toxikus nephritist, a mi ne lett volna mindkétoldali, sőt az elváltozások foka is majdnem egyforma volt a két vesében. Ezt tapasztalták heveny, fertőző betegségekhez csatlakozó nephritiseknél (typhus, pneumonia), chronikus fertőző betegségekhez csatlakozóknál (tuberculosis) és a heveny toxikus nephritiseknél (sublimatmérgezés).

A haematogen infectio útján létrejött genyes vesefolyamat azonban lehet egyoldali is, s három ilyen esetet észleltek embernél.

Állatkisérleteik ezen észletet beigazolták, mert ha subcutan vagy intravenosusan fecskendezték be a mérget vagy toxint valamely állatba, mindig kétoldali s egyenlő intensitású vesefolyamat jött létre, míg bakteriumoknak intravenosus befecskendezésénél két esetben csak egyikoldali vesetályogokat láttak kifejlődni Épen igy tudjuk például a Koch-féle bacillusról, hogy midőn annak toxinjai hatnak, mindig kétoldali vesegyuladás keletkezik; mikor azonban maguk a bacillusok telepednek le, azok igen sokszor csak egyikoldali vesében észlelhetők.

Ők ezen tényt úgy magyarázzák, hogy mivel a mérgek és toxinok a vérben oldott állapotban vannak, egyformán érik a két vese elemeit, addig a mikrobák csak akkor hoznak létre elváltozásokat, ha egy helyen elegendő számban vannak jelen ahhoz, hogy egy kis véredényt embolizáljanak, s itt a folyamatot megindítsák. Ebből érthető, hogy mikrobák kisebb-nagyobb — épen jelenlevő tömege szerint, csak egyik vesében jöhet létre haematogen infectio, míg a toxinok, vagy mérgek haematogen uton mindig kétoldali vesefolyamatot hoznak létre. Megállapították továbbá azt is, hogy egyik vese megbetegedése következtében, főleg ha az fájdalmakkal jár, a másik vese is szenved, hiszen ismeretes, hogy egyik oldali vese kólikánál a másik vese alig vagy semmi vizeletet sem választ el. Ugyanez észlelhető egyikoldali vesecontusionál, midőn ennek következtében a másik vese működése is egy pár napig jelentékenyen alászáll. Egyoldali hydronephrosisnál a másik vese kiválasztása is jelentékenyen szenved, ugyanígy egyoldali veseráknál vagy egyik oldali pyonephrosisnál.

Igen érdekesek *Albarran* kisérletei, ki állatnál az egyik uretert lekötve belé coli vagy strepto- vagy staphylococcus-culturákat fecskendezett. Ilyen módon ezen oldalon typikus pyelonephritis jött létre, a másik oldalon pedig azt tapasztalta, hogy

az első napon a vesében erős vérbőség keletkezett kis vérömlenyekkel s vesehámelváltozásokkal; ha pedig az állat öt napig élt, akkor cortikális tályogokat látott fellépni az ép vesében a nélkül, hogy a szervezetben valahol más helyen is képződtek volna tályogok.

Nagyon érdekesek az aseptikus elváltozások is, mely az egyik oldali vesecsőtér vagy ureter, vagy vesekocsány lekötése után állott elő. Ilyenkor az állatoknál erős albuminuria, esetleg uraemiás tünetek léptek fel s boncolásnál mindkét vesében találtak elváltozásokat.

Érdekes továbbá Albarran észlelete a veseráknál, ő azt tapasztalta, hogy a tumoros vesében a tumortól távol eső parenchymában kiterjedt diffus nephritis volt s egy esetében, hol a beteg négy nappal a nephrectomia után meghalt, a másik vesében hasonló diffus nephritises elváltozást talált, mint a tumoros vese nem rákos részleteiben.

Kétségtelen tehát ezekből, hogy egyik vese megbetegedése a másik vesében is elváltozást okozhat, melyek nemcsak functionálisak, de valóságos szöveti elváltozások.

Ezt meg lehet magyarázni azon tényből, hogy egyik vese megbetegedésénél a tönkrement veseelemek specifikus káros hatást gyakorolhatnak a másik vesére, mint ezt *Ascoli* és *Figari* kisérletei is bizonyítják, kik következő kisérleteket végeztek:

I. Nyulaknál 2—8 gm. frissen, aseptikusan kiirtott kutyaveseemulsiót fecskendeztek be subcutan. Megismételték a befecskendezést 1—4-szer 4—8 napi időközökben; erre súlyos helybeli és általános tünetek léptek fel.

II. Egyoldali ureterlekötést végeztek nyulaknál.

III. Nyulaknál egyoldali nephrectomiát végeztek.

IV. Kutyáknál ugyanezt tették. Ezen állatoktól nyert serumot (mely *nephrolysint* tartalmaz), subcutan befecskendezték (3 cm^3 pro kilo) s erre hatalmas albuminuria lépett fel, mely soká ($2^1/_2$ hó) tartott. Egyszerű vesekiirtás, vagy ureterlekötés után is léptek fel nephrolysinek, melyek más vesére ártalmasak. De van antinephrolysin is, mit nyerünk oly állatoktól, melyeket előbb melegítés által inactivvá tett nephrolysines savóval kezeltünk. Ilyen inactiv savóval kezett állatoknál a nephrolysin hatástalan.

Carotis-vérnyomást is mértek, s látták, hogy a nephrolysines savó befecskendése után hatalmas keringési zavarok (a vérnyomás leszállása) állnak elő. A nephrolysin a központi ideg rendszerre is nagyon mérgező, ha a durazsákba lesz befecskendezve.

Castaigne és Rathery ezen igen érdekes dolgozatukból azt következtetik, hogy az egyoldali nephritisek csak kivételesen fordulhatnak elő; előfordulhatnak mint ascendáló nephritisek, igen ritkán jő létre haematogen úton genyes nephritis s sohasem észleltek egyoldali acut vagy subacut nephritist, melyet mérgek vagy toxinok okoztak volna.

Asakura decapsulatiót végezett egészséges nyulakon és kutyákon s olyanoknál, melyeknek veséit bakteriumoknak bőr alá fecskendezésével inficiálta Azt tapasztalta, hogy a decapsulatiót az állatok jól tűrik s az általános állapot csak alig volt zavarva. Mindenik esetben rövid idő alatt új tok képződött, mely jól el volt látva edényekkel, s a mely részben a capsula adiposa finom kötőszöveti kötegeiből jött létre, a hol pedig a zsíros tok hiányzott, ott — szerinte — a fascia renalis lépett a capsula propria helyébe. A veseszövetben csak igen csekély elváltozást talált, kis vérzéseket, hyperaemiás részleteket, melyek egy idő mulva teljesen eltüntek. Asakura tehát azon véleményét fejezi ki, hogy egészséges vesék a decapsulatiót jól eltürik, minden rossz utókövetkezmény nélkül.

Hasonló eredményre jutott azon állatoknál, hol staphylococcusok bőr alá fecskendésével vesetúlyogokat hozott létre. Ezen állatok is jól eltürték a decapsulatiot, de ő semmiféle gyógyulást vagy javulást nem vett észre, mert úgy a kisérleti, mint controll állatok 4—5 nap alatt elpusztultak.

Stursberg kisérleteket végzett nyulakon és kutyákon annak kiderítése végett, hogy jönnek-e létre decapsulatio után új edényösszeköttetések a vesefelület és környezet között, ezért az Edebohls által leirt módon végezte a mütétet, de azt tapasztalta, hogy a zsíros toktól a capsula propriát különválasztani az utóbbinak vékonysága miatt nem tudta, mikor pedig az összes veseburkokat eltávolította, csak igen jelentéktelen összenövések jöttek létre a vesefelület és környezete közt. Stursberg tehát úgy járt el, hogy a vese dorsalis oldalának közepén a capsulát az egyik polustól a másikig felhasította s a mediális részt a hilusig lehúzva kimetszette, a laterális részt a vese mellső felületéig beválasztva a sebszélekhez varrta. Az ilyen módon oporált állatoknál bő véredényképződést látott, olyanokat, melyek a veséhez, s olyanokat is, melyek a vesétől elvezetnek. Hogy az edényeket jóláthassa, az állatokat közvetlenül leöletésük után kék gelatin massával injiciálta, miáltal finom ágak is láthatóva váltak. Eredményei az Edebohls-féle mütét előnyei mellett szólnak.

Chronikus veselobot állatoknál nem volt képes előidézni, hogy a mütét eredményét itt is megpróbálja.

Olyan állatoknál is végzett decapsulatiót, melyeknél chromsav-befecskendésekkel veselobot idézett elő, de ezen veselob az összenövések és véredények létrejövetelére semmiféle befolyással nem volt.

Johnson kutyáknál decapulatiót csinált; az állatokat egy idő mulva leölte s a veséket górcsövileg megvizsgálta. Kiderült, hogy a vesetoknak normális viszonyok között is jelenlevő két rétege közül a decapsulationál mindig csak a külső lett eltávolítva, míg a belső a vesén rajta marad. Ezen a belső részen azután egy fibrinosus exsudatum képződött, mely lassanként organizálódott, s a belső tokkal összeforrt. A vese körül képződtek ugyan összenövések, de új véredényösszeköttetéseket egyszer sem látott.

Blake 5 betegnél vegzett decapsulatiot, még pedig mindkét vesénél egy ülésben. Az Edebohls által leirt módon operált betegeinél a vizeletmennyiség a mütét utáni 24 órában megkevesedett, de később lassanként a mütét előttinél is nagyobb mennyiségre emelkedett. Egy betegénél az oedemák egészen eltüntek, de csak kettő javult annyira, hogy megint dolgozhatott, kiknél a vizeletben ekkor, habár kevesebb mennyiségben, de megvolt a fehérje. Kettő a mütét után egy hónappal meghalt.

Patel és *Cavaillon* egy 44 éves betegről írnak, kinek egyoldali chronikus nephritise volt, s kinél súlyos fájdalmas tünetek jelentkeztek. A vizeletben fehérje volt, s ők veseköre vagy nephritisre gondoltak. Mütétnél kiderült, hogy a perirenális zsírszövet fibrosusan volt *elfajulva* a fibrosus tok meg volt vastagodva s a zsíros tokkal össze volt nőve. A mütét nephrolysisből és a tok lehúzásából és eltávolításából állott, mire a vizeletből a fehérje eltünt s a *fájdalmak* is megszüntek, hogy azonban ezen javulás meddig tartott, arról nincs említés téve. Ők a nephritis operativ kezelését indikáltnak tartják s a mütét végrehajtására azon időpontot ajánlják, midőn a nephritisben egy kedvező stadium állott be, t. i. mikor egy uraemiás állapot megszünt, de a fehérjevizelés megvan.

Boncz-Osmolovszky házinyulaknál a decapsulatio után következő elváltozásokat a vese szövetében vette vizsgálat alá górcsövileg s azt tapasztalta, hogy a mütét után 3 nappal a vesén maradt tok részletben a sejtmagvak száma sokszorosan megszaporodott, sőt olyan helyeket is látott, hol direct sejtoszlásra lehetett következtetni. A veseszövetben ekkor még semmiféle elváltozást nem látott. Hat nappal a decapsulatio után a vesén maradt tokrészletben a kötőszöveti sejtek erős burjánzását látta; a megmaradt tok ezen kötőszöveti sejtjei a húgycsatornácskák körül is el kezdenek burjánzani. Ekkor már a felületesen fekvő húgycsatornácskákban helyenként az epithel protoplasmájának kis, eosinnal festődő szemcsékre való szétesését látta. Mikroskoposan a lehámozott vese felületén egy finom, átlátszó fehéres, heges hártya látható. 12 nappal a tok eltávolítása után, a vese felületén erős kötőszövetfejlődés észlelhető, mely nem nyomul be nagyon mélyre; a felületesen fekvő húgycsatornácskák és Malphigi-féle glomerulusok a vese felületéről benyomuló kötőszöveti elemek által mechanikusan összenyomatnak. A húgycsatornácskák hámja s a glomerulusok jelentékenyen megváltoztak. A vese szövete tehát a vese felületén nagy fokban alterálva van. Szerző új véredények keletkezését sem tudta kimutatni s ezek után kérdés, jogosult e veselobnál a decapsulatio, mint gyógyító heavatkozás.

Igen érdekes azon vita, mely Edebohls és Rovsing között folyt le, s mely Maragliano azon megjegyzéséből keletkezett, hogy

az Ebedohls-féle decapsulatio s a Rovsing-féle nephrolysis között elvileg különbség nincsen.

Edebohls felhozza azt, hogy Rovsing az általa leírt nephrolysisnél, mely a vesének a lobos összenövésekből való kiszabadításában áll, a capsula propria és a zsíros tok közti összenövéseket választja szét, a nélkül, hogy a capsula propria és a vese közti összeköttetés megzavartatnék. Edebohls tehát azt hozza fel, hogy a mint Rovsing közleményéből kiderül, ő 17 eset közül 7 esetben akaratlanul is teljes vagy részleges vesedecapsulatiót csinált, a minthogy a vesedecapsulatio nephrolysis nélkül nem is hajtható végre, mert a decapsulationál is mindig le kell választani a zsíros tokot a capsula propriáról.

Edebohls kifogásolja továbbá azt, hogy Rovsing a nephritis chronica kifejezést olyan mikroskopos veseleletre alapítja, mely szerinte helytelen, s a mely elváltozások, pl. helyi congestiók, véres beszűrődések, vérkiömlések a műtéti trauma következményei, s a melyeket neki is volt alkalma gyakran látni. A mi a vesekörüli összenövéseket illeti, azokat Edebohls csak gennyedő folyamatoknál vagy secundaer nephrectomiánál látta negyobb fokban kifejlödni; különben a chronikus perinephritis ritkán ér el olyan fokot, hogy általa a vese összenyomatásáról szó lehetne.

A nephrolysis czélja tehát az, hogy a vesét a perinephritises összenövésekből kiszabadítsa, de ezen műtétnél a capsula propria elvileg érintetlen marad, addig a nephrokapsektomia czélja az, hogy új véredények jöhessenek létre a vese és környezete között; míg a nephrokapsectomiát már igen sok esetben végezték mások is, addig a Rovsing-féle nephrolysist eddig csak ő végezte s így eredményei még nem egészen bizonyítók.

Rovsing válaszol erre, s azzal kezdi, hogy Edebohls teljesen helytelenül magyarázta az ő nephrolysisét, mert a nephrolysisnél a vesét részben vagy egészben meg kell szabadítani úgy a zsíros toktól, mint a capsula propriától az által, hogy azokat az egyik polustól a másikig behasítja, de megkiméli s maga Edebohls is ezt tette az első 18 esete közül 16-nál. Csak később javasolta Edebohls, hogy a decapsulationál a capsula propriát elvileg mindig ki kell irtani, s épen ezt tartja Rovsing helytelennek, mert ilyenkor rövid idő alatt új tok képződik, mely zsugorodásra hajlamos s a vesét összenyomja.

Rovsing a capsula propriát a mennyire lehet, kiméli, ellenben a perirenális zsírt és kötőszövetet kiirtja, a mennyire csak lehet. De a Rovsing indicatioi is mások, mint az Edebohlsé. Rovsing akkor végzi a nephrolysist, ha a vese megnövekedése, haematoma vagy cysta képződése által a capsula propria erősen megfeszül, vagy, ha a fibrosusan zsugorodott capsula propria és zsíros tok a vesét összenyomják. Ilyenféle összenyomása a vesének létrejöhet infectiosus nephritisecknél, nephrolithiasisnál, s az ő általa leírt húgysavas diatesis által okozott interstitiális nephritiseknél és perinephritisnél és mindig erős fájdalmakkal, esetleg véres vizeléssel jár. A műtét szerinte tehát főleg nephritis dolorosánál van szigorúan indikalva, míg a tulajdonképeni belgyógyászi nephritiseknél ő a műtétet helytelennek s ártalmasnak tartja. Ezzel szemben Edebohls mindenféle idült morbus Brightiinél a decapsulatiót ajánlja mindkét vesén.

Rátér azután az Edebohls eseteire, melyek szerinte nagyon felületesen lettek kórismézve és észlelve, úgy hogy bizonyító erővel egyáltalán nem birnak, s ezért ő a morbus Bright-iik operatiojáról mindenkit lebeszél. Másképen áll a dolog az egyoldali vagy részleges nephritiseknél, vagy az infectiós, traumás vagy húgysavas diathesiseken alapuló perinephritiseknél, hol egy műtéti beavatkozás minden esetben sokat segíthet. Ezen eseteket azonban csak ureterkatheter által külön felfogott vizeletek pontos górcsövi és bakterologiai vizsgálata útján lehet felismerni és gyógyítani.

A német sebésztársaság 1904. évi congressusán is elöhozták ezen kérdéseket.

Stern-nek alkalma volt két beteget boncolni, kiknél 2—2½ hó előtt baloldali vesedecapsulatiót végzett. Mindkét esetben az operált vesét erős, rostos kötőszövet vette körül. Sorozatos metszeteken látta, hogy a capsula edényei a vese szövetébe be nem hatolnak s az eredeti kórfolyamat (interstitiális nephritis) az operált vesén jobban ki volt fejlödve, mint a nem operálton.

Ezért ő a műtétet ilyen folyamatoknál nem tartja indikáltnak.

Bakes az Edebohls-féle eljárást nem tartja kielégítőnek arra, hogy új edények képződhessenek s ezért két új módszert ajánl: egyik az, hogy a decapsulált vesét a peritoneális ürből előhúzott csepleszbe teljesen beburkolja, a másik abban áll, hogy a decapsulált vesét a hasürbe helyezi el. Ezen eljárások által a vesét erősen véredénydús szervekkel hozza szoros összefüggésbe s ez által reméli, hogy a veseparenchym új edényekkel láttatik el.

Zondek a meglevő capsuláris edényeket a vese óvókészülékének tekinti s az Edebohls-féle műtét megfosztja a vesét, még pedig a beteg vesét ezen erektől s ezért ő határozottan a műtét ellen van.

Rosenstein hat esetről tesz említést, kiket Izrael operált. Észlelés alatt tartották eseteiket 5—15 hónapig, de eredményeik nagyon rosszak, mert ezek közül egy meghalt, egy rosszabbodott, kettő változatlanul maradt s kettő annyiban javult, hogy oedemáik s fejfájásuk eltünt, de a fehérje és cylinderek a vizeletben megmaradtak. Szerinte az Edebohls által operált s javult egyoldali Bright-kóros betegeknél nem volt Bright-kór jelen, hanem valami más lobos vesemegbetegedés, mert szerinte egyoldali Bright-kór nem létezik.

A kérdéshez füzött discussioban résztvettek:

Riedel, ki egy fiatal embernél, annak többszörös kérésére, egyik oldalon decapsulatiót végzett, bizonyos javulás utána be is állott, de a másik vesét nem fogja operálni a kérés daczára sem.

Kümmell 100 Bright-kóros betegnél végzett ureterkatheterismust, de mindig csak mindtkétoldali folyamatot tudott megállapítani, egyoldalit egyszer sem. Hét esetben decapsulált, kik közül egy meghalt uraemiában, kettő meghalt 5—6 nappal a műtét után, két beteg két évvel a műtét után, végre kettő annyiban javult, hogy a fehérje 10‰ről leszállott 1—3‰re. Gyógyulást nem észlelt.

Franke két esetről tesz említést, kiknél mindkétoldali decapsulatiót csinált; egyik ezek közül rövid idővel a műtét után meghalt, a másiknál a betegség lefolyása nagyon változó, de jelenleg igen nagy a vizelet fehérjetartalma. Szerinte a műtét nem könnyű s ő azt többé nem hajlandó végezni.

Fergusson már régebben észlelte azt, hogy zsugorvese igen gyakori a fájdalmas vándorvesék közt s tapasztalta, hogy ezek a tok lehúzása s rögzítése után javulnak. Szerinte a tok lehúzása s a vese odavarrása után az elpusztult veseelemek nem egenerálódnak ugyan, de a még functionáló részek nem betegszenek meg, hanem épen maradnak. Heveny nephritiseknél jónak tartja a Harrison eljárását; mivel pedig az eddigi irodalom átnézése után a halálozás decapsulatio után 6%, ajánlja, hogy reménytelen esetekben a műtétet kisértsük meg.

Berg szerint a nephritisek aetiologiájára kell nagyobb súlyt helyezni s így a műtétre való eseteket jobban megválasztani. Továbbá minden esetet jó belgyógyászati kezelés alá kell venni s csak ha az állapot rosszabbodik vagy nem javul, akkor kell műtétre gondolni.

Elliott szerint a sebészeti kezelésből teljesen kizárandó a chronikus nephritis interstitialis s a parenchymatosus nephritisek közül azoknál lehet műtétre gondolni, hol a vesét a tok nyomásától kell megszabadítani, vagy hol vándorvese is van; továbbá anuriánál, renális haematuriánál, nephralgiáknál s talán heveny nephritisnél, melyek hajlamosságot mutatnak arra, hogy chronikus alakba menjenek át.

Suker azt tapasztalta, hogy azon nephritiseseknél, kiknél retinitises albiminurica fejlödött, belgyógyászati kezelés mellett 75% egy éven belül, 85% két éven belül elpusztult; ezért *Suker* mindenkit lebeszél arról, hogy olyan nephritisest operáljon, ki már retinitisben szenved.

Löwenhardt egy esetét közli, kinél ő haemorrhagikus nephritis következtében keletkezett kólikák miatt előbb nephrolysist, majd ureterolysist végzett s a beteg azután meghízott s munkaképes állapotban van.

Ehrhardt hat macskánál decapsulatiót végzett, de új véredények képződését egyszer sem észlelte. A vese körül új tok képződését látta s az a benyomása, mintha a capsula propria egyszerüen regenerálódott volna.

Theleman kutyáknál végzett decapsulatiót s azt találta, hogy a régi tok visszamaradt részleteiből a veseparenchymába benyúló kötőszöveti septumokból s a zsíros tokból 14 nap alatt új tok képződött, de hogy ez véredénydúsabb lett volna, mint a régi tok, azt nem állíthatja. A veseparenchymára a decapsulatio semmiféle kedvezőtlen hatást nem gyakorol.

Witzel egy 60 éves embernél decapsulatiót csinált, kinél súlyos uraemiás állapot volt jelen. Mindkét oldalon nagy fehér vesét talált. Műtét után az uraemiás rohamok többé nem jelentkeztek s a vizelet fehérjetartalma 0·8 ‰-ről 0·23 ‰-re csökkent. Az uraemiás rohamok megszünését a decapsulatio által keletkezett fesztelenítésnek tulajdonítja.

Witzel figyelmezteti a szülészeket arra a szép eredményre, mit Edebohls egy esetben a puerperális eklampsiánál elért. Witzel nemcsak az eklampsia post partum, de az eklampsia ante partum eseteiben is ajánlja a műtétet.

Guiteras, hogy a Bright-kór operativ kezelésének kérdésében nagyszámú adatok alapján véleményt nyilváníthasson, 150 kérdést küldött szét az elsőrangú amerikai sebészekhez, kikhez a következő öt kérdést intézte:

1. A Bright-kóros vesemegbetegedés fogalma.
2. A műtét módja.
3. Érvek ellene és mellette.
4. Tünetek, melyek alapján a műtét végeztetett.
5. Az elért eredmények.

Az első kérdésre a műtők lényegesen különböző válaszokat adtak; többnyire egyes tünetek alapján állapították meg a diagnosist. Különös, hogy igen gyakran volt együtt Bright-kór vándorvesével együtt, midőn a veselob mindkét vesében megvolt s a nephropexia mégis gyógyuláshoz vezetett. A műtét egyik vagy mindkét vesének decapsulatiojában s a vesének a capsulán keresztül vezetett öltésekkel a hasfalhoz való odavarrásában vagy a capsula propria teljes eltávolításában s a vesének a zsíros tokba való visszahelyezésében állott, kisebb-nagyobb módosításokkal. A vérzés mindig igen erös volt, úgy hogy egyszer a vesét el kellett miatta távolítani. A mikroskopos diagnosis élőben mindenütt igen nehéznek mondatik s ajánlják kis veseszövetrész kimetszését.

A műtét eredményét magyarázó elméletek igen sokfélék, de a vérkeringés fokozása s új vérpályák képzése azok, mik kedvező eredményt adnak. Ezen felfogás azonban Guiteras szerint csak azon eljárások eredményét magyarázza, hol teljes decapsulatio történt a vese odavarrásával a hasfalhoz, de azokat nem a hol a vese megint visszahelyeztetik a zsíros tokba, mert Johnson kimutatta, hogy a zsíros tokban igen kevés véredény van s a decapsulatio után újra képződött tokban a renális és perirenális edények között anastomosisokat nem látott. Guiteras szerint ezen tokregeneratio az oka a későbbi haláleseteknek, mert a vese ez által újra nyomás alá kerül s ez által a vérellátása csökken.

Guiteras azon praktikus következtetést vonja le, hogy conservativ belgyógyászati kezelést kell végezni, a míg csak a beteg általános állapota jó, csak ha a betegség rohamosan előrehalad s szívkifáradástól kell félni, akkor kell operálni.

A betegség tünetei közül az összes ismert tüneteket felemlítik s sokan a súlyos uraemiás esetekben is operálnak, melyet a szerző nagyon elitél, mert ezek közül meghalt 50%, egyelőre javult, de később meghalt 25% s csak 25% javult véglegesen.

Legérdekesebb az eredmények összeállítása; legjobb eredményt adták a mozgó vesénél végzett decapsulatio és vesefixatio, hol cylinduria és albuminuria is volt, melyek a műtét után eltüntek. Statistikája 120 esetről (különböző sebészek által operálva) számol be, kik közül gyógyult 16%, javult 40%, nem javult 11% s meghalt 33%. Interstitiális nephritisek eseteiben az eredmények néha kitünők voltak, a mennyiben a vizeletből a a fehérje és vesehámsejtek eltüntek. Interstitiális nephritisnél a halálozás 26%, chronikus parenchymás nephritisnél 25%, diffus nephritisnél pedig 57% volt.

Jaboulay egy 41 éves nő esetét közli, kit egy tíz hónap óta tartó albuminuriától szabadított meg a jobb vese decapsulatioja által; a műtét után a vizelet napi mennyisége 800-ról 1200 grammra szaporodott meg. A jobb vese műtét előtt jól tapintható és nagyon fájdalmas volt, a mi chronikus nephritisnél nem szokott előjönni. A feltünő gyors eredményt Jaboulay nem magyarázhatja edényújképződésből, hanem a sympathicus ideg vasomotorikus ágainak szerepére gondol.

Pousson összegyüjtött operált nephritis-eseteket az irodalomból s azt találta, hogy 37 acut nephritisnél történt eddig műtéti beavatkozás; ezek közül meghalt 16·21%, a többiek meggyógyultak. Az eddig észlelt esetek kivétel nélkül acut infectiosus nephritisek voltak. A műtét egy-, vagy kétoldali nephrotomiából, esetleg az inficiált részek kimetszéséből vagy nephrectomiából, vagy decapsulatioból állott.

Pousson szerint legczélszerübb műtét a nephrotomia. A Bright-kóros betegeknél a sebészeti beavatkozás a heves fájdalmak, súlyos vérzések, vagy uraemiás állapotok ellen irányult. 79 esetet tudott összegyüjteni, melyek közül 10—14 nappal a műtét után 16—21% halállal végződött; de ezek közül csak 11 esetben lehet a halálozást a műtét terhére róni, úgy, hogy a műtéti halálozás 13·92%. Végeredmények a hosszabban észlelt esetekben is csak kisebb-nagyobb javulásban állottak, de tartós javulás egyszer sem következett be. Az Edebohls által említett radikálisan gyógyult eseteket még czélszerü tovább is megfigyelni, mielőtt végleges véleményt alkotnánk. A mi az idült nephritisnél végzendö műtét megválasztását s indicatioját illeti, Pousson azt tartja, hogy a hol renális insufficientia vagy kezdődő uraemia van jelen, csak a nephrotomia segíthet, a vesemedencze rövidebb-hosszabb ideig tartó drainezésével.

Luxardo 15 általa operált és észlelt vándorveséről tesz említést, hol fájdalmak és vérzések voltak. Szerinte ezen tünetek a nephropexia után megszünhetnek. Ő a nephrotomiát ajánlja a Bright-kórnál, főleg uraemiás állapotban. A decapsulatiót főleg heveny nephritiseknél, mint a renális tensiót s ez által a fájdalmakat, vérzést s kiválasztási zavart megszüntető eljárást ajánlja. Czélszerünek tartja a betegeket műtét után további belgyógyászi kezelés alá helyezni.

Igen érdekes az *Edebohls* legutolsó közleménye, hol ö reflectál az eddigi észrevételekre s eljárását böven indokolja. Tapasztalatai után minden Bright-kórt, mint olyat, decapsulatioval gyógyít, illetve mindeniknél ajánl műtétet. Ezen betegség sebészi gyógyitására nincs is más műtét eddig, mint a nephrotomia, mit Pousson végzett, a mi azonban veszélyes és a Rovsing-féle nephrolysis.

A nephrolysis czélja a vesét a perinephritikus összenövésekből kiszabadítani, de ezt Edebohls szerint még Rovsing sem végezte soha, mert 9 eseténél nephrotomiát is csinált és ezek közül 7-nél részleges vagy teljes decapsulatiót is végzett. Ezen kivül Rovsing műtétei csak egy oldalon lettek végezve, pedig a Bright-kórnál mindkét vese beteg és operálandó. Rovsing diagnosisa is tehát kétséges. Guiteras első alkalommal 88 esetet gyüjtött Amerikában, kik 42 amerikai sebész által lettek operálva, neki 72 esete van s tud 50 esetről, melyek közölve nem lettek. Végzett ő decapsulatiót acut nephritisnél, acut pyelonephritisnél miliáris tályogokkal, hydro-pyonephrosisnál, polycystikus degenerationál. Whitacre 8 napos anuriánál eredményt ért el decapsulatio után. A vese bövebb vérellátása miatt *Edebohls*, de Roswell Park is ajánlják a decapsulatiót bármely vesebetegségnél és bármely vesemütétnél is. A lassan, de fokozatosan gyarapodó új véredényösszeköttetések javítják, végre gyógyítják a vesebajt.

Thorel be is bizonyította, hogy a lobos folyamat által tönkrement elválasztó sejtek regenerálódhatnak. Némelyek állítása, hogy renális tensio csökkenése adja a decapsulatio után a jó eredményt, nem áll, mert chronikus nephritisnél nincs tensionövekedés, söt néha a tok laza, mintha a vese volna összehúzódva, de interstitiális nephritisnél a vesére feszülő tok inkább az odanött s zsugoródó kötöszövet által huzatik rá a vesére.

Jaboulay a jó eredményt a mütétnél a véredényekkel a vesébe haladó s megczibált, illetve izgatott sympathikus rostok vasomotorikus hatásának tulajdonítja. Edebohls ezt egyszerüen a mütétnél végbemenő massagenak is véli betudni, mely által fokozott vércirculatio kihat azon ideig, míg az új edényképződés létre nem jött. A decapsulatio után új tok képződését ő is elismeri; neki

is volt két betege, kiket Larkin vizsgált bonczolásnál, kik közül az egyik négy, a másik 15 hó mulva lett vizsgálva. Ezenkivül két betegről tud, kik haláluk után bonczolva lettek, egyik a Jewett-é, másik a Cutler-é. Az új tok 3 hét — 3 hó alatt fejlődik újra, mely egyszer vékonyabb, egyszer vastagabb, de mindig nedv- és véredénydúsabb, mint az eredeti. Johnson San-Franciscoból kimutatta, hogy kutyáknál két réteggel bir a capsula propria, belsővel és külsővel; ő is látott ilyet egy 77 éves embernél, de a franczia és olasz szerzők kutyánál ezt nem említik s ezért Edebohls arra gondol, hogy nincs-e valamely racebeli különbség a kutyák között, mely megmagyarázná az ellentétes eredményeket. Szerinte a kisérleteknél egészséges állatoknál lett decapsulatio végezve s ha gyuladás lett előidézve, az acut volt, pedig épen a chronikusnál kell az eredményt nézni, mert egészséges vesénél, vagy acut lobnál pótló edényekre szükség nincs s ezért nem is képződnek. Franczia és amerikai szerzőknek nehezen, az olasz szerzőknek (Fabris, Ferrarini, Ansilotti) könnyen ment az acut nephritis kutyáknál cantharidin vagy más mérgek után. Johnson, Fabris, Albarran és Bernard (meg is jegyzi Edebohls, hogy ezek nincsenek a dologgal nagyon tisztában nem találtak új edényképződést, de a többiek mind az ellenkezőjét találták. Larkinra hivatkozik, (a kolumbiai kórbonczlani intézettől) ki nagy kiterjedésü edényképződést látott állatoknál a decapsulatio után s túlnyomó számú közlemények szerinte ugyanezt találták egészséges vesénél és acut nephritisnél. Ferrarinitől górcsövi praeparatumot is közöl, hol az új capsula és vesevéredények közötti új direct összeköttetés látható. (Látni lehet itt a rostos kötőszövetből képződött új tokot s a rendkivül bő, finom véredényhálózatot, mely a vesétől a tokba s azon keresztül a hashártya, illetőleg bélfalba s az izomzatba folytatódik.) (Nyúlvesén.) Idült nephritist állatoknál nem lehet csinálni s ezért ép ott ezen dolgok nem lettek tanulmányozva. Gayet és Bassan nyúlnál egyoldali decapsulatiót csináltak, majd leölve, az aorta felől injiciáltak s azt látták, hogy a decapsulált vese körül sok új edény képződött, míg a másik injectiós massa nélkül maradt. Ansilotti azt találta, hogy a decapsulatio sem a vizeletet, sem az általános egészségi állapotot nem befolyásolta. 20 nap alatt új capsula fejlődött, mely 30 nap mulva még edénydúsabb s 150 nap mulva sok összekötő edény van a nélkül, hogy sclerosis volna.

Decapsulatio utáni bonczolások embernél. Az irodalomban *Edebohls* két esetet talált; mindkettőnél emlitve van az új capsula, de kevés véredénynyel; különben ezeknél (Jewett és Cutler) górcsövi vizsgálat nem volt. Neki magának két esete van, melyeket Larkin vizsgált sorozatos metszetek által, a hol ő képes volt megállapitani a bőven képződött új edényeket s a direct összeköttetést az új capsula és vese körüli szövet között, másrészt a capsuláris edényeknek direct behatolását a vese állományába. Szerinte ez a két eset az, hol pontos vizsgálat történt s ezek positiv bizonyitékot képeznek az ellenkező véleményen levők ellen. Larkin még egy esetet is fog közzéteni, hol az illető műtét után 15 hó mulva lett bonczolva. Megjelenendő czikkéből közöl is egy górcsövi képet, melyen látható a vastag rostos kötőszövetből álló új tok, hol véredényátmetszetek vannak, a kötőszövet tölcsérszerüleg bemegy a vesébe s ott is láthatók tág véredényátmetszetek.

Sokan állitják, hogy az új tok zsugorodik s nyomja a vesét. Bebizonyitva ez nincs. Ansilotti 150 nap mulva sem találta ezt. Három esetet 10 év óta észlel és ezeknél sem talált a vizeletben semmit és jól vannak.

A decapsulatio indicatioja a chronikus nephritisnél. Nem ajánlja a műtétet azoknak, kik előreláthatólag operatio nélkül csak egy hónapig élnek; 3 feltétel mellett ajánlja a műtétet: 1. Chronikus Bright-kór pontos diagnosisa; 2. valamely műtét contraindicatiojának hiánya; 3. a vese-sebészetben jártas sebész jelenléte. Legbiztosabb jele a fenyegető végnek a légszomj, mely acut szivtáguláshoz s szénsavmérgezéshez vezet.

A decapsulatio indikálva van a nephritis chronica összes változatainál. Tapasztalatai szerint a nephritis interstitialisnál vagy parenchymatosánál, vagy diffusánál a decapsulatio egyformán jó eredményeket adott, mert 47 operatiót túlélt esetéből, kik 6 hó — 12 év alatt lettek csinálva, 7 parenchymás nephritis, 17 interstitiális, 19 diffus és 4 jobboldali interstitiális és baloldali diffus nephritis volt.

A 7 parenchymás közül 3 meggyógyult, kettő javult s kettő a javulás útján van. 17 interstitiális közül 11 gyógyult, 3 halad a javulás felé, egy javult s kettő nem javult. 19 diffus közül 6 gyógyult, 8 javulás útján van, 2 javult s 3 nem javult; a 4 combinált közül 1 gyógyult, 2 halad a javulás felé s 1 nem javult. 1904. február 1.-én igy állott a betegeivel. Interstitiális esete több volt, főleg kezdetben s azért itt nagyobb a gyógyulási percent.

A kor, mint a decapsulatio contraindicatioja.

9 esetben 50 és ezen felüli éveseket is operált, kik közül 3 (50, 62, 67 év) egy héten belül meghalt.

Három meghalt később; (50 éves 3 hét mulva, 56 éves 5½ hó mulva, 51 éves 10½ hó mulva). Ezen esetek közül ő csak egyszer indikálta a műtétet, mert 3 orvos volt közülük, kik tudatában az esetleges sikertelenségnek saját felelősségükre követelték a műtétet. A három túlélt közül (a 9-ből) egy 51 éves 20 hó alatt gyógyult, másik 56 éves már majdnem jól van 1½ évvel a mütét után, s a harmadik 63 éves 7 évvel a műtét után elég jól van.

Szív- és véredényváltozások contraindicálják a műtétet.

Utóbbi időben látta, hogy szivhypertrophiák és más elváltozások is teljesen eltüntek a vese gyógyulásával, mik a vese gyógyulásának biztos jelei. Felemlít egy 36 éves orvost, ki 3 évig szenvedett Bright-kórban, s kinél óriási szivhypertrophia s szivdobogások voltak, úgy hogy életbiztositásra nem fogadták el még 2 év előtt, 14 hóval a műtét után szive teljesen normális lett; ekkor újra folyamodott 3 biztositó-intézethez, midőn a vizsgáló orvos kijelentette, hogy a szív normális, s vizeletében nyomokban fehérjét és kevés szemcsés hengert talált 1800 gr. napi mennyiséggel, 1013 fajsúlylyal. Kapott is 5000 dollárig terjedő biztositást. Szerinte szivbajokat gyógyitunk az által, hogy a vesét operáljuk. Fő az, hogy szivtágulásoknál és izomdegeratióknál a compensatio elég-e arra, hogy a narcosist a beteg kibirja, a mennyiben a szivmegnagyobbodás főleg hypertrophia és nem dilatatio s ha a hypertrophia concentrikus, az anaesthetikákat észszerüleg lehet alkalmazni. Ha a dilatatio praedominál a hypertrophia felett, akkor az altatás veszélyes, mert az acut dilatatio veszélye jelen van. Dilatatio jele szerinte az aortabillentyük elégtelensége midőn minden 2—4-ik szivverés mint regurgitáló zörej hallható. Ilyenkor a beteg vége közel van, ha az állapoton gyógyszerek által nem lehet segiteni, s ekkor a műtét nem indikált. *A retinitis albuminurica, mint a decapsulatio ellenjavalata.* Ez szerinte a Bright-kór utolsó nyilvánulása, s itt már kevés kilátás van a javulásra decapsulatio után, mert ez után 67% egy éven belül elpusztult, csak kevesen húzzák ki két évig. 1903-ban 72 operáltja közül 9 nek volt retinitise, s egy éven belől mind meghaltak, s csak kettőnek volt haszna a műtétből. Egy további jelentősége a retinitisnek, hogy a véredényrepedés gyakori agyban, tüdőben, belekben vagy más helyeken. A retinitis kitörése fiataloknál nem absolut contraindicatio, de a pro és contra érvek nagyon meggondolandók. Kevésbbé gyakorlott sebésznél, hol a narcosis tovább tart, több a veszély, mint a mennyi haszon a műtéttől várható. A *decapsulatio technikája.* Fontos némelyek szerint a decapsulált vesét mindig odarögzíteni a hátizomzathoz, mert itt állitólag több edény képződik, mint a vesekörüli zsírban. De Anzilotti kisérletei szerint a zsírban mindig több edény képződött, mint az izomban, hol az új tok vastagabb volt ugyan, de ép az utóbbi az, a mit *nem* kivánunk. Fixálni pedig csak a mozgó vesét kell. A vesét helyéről elvinni, s más helyre tenni ő hibásnak tartja Prima intentiora kell törekedni. Bright-kórosok a genyedést nem jól türik.

A jó eredmények magyarázata a renális decapsulatio után.

Némelyek, kik a műtétben nem hisznek, a műtét utáni 3 heti fekvésnek tulajdonitják a jóra változást (a jó szivműködés, erő visszatérése, a vízkórok, fej-, hátfájás eltünése, emésztési és keringési zavarok eltünése, szivműködés javulása). Pedig ezen már azelőtt hetekig feküdtek ágyban, a nélkül, hogy javulást vettek volna észre. Különösen a vizelet szaporodása fokozódik. Mint egy sebész megjegyezte, úgy kell képzelni a műtét után,

mint ha a vesék levetnék kabátjukat, s ingujjban jobban dolgoznának.

Egyoldali idült nephritis. 1901-ben 19 közül 8 egyoldalit talált az operáltak között. Ezt sokan nem hitték el, azt mondván, hogy a Bright-kór a bántalom *minden szakában* kétoldali megbetegedés. Első közleményében, 1901-ben, sok kezdeti esetet operált, azért több volt az egyoldali; később már 53 közül csak három volt egyoldali, ezek már előrehaladottabb esetek voltak. A kettőt összeadva 53 + 19 = 72 eset, ebből 11 eset egyoldali és 61 kétoldali.

Egy pár általános megjegyzés a decapsulatioról. Ő belátja, hogy egy ilyen nagy sebészi műtét nem az ideális kezelés a Bright-kórnál, de ugyanezt lehet mondani a többi betegségről is, hol operálni kell; ha az orvostudomány egy egyszerűbb és biztosabb eljárást talál, a mit ő remél, akkor a decapsulatio csak történeti emlékkel fog birni, de addig minden orvosnak üdvösnek kell azt tartani. Ő mondhatja, hogy gyakorlott kezekben a nephritis bizonyos időszakában, midőn még complicatiók nincsenek, az eljárás *veszélytelen* és *mindig* eredményhez vezet. 72 esete közül 10 orvos volt, 2 pedig orvosi családból való, pedig ezek maguk is szakértők voltak. Szerinte az eddigi tapasztalatok alapján a decapsulatio útján a gyógyulás bebizonyított tény, csak az eseteket elegendő hosszú ideig kell észlelni. Most még előhaladott eseteket operálnak s ezért a műtét megitélése nehéz, mert nem elég korán operálnak. Most gyüjti össze az összes eddigi operáltjairól az adatokat, s azokat publikálni fogja. Ez el fogja hallgattatni azokat, kik az eddigi közleményeit rövideknek találták ilyen új dolog bevezetéséhez, s be fogja bizonyítani, hogy azon kijelentése, hogy a Bright-kórt decapsulatióval gyógyitani lehet, nem volt elhamarkodott.

Cavaillon és *Trillat* az Edebohls eseteit analyzálják s azon conclusiót vonják le, hogy az eddig gyógyithatlan Bright-kór decapsulatioval gyógyitható, vagy legalább javitható, s hogy a műtét a bántalom első idejében nem veszélyes.

Tuffier kisérletei szerint decapsulatio után erős rostos kötőszövet képződött, mely még véredényszegényebb volt, mint az eredeti tok és a decapsulatio alkalmával is megszakadtak olyan anastomosisok a tok és vese között, melyek újra nem képződtek, s igy a műtét még rosszabb viszonyokat teremtett edényellátás szempontjából, mint azelőtt; a vese felületén a parenchym alteratioját, egy valóságos nephritis sclerosát talált decapsulatio után.

Kisérletei a következők:

A decapsulált vesét a nagy csepleszbe burkolta; ugyanekkor lekötötte a vena renalist, pótolni akarta ezt a véredénydús cseplesz venáival; nyolcz nap alatt a cseplesz jól odanőtt; most az ütőeret szükitette, 12 nap mulva pedig teljesen lekötötte az arteria renalist. Most azon reményben, hogy az újon képzett edények eléggé táplálják a vesét, a másik vesét kiirtotta, de az állatok mindig elpusztultak. Megpróbálta a venát is nem egyszerre, hanem lassanként szükitve lekötni; megpróbálta a vesét behasítva a sebszélek közé elhelyezni a csepleszt, azon czélból, hogy ott intrarenális összenövés jöjjön létre, de, ha egy idő mulva az ütőeret lassanként lekötötte, s a másik vesét kiirtotta, az állat veseelégtelenség következtében mindig elpusztult.

Rouville is, mint Tuffier, decapsulatiót végzett, bevarrta a vesét a nagy csepleszbe s lekötötte a vena renalist; nehány nap mulva szükitette az ütőeret, majd két hét mulva egészen lekötötte azt. Egy hóval később másik oldali nephrectomiát végezett, de az állatok elpusztultak. Ugyanezt úgy is csinálta, hogy teljesen lekötötte a vesevéredénykocsányt, de ezen állatok is elpusztultak a másik oldali vese kiirtása után. Próbálta a vesét bemetszeni s a sebszélek közé behelyezni a csepleszt, de igy sem ért el eredményt.

Romme az Edebohls czikkeit ismerteti s a többi közt egy közleményét emliti, hol Edebohls az újra képződött tokot megint kiirtotta (redecapsulatio). Ezen eszmét Edebohlsnak egy általa operált orvos adta, ki azt irta neki, hogy ha az első műtét után a decapsulatiót követő jó eredmény elmulna, nem haboznék magát egy újabb decapsulationak alávetni. Edebohls ezt helyesnek találta s egy esetben végezte, hol egy nephritis interstitialisban s renális infectioban (coli bakterium s staphylococcus a vizeletben) szenvedő embernél, kinél kétoldali decapsulatiót csinált, a javulás nagyon rövid volt; de betegét csak egy év mulva látta újra, mikor anuriában és uraemiában redecapsulatiót csinált; a beteg 5 óra mulva comában meghalt, de elégtételére legyen mondva Edebohlsnak, vizeletet ürített vagyis az anuria műtét után megszünt.

Le Dentu két betegéről tesz említést, kinél sürgősen nephrotomiát végezett. Egyik beteg két napos anuriával hozatott hozzá 40·5° lázzal s 110 pulsussal. A zavart sensorium mellett, a jobboldal gyenge nyomásra is igen fájdalmas volt, a bal vesetájékon pedig hosszú heg volt látható. Valószinü volt, hogy a beteg jobboldali heveny vesegyuladásban szenved, s a bal vese már előzőleg valamely műtéti beavatkozás tárgyát képezte. A beteg állapota rosszabbodván, a jobb vesén nephrotomiát végezett, szélesen bemetszve a vesét legnagyobb domborulatán a vesemedenczéig s két vastag draincsövet helyezett bele. Másnapra a beteg hőmérséke leszállott 38 fokra, a kötés vizelettel erősen át volt áztatva s állapota javult. Ezen javulás azonban nem soká tartott, mert 60 órával a műtét után a beteg elpusztult. A boncolás kimutatta, hogy a bal vese hiányzott s a jobb vesén a heveny parenchymás veselob tünetei voltak láthatók. A műtét czélja az volt, hogy a veseszövet hirtelen decongestionáltassék s ez által a diuresis meginduljon.

Egy másik esetében egy 35 éves férfiról volt szó, ki jobb vesetájékán két izben erős contusiót szenvedett el. Két hét óta kólikaszerü vesetáji fájdalmakról panaszkodott, melyek néha igen erősek voltak. A jobb vesét, mely mozgó volt, tapintani lehetett, de a bal vese kitapintható nem volt. Vizelet teljesen normális. A jobb vesét feltárva, kitünt, hogy annak színe kékesfekete, tokja erősen feszes. Bemetszve a vesemedenczéig, ott semmi kórosat nem talált. A tokot lehúzva s a vesét bevarrva, a műtétet befejezte. A fájdalmak már másnapra eltüntek s a beteg meggyógyult.

Majd a chronikus veselobokra térve át, megemlíti, hogy végezték a vesén e miatt a már ismert vesemütéteket s egy új műtétet, a teljes decapsulatiót. Felemlíti, hogy ő már 1880-ban végezte két esetben a tok meghasítását, illetve felületes nephrotomiát, vesefájdalmak miatt, mindkét esetben jó eredménynyel. Czélja már akkor a decompressio volt. Hat évvel később Tiffany csinált hasonló műtétet s 16 évvel később 1896 ban Harrison végezett renipuncturát a tensio növekedése miatt heveny veseloboknál.

Le Dentu szerint az Edebohls eredményei bizonyítók; az, hogy mely úton jön létre az eredmény, mellékes, vajjon a circulatio javítása vagy az idegrendszer befolyásolása útján, de végleges véleményt ezen kérdésben még mondani nem lehet.

Ceccherelli a decapsulatiót nephropexiánál igen hasznos műtétnek tartja, mert ez által a vese jó erős összenövésekkel odanő s szerinte az összenövésekben keletkező véredények a vese bizonyos kóros állapotainál kedvező befolyást gyakorolhatnak.

A bécsi orvosegylet ez év (1905.) januári ülésén *Zuckerkandel* egy 17 éves betegét mutatta be, kinél gyakran vérvizelések voltak, mely legutoljára is 8 hét óta tartott s semmiféle gyógykezeléssel nem volt csillapitható. A vér a bal veséből jött, de ezen vese functionális vizsgálata azt mutatta, hogy a vese normalisan működik. Decapsulatiót végezett s erre a vérzés véglegesen megszünt. Egy kimetszett veserészlet szövettani vizsgálata kimutatta, hogy glomerulonephritis haemorrhagica volt jelen.

Zuckerkandl még 3 másik esetben is észlelte a decapsulatio haemostatikus hatását.

Hozzászólva az esethez *Kapsammer* megjegyzi, hogy ő is észlelt három vesevérzést, hol a nephrotomiának semmi eredménye nem volt, s nephrectomiát kellett csinálni. A vese szövettani vizsgálata kimutatta, hogy mindig parenchymás elváltozások voltak jelen.

Paltauf egy olyan vesében is talált vérzésre valló jeleket, hol a górcsővel semmi nephritises elváltozást látni nem lehetett.

A Virchow-Archiv mult évben megjelent egyik számában *Herxheimer* és *Hall* közlik kisérleteiket. Chromsókkal nephritiseket idéztek elő, s azután decapsulatiót végeztek. Uj tok képződését észlelték, de csak kevés véredény képződött, s azoknak a vesébe való behatolását sehol, sorozatos metszeteken sem látták. Alkalmuk volt két emberi vesét is sectionál vizsgálni. Az egyik vesekő miatt 16 nap előtt bemetszett vese volt, hol a vese felületén

sarjszövet s csak kevés kötőszövet volt; a másik egy két év előtt operált vándorvese volt, melynek hátsó felülete jól oda volt nőve a hasfalhoz, s új tok képződött, mely vastagabb és tömöttebb volt mint a régi, de a tok nagyon véredényszegény volt. Közvetlen alatta a vese septumai meg voltak vastagodva s a kéregben helyenként gömbsejtes beszűrődés volt. A vese tehát kis mértékben bántalmazva volt. *Zaajer* a „Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie“ legutolsó mult évi számában kisérleteiről számol be, melyek által a régi és decapsulatio után keletkező új capsula propria véredényeinek functionális értékéről akart meggyőződni. E czélból lekötötte nyulaknál az arteria renalist s azt látta, hogy infarctus keletkezett a vesében, a vese nekrotikus lett, de a peripherián egy keskeny réteg maradt meg, mely nem vagy legalább kisebb mértékben lett nekrotikus. Ennek oka szerinte a véredényösszeköttetésekben rejlik, melyek a capsula fibrosa s parenchyma között vannak. Azután decapsulatiót végezett s lekötötte az arteriát azon műtéttel egyidejűleg vagy később, akkor azt látta, hogy a peripherián nem maradt meg ép réteg csak a hilus körül s egyes szigetekben, hol a vese műtétnél sérült, miből azt következteti, hogy decapsulatio után az újra képzett tokban képződő renocapsularis anastomosisoknak kisebb functionális értékük van, mint az intact tokban levőknek, azonban egyes helyeken, hol a vese sérült, magasabb functionális értékkel birhatnak.

A jelenlegi irodalom bő ismertetését fontosnak tartottam ezen kérdésben, hogy a különböző irányú észleletek által különböző oldalról lássuk ezen sok tekintetben még nem tisztázott kérdéseket megvilágítva.

Ezek után rátérek saját vizsgálataimra, ismertetve kisérleteimet s azon tapasztalatokat, melyeket belőlük levonni lehetett.

Állatkisérletek.

Különböző vegyi anyagokkal, működési zavar létrehozásával, s bakterium-culturák befecskendésével próbáltam meg állatoknál nephritist előidézni, de ez csak acut vagy subacut alakban sikerült, chronikus nephritist létrehozni többféle módot megpróbálva sem tudtam. Ismeretes dolog azonban, hogy kutyáknál chronikus nephritis elég gyakran fordul elő. Hasznos utánjárás után sikerült két chronikus nephritisben szenvedő kutyát találnom Ezek közül az egyiket műtétnél narcosis következtében vesztettem el, a másik operálva lett s tíz nappal a műtét után pusztult el. Azután állatoknál kölönböző viszonyok között decapsulatiót végeztem s észleltem az eset klinikai lefolyását, majd az állat leölése után részben injectiós praeparatumokban, részben a nélkül az anatomiai elváltozásokat.

Öt Bright-kóros embernél volt alkalmam továbbá a decapsulatiót s következményeit végigészlelni, kik közül három a műtét után hosszabb-rövidebb idő mulva a műtéttel össze nem függő okok miatt elhalt s ezeknél szines gelatinea-injectiót végezve górcsövi készítményeken, sorozatos metszeteken, az anatomiai elváltozásokat is észlelhettem.

Kisérleteimben 17 állatnál többféle módon kisértettem meg a nephritis létrehozását.

Megpróbáltam cantharidinnek, kalium chromicumnak, kalium álchromicumnak kisebb adagjait hosszabb ideig befecskendezni az bilat bőre alá.

Aufrecht azt állítja ugyanis, hogy neki sikerült cantharidin kis adagjaival pár hó mulva nephritis interstitialist létrehozni. A mint Richter és Róth vizsgálataiból ismeretes, a cantharidin kis adagokban első sorban a vese edényrendszerét támadja meg. Két milligramm cantharidinre másnap sok fehérje van a vizeletben. Górcső alatt glomerulonepritist találunk csekély exsudatummal a capsulában. A húgycsatornák epithelje épen marad. Öt napon át adagolva egy miligramm cantharidint, az állatnál glomerulonephritis, s a húgycsatornák hámjának csekély zavarodása, tehát diffus nephritis fejlődik, de főleg az edényrendszerben.

A chromsavas kalium a húgycsatornák hámját támadja meg kis adagokban, melyben zavaros duzzadást okoz; nagy adagok coagulatiós nekrosist, s a hám ellöködését hozzák létre; a glomerulusok itt kevésbé vannak érintve, de az interstitium többékevésbbé meg van támadva. A cantharidin-nephritistől tehát abban különbözik, hogy főleg a tubuláris rendszerre terjed ki, az albuminuria kevesebb, s a vizeletmennyiség alig csökken.

Adagoltam az állatoknak továbbá plumbum aceticumot, melylyel Charcot és Gombault-nak állítólag sikerült kis adagok mellett chronicus, interstitialis nephritist létrehozni. Nyúlnál a a pb. aceticumot úgy adagoltam, hogy négy liter zabot beáztattam egy liter 1/4%-os pb. aceticum oldatba. A zabot megszűrve az állatok ezt igen szívesen ették. Kutyánál lemért mennyiségű (0·10—0·50) pb. aceticumot öntöttem bele a reggeli ételadagba, mit az állat elfogyasztott.

Az ólom után fehérjevizelés csak akkor jött létre, ha másféle anyagot (cantharidin, chrom) is fecskendeztem be az állat bőre alá. Máskülönben igen kifejezett izomsorvadások s ólomkólikák léptek fel az állatoknál hosszabb adagolás után. Ezen anyagok hatása fokozott volt, ha nephrectomia útján az állat egyik veséjét eltávolítottam, vagy ha változtatva többféle anyagot adtam be egymásután. Érdekes azon albuminuria, mely fellép az Ascoli által leirt nephrolysin után.

Ascoli kisérleteit, melyeket fennebb leirtam, a következő módon végeztem: Nyúlnál egyoldali nephrectomiát végeztem s ezen nyúlnak vérsavójából, mely Ascoli szerint *nephrolysin*-tartalmú, befecskendeztem egy másik nyúl bőre alá. Sikerült is ilyen módon hét nap alatt naponként 1/2—8 gm.-nyi savó befecskendésével az állatnál albuminuriát előidézni, mely azonban, a mint az adagot csökkentettem, lassanként minimálisra lefogyott, az állat e mellett jól nézett ki.

Azután nyúlnál egyoldali nephrectomiát végeztem. A sterilen kivett vesét steril edényben apró darabokra vagdaltam s mullba belekötve s egy edényben steril vízzel leöntve, összesajtoltam. Az ilyen módon nyert nyúlveseemulsiót, mely Ascoli szerint nephrolysint tartalmaz, más állatnak, vagyis kutyának bőre alá fecskendeztem, 1—2 gm.-nyit egyszerre, 3—4 naponként. Az állatnál hatszor megismételt injectio daczára sem lépett fel albuminuria. Ekkor két ízben három napi időközben 0·03 kalium chromicumot adtam bőr alá; három hét mulva, miután a vizelet normális volt megint adtam az állatnak nyúlveseemulsiót a bőr alá, de most egy nyúlnak mindkét veséjét felhasználtam az emulsio készítéséhez, vagyis ezen emulsio concentráltabb volt. Négyszeri háromnaponkint megismételt befecskendésre fellépett az állatnál csekély albuminuria, mely pár nap alatt megszünt. A nyúlveséből készült emulsionak tehát a kutyánál igen csekély hatása van. Csináltam azután a fennebb leírt módon kutyavese emulsiót egy frissen kivett kutyaveséből s ezt fecskendeztem be a nyúl bőre alá. 3—4-szer megismételve az injectiokat s befecskendezve 2—8 grammnyi emulsiót egyszerre, mindig sikerült fehérjevizelést létrehozni, mely egy esetben három hónapig tartott a nélkül, hogy az állatnak további injectiokat adtam volna; azt hittem, hogy sikerül ilyen módon idült nephritist létrehoznom, azonban, mint a bonczolásnál kiderült, degeneratio volt jelen, melyek az emberi tulajdonképeni nephritisek előstadiumát képezik, mert az interstitiumban sehol gömbsejtes meggyülést vagy más lobterméket nem láttam, tehát a Weigert-féle felfogás értelmében nem nephritis, hanem vesebeli degeneratio volt jelen. Egy esetben megkisérlettem az állat veséjét műtéttel feltárni, s a vese parenchymájába 0·03 kalium chromicumot fecskendeztem be. Pár napi fehérjevizelés után az állat felgyógyult.

Általában állatoknál a nephritis mesterséges létrehozásánál azt tapasztaltam, hogy kis adagok hosszabb ideig is vagy hatástalanok voltak vagy ha a hatás beállott, az acut vagy subacut megbetegedés formájában lépett fel, melyet ha fokoztam, az állat elpusztult, ha pedig az injectiokat abbahagytam, az állat felgyógyult, de chronikus elváltozás nem állott be.

Decapsulatiót másféle igen különböző műtéti beavatkozással egyetemben 24 állatnál végeztem.

Ezen esetekben, hol a legkülönbözőbb műtéti beavatkozás történt, annak menete a következő volt: Az állatot műtőasztalra téve, hason fekve helyeztem el. A szőröket mindkét vese tájékán nagy darabon egész rövidre lenyirva s leborotválva, az operálandó részt szappanos vízzel többször lemostuk, majd sublimatos vattával bedörzsöltük. Az állatot aetherrel narcotizáltam, melyet azok igen jól türtek. Narcosis hamar beállott, s ezen állapotban az állat elég egyenletesen meg volt tartható.

Ritkán volt szükség erősebb állatnál morphin-injectiora, midőn annyi cgm. morphint adtam az állatnak bőr alá, a hány kiló súlyú volt az. Ritkán alkalmaztam a morphiumot, mert utána csakhamar beálló hányás és hányingerek a műtét közben zavarólag hatottak közre. Chloroformot, melyet a kutyák rosszul tűrtek, egyszer sem használtunk a narcotizálásnál. Ellenben akkor, mikor az állatot leölni akartuk, mély chloroformbódulatot hoztunk létre, s folytattuk az adagolást addig, míg az állat elpusztult.

A veséhez a musculus erector trunci laterális szélén hatoltam be, egy vele párhuzamos metszéssel, mely az utolsó (12.) borda alsó szélén kezdődött s jött lefelé 8—12 cm. hosszúságban. Ha az izomrések között tompán a fascia transversáig behatoltam, azt kissé bemetszve a sebbe helyezett két ujjammal a sebet tompán kitágítottam miáltal aránylag gyorsan, s igen csekély vérzés árán juthattam be a veséhez. A vese zsíros tokját tompán lehúzva a veséről, rendszerint sikerült a vesét a seb mélyéről a felületre kiluxálni, úgy hogy egész felülete áttekinthető volt. Most a vese legnagyobb domborúságán a saját tokot egy kis helyen késsel bemetszettem, miközben — a tok nagyon vékony lévén — a vese állománya is kissé megkarczolódott, s ezért a tok többi részét tompa eszközzel szakítottam meg úgy, hogy a késsel kissé behasított tok alá egy bonczi csipő egyik szárát alá dugtam s azzal sikerült egyik vagy másik vesepolus felé a tokot tompán lesimítani. A felhasított tok ventrális és dorsális szélét ércsipőbe fogva azokat jobbra és balra egészen a hilusig lehúztam s kimetszettem, vagy pedig — mivel a ventrális tokrész kimetszésekor a legnagyobb vigyázat mellett is a peritoneum sokszor beszakadt, ezen ventrális tokrészt a hilusnál összegyürtem és ott hagytam és a dorsális részt pedig kimetszettem. E közben rendesen csekély vérzés indult meg a vese felületéről az átszakított apró capsuláris edényből, de ez a vese visszahelyezése után csakhamar megszünt, úgy hogy semmit ez ellen tenni nem kellett. Azon esetekben is, hol még másféle műtétet végeztem a vesén, ezen úton hatoltam be a veséhez; legfeljebb a bőrmetszést hosszabbítottam meg befelé, hogy a seb mélyébe tágabb betekintést nyerjek. A műtét befejezése után az izomsebet csomós selyemvarratokkal, a bőrsebet szücsselyemvarratokkal zártam el. A bevarrt sebet pedig collodiumba jól beáztatott vékony vattaréteggel borítottam be.

Közönséges decapsulatiót mindkét oldalon 17 állatnál végeztem, melyek közül egyesek teljesen egészségesek voltak, egy pedig chronikus nephritisben szenvedett. A többi esetben mesterséges úton igyekeztem nagyon sokféle módon veseszövetbeli elváltozást hozni létre műtét előtt, alatt vagy után, s a műtétnek ezen különböző körülmények között való hatását észlelni. A második esetben nyúlnál jobboldali decapsulatiót végezve, a műtét utáni naptól kezdve pb. acet-ba áztatott zabot ettem az állattal, s mivel két hét alatt fehérjevizelés nem állott be, egyszer 0·001 cantharidint adtam bőr alá, mire fehérjevizelés lépett fel; az állat 83 nap alatt elpusztult. Sectionál az operált vesét újonképzett rostos tokkal borítva s a hátizomhoz erős rostos kötőszövettel odatapasztva találtam, melyben itt-ott nagyobb s a vese felé húzódó véredényeket láttam. Czélom az volt, hogy nézzem az új tok és összenövések, főleg pedig a véredények keletkezését, a vese állandó izgatása s vérbősége mellett.

A harmadik esetben idült nephritisben szenvedő kutyával volt dolgunk, mert a vizeletben sok fehérjét s az üledékben szemcsés cylindereket találtunk. Ezen állatnál a jobb oldalon decapsulatiót végeztem, midőn kitünt, hogy a vese felülete dudoros, állománya tömött s a tok helyenként szürkés-fehéresen elszínesedett s foltokban megvastagodott volt. Műtét után az állat 10 nap mulva elpusztult. A sectionál láttam, hogy a decapsulált tok helyett új tok képződött, mely körülbelől olyan vastag lehetett, mint a régi tok. A vese környezetével összenőve sehol sem volt. A műtét utáni idő igen rövid volt ahhoz, hogy valami változást észlelhettem volna. Górcsövi vizsgálat azt mutatta, hogy az állatnál nephritis diffusa chronica cystica ad stadium III. vergens volt.

A 4. esetben jobboldali decapsulatiót végeztem egészséges vesén s az állatot három hét mulva leölve, mindkét vesét az ütőér felől carmin-gelatinnal injicáltuk. A praeparatumokról láttuk, hogy az operált vese a normálisnál 4—5-szörte vastagabb; újonképzett rostos kötőszöveti tokkal van borítva, melyben helyenként egy-egy vékony injiciált véredény haladt el. Egy helyen láttam ugyan a tok és vese között levő véredényösszeköttetést, de ezen véredény a *veséből* jött kifelé, s a tokban és környékében ágazott el finom ágakkal; a tokból illetőleg a környezetből a veseparenchymába haladó véredényt egyet sem láttam. Azon helyen, hol a vese a hátizomzathoz oda volt növe, az újonképzett, az odatapadást létesítő kötőszövet nagyon véredényszegénynek találtatott A nem operált vese vékony tokja mikroskopice nézve sokkal nagyobb injiciált finom véredényhálózatot mutatott, mint az operált vese rostos kötőszöveti tokja.

Az 5. állatnál kétoldali decapsulatiót végeztem; de a baloldali decapsulatio után csak 19 nap mulva végeztem a jobboldalit. Mindkét műtétet az állat jól elviselte. 51 nap mulva újra műtétet végeztem, még pedig a jobb veséről az újonképzett véredényszegény vastag kötőszöveti tokot ismét lehúztam, (redecapsulatio) s a vesét a környező erős összenövésekből kiszabadítottam, miközben a vese felületéhez erősen tapadó tok egyes helyeken a vese állományából is kis darabokat kiszakított. Az ilyen módon decapsulált s szabaddá tett vesét pedig a peritoneum megnyitása után a hasüregbe tettem be (Bakes szerint). A másik vesénél, mely környezetével szintén erősen össze volt növe, a vena renalist lekötöttem. Az állatot 36 nap mulva leölve s a bal arteria renalist lekötve, a vesevéredényeket az aorta felől injiciáltam. A górcsövi 48 sorozatos metszetet átvizsgálva, jobb oldalon láttam, hogy az újonképzett tokban vékony véredények vannak, melyek főleg egy helyen, hol a tok tölcsérszerű nyúlványt bocsát a vesébe, a veseállományba is belemennek; azonban általában vékonyak s csekély számmal vannak jelen. Ezen véredények főleg a vesének hasüreg felé néző részén vannak meg, ellenben az a hátsó rész, hol a vese a hasfalhoz van kissé odatapasztva, itt a környezet s az izomszövet alig van injiciálva. A vese felülete kissé dudoros volt. Egy másik 60 metszetből álló sorozatban már véredényszegényebb tokot találtam.

A bal vesében, melynek ütőere le volt kötve, csak elvétve látható egy-egy injiciált hajszáledény, de egyetlen glomerulus sincs injiciálva s a környezetben is csak egy-egy véredény van. Ezen esetben a jobboldali veseredecapsulatio következményeit akartam látni, mely művelet a veseparenchyma felületes rétegeinek erős sértésével jár; akartam továbbá látni, hogy ha a decapsulált vesét a hasürbe helyezzük, hol a véredénydúsabb hashártyafelületekkel s csepleszszel érintkezik, jönnek-e létre bővebb edényösszeköttetések. Esetemben azonban a vese a hasűrben szabadon feküdt, egy szervhez sem nőtt oda, csak hátul a peritoneum sebéhez, illetve a hasfalhoz. Egyes helyeken azonban mégis láttam, hogy a környezethez futó edények ágakat adnak a vesébe. A bal vesénél az ütőér lekötésének czélja az volt, hogy lássuk, lehet-e a vesét a környezet felől, ha ott edényösszeköttetés csakugyan létrejött, injiciálni. Azonban kiderült, hogy csak egyes vékony ágak injiciálódtak, melyek azonban a glomerulusokhoz vagy kanyarulatos csatornákhoz ágakat nem adtak; s különben is, mint a vese táplálását eszközlő tényezők, nem jöhetnek számba.

A 9. esetben egyik oldali uretert kötöttem le, majd egy hó mulva pb. acet.-ot adtam az állat ételébe, fehérjevizelés azonban csak a cantheridininjectio után lépett fel. A fehérjevizelés hatodik napján a másik vesét decapsuláltam. Műtét után a vizelet fehérjetartalma két napig emelkedett, azután visszament, de még 41 nappal a műtét után is megvolt. A fehérjét tartalmazó vizelet az operált veséből származott — hiszen a másik ureter le volt kötve — s kiválasztott mennyiségére a műtétnek csak átmeneti, de káros következménye volt. Ezen fehérjevizelés később csökkent ugyan, de végig megmaradt s az erősen lesoványodott állatot a decapsulatio után három hónappal leölve, láthattuk, hogy jobboldalt a veseállomány igen megvékonyodott, 3—4 mm. vastag volt, a vesemedencze erősen kitágult, genyes folyadékkal telt volt. A vese gyengén oda volt növe, finom, helyenként injiciált, vékony tokkal volt borítva, melyet a veséről lehúzva, a vese felületén helyenként a még meg nem alvadt massa pontszerű ömlenyek alakjában kifolyt, jeléül annak, hogy a veséből a tokba, vagy fordítva, finom edénykék mentek át, melyek megszakíttattak.

Bal vese is a rendesnél nagyobb, oda volt növe a hasfalhoz, a képződött új tok véredényszegényebb, mint a másik oldali s a

vese felületével annyira össze volt nőve, hogy lehúzása csak a veseállománynak megszakításával sikerült; azon helyen, hol a régi tok kis darabon megvolt, a lehúzás könnyen és simán ment az állomány megszakítása nélkül.

Ezen esetben az egyik oldali ureterlekötéssel s pb. acet. hosszabb idei s cantharidin egyszeri adagolásával sikerült a vesére úgy hatni, hogy hosszabb ideig tartó fehérjevizelés lépett fel, mely a decapsulatio után csak igen csekély mértékben csökkent, de hogy vajjon ezen csökkenés a műtét eredménye volt-e vagy sem, azt megállapítani nem lehetett; a mint a szövettani vizsgálat mutatta, igen mérsékelt fokú, zsíros degeneratio s a veselobok kötőszövetének subacutnak tekinthető kötőszöveti gyuladása volt jelen.

A 10. esetben mindkét oldali decapsulatiót végezve, majd chromkalit bőr alá fecskendezve, az állat a 11. napon elpusztult. Itt láttuk, hogy 11 nap mulva már mindkét vesén vékony új tok képződött, mely róla könnyen a veseállomány megszakítása nélkül levonható volt.

A 11. esetben lekötöttük a vena renalist s ugyanekkor decapsulatiót végeztünk, midőn a megszakadt edénykékből bő venosus vérzés indult meg. Műtét után az állatnak egy ideig véres vizelése volt, melyben fehérjét is találtunk, később a vérzés megszünt, a fehérjevizelés sokáig fennállott, de azután csökkent s $1^1/_2$ hó mulva a műtét után megszünt. Vesevivőér lekötése után a vese erősen vérbő lesz, benne vizenyő s helyenként vérzés jön létre úgy a kötőszövetben, mint a húgycsatornácskákban is. Később a vese a nemesebb elemek, a hám és húgycsatornácskák elpusztulása folytán megkisebbedik s a glomerulusok összébb szoríttatnak, melyhez járul még az is, hogy a nemesebb elemek helyébe kötőszövet lép, mely zsugorodik.

Létrejöhet azonban collaterális keringés is, a venae phraenicae, suprarenales, lumbales, esetleg intercostalesek által s épen ezt akartam ezen esetben tanulmányozni, elősegítve a collaterális keringés kifejlődésének lehetőségét a decapsulatio által.

Az állatot leölve, láttuk, hogy az operált vese erősen megkisebbedett, tömött s környékével erősen össze volt nőve, a górcsövi metszeteken láttuk, hogy az újonképzett tok erősen véredényszegény volt, a véredénydúsabb zsíros tokból a vesébe menő vagy a veséből jövő véredényt látni nem lehetett. A vesében a húgycsatornácskák össze voltak nyomva s nagyrészben tönkretéve, a Bowman-tokok pedig erősen ki voltak tágulva.

A 12. esetben kétoldali decapsulatio, majd chromkali befecskendezése után az állat a hetedik napon elpusztult. Bonczolásnál a veséken egészen finom, újonképzett tokot láttam, mely, noha könnyen le volt vonható, de véredényszegényebb volt, mint a helyenként ottmaradt régi tok.

A 13. esetben chromkali, pl. aceticum s cantharidin adagolásával az állatnál fehérjevizelést idéztünk elő, majd decapsulatiót végeztünk. A műtét után a fehérje mennyisége emelkedett s ezen emelkedés végig megmaradt s az állat elpusztult. Műtét ilyen előrehaladott esetben tehát káros hatással van a vesére, hol tensionövekedés nincsen. Bonczolásnál láttuk, hogy hat nap mulva új tok nem képződött s a vese zavaros volt, helyenként, főleg a kéregben, apró vérömlenyekkel.

A 14. esetben egyik oldali art. renalist kötöttük le s másik oldali decapsulatiót végeztünk. Itt is, mint a 9. és 11. esetekben, hosszabb ideig tartó fehérjevizelést sikerült létrehozni, mely utóbbi időben valamit csökkent, melyről kideríteni, hogy mennyiben tulajdonítandó ezen csökkenés a decapsulationak, nem lehetett.

A 15. állatnál egyik oldali nephrectomia után csekély fehérjevizelés lépett fel, mely körülbelül két hét mulva megszünt, majd decapsulatiót végeztem a megmaradt ép vesén, mely után két napig tartó anuria állott fenn a műtéti beavatkozás következtében.

Három hó mulva az állatot leölve, injiciálva, a vesén új tokot láttunk, mely a veseállomány megszakadása *nélkül* lehúzható. A zsíros tokbeli edények a hilus felé követhetők s arra felé megvastagodnak, vagyis onnan indulnak ki.

A hashártya és vese felülete közt ezeknek szétválasztásakor meg nem alvadt massa ömlik elő, pontszerű ömlecsek alakjában, jeléül annak, hogy ezen helyen a vesetok és hashártya között finom edények szakadtak meg. A 75 darab sorozatos metszeten látható volt, hogy a rostos tok helyenként erősen megvastagodott s melyet helyenként kivülről jövő vékony véredény fúr át, mely bemegy a vesébe.

Nephrectomiát előzetesen azért végeztem, hogy lássam a vesemüködést egyedül végező megnagyobbott s véredénydúsabb vesén a műtét hatását.

A 16. esetben egyik oldalon lekötöttem a vesekocsányt, az arteriát, venát és uretert. Utánna fehérjevizelés lépett fel, mely a második héten nagyon magasra ugrott fel. A másik oldali vesén decapsulatiót végeztem. A tok nagyon feszes, a vese nagyon kemény volt. A harmadik napon az állat elpusztult peritonitisben. Bonczolásnál a tokjától megfosztott vesét, mely nedvdús és zavaros volt, nagyon keménynek tapintottam; a másik vese, melynek kocsányát kötöttem le, el volt halva. A decapsulatio ezen heveny nephritis-esetben tehát nem volt képes a renális tensio növekedését meggátolni, mert a vese csak olyan kemény maradt, mint műtét előtt s a vizeletmennyiség is csökkent.

A 17. esetben az arteria renalist felkeresve s konstatálva, hogy az a vesébe mélyedése előtt két ágra oszlik, egyik arteriaágat lekötöttem, mire a vese ventrális fele kékes-feketén elszínesedett egészen éles határral a középvonal felé, melyet különösen a decapsulatio után lehetett jól látni.

Másnap nem volt vizelet, harmadnap bő vizeletelválasztás indult meg, melyben kevés fehérje volt. Negyedik napon az állat elpusztult; a vese egyik fele elhalt.

Ezen esetben azt akartam látni, hogy fejlődnek-e itt a vesében vagy a környezetben olyan collaterális erek, melyek egyes veserészeket életben tartani képesek volnának. Ismeretes, hogy veseütére lzáródásból keletkező infarctusnál az infarctus néha nem éri el egészen a vesekéreg felületét; ha ugyanis a collaterális erek kielégítően működnek, akkor a tokalatti részeket ellátják vérrel s ezek nem halnak el. A decapsulatio itten annyiban volt káros, hogy ha létesültek volna is itten a tokon át a környékből a vesébe menő collateralisok, azok is a tok lehúzásakor leszakíttattak, újonképződésre pedig idő nem volt.

A 18. esetben a vena renalis lett lekötve s ugyanekkor decapsulatio végezve. Egy hét mulva az állatot leöltük; a vesét finom új tok borította. A vena renalis lekötése után a feszülés roppant nagy lett, a vese kőkemény volt, mely azonban a decapsulatio után nagyon csökkent. Az állat leölésekor a képződött új tok megint feszülés alatt volt.

A 19. és 20. esetekben renális tensio-növekedés hatását akartam nézni a vizeletelválasztásra. E czélból, hogy az állatot hosszabb ideig megfigyelhessem, curarizáltam azt s mesterséges légzést tartottam fenn.

Az egyik oldali vena renalis lekötésével nagyfokú tensionövekedést hoztunk létre a vesében. A két vese vizeletét külön felfogva azt láttuk, hogy azon vese, melyben a tensio-növekedés létrehozatott, sokkal kevesebb vizeletet választott el ugyanazon idő alatt, mint a másik, de az ép vesében is nagyon csökkent a vizeletelválasztás, épen úgy, mint azt a 15. esetnél is láttuk, hol a beavatkozás következtében két napos anuria lépett fel.

A 21. esetben cantharidin befecskendésével nephritist, illetve degeneratiót s albuminuriát idéztünk elő s ekkor mindkét vesén decapsulatiót végeztünk. A saját tok a rendesnél feszesebb volt, mi onnan is kitünt, mert a tok meghasításakor annak sebszélei erősen szétváltak. A tok helyenként a vese felületéhez volt odatapadva, úgy, hogy lehúzása után a vesefelület kis részei is vele kiszakadtak.

Műtét után három nappal s azután az állat vizeletében fehérjét nem találtunk. Az albuminuria itt hamar elmult a műtét után, de tudjuk, hogy az beavatkozás nélkül is hamar megszünhet.

Itt azonban evidens volt a műtét tensio-csökkentő hatása s a vizelet mennyiségének a műtét után való felszaporodása.

Az állatot két hó mulva leöltük s art. renalist lekötve mindkét oldalon az aorta felül a véredényeket carmin-gelatina-oldattal injiciáltuk; azt akartuk látni, hogy milyen fokú collaterális keringés fejlődött ki a vese körül.

A veséket borító hashártyában, valamint a környező zsíros tokban is finom injectio volt látható. A vesék hátsó felületükkel

rostos kötőszövet által a hasfalhoz voltak odatapasztva, a veséken helyenként opák megvastagodott új tok volt.

Sorozatos metszeteken láttuk, hogy a vesét borító kötőszöveti tokban, valamint a zsíros tokban is futott egy-egy vékony véredény, de ezek sehol a veseparenchymába be nem hatoltak, úgy hogy a veseparenchymában egyáltalán nem volt befecskendezett edény látható.

A 22. állatnál is heveny nephritist idéztünk elő, úgymint az előbbeni esetben, azután kétoldali decapsulatiót végeztünk, midőn a rendesnél feszesebb, bemetszés után tántongó saját tokot találtunk.

Vizeletben a fehérjemennyiség mütét után megszaporodott, de csak pár napig, azután csökkent s két hét mulva teljesen megszünt.

Az állatot egy hónap mulva leöltük s a veséket az arteria renalis felöl befecskendeztük. A vesét hossztengelye irányában kettémetszve láttuk, hogy a vese erős rostos kötőszöveti tokkal van borítva, mely helyenként és főleg ott van megvastagodva, hol a vesefelület a hátsó hasfalhoz van odatapasztva. Láttunk itt a veséből az interlobuláris kötőszövetből a vese felületére kijövő nagyobb edényeket, melyek a vese felületén a tok alá kanyarodva finom ágakat adnak a vese állománya, valamint tokja felé is. Helyenként láttunk a rostos tokban olyan finom edényeket is, melyek ágakat adnak a vese felé, valamint kifelé az izomzatba is, de nagyon kis számmal.

Egy pár esetben végeztem még mütéti beavatkozásokat, melyeknek czélja az volt, hogy vagy mütett vagy a másikoldali vesében általa bizonyos kóros elváltozások jöjjenek létre.

Igy a 6. esetben egyikoldali vesekocsánylekötés után két napig egyáltalán semmi s az azután következő napon is csak 100 gm. vizelet ürült, jeléül annak, hogy a beavatkozás a másik vesemüködést is befolyásolta.

Ugyanezt láttuk a 7. esetben egyikoldali vena renalis lekötése után, hol a vizelet mennyisége mütét után csökkent, s benne fehérje is volt.

A 8. esetben egyikoldali vesekocsánylekötést, másik oldalt pedig decapsulatiót végeztem; következő napokban az állatnak semmi vizelete nem volt s harmadik napon elpusztult.

A 23. esetben direct a veseütérbe fecskendeztem olyan bouillont, melyben virulens streptococcusuk voltak: heveny genyes nephritist akartam előidézni, azonban az állatnál ez csak múló bágyadtságot s kisfokú fehérjevizelést okozott, pár nap mulva az állat felgyógyult.

A 24. esetben pedig mindkét vena renalist kötöttem le s az ezáltal okozott nagy feszülés eredménye az volt, hogy az állatnak másnap semmi, harmadnap pedig csak 100 gm. véres vizelete volt.

Az állat elpusztult, midőn a veséket nagyon keményeknek s nedvdúsaknak találtam s benne helyenként vérzések voltak.

Az állatok injiciálása a következőkép történt:

Az állatokkal addig lélegeztettünk be chloroform-gőzöket, mig a légzés teljesen kimaradt; most a két carotist átvágva s az állatot fejjel lefelé lógatva, jól kivéreztettük. Ezután a hasüreget szélesen megnyitva óvatosan kikerestük az arteria renalist, azon egy oldalbemetszést ejtettünk s egy tompavégü canule-t helyeztünk belé.

E közben a 40 fokra melegített carmin-gelatin-massát megmelegített fecskendőbe felszíva, a fecskendő végét a bekötött canule- be pontosan beleillesztettük s a carmin-gelatin-massát lassan az art. renalisba fecskendeztük, a meddig csak a vese kökemény nem lett; az injectio néhol olyan jól sikerült, hogy a massa a vena renalison, illetve a vena caván át visszafolyt a veséből; ugyanigy jártunk el a másikoldali vesével is; ha pedig mindkét vesét egyszerre akartuk befecskendezni, akkor az aorta megfelelő darabjából a két renalis ereit isoláltuk, alul és felül lekötöttük, esetlegesen ezen 3—4 cm.-nyi lekötött részből eredő más véredényeket szintén lekötöttük s most az aorta oldalán ejtve egy kis bemetszést, tompavégü canule-t kötöttünk belé s a veséket a fecskendőből injiciáltuk.

Ugyanigy az aorta felől injiciáltunk úgy is, hogy lekötöttük az aorta mellkasi részét, az iliaca communist, a coeliakát s a két art. renalist; injiciálni akartuk az alsó intercostalisokat, lumbalisokat, suprarenalist, s nézni akartuk, ad-e ezek közül valamelyik collaterális ágat a veséhez.

A befecskendezésre szolgáló massa Böhm-Davidov, Hayer-féle eljárás szerint úgy készült, hogy bizonyos mennyiségü legfinomabb franczia gelatine t vízben duzzasztottunk hosszabb ideig, ebből azután vettünk bizonyos mennyiséget s ammoniákban oldott carmint kevertünk belé. Használat előtt a megmelegített massát vékony rongyon átpréseltük, hogy finoman meg legyen szürve s vízfürdőn addig melegítettük, míg csak minden ammoniak el nem párolgott belőle, melynek jelenléte esetén a massa a véredények falán át ment volna a szövetek közé; azután negyven fokra felhevítve, melegített fecskendőből lassú egyenletes nyomás mellett befecskendeztük.

Az eljárással sietnünk kellett, nehogy a frissen leölt állat kihüljön, s hogy a befecskendezett gelatin meg ne fagyon idő előtt.

Befefecskendezés után, a befecskendett edényt lekötve, az állatot hidegvizes edénybe tettük s egy fél óra mulva, mikor a gelatin jól meg volt merevedve, a vizsgálandó szerveket kimetszettük.

A kimetszett szervek 50%-os alkoholba tétettek, azután absolut alkoholba kerültek. Mikor jó kemények voltak xylolba, majd xylolparaffinba jöttek, azután paraffinba beágyazva, metszve lettek.

Egyes fontosabb esetekben kisebb darabokból sorozatos metszetek készültek, melyek legalkalmasabbnak látszottak arra, hogy esetleg jelenlevő újonképzett véredények származását s további lefutását megállapítsa.

Az I. sebészeti klinikán Dollinger tanár szivességéből alkalmam volt öt Bright-kóros beteget is észlelni, kik az I. illetve II. Belklinikán voltak megelőzőleg hosszab ideig gyógykezelés alatt, s kiknél a belgyógyászati kezelés teljes eredménytelensége, s a kóros folyamat rohamos előhaladása voltak azon indicatiók, melyek alapján náluk mütéteket végeztünk.

Eseteink a következők:

1. Sch. M., 23 éves, kocsis, az I. belklinikáról lett áthelyezve márczius 22.-én.

Kórelőzmény: Négy év előtt hideglelése volt, mi ellen cuprum sulfuricumot szedett be, míg ez émelygés és étvágytalanság miatt kénytelen volt azt elhagyni. Röviddel ezután gyakran kellett vizelnie, bár csak keveset vizelt, míg három év előtt arcza és szemhéjai megduzzadtak. Három hó mulva javult ugyan ezen állapota, de nehány hónapi szünet után újra duzzadt lett arcza, sőt hét hó óta lábai és hasa is megdagadtak. Utóbbi időben már látása is romlott. Reggelenként fejfájása, vesetáji nyilalásai vannak.

Kórkép: Beteg arcza duzzadt aisó végtagjai vizenyősek, a hasűrben ascites, vesetáján reggelenként fájdalmai vannak s gyakori fejfájásban szenved. Bőre és nyálkahártyai vérszegények, halványak; bőralatti zsírszövet megfogyott.

Gyakori vizelési ingerei vannak, vizelete aránylag kevés, átlag 1200 gm., benne 2‰ fehérje és hyalin meg szemcsés cylinderek mutathatók ki. Szívtompulat kissé megnagyobbodott, pulmonalis második hangja ékelt.

Április 19.-én a két vese vizeletének külön felfogása s megvizsgálása szempontjából ureterkatheterezést akartam végezni, de csak cystoskopos vizsgálatot lehetett csinálni.

Cystoskopos vizsgálat:

Hólyagcapacitás normalis. Az eszköz bevezetése jól sikerül, de akármennyire betoltuk is az eszközt, csak a hólyag felső részleteit láthatjuk. Az orificium internum s az egész penis bőre annyira duzzadt, oedemás, hogy a hólyag alsó részeit nem lehetett látni, habár az eszközt betoluk a mennyire csak lehetett. Igy az ureterkatheterezést sem végezhettük. A scrotum is nagyon oedemás volt s az eszköz teljes lesülyesztését nem engedte meg.

Vér fagypontja $\delta = 0{\cdot}56$.

Vizelet fagypontja $\Delta = 1{\cdot}0$.

Vizelet fehérjetartalma $= 1{\cdot}5 - 2$‰ Esbach szerint.

Vesék higítottak vízivás után, midőn a vizelet fagypontja $\Delta = 0{\cdot}13$-ig szállott le.

Vizelet fajsúlya 1020; az üledékben gyéren hyalin és szemcsés cylindereket láttunk.

Mütét (végezte Dollinger tanár) április 22.-én morphin-chloroform-narcosisban.

Mindkét oldalan ferde lumbális metszés, mely a 12. borda alatti musc. sacrolumbalis laterális szélén kezdödött és innen mintegy 11 cm. hosszúságban ferdén vonult mell- és befelé. A vesezsíros tokját meghasítottuk s utána a vesét, ujjunkkal való tompa leválasztása után szabaddá tettük. A vese valamivel hosszabb, petyhüdt, halványsárga volt. Mindkét vesét kihúztuk, saját burkát a legnagyobb domborulaton behasítottuk s azt a veséről lehúztuk, mi igen jól sikerült. A jobb veséből górcsövi vizsgálat czéljából egy kicsiny darabot eltávolítottunk. A veséket ezután visszahelyeztük, a sebeket draineztük, az izmokat egynehány öltéssel egyesítettük s a bört teljesen bevarrtuk.

A lefolyás a következő volt.

Április 23. Vizelet kevés, tegnap délután semmit sem evett, sem nem ivott.

Vizelet nem véres. Közérzet jó. Scrotum erősebben oedemás. Vizelet mennyisége tegnap déltől ma délig 220 cm³.

Nap		Vizeletmennyiség	
Április	24.	1250 gm.	Láztalan
„	25.	1750 „	
„	26.	1500 „	
„	27.	1800 „	
„	28.	1850 „	
„	29.	2000 „	

Kötésváltás drain- és fonálkiszedés, gyógyulás per primam.

Április	30.	1700 gm.	Láztalan
Május	1.	1200 „	
„	2.	1200 „	
„	3.	1250 „	
„	4.	3000 „	

Beteg mütét óta kilencz kilót vesztett súlyából; a has és czombok anasarcái kisebbedvén, beteg felkel.

Május	5.	3000 gm.	
„	6.	2500 „	

Hasfal igen tág és czombok bőre ránczosodik.

Május	7.	1950 gm.	
„	8.	3000 „	
„	9.	2500 „	
„	10.	2000 „	
„	11.	2200 „	
„	12.	2500 „	
„	13.	2700 „	
„	14.	2500 „	
„	15.	2200 „	
„	16. Beteg 81 kgm. 1 kg.-mal több mint egy hét előtt.	2200 „	
„	17.	2500 „	
„	18.	2500 „	
„	19.	2500 „	
„	20.	2600 „	
„	21.	2500 „	
„	22.	1900 „	
„	23.	1950 „	
„	24. Beteg 80 kgm.	1900 „	
„	25.	2100 „	
„	26.	2200 „	
„	27.	2100 „	
„	28.	2100 „	
„	29.	1900 „	
„	30.	1900 „	
„	31.	2000 „	
Junius	1.	1900 „	
„	2.	1800 „	
„	3.	1900 „	
„	4.	1900 „	
„	5.	1900 „	
„	6.	2000 „	
„	7.	1900 „	
„	8. Vizeletében alig van több fehérje mit 1‰	1900 „	
„	9.	1800 „	
Junius	10.	1700 gm.	
„	11.	1800 „	
„	12. Beteg 78 kgm.	1700 „	
„	13.	1800 „	
„	14.	1800 „	
„	15.	1750 „	

Éjjel rázóhideg lép fel, a jobb alszár duzzadtabb, oedemája nagyobb mint a balé, a bör, melyen több apró acne és göcs van, erősen vörös, fájdalmas.

	Hőmérsék	Vizelet
	reggel 39·3; este 40·2	
Junius 16.	„ 39·8; „ 39	1600 gm.
„ 17.	„ 38·4; „ 38·4	1400 „

A pir ráterjedt a jobb czombra is, melynek mellső oldalát egészen elfoglalja.

	Hőmérsék	Vizelet
Junius 18.	R.: 37·8; E. 38·3	1650 gm.
„ 19.	R: 38 2; E. 37·7	950 „

Junius 20. A pir ráterjed az egész czombra, annak alsó és belső felületére is, a felhám helyenként mogyorónyi — gyermektenyérnyi bullákká emelkedik, melyek savós, de helyenként véres tartalmúak.

Beteg igen elesett, halvány, hasmenése van. Hőmérsék R.: 37; E.: 37·7; pulsus 112, vizelet 360.

Junius 21. Beteg igen gyenge, czombját igen fájlalja. Pulsus 112.

Junius 22. Meghalt.

Sectio: (Entz tanársegéd.) „A középtermetü férfihulla barna böre melül halvány, hátul sötét szederjes foltokkal. A haj gesztenyeszinü, a szemek nyitottak, kötőhártya halvány, láta mérsékelten tágult. Orr tiszta, ajkak szederjesek, az áll kissé mozgatható. A nyak vékony. Mellkas dombordad széles, a has meghúzódott. A nemzőrészek petyhüdtek. Az alfeltáj sárga bélsárral beszennyezett. A végtagok és az egész test soványak, nincsenek savósan beszürődve, azonban az egész jobb alsó végtag a czombhajlattól kezdve tetemesen meg van dagadva. A czomb kerülete a czombárokban 57 cm. a bőr egyszersmind legnagyobb sötét szederjes, a hám helyenként hólyagokban fel van emelve s czafatokban letörölhető. A böralatti kötőszövet néhol egész vastagságában duzzadt, belövelt, vérömlenyes, néhol genyesen beivódott s czafatosan bomló.

A jobb lágyéktájon az utolsó bordától a csípőtaréjig húzott, teljesen begyógyult heg van, hasonló heg van baloldalt is; utóbbi kissé előrefelé halad. A hegek kissé szederjesen elszínesedtek. A fejbör középvértartalmú, koponya rövid, széles, csontjai vékonyak, csontbél szegények; keményburok öbleiben sötétvörös lazán alvadt vér. A lágyburok könnyen levonható, nincs savósan beszürődve, az oldalgyomrokban keves tiszta savó. Az agy, központi dúczok, kisagy, Varol-híd és nyúltvelő tésztatapintatúak, zsírfényüek. Az agyalapi erek kevés folyékony vért tartalmaznak. A böralatti kötőszövet 1½ cm. vastag zsírréteget képez, az izomzat elég tömött, böralatti visszerekben kevés folyékony vér. A hasürben szabad folyadék nincs. A hashártya sima, fénylő. A rekesz domborulata jobboldalt IV. borda felső, baloldalt az V. borda felső szélén. A mellürben kevés tiszta savó. Szívburokban vörhenyes folyadék. Szív 300 gm. súlyú, összehúzódott, vastag és széles, 12×4½×4½ cm.) izomzata nincs megvastagodva, billentyűk épek, endocardium, kivált bal gyomrocsban megvastagodott, fehéres. Szív üreiben kevés rostonya és véralvadék. Bal tüdő szabad, lószörpárnatapintatú, hátul csak kissé savósan beszürődött.

Hörgök nyálkahártyája csak gyengén savósan beszürődött. Hörgi mirigyek palaszürkék. Jobb tüdő hasonló. A függőérív belfelülete sima. Légcső nyálkahártyája visszeresen belövelt, gége és torok is szederjes. Bárzsing halvány, pajzsmirigy középnagy, középvértartalmú. Lép jóval nagyobb, vaskos, tömött, tésztás tapintatú, állománya egynemü, birsalmaszerüen fénylő, vér- és nedvszegény. Vesék rendesnél valamivel kisebbek, egyenetlen felületüek, halványsárgásak.

Gyomorban szennyeszöldes barnás folyadék, nyálkahártyája vastag, sürü nyákkal bevont. Epeút nyitott. Nyombél nyálkahártyája halvány. E pehólyagban sürü sötétzöld epe. Máj vastag,

állománya sötétbarnavörös, gyengén zavaros reczézettel, mérsékelt vértartalmú. Hasnyálmirigy tömött. Fodor és cseplesz még aránylag sok fehéres hájat tartalmaznak, belek nyálkahártyája általában halvány. Vékonybél alsó részében a nyákhártya kissé duzzadt, halvány s a megduzzadt bolyhok miatt érdes. Itt-ott kevés korpaszerü csapadékkal. Vékonybélnek említett alsó része igen erősen adja az amyloidos jodreactiót.

Hólyag halvány, herék puhák.

Diagnosis: Phlegmone extensa extremitatis inferioris dextrae. Nephritis chronica diffusa amyloidea. Degeneratio amyloidea lienis lardacea et mucosae ilei majoris gradus. Cicatrix post decorticationem renum et cicatrix in regione inguinali dextrae post cariem.

A gerinczoszlopot a 9. hátcsigolya magasságában átfürészelve, a lágyrészeket ezen magasságban átvágva s a czombokat kiizelve a törzsnek ezen részét, hol a vesék vannak, meleg vízbe tettük s a veséket ütőerük felől carmin-gelatinnal injiciáltuk. Majd a veséből sorozatos metszetek készültek (Entz Béla dr.), melyeken a következőket láttuk:

Vese kötőszöveti tokja külső rétegében laza, vese felületére boruló rétegeiben durva rostos kötőszövetből áll, mely azonban az izomzat kötőszövetébe kérges kötőszövet alakjában nem folytatódik. A vesét borító kötőszövet a vese állományába durva csikok alakjában több helyen behatol s ily módon a vese parenchymájának egyes részeit, egy-egy glomerulust s néhány kanyarulatos csatornát mintegy elkülöníti a többi veseállománytól. Gömbsejtes beszürődést ezen vese kötőszövetében nem találunk, de durva rostos kötőszöveti csikok bőven szelik át a vese állományát, mely nagy mértékben sorvadt; a kanyarulatos csatornák szükek, hámjuk ellapult s a csatornák belsejét többnyire egyszerü colloid anyag tölti ki. A glomerulusok valamivel sürübben állnak egymás mellett, bennük levő véredénykacsok többnyire egynemüek lettek s amyloidos elfajulásban vannak. A vesében kevés zsírosodás is található. Diagnosis: Nephritis diffusa chronica in stadio III.

Az I. sorozat sectiós metszés irányában a vese hossztengelyének megfelelő síkban készült. A vese felületén többékevésbbé mélyre terjedő középnagy véredényeket láttam, melyek a felületig követhetők, de ott végződnek s a tokban nem folytatódnak. A kötőszövet véredényszegény, egy-egy igen finom vékony véredény látható benne. A zsíros tok és új tok közötti kötőszövetben elég nagy véredények elég nagy számmal, főleg egyes kisebb helyekre szorítkozva mintegy kötegben. Apró injiciált edények vannak a tokban, melyek a vese felől jönnek.

II. sorozat. A vese anteroposterior tengelyének síkjában. A vesét borító új tokban, de főleg felette a zsírtokban elég nagy véredényharántmetszetek vannak, mik a vesével (annak felületével párhuzamosan) haladnak.

Két készítményen a nagyobb edényből egy kisebb edény belemegy a vesébe, egy harmadikon is ugyanez látható, hol a kötőszövetben a vesével párhuzamosan futó nagyobb edény vékony oldalágat ad a vesébe. Veséből kijövő vastag edény is látható de ezek csak a felületig mennek, a toknál megszünnek s tovább nem folytatódnak.

III. sorozat. A vese magassági tengelyének síkjában lap szerint. A lapmetszeteken véredényátmetszetek láthatók a capsula felületén nagy számmal, melyek helyenként a capsulába is belemennek és a capsula alatt a vese felületén is feltalálhatók. Egy helyen van egy tölcsérszerü kötőszöveti nyúlvány a vesében, melyben egy véredényátmetszet is látható, mely a vese szövetébe is bemegy, aztán a tok és vesefelület között is láthatók véredények.

Ezen esetben, hol a nephritis keletkezésében talán a cuprum sulfuricum hosszabb ideig való beszedése szerepet játszik, láttuk, hogy a műtét utáni napon a vizelet igen kevés volt, de azután kb. egy hét mulva nagyon felszaporodott s így tartott ez kb. 5 hétig; mely idő alatt a beteg oedemái úgy a végtagokon, valamint a hasüregbeli ascites is eltüntek, a vizelet fehérjetartalma, mely műtét előtt 2‰ volt, lement 1‰-re, de szemcsés és hyalin cylinderek a vizeletben 5 hét mulva is feltalálhatók voltak.

Beteg a műtét utáni 2. héten 1 kilót hizott, közérzete javult, fejfájásai megszüntek. A műtét után hóval erysipelashoz csatlakozó alszárphlegmone következtében elpusztult.

A javulást ezen esetben a műtétnek kell betudnunk, annál is inkább, mert a beteg a II. belklinikáról került hozzánk, hol szakszerü belgyógyászi kezelés daczára állapota nem javult, oedemái nem csökkentek, fejfájások kínozták.

A górcsövi készítményeken láttuk, hogy a vese a Bright-kór III. stadiumában volt, midőn a gömbsejtes beszürődések rostos kötőszövetté alakulnak át, melyek zsugorodnak s midőn az elzsírosodott vesecsatornácskák hámja leválik és kiürül, ezeken kivül a glomerulusokban amyloid elfajulást láttunk. Az injiciált sorozatos készítményeken láthatók voltak azok a vese felületére, illetőleg a tokba jövő interlobuláris edények, melyeket állatoknál is követhettünk, melyek a decapsulatio alkalmával megszakadtak s melyek mint a praeparatumokon látni lehet, az újonképzett tokba nem folytatódtak, hanem a tok alatt vakon végződtek; de láttunk ezenkivül finom, újonképzett edényeket is, melyek a veséből a tokba, de viszont a környezetből a vesébe is behatoltak, főleg mint a kötőszöveti tokban futó edények finom oldalágai; láttuk a felületen levő kötőszövet nyúlványszerü behatolását a vesébe, melyben vékony véredény is volt s mely a veseparenchymába is bocsátott ágakat, ezek azonban oly csekély számban voltak jelen s olyan jelentéktelen edénykék voltak, hogy ezeknek a vese táplálkozásában nagyobb szerepet tulajdonítani nem lehet.

II. S. J. 23 éves, lakatos. A II. belklinikáról november 26.-án került hozzánk. Kórelőzmény: 1904. május hó végén egy hétig tartó izületi csúza volt, ennek eltelte után munkába állt, s erősen megizzadt állapotban egy pohár vizet ivott. 3—4 nap mulva észrevette, hogy alsó végtagjai dagadni kezdenek, de ő egy hétig még dolgozott; a hét eltelte után csakhamar elfáradt, elgyengült, nehezen légzett s az alsó végtagok után csakhamar felső végtagjai, arcza is felpuffadt. Fejfájás, szédülés, rosszul látás vagy hányás nem bántották, csupán vizelete csappant meg nagy mértékben s hasmenésben szenvedett.

A kassai kórházban belső orvosságot, meleg fürdőket, pilocarpin-injectiokat kapott; 1904. augusztus 30. án a II. belklinikára vétette fel magát, hol tejdiaetára fogták, izzasztó fürdőket, agurint (30 cgm.) coffeinum natr.-benzoic.-ot kapott, majd villamos fényfürdőket alkalmaztak eredmény nélkül. Október 11-én theocin- (0·025) porokat kap.

November 18.-án légzése nehéz, has igen feszült, nagy meteorismus és ascites van jelen. November 19.-én: gégészeti lelet: epiglottis duzzadt, egész gége kissé oedemás, de hangrés elég tág.

Általános állapot:

Bőr feltünően halvány, arcz, szemhéjak, hát, hasböre, valamint alsó, felső végtagokon a bőr tésztatapintatú, az ujjbenyomásokat megtartja. Böralatti zsírszövet vizenyősen beszüremkedett.

Vizelet napi mennyisége 800—1000 cm³, színe sárgás, fajsúlya 1021, fehérje 12‰ Esbach szerint.

Szívcsúcslökés az 5. bordaközben a bimbóvonalon kivül 1·5 cm.-re.

Szívhangok: Első hang helyett zörej hallható, aorta hangjai tiszták. Pulmonalis második hangja ékelt.

Has előmomborodó, oldalai rendesnél jobban kitöltöttek, s így gömbölyded; alsó részein hullámzás mutatható ki. Végtagok erősen duzzadtak, oedemásak. Penis és scrotum tetemesen megnagyobbodtak, oedemásak. A has körfogata a köldökmagasságban 114 cm., legnagyobb körfogata 118 cm.

Vizelet fagyponta $\Delta = 0{\cdot}99$. A vér fagypontja $\delta = 0{\cdot}64$.

A lefolyás következő volt:

November 29.-én. A nagyfokú ascitesre való tekintettel a szokott helyen troicarttal beszúrunk, a troicart végére draincsövet illesztünk, s mintegy 9000 cm³ világos-sárga, 2‰ fehérjét tartalmazó erősen opaleskáló folyadékot távolítunk el, mire légzése jelentékenyen könnyebb, közérzete jobb. Punctio után a hasra flanellpólyát alkalmazunk.

Deczember 1.-én. Vizelet 1000 cm³.

Deczember 2.-án. A beteg arcza, szemhéjai kevésbé oedemásak, scrotuma, penise kisebb, légzése nyugodtabb. Vizelet 1300 cm³.

Deczember 3.-án. A punctio helye újra kilyukadt, melyen sárgás tiszta savó ürül. Vizelet 3200 cm³.

Deczember 8.-án. Vizelet 600 cm³.

Deczember 12.-én. Műtét (végzi Illyés) helybeli érzéstelenítés mellett.

A bőr megfagyasztása után ferde lumbális metszés. Bőr, alatti kötőszövet oedemás; az izmok átmetszése után felfelé a bordaszélig, lefelé a csípőtányérig megnyújtva a metszést, majd a Zuckerkandl-féle fasciát átmetszve a kocsonyás zsíros tokra jutunk, s a vesét feltárjuk; mellette az erősen feszülő, folyadékkal telt peritoneum látható. A vese tokja kissé feszes. A vese valamivel megnagyobbodott, tömött, a tok könnyen levonható, a vese felülete sima, rajta szürkés-sárga át nem tetsző pettyek, melyek helyenként összefolynak. A vesét előhúzni nem lehetett, hanem a tokot bemetszve, tompán lehúzzuk a veséről, de csak hátsó felületén vágjuk ki, mert elől a vékony és feszes peritoneum megszakadt volna a tok isolásláa közben. A seb összevarrása a nagy feszülés miatt csak nehezen sikerült. Réteges izomvarrat, bőrvarrat, kötés. Műtét után a sebből bő savós kifolyás volt. Vizelet 1100 cm³.

Deczember 13.-án. Hascsapolást végeztünk s a hasüregből sok sárga savót bocsátottunk ki, mert a nagy feszülés miatt a sebb összegyógyulása volt veszélyeztetve.

Deczember	14.-én.	Vizelet	2100 cm³,	fehérje	12‰-nél	több.		
„	15.-én.	„	1750	„	„	12‰-en	túl.	
„	16.-án.	„	1950	„	„	12	„	„
„	17.-én.	„	2000	„	„	10	„	
„	18.-án.	„	1700	„	„	10	„	
„	19.-én.	„	1600	„	„	10	„	

Seb per primam gyógyult; fonálkiszedés.

Deczember	20.-án.	Vizelet	1900 cm³,	fehérje	12‰-en	túl.		
„	21.-én.	„	1950	„	„	12	„	
„	22.-én.	„	1000	„	„	10	„	
„	23.-án.	„	2200	„	„	10	„	
„	24.-én.	„	1000	„	„	12	„	
„	25.-én.	„	800	„	„	12	„	„
„	26.-án.	„	900	„	„	10	„	
„	27.-én.	„	1400	„	„	12	„	
„	28.-án.	„	1500	„	„	12	„	„
„	29.-én.	„	1600	„	„	12	„	„
„	30.-án.	„	700	„	„	10	„	„
„	31.-én.	„	900	„	„	12	„	
Január hó	1.-én.	„	800	„	„	12	„	
„	2.-án.	„	800	„	„	12	„	„

Január 3.-án. Beteg közérzete igen rossz, nehezen légzik, hőmérsék 39·6. Mellkasának jobb oldalán a hetedik bordától lefelé egy tenyérni tompulatot találunk, mely felett hörgi légzés hallható. Vizelet 1100, fehérje 14‰.

Január 4.-én. Mellkas jobb oldalán a tompulat egy bordaszéllel feljebb terjedt, a bal oldalon is egy tompulat kezdődik, mely felett hörgi légzés hallható. Hőmérsék 40·3. Vizelet 950, fehérje 12‰.

Január 5.-én. Nagyfokú dispnoe. Hőmérsék 39·9, fehérje 10‰.

Január 6.-án. Reggel meghalt.

Bonczolás (Entz Béla dr. tanársegéd.): „A középtermetű fiatal férfihulla barna bőre ált. halvány, mindenütt erősen dagadt, tésztatapintatú, az ujjlenyomatokat megtartja. Haj gesztennyeszínü, szemek csukottak, kötőhártya halvány, szederjes, vizenyősen duzzadt. Szaruhártya átlátszó, láták középtágak, egyenlők, szájból, orrból kevés sárgás-nyákos folyadék szivárog. Száj csukott, ajkak szederjesek, áll merev. Nyak rövid. Mellkas dombordad, elég széles. Has erősen elődomborodó, bőre szembetünően barnásan elszínesedett. Nemi részek bőre erősen vizenyősen duzzadt. Alfeltáj tiszta, végtagok mozgathatók. A jobb térdkalács alatt egy ívalakú akár 1 cm. széles tömör fehéres heg húzódik el. Fejbőr középtartalmú, koponya kissé rövid és széles, csontjai középvastagok, mérsékelt csontbéltartalmúak. Kemény burok elég könnyen leválik, középvastag, öbleiben kevés folyékony, sötét vörös vér. Agy, központi dúczok, kisagy, Varol-híd és nyúltvelő puha, tésztatapintatúak, vérszegények. Böralatti kötőszövet vékony, zsírszegény. Izomzat középvastag, halvány-vörös. Hasürben nagy mennyiségü (8 liter?) gyengén opaleskáló átlátszó savó.

Hashártya sima, fénylő. Rekeszdomborulat nem vizsgáltatott. A bal tüdő egész kiterjedésben hártyásan odanött. Jobb mellürben zavaros sárgás rostonyával kevert savó van. Szív nagy. Izomzata, főleg a balé, tetemesen megnagyobbodott, tömött, halvány-vörös. Billentyük épek, kissé vörösen elszínesedettek. Nagy ezek belfelülete sima, kissé vörösesen elszínesedett. Bal tüdő összelohadt, lószőrpárnatapintatú, erősebb nyomáskor serczeg, habzó savóval beszüremkedett, bövérü, alsó lebeny kissé törékeny, légszegény. Hörgökben kevés, vörhenyes nyák. Nyákhártya középvértartalmú. Jobb tüdő mellhártyája egész felületén fényevesztett, vékony rostonyaréteggel bevont. Állománya puha szivacsos, de mindenütt kissé törékeny, habzó savóval beszüródött. Hörgökben kevés rozsdabarna rostonyával kevert folyadék. Hörgök nyákhártyája középvértartalmú. Függőérív belfelülete sima, vörhenyesen elszínesedett Légcső- és gégenyákhártyája kissé vizenyősen duzzadt és szederjes. Pajzsmirigy középnagy, tömött, bövérü. Lép középnagy, tömött, bövérü. Vesék nem bonczoltattak. Duodenumban epés nyák. Gyomortartalom nem vizsgáltatott. Gyomornyákhártya vérbő; epeút nyitott, epehólyagban sok sürü sárgás-barna nyákos epe. Máj középnagy, állománya elég tömött, vérbő. Belekben sárgás-barna híg béltartalom, nyákhártya palaszürkén elszínesedett. Vastagbelek nyákhártyája vizenyősen duzzadt. Hólyagban kevés zavaros vizelet. Prostata középnagy, kissé kérges. Herék nem vizsgáltattak. Hasnyálmirigy középnagy, vérszegény, tömött.

Diagnosis: Nephritis diffusa chronica in stadio secundo, cum hypertrophia ventriculi cordis sinistri et hydrope universali, praecipue anasarca. Operatio secundum Edebohls (decorticatio renis sinistri.) Pleuropneumonia et pleuritis sero-fibronosa lateris dextri. Synechia pulmonis sinistri.

A gerinczoszlopot a 9. hátcsigolya magasságában átfürészelve, a lágyrészeket ezen magasságban átvágva, s a czombokat kiizelve, a törzsnek azon részét, hol a vesék fekszenek, meleg vízbe tettük s a veséket ütőerők felől injiciáltuk carmin-gelatinával.

Szabad szemmel a következőket láttam:

A kóros oldali vese befecskendése jól sikerült, az ép oldali kevésbbé, mert az ütőér alvadékkal eldugult. A vesék rendes helyükön fekszenek. Jobb vese a 11. borda felső szélétől az első ágyékcsigolya alsó széléig terjed. (Bal ugyanott fekszik.) Jobb vese valamivel kisebb mint a bal, míg a bal vese meglehetős vaskos, egészen átlátszatlan, fehéres hashártyával a kötőszövettel van borítva, addig a jobb vese vöröses színe a fehéres hashártyán s az alatta levő zsírszöveten jól keresztültünik. Ugyancsak a jobb oldalon a hashártyán a vese felett finom injiciált vöröses edényrajzolat látszik. Baloldalt csak néhány véredénycsík tünik keresztül; a mellékvese felett jobboldalt szintén finom edényrajzolat látható, míg a bal oldalon a mellékvese felett ilyet nem lehet látni.

A fali hashártya véredényein injectio nem látszik. A jobb vese különösen felül, de egészben is könnyen eltolható, de közel az alsó polusához valamivel erősebben van rögzítve a hasfalhoz, úgy hogy a vesét minden irányban még sem lehet oly könnyen mozgatni, mint a baloldalit.

A bal vese külső rostos fasciájában (Zuckerkandl) belövelt véredényezetet nem lehet látni, azonban ennek lefejtése után a zsíros tok látható véredényei közül még a nagyobbak is telve vannak az injectiós folyadékkal; a finomabb edények, melyek szabad szemmel csak nagyon vékony reczézet alakjában láthatók, a zsíros tok lefejtése közben leszakadnak s az átszakadt véredényekből mindenütt pontok alakjában ömlik ki az injectiós massa. Az ureter kettős s körülbelül 3—3 cm.-el a vesemedenczéből való kilépése után egyesül. Az ureter felett levő kötőszövetben szintén finom vöröses rajzolat látható.

A vese zsírszövetében levő fenn emlitett nagyobb véredényág egészen a vese hilusáig követhető s a veseütérnek a felső vesepolushoz szolgáló 2 mm. vastag ágából ered igen magasan, ott, hol az ütér a vesébe mélyedő vékonyabb ágakra szétoszlik; ugyanitt még több a zsírszövethez felkanyaródó finom ütérke is látható. Az art. renalis az aortából való eredése után körülbelül 2 cm.-re félig át van vágva. Itt azonban még egy törzset képez;

az aortától 4 cm.-re több ágra oszlik, melyek közül egy 1½ s egy 3 mm. vastag ág a vese felső feléhez szolgál. A vese alsó részéhez pedig 3, szintén 2 mm. vastag ág húzódik. E három ág le van kötve s ezekbe történt a befecskendés; de meg lett kisértve a befecskendés a felső ágakba is azonban kevés sikerrel. (Ezért a felső rész injiciálása kevésbé sikerült.)

A saját tokon csak igen gyér véredényreczézet látható. A tok selyempapirvastagságú, könnyen levonható. A vese méretei 11½ × 7 × 5 cm. Felületén, eltekintve az injectiotól, szürkésen áttünő merőben durva, fakófehér reczézet látható.

Jobb vese külső rostos tokja felül vékony s rajta finom véredényhálózat látszik, de nem több, mint a másik oldalon. Vese alsó polusa hátsó felületén kérgesen összenőtt a vesét környező rostos kötőszövettel, az izomzattal s ennek közvetítése útján a hasfallal. Az összenövés ötkoronás nagyságú. Vese zsíros tokja könnyen lefejthető a saját tokról; s benne szintén belövelt véredényhálózat van, melynek vastagabb ágai a hilusig követhetők. Az uretert czérnavastagságú, belövelt véredény kiséri. A zsíros tok lefejtése után kitünik, hogy a vese felületén mindenütt új tok képződött, mely — mint a másik oldalon is — finom véredényreczézetet mutat, de nem többet, mint a másik oldalon (daczára, hogy itt az injiciálás jobban sikerült). E rostos tok könnyen levonható, kivéve az összenövés helyén, mely helyen a zsíros tok s az új rostos tok vaskos kérges, fehér szövetté alakult, mely nagyon vérszegény. Lefejtési kisérletnél vastagabb edényeket, melyek az újon képzett buroktól a vesébe hatolnának, nem találunk. A vese felső polusa (¼-e) nincs befecskendezve, alsó ¾-e halványvöröses, hasonló az ellenkező oldali vese helyeihez. A vese 12 × 6 × 4 cm.

A műtéti seb felső része a 12-ik borda alatt közvetlenül kezdődik s megfelel a vese alsó ⅓ részének. A veséről lefejtett tok a vese alsó polusánál palaszürkén elszínesedett kötőszöveti megvastagodás alakjában látszik. A veseütér ezen oldalon is szétágazik több ágra. A vese mellső felülete a peritoneummal lazán függött össze. Felső polushoz menő ág külön ered az injiciálás alatti renális törzsből, ezért nincs a felső pólus injiciálva.

Az injiciált veséből górcsövi fagyasztott metszetet (Entz Béla dr.) készítve, következőket láttuk:

Operált vese. Vesét vaskos durva kötőszöveti tok veszi körül, mely határ nélkül átmegy az izomzat és zsírszövet rostos kötőszövetébe. A vese felületes rétegei legnagyobbrészt *gömbsejtesen beszűrődött* kötőszövettel vannak áthatva, mely annyira bensőleg összefügg az újon képzett rostos tokkal, hogy a vese kötőszövete nem határolható el élesen a tok kötőszövetétől. Az ugyanitt levő kanyarulatos csatornácskák többnyire szükültek, magas köbalakú hámsejtjeik finoman szemcsések; a vesecsatornák belsejében igen kevés szemcsés anyagot találunk s csak gyéren elszórva látható egy-egy colloidos anyagot tartalmazó csatorna; a glomerulusok mindenütt jól vannak injiciálva, s a véredénykacsok egymástól jól megkülönböztethetők. Gömbsejtes beszűrődés látható a vese mélyebb rétegeiben is. A zsugorodás a vesében nagyfokú. Vérzés a tok és vese felülete közt nem látható.

Nem operált ép vese. A tok élesen elkülöníthető a vese felületétől s vékony rostos kötőszövetréteg által képeztetik. Bár a vese állományában itt is található gömbsejtes beszűrődés, feltünő, hogy a felületes rétegek majdnem teljesen mentesek a gömbsejtes beszűrődéstől. A veseállomány ugyanolyan elváltozást mutat, mint az előbbi.

Diagnosis: Nephritis diffusa chronica in stadio secundo.

A sorozatos metszeken, melyek a vese antero-posterior tengelyének síkjába készültek, a következőket láttam:

Ép vese: Acaps. propr. vékony, benne, alatta és felette a vesefelülettel párhuzamosan futó vékony injiciált hajszáledények helyenként nagyobb számmal, főleg a hilus tájékán. A tokot a vese egyik felületéről lehúztuk, másikon rajtahagytuk. A lehúzott tok alatt még egy finom réteg kötőszöveti tok látható a vese felületén.

Decapsulált vese: A vese helyenként vékonyabb, helyenként erősen vaskos tömött (szabad szemmel 2 mm.) véredényszegény kötőszövettel van borítva, mely a vese felületén éles elkülönítés nélkül vele mintegy összefolyva fekszik s melyben a vese parenchym edényeivel bőven közlekedő finoman injiciált hajszáledényhálózat látható. A kötőszövetben több helyen a vesével párhuzamosan futó nagyobb edények; az injiciált edények a kötőszövetnek csak közvetlen a vesét borító vékony szelvényében láthatók, magasabb rétegben már nem, rajta át nem hatolnak, sem közeli látható nagyobb edénybe nem futnak. A vese mögött fekvő izomzat beinjiciálva egyáltalán nincsen. Egyes helyeken a vesével párhuzamosan futó, a kötőszövetben haladó nagyobb erekből finom hajszáledények mennek a kötőszöveten át a veseparenchymába. Edények mennek a kötőszöveten át kifelé is. A vese felületével párhuzamosan futó nagyobb edényből hajszáledények mennek a kötőszövet rétegei közé a veseszövetbe kissé tölcsérszerüleg benyúló kötőszövet elég edénydús, 2 helyen a veseszövet el van nyomva, sőt itt csak finom hajszáledényeket látunk. A veséből jövő nagyobb edény a felületen finom hajszáledényekre oszlik.

Ezen második eset súlyos nephritis volt igen nagy oedemákkal s ascitessel, mely utóbbi a rekesz felnyomása által a légzést annyira megnehezítette, hogy többszöri hascsapolást kellett végezni. Műtétet csak lokális érzéstelenítés mellett s gyönge morphiumhatás alatt, s csak egy oldalon végezhettünk, úgy, hogy a bőrt a metszés ideje alatt megfagyasztottuk. A bőralatti szövetek már annyira oedemásak voltak, mintha Schleich-féle mesterséges oedemát hoztunk volna létre, úgy hogy itt további érzéstelenítésre szükség nem volt. Ezen erős oedema a tájékozódást nagyon megnehezítette.

Nagyon óvatosan kellett operálnunk, nehogy a folyadékkal erősen megtelt hasüreg hátsó hashártyája, mely nagy feszülés alatt volt, beszakadjon. Az oedemás szövetek feszülése s a műtéti seb széleinek tátongása oly erős volt, hogy csak igen nagy nehézséggel tudtuk a sebszéleket összehúzni. Ugyanezen okból, hogy a sebszélek ne legyenek nagy feszülés és nyomás alatt, s hogy a hashártya ki ne szakadjon, műtét utáni napon elől hascsapolást végeztünk s a hasüregből igen nagy mennyiségű savót bocsátottunk ki.

A műtét utáni napon a vizelet mennyisége kissé több volt a rendesnél. Másnap még többre ugrott fel, de ezt máskor is láttuk hascsapolás után. A fehérjetartalom azonban, mely műtét előtt 10—12‰ volt, az Esbach-csőben két harántujjal 12‰ fölé ment. 3—4 napig, azután le ment 10‰-re. A vizelet napimennyisége valamit csökkent, közérzete a hascsapolás után javult.

Általában mondhatjuk, hogy itt a műtétnek semmiféle kifejezett hatását nem észlelhettük, ha csak azt nem, hogy közvetlen a műtét utáni napokban a vizelet fehérjetartalma valami keveset emelkedett, mi talán a műtéti traumának tudható be.

A seb per primam meggyógyult, de a beteg 25 nappal a műtét után hirtelen fellépő serofibrinosus pleuropneumonia következtében — melynek fellépése a műtéttel semmiféle összefüggésben nem volt — meghalt.

A veséket itt is úgy injiciáltuk, mint az első esetben; a górcsövi készítményen láttuk, hogy az operált vese felületes rétegei gömbsejtesen beszűrődött kötőszövettel vannak áthatva, mely az újon képzett rostos tokkal szorosan összefügg. Az ép oldali vesében ezen gömbsejtes beszűrődést ilyen fokban a vese felületes rétegeiben nem láttuk; úgy hogy azt a műtét káros következményének kell tulajdonítanunk, mert ezen gömbsejtesen beszűrődött kötőszövet, ha az idők folyamán rostos kötőszövetté alakult volna át, a vese nemesebb alakelemeit, húgycsatornácskákat és glomerulusokat legalább részben összenyomta volna. Ezen esetben ugyan a vesebeli elváltozás különben is már oly súlyos volt, hogy ezen csekély veseparenchymakiesés lehetőségének nem lehet valami fontosabb szerepet tulajdonítani, de mégis tudomásul kell vennünk, hogy ez a műtét következménye volt. Itt láthattuk azon edényeket, melyek a hilusban a veseütérnek közvetlenül a parenchymába mélyedése előtt belőle erednek s a vese felületén felkanyarodnak a zsíros tokhoz s a vese körüli kötőszövethez.

A sorozatos metszeteken az operált vese körül elég sok, de vékony edényhálózatot láttunk, melyek közül sok kívülről befelé a veseparenchymába is behatolt s viszont a veséből a környezetbe is követhetők voltak. Azonban ezeket sem lehet elegendőnek tekinteni ahhoz, hogy a vese táplálkozását lényegesen elősegítsék.

Érdekes lelet volt itt az, melyet az ép vesén láttunk, hogy a bonczolásnál a vese egyik feléről a saját tokot úgy a hogyan azt a műtétnél is szoktuk, lehúztuk s a készítményen ez oldalon is a lehúzott tok alatt még egy finom kötőszövetréteg volt látható, mely a vesét beborította. Úgy látszik, a saját tok több egymástól elkülöníthető rétegből áll.

III. G. E. 18 éves nő. A II. belklinikáról január. 21.-én helyeztetett át.

Kórelőzmény: 1903. karácsony táján vette észre, hogy lába járásközben megdagad; éjjelre ez elmult, később arcza és szemhéja is dagadni kezdett, miért 1904. májusában a budapesti szt. István-kórházba vétette fel magát. 2 hónapig maradt itt, ismét vidékre ment; állapota nem javult; hazajött, itt orvos kezelte; míg 1904. decz. 12.-én ismét a szt. István-kórházba került, honnan 1905. jan. 9.-én a II. belklinikára teszik át. Meghülése, heveny fertőző betegsége nem volt.

Kórkép: A bőr színe halványsárga, lábakon, leginkább az alszárakon, czombokon, háton és hason szintén, de az arczon is vizenyős beszűrődés van; az ujjbenyomatot megtartja.

Vizelet napi mennyisége 400—1000, fajsúlya 1024, fehérje 2—4 %o hyalin és cylinderek.

Szívhangok tiszták, az első kissé gyenge, a második ékelt, különösen az aorta felett. Has megnagyobbodott, hordóalakú, kerülete 98 cm.

Végtagok oedemásak, tésztatapintatúak, ujjbenyomatot megtartják.

Cystoskopos vizsgálat (Illyés dr.): hólyagcapacitás normális, vizelet tiszta, ureternyilások résalakúak, jól láthatók, jobboldali ureter 7-es, baloldaliba 5-ös kathetert vezetve, azokat állandóan bennhagyjuk 10-től 1/2 8-ig; ezen idő alatt a vizeleteket gyüjtöttük. Mindkét ureterből kevés vizelet ürült, melyeknek fagyáspontja: jobb vese $\Delta = 0{\cdot}88$, bal vese $\Delta = 1{\cdot}70$, pholidzininjectio után egyik oldali vizeletben sem volt czukor kimutatható.

Vérvizsgálat. Vérfajsúly 1045, haemoglobin 44 %; vörösvérsejtek száma 3.040,000, fehérvérsejtek száma 6400; vérfagypont $\delta = 0{\cdot}57$.

Műtét (végzi Illyés).

Január 31.-én. Gyenge morphin-chloroform-narcosisban oxygenbelégzés mellett ferde lumbális metszéssel behatolva a jobb veséhez, a Zuckerkandl-féle fasciát megnyitva, az oedemás zsír tünik elő, melyet lehúzva, a vese felülete látható lesz. A zsírt a vese egész felületéről óvatosan le lehetett húzni. A saját tok rendkivül finom hártyát képez, úgy hogy már a zsíros tok lehúzásakor leszakad. Vesetensio fokozódva van.

A vese felületén helyenként ébrényi behúzódás látható. A tok alatt számtalan gombostűfejnyi s valamivel nagyobb, a niveauból ki nem emelkedő intransparens kénsárga pettyek ülnek. A vese legnagyobb domborulatán a középső részen 2—3 gombostűfejnyi, a niveauból kiemelkedő, élénk reactiós udvarral körülvett sárga genygócz, mely egyszeri törlésre megnyilik s tartalma kiürül. A tok könnyen levonható volt. A vese a rendesnél valamivel nagyobb, nagyon törékeny, mert enyhe lehúzáskor a felszinen helyenként bereped.

A tok és felület között a lehúzáskor véredényeket nem látunk megszakadva. A sebet nagy részben nyitva hagyva, jodolos mullal tömjük ki.

Beteg műtét előtt három nappal három napon keresztül 39-en felüli lázakat állott ki, mely műtét előtti napon 37·8-ra lement, 106 pulsussal. Műtét utáni lefolyás következő volt:

Február 1.-én. Vizeletmennyiség 200 cm³, fehérje 9 %o. Kötésén zöldes váladék ütött át. Hőmérsék reggel 37·5, este 37·8.

Február 2.-án. Vizelet 600 cm³, fehérje 10 %o, hőmérsék reggel 37, este 37·6.

Február 3.-án. Átkötés, a műtéti seb felső széle szétment, váladék mennyisége kevés, vizeletmennyiség 500 cm³, fehérje 10 %o, láztalan.

Február 4.-én. Hasmenése van, pulsus gyenge, könnyen elnyomható, vizeletmennyiség 600, fehérje 10 %o, láztalan.

Február 5.-én. Vizeletmennyiség 600, fehérje 12 %o.

„ 6.-án. „ 300, „ 15 %o.

A sebet halvány sarjak fedik.

Február 7.-én. Fonalak eltávolítása, a seb bevarrt része per primam egyesült, nyitvahagyott része kevés váladékproductio mellett tisztán sarjadzik. Vizelet 500 cm³.

Február 8.-án. Jól van. Vizelet 600 cm³.

„ 9.-én. „ 400 „

„ 10.-én. Esti hőmérsék 40 °, pulsus 140.

„ 11.-én. A seb állapota a magas lázat nem magyarázza.

„ 12.-én. Átkötés. Hőmérsék reggel 36·4, este 38·2.

„ 13.-án. Jobboldalt a IV. bordáig érő exsudatum. Priessnitz. Reggel 37·2, este 40, pulsus 140; pulsus szapora, könnyen elnyomható.

Február 14.-én. Reggel erős hasfájdalmakról panaszkodik, has tapintásra igen érzékeny. Hő reggel 39·9, este 39·1, pulsus 144.

Február 15.-én. Szivműködés fokozatosan gyengül; meghalt.

Bonczolás (Entz tanársegéd).

Kisebb termetű, sovány nő bőre melül halvány, haj vörösesbarna, arcz szeplős, szemek csukottak, köthártya halvány, szarúhártya átlátszó, sclera szemrésnek megfelelőleg 1/2 cm. síkban kiszáradt. Orr, fül tiszta, száj csukott, áll meredt, nyak középhosszú, mellkas dombordad, elég széles, emlők ökölnyiek, bimbók laposak, has mérsékelten elődomborodik, külső nemi részek halványak, alfeltáj tiszta, felső végtagok meredtek, alsók behajlíthatók, alsó végtag bőre halvány, tésztatapintatú. Műtét helye: jobboldalt a gerinczoszloptól 4 cm., XII. borda hátsó részének megfelelőleg kezdődik, ferdén előre a spina arterior sup. felé haladó, 15 cm. hosszú műtéti seb, melynek felső 4 cm.-nyi része nyitvamaradt, alsó 8 cm.-nyi része összetapadt, de könnyen szétválasztható. Sebszélek duzzadtak és vörösek, mellettük kétoldalt beszúrások helyei jól látszanak. Seb felső nyitott részlete a bőrön és a böralatti kötőszöveten át a mélybe hatol.

A seb fenekén a vese csücske látszik, seb szélén boncztani részleteket felismerni nem lehet. Fejbőr halvány, koponya középhosszú, bal homloktáj kissé lapos, koponyacsontok elég vastagok, kevés csontbélt tartalmaznak. Kemény burok könnyen leválik, elég vastag, vérszegény, lágy burok kisebb darabokban könnyen levonható, vérszegény. Oldalgyomrokban kevés tiszta savó, érfonatok halványak.

Agy tömött, tésztatapintatú, középvértartalmú. Központi dúczok, kisagy, nyúltagy, Varol-híd agyhoz hasonlók. Agyalapi ütőerek vékonyfalúak, kevés folyékony vért tartalmaznak. Böralatti kötőszövet vizenyősen beszűrődött. Zsírréteg 1—1 1/2 cm. Izomzat vékony, halványvörös, vérszegény. Hasürben körülbelül 1 1/2 liter zavaros, zöldes-sárga, bomlékony rostonyaczafatokkal kevert folyadék. Belek és hasüri szervek felületét szintén mállékony rostonyaréteg vonja be. Hashártya kissé bágyadt színü. Rekeszdomborulat jobboldalt IV. borda felső szélén, baloldalt V. borda felső szélén. Mellürben jobboldalt körülbelül 100 cm³ zöldes-sárga, mállékony rostonyaczafatokkal kevert folyadék; baloldalt körülbelül 250 cm³ kissé vöröses folyadék. Szívburokban kevés tiszta sárga savó. Szív összehúzódott, üreiben közepes mennyiségü folyékony, sötétvörös vér és nagymennyiségü szürkés és vöröses, elég szívós folyadék. Izomzat középvastag, elég tömött, szívós, vérszegény. Nagyerek belfelülete sima, billyentyük épek.

Bal tüdő összelohadt. Alsó lebenye finoman ránczos, felületét finom, könnyen levonható rostonyaréteg vonja be. Alsó lebeny légtelen, mérsékelt vér- és légtartalmú. Csücsban mogyorónyi szívós göcs, metszlapján nehány sajtos szemcse. Hörgök nyálkahártyája halvány. Hörgmirigyek aprók, palaszürkék. Jobb tüdő is összelohadt, a balhoz hasonló, mérsékelten habzó savóval beszüremkedett.

Függőér belfelülete sima. Légcső és gége nyálkahártyája vérszegény. Torok bárzsing halvány. Mandulák jó babnagyságúak, szederjesek. Pajzsmirigy két lebenye galambtojásnyi, benne számos mákszemnyi, egész borsónyi szemcse. Lép mérsékelten megnagyobbodott, szélei tompák, állománya tömött, sötétvörös, benne számos, a metszéslapon kiemelkedő szürkés szemcse van. Duodenumban szürkés, epés nyák, nyálkahártyája halvány.

Mindkét vese nagy, kéregállomány 7—8 mm. vastag. Bal vese metszéslapján az erős befecskendés mellett a vese állományán levő fakófehéres pontok és csíkok láthatók. Jobboldali operált vese hasonlóképen elváltozott, mint a bal, mellső felületén egészen hártyaszerü, finom tok húzódik el, melyen a befecskendezett ere'

finom rajza látható. Vese hátsó felületén, különösen alsó részében, a zsíros tok nagy kiterjedésben levált, e réteg felett egész vékony, laza, szakadékony kötőszöveti réteg húzódik el A vese körüli kötőszöveten és hashártyán levő véredények mindenütt be vannak fecskendezve.

Gyomor nyálkahártyáján a cardia körül számos tűszúrásnyi ömlecs. Epehólyagban kevés világossárga epe. Máj nagy, szélei tompák, állománya tömött, de törékeny, sajátságos zsírszerű, száraz. Vékonybél legalsó részén nehány köles-borsónyi, sajtos szemcse, palaszürke udvarral körülvéve A vakbél palaszürkén elszínesedett szövetében nehány rendetlen alakú, fillérnyi, sajtos szemcsét tartalmaz.

Diagnosis: nephritis chronica; operatio sec Edebohls ante dies XV. facta. Peritonitis et pleuritis seropurulenta bilateralis. Amyloidosis universalis. Hydrops universalis.

A gerinczoszlopot a kilenczedik hátcsigolya magasságában átfűrészelve, a lágyrészeket ezen magasságban átvágva s a czombokat kiizelve, a törzsnek azon részét, hol a vesék fekszenek, meleg vízbe tettük s a veséket üterük felől carmin-gelatinnal befecskendeztük.

Az injiciált vesékből górcsövi metszet készült (Entz Béla dr.), melyen a következőket láttuk:

A nem operált vese tokja széles zsírszövetréteggel van borítva, melyen nagyszámú tág, vérrel telt s többnyire vékonyfalú véredény megy keresztül. A vese tokja vékony, itt-ott régebbi vérzés nyomaképen szemcsés barna festékkel telt sejtekkel van áthatva, mely hol finomabb, hol durvább rögökből áll, de jegeczes festéket nem találunk. A vese felülete egyenetlen, finoman dudoros, vastagabb kötőszövet kötegek a mélybe nem hatolnak.

Maga a vese kötőszövete mindenütt nagy mennyiségü gömbsejtekkel van beszűrődve. Ugy annyira, hogy helyenként a vese finomabb alakelemei, a kanyarulatos csatornák, nem is láthatók, de a Malphigi-glomerulusok mindenütt tisztán kivehetők, nagyok. A glomerulust alkotó véredénykacsok duzzadtak, egynemüek, sejtjeik nem jól láthatók (amyloid). A parenchyma elpusztulása következtében a glomerulusok sürübben kerültek egymás mellé.

A kanyarulatos csatornák többnyire megszükültek. A csatornákat bélelő hám finoman szemcsézett, a csatornák belsejében, különösen a szükebbekben egynemü áttünő tömegek vannak (colloid degeneratio), ugyanitt a hámsejtek ellapultak. A vesehám szemcsézettsége finoman eloszlott, sudan III-mal jól festett zsírcseppektől erednek. A vese kötőszövetének gömbsejtes beszürődése egyes körülirt foltokban igen nagyfokú, s ugyane helyeken a vese kötőszövetében finoman szemcsézett, magfestékkel erősen festődő tömegek láthatók. (Bakteriumok.) E foltszerü gömbsejtes beszürődés tályogoktól ered, a mennyiben az ilyen helyeken a vesében kisebb-nagyobb szakadozott szélü üröket találtunk.

Az operált vese nagyjában hasonló az előbbihez, de felülete nem annyira dudoros, bár ezen is láthatók egyes helyeken kisebb-nagyobb besüppedések. A vese felületén elvonuló újonképezett tokban, mely nagyobbára rostos kötőszövetből áll, barnás szemcsézettség, mely valószinüleg a kiömlött vértől ered, sokkal nagyobb fokú, mint a másik oldali vesén. A tályogoknak tekinthető gömbsejtes, körülirt foltokat ebben a vesében is megtaláljuk. Vese felületes rétegei semmi számbevehető eltérést nem mutatnak.

Diagnosis: (Nephritis diffusa chronica aposthematosa in stadio II.

Sorozatos metszeteken, melyek a vese antero-posterior tengelyének síkjában készültek (Entz Béla dr.) a következőket láttuk:

Ép vese: A capsula proprián kivül sok véredény a kötőszövetben, melyek a saját tokba is belemennek, mint finom hajszáledények, sőt helyenként a veseparenchymába is behatolnak Az edények részben a vesefelülettel párhuzamosan futnak, s a capsulában is finom parallel futó ágak láthatók. A kötőszövetben is nagyobb elágazó edények vannak.

Decapsulált vese. Vékony új tok látható, melyben helyenként finom hajszáledények vannak, mik a vesefelülettel párhuzamosan futnak.

Ezen a Bright kór második stadiumában levő esetben nephritis aposthematosa is volt jelen, miliáris tályogakkal. A fertőzés haematogen úton jöhetett létre, s a vesemedenczére is ráterjedt, mert a vizelet eleinte tiszta volt, s a hólyagban és vesemedenczében semmi kórosat nem találtunk. Tény az, hogy a műtét előtt a két vese vizeletét külön felfogva, a jobb — később operatio alá kerülő — vese vizeletének fagypontja lényegesen eltért a bal vese vizeletének fagypontjától; a mi arra enged következtetni, hogy ekkor már ezen vesében a veseműködést lényegesen befolyásolo folyamatnak kellett jelen lenni. Műtét előtt a beteg pár napig intermittens lázrohamot is állott ki.

Mivel a beteg nagyon gyönge volt, csak egyik veséjét operáltuk, még pedig először épen a jobboldalit választottuk, mivel a functionális vizsgálat ebben súlyosabb elváltozást mutatott, mint a másik oldaliban. Műtétnél a vesetokot feszesnek találtuk, s lehúzása után apró miliáris tályogokat láttunk a vese felületén, melyekből — sajnos — bakteriumos vizsgálatot nem csinálhattunk.

Műtét után a beteg állapota annyiban javult, hogy lázai teljesen megszüntek, pulsusa szapora nem volt s közérzete is a héten keresztül is kielégitő volt. Ennek magyarázatát talán abban kell keresnünk, hogy a feszes vesetok lehúzásával a vesebeli nyomás csökkent, s igy az inficiált szövetek nem lévén nyomás alatt, belőlük infectiosus anyag kevésbbé juthatott a vérkeringésbe, másrészt pedig a műtétnél a vese felületén levő apró tályogok megnyiltak, kiürültek s annyival is kevesebb infectiosus anyag volt a szervezetben. Az infectiót okozó bakteriumok virulentiája csekély lehetett, mert daczára annak, hogy műtétnél a frissen ejtett vese körüli sebbel kétségtelenül érintkezésbe jöttek, ott semmiféle genyedést nem provokáltak, sőt a műtési seb egy része, mely be lett varrva, per primam meggyógyult. A vizelet-elválasztás a műtét után is nagyon csekély mennyiségü volt s igen sok fehérjét tartalmazott.

Hogy a másik vese később betegedhetett meg, azt az Albarran által végzett kisérletekből — melyekről később még szó lesz — meg lehet érteni. Beteg nagyon gyönge kimerült volt, s ezért megmagyarázható, hogy az infectio ráterjedt a pleurára és peritoneumra is, mely azután a műtét után 16 nappal beteg halálát okozta.

A górcsövi metszeteken mindkét vesében körülbelül egyforma kiterjedésben foltszerü-gömbsejtes beszürődéseket láttunk, melyek tályogoktól eredtek. A vese parenchymbeli elváltozása különben igen súlyos volt. Az operált vese újonképzett tokjában barnás-vörös festenyes szemcséket láttunk, (a másik vesetokban is voltak, de nem oly nagy számban) melyek a műtétnél keletkező vérzésből származhattak.

Ezen esetben az ép vesét borító saját tokban is láttunk finom véredényeket, melyek a vese körüli kötőszövetből hatolnak be a saját tokba s onnan a veseparenchymába; ezek azon normális viszonyok között is meglevő renocapilláris edények, a melyek a decapsulatio alkalmával megszakadnak.

IV. F. J. 27 éves, földmives, a II. számú belklinikáról lett hozzánk áttéve november 26.-án.

Kórelőzmény. Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy 1904 május havában meghülés után nyaka, majd arcza felpuffadt, s alsó végtagjai a bokák körül megdagadtak. A dagadás ezután az alsó végtagokon fokozódott, s az alszárakra is felterjedt, majd október hó eleje óta hasa is puffadt scrotuma és penise is megdagadt. Október hó eleje óta gyengén lát; hogy dagadása óta vizeletének napi mennyisége csökkent volna, azt a beteg eddig nem vette észre. Gyöngének érzi magát, úgy, hogy munkáját nem tudta úgy végezni mint az előtt, étvágya csökkent. Október eleje óta bal lábhátán a bőr kifakadt s genyes váladék ürül belőle. 1904 október 19.-től november 26.-ig a II. belgyógyászati klinikán gyógykezeltetett. Utóbbi napon klinikánkra tétetett műtevés czéljából. A II. belklinikán tartózkodása alatt a következőket észlelték:

Október 21.-én. Szemlelet: A pupillák kissé elmosódott határúak, a venák kissé kanyargósan, de sem vérzés, sem plaque nincs. (Blaskovich dr.)

November 17. én. Vizelet állandóan 600—800 cm^3 napi mennyiségü, fehérje tartalma 20‰. Vizelet sedimentumában durván és finoman szemcsézett cylinderek nagy számban.

November 20.-án. Defibrinált vér fagyáspontja $\delta = 0{\cdot}625$.

November 22.-én. Reggel erős fejfájás és hányásinger; délelőtt 10 órakor uraemiás görcs, clonikus-tonikus rángásokkal,

cyanosis, ajkak előtt véres hab, utána comatosus álom erős hörgéssel. 10 ½ órakor körülbelül 3 perczig tartó roham. 12 órakor 2 perczig tartó görcs; 2 órakor 45 perczkor 2 perczig tartó görcs; 3 óra 45 perczkor 3 perczig tartó görcs. 4 óra 45 perczkor venaesectio. 250 gramm vért bocsátunk ki; hypodermoklysis 500 cm³ 7 ‰ Na. Cl-oldattal az infraclaviculáris tájon. 5 órakor 5 perczig tartó görcs. 7 órakor hypodermoklysis 500 cm³ physiologikus konyhasóoldattal. Vizeletben 35 ‰ fehérje.

November 23.-án. Este 8 órakor ismét voltak néhány pillanatig tartó görcsök. 12‰ fehérje.

November 24.-én. Jobban érzi magát.

„ 25.-én. Állapota javul, feje nem fáj.

„ 26.-án. Áthelyezve az I. seb. klinikára, itt a következőt észleltük:

November 26.-án mindkét ureterbe kathetert vezetünk, vizeletét gyüjtjük 10.-től 4.-ig.

Jobb veséből 35 cm³ vizelet ürül, fagypontja $\Delta = 0{\cdot}92$.

Bal vese 50 cm³ vizeletet ürít, melynek fagypontja $\Delta = 0{\cdot}80$.

Vérfagypont $\delta = 0{\cdot}62$.

November 28.-án. Beteg többször hányt, egész nap ágyban fekszik.

November 30.-án. Vizelet napi mennyisége 800, fehérjetartalma 12‰.

Deczember 2.-án. Vizelet mennyisége 900; fehérjetartalma 12‰.

Deczember 5.-én. Mütét (végzi Illyés) gyenge chloroform-narcosisban. Jobboldali ferde lumbális metszéssel az oedemás böralatti szöveten és izmokon áthatolva, a kocsonyás zsírszövethez jutunk, melyet tompán szétválasztunk s a saját tokra érünk. A saját tok egyáltalán nem feszül. A zsíros tok és saját tok közötti összeköttetéseket mindenütt szétválasztva, a mi elég könnyen sikerül, a saját tokot domborúságán felhasítjuk és egész kiterjedésében a hilusig lehámozzuk. Összenövést a vesével sehol sem találtunk, a saját tok vékony és szakadékony volt.

A vese egészben kissé megnagyobbodott, felülete sima, csak helyenként mutat egyenetlenül sugárszerü behúzódásokat. A felület maga intransparens, szürkés és sárga csíkoktól s kölesnyi pontoktól tarkázott.

A tokot a vese mellső felületéről nem irtottunk ki, csak leválasztottuk jó mélyen, a hátsó felületről ellenben kimetszettük. A hátsó üreg drainezése után réteges izomvarrat, bőrvarrat, kötés.

Mütét utáni kórlefolyás:

Deczember 5.-én. Beteg a narcosist jól türte, este 300 gm. vizelet ürül, mely 15‰ fehérjét tartalmaz.

Deczember	7.-én.	Vizelet	800 cm³,	12‰	fehérje
„	8.-án.	„	1000 „	10‰	„
„	9.-én.	„	900 „	9‰	„
„	10.-én.	„	1250 „	9‰	„
„	12.-én.	„	1250 „	15‰	„

Seb per primam gyógyult.

Deczember	13.-án.	Vizelet	900 cm³,		
„	14.-én.	„	950 „		
„	15.-én.	„	900 „	18‰	fehérje.

Erős diureticumot kap, (agurin 1 gm. naponta 3-szor.)

Deczember	16.-án.	Vizelet	750 cm³,	22‰	fehérje
„	17.-én.	„	700 „	25‰	„
„	18.-án.	„	750 „	25‰	„
„	19.-én.	„	1200 „		
„	20.-án.	„	550 „	28‰	fehérje
„	21.-én.	„	750 „	26‰	„

Erős fejfájásról panaszkodik.

Deczember	22.-én.	Vizelet	600 cm³,	28‰	fehérje
„	23.-án.	„	1000 „	24‰	„
„	24.-én.	„	1150 „	24‰	„
„	25.-én.	„	1180 „		
„	26.-án.	„	750 „	28‰	„
„	27.-én.	„	1100 „		
„	28.-án.	„	700 „	20‰	„
„	29.-én.	„	1100 „		

Január 2.-án ureterkatheter mindkét ureterbe, vizelet gyüjtve 10.-től 5.-ig, jobboldalon kiürül 100 cm³, melynek fagypontja $\Delta = 0{\cdot}47$; fehérje 12‰, baloldalt ugyanezen idő alatt 12 cm³ (kevés a katheter mellett lefolyt a hólyagba) ennek fagypontja $\Delta = 0{\cdot}76$, benne 18‰ fehérje; phloridzin-injectio után egyik vizeletben sem mutatható ki czukor.

Január 4.-én. Mütét a bal oldalon (végzi Illyés) gyenge chloroform-narcosisban. A mütétet megnehezíti az, hogy a nagy oedema miatt semmit sem lehet tapintani. Behatolás ferde lumbális metszéssel. Az oedemás szövetek átvágása után a Zuckerkandl-fasciát megnyitjuk, s a kocsonyás vesezsírt széttolva, a veséről lehúzzuk, majd a caps. propriát kis darabon meghasítva, a veséről lehámozzuk, a lehúzás könnyen sikerült; a hátsó felületről a lehúzott tokot ki is irtjuk, mellső felületről jó mélyen letoljuk, de mivel a peritoneummal szorosan összefügg, s az ascites miatt feszülő peritoneum megszakadását el akarjuk kerülni, a tokot nem metszszük ki, hanem összegyürve hagyjuk. A vese megnagyobbodott, felülete szürkésen pettyezett. (Nagy fehér vese.) Réteges izomvarrat, bőrvarrat, kötés.

A további lefolyás a következő volt:

Január	5.-én.	Vizelet	500 cm³,		
„	6.-án.	„	1500 „	3‰	fehérje
„	7.-én.	„	1050 „	11‰	„
„	8.-án.	„	1000 „	11‰	„
„	9.-én.	„	900 „	10‰	„
„	10.-én.	„	900 „	11‰	„

Seb per primam egyesült; hascsapolást végezünk s több liter tiszta sárga savót távolítunk el.

Január	11.-én.	Vizelet	1100 cm³,	11‰	fehérje
„	12.-én.	„	1000 „		
„	13.-án.	„	1200 „		
„	14.-én.	„	1100 „		
„	15.-én.	„	1000 „		
„	16.-án.	„	1200 „		
„	17.-én.	„	1100 „	15‰	fehérje

Hascsapolást végezünk, s négy liter tiszta folyadékot bocsátunk ki.

Január	18.-án.	Vizelet	1600 cm³,	agurinporokat szed.	
„	19.-én.	„	1600 „	15‰	fehérje
„	20.-án.	„	2100 „	12‰	„
„	21.-én.	„	1100 „		
„	22.-én.	„	1100 „		
„	23.-án.	„	2600 „		
„	27.-én.	„	700 „		
„	28.-án.	„	300 „	10‰	fehérje.

Távozik a klinikáról.

Ezen esetben is, hol a betegnek mütét előtt többször ismétlődő erős uraemiás görcsrohamai voltak, melyek venaesectiora s konyhasós hyperdermoklysisekre megszüntek, épen a beteg gyenge állapotára való tekintettel, hogy a mütét ne tartson soká, egyszerre csak az egyik vesét operáltuk. Mütét előtt ureterkatheterrel külön felfogva a két vese vizeletét, meghatároztuk azoknak fagypontját s fehérjetartalmát s azt tapasztaltuk, hogy a két vese müködésében lényeges különbség nincs.

Az első mütét után a vizeletmennyiség daczára a beszedett húgyhajtóknak, csekély volt s igen sok fehérjét tartalmazott (20—28‰), fejfájásai voltak s nagyon rosszul érezte magát.

Második mütét egy hónappal volt az első után. Mütét előtt a két vese vizeletét ureterkatheterrel felfogva azt láttuk, hogy az operált vese ugyanazon idő alatt több s hígabb vizeletet választott ki, melynek fagypontsülyedése kisebb volt, mint a másiké, de kiválasztott fehérjemennyisége is kevesebb volt.

Második mütét után a vizelet mennyisége egy hét mulva el kezdett emelkedni, fehérjemennyiség csökkent, oedemák lassan eltüntek s a közérzet javult s igy tartott ez három hétig. Betegnél ezen idő alatt hascsapolást is végeztünk s dureticumot is szedett.

Tény az, hogy a mütét után a húgyhajtók jobban müködtek, mint azelőtt. Ha számba veszszük az első mütét után az ureterkatheterrel külön felfogott jobb vese vizeletének vizsgálati eredményét s összehasonlítjuk a mindkét vese mütevése utáni állapottal, azt kell constatálnunk, hogy a mütét után a vizelet mennyisége felszaporodott s fehérjetartalma csökkent. Valószinü, hogy a merev vesetok lehúzása után a vérkeringési viszonyok a

vesében jobbak lettek s talán ennek volna ezen eredmény betudandó. Azonban ezen javulás múló volt, mert a harmadik hét utáni két napon — mely idő alatt még a beteg a klinikán volt — láttuk, hogy a vizelet mennyisége megint lényegesen megkevesbbedett s az általános állapot is rosszabbodott.

V. H. Ö., 23 éves nő. A II. belklinikáról deczember 7.-én helyeztetett át.

Kórelőzmény: Hét izben abortált. Férjhezmenetele után félévvel alsó ajkán borsónyi pattanás támadt. Egy pár hétre rá egész testén kiütések keletkeztek.

Orvosa syphilist constatált s 25 kenést végeztetett vele szürke kenőcscsel.

Folyó év junius havában utolsó terhessége alatt már észrevette, hogy ereje gyengül, étvágya elromlott, hányingerei voltak. Orvosa vesegyuladást constatált. Vizelete ezen időben megbarnult, de nem fogyott meg. Abortusa időközben rendesen lefolyt s 2—3 hét mulva végtagjai s arcza is dagadni kezdtek, mely oedemák hol elmaradtak, hol ismét jelentkeztek. E miatt a II. belklinikára került.

Kórkép: Böralatti zsírszövet megfogyott, vizelet napi mennyisége 1800 cm³, fajsúlya 1013, fehérjetartalom 2—3 ‰, üledékben szemcsés cylinderek. Vérvizsgálat: vörösvérsejtek száma 4.120,000, fehérvérsejtek száma 13,600, haemoglobin 51 ‰. Szívcsúcson 1. hang tompa, pulmonalis II. hangja ékelt. Jobb vese alsó polusa tapintható s könnyen helyére csúszik.

Ureterkatheterismus; ureterkatheter mindkét ureterbe. Vizelet gyüjtve 10-től 2-ig. Jobb veséből ürülő vizelet fagyáspontja $\Delta = 0{\cdot}74$, bal veséből ugyanazon idő alatt ürült vizelet fagypontja $\Delta = 0{\cdot}76$. Jobb veséből ürülő vizeletben 3·5 ‰ fehérje, balében 3 ‰ fehérje. Phloridzininjectio után mindkét vizeletben kevés czukor mutatható ki. Vér fagypontja $\delta = 0{\cdot}62$.

Deczember 10.-én. Mütét (végzi Illyés) chloroform-narcosisban. A jobb vándorvesét ferde lumbális metszéssel feltárjuk. A zsíros tokból a vesét kiszabadítva, a saját tokot meghasítjuk, lesimítjuk egészen a hilusig s az összegyürt saját toknál fogva a vesét a fascia lumbodorsalishoz varrjuk. Vese tokja könnyen levonható, a vese színe sötétpiros, helyenként rajta behúzódások vannak, tapintata egyenletesen tömött.

Réteges izomvarrat, bőrvarrat, kötés.

Mütét utáni lefolyás:

Deczember	12.-én.	Vizelet	1400,	fehérje	4·5	‰.
„	13.-án.	„	1400,	„	2·5	„
„	14.-én.	„	1300,	„	2·0	„
„	15.-én.	„	1300,	„	2	„
„	16.-án.	„	1300,	„	2	„

Seb per primam gyógyult.

Deczember	17.-én.	Vizelet	1700,	fehérje	2	‰.
„	18.-án.	„	1800,	„	2	„
„	19.-én.	„	1800,	„	4	„
„	20.-án.	„	1800,	„	3·75	„
„	21.-én.	„	1700,	„	2·75	„
„	22.-én.	„	1500,	„	1·75	„
„	23.-án.	„	1900,	„	4	„
„	24.-én.	„	1600,	„	6	„
„	25.-én.	„	1800,	„	3	„
„	26.-án.	„	2100,	„	4	„
„	27.-én.	„	2000,	„	3·5	„
„	28.-án.	„	2100,	„	2·75	„
„	29.-én.	„	1900,	„	3	„
„	30.-án.	„	2100,	„	3	„
„	31.-én.	„	2000,	„	3·5	„
1905. január	1.-én.	„	2400,	„	6·5	„
„	2.-án.	„	2300,	„	8	„
„	3.-án.	„	2600,	„	2·5	„
„	4.-én.	„	2200,	„	3·5	„
„	5.-én.	„	2300.	„	1·5	„
„	6.-án.	„	2000,	„	0·5	„
„	7.-én.	„	1700,	„	1·5	„
„	8.-án.	„	2300,	„	3	„

„ 9.-én. Mindkét ureterbe kathetert vezetünk, vizelet gyüjtve 10-től 3-ig, jobb oldalról 155 cm³, kissé véres vizelet ürült, melynek fagypontja $\Delta = 0{\cdot}85$, fehérjetartalom 7 ‰ (vér). Bal veséből is véres vizelet ürült, 150 cm³-nyi, melynek fagypontja $\Delta = 0{\cdot}78$, fehérjetartalom 5 ‰. Phloridzininjectio után egyik oldali vizeletben sem volt czukor.

Január 12.-én. Mütét (végzi Illyés) chloroform-narcosisban. A bal vesét ferde lumbális metszéssel feltárjuk. A zsíros tokot meghasítva, vesét a sebből könnyen kiluxáljuk; most a capsula propriát meghasítva egyik polustól a másikig, bonczi csipőkkel lehúzzuk. A vese rendes nagyságú és tapintatú, felületén sárga pettyekben elszínesedés látható. Felület sima, tok könnyen levonható. Vesét a zsíros tokba visszatéve, az izmokat és bőrt bevarrjuk.

Mütét utáni lefolyás:

Január	13.-án.	Vizelet	800,	fehérje	2·5	‰.
„	14.-én.	„	1000,	„	2·5	„
„	15.-én.	„	1500,	„	2	„
„	16.-án.	„	1600,	„	2	„
„	17.-én.	„	2000,	„	2·5	„

Kis fonálgenyedés van.

Január	18.-án.	Vizelet	1600,	fehérje	3	‰.
„	19.-én.	„	1400,	„	1·75	„
„	20.-án.	„	1200,	„	2	„
„	21.-én.	„	1600,	„	1·75	„
„	22.-én.	„	1200,	„	1·75	„
„	23.-án.	„	1350,	„	3	„
„	24.-én.	„	1500,	„	2	„
„	25.-én.	„	1100,	„	1·75	„
„	26.-án.	„	1000,	„	3	„
„	27.-én.	„	900,	„	7	„
„	28.-án.	„	1400,	„	2	„
„	29.-én.	„	1700,	„		
Február	1.-én.	„	1700,	„	3	„
„	2.-án.	„	1700,	„	2·5	„
„	3.-án.	„	1700,	„	2·25	„
„	5.-én.	„	1700,	„	1·75	„
„	6.-án.	„	1800,	„	1·5	„
„	7.-én.	„	1000,	„	1·5	„
„	8.-án.	„	2000,	„	1·5	„
„	9.-én.	„	1900,	„	1·5	„
„	10.-én.	„	1700,	„	1·5	„

Erős szívdobogásról panaszkodik.

Február	11.-én.	Vizelet	1500,	fehérje	3	‰.
„	12.-én.	„	1900,	„	3·5	„
„	13.-án.	„	1700,	„	2·5	„
„	14.-én.	„	1700,	„	2·5	„
„	15.-én.	„	1800,	„	3	„
„	16.-án.	„	2000,	„	3	„
„	17.-én.	„	1800,	„	0·75	„
„	18.-án.	„	1800,	„	2	„
„	19.-én.	„	2200,	„	2·5	„
„	22.-én.	„	2200,	„	2·5	„
„	24.-én.	„	2000,	„	2	„
„	26.-án.	„	1900,	„	2	„
„	28.-án.	„	1700,	„	2	„
Márczius	2.-án.	„	2000,	„	1·75	„
„	3.-án.	„	2400,	„	2·5	„
„	4.-én.	„	1800,	„	4	„
„	5.-én.	„	1800,	„	3·5	„
„	6.-án.	„	1400,	„	3	„

Felső szemhéjak, arcz és bokák oedemásak.

Márczius	7.-én.	Vizelet	1400,	fehérje	3·5	‰.
„	8.-án.	„	2500,	„	3·5	„
„	9.-én.	„	2000,	„	3	„
„	10.-én.	„	2000,	„	2·5	„

„ 11.-én. Mindkét ureterbe kathetert vezetve, a vizeleteket gyüjtjük 10-től 1-ig. Job veséből 140 cm³ vizelet ürül, melynek fagypontja $\Delta = 0{\cdot}80$, fehérjetartalom 3 ‰; ugyanezen idő alatt a bal oldalról 80 cm³ vizelet ürült, katheter mellett a hólyagba is lefolyt egy kevés vizelet, fagypont $\Delta = 0{\cdot}85$, fehérjetartalom 3 ‰; phloridzininjectio után egyik vese vizeletében sem lehetett czukrot kimutatni.

Márczius 12-én. II. belklinikára helyeztük át.

Ezen betegnél, kinél jobboldali vándorvese is volt jelen, mütét előtt végzett ureterkatheterezéssel megállapithattuk, hogy a jobb vándorvese vizeletének fagypontsülyedése csekélyebb, mint a balé, vagyis ezen vese valamivel kevésbé concentrált vizeletet választ el, mint a másik. A veselob valószinüleg az előrement syphilissel állott összefüggésben.

A mütétet a beteg gyengeségére való tekintettel itt is két szakaszban végeztem. Az első mütét jobboldali vesetok lehúzásából s a vándorvesének a tok által a hasfalhoz való odarögzítéséből állott. Mütét után, főleg a harmadik héten, a vizelet mennyisége nagyon megszaporodott; beteg közérzete javult. Egy hó mulva ureterkatheterekkel külön felfogva a két vese vizeletét, azt láttuk, hogy most a jobb veséből ürülő vizelet volt valamivel concentráltabb, mint a bal, mely javulás valószinüleg a vándorvese felvarrásának volt tulajdonitható.

Egy hó mulva a másik, bal vesét is decapsuláltuk. A beteg ezen mütétet is jól türte s a vizelet ezután is nagy mennyiségben ürült s benne kevés fehérje volt, de időnként mégis léptek fel oedemák s egyik-másik napon a fehérje is nagyobb percentben ürült. Közérzete azonban határozottabban jobb lett s meg is erősödött. Az utolsó mütét után két hónappal végzett, ureterkatheterek által külön felfogott vizeletek vizsgálata azt mutatta, hogy az egyik vese ép olyan concentrált vizeletet ürít, mint a másik s a kiválasztott fehérje mennyisége is teljesen egyenlő.

Engel Károly dr. meghatározta a vér fehérjetartalmát is, mely vizsgálati eljárást ő a következőkép irja le:

„A vérsavó fehérjetartalma igen könnyen és rendkivüli pontossággal határozható meg fénytörési coefficiensének meghatározása útján. A capillarisban felfogott vért megolvadni hagyjuk, a kiszorult savó egy cseppjét a Strubell vagy Albe-féle refractometer prismájára teszszük. Beállitjuk az eszközt s scáláján leolvassuk a vérmosó fénytörési coefficiensét. Ez összetevődik a destillált viz fénytöréséből (17·5° C. mellett 1·3332) a nem fehérjemolekulák fénytöréséből 0·0027 és a fehérje fénytöréséből, melynek egy percentjére 0·0017 esik. Physiologikus körülmények között a vérsavó refractioja 1·3487—1·3516 között ingadozik, a mi megfelel 7·42—9·13%-nak. A fehérjekiszámitást vagy a fenti módon eszközöljük, (vérsavó coefficiensből levonjuk a destillált vizet 1·3332, a nem fehérjemolekulákat 0·0027, a megmaradt számot elosztjuk 0·0017-el s megkapjuk a fehérje százalékos arányszámát, például: 1·3500—1·3332—0·0027 = 0·0141 : 0·0017 = 8·3%) vagy egyszerübben oly módon, hogy E. Reissner a boroszlói congressuson bemutatott táblázatában leolvassuk az illető coefficiensnek megfelelő fehérjeértéket.

Az eddigi vizsgálatok szerint Strauss és Chajes, Reiss a vérsavó fehérjemennyiségét, mint a szervezet általános táplálkozási fokát részben megjelölő tényezőnek vehetjük, bár saját vizsgálataim szerint sok előrehaladt, sőt a végstadiumban levő carcinománál is normális érték lehet jelen. A legkisebb értékeket a szerzők, valamint magam is nephritikus hydraemiánál találták, saját vizsgálataimban leszállva 1·3432-ig, azaz 4·22% fehérjére. Vizsgálataim szerint a nephritikus hydraemia ez úton akkor is megdiagnostizálható, mikor a betegnél oedema nincs jelen, tehát egyrészt a prooedemális stadiumban, másrészt az oedemák felszivódása után is. Hevessinénél az adatok:

Január	19.-én	1·3452 = 5·36%
Február	4.-én	1·3468 = 6·28%
„	14.-én	1·3470 = 6·4 %
Márczius	12.-én	1·3470 = 6·4 %

Látjuk tehát, hogy most állandóan oly értékeket tüntet fel a fehérje, mely még jóval a physiologikus határokon alul van. A nő anaemiája legalább látszat szerint változatlan. Kétséget nem szenved, hogy a fehérjetartalom mostani csökkent volta részben a chlorosis rovására is irandó, ez azonban szemmelláthatólag változást nem szenvedve, hajlandó volnék az 1·04% fehérjetöbbletet, mely most állandóan fennáll, a hydraemia csökkenésének javára irni. Magyarázata az volna, hogy a vesék sókiválasztó képessége javul, megszünik a sóretentio s ezzel egyszersmind az általa feltételezett vízvisszatartás is.“

Ezen vizsgálati eljárás is az általános állapot javulását mutatja, mely a vesemüködés javulásának tulajdonitható.

A fentebb említett három betegnél, kik elhaltak, a vesék befecskendezése úgy történt, hogy a gerinczoszlopot a kilenczedik hátcsigolya magasságában átfürészelve, a lágyrészeket ezen magasságban átvágva s a czombokat kiizesítve, a törzsnek azon részét, hol a vesék fekszenek az összes szervekkel együtt 38—40°-os vízbe tettük hosszabb ideig, mig a szervek jól átmelegedtek. Azután óvatosan, hogy más edényt meg ne sértsünk, isoláltuk az aortának azon részét, melyből a vesüterek erednek, felül és alul az aortát lekötöttük, ugyanigy az esetleg ezen oldalból eredő más edényt is s a lekötött aorta részen oldalbemetszést végeztünk s ide egy tompa végü canulet belekötöttünk, melyen át a befecskendést végeztük, úgy, a hogy azt már fennebb leirtuk. A befecskendés befejezte után a törzset egy ideig hideg vízbe tettük, hogy az injiciált massa megkeményedjék, azután a veséket kimetszettük.

A górcsövi készítmények a következő módon készitettek:

Fixálás 4%-os formolban, keményités ismételten váltott absolut alkoholban, chloroform, chloroform-paraffin, beágyazás paraffinba, metszés. A festésnél 1 xylol, 2 absolut alkohol, 3 haematoxylin, 4 viz, 5 alkohol, 6 xylol, 7 canada-balzsam. A metszetek kezelése: fixálás 4%-os formolban, fagyasztás, metszés, keményités 4%-os formolban, festés van Gieson szerint, sudannal és methylibolyával a szokásos módon.

A mütétet csak egyszer végeztük egy ülésben, azaz mind a két vesét egyszerre; a többi esetben külön-külön az egyik s egy pár hét mulva a másik vesét. Operált betegeink ugyanis olyan rossz erőbeli állapotban voltak, hogy azon megnyújtását az operationak, mely két vese egyidejü operatiojából áll, károsabbnak tartottuk, mint a megismételt, de rövidebb ideig tartó beavatkozásokat. Főleg pedig a narcosis volt az, melyet nem akartunk hosszabb ideig alkalmazni s helybeli érzéstelenitéssel pedig nem lehetett sokat elérni, mert a vesetok lehúzása — melyben érző ideg van — mindig fájdalmas volt.

A mütétet a következőkép végeztük: A beteget oldalfekvésben helyeztük el s dereka alá egy párnát tettünk, miáltal a borda és csipőtaréj közti rés tágabb lett. Behatoltunk ferde lumbális metszéssel, mely a 12. borda alsó szélétől s a musculus sacrolumbalis külső szélétől a csipőtaréj felé haladt. A ferde hasizmokat a metszés irányában átvágva rájutottunk a Zuckerkandl-féle fasciára. Ezt behasitva s a többnyire vizenyős zsiros tokot tompán szétfejtve, a vese felületére jutottunk. A zsiros tokot óvatosan leválasztva összegyürtük, hogy a vesét mozgékonynyá téve, a sebből előhúzhassuk; a hol ez nem sikerült, ott is igyekeztünk a zsiros tokot a veséről lesimitani.

Ha ezzel elkészültünk, akkor a vese legnagyobb domborulatán a saját tokot kis helyen behasitottuk s most egy bonczi csipőnek egyik tompa szárát aládugva, a tokot tompán, egyik polustól a másikig felhasitottuk, azután ércsipőkkel lehúztuk a tokot a vese dorsális és ventrális felületéről s midőn a vesét a sebből előhúznunk sikerült, azt a hilusnál körülmetszve eltávolitottuk, ha pedig a vesét kihúzni a sebből nem lehetett, akkor, főleg ha a hashártyával a saját tok szorosan összefüggött, csak behasitottuk jó mélyen a hilusig s ott összegyürtük, a dorsális oldalon azonban a hilusig letolt tokot ekkor is eltávolitottuk.

A vese körüli zsiros tokba a lecsupaszitott vesét visszahelyezve, réteges hasfalvarratot csináltunk.

Még egy belgyógyászati vesemegbetegedést vizsgáltam a Prochnov József egyetemi magántanár fővárosi dologkórházi osztályán, ki az esetet szives volt közlés végett átengedni:

VI. M. G., 26 éves nő; felvétetett 1904. október 1.-én.

Kórelőzmény: Gyermekkorában himlőt állott ki, tuberculosissal terhelt. Öt hét előtt észrevette, hogy vizelés közben nagy fájdalmai vannak egész törzsében. A hideg is több izben kirázta. Ezen rázóhidegek többször ismétlődtek, majd egy hónapig tartó szabálytalan lázak léptek fel, meyeket napokig tartó láztalan állapot követett.

Jelenállapot: A beteg vérszegény, lesoványodott. Mindkét tüdőcsúcs felett finom pattogó zörejek hallhatók. Jobb hasfélben gyermekfejnyi tömött, nem fluctuáló, nem fájdalmas terimenagyobbodás tapintható, melynek határa felfelé a bordaív alá megy, befelé a musculus rectus külső széléig, lefelé a köldök magasságáig, kifelé az ágyéktájig terjed. A tumor elölről hátrafelé kissé

mozgatható, légzési mozgásokat nem követi s belső szélén dobos kopogtatási hang van (colon).

Hólyagot cystoskoppal megvizsgáltam s a következőket találtam. Hólyagban 150 cm³ vizelet, mely kissé zavaros s benne úszkáló czafatok láthatók. Hólyagnyálkahártya nagyjában halvány rózsaszínű; ureternyilások határozott redőn nyilnak, normálisak, résalakúak. A hólyagfundusban a bal felső részben egy belövelt udvarral körülvett, kölesnyi nagyságú piszkos, sárgás-szürkés lepedékkel fedett fekély látható. Mindkét *ureterbe kathetert* vezettem.

A vesék functionális vizsgálata a következő eredményt adta:

A bal vesevizelet fagypontja $\Delta = 1{\cdot}15$; phloridzininjectio után erős czukor-reactiót kapunk s vízivás után jól higít. Jobboldali katheterből ugyanezen idő alatt (10-től 1-ig) igen kevés vizelet ürült, úgy hogy fagypontját meghatározni nem lehetett, de czukrot benne a phloridzininjectio után nem tudtunk s vízivás után nem hígított. Ugyanezen eredményre jutott az én vizsgálatom előtt Kis Gyula dr. is, ki a beteget a Luys-féle segregatorrol vizsgálta.

Mütét 1904. október 20.-án aether-narcosisban (végzi Prochnov tanár): Ferde lumbális metszés; vese kifejtése könnyen ment, csupán felső polusának könnyebb kihozása végett kellett a 12. bordát subperiostális módon kettévágni. A vese el lett távolítva. A sebet drainezve, varrat alkalmaztatott. Láztalan lefolyás, seb per primam gyógyult. Vizelet tiszta, napi mennyisége 1000—1400 cm³. Kivett vese nagyobbára babnyi-mogyorónyi diónyi cystatömegből áll. Felső részében körülbelül diónyi genyes üreg volt, melynek falzata sárgás törmelékkel fedett. Beteg gyógyulva távozik november 19.-én.

Ezen esetben a vese polycystikus megbetegedésével volt dolgunk, mely tudvalevőleg legtöbbször kétoldali szokott lenni s a Bright-kórhoz hasonló tüneteket szokott okozni. Albarran és Newman összegyüjtöttek olyan eseteket, hol diagnostikus tévedés következtében polycystás veséknél nephrectomia végeztetett, midőn egyes esetekben a másik vese előrehaladott megbetegedése miatt a betegek veseinsufficientia miatt elpusztultak. A mi esetünkben ureterkatheterrel külön felfogva a két vese vizeletét s meggyőződve arról, hogy a bal vese jól müködik, ajánlhattuk a jobb vese eltávolítását, melynek polycystikus elfajulásáról mi is csak a műtétnél vettünk tudomást, annyival is inkább, mert ezen vesében egyes cysták, úgy látszik, haematogen úton inficiálódtak, elgenyedtek s ezen folyamat a beteg életét is veszélyeztette. Valószinű, hogy a másik vesében is van polycystás elfajulás, mert a mint utóbbi napokban hallottuk, orvosa azon vese növekedését észlelte s így valószinű, hogy a beteg állapota megint rosszabbodni fog, de a műtét által mindenesetre megmentettük őt az infectio további veszélyeitől.

Ha most azt nézzük, hogy eseteinkben milyen eredményeket adtak a különböző műtéti beavatkozások, akkor sokféle körülményt kell számba venni, mielőtt végleges véleményt alkotnánk.

A mi a heveny nephritiseket illeti, azt látjuk, hogy állatoknál különböző vesemérgek adagolásával sikerül heveny folyamatot a vesében létrehozni. Itt szembetünő azon különbség, mely az egyes állat individuumok között van a mérgek iránti fogékonyság szempontjából, mert míg az egyik állatnál ugyanazon méreg alig van hatással, a másiknál súlyos elváltozásokat hoz létre.

Midőn a mérgek által létrehozott heveny folyamatoknál műtétet végeztünk, mely descapsulatioból állott, a műtét eredményét nem szabad a műtét utáni változásából a folyamatnak megitélni, mert így téves eredményre jutunk.

Hiszen tudjuk és láttuk, hogy ezen heveny folyamatok magukra hagyva is teljes gyógyulásba mehetnek át s legtöbbször, ha csak nem volt nagyon súlyos a mérgezés, át is mentek. A műtét hatását tehát, csak egyes külön észlelt tünet változásából lehetett megitélni. Igy kerestük, hogy vajjon a heveny folyamatoknál beálló tensio-növekedés hogyan változik műtét után s ki tudtuk mutatni, hogy a tensio-növekedés, mely a 19. és 20. esetekben a vizeletelválasztás csökkenését okozta, a vesetok lehúzásával kedvezően befolyásoltatik, mert a vese a nyomás alól felszabadul s ez által a keringési viszonyok is javulnak s a vesemüködés is jobb lesz. (21. eset.) De viszont azt is láttam, hogy a decapsulatio csak igen múlékony hatással volt a vesetensio növekedésére, mert egy esetben a harmadik napon a vesét már megint nagyon keménynek találtam (16. eset.), mi a vesében továbbképződő lobos folyamat, azaz beszürödés fokozódásából meg volt magyarázható.

Ugyancsak a vesebeli nyomás csökkenéséből tudnám megmagyarázni azon jó eredményt, melyet a vesetok lehúzása harmadik (nephritis aposthematosa) esetemben létrehozott. Valószinű, hogy a genyes folyamat elébb csak az egyik vesén kezdődött, habár az infectio haematogen úton jött létre. S itt érdekes, megemlíteni azon kisérleteket, melyeket Castaigne és Rathery, továbbá Albarran és Jacobelli végeztek. Fentnevezett szerzők kimutatták többszörös állatkisérletek által, hogy ha bőr alá fecskendéssel vesemérgeket vittek be a szervezetbe, akkor a létrejött elváltozások mindig mindkét oldalon egyforma fokban jöttek létre s ezt én is megerősíthetem észleléseim alapján. Ha azonban virulens bakteriumculturákat fecskendeztek be a véráramba, azt látták, hogy néha csakis az egyik vesében keletkezet genyes folyamat. Ugyanez látható pl. a tuberculosisnál, ha a bacillus maga telepszik meg a vesében, az igen sokszor csak egyik oldalon történik s létrehozza a gyakran észlelt egyoldali vesetuberculosist; ha ellenben a bacillus toxinja idéz elő nephritises folyamatot, az mindig kétoldali szokott lenni.

A dolog magyarázata az, hogy míg a mérgek a véráramban oldott állapotban maradnak s így egyformán hozzájutnak mindkét vese nemesebb elemeihez, addig a bakteriumok maguk — eltekintve toxinjaiktól — csak akkor hoznak létre elváltozást, ha elegendő nagy számban vannak ahhoz egy helyen jelen, hogy egy kisebb véredényt embolia módjára — eldugaszoljanak s itt tályogképződést indítsanak meg. Érthető tehát, ha ezen feltételek egyik vesében jobban megvannak, mint a másikban s így csak egyoldali heveny genyes nephritis keletkezhetett haematogen infectio útján.

Ezek után visszatérek esetemhez Azért vehetjük fel ezen harmadik esetben, hogy kezdetben csak az egyik vesében keletkezett genyes infectio, mert a vese feltárásakor, — midőn az apró miliáris tályogokat constatáltuk, — s a feszülő tok lehúzása után a beteg két hétig teljesen láztalan lett jó közérzettel, a mi megmagyarázható az által, hogy az inficiált szervben a szövetnedvek a tok lehúzása által a nyomás alól felszabadulván, nem préselődtek be még jobban a szövetek közé s az általános véráramba. Hogy később a másik vese is megbetegedett, az érthető, hiszen tudjuk, hogy az egyik vesének tönkremenő elemei a másik vesére toxikus hatást gyakorolnak.

Láttuk ezt állatkisérleteinkből több helyen, midőn egyik veseütér vagy vivőér, ureter vagy egész kocsány lekötése után a másik vese is megbetegedett vagy legalább is müködésében zavar állott be, mely fehérjét tartalmazó vizelet kiválasztásában állott. Láttuk ezt többször a sebészeti klinikán is, midőn egyik oldali vesegenyedésnél vagy daganatnál, hol az egyik vese tönkremenőben volt, a másik vese külön felfogott vizeletében fehérjét tudtunk kimutatni, mely a vese alteratioját jelezte.

Egy másik symptoma, melyet heveny nephritisnél észlelhettem, fehérjevizelés volt.

Sikerült különböző műtéti beavatkozással (9., 11., 14. eset) s azután bizonyos vesemérgek befecskendésével hosszabb ideig fennálló fehérjevizelést létrehozni. Itt azt láttam, hogy a műtét a fehérjevizelést kedvezőtlenül befolyásolta, mert a fehérjetartalom növekedett, később a fehérjetartalom lassan csökkent, de hogy itt ebben a műtétnek is van szerepe, azt biztosan megállapítani nem lehetett.

A mi az idült nephritist illeti, mesterséges úton idült nephritist létrehozni nem sikerült s azért a decapsulatio hatását észleltem különböző körülmények között, melyek egyike-másika idült nephritisnél is szerepet játszik.

Egyik ilyen kérdés a decapsulatio utáni új tok képződése. Láttam eseteimben, hogy a decapsulatio után 7 napra (12. eset), vagy 12 napra (10. eset) már új tok képződött; mely a vese felületéről annak megszakítása nélkül lehúzható s nagyon finom, vékony volt; létrejött ezen tok ott is, hol a vese a zsíros tokkal, vagy a környező kötőszövettel nem is érintkezett, mint az 5. esetben, hol a hasüregben szabadon levő vesén is új tok képződött. A vesetoknak nagy fontosságot tulajdonítanak a renā-

lis tensio létrejövetele alkalmánál, főleg ott, hol az hirtelen keletkezett, mert a tok nagyon kevéssé rugalmas és így érthető, hogy ilyenkor erős fájdalmak keletkeznek, melyek a tok lehúzása után megszünnek. Edebohls különösen azon szempontból tulajdonít a toknak nagy fontosságot, hogy az áthatlan akadályt képez az edényeknek s ez megint egy fontos kérdés. Láttam több esetben, hogy normális viszonyok közt is léteznek olyan renocapsuláris edények, melyek a veséből a capsulán át a környezetbe vagy viszont a környezetből a vesébe haladnak a capsulán keresztül.

Láttam továbbá, magában a capsulában is a vesefelülettel párhuzamosan futó edényeket. Láttam azután, hogy decapsulationál ezek a bizonyos renocapsuláris edények megszakadnak s vérzenek erősen, pl.: a vena lekötése után, midőn a vesebeli vérnyomás nő, vagy pl. színes massával való injectio után, ha nem vártuk be, míg a massa megkeményedik, ugyanilyen megszakadó renocapsuláris edényekből láttam a massát kiömleni pontszerű ömlecsek alakjában. Az tehát nem áll, hogy a capsula a véredények útjában átjárhatatlan akadályt képezne, hiszen neki magának is vannak véredényei, de meg azután a műtét után újra is képződik s ekkor is lehet benne a *vesétől* és a *veséhez* menő véredényeket látni.

A decapsulatio bizonyos esetekben, hol a vesearteria egyik, másik ága el van dugaszolva, ártalmas lehet, mert általa a meglevő capsuláris edényösszeköttetések elszakíttatnak s így a vese felületének és rétegeinek collaterális vérkeringés útján való vérellátása csökkent, mert egyes készítményeimen látható, hogy a decapsulatio alkalmával egyes anastomosisok szakadtak meg, a tok, illetve környezete és vese között. El kell ismernünk azt, s eseteink is bizonyítják, hogy decapsulatio után rövid idő alatt új tok képződik, mely 3—4 hét mulva már erősebb, mint a régi volt. Láttam azt is, hogy ezen új tokban vannak újonképzett véredények, melyek a veséből, de a vesébe is mennek a környezetből az új tokon keresztül; láttam a kötőszövetnek tölcsérszerű benyomulását a veseállományba, melyben véredény is volt, de hogy ezek a vesét milyen kevéssé képesek vérrel ellátni, azt legjobban azon eseteim bizonyítják, hol a véredényeknek vörös massával való befecskendése előtt lekötöttem az art. renalist. Ezen esetekben egyetlen egy glomerulus sem injiciálódott a környezet felől, csupán azon vékony, a vesebeli kötőszövetbe futó ágak voltak injiciálva, melyeket a többi készítményeimen is láttam a vesébe hatolni, de a melyek a vese táplálkozásában semmiféle nagyobb szerepet nem játszhatnak. Ha bebizonyosodnék, hogy az újonképzett véredényanastomosisok a vese táplálását kielégítő módon átvennék, akkor a vese transplantatiojának kérdése közelednék a megoldáshoz.

Ezen újonképzett véredények úgy látszik idővel csökkennek, én legalább azt láttam, hogy 3 hóval a műtét után kevesebb véredény volt az új tokban és környezetében, mint egy hóval utána, a mi az újonképzett s rostos kötőszövetben érthető is, mely zsugorodva, az új edényeket részben elnyomja.

A mi azt a kérdést illeti, hogy nyomja-e az újonképzett rostos kötőszöveti tok későbbi zsugorodása közben a vesét, erre vonatkozólag úgy véltem felvilágosítást nyerni, hogy megvizsgáltam egy pár régen operált vándorvesés beteget, kiknél a műtét úgy történt, hogy a veséről a saját tok le lett húzva, összegyűrve s ennélfogva lett a vese a fascia lumbodorsalishoz rögzítve. Tulajdonképen ezen esetekben tehát decapsulatio történt. Négy beteget vizsgáltam meg úgy, hogy mindkét oldali vesébe ureterkathetert vezetve, külön felfogtam a két veséből kijövő vizeletet s néztem, van-e eltérés a régebben operált vese vizelete s az ép, nem operált vese vizelete között. A vizsgálatokat úgy végeztem, hogy meghatároztam a két vese fagypontsülyedését, azután a phloridzininjectio után a czukor jelenlétét a vizeletben s a vízivás utáni higító képességét a két vesének.

Egyik eset 8 évvel ezelőtt lett az I. sebészeti klinikán jobboldali vándorvese miatt operálva; a vizelet fagypontja ezen az oldalon $\Delta = 1{\cdot}23$, míg a másikon $\Delta = 1{\cdot}43$ volt; vizelet egyébként normális. Második eset 4 év előtt lett operálva az I. seb. klinikán jobboldali vándorvese miatt, mindkét vesevizelet egyforma concentratiójú s normális. III. eset 3 év előtt lett operálva az I. seb. klinikán jobboldali vándorvese miatt; jobb vesevizelet fagypontja $\Delta = 0{\cdot}81$, balé $\Delta = 0{\cdot}85$, vizelet egyébként normális.

Negyedik eset is 3 év előtt lett jobboldali vándorvese miatt az I. sebészeti klinikán operálva. Jobb vesevizelet fagypontja $\Delta = 0{\cdot}96$, balé $\Delta = 0{\cdot}95$. Egyébként a vizelet normális.

Azt látjuk tehát ezen esetekből, hogy az operált vese által kiválasztott vizelet valamivel kevesebb szilárd alkatrészt tartalmaz, mint a másik, mely különbség igen kifejezett a 8 év előtt operált esetben, a miből arra kell következtetnünk, hogy az újonképzett rostos kötőszöveti tok talán zsugorodásával, talán másképen, de a vesemüködést némiképen kedvezőtlenül befolyásolta.

Egyik esetemben a műtét után 2 héttel azt láttam, hogy az operált vese felületes rétegei gömbsejtesen beszürődött kötőszövettel vannak áthatva, mely az újonképzett rostos tokkal szorosan összefügg. Az époldali vesében ezen gömbsejtes beszürődést ilyen fokban a vese felületes rétegeiben nem láttam, úgy hogy azt a műtét káros következményének kell tulajdonítanunk, mert ezen gömbsejtesen beszürődött kötőszövet később rostos kötőszövetté alakult volna át s a vese nemesebb alakelemeit a felületesen fekvő húgycsatornácskákat s glomerulusokat zsugorodása közben összenyomta volna.

Egyoldali vagy kétoldali nephritis megállapítása élőben néha igen nehéz, vagy egyáltalában nem lehetséges. Ha igaz az, a mit Izrael állít, hogy lehet nephritis jelen mikroskopos elváltozás nélkül s a nélkül, hogy a vizeletben fehérje vagy cylinderek lennének jelen, sőt néha a vesében a mikroskopos elváltozás hiánya sem szól nephritis ellen, mert az oly kis góczokban lehet jelen, a mi a vizsgáló figyelmét elkerülheti, ha ez áll, akkor a kérdést másképen eldönteni nem lehet, mint operált esetekből, hol pontos szövettani vizsgálat végezhető utána, vagy a bonczasztalon, hol a veséket szintén minden irányban vizsgálhatjuk. Ez utóbbi irányban végeztem vizsgálatokat, mert átnéztem erre vonatkozólag az I. számú kórboncztani intézetben a jegyzőkönyvekben 54 Bright-kóros esetet; találtunk is eseteket, hol egyik vesében a bántalom előrehaladottabb stadiumban volt, mint a másikban, de a másik vese is kóros volt, vagyis a bántalom minden esetben kétoldali volt.

Entz tanársegéd úrtól szóbeli közlésből is hallottam, hogy gyakran látnak bonczolásnál eseteket, hol főleg a jobb vesében a gyuladás előrehaladottabb volt, mint a balban, de egyoldali nephritist bonczolásnál egyszer sem láttak. Alkalmam volt 12 esetben Bright-kóros betegnél ureterkatheterrel a két vese vizeletét külön felfogni s láttam, hogy egyik és másik vese vizelete között csak igen csekély különbség volt, de egyoldali Bright-kórt nem láttam, a minthogy nem is képzelhető, hogy haematogen úton létrejövő toxikus megbetegedés egyoldali legyen s igaza van Kümmelnek, midőn azt állítja, hogy midőn csak egyoldali vese vizeletében találhatók cylinderek, fehérje vagy vér, a másik oldali vizelet pedig normális, ilyenkor valószinű, hogy másféle alapbetegség, pl. pyelonephritis, daganat vagy kő van jelen, melyhez még az egészségesen maradt veseparenchym gyuladása is járult. Operált Bright-kóros betegeimnél azt láttam, hogy a műtét után közvetlenül egyik esetben a vizelet mennyisége csökkent (I.), egy másik esetben pedig a fehérje növekedett. (II.) Ezt láttam állatoknál is, hol a műtét a vizelet fehérjetartalmát múlólag növelte, sőt egy esetben utána 2 napos anuria lépett fel. (11. eset.) Később azonban a vizeletmennyiség határozottan megnövekedett, oedemák eltüntek vagy csökkentek, fehérjetartalom kevesbedett, a közérzet javult. Az állapot javulása azonban nem volt progressiv, mert kisebb-nagyobb visszaesések zavarták meg.

A redecapsulatio, mint állatkisérleteim bizonyítják, nagyon káros, mert a régebb idő óta képződött új tok a vese felületével szorosan összenő s e tok lehúzásakor, a redecapsulatio alkalmával a tokkal együtt az odanőtt veseparenchyma is kiszakad s így a vese ezáltal nagyon szenved.

A műtét maga nem veszélyes. Betegeim úgy a narcosist, mint műtétet jól türték; a narcosisnélküli műtét fájdalmas; a vese maga ugyan sem érintésre, sem szúrásra nem fájdalmas, de a vese saját tokja, melyet épen le kell húznunk, nagyon érzé-

keny s így a decapsulatio narcosis nélkül nagyon fájdalmas műtét.

A nephrotomia, melyet Pousson ajánl, chronikus nephritisnél szerintem czélszerütlen beavatkozás, mert Zondek vizsgálataiból tudjuk, hogy nephrotomia után a veseparenchym egy része tönkremegy. Nephritis chronicánál pedig, hol úgyis kevés a működésre képes veseparenchym, azt még jobban csökkenteni nem szabad s ebben igaza van Pelnek, hogy inkább még egy harmadik vesét kellene, ha lehetne, a szervezetbe beiktatni, nem pedig a még meglevők működését is csökkenteni.

Bright-kór lefolyásában előforduló uraemiánál a mütétet nem tarthatom indikáltnak, mert itt az uraemia előidézésében nem a vesebeli tensioemelkedés, hanem másféle vegyi folyamatok szerepelnek, melyekre a decapsulationak, mint a vesebeli tensiót csökkentő beavatkozásnak semmiféle kihatása nincsen.

A javulás megitélésénél számba kell venni azon tényt, hogy nephritis diffusa chronica, midőn a II. stadiumából a gömbsejtes beszürődés stadiumából átmegy a III. stadiumba, a gömbsejtes beszürődés rostos kötőszövetté való átalakulásának stadiumába, midőn ezen rostos kötőszövet zsugorodik s a bal szív túlteng, mi által a keringési viszonyok javulnak, az oedemák csökkennek vagy eltünnek, a fehérje megkevesbedik, vizelet megszaporodik, szóval az általános állapot átmenetileg javul s ha a decapsulatio ezen időszakkal összeesik, esetleg ezen javulást annak tudjuk be s ez által téves következtetésre jutottunk. Idült vesegyuladások gyógyítására fontos azon út, hogy a circulatiót javítjuk új collaterális véredénypályák létrehozásával, mert anastomosisok a vesearteriák ágai között, melyek végüterek, létre nem jöhetnek. Ezt látjuk a spontan gyógyfolyamatoknál, subcapsuláris infarctusoknál, hol a renocapsuláris anostomosisok a táplálást bizonyos fokig átvenni képesek; de Edebohls kitünő eredményeit nem lehet jól érteni, mert pontos kórtörténeteket s adatokat nem közöl. Igéri, hogy most dolgozik eseteinek összeállításán s ezeket részletesen közölni fogja; addig, míg ez meg nem történik, eseteit bizonyítékokul felhozni nem lehet.

El kell ismernünk, hogy eseteink után az életbenmaradt betegek állapotában mindenképen javulás állott be; azonban ezen javulás csak múló s bizonyos ideig tartó volt, mert nem sokára azután megint az állapot rosszabbodása állott be.

Ezen esetekből a következő conclusiokat vonhatjuk le:

1. Decapsulatio után rövid idő alatt új tok képződik.

2. A decapsulatio feszülést megszüntető hatása rövid ideig tart, mert a rövid idő alatt képződő új tok a feszülést megint fenntartja.

3. Az új tokban vannak újonképzett véredények, melyek a vesébe is behatolnak, azonban nagyon csekély számúak s vékonyak ahhoz, hogy a vese táplálásában számbavehető szerepet játszhassanak.

4. Az újonképzett véredények közül, mint az art. renalis lekötése utáni edénybefecskendezés mutatja, egy sem hatol be a glomerulusokba, vagy vesecsatornácskákba.

5. Az újonképzett tok hosszabb idő mulva a vese müködését bizonyos módon károsan befolyásolja.

6. A redecapsulatio káros következményekkel jár a vesére.

7. A decapsulatio heveny nephritisnél az intrarenális nyomásfokozódást nem képes mindig megszüntetni.

8. Egyoldali idült toxikus nephritis haematogen úton létre nem jön.

9. Egyik oldali vese destructiv megbetegedése után bizonyos idő mulva a másik vesében is akár functionális, de söt bizonyos esetekben szöveti elváltozás is léphet fel.

10. A decapsulatio a heveny genyes nephritisnél a renális tensiót csökkenti, a felületesen fekvő geny lefolyásának utat nyit s ezáltal a folyamatot kedvezően befolyásolja.

11. A decapsulatio chronikus, diffus nephritisnél az általános állapotot átmenetileg kedvező irányban befolyásolja, de a visszaesés csakhamar bekövetkezik.

*

Kedves kötelességemnek tartom hálás köszönetemet kifejezni *Bókay Árpád* dr., *Dollinger Gyula* dr. és *Genersich Antal* dr. egyetemi ny. r. tanár uraknak, kiknek intézetében az észleléseket, kisérleteket és mütéteket végezhettem.

Köszönettel tartozom továbbá *Entz Béla* dr. és *Horváth Géza* dr. tanársegéd uraknak, *Bakay Lajos* dr. mütönövendék és *Sándor Ernő* orvostanhallgató uraknak, kik dolgozatom elkészítésénél segédkezni szívesek voltak.

Irodalom.

R. Harrison: Treatment of some forms albuminurie by renipuncture. (The British Medical Journal 1896, oct. 17.)

Izrael: Über den Einfluss der Nierenspaltung auf akute und chronische Krankheitsprocesse des Nierenparenchyms. (Mitth. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chirurgie 1900; V. Bd. III.)

Hofbauer: Ein Fall von zweijähriger unilateraler Nierenblutung. (Mitth. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chirurgie 1900; V. Bd. III.)

Naunyn: Hämaturie aus normalen Nieren und bei Nephritis. (Mitth. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chirurgie 1900; V. Bd. IV. H.)

Bernard: Les fonctions du rein dans les nephrites chroniques. Paris 1900.

Wolff: Über die Erfolge der Nephroraphie. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1897; 46. Bd.)

Klemperer: Neue Gesichtspunkte in der Behandlung von Nierenblutung, Nierenkolik und Nierenentzündung. (Therapie der Gegenwart 1901.)

Pel: Die Nierenentzündung (m. Brightii) vor dem Forum der Chirurgie. (Mitth. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chirurgie 1901; VIII. Bd.; H. V.)

Senator: Nierenkolik, Nierenblutung und Nephritis. (Deutsche med. Wochenschrift 1902.)

Korteweg: Die Indicationen zur Entspannungsincision bei Nierenleiden. (Mitth. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chirurgie. 1901; VIII. Bd. V.)

Kümmel: (Centralbl. für den Grenzgeb. der Med. u. Chirurgie 1903.)

Pousson, Albarran: Société de Chirurgie 1901.

Bergmann, Bruns, Mikulicz: Handb. d. prakt. Chirurgie. III. Bd. 2. Th. 1901.

Edebohls-Beuttner: Die Heilung der chr. Nierenentzündung durch op. Behandlung. 1903.

Lennander: Wann kann akute Nephritis mit Ausnahme der tuberkulösen Veranlassung zu chir. Eingriffen geben und zu welchen? (Mitth. aus der Grenzgeb. der Med. u. Chirurgie. 1902; X. Bd. I. H.)

Rovsing: Wann und wie können die acuten Nephritiden (Tbc. ausgenommen) operirt werden? (Mitth. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chirurgie. 1902; X. Bd. III. H.)

Edebohls: Brit. medic. Journal (nov. 8.)

Claude et Balthazard: Effets de la decapsulation du rein. (Semaine médicale 1902. No X.)

Albarran et Bernard: Regeneration de la capsule du rein après decapsulation de l'organe. (Semaine médicale 1902 No 26.)

Lepine: Sur l'opportunité d'un intervention chirurgicale dans la nephrite chronique. (Semain médicale 1902. No 44.)

Castaigne et Rathery: Nephrites primitevement unilaterales et lesions consecutives de l'autre rein. (Semain medicale 1902. No 46.

Ascoli u. *Figari:* Über Nephrolysine. (Berliner klin. Wochenschrift. 1902.)

Langemak: Die Nephrotomie und ihre Folgen. (Beiträge zur klin. Chirurgie 1902; 35. H.)

Asakura: Experimentelle Untersuchungen über die decapsulatio renum. (Mitth. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chirurgie. 1903. Bd. XII; 5. H.)

Stursberg: Experimentelle Untersuchungen über die zur Heilung chronischer Nephritiden von Edebohls vorgeschlagene Nierenentkapselung. (Mitth. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chirurgie 1903; 12. Bd. V.)

Klink: Die operative Behandlung der Nephritis. (Centralbl. für die Grenzgeb. der Med. u. Chirurgie. 1903.)

Rumpler: Der gegenwärtige Stand der Lehre der chir. Behandl. der Nierenentzündung. (Inaug.-Dissert. Strassburg 1903.)

Bassan: Les interventions chirurgicales dans les nephrites médicales. (Paris 1903.)

Le Nouëne: Du traitement chirurgical des nephrites. (Thèse du Paris 1903.)

Schede: Die neuesten Bestrebungen auf dem Gebiete der Nierenchirurgie. (Ther. der Gegenw. 1903. máj.)

Klemperer: Heilung der chronischen Nephritis durch op. Behandl. (Ther. der Gegenw. 1903. április.)

Klink: Nierenblutung und Nierenschmerzen. (Ther. der Gegenw. 1903. junius.)

Brugsch: Neuere Arbeiten über die op. Behandl. der Nierenkrankheiten. (Ther. der Gegenw. 1903. aug.)

Bevan: The surgical treatment of anuria. (Centralbl. f. Chirurgie 1903. No 31.)

Johnson: Results of decapsulation of the kidney. (Centralbl. f. Chirurgie 1903; 31.)

Edebohls: Renal decapsulation versus nephrotomy, resection of the kidney and nephrectomy. (Centralbl. f. Chirurgie 1903; 39.)

Edebohls: Renal decapsulation for chronic Bright's disease. (Centralbl. f. Chirurgie 1903; No 41.)

Blake: Preliminery report of five cases of renal decapsulation. (Centralbl. f. Chirurgie 1903; No 41.)

Patel et Cavaillon: Du traitement chirurgical des nephrites. (Annales des maladies des organes genito-urinaires 1903; No 18.)

Boncz-Osmalovszky: Einige Untersuchungsergebnisse über die Veränderung der Niere bei Entfernung ihrer Kapsel. (München. med. Wochenschr 1903; No 47.)

Zondek: Die Topographie der Niere. (Berlin 1903.)

Edebohls: Nierendecapsulation, Nephrokapsectomie (Edebohls) und Nephrolysis (Rovsing). (Centralbl. f. Chirurgie 1904; No 7.)

Rovsing: Zur Behandlung des chr. Morbus Brightii, durch Nephrolysis und Nephrokapsektomie. (Centralbl. f. Chirurgie 1904; No 17.)

Stern: Über Veränderung an der Niere nach Entfernung der Caps. fibrosa (Dekapsulation n. Edebohls). (Centralbl. f. Chirurgie 1904; No 27.)

Bakes: Neues Verfahren zur oper. Behandlung der chr. Nephritis. (Centralbl f. Chirurgie 1904; No 14 és 27.)

Zondek: Demonstration einiger anatomischen Präparate. (Centralbl. f. Chirurgie 1904; No 27.)

Rosenstein: Decapsulatio der Nieren beim Morbus Brightii. (Deutsche med. Wochensch. 1904; No 31.)

XXXIII. Congress d. deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. (Centrlbl. f. Chir. 1904. No 27.)

Fergusson: Surgical treatment of nephritis. (Centrbl. f. Chir. 1904. No 30.)

Berg: The present status of the surgical treatment of the chronic Bright's disease. (Centrlbl. f. Chir. 1904. No 43.)

Elliott: The medical aspects of decapsulation of the kidneys for the cure of chronic Bright's disease. (New-York med. Journal 1904.)

Suker: A consideration of the surgical treatment of chronic Bright's disease from the ophthalmic standp-int. (New-York med. Journal 1904.)

Loewenhardt: Zur chirurgischen Behandl. d. Nephritis (Centrlbl. f. Chir. 1904. No 47.)

Ehrhardt: Experimentelle Beiträge zur Nierendecapsulation. (Mitth aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1904. XIII. Bd., 2. H.)

Theleman: Über die Entkapselung der Niere. (Deutsche med. Wochenschr. 1904. No. 15.)

Wituel: Über die Behandlung der chr. Nephritis durch die Edebohls'sche Operation. (Deutsche med. Wochenschr. 1904. No 30.)

Guiteras: The operative treatment of chronic Bright's disease: asecond communication on reports of 120 cases. (Centrlbl. f. Chirurgie 1904. No 12.)

Le Dentu: Traitment chirurgical des nephrites anguos chroniques (La Presse Med. 1904. No 103.)

Vancott: La decapsulation du rein sa valeur en pathologie. (Repertoire therap. d'urologie 1904. No 9.)

Ceccherelli: Decapsulation et fixation du rein. (La semaine medicale 1904. No 42.)

Albarran: Hämaturies des nephrites (Presse Medical 1904. No 83.)

Zuckerkandl: Signification des haemorrhagies renales essentiales, et leur traitement pur la decapsulation. (Semain med. 1905. No 4.)

Herxheimer und *Hall:* Über die Entkapselung der Niere. (Virchow's Archiv. Band 179. Heft 1. 1905.)

Mürset: Archiv f. experimentelle Pathologie und Pharmakologie Bd. 19.

Mongour: A propos de la nephrotomie dans les nephrites medicales. (Rep. therap. d'urologie 1904. No 9.)

Aufrecht: Die Schrumpfniere nach Cantharidin. (Centrlbl. f. d. med. Wissenschaften 1882. No 47.)

Jaboulay: Du traitement chirurgical des nephrites. (Centrlbl. f. Chir. 1904. No 12.)

Pousson: Traitment chirurgical des nephr. médicales. Paris 1904.

Bousquet: Aspect chirurgical des nephrites médicales. (Thèse de Montperlier 1904.)

Luxardo: De l'intervention chirurgical le dans certaiues formes de nephrite. (Ann. d, malad. d'org. gén-urin. 1904.)

Edebohls: The surgery of nephrites. (New-York med. Journal 1904. máj. 21.)

Herman: Nierenspaltung. (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. No 27.)

Cavaillon et *Trillat:* Du traitment du mal du Bright por la decapsulation renale. (La presse med. 1904, No 3.)

Tuffier: A propos de la decapsulation du rein. La presse med. 1904. No 10.)

Rouville: A propos de la decapsulation du rein. (La Presse Med. 1904. jul. 11.)

Romme: La redecapsulation des reins (La Presse Med. 1904. jul. 18.)

Richter und *Roth:* Exp. Beiträge zur Frage der Niereninsuff. (Berl. klin. Wochenschr. 1899. 30., 31.)

Charcot et *Gombault:* Nephrite Saturnine. (Archiv de physiologie 1881.)

Budapest. 1906. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető Kózol J. Antal) Dorottya-utcza 14. szám.

Ötvenedik évfolyam. 6. szám. *Budapest, 1906. február 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.

Róna Sámuel és **Preis Károly**: Közlemény a székesfővárosi szt. István-kórház bőrbeteg és bujakóros osztályáról. A spirochaete pallidáról. 284. lap.

Genersich Gusztáv: A kanyaró lappangása. 286. lap.

Barla-Szabó József: Közlemény a budapesti egyetem gyógyszertani intézetéből. Chloroform és phosgen. 289. lap.

Tárcza. Elischer Gyula: A laparotomia visszatekintőleges megvilágításban. 290. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Carl Sternberg:* Pathologie der Primaererkrankungen des lymphatischen und hämatopoetischen Apparates, einschliesslich der normalen und pathologischen Morphologie des Blutes, samt einer Technik der Blutuntersuchung. 292. l. — *Alexander Bernát* és *Lenhossék Mihály*: Az ember testi és lelki élete, egyéni és faji sajátságai. 293. l. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Bickel:* Az ásványvizek hatása a gyomor secretorius működésére. — *Weichardt*: Az elfáradás toxinja. — *Gyógyszertan — Langgaard*: Protosal. — *Naubert*: Peptobrom-eigon. — Pittylen. — *Labhardt*: Clavin. — *Belorvostan. Kernig*: Typhus abdominalis. — *W. Osler:* Göresök typhusban. — *Sebészet. Pegram*: Lövés okozta szövődött sérülés. — *Harte*: Az intraspinalis tumorok sebészete. — *Auerbach* és *Brodwitz:* A nyaki gerinczvelő nagy intraduralis daganatának sikeres kiirtása. — *A. Wolff*: Ileuslaparotomia. — *Rydygier*: A prostatatúltengés kezelése. — *Schlesinger*: A prostata kiirtása prostata-hypertrophia esetében. — *Hahn*: Vakbélműtétek. — *Gyermekgyógyászat. Heiman Henrik*: Cretinismus. — *Peter H.:* Pneumococcus okozta általános genyes peritonitis. — *Cruchet* és *Lepage*: A Koch-féle bacillus kimutatása gyermekek bélsarában. — *Nobécourt* és *Brelet:* Addison-kór gyors lefolyású esete. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Julien:* Orrblennorrhoea. — *Chasse:* Méhvérzés esete. — *Brinitzer*: Thiosinamin használata utáni hőemelkedés. — Angina pectoris gyógyítása. — *Llewellin Powell Phillips*: Ankylostomiasis gyógyítása. 293—296. lap.

Vegyes hirek. Irsai Artur. — Hintz Henrik. — Kinevezés. — Választás. — Belügyministeri körrendelet. — A tisztiorvosi vizsgáló bizottság tagjai. — XII. szünidei orvosi cursus. — Budapesti VII. ker. orvostársaság. — Elhunyt. — Kisebb hirek külföldről. — Az orvosok száma Párisban. — Gyermekvédelem a gümőkór ellen Franczia országban. — Megjelent. — Tátrafüred. — A budapesti egyetemi I. sz. női klinika. — A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület. — 296—297. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. Orvosegyesület. — Közkórházi Orvostársulat. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Mellékletek. Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning „Gujasanol" czimű prospectusa. — Balázsovich Sándor „Ungu. Inda" cz. körlevele.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a székesfővárosi szt. István-kórház bőrbeteg- és bujakóros osztályáról.

A spirochaete pallidáról.[1]

Közlik: *Róna Sámuel* dr., egyet. rk. tanár és *Preis Károly* dr., alorvos.

A *spirochaetek* tana, eltekintve a trypanosomákkal nexusba hozástól, a beavatottak előtt úgy állott, a mint azt egyikünk az Orvosi Hetilap jubilaris (1.) számában vázolta, a mikor (1905. április 23.-án) *Schaudinn* és *Hoffmann* a syphilis aetiologiájára vonatkozó kutatásaik alkalmával talált *spirochaetekről* egy előleges közleményükben[2] beszámoltak.

Schaudinn ugyanis a nedvező syphilises papulák váladékában és azok mélyéből vett nyirokban, továbbá a syphilises táji mirigyek nyirokjában a következő spirochaete-alakra bukkant: Az *élő* szövetből vett nyirokból készült függőcseppben *igen finom, gyengén fénytörő, igen élénken mozgó spirochaetet látott*, a Giemsa-féle azur-eosin-festékkel festett fedőlemezen pedig *egy halványan festődő typust (spir. pallida): egy többnyire meredek és szük tekervényekkel biró és csak igen jó optikai eszközökkel kivehető spirochaetet talált.*

Ilyenre *nem syphilises laesiókban* nem akadt, de talált *nem syphilises* laesiókban *(5 condyloma acuminatumban)* egy *valamivel erősebben fénytörő, vastagabb és többnyire tágabb csavarmenetekkel biró és a közönséges anilinfestékekkel is sötéten festődő typust (spir. refringens)*, mely viszont tisztán syphilises laesiókban nem mutatkozott. Más különbséget a kettő között, mint a jelzett *festésit* és *alakit*, nem tudtak felfedezni.

E spirochaetek hossza 4—10 μ, átlag 7 μ, tehát kisebbek, mint a *Schaudinn* által akkor ismert spir. Obermayeri, Ziemanni és buccalis; vastagságuk a mérhetetlenségtől egész $^1/_2$ μ-ig váltakozott, utóbbi érték a *refringensre* vonatkozik. A csavarmenetek száma 3—12 volt.

Mozgásuk a spirillumokéval szemben jellemzően háromféle volt: 1. hossztengely körüli forgás, 2. előre- és hátrasiklás, 3. az egész test hajlongó mozgása. *Undulláló hártyának jelenléte néha észrevehető;* ostor hiányzik, a polusok hegyesek. Physiologiai konyhasó-oldatban 6 óra mulva is éltek; concentrált glycerin hozzáadásával egy részük 5—10 percz mulva *mozdulatlanná* lett és *dugóhúzó* alakban még 1—2 óráig mereven megmaradt, azután eltünt; egy részük azonban a megfigyelés *alatt rögtön elvesztette csavarulatait és egyenesre kinyúlt*, majd a pálczika rövid orsóalakú, a *malaria-sporozoitákra* emlékeztető képletté húzódott össze; egy esetben ezen rövidülés kurta ovális alakig fokozódott. Ilyen alakok még 24 órai glycerin-kezelés után, valamint festett készítményeken is találtattak a typusos spirochaetek mellett.

Sch. függőben tartja a kérdést, hogy vajjon ezen alakok *nyugalmi állapotokat* képviselnek-e (ilyet a recurrens spirochaetenél csakugyan észlelt) és ezt a *különböző spirochaete*-fajok fejlődésmenetének további összehasonlító vizsgálata alapján mondja eldönthetőnek. Eddigi kutatásai a mellett szólnak, hogy egyik alakról nem lehet a másikra következtetni.

Sch. és H. e közleményükben bevallják, hagy a mikor vizsgálataikat megkezdték, nem tudtak még semmit azon a *genitaliákon és máshol előforduló spirochaete*-kről, melyekről egyikünk előbbi közleményében megemlékezett és csak a vizsgálat folyamán terjeszkedtek ki ezekre is, és a további kutatásokra bizták:

1. hogy vajjon van-e ezeknek valami közük a *spirochaete refringenshez és pallidához;*

[1] Előadatott a budapesti kir. orvosegyesületben 1905. évi október hó 28.-án.

[2] Arbeiten aus dem kais. Gesundheitsamt, 1905, 22. kötet, 2. füzet, 527—534. old.

2. hogy vajjon a papillomákban talált *spir. refringens* és a lueses laesiókban talált *spir. pallida* között létezik-e biztos megkülönböztető jel?

E további kutatásokat szerzők eleinte maguk végezték, és ezekről csakhamar (május 17.-én) a berlini orvosegyletben számoltak be demonstratiók kiséretében. *Bemutatták az emberi syphilisből, a balanitisből, a szájürből, a Vincent-anginából* eredő *spirochaeteket, az Obermayer-féle és a tyúkspirochaete-ket.*

Ekkor már éles különbséget tesznek a *lueseseknél* talált spirochaete pallida és a *papillomákban* és az akkor már balanitis eseteiben is talált *spirochaete refringens* között.

Az élő spirochaete pallida szerintük *kicsinysége, finomsága, sokkal csekélyebb fénytörése és mindenekelőtt spirális, dugóhúzószerű felcsavarodása* által különbözik minden más *spirochaetetől; a csavarulatok számosak, szűkek, mélyek, és pedig állandóan, akármilyen syphilises laesioban találjuk is.* Ezen alakulatot megtartja a spir. pallida a festett készítményen is. Ehhez jön *még a csekély festhetőség is,* mint újabb megkülönböztető momentum. Ezen előadásban bővebben kiterjeszkedik *Schaudinn* a *spirochaete*-ken észlelt életnyilvánulásokra is. Élve a hossztengelye körüli rotatioval csavarodik tova az egyik irányban, hogy lökésszerű megállapodás után az ellenkező irányban mozogjon tova; de helyváltozás nélkül is látni néha *unduláló* mozgást végigfutni az egész képleten, mint az *unduláló hártya játékának kifejezését*; ehhez még az egész test hajló, kígyózó és ostorszerűen csapkodó mozgása is társul, tehát nem birnak *merev* hossztengelylyel, mint a *spirillumok.*

Schaudinn ugyanekkor bemutatja a *Metschnikoff* által neki kölcsön adott és egy beoltott *makakus* majom-syphilises primaer laesiójából eredő egészen hasonló spirochaeteket is, *Hoffmann* pedig beszámol arról, hogy addig 7 primaer laesioban, 9 secundaer papulában, 12 táji mirigyben, a lépvérben és egyszer lues congenitában elhalt csecsemő lépében és májában megtalálták a spirochaete pallidát; ellenben hogy *nem syphilises* laesióknál (sankeres bubónál, carcinománál, sarcománál, lupusnál) nem találták meg; ép így nem találtak spirochaeta pallidát balanitis erosivát kisérő mirigyduzzanat nyirokjában. *Hoffmann* azután még odavetőleg a *febris recurrens* és *lues* analogiájára is céloz, de egyébként további következtetést leleteiből nem von le.

* * *

Egész sora a vizsgálatoknak indult meg azóta, melyek legtöbbje megerősíti a felfedezők adatait. Ezek mindegyikére nem térünk ki, hanem csak némely *ellenvetésre* vagy *megfontolandóra.*

Igy *Kraus a spirochaete pallidát morphologice* igen nehezen elkülöníthetőnek mondja, inkább hiszi azt *festés* által lehetőnek.

Rille kérdi, hogy a spirochaete pallida nem a mélyben veszi-e fel a *dugóhúzó* alakot?

Ehrmann figyelmeztet *Róna* leleteire és óvatosságra int. *Kiolemenoglou* és *Cube* pedig egyenesen azt állítják, hogy a spir. *refringens* mellett *Schaudinn* és *Hoffmann* festési eljárása szerint spir. pallidát is láttak condyl. acuminatumban, balanitises genyben, kankós Bartholinitis genyében, scrophulodermás genyben, szétesett rák evében, és mindkettőt *saprophytának* tartják. Végül *Hoffmann* egyik közleményében (Berl. klin. W. 1905. 28. szám) maga is kijelenti, hogy 1 cervix- és 2 bőrrák szétesett felületén a *spir. refringens* mellett oly *finom* alakok is voltak, hogy azok elkülönítése a *kevésbé gyakorlottnak néha nehéz lehet.*

Igy állottak a dolgok, a mikor mi a kérdéssel foglalkozni kezdtünk. Mielőtt azonban saját vizsgálatainkra áttérnénk, közöljük *Hoffmannak* az összes eddigi vizsgálatokat összefoglaló pontjait. Eddig a spir. pallidát megtalálták:

1. *Szerzett luesnél*: *a*) a genitális és extragenitális primaer laesioban, *b*) genitális és perigenitális, nedvező és száraz zárt secundaer papulákban, *c*) lábbujjközti condylomákban, *d*) extragenitális papulákban és pustulákban, *e*) táji mirigyekben (inguinális és submentális mirigyben), *f*) lépvérben, *g*) ujjvérben (?). Azóta *Noeggerath* és *Stachelin* a füllebenyéből vett vérben centrifugálása után, és *Raubitschek* az áramló vérben is talált *spirochaete pallidát.*

2. *Congenitalis luesnél*: *a*) a pemphigoidban és a papulákban, *b*) a májban és 1 mogyorónyi májgummában, *c*) a lépben, *d*) a mirigyekben, *e*) a tüdőben, *f*) a vérben (?), *g*) a mellékvesékben (Babes), *h*) a vesében, *i*) a thymusban, csontvelőben, agyhártyában, garat- és conjunctiva-váladékban (Babes).

3. Syphilissel beoltott majmok primaer sclerosisában.

Végül még megemlítjük, hogy *Mulzer* Hoffmann vezetése mellett kiterjedt controllvizsgálatokat végzett. Eredményei a következők:

1. A spir. pallida csaknem szabályszerüen előfordul a *fertőző lues* termékeiben.

2. *Csakis syphilisnél* fordul elő, más betegség laesioiban nem.

3. Megkülönböztetése a durvább saprophyta-alaktól az *avatottnak többnyire könnyü*; a spir. pallida kisebb, finomabb, vékonyabb és meredek dugóhuzószerű csavarulatokkal bir, szemben a durva spirochaete-k hosszabb, laposabb csavarulataival; nehezebben festődik és a *Giemsa*-készítményben többnyire inkább *vörösibolyaszínű*, szemben a durvább alakok kékes színével. Ha ehhez még hozzávesszük, hogy mindezen leletek csak fedőlemezkészítményekre vonatkoztak és hogy *szerzett* luesnél a szövetmetszetekben tudtunkkal eddig csakis *Herxheimer* talált, és pedig sclerosis egyetlen metszetében 2 helyen Nilblau-festéssel, *örökölött lueses* termékben pedig *Reischauer* spirochaetet, és hogy *Metschnikoff* és *Levaditi* a luest már is *chronikus spirillosisnak* nevezi, és hogy több szerző, mint *Fränkel, Sobernheim* és *Tomascewski* (utóbbiak nagyszámú vizsgálatra támaszkodva) a felfedezők intentioján túlmenve a spirochaete pallidáról már mint a lues okozójáról irnak, mindent elmondtunk, a mit az irodalomból kiemelni szükségesnek tartottunk.

Saját vizsgálatainknak első sorban az volt a czélja, hogy meggyőződjünk a *positiv* leletek helyességéről, másodsorban, hogy minő viszonyban állanak a *szerzők spirochaetei* az egyikünk által tartott előadásban (l. Orvosi Hetilap 1906. 1., jubilaris számát) ismertetettekkel, és harmadsorban, hogy ha nincs közük egymáshoz, minő szerepet játszanak?

Vizsgálatainkat megkönnyíté azon körülmény, hogy mi a *legtöbb nem syphilises* laesióban található *spirochaetekkel* már foglalkoztunk, a *spirochaete pallidát* pedig cserében a mienkért *Hoffmann*-tól megkaptuk.

A *positiv* leletek szaporítására kelleténél több időt nem pazaroltunk.

A) Syphilises egyéneknél a következő vizsgálatokat végeztük:

1. *a) Genitalis sclerosis 3 esete,* eredmény kettőben positiv, egyben kérdéses; *b) extragenitalis sclerosis* 1 esete, eredmény positiv.

2. *Condyloma latum* 4 esete (2 férfi, 2 nő), megannyi positiv.

3. *Szájüri papulák* 10 esete, megannyi positiv.

4. *Táji mirigyek nyirokja*: *a*) *inguinalis tájékról* 5 eset, mind positiv; *b*) *állalatti tájékról* (ajaksclerosisnál) 1 eset, positiv; *c*) *könyökhajlati mirigyben* (kézujjsclerosisnál) 1 eset, lelet negativ.

5. *A genitalis regiotól távoleső száraz, fedett papulák és göbök, pustulás syphilidek* 2 esete, lelet eddig negativ.

6. *Gummák*: *a*) *késői* szétesett gumma 2 esete, lelet eddig negativ; *b*) *korai* gumma 1 eset, negativ.

7. *Ujjkúpból recens syphilisestől vett vér* 6 esete, negativ (5 esetet *Körmöczi* vizsgált).

E leleteinkről a következőket emeljük ki: 1. *Positiv* leletek alatt azt értjük, hogy a készítményekben a *Schaudinn* és *Hoffmann* által előirt *Giemsa*-festéssel a *Hoffmann* által rendelkezésünkre bocsátott, *mirigypunctioból* származó *praeparatumban* találtakhoz teljesen hasonló mikroorganismusokra akadtunk. 2. A mi a *negativ* leleteket illeti, azok, minthogy a *Schaudinn* ajánlotta módszerrel festés igen gyengén festi meg a vékony spirochaeteket, és miután *recens* lueses laesiókban a *positiv* lelet *szabályszerűnek* bizonyult, részben a gyér organismusok gyengén festődéséből, részben a vizsgáló türelmetlenségéből, részben pedig esetleges tényleges hiányukból eredtek. 3. A *mirigyekből* punctio vagy exstirpatio útján nyert nyirokban *mindig tiszta kulturában,* más alaktól vagy bakteriumtól nem kisérve találtuk a spirochaete pallida követelményeinek megfelelő képleteket. 4. Ellenben a *genitalis, perigenitalis* és *buccalis* laesiókban (pl. condyloma latumban vagy plaque muqueuseben), tehát oly helyek-

ből vett készítményben, hol, mint azt az előző előadásban egyikünk kifejtette, ép, de főleg lobos állapotban is mindig nagy számban vannak spirochaetek, a *Schaudinn* által leirt typusos alakon kivül más alakú spirochaeteket, sőt egyéb bakteriumokat is találtunk.

B) Nem syphilises egyéneken vizsgáltunk:

*Bartholini*mirigy-tályog genyjét, rhinoscleromás nyirkot, szájüri pemphigoidot, mycosis fungoides nyirokját, lupus hypertrophicus perinealis szétesö góczait, gangraenás fekélyt az alszárról, nyelvrákot, megannyit *negativ* eredménynyel, azaz *spirochaeteket* egyáltalán nem találtunk.

(Folytatása következik.)

A kanyaró lappangása.

Irta: *Genersich Gusztáv* dr., egyetemi magántanár, a kolozsvári állami gyermekmenhely igazgató-főorvosa.

(Vége.)

VII. H. család. Május 20.-án a kis Gerőnél fehértetejü Koplik és erős szemkötőhártyalob miatt a kanyaró előzményi szakának 3. napját tételeztem fel, a kiütést másnapra vártam. A többi gyermeket a lakás felületes kifüstölése után a lakásban hagytam, a beteget egy félreeső szobában teljesen elkülönítettem. Gerőnél a kiütés tényleg 21.-én reggel jött. A fertőzési lehetőséget itt 3 napra összeszoríthatónak véltem, 18, 19 és 20.-ára, mivel akkor már elkülönítés történt, a betegedési határidőt az előzményre 28. és 3.-a, a kiütésre május 31. és junius 2.-a közt állapítottam meg. A kis Annuskánál 27.-én éjfél előtt 11 órakor 38·3° hőemelkedés, 28.-án 36·3—37·5° hő, kötőhártyahurut, 29.-én 36·5—38·7° hő, piros Koplik-folt, 30.-án 37·2—38·2° hő, erősen piros szem és fehértetejü Koplik-foltok, 31. én reggel kiütés voltak észlelhetők. A megbetegedés tehát pontosan a kiszámított lehetőség első napjára esett. A kis beteget, támaszkodva a jelzett időben bekövetkezett lázra, már 28.-án többi testvérétől elvitetve, az első beteg szobájába tettem. A többi testvérnél megbetegedés nem történt. Az, hogy előzőleg már átestek-e ezen betegségen, nem volt biztosan kideríthető.

VIII. Árvaház. Az intézetbe a bántalmat egy május 7.-én felvett gyermek hozta be. 17.-én délben 1/2 2 órakor jelezték megbetegedését. 1/2 4 órakor már ott voltam és a betegnél nemcsak az arczon és törzsön, hanem a felső végtagokon is jellegző kanyarókiütést constatáltam és e jelek alapján a bántalmat 5. naposnak vettem. A gyermeket 5 órakor a Karolina-kórház elkülönítő osztályára vitettem és az intézetet, úgy a hogy lehetett, fertőtlenítettem.

A fertőző beteg az intézetben addig elkülönítve nem volt, mert azt hitték, hogy meghült és számításom szerint már legalább is május 13.-ának estéje óta fertőzhetett. Igy tehát az előzményi tüneteket 23.-án estétől 27.-én délutánig, a kiütést 26.-án estétől 30.-án délutánig vártam. Az előzményi tünetekre azonban a jelen esetben nem támaszkodhattam kellő biztossággal, mivel az intézetben egynehány trachomát kiállott gyermek van és azonkivül egynehánynak folliculáris szemhurutja van. A Koplik-foltok tapasztalásom szerint csak az előzmény 2. napján ismerhetők fel biztosan. A lágy szájpadon mutatkozó kiütés sem jelenik meg az első napon. Igy tehát csak a lázra voltam utalva. Az intézet létszáma 40-en felül van, ezért a növendékek hőmérőzése sem volt rendszeresen keresztülvihető.

Az első 2 lázas beteg épen 23.-ára esett, ezeknek azonban tüszős mandolalobjuk van. 25.-én nehány növendéknél erős kötőhártyalob hívta fel figyelmünket. Koplikfoltok azonban nem voltak kivehetők. 26.-án azonban néhány gyermeknél lágyszájpadi folt és Koplik folt volt kimutatható, jeléül annak, hogy a fertőzés többeknél csakugyan meg történt. L. K. nevü növendék Koplik-foltjainak teteje fehéres volt. Ennél a gyermeknél 27.-én reggel a kiütést már észrevették, én délelőtt azonban már a karokon is láttam foltokat és azért feltételeztem, hogy a kiütés már 26.-án este kezdődött.

Május 28.-án 5 növendéknél, 29.-én 4 növendéknél, 30.-án 1 növendéknél ütött ki a kanyaró. Több növendéknél az előzményi tünetekben csalódtam, ezeket ezután is elkülönítve tartottam.

Első esetemben 26.-án este kezdődött a kiütés, tehát számításom szerint már 23.-án este vette kezdetét az előzményi szak és vele az újabb fertőzés lehetősége. Május 30.-án mindazok, kik betegek vagy gyanusak voltak, elkülönítve tartattak. A többi ez alkalommal egészségesen maradt növendékre nézve a május 23 és 30.-a közti időt jeleztem olyannak, melyen belül azok fertőződhettek. E határnapokhoz 10, illetve 13 napot adva (május 23 + 10 =) junius 2.-a és (május 30 + 10 =) junius 9.-e közt bármikor kezdődhetnek előzményi tünetek, junius 5.-e és 12.-e közt pedig beállhat a kiütési szak. Azonban ezen határnapokon belül újabb megbetegedés nem történt, ennélfogva a vesztegzárt 13.-án feloldottam. A gyermekek az intézetbe többnyire 5—6 éven felüli korukban kerülnek be és igy ha a számos fertőzési veszély ellenére nem estek a bántalomba, valószinüleg már valamikor átmentek rajta.

IX. F. család. Május 8.-án a Pista nevü gyermeknél kanyarót találtam az előzményi szak III. napján. 9.-én jelentkezett a kiütés. A család másik 2 gyermekét 9.-én reggel elküldték a háztól. A fertőzés lehetősége tehát május 6. és 9.-e közé volt határolható. Az előzményi szak kezdete a május 16. és 19.-e közti, a kiütés a május 19. és 22.-e közti időre volt számítható. Május 20.-án délben a 3 éves Sanyi elbágyadt és az elkülönítés helyéről hozzám küldve, nála már kifejezett piros Koplik-foltokat láttam, tehát kanyarót constatáltam, azt az előzmény II. napján levőnek néztem és a gyermeket a szülői házhoz küldtem. A kiütés 22.-én jött, tehát a fenti határidőn belül. A 3. gyermek, az 1 éves Piroska akkor nem lett beteg, mivel azonban Sanyi testvérével 20.-án délig együtt volt, az pedig 19.-étől fogva már fertőzőképes volt, újabb fertőzéstől tartottam. A határidőt 19 + 10 = 29, illetve 20 + 10 = 30.-ára és a kiütés után számítva junius 1. es 2.-a közti időre tettem. Az történt azonban, hogy az illetők, kik a gyermeket tartották, a szőlőbe költöztek, és félve, hogy ott megbetegedhetik, a szülői házhoz május 22.-én visszahozták. E nappal tehát újabb fertőzéslehetőség kezdődött, mely legalább május 24.-éig tarthatott, mivel a 2. beteg ekkor hevült le. Ezen az alapon junius 1-től 3.-áig esetleg előzményi, junius 4.-étől 6.-áig kiütési szakot vártam.

A kiütés a 3. gyermeknél junius 4.-én jelentkezett, a fertőzés kezdete május 22.-ére számítható. Ebből látható, hogy a gyermek sem az első, sem a második esetben nem fertőztetett és ha nem kerül ismét május 22.-én a fertőzött házba, a betegséget kikerülhette volna, a mi nála igazán igen üdvös lett volna, mert bántalmához súlyos bronchopneumonia, majd súlyos vastagbélhurut szövődött, melyekbe majdnem belepusztult.

X. Állami gyermekmenhely. A kanyaró a betegpavillon II. számú gyermekszobájában egész váratlanul ütött ki egy gyermeken, ki idiotismus és rhachitis miatt 3 éves kora daczára még járni nem tudott és e miatt lehetőleg egész napon át a pavillon körül levegőn és napon tartatott. A gyermeknél egyébként idült eczema volt és a kritikus időben még erythema solare is. Május 11.-éig nem mutatkozott betegnek. Délután 4 órakor azonban 40 fokos hőmérséket és az egész testre kiterjedő, inkább skarláthoz hasonló pirosságot találtunk. A nyálkahártyák mindenütt pirosak voltak, e miatt az alsó ajkon levő pirból Koplik-foltokra következtetni nem lehetett. Másnap a piros börön sürün álló, de kiemelkedő foltokat lehetett kivenni és a betegnél tüdőlob tünetei is mutatkoztak. A gyermeket a fertőzési veszély csökkentésére a Karolina-kórház elkülönítő osztályára szállíttattam, hol másnap meg is halt. A többi gyermeket azon a helyen hagytam meg, a hol eddig voltak.

A II. számú szobában ezen a betegen kivül még két gyermek feküdt, egy 3 éves és egy 13 éves. A 13 éves mindvégig mentes maradt, talán azért, mert mint ő maga mondta, már átesett e bajon. A 3 évesnél 19.-én hőemelkedés, 23.-án délután kiütés jelentkezett. Megjegyzem, hogy ennél a betegnél is tüdőlob tünetei voltak, 19.-én még csak érdes légzés, 22.-én hörgi légzés és tompulat a bal lapoczka felett. Ez a beteg is 23.-án a Karolina-kórházba szállíttatott. Nála tehát a 19.-i hőemelkedéssel kezdődő fertőzési veszély ezen a napon megszüntnek volt tekinthető A folyosó ablakait nyitva tartottuk, a falakat 2 meter magasságig lemostuk és a II. számú szobába csak védőköpenynyel jártunk be.

Az intézetben ezután még 2 esetünk volt, az egyik a III.-nak

a szobatársa, a másik a 3-as számú szobában feküdt. A IV. esetben még május 29.-én conjunctivitis lépett fel, de junius 7.-ig hőemelkedés nem észleltetett. A kiütés 8.-án reggel látszott. Az V. esetben a kanyaró junius 9.-én ütött ki.

Ez utóbbi 2 eset fertőzése számításom szerint május 26, illetve 27.-én történt, tehát oly időben, mikor a III számú eset fertőzőképességgel birt.

Hogy a felsorolt eseteket könnyebben át lehessen tekinteni, azokat oszlopos táblázatban tüntettem fel. A megérzékítésre egy egyszerűsített sémát használtam, melynek felső sorában római számokkal a fertőzéstől számított betegségi napok voltak beirva, alsó sorában pedig a tiszta lappangás oszlopa üresen hagyatott, az előzmények szaka kék szinnel, a kiütési szak piros színü koczkákkal jeleztetett. A lappangási oszlopba 10, az előzményibe 3, a kiütésibe 2 koczkát vettem be, miután észleléseimnél ezek a határidők mutatkoztak állandóknak. Ezekkel a sémás rajzokkal mindaz, a mit az esetek leirása közben számításomra nézve elmondottam, igen világosan és tanulságosan feltünt.

A felsorolt esetek között azonban csak egyetlen egy úgynevezett *tiszta* eset volt, tudniillik az első csoport I-ső esete. Ennél ugyanis a fertőzés megtörténte február 23.-ára volt meghatározható. Egy eset még nem bizonyító, azért e helyen még felhozok egynehányat. Ezek részben újabb észleléseimből, részben mostani sorozatom befejezése után előfordult eseteim közül valók.

1902. junius 12.-én saját leányom gyomortünetek és csekély hőemelkedés közt betegedett meg. Aznap délután 5 és 6 óra közt egyik sógornőm ellátogatott hozzánk és a betegnél $^1/_2$ órát töltött. 25.-én délután kiütött nála a kanyaró. 1905. junius 15. én *Cs. családban* az egyik gyermek kanyaróban feküdt. A család többi gyermeke el volt különítve. A 2 nagy fiú azonban minden tilalom ellenére virtusból behatolt a szobába és ott egy darabig tartózkodott. Junius 28.-án mindkettőn kiütött a kanyaró. 1905. junius 12.-én egyik kartársam leányán előzetes 4 napos láz után kanyarókiütés jelentkezett. Pontosan 13 nappal azelőtt a leányka egyik iskolában egy pár órán keresztül tartózkodott, mivel magánvizsgát tett.

Azt hiszem, hogy ezen esetek élénken és határozottan bizonyítanak a Panum-féle időszámítás helyessége mellett.

Méltóztattak azonban látni, hogy én ugyanazzal a számítással a többi esetet is, kettőnek kivételével, le tudom vezetni. Milyen jogon teszem ezt?

Bármely fertőző bántalomnál a fertőzés lehetősége mind addig tart, míg a fertőzési képesség meg nem szünt. A kanyarónál ezen lehetőség, úgy az irodalmi adatok, mint saját észleléseim alapján, az előzményi és a kiütéses szak alatt megvan és ha az előbbire a leggyakoribb előfordulás szerint 3, az utóbbira 2 napot számítunk, 5 napi időre terjed *Ez alatt az idő alatt a beteg bármely napon fertőzhet és a közvetlen környezetben levő egyének, kik a kanyarót még nem állották ki, ezen 5 nap bármelyikén fertőződhetnek.*

Az, hogy az első beteg a fertőzési lehetőség melyik napján fertőzte, környezetének tagjait, az illetők ellentálló képességétől és az érintkezés közelségétől függ.

Járványok alkalmával minden nap tapasztaljuk, hogy oly érzékeny gyermekek, kik máskor is minden bajt fel szoktak szedni, a kanyarót már az első fertőzési alkalomkor megkapják, míg más gyermekek csak akkor fertőződnek, ha a fertőzési veszély többször és hosszabb időn át ismétlődött Intézetekben az egy szobában lakók, az ágy- és asztalszomszédok, iskolákban az egy osztályba járók, az egymás mellett ülők, családban az egymással játszók és foglalkozók szoktak legelőbb megbetegedni. Ez olyan általános tapasztalat, hogy már régóta az elkülönítési rendszabálynak is alapul szolgál.

A csecsemők többnyire egészségesek maradnak, mert a többi gyermekkel kisebb mérvben érintkeznek és a családokban mindig valamennyire külön tartatnak. Ha azonban anyjuk vagy gondozójuk kanyarós lesz, ők sem kerülik ki a fertőzést.

Ha már most a kanyarós beteg környezetének tagjait különböző napokon fertőzte, akkor ezeknél a bántalom kitörése is különböző egymásutánban fog bekövetkezni és az így pár napi időközzel előforduló eseteket egészen jól le tudjuk egymásból származtatni, ha az előbbi fertőzési határból indulunk ki és a lappangási időt állandónak és pedig 13 naposnak veszszük.

Az első betegtől fertőzött többi eset tapasztalataim szerint mindig 5 napon belül szokott jelentkezni oly házaknál, hol máshonnan történt fertőzést teljesen ki lehet zárni. Az első eset legkorábban 10, a legutolsó 14 nappal az első beteg után szokott jönni. Nem feltünő ez a szabályosság? Nem jelenti-e azt, hogy csak a fertőzés történt különböző napokon, de a lappangás mindig ugyanaz? A számítás e mellett bizonyít. Miután a kanyaró már 3 nappal a kiütés előtt fertőzhet, 13 napos lappangás mellett az első eset 10 nap mulva fog bekövetkezni, ha pedig a fertőzés a kiütés 2. napján történt, az utolsó esetnek 14 nappal a fertőző beteg kiütési napja után kell jönnie.

Ez az okoskodás és számítás tette nekem lehetővé, hogy intézetekben és családokban az első és utolsó eset idejét pontosan meghatározzam és minthogy közölt eseteimnél ez a számítás, 2 eset kivételével, teljesen bevált, számításom alapjául pedig mindig 13 napos lappangást vettem, *úgynevezett nem tiszta eseteim is a mellett bizonyítanak, hogy a kanyaró lappangása állandó időtartamú, állandóan 13 napos.*

A két kivételes eset számos észlelésem eredményét nem ronthatja le teljesen. Nincs más szándékom, mint oly szabályt felállítani, mely zsinórmértékül használható legyen. Minden szabály alól vannak kivételek. Két kivétel a szabály alól még nem másítja meg a szabály értékét. De ki kell emelnem, hogy mindkét esetben csak az általam szabályosnak mondott fertőzési időn túli fertőzésről van szó. Freud még 14 nap mulva, a londoni bizottság 3 hét mulva is lehetségesnek tartja a fertőzést. Esetcimben 4 napi késés van és azonkivül oly rendkivüli körülmények szerepeltek, melyek a kivételességet lehetővé tették. Az egyik esetben a bántalom bronchopneumonia képében megtartotta fertőző képességét a rendesnek ismert időn túl is. A másik eset egy súlyos kanyaróval fertőzött épületben fordult elő és ha általában ritkán észleljük is, hogy a kanyarót fertőzött tárgyak terjeszthetik, annak lehetőségét merőben tagadni nem lehet.

* * *

Számításommal azonban nemcsak saját eseteimben voltam képes az eseteknek különböző egymásutánja daczára a kanyaró lappangásának állandó voltát bebizonyítani, hanem egyúttal világosságot tudok deríteni annak okára, hogy a különböző észlelők miért jelöltek meg oly különféle és tághatárú lappangási időt a kanyaró számára.

Saját észleléseim alapján épenséggel nem tagadom, hogy ha egy házban kanyaró ütött ki, az általa fertőzöttek különböző időben nem betegedhetnének meg. Én azonban abból, hogy az egyik beteg 10 nappal, a másik beteg 14 nappal a fertőző eset után lesz beteg, nem arra a következtetésre jutok, hogy a lappangás lehet 10 és lehet 14, azaz 10—14 napos, hanem azt állítom, hogy az egyik eset a fertőzési lehetőség legelső napján fertőződött, tehát 3 nappal a kiütés előtt, s így tehát lappangása 3 + 10 = 13 nap, a másik a kiütés utáni napon, a virágzás napján, tehát itt a lappangás 14 — 1 = 13 nap. A két szélsőség közti esetek szintén 13 napos lappangással a fertőzési lehetőség 5 napos időszakának 2—4. napján fertőződtek.

Ilyenformán *Warschauer* 10—14 napi lappangási szélsőségeit is 13 napra redukálom és mindazok észleléseit, kik ezeken a napokon belüli lappangást engednek meg, 13 napra helyesbítem. Sőt hajlandó vagyok még egy-egy nappal a 10—14 napos határt megtoldani, mert bár eseteim egyike sem eredett a kiütés előtti 4. napból, *Green* és *Bard* észleléseit acceptálva feltételezem, hogy az első kanyaróeset után már 9 nappal jöhet a fertőzöttek elsejének kiütése és mivel az utolsó eset a 14. nap estéjén üthetett ki s lehetséges, hogy az orvos a kiütést csak a 15. napon vette számba, 15 napot veszek utolsó határnak. Ilyenformán mindazok adatait, kik 9—15 napnyi időközre terjesztik a lappangást, 13 napra helyesbíthetem.

Azt azonban, hogy az első eset oly korán fertőzhessen, hogy a következő betegnél a kanyaró 9 napnál hamarább is jelentkezzék, valamint azt, hogy az utolsó eset 15 napnál később jelentkezzék, lehetségesnek nem tartom. Itt tévedés van az észleletekben. A post hoc, ergo propter hoc elvének téves voltát

ide is kell alkalmazni. A szerzők nem veszik számba, hogy ezek az esetek más fertőzésből is származhattak. A kanyarójárványokat jellemzi, hogy az esetek száma mindjárt a járvány elején hirtelen magasra emelkedik. A fertőzési alkalom tehát igen sok helyen adódik.

Thomas lehetségesnek tartja, hogy a beteg az úgynevezett tiszta lappangás alatt is fertőz. Nekem volt egy esetem, hol az egész lappangási időt láz töltötte ki, és diagnosisom typhus, malaria és tuberculosis közt ingadozott mindaddig, míg az előzmények jelentkezése s főleg a kiütés nem tisztázta a helyzetet. Ennél az esetnél is azonban a további betegek oly időben következtek, hogy őket a 13 napos lappangással csak az első eset előzményi időszakába lehetett visszavezetni.

A 19—20 napos lappangás lehetőségét is tagadom. Ezeknek az eseteknek fertőzése 13 nappal hamarább történt, és pedig vagy attól az esettől, melytől származtatták, ha rendkivüli körülmények forogtak fenn, vagy más esettől, melyről azonban tudomásunk nincs.

Markley 30 napos, Tuffnell 45 napos lappangási adata kétségen kivül tévedésen alapszik. Ezt maguk az esetek is bizonyítják, azért ezeket leirom.

Markley orvos volt és ebben a minőségben márczius első hetében kanyarós beteghez vidékre hivatott és ott töltötte éjszakáját. Azután egyáltalában kanyarós beteget nem látott. 30 nap mulva mégis kanyaróban megbetegedett. Ezen tapasztalata alapján állítja, hogy a kanyaró akár 30 napig is lappanghat.

Azt máskor is láthatjuk, hogy az egyszeri érintkezés nem mindig elegendő a fertőzésre. Kanyarónál a fertőzési lehetőség az előzmények beálltával kezdődik, és mégis igen gyakran sikerül a család gyermekeit a kanyarótól megóvni, ha őket a kiütés napján elkülönítettük. E szerint Markley is kikerülhette a fertőzést, bár egy egész éjszakán ott volt a betegnél, annál is inkább, mert feltételezhető, hogy csak a beteg házánál volt és nem a beteg szobájában az illető éjszakán, mert hiszen a kanyaró nem szokta az orvos különösebb segédkezését igényelni. Markley is bizonyára az éj nagyobb részét külön szobában aludva töltötte.

Feleségem és sógornőm, kik 1902-ben gyermekemtől kapták meg a kanyarót, családjukban két izben is kikerülték a fertőzést. 1899-ben egyik, évekkel ezelőtt más két testvérük szenvedett kanyaróban.

Tuffnell a 45 napos lappangás lehetőségét egy oly esetre alapítja, melyhez szintén sok kétely fér. Egy katona, ki már 45 napig fogva volt, 5 nap mulva 3 napos előzmény után kanyaróban betegedett meg. Tuffnell nem tünteti fel azt, hogy a katona a börtönbüntetését előző napon kanyarós beteggel érintkezett volna, hanem csak feltételezi, hogy a fertőzés lehetősége csakis akkor volt meg.

Ezzel szemben azt lehet állítani, hogy az elcsukott katona sincs annyira elzárva, hogy egy lélekkel se érintkezzék. Nemcsak a fogházőr és családja fertőzhette őt, hanem a kivülről bejövő és folyton váltakozó őrség is, azonkivül pedig nyiltan vagy dugva hozzájutott ételek, levelek.

Ezen czáfolatok és birálatok után az irodalmi adatok is azon egybehangzó eredményre vezetvén, melyet régebbi és újabb saját észleléseim adtak, felállíthatni vélem azt, hogy: 1. *A kanyarónak Panum felfogása szerinti lappangása jól meghatározható és állandó időben állapítható meg. 2. A kanyaróval történt fertőzés és a kiütés között 13 nap telik el. 3. Abból a 13 napból többnyire 10 nap a tünetmentes úgynevezett tiszta lappangásra, 3 nap az előzményi tünetekre esik. 4. A kiütéses szak többnyire 2 nap tartamú. 5. A fertőzés lehetősége 3 nappal a kiütés előtt kezdődik, s az egész előzményi és kiütéses szakon át tart. 6. Ha a fertőzési lehetőséget okszerüen összekötjük a lappangási határidőszámitással, nem csak a bekövetkezendő újabb esetek idejét elég pontosan lehet megjelölni, hanem az összes esetek zömére lehet számításomat alkalmazni és meg lehet jelölni azt a napot, melyen a fertőzés történt.*

Van néhány pontosan észlelt esetem, melyekben azt tapasztaltam, hogy ha az előzményi szakot bevezetni szokott hőemelkedés például délre esett, a kiütést jelző magasabb láz és a kiütés is délben köszönt be és a krisis is délben következik be. A fenti tételeket még azzal pótolhatnám ki, *hogy a kanyaró egyes szakai nemcsak napi pontossággal meghatározhatók, hanem az esetek egy részében pontosan annyiszor 24 órának felelnek meg, mint a hány napot megjelöltem. Tehát az előzményi szak 3 × 24 órás, a kiütés 2 × 24 órás tartamú,* sőt pár észlelésem szerint a kanyaró egészen a 24 óra fordulatához tartja magát. A mely időben a fertőzés megtörtént, oly időben jön az előzmény, a kiütés, a lehevülés. Annak magyarázata, hogy a fordulatok hol reggel, hol délben, hol este jönnek, az, hogy a fertőzés is a napnak különféle órájában történhetik.

A kanyaró lappangási időszakának állandó meghatározott volta megegyezik azzal a számos észlelettel, melyet a természetben teszünk. A természetben ugyan igen sok a rendestől való eltérés, de még több a pontos szabályszerüség. A bakteriumok kifejlődése különböző idő alatt történik, ha a táptalaj különféle és ha a külső viszonyok, főleg a nedvesség és a meleg nem állandó. A legkedvezőbb táptalajba oltott és állandóan a thermostatban tartott bakteriumok azonban egyforma idő alatt fejlődnek ki. Én úgy képzelem, hogy a kanyaró fertőző bakteriuma az emberben megtalálja úgy a legkedvezőbb táptalajt, valamint a legállandóbb külső körülményeket, mihelyt az embert fertőzte, és azért természettudományi szempontból is észszerünek tartom annak felvételét, hogy a kanyaró lappangása pontos idő alatt folyik le. Szabályok felállítása mindenkoron szükséges, nem azért, hogy ezek a szabályok megdönthetetlen dogma jellegével birjanak, hanem hogy a természetben észlelt szabályokból az életre kiható és czélszerü következtetéseket vonjunk le. Én jelen esetben is nem azért erőltetem a kanyaró állandó voltának szabályát, hogy ezen szabály alól minden kivétel lehetőségét tagadjam, hanem a szabály felállítása által az orvosnak zsinórmértéket akarok szolgáltatni, melynek segítségével elavult, és kellően nem indokolt véleményeket kellő értékükre redukálhat és melylyel a gyakorlati életben elkülönítési és iskolabezáratási intézkedéseket *öntudatosan* hajthat végre.

Ha szabályul mondom ki, hogy a kanyarós beteg már 3 nappal a kiütés előtt fertőzhetett, a további lehető eset ettől a naptól számított 10 nap mulva már fertőzővé válhatik, ez a nap pedig az első eset kiütési napja után 7 napra esik: eléggé hathatósan emeltem ki annak czélszerüségét és fontosságát, hogy családokban és iskolákban járványok elején 7 nappal az első beteg kiütési napja után elkülönítési és óvóintézkedéseket kell tenni.

És óhajtandó volna, hogy azt az indítványomat, melyet már két évvel ezelőtt a kolozsvári vándorgyülésen tettem és ebben az évben a Kolozsvár városi egészségügyi szakosztályban megismételtem, visszhangra találjon és gyakorlatilag alkalmaztassék. Mostani soraim eléggé tanúskodnak számításom helyessége mellett.

De ha az, a mit csekély ügykörömben, csekély erőmből kifolyólag kiderítettem, nem volna eléggé meggyőző, ám kérem a vándorgyülésen tett indítványom másik részét foganatosítani és a kanyaró lappangását országosan végzett észlelésekkel megállapíttatni. A kanyaró évente 10,000 gyermek halálát okozza, és azután még hány gyermek pusztul el utóbántalmakban, tuberculosisban, melyet a kanyaró helyéből kiugrasztott. Ez a sok ezerre menő haláleset megérdemelné a fáradságot, és azon érdeklődésnél fogva, melyet Magyarország művelt társadalma a tuberculosis elleni küzdelem iránt tanúsít, szükséges is volna, hogy az orvosok ily irányban közreműködjenek és munkálkodjanak.

De mivel a többi fertőző bántalom lappangási ideje és fertőzési lehetősége még kevésbé ismeretes, mint a kanyaróé, s ezek időpontját illetőleg még nagyobb nézeteltérések és ellenmondások uralkodnak, óhajtandó volna, hogy az országosan megindítandó kutatás az összes bennünket érdeklő fertőző bántalmakra kiterjesztessék.

Az organo- és serotherapia nagy vívmányai ellenére a fertőző bántalmaknál még ma is legfontosabb a betegségtől való megóvás, a prophylaxis. Már pedig azt a fertőző határidő és a lappangási szak pontos ismerete nélkül öntudatosan alkalmazni nem lehet.

Járványügyünk rendezése is ezen kérdés körül forog. A fertőző bántalmak kórlefolyása, fertőzési módja és ideje még nincs annyira kiderítve és tisztázva, hogy az orvosok köztudatába ment volna, és hogy szakemberek adott esetben egy járványügyi kérdés elintézésénél egybehangzó és egyöntetü véleményeket alkothatnának

és adhatnának a hatóságoknak és a törvényeket és szabályrendeleteket készítő testületeknek.

Ez a fertőző bántalmak prophylaxisának legfőbb akadálya. A meddig a szakemberek egymással merőben ellentétes és ingadozó véleményekkel állanak elő, addig nem kell, de nem is lehet a laikusoktól elvárni, hogy szakvéleményeinket elfogadják és a fertőző bántalmak országos rendezésének idejét elérkezettnek lássák.

Irodalom. 1. *Alsberg:* Beiträge zur Kenntniss der Masern. Archiv für Kinderheilkunde. I. f. 788. — 2. *Bókay János:* A kanyaró. A belgyógyászat nagy kézikönyve. I. Budapest, 1894. — 3. *Bohn:* Masern. Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten. 2. k. 1877. — 4. *Bard:* Epidemiologie de la rougeole. Gaz. des hôp. 1891. junius. — 5. *Comby:* Rougeole. Traité des maladies de l'enfance. I. Paris, 1897. — 6. *Demme:* Bericht über eine Masernepidemie. 12. Bericht über die Thätigkeit des Jenner'schen Kinderspitales in Bern. — 7. *Demme:* Die bemerkenswerthen Eigenthümlichkeiten einer Masernepidemie. 19. Bericht über das Jenner'schen Kinderspital in Bern. 1881. — 8. *Fels:* Erfahrungen aus einer Masernepidemie. Wiener med. Presse. 1904. 38. sz. — 9. *Ferreira:* Klinische Bemerkungen über Masern. (Archivo italiano di Pediatria. 1894. XII. 1.) Archiv für Kinderheilkunde. XVIII. 100. Ref. — 10. *Foerster:* Über Gesetzmässigkeit in der Wiederkehr und dem Verlauf gewisser Epidemien. Jahrbuch f. Kinderheilk. 1868. 1. k. 142. l. — 11. *Freund:* Beobachtungen über die Verbreitungsweise der Masern. Monatsschrift f. Kinderheilkunde. II. k. 475. l. — 12. *Freyer:* Eine lokalisirte Masernepidemie. Deutsche med. W. 1878. 52. sz. — *Gerusheim:* Vereinsbericht der niederrheinisch-westphälischen Kinderärzte am 9/III. 1902. Arch. f. Kinderheilk. 16. k. 222—225. l. — 14. *Genersich Gusztáv:* A fertőző bántalmak lappangási időszakának fontosságáról. Budapesti Orvosi Ujság. 1903. Gyermekorvos 1. — 15. *Gild:* Incubation der Masern. Annales de la Policlinique de Paris. 1891. augusztus. Arch. f. Kinderheilk. 15. k. 146. l. Ref. — 16. *Green:* Die Incubationszeit für Masern. Brit. med. journ. 1883. 1162. l. Archiv f. Kinderheilk. 20. k. 448. l. Ref. — 17. *Hagen:* Zur Epidemiologie der Masern. Correspondenzblatt f. schweizer Ärzte. 1901. 654. l. — 18. *Hand:* Die Bedeutung der Incubationsdauer für die Diagnose der acuten Exantheme des Kindesalters. Archiv of pediatrie. 1904. április. Arch. für Kinderheilk. Ref. — 19. *Hansen:* Smitte forhold ved Meslinger anderes Incubationstid. Norsk. Magazin for Laegeoidensk. R. 3. Bd. 9. p. 952. 1879. Virchow-Hirsch Jahresb. 1880. II. k. 38. — 20. *Henoch:* Über die Masernepidemie der letzten Jahre. Charité-Annalen. XVI. évf. — 21. *Koren:* Incubationsleiden for Meslinger. Norsk. Magazin for Laegeoidensk. R. 3. Bd. 7. Forhandt. p. 66. Virchow-Hirsch Jahresberichte 1877. II. 64. — 22. *Landtscherr:* Wiederholte Infektion bei Masern. La pediatrie pratique. Arch. f. Kinderheilk. — 23. *Leroux:* La France méd. 89. sz. Arch. f. Kinderheilk. 12. k. 106. l. — 24. *Londoni bizottság:* Report of a commitee appointed by the clinical society of London to investigate the periods of incubation and contagiousness of certain infectious diseases. Supplement to volume thwenty fifth. London, 1892. Longmann, Green and Co. — 25. *Markley:* Masernincubation. The therapeut. gazette. November. 1889. Archiv für Kinderheilk. 15. k. 104. l. Ref. — 26. *Mercier:* Sur la contagion de la rougeole. Gaz. hebd. 1891. 43. sz. 513. l. — 27. *Murray:* On an epidemie of measles of the foundling hospital. Lancet. 1891. január 3. 15. l. Virchow-Hirsch Jahresb. 1891. II. 26. — 28. *Panum:* Beobachtungen über das Maserncontagium. Virch, Arch. I. 492—512. l. — 29. *Purjesz:* A kanyaró. A Belgyógyászat tankönyve. 1894. — 30. *Sevestre:* Über Incubationsdauer und Ansteckungfähigkeit der Masern. Revues mensuelles des maladies de l'enfance. 1886. julius. — 31. *Silberberg:* Virchow-Hirsch Jahresb. 1885. II. 39. — 32. *Steinitz:* Beitrag zur Charakteristik der Breslauer Masernepidemie. Allgemeine med. Central-Zeit. 1876. 56. — 33. *Thomas:* Die Dauer der Incubationsperiode der Masern. Arch. der Heilk. 1867. 4. f. — 34. *Tuffnell:* Masern mit verlängerter Incubation. The Dublin journal of med. science. 1872. julius. Jahrb. f. Kinderheilk. 1873. 6. kötet, 186. lap. — 35. *Vacher:* Die Incubationszeit der Masern. Brit. med. journ. 1883. 1159. l. Jahrb. f. Kinderh. 20. k. 448. — 36. *Voit:* Epidemiologisches aus der Würzburger Kinderklinik. Jahrbuch f. Kinderheilk, 5. k. 266. l. — 37. *Warschauer:* Die Masernepidemie zu Krakau im Jahre 1881, mit Bemerkungen. Arch. f. Kinderheilk. 1882. 3. k. 5. l.

Közlemény a budapesti egyetem gyógyszertani intézetéből.

Chloroform és phosgen.

Irodalmi tanulmány.

Barla-Szabó József gyógyszertani intézeti gyakornoktól.

(Vége.)

E tapasztalatok alapján *Schumburg* azon következtetésre jut, hogy „vagy úgy viselkedik a phosgen a haemoglobinnal szemben mint a szénmonoxyd, vagy pedig a vérben (mint alkalikus folyadékban) szétesik sósavra és szénmonoxydra s ez utóbbi lenne a phosgen-mérgezésnek hatékony tényezője, mely így szénmonoxydhatásra vezethető vissza". Természetesen ez utóbbi esetben a képződő sósav megváltoztatná a vér reactioját. Ellenőrző kisérletül tiszta phosgent vezetett át bőségesen ammoniumoxalattal megalvadás ában akadályozott véren, melynek reactioját a kisérlet előtt és után pontosan megállapította s kisérlet után a vér alkalikus reactioját megcsökkentnek találta. Ez tehát igazolja, hogy a chloroformból gázlángnál képződő phosgen a vérben szétesik sósavra és szénmonoxydra s ez utóbbi a halálok.

Schumburg további tapasztalata alapján a phosgenképződés különösen akkor megy végbe könnyen, ha a gázlángok nem igen magasan vannak elhelyezve, mert a specifikusan nehéz chloroformgőzök hajlama nagyon csekély, hogy felfelé szálljanak, s így a lángba nem juthatnak.

Ezért tehát elektromos világítást, vagy magasan elhelyezett gázlángokat kell alkalmazni (ez utóbbi esetben a sebész segélyére vannak a reflectorok) s a lefelé szálló nehéz chloroformgőzöket jó ventilatioval ki kell üzni.

Gerlinger (19) demonstrative iparkodott kimutatni a chloroform elbomlását. Ő phosgen- és sósavgázképződést vesz fel a láng környékén direct oxydatio folytán a következő képlet szerint: $CH Cl_3 + O = CO Cl_2 + H Cl$. A phosgen-gáz keletkezésének igazolását fehér köd képződésében s a sósavétól és chlorétól merőben eltérő, organikus savchloridra jellemző szag fellépésében látja, a phosgen mérgező hatásául pedig e gáznak az állati organismus hőmérsékleténél történő szétbomlását fogadja el: $CO Cl_2 + H_2O = 2 H Cl + CO_2$.

Gerlinger a chloroform szétbomlási termékeit zárt palaczkokban salétromsavval* megsavanyított ezüstnitrat és methylorange híg oldatán vezette át. Pár percznyi kisérletezés után az ezüstnitratból czüstchlorid vált le, a methylorange sárga színe pedig élénken megvörösödött, a mi savi reactio előálltát bizonyította. *Gerlinger* ez eredményt a phosgenképződésre feltétlen bizonyítónak tartja, a mit azonban csak úgy fogadhatnánk el, ha a palaczkok oldatai felett meggyült gáz chemiai megvizsgálása positiv volna, mert az ezüstchlorid lecsapódása sósavtól is származhatik.

Desgrez (20) szerint a chloroformos altatásnál előforduló accidenseket a *CO*-nak a haemoglobinban való fixatioja magyarázná meg. *Desgrez* ugyanis kimutatta, hogy a chloroform *in vitro* decomponálódik alkalikus vizes oldatban *CO* képződése közben s e folyamat — szerinte — a vérben hasonló viszonyok közt szintén megtörténhetik.

A *CO* kimutatására nem a bizonytalan spektroskopos eljárást, hanem a rendkivül érzékeny *Grehant*-féle (21) *grisonmètre*-t használta, mely a haemoglobinban fixált *CO*-t még oly légkörben is képes kimutatni, mely $\frac{1}{60{,}000}$ rész CO-t tartalmaz.

Kisérleteiket protraháltan narcotizált kutyákon végezték a grisonmètre segélyével. Előbb 25 cm³ normális vér gázait szivatták ki a higanytrompával, majd elnyelették a CO_2-t s azután levegő feleslegét bocsátva hozzá, a vérgázt elégették. Erre a normális vérnél 0·6—0·7 divisioreductio mutatkozott, míg a ½ – 2—3—7 órai, időnként megszakított, de innét a tartós teljes anaesthesiáig folytatott narcosis után az 1·2—1·5—1·6 divisiora emelkedett. Ebből átszámítás útján a kutya 100 cm³ vérében 0·52 cm³ *CO*-t tudtak megállapítani, a mi *Grehant* szerint megfelel oly légkörben való ½ órai lélegzés következményeinek, a mely 10,000 levegőre 1 térfogat *CO*-t tartalmaz.

Ha most a dolgokat 65 kgr. emberre és annak 5 liter vérére átszámítjuk, azt találjuk, hogy 2 órán át fenntartott anaesthesia után — a mi elő szokott fordulni — 26 cm³ *CO* keletkezhetik.

Azt lehetne kérdezni, hogy ily csekély mennyiség *CO* okozhat-e zavarokat? *Grehant* kisérletei szerint *igen*. Szerinte a respiratorius capacitás — 100 cm³ vér oxygen felvevő képességében fejezve ki — jelentékenyen meggyülik oly atmosphaerában, a mely $\frac{1}{10{,}000}$ viszonyban *CO*-t tartalmaz.

* A salétromsavas megsavanyítás lehetetlenné teszi az ezüstcarbonat kicsapódását, mely a levegő CO_2-ából képződhetnék, s így a kisérletet zavarná.

Chloroformos víz a vérhez hasonló manipulationak alávetve nem adott reductiot a grisonmètre-en.

Az irodalomban ennyi adatot találtam és szerezhettem be a chloroform elbomlására. Figyelembe véve a közlemények tapasztalatait, a következőket látjuk beigazolva:

1. *A chloroform nyitott lánggal érintkezve ennek izzó részében elbomlik. Ez elbomlás nem a fény és világosság behatásának, hanem a lánggal való direct érintkezésnek, tehát a magas hevítésnek tulajdonitandó.*

2. *Az elbomlás fő terméke némelyek (Gerlinger, Schumburg Bosshard-Stobwasser) szerint phosgen, mások (Kunkel, Rudolph, Eisenlohr és Fermi) szerint sósav, mely utóbbi gáz az előbbiek véleménye szerint is mindig képződik a phosgen mellett. Ezenkivül képződnek szabad chlor, kozmás organikus s ismeretlen anyagok.*

3. *Az elbomlás akkor történik könnyen, ha erre az alkalom a lángok alacsony elhelyezésével meg van adva.*

4. *A keletkezhető szerencsétlenségek előidézésére nem látszik elég oknak a sósav bebizonyított képződése, hanem valószinünek látszik a phosgen keletkezése. A végzett néhány állatkisérlet szintén nem igazolja a tiszta sósavhatást, hanem gyanússá teszi valamely más, nagy mértékben mérgező gáznak képződését.*

Franczia szerzők (Desgrez, Grehaut) legújabb érdekes kisérletei szerint a narcosis alatt a vérben képződő *CO*, illetőleg ennek a haemoglobinban való fixatioja magyarázná meg a keletkező kellemetlenségeket.

Mindezek alapján beláthatjuk, hogy még további állatkisérletekkel egybekötött gondos chemiai vizsgálatok volnának szükségesek, hogy az ellentétes vélemények felett itéletet mondhassunk.

III. Mérgezési kórkép. Kórboncztan.

Mielőtt a szerencsétlen halálesetek és állatkisérletek bonctani leleteiről beszámolnék, szükségesnek tartom a klinikusok által közölt, már fentebb ismertetett mérgezési kórképek tüneteit összefoglalni.

A megfigyelések szerint a bomlási termékek elnyomhatatlan köhögési ingert, heves, görcsös köhögést, szédülést, fejfájást, gyomorémelygést, hányást, a légutak intensiv izgalmát, légzési nehézségeket, cyanosist, súlyos és hirtelen támadó asphyxiát, collapsust idéztek elő.

Zweifel (7) betegein bronchitist és typikus catarrhalis pneumoniát észlelt. Az ő megfigyelt pneumonia esetei közül egy halálos kimenetelű volt. A sectio ez esetben a tüdőlebenyekben szétszórt tuberculumokat mutatott. Az alsó lebenyek legnagyobb részben légtelenek s igen nagy fokban oedematosusak voltak.

Lorentz (9) operatioja után a bomlási gázak következtében elhalt ápolónő s az operált beteg bonczlelete negativnak mondható. A légzőszervekben kimutatható változást nem találtak s a szív sötétpiros, megalvadt vére nem tartalmazott szénmonoxydot.

Stobwasser (10) kisérleti állatain a tüdők voluminosusak, feszültek, keresztmetszetben sötétvörösek voltak, világos hússzinü foltokkal tarkítva. A világos foltok kitágult alveolusoknak feleltek meg, a sötétvörös részek pedig haemorrhagiáknak látszottak. A tüdőkből nyomásra nagymennyiségü, légbuborékkal vegyes, habos folyadék ürült ki (pralles Oedem). A trachea alsó része és a bronchusok habos folyadékkal teltek, a nyálkahártya kissé belövelt. A szív mindkét felében sötétvörös megalvadt vér. Mindkét állaton hydrothorax. A máj és vesék középfokú venosus hyperaemiát mutattak.

Schumburg (16) állatainál a légcsőn csak csekélyfokú gyuladási jelenségek voltak észlelhetők. Az állatok vére spektroskopban a szénmonoxyd-haemoglobin képét mutatta, sőt a kép egy szénmonoxyddal mérgezett nyúl vérének spectrumával az elnyelési csíkokat illetőleg teljesen identikus volt.

Láthatjuk ezekből, hogy bár a bonczleletek legnagyobb részben rövidek, hiányosak, főbb adataikban egymással mégis megegyeznek azon esetekben, hol feltétlen a chloroform bomlási termékei képezték a halálokot. Ez mindenesetre az egységes és azonos halálok mellett bizonyit.

IV. Elővigyázati intézkedések a veszélyek elhárítására.

A fentebb említett tapasztalatok alapján, a veszélyes következmények felismerése után, az illető szerzők óvintézkedések megtételére gondoltak, melyeket a következőkben foglalhatunk össze:

1. Legegyszerübb elővigyázatból nyitott láng mellett sohasem chloroformozni, hanem a műtőterem megvilágítására elektromos fényt kell használni. A hol ez kivihetetlen, ott *Schumburg* (16) a nyilt gázlángok helyett úgynevezett Sonnenbrennerek alkalmazását ajánlja, melyek az égési gázakat — az esetleg képződő phosgent is — teljesen és azonnal elvezetik. Ugyancsak ő említi a nyitott gázlángok magasra helyezését, mikor is a műtőtér megvilágitását reflektorok fogják jól elősegiteni. *Zweifel* (7) a reflektorok használatát igen előnyösnek találta, mert segélyükkel még a kis medencze mélyedései is jól áttekinthetők voltak. Ily esetekben alantabb képződő nehéz chloroformgőzök a földre szállanak, a honnan jó ventilatioval ki lehet őket üzni s igy nem lesz ok bomlási termékek képződésére.

2. A jó és gyors ventilatiót hangsúlyozza *Rudolph* (12) is.

3. Ha a ventilatio nem volna keresztülvihető, úgy *Rudolph* (12) szerint a legjobb prophylaxis abban áll, hogy a műtőteremben a keletkező gőzöket absorbeáló folyadékok, oldatok helyeztessenek el, vagy kézi permetező segélyével szódaoldat fecskendeztessék szét. Alkalikus oldatokkal (szódaoldat vagy mésztej) átitatott törülközők felfüggesztését a lámpákra szintén eredményesnek mondja, mert a veszélyt okozó gőzök keletkezésük után itt absorbeáltatnának. Sőt *Kunkel* méregtani könyvében szódaoldattal telített fecskendőpalaczkon keresztül való légzést ajánl. A méregtani tankönyvek szerzői általában mind absorbeáló folyadékokat emlitenek a veszélyek elhárítására, bár ezeknek hasznos voltát *Gerlinger* (19) s *Lehmann* (8) kétségbe vonják.

4. A sósavképződés részéről fennálló veszély elhárítására a falak benedvesitése is jól fog hatni, mert tudvalevőleg a víz térfogatának 500—600-szorosát képes a sósavgázból elnyelni (*Rudolph* [12]).

Ez óvintézkedések nyitott láng alkalmazásakor nem sok sikert igérnek a szerencsétlenségek elkerülésére, ezért legczélszerübb minden éjjeli, még aetheres narcosisnál is villamos világitást használni.

Irodalom. 1. *Zweifel:* Lehrbuch der operativen Geburtshülfe. 1881. 23. l. — 2. *V. O. de Meyer:* Ein Wasserdampfsterilisations-Apparat zum Gebrauch in der Praxis. Berl. klin. W. 1889. 165. l. — 3. *Stobwasser:* Berl. klin. W. 1889. 219. l. — 4. *Langenbeck, Iterson, Fischer, Zeller, Hartmann:* Berl. klin. W. 1889. 291. l. — 5. *Langenbeck:* Vorlesungen über Akiurgie. Mit Benützung hinterlassener Manuskripte. Herausgegeben v. Th. Glück. 1888. 9. l. — 6. *Köttschau:* Münchener med. Wochenschr. 1889. 283. l. — 7. *Zweifel:* Über Lungenentzündung nach Laparotomien in Folge von Zersetzung des Chloroforms im Gaslicht. Berl. klin. W. 1889. 317. l. — 8. *Rosenberger, Lehmann:* Sitzungsberichte der phys.-medizinischen Gesellschaft zu Würzburg. 1890. 32. l. — 9. *Lorentz:* Giftige Wirkung der Dünste, die durch Zersetzung des Chloroforms bei Gaslicht entstehen. Zeitschr. f. Medizinalbeamte. 1898. 3. sz. — 10. *Stobwasser:* Über Zersetzung des verdunsteten Chloroforms in der Leuchtflamme. Berl. klin. W. 1889. 760. l. — 11. *Kunkel:* Über die Chloroformzersetzung durch künstliche Lichtquellen. Sitzungsber. d. phys.-med. Gesellsch. zu Würzburg. 1890. 29. l. — 12. *Rudolph:* Die Zersetzung von Chloroformdämpfen durch Gaslicht. Dissertation. Würzburg. 1891. — 13. *Lehmann:* Studien über den Einfluss technisch und hygienisch wichtiger Gase auf den Organismus. Archiv für Hygiene. V. és VI. k. — 14. *Matt:* Dissertation. Würzburg. 1889. — 15. *Eisenlohr u. Fermi:* Die Zersetzungsproducte des Chloroforms bei Chloroformierung in mit Flammen erleuchteten Räumen. Archiv für Hygiene. 1891. XIII. k. 269. l. — 16. *Schumburg:* Über die Art der Bildung von Zersetzungsprodukten des Chloroforms bei Gaslicht. Hyg. Rundschau. 1898. 921. l. — 17. *Thümmel:* Real-Encyklopädie der gesammten Pharmacie. 3. kötet. — 18. *Kobert:* Lehrbuch der Intoxikationen. 1893. — 19. *Gerlinger:* Die Demonstration der Zersetzung des Chloroforms im Gaslichte. Archiv für experim. Pathologie. 1902. 47. kötet. 438. l. — 20. *Desgrez:* Compt. rend. 1897. 125. k. november 15. — 21. *Grehaut:* Compt. rend. 1897. 125. november 8.

TÁRCZA.

A laparotomia visszatekintőleges megvilágításban.

(Vége.)

Jövendő laparotomiák reményében és elég olcsó áron láttam el magamat ritka anyaggal; sajnos, öt év telt el, mig alkal-

mam nyilott a luganoi silkworm utolsó szálait ilyetén módon felhasználni.

Manapság e bár árban leszállított, de még mindig elég költséges anyagot műszerészeink egyenesen Olaszországból szerzik be.

Talán túlhosszan időztem ezen, ma mellékesnek bizonyult tárgynál, de annak a nyolczvanas években nagy jelentőséget tulajdonítottak a laparotomiánál, ép úgy mint a felszívódása miatt kedvelt catgutnak, melyet némely műtő, mint pl. bold. *Kézmárszky*, előszeretettel nemcsak alákötésre, de öltésre is használt. A catgutot ma is használjuk, különösen elsülyesztett varratokhoz, főleg mióta csiramentes voltát a házilag megejtett sterilisatio által elérhetjük.

A selymet újabb időben a czérna is helyettesíti, s még újabban a serres fines elvén alapuló kis pléhkapocs jött divatba a has kültakarójának egyesítésénél. A megejtett kisérletnél meggyőződtem, hogy vele is czélt érhetünk, de nem annyira elhelyezésük, mint inkább eltávolításuk gyakorolt kezet igényel; nem oly drága, mint a silkworm-öltés, de a mint a dolog természetéből érthető, csak felületes varrásnál alkalmazható és szaporítja a műszerek számát.

Sokkal több gondot okozott és nagyobb vitára adott alkalmat a *peritoneum varrása*, melyet „*noli me tangere*"-nek tartottak. *Köberle*, de még *Spencer-Wells* is széleit a nagy öltésekbe fogta volt; *Schröder*, *Hegar* a hashártya széleit a hassebbe vonták be, mígnem *Sänger*, geniális és korán elhunyt barátom, a peritoneumelvarrás előnyeivel állott elő a császármetszésnél és *Winckel* újabban figyelmeztetett a hasfal széleinek szorosabb összetüzésére.

Azonban csak az 1895-ben Bécsben tartott *gynaekologikus congressuson* lefolyt vita tisztázta a nézeteket s általános elfogadásban részesítette a *Chrobak* és *Maydl* által javasolt étappeszerű egyesítést, melynek hasznát a tapasztalat azóta igazolta is. Hogy ehhez szükségesek-e az úgynevezett fesztelenitő öltések, még nyilt kérdés maradt; zsirszövetdús hasfalaknál elkerülhetleneknek vélem, de a hasürbe már nem vezetjük, hanem csak a kültakarón át.

Maga az öltés elrendezése egyéni hajlam, szokás, sőt divat szerint folytonos változáson megy keresztül, a mi egyébként az öltések eltávolításáról is áll.

Akár folytatólagos, akár csomós, Sänger-, Spencer-Wells-féle módon egyesítjük az ejtett sebet, mindig fődolog marad a *sebszélek pontos egymásra fektetése* és nem túl korai eltávolítása az öltéseknek. Magam a fesztelenitőket 8 napon belül, a többieket 14 napon belül nem érintem. Ezzel a beteg ágyban maradását megnyújtjuk ugyan, de ez előnyösebb, mint a *Schröder* által követett eljárás, ki az öltések teljes eltávolítását (épen szürcsatornagenyedés elhárítása czéljából) már a 8. napon végezte, s ha a hasseb szétfoszlott, nyilt sebkezelést foganatosított, mert a sarjadzási folyamatban legjobb ellenszerét látta a netalán képződő hassérvnek.

A műtét utolsó phasisa a *hasseb letörlése* és az *abdomen bekötése*. Mióta a száraz sterilizált törlők vannak használatban s meggyőződtünk, hogy kellőleg egyesített hassebnél minden gyógyszer alkalmazás szükségtelen, ezen procedurák is egyszerübbek lettek. Czélirányos a hasfalaknak némi támasztékot nyújtani, arra azonban a flanellkötés ép oly czélszerű, mint a pólya vagy a ragtapaszkötés, melyet tiszta gaze és gyapot fölé alkalmazunk. Nyomókötés manapság csak kivételesen jut alkalmazásba.

Az *utókezelés* tekintetében úgyszólván a nihilismus határáig jutottunk.

A mitől az asepsis előtti időben nagyon féltek, a *shock*-tól, arról ma már tudjuk, hogy többnyire vagy rohamos sepsis vagy heveny mérgezés volt.

A *narcosisra* való tekintettel jelenleg is a műtét után felmelegítjük az operáltat; s inkább a bélbe vagy subcutan szövetbe nyújtjuk a vesztett folyadékokat pótolni hivatott physiologikus konyhasóoldatot. Nagy fájdalmasság ellen a morphium-befecskendés szolgál. Étkezés, ivás olyan, mint más súlyos operatiót kiállott betegnél.

De ha műtét előtt a szív és tüdők ép állapotáról meggyőződtünk, ha a daganat malignitását kizárhatjuk, ha az érlökés és testhőfok arányos, még ha magasabb is, nem vizsgáljuk többé félelemmel az arczkifejezést, nem számítjuk a kritikus napokat, hanem bátran tekintve a jövőbe: *bizva remélünk*.

* * *

Tisztelt Társulat! Teljes tudatában annak, hogy most a laparotomia sem történeti, sem fejlődési, legkevésbé pedig szaktudományi oldalát nem merítettem ki, fogyatékos vázlatommal azonban türelmükkel busásan éltem vissza: azzal szeretném előadásomat berekeszteni, hogy lehetőleg röviden megismertessem a laparotomiát úgy, a mint azt osztályomon magam végzem, vagy segédeim által — kik közül mindannyian e műtétet nemcsak felügyeletem alatt, de a kórházi kötelékből való kilépésük után önállóan is szép sikerrel végrehajtották — végeztetem.

A beteg lehetőleg többször megfürdik s a műtét előtti délután hashajtót kap; ránczos altestü betegeket sublimatoldatba mártott hasövvel látunk el, mely a műtétig testükön marad.

Altatás közben a has tisztogatása folyik *Ahlfeld* módja szerint, melyhez azonban még erélyes aethermosást csatolunk, különösen a köldököt gondozva. Ugyanígy megyen végbe a személyzet kezeinek s karjainak tisztitása.

Minden a műtétnél használandó vászon vagy ruha egyenesen a sterilizáló készülékből jön használatba; a műszerek a főzőkészülékben melegen tartatnak; a varróanyag absolut alkoholban fekszik.

Teljes bódítás elérésekor a beteget Trendelenburg féle fekvésbe helyezzük; a hasürt előszeretettel a linea albában hosszmetszéssel nyitom meg, gyorsan áthaladva a peritoneumon.

Főigyekezetem oda irányul, hogy a daganatot sértetlenül emeljem ki: miért is bátran tágitom a sebet felfelé, melyet a daganat kiemelése után, ennek tövéig ideiglenesen elzárok.

Nagyobb tömlős daganatot, tisztaság szempontjából, egyszerű szúrcsap segitségével ürítek ki; a kocsányt csomós alákötés által biztositom. Mindenféle kocsány ellátásánál (az amputált méhet is ilyennek tekintve) kettőre van gondom: az egyik, hogy a csonkfelület befedésére elég terjedelmes serosa álljon rendelkezésemre; a másik, hogy a csonkból semminemű vérzés ne legyen. A lekötést lecsúszás elől keresztöltés által biztositom. A hol serosa általi befedés ki nem vihető, a csonkfelületet inkább egy hozzáférhető serosus részre reávarrom.

Minél kevesebb müszert használni, minél ritkábban nyúlni a hasürbe!

A daganat eltávolítása után a törlők és műszerek megszámolása; ez után a hasür elzárása, a mit azzal kezdek, hogy a hasseb felső és alsó zugába egy-egy hosszú fonalú öltést helyezek. Ezeken a hasfalat magasra emelve, mind a peritoneum, mind az egyes részek rétegzetes összetüzése igen könnyen vihető ki. A hashártya elzárása után a beteget vizszintes helyzetbe hozzuk s most a fasciát, esetleg izmokat egyesítve, a fesztelenitő öltéseket gyéren és csak a kültakaróban helyezzük el, de nem csomózzuk; ezután egyesitjük zsirszövetdús egyéneknél a zsirszövetet, nemkülönben a hasbőrt finom öltésekkel.

A hasvarrat közben a narcosist abbahagyjuk. Haskötésre gaze és flanellkötés. Az utókezelésre vonatkozólag az épen elmondottakra legyen szabad utalnom.

Tisztelt Társulat! Az eddig mondottakból kiviláglik, hogy a *laparotomia* történeti és szakmabeli változatos kimivelése egy alapelven nyugszik: a *feltétlen tisztaság és egyszerüség elvén*. Ezen, nemcsak a nőgyógyászatra és hassebészetre, hanem az egész chirurgiára ép úgy, mint az emberi nemzedékre kiható igazság felderítését neki köszönhetjük, ki nemcsak hazánk, de az egész világ tudományos egén tündöklő napként örökké ragyog s kinek utódja lenni s szellemében működhetni, életem, ténykedésem boldogsága:

Semmelweis Fülöp Ignácznak!

A laparotomia eredményei pedig arra tanítanak, hogy e műtét manapság már nem helyhez és alkalomhoz kötött kiváltság, de a gynaekologikus diagnostikával és technikával rendelkezőre nézve közkincscsé vált, sikerrel végezhető beavatkozás.

S most engedjék meg, hogy még Önökhöz forduljak, társulatunk fiatal erőihez, mint kedves kartársaimhoz!

Ha társulatunk kebelében tanulmányaikra buzdítást nyertek; ha közkórházaink ritka bőséges anyagán nemcsak orvosi tapasztalataik bővítését, de technikájuk, ügyességük tökéletesbedését érték

el, a miből mindkettőből erőt, kitartást, önbizalmat meríthetnek nagy felelősséggel járó pályafutásukra: bármikép és bárhova sodorja Önöket a sors keze, tartsák kegyelettel emlékezetükben elődjeiket, kik a tudomány fejlesztése körül úttörőként szerepeltek, s kiknek működéséből és tanaiból baráti intő kérelem szólt Önökhöz: „*Kövessétek példánkat!*“

Budapest, 1905. deczember 27.

id. *Elischer Gyula* dr. tanár-főorvos.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Carl Sternberg: Pathologie der Primaererkrankungen des lymphatischen und hämatopoetischen Apparates, einschliesslich der normalen und pathologischen Morphologie des Blutes, samt einer Technik der Blutuntersuchung. Mit 25 Abbildungen. Wiesbaden, 1905. Ára 7.20 márka.

A leukaemiás és a hozzá hasonlatos betegségek tana igen sokat változott az utóbbi idő alatt. A betegségek régi rendszere megdőlt, és a sok új észlelés és még inkább a szerzők különféle felfogása annyira összekeverte ismereteinket, hogy már-már alig lehet eligazodni. Ebbe a zavarba akar világosságot vinni Sternberg az ő könyvével, és ezt oly nagy készültséggel, annyi mérséklettel és oly értelmesen végzi, hogy még azok elismerését is kiérdemli, kik egyben-másban nincsenek vele egy véleményen.

Sternberg könyve alapjában véve kórboncztani munka, melynek bekezdésekép szerző a vér vizsgálásmódjait és a vér morphologiáját ismerteti röviden. Sokan jobb szerették volna, ha az utóbbit a szerző nem teszi. Ily röviden megirt útmutatásra manapság nincsen már szükségünk, vagy ha van is, az nem igen fér össze ily nagyszabású munka kereteivel. Ez a rövidség okozta bizonyára, hogy sok olyan vizsgáló módszert nem említ a szerző, a mely ma már nélkülözhetetlen (száraz maradék meghatározása, spectroskopos vizsgálat, a serum leválasztása és vizsgálata stb.), sőt pl. a *Hammerschlag*-féle fajsúlymeghatározási módot is *csak egyszerüen felemliti*. Annál részletesebben foglalkozik azonban a festési eljárásokkal, különösen az eosin-methylenkék festés módozataival, pedig manapság, midőn a *Jenner*-féle tabletták (ezeket nem is említi) és a *Giemsa*-folyadék használata általános, azoknak alig van értékük. A *hízó-sejtek* (Mastzellen) festésénél a régi *Ehrlich*-féle és a rossz *Huber*-féle (melynek alkalikus componense nagyon gyenge) festési mód helyett inkább a *Türk*-féle festési módot kellett volna kiemelni és azt, hogy *vizes* festékeket ne használjunk. A vér morphologiájának és fejlődésének ismertetése rövid; de oly értelmes, hogy igazán hálára kötelezi az olvasót. Nagyon helyes és reális az álláspontja a nagy egymagvú sejtekről. Igaza van, hogy ezekről vitatkozni sokat lehet, de biztosat mondani ma még keveset. Nagyon igaz az is, hogy más a *normalis*, és más a *beteges* vérsejtek morphologiája. Erre következendő munkásságunkban sokkal szigorubban kell majd ügyelnünk, mint eddig tettük. Azt azonban kissé merész állitani: „ob die einzelnen durch ihre Granulation unterschiedenen ein- und mehrkernigen Leukocyten *verschiedene* Zellarten darstellen, muss einstweilen noch *offen* bleiben“. Igaz, hogy az újabb eosin-methylenkék festési módok általános használata után kitünt, hogy nem oly éles a különbség a sejtek közt, mint azt *Ehrlich* hitte, de a granulatiók nagysági különbözete, más-más fénytörése, a sejtmagvak más-más szerkezete, mind arra utalnak, hogy régi nézetünket ne változtassuk meg elhamarkodva.

Legnevezetesebb része azonban a szerző munkájának az, melyben a *lymphaticus* rendszer betegségeit tárgyalja. Már az első fejezet — a status lymphaticus — tárgyalása is igen tanulságos. Persze manapság még nem lehet sokat erről irni, de már az is igen jó gondolat, a kifejezett kóros állapotok megbeszélését ezzel megkezdeni. A *leukaemiás* betegségek leirása igazán alig hagy kivánni valót hátra. Különösen érdekes, a mit e betegségek histogenesiséről, továbbá az infectiosus betegségek befolyásáról (kár, hogy a Röntgen-hatást még nem tehette szóvá), továbbá a leukaemia és osteosclerosis összefüggéséről mond. Ezen utóbbi esetek mind jobban magukra vonják figyelmünket. Legérdekesebb ezen bajoknál az óriás sejtek megszaporodása a velőben és a vérképző szervekben (kétségtelenül a vérben is, hol azonban nem mutatható ki). Az *osteosclerosis* úgy látszik csak másodlagos, valószinüleg a nagy sejtek által megindított, a mi néha el is maradhat, vagy nem elég kifejezett (pl. *Elfer* legutóbb leirt esete, Orvosi Hetilap 1905. 41., 42. szám). Ezek az esetek mind valószinübbé teszik, hogy a myeloid leukaemia pathogenesise nem azonos a leukaemia lymphaticáéval és hogy a csontvelő megbetegedése a primaer, mely *metastaticus* úton terjed más vérképző szervekre, a melyekben a passiv eljutott sejtek active elszaporodnak. E felfogás pedig igen közel viszi a *myeloid leukaemiát* a *sarkomához*.

A pseudoleukaemia tanát élesen körülirja a szerző és kiemeli, hogy a kettőt egymástól csak a vérlelet *quantitativ* elváltozása különbözteti meg. Azok az esetek, melyeket *Grawitz* leirt és hol nincs lymphocytosis, nem számítanak, mert azok inkább sorozhatók a generalizált lymphosarkomához. Ugyanaz mondható a csontvelőleletre is. Igazi pseudoleukaemiánál én újabban — miután különösen figyeltem erre — mindig *diffuse* lymphaticusan elfajult csontvelőt leltem.

Sternberg könyvének legérdekesebb és legönállóbb része az, melyben „*Auf die Umgebung übergreifende, atypische, mit heterotopen Bildungen einhergehende Wucherungen*“-t tárgyalja, melyeket ő *leukosarcomatosis* neve alatt foglal össze. Bizony nagyon jó és nagyon egyszerü lenne a dolog, ha úgy volna, mint a szerző elképzeli. Ám én azt hiszem, hogy sokakat nem tud igazáról meggyőzni. Hiszen akárhány esetet ismerünk, hol megfelelő vérlelet és szövettani kép mellett *csak* a csontvelő volt beteg (Hirschlaff, Pappenheim, Körmöczi stb.), vagy ha más szerv is beteg, *elég* sokszor nincs meg a környezetbe való belekapaszkodás. Hogy a szövettani alakulás atypicus, ez még nem nyomós ok! Hiszen elég atypikus pl. *Ribbert* erythroblastomája vagy *Hoffmann* plasmomája, miket pedig a jóindulatú *myelomákhoz* csatol, pedig ezek ugyancsak kiszorítják a csontvelő rendes szövetét. Azonkivül vannak rendes leukaemia lymphatica vér és szövettani képét mutató esetek (Pappenheim), melyek lokálisan aggressivek, sőt láttam egy myeloid leukaemiát, hol a retroperitoneális mirigyek egy összefolyó conglomeratumot képeztek. Ugy látszik, hogy *Sternberg*-nek megint meg kell majd változtatnia nézetét, mint azt legutóbb, ha nem is világosan, de burkoltan már megtette azon betegségnél, a melyet ő: Eigenartige, unter dem Bilde der Pseudoleukämie verlaufende Tuberculose des lymphatischen Apparates“ neve alatt irt le.

Ezen betegségről *Feldmann* és *Körmöczi* már régebben is (Magyar Orv. Archiv. 1898.) nagyon reserváltan nyilatkoztak, legutóbb pedig *Feldmann* a közkórházi orvostársulatban mutatott be egy esetet, melyben a tbc. nak semmi nyoma nem volt. Ám azért Sternbergnek nagy érdeme, hogy ezen sajátságos szövettani alakulással járó bajra a figyelmet felhivta, melyet hogy joggal sorol-e Feldmann dr. a „lymphosarkomatosis dura universalis gigantocellularis“ közé, még nem biztos, mert ezen nézetével úgy tudom ez idő szerint még egyedül áll.

Nagyon érdekes a *lymphosarkomatosis* fejezete is. Kár, hogy a szerző oly nagyon ragaszkodik a *Kundrat* által felállított typushoz. Pedig inkább azok az esetek okoznak nehézséget, a melyeket a generalizált lymphosarkoma neve alatt szoktunk összefoglalni, hol *sokszor* van lép és májmegnagyobbodás is. A lokális lymphosarkomát sem méltatja kellőleg, sem a lymphosarcománál előforduló másodlagos fertőzéseket, melyeknek pár szép esetét demonstrálta újabban Feldmann dr. Az anaemia megalosplenica fejezete bátran elmaradhatott volna, mert az tulajdonképen nem ide, hanem az anaemiák fejezetébe tartozik. Inkább a Banti-kórról mondhatta volna el nézeteit, melyet fel sem említ. Munkája végén e betegségeket rendszerbe foglalja *Sternberg*. Rendszere világos és egyszerü, de azok miatt, miket a leukosarkomatosisról mondtam, nem tarthatom maradandónak.

Ám azért Sternberg munkája maradandó becsü, mint aféle önálló, eredeti kutatás eredménye. Hiszen az igazság megtalálása nem megy olyan könnyen. Eszmék merülnek fel és tünnek újra le, mire czélt érünk. Csak az a fő, hogy a kutató eredeti utakon járjon és becsületesen dolgozzék. Ezen törekvést pedig Sternberg könyvének minden szava elárulja, meg azt is, hogy a teret, me-

lyen mozog, minden részében ismeri és uralja. Ez a munka az érdeklődőknek igen nagy örömet hozott, nagyon sokáig fog útmutatásul szolgálni a kutatóknak, és ad majd új impressiokat és új irányelveket az előhaladásra. *Körmöczi Emil* dr.

Az ember testi és lelki élete, egyéni és faji sajátságai. Szakférfiak közreműködésével szerkesztik **Alexander Bernát** és **Lenhossék Mihály** egyetemi tanárok. 470 szövegképpel és 39 műmelléklettel. Budapest, Athenaeum. 4-edrét, 781 lap.

Hézagpótlónak kell mondanunk ezt a monumentális munkát, mely nem régen jelent meg a műveltség könyvtára II. köteteként.

Az *embert* tárgyazza a vaskos kötet a maga teljességében. Feltárja elénk testi és lelki életét, egyéni és faji sajátságait, megvilágítja őt egészséges és beteg állapotában.

Mennél többet forgatom ezt a könyvet, annál inkább látom, hogy az nemcsak a művelt s továbbművelődni vágyó laikus közönség körében fog erősen elterjedni, hanem hogy nagy, igen nagy haszonnal fogja azt minden orvos is elolvasni.

Élettani, általános kórtani stb. tanulmányait bizony a tudományra legszomjasabb orvos is sokszor évekig nem frissíti fel, bár tudja, hogy a tudományok guliveri léptekkel haladtak azonközben előre. Meg is tenné szívesen, ha volna *olyan* könyve, melyből mint egy magaslatról letekintve, az egész terrainumot rövidebb idő alatt egységesen áttekinthetné s nem kellene minden új szántás barázdáit egyenként, lassú lépésekkel lemérnie. Nos hát ilyen könyvként ajánlom én nagyon melegen *minden* orvosnak ennek a munkának a beszerzését, elolvasását.

Lenhossék Mihály klassikus bevezetőben, markáns vonásokban tárja fel az olvasó előtt az orvosi alapvető tudományok fejlődésének történelmét. Alkalomszerű kitérései, pl. a vivisectio szükséges voltára, a szó legteljesebb értelmében műveltségterjesztők, homályoszlatók.

A bevezetőt *Gorka Sándor* czikke követi, ki az ember származását és helyét a természetben jelöli meg s a magyar adatokat, pl. a homo primigenius-nak hazánkban való előfordulását, gondosan beleilleszti a közleménybe.

Nagy tudással, a történelmi szemlélet elevenségével ismerteti *Pekár Mihály* az emberi test szerkezetét és működését. Első pillanatra feltűnő, hogy „vivőér“ helyett a „gyüjtőér“ kifejezést használja; de a physiologia, logika és a magyarság szempontjából egyaránt szerencsés e szó s ezért polgárjogot kívánunk neki.

Ranschburg Pál exakt psychophysikai adatokkal vázolja a szellemi munka természetét s értékes fejezetet ir a lelki élet abnormitásairól, míg a normális lelki életet s a bölcsészeti psychologiát *Alexander Bermát* adja elő élvezetes modorban.

Semayer Vilibáld az ember faji sajátságait irja le, külön fejezetet szentelve a magyarnak.

Dalmady Zoltán a betegségről és egészségről, a betegségek ellen való védekezésről, a helyes életmódról s a halálról irt ügyes czikkeket. (Figyelmeztetés: Semmelweist semmi szin alatt sem szabad „Semmelveisz-nek irni!)

Melegen üdvözöljük e nagy munkájukért a szerkesztőket és társaikat, melylyel az „Embert“ megalkották, és óhajtjuk, hogy országszerte elterjedjen a kiváló munka, épen annyira, mint a 80-as években Németországban Ranke „Der Mensch“-je.

A mű kiállítása díszére válik a hazai nyomdászatnak. A műmellékletek és ábrák egytől-egyig kitünően, kifogástalanul sikerültek. *Győry.*

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Az ásványvizek hatását a gyomor secretorius működésére tette vizsgálat tárgyává *Bickel* a berlini egyetem kórtani intézetének kisérletező biologiai osztályán. A kisérletek részint állatokon történtek, részint pedig egy 23 éves nőn, a kinél heges bárzsingszükület miatt oesophagotomiát végeztek, az oesophagus alsó csonkját elsülyesztették, felső csonkjával pedig a nyakon bárzsingsipolyt képeztek. A kisérletek eredményei röviden a következőkben foglalhatók össze: A hatás tekintetében szerepet játszik mindenekelőtt az illető ásványvíz szénsavtartalma; a szénsav a gyomor savtermelését fokozza, egyúttal pedig növeli az időegységben elválasztott gyomornedv mennyiségét. Az ásványvízben foglalt sók közül a natrium chloratum, a natrium bicarbonicum, a natrium sulfuricum és a magnesium sulfuricum a legfontosabbak. Híg oldatokban ezen három utóbbi csökkenti a secretiót, míg a natrium chloratum mérsékelten fokozza azt; töményebb natrium chloratum-oldatok szintén csökkentik a secretiót. Ezek alapján már most a különböző ásványvízcsoportok hatása könnyen megszerkeszthető. Olyan esetekben, a melyekben valamely gyomorbaj miatt subaciditás fejlődött, azok az ásványvizek javaltak, a melyek a gyomornedv-termelődést elősegítik, tehát az egyszerű savanyúvizek, főleg pedig a konyhasós vizek és az alkalikus-muriatikus források. Viszont hyperaciditással és hypersecretioval járó esetekben az alkalikus-salinikus, továbbá a tiszta alkalikus vizek használandók, mint a melyek savközömbösítő hatásuk mellett a secretiót is csökkentik. (Kívánatos volna, hogy az említettekhez hasonló tiszta kisérletek még az illető ásványvizek hőmérsékére való tekintettel is végeztetnének, valamint hogy az ásványvizek huzamosabb használatának hatására is kiterjesztetnének. Ref.) (Berliner klinische Wochenschrift, 1906. 2. szám.)

Az elfáradás toxinjára vonatkozó újabb kutatásainak eredményét *Weichardt* a következőkben foglalja össze: A fehérjemolekula szétesésekor valóságos toxinok válnak szabaddá. E toxinok elfáradást idéznek elő, s tőlük a szervezet csakis antitoxintermeléssel szabadulhat meg. Az elfáradás toxinja e szerint nem oxydatiós vagy reductiós terméke a fehérjemolekulának, hanem a fehérjemolekula szétesésénél felszabaduló, chemiailag nehezen megtámadható anyag, mely nemcsak az izmok elfáradásánál keletkezik, hanem a fehérjét bontó legkülönbözőbb tényezők hatása alatt is. A különböző utakon létrejött toxinok azonosságát az elfáradás toxinjával a vízben oldhatóságon s nem dialyzálható voltukon kivül a specifikus antitoxinnal szemben tanúsított magaviseletük bizonyítja. (Münch. med. Wschr. 1906. 1. szám.)

Gyógyszertan.

Protosal elnevezéssel egy újabb salicylkészítmény került forgalomba, a melyet *Langgaard* a mesotan helyett percutan alkalmazásra ajánl, mert nem okoz — mint a mesotan — lobos és viszkető bőrkiütéseket. A protosal salicylsavból, glycerinből és formaldehydből áll és *Friedländer* szerint, a ki a szert már nagyon sok csúzos bajban jó eredménynyel használta, legczélszerübben következő módon rendelhető: Rp. Protosali 25·0; Spiritus vini 2·5; Olei olivarum ad 50·0 D. S. Külső használatra. Naponként 3-szor mintegy kávéskanálnyi dörzsölendő a czomb bőrébe. Használata után 12 óra mulva már kifejezett salicylreactio nyerhető a vizeletben. (Therapeutische Monathefte, 1905. deczember.)

A peptobrom-eigon körülbelül 11% bromot tartalmaz erősen fehérjéhez kötve. Vizes oldatban pepton-ízü, némi sós-savanykás mellékvízzel, a mely azonban elég jól leplezhető kevés glycerinnel és nehány csepp ol. menth.-vel vagy narancshéjszörppel, avagy még jobban tinctura aromaticával. *Naubert* szerint gyomorrákosok hányása ellen nagyon jó szolgálatokat tesz e szer; három esetet ir le, a melyekben a más szerekkel csillapíthatlan hányás peptobrom-eigonra megszünt. 150 gm. folyadékban 5 gm. peptobromot tartalmazó orvosságból evőkanálnyi mennyiséget vétetett be naponként többször. (Die Therapie der Gegenwart, 1905. deczember.)

A pittylent, a mely a fakátrány és formaldehyd condensatiós terméke, már több jónevü szerző ajánlotta, főleg makacs eczema eseteiben; különösen kiemelik viszketést csökkentő hatását. A pittylen világossárga, nagyon finom, laza por, gyenge kátrányszaggal; híg kálilúgban, alkoholban, collodiumban, acetonban és chloroformban oldódik. Rendelhető következő módokon: Rp. Pittyleni 2·0—10·0; Zinci oxydati, Amyli āā 25·0; Fetroni ad 100·0. Rp. Pittyleni 5·0—10·0; Zinci oxydati, Amyli āā 20·0; Glycerini 30·0; Aqu. destill. ad 100·0.

Clavin. Ez volna az anyarozs értékes tulajdonságait hordozó anyag neve. Vahlen állította elő s megállapíthatta, hogy sem görcsöket nem okoz, mint a cornutin, sem üszkösödést nem idéz elő, mint a sphacelinsav, hanem mérgező tünetek nélkül, kizárólag a méhre hat s erőteljes összehúzódásra kényszeriti. Már Vahlen al-

kalmazta betegeknél. Újabban *Labhardt* adta 32 esetben. A Merck-féle tablettákat alkalmazta per os vagy subcutan, mikor is egy 0·02 gm. clavint tartalmazó tabletta vizes oldatát használta befecskendezésre. Csaknem minden esetben erős, jó méhösszehúzódások voltak a hatás eredményei, csak 2 esetben nem érte el a kivánt czélt. Voltak esetek, hogy a 0·02 grammos adagot 2—3-szor ismételni kellett. A hatás 5—10 percz alatt fejlődött ki s körülbelül 2 óra hosszat tartott. Az adag 0·02, vagy valamivel több legyen. További kisérletezés igen ajánlható. (Münch. med. Wochenschr. 1906. 3. szám.)

Belorvostan.

Typhus abdominalis érdekes esetét irja le *Kernig*. A 19 éves nő, ki már néhány nap óta rosszul érezte magát, a szent pétervári utczai zavargások alkalmával hasi lött sebzést szenvedett, a mely miatt a vékonybél legalsó részének 98 cm. hosszú részét resekálni kellett. A műtét teljesen simán folyt le, utána a műtéttel összefüggésbe hozható szövődmény nem keletkezett és ennek ellenére mégis lázas volt a beteg. A mint később kiderült, a lázat typhus-fertőzés okozta; úgy a hat hétig tartott láz typusos volta, mint a többi tünet is határozottan a mellett szólt, hogy az illető typhusban szenved, a mit még megerősített a resekált bélrészlet utóbb megejtett pontos vizsgálata is. Tekintetbe véve azt, hogy akkoriban Szentpétervárott rendkivül súlyos typhus-járvány uralkodott: lehetséges, hogy e betegnél azért volt aránylag enyhe a typhus lefolyása, mert a vékonybél azon részlete, melyben legerősebbek szoktak lenni a typhusos beszürődések, eltávolíttatott. (Berliner klinische Wochenschrift, 1905. 44. a. szám.)

Görcsök typhusban aránylag ritkán észlelhetők. Murchison 2960 esetében csak 6 alkalommal látott görcsöket. *W. Osler* a Johns Hopkins Hospital-ben észlelt mintegy másfélezer typhusbetege közül 8-nál voltak görcsök Az esetek némelyikében görcsökkel kezdődött a typhus. Igy egy 7 éves fiúgyermeknél látszólag teljes egészség közepette keletkezett görcsök vezették be a súlyos, nagyon elhúzódott lefolyású typhust; más ideges tünetet nem észleltek ezen betegen. Egy másik esetben a látszólag teljesen egészséges 25 éves férfi erős napi munka után éjjel görcsöket kapott, a melyek a következő napokon még gyakran ismétlődtek; a görcsök közötti szünetekben a beteg comatosus volt; 3 nap mulva az öntudat feltisztult, s a typhus jellemző tünetei jelentkeztek; a 26 napig tartott betegség gyógyulással végződött. Az esetek egy másik csoportjában toxaemia következményének tekinthetők a görcsök; egy esetben a betegség 18., egy másikban a betegség 8. napján voltak görcsök; némely esetben ismételt görcsrohamok voltak. Vannak azután olyan esetek, a melyekben súlyos szövődmények az agy részéről (thrombosis, meningitis, heveny encephalitis) okozzák a görcsöket. Megjegyzendő azonban, hogy typhusos meningitis eseteiben nem nagyon gyakoriak a görcsök; így szerző 6 ilyen esete közül csak egyben voltak görcsök. Végül nagyritkán olyan esetek is előfordulnak, a melyekben az üdülés szakában jelentkeznek ismeretlen okból görcsök. Ilyen volt szerzőnek egy esete, melyben a 11 éves gyermeken a hőmérséknek rendessé válása utáni 6. napon jelentkezett egy három óráig tartott, teljes eszméletlenséggel járt görcsroham, a melyet 5 nap mulva egy másik görcsroham követett; ezen rohamok kellemetlen következményekkel nem jártak, a convalescentia szaka rendes lefolyású volt. A prognosis ezen esetekben nem nagyon rossz; a szerző észlelte 8 eset közül csak 3 végződött halálosan: egy bélátfúródás, egy gümőkóros meningitis és egy agy-thrombosis következtében. (The practitioner, 1906. január.)

Orthopaedia.

A Bayer-féle plastikus Achilles-ín-tenotomia subcutan végrehajtására *C. Hübscher* új tenotomot ajánl. A plastikus tenotomiát ugyanis az egyszerű harántmetszés helyett ajánlja Bayer oly esetek számára, melyekben a megnyújtást dosirozni akarjuk. A műtétnél az Achilles-inat nyilt sebből vagy subcutan módon egyik oldalon haránt ul bevágja a közepéig s ép így az ellenkező oldalon bizonyos távolsággal lejebb, mire a lábat felhajlítva, az ín rostjai eltávolodnak egymás mellett a szükséges távolságban. E műtét subcutan módon megejtésére szerkesztett eszközt Hübscher, mely eszköznek egyik vége kis lándzsát képez a bőrseb készítésére, a másik vége pedig keskeny gombos végű tenotomot. A műtét végzésénél bal kezét a talpra téve körülfogja a sarkot, mutató- és hüvelykujjával pedig rögzíti az Achilles-inat. Erre az eszköz lándzsás végével az ín közepének megfelelően a bőrön áthatoló sebet ejt, melybe bevezetve az eszköz tenotommal ellátott végét, élére ferdítja az ín szélén s lassú fürészelő mozgással az inat közepéig átvágja. Uggyanezt ismétli az ín meghosszabbításának megfelelő távolságban, lejebb az ín ellenkező oldalán. A második metszésnél, a mint az eszközzel az ín közepe felé halad, érezhető, hogyan tolódik el egymás mellett, a kéz nyomásának engedve, az ín hosszanti rostjai irányában. Hübscher könnyű kezelhetősége miatt nagyon ajánlja eszközét, melylyel a Bayer-féle plastikus tenotomia kellő gyakorlat mellett nem tart hosszabb ideig, mint az ín egyszerű subcutan harántátmetszése. (Zeitschr. für orth. Chir. XV. köt., 1. f.) *Kopits Jenő* dr.

Sebészet.

Lövés okozta szövődött sérülést észlelt *Pegram*. Egy 20 éves nő revolverlövést szenvedett, mely baloldalt a 8. borda felett hatolt be. 2 órával a sérülés után laparotomia, melynél lép- és gyomorsérülést találtak, a miket annak rendje szerint ellátták, s a hassebzés normalisan gyógyult is. Fennállottak azonban továbbra is a már bejövetelekor észlelt gerinczvelősérülés tünetei (alsó végtagok bénulása, paralysis, anaesthesia, hólyag-végbélzavarok). A Röntgen-átvilágítás kimutatta, hogy a gerinczcsatornában golyó van az első lumbalis csigolya táján. Ezért 19 nappal a sérülés után laminektomia, a golyó eltávolítása; műtétnél kifejezett sérülés jelei a gerinczvelőn. Ennek daczára a beteg gyógyult, a paralysis annyira javult, hogy támasz nélkül tudott járni, az anaesthesia lényegesen csökkent, s a hólyagincontinentia is enyhült. (Annals of surgery. 151. sz.) *Pólya.*

Az intraspinalis tumorok sebészetéről ir *Harte*. 92 esetet gyüjtött az irodalomból, hol ilyen okból laminectomia történt; ezekből a műtéti gyógyulás 49, és pedig 29-ben a functionális javulás oly fokú volt, hogy az illetők gyógyultaknak voltak tekinthetők; 17 eset javult, 3-ban javulás nem állott be; 43 beteg meghalt és pedig 26 (28%) röviddel a műtét után, 17 hetekkel vagy hónapokkal utána. (Annals of surgery. 154. füzet.) *Pólya.*

A nyaki gerinczvelőnek nagy intraduralis daganatát sikerrel irtották ki *Auerbach* és *Brodwitz* esetében. A daganat 6½ cm. hosszú, 1½—2¼ cm. széles és 1 cm. vastag volt, s mikroskoppal vizsgálva, fibrosarcomához közelálló sejtdús fibromának bizonyult. A daganat felső polusa egészen az epistropheus és atlas íve alá nyult, azonban laminektomiával el volt távolítható s eltávolítása után a felső végtagokban fennállott súlyos bénulási tünetek és sorvadásos folyamatok rohamosan eltüntek, csak az oculopupillaris eltérések maradtak meg. (Mittheilungen aus den Grenzgeb. der Med. und Chir. XV. kötet, 1. füzet.) *Pólya.*

Ileuslaparotomiáknál a minduntalan előtódulo felfúvódott bélkacsok nagyon gátolják a műtőt. Ennek elkerülésére *A. Wolf* (Lemberg) a következő eljárást ajánlja. Előhúzzuk a felfújt bélkacsok között lehetőleg a legmélyebbet; törlökkel védjük a környezetet; kisimítjuk a béllumen tartalmát és két bélfogót alkalmazunk. A fogók között dohányzacskó-varrattal egy 1½ cm. hosszú ovális bélrészletet körülöltünk, ennek keretén belül megnyitjuk a belet és orális irányban steril gummicsövet vezetünk a bélbe. Miután a gummicső felett varratunkat összehúztuk, leveszszük a bélfogókat, mire a béltartalom a csövön át valamely készenlétben tartott edénybe folyhat; a cső mentén bélsár nem léphet ki, még a cső kivételénél sem, midőn is a varrat fokozott meghúzásával valamelyes béltartalom kilépését is bizton elkerüljük. A gummidrain eltávolítása után megcsomózzuk a dohányzacskó-varratot és még Lembert-féle varrattal biztosítjuk. Az enterotomia ilyetén való kivitele igen egyszerü és biztos; W. szerint még a törlők sem fertőződnek, a műtő kései pedig épenséggel nem. Enterotomia után pedig a belek annyira collabálnak, hogy a bélelzáródás helye és oka felett könnyen tájékozódhatunk, serosarepesztéseket bizton elkerülünk és műtétünket általában igen gyorsan elvégezhetjük, mi ileus miatt laparotomizáltaknál szintén

nagyfontosságú. A bevezetett gummicsövet W. egyúttal a betegnek mesterséges tápláltatására is ajánlja ezen műtétek alatt. (Zentralblatt f. Chirurgie. 1905. 46. sz.) *Gergő.*

A prostatatúltengés kezelésére *Rydygier* lembergi tanár a prostata *partiális resectioját* ajánlja az *urethra megnyitása nélkül.* A műtét technikája a következő: a húgycsőbe kathetert vezet, ezt követi a gát közepén vitt bőrmetszés, a prostatáig előhatol, a capsula prostaticát a középvonaltól kb. 2 cm.-re mindkét oldalt megnyitja, a tokot tompán letolja, a dülmirigyet megfogja pince-szel és a bevezetett katheterrel párhuzamosan az urethrától kb. 1 cm.-re, a húgycső megnyitása nélkül, ügyelve a vasa deferentia épségben tartására, resekálja a prostatát. A sebet nyitva kezeli, a kathetert esetleg 2—3 napig állandósítja, de ez nem okvetlenül szükséges. E módszerrel nem kapunk húgycsősipolyt, sem vizeletbeszürődést, a beteg a műtét után 4—8-ad napra felkel, a mi jelentős a koros egyéneknél végzett műtéteknél, a hegesedés gyorsan megy végbe, a műtéti eredmény kitünő, miért is a partiális prostatektomiát az urethra megnyitása nélkül mint általános műtétet ajánlja. (Congrès international de chirurgie. 1905.) *Steiner Pál* dr.

A prostata kiirtásáról prostata-hypertrophia esetében értekezik *Schlesinger*, Israël berlini tanár osztályáról. 13 eset alapján azon tapasztalatra jut, hogy e műtétet a *magas kor* nem contraindikálja; nem képez ellenjavalatot fennálló *hólyaginfectio* sem, sem *pyelitis.* A hólyaginfectiót előzetes mosások és urotropin adagolásával kell csökkenteni, ha pedig ez nem sikerül, úgy műtét után állandó drainegeról kell gondoskodni. *Arteriosklerosis, zsugorvese, emphysema* nem alkotnak absolut contraindicatiót. *Israël* szerint mindig teljes prostatectomia végzendő, partiális kiirtás csak ritkán ad jó eredményt, mert előre nem tudhatjuk, hogy a prostata mely részlete okozza a retentiót. Anatomiai vizsgálatok is igazolják, hogy a prostata hypertrophia generalizált túltengés.

A mi a műtéti módszereket illeti, csak különlegesség gyanánt említi fel a *Jaboulay*-féle transrectális módszert, melyet aligha alkalmazhatunk kellő mérlegelés mellett. *Israël a suprapubikus módszer híve,* mely methodus egyszerübb, mint a perineális úton való beavatkozás s lehetővé teszi a prostata bármely részletének eltávolítását, míg a gáti seben át a középlebeny eltávolítása nem mindig sikerül.

Vita tárgyát képezheti még, hogy mennyiben lehetséges a prostata totális enucleatioja a pars prostatica urethrae megtartásával; ezen módszert főleg *Proust* ajánlja, de *Israël* eddig minden esetben eltávolította a húgycső megfelelő részletét. Az utókezelésben nagyon fontos a pontos drainage, melynek tartama a fennálló cystitis szerint irányul. Fontos, hogy a betegek mielőbb fennjárjanak, esetleg állandó katheterrel is.

A mi a műtéti beavatkozás eredményét illeti: 1 esetben állott be diabetikus betegnél a műtét után halál; 1 esetben 3 hóval a műtét után pyelitis volt a halál oka. 2 esetben incontinentia maradt vissza, a többi esetben megvolt a continentia, a mit úgy magyaráz, hogy az ú. n. sphincter membranaceus a sphincter internus működését pótolni képes.

3 esetben partiális, 9 esetben totális ektomiát végzett. A partiális ektomiákból 2 esetben teljesen jó eredményt ért el, 1 esetben továbbra is fennállott a retentio.

A totális ektomiákból 4 esetben teljes volt az eredmény, 2 eset még kezelés alatt áll, 1-nek további sorsa ismeretlen.

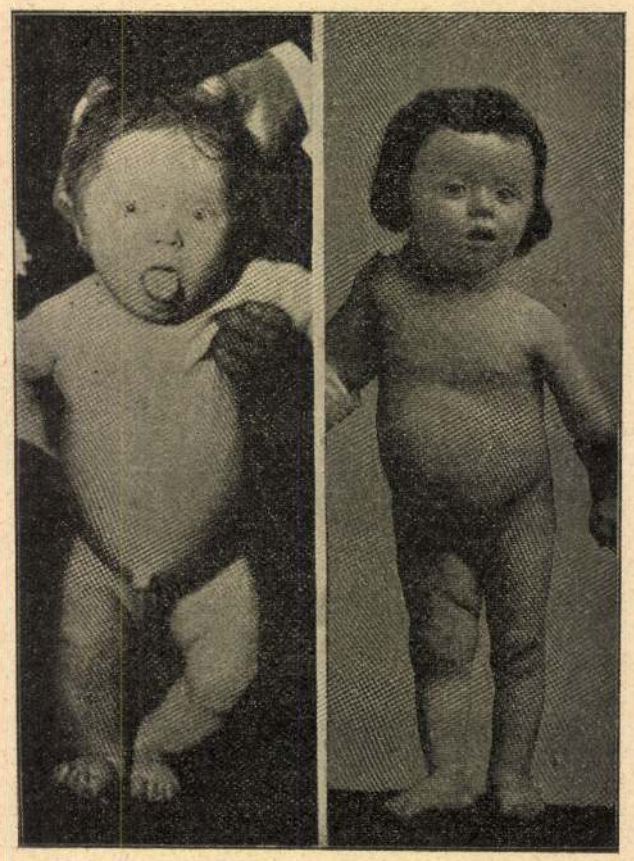
A túltengés összes eseteiben glanduláris jellegü volt, rosszindulatúságot, melyet *Albarran* az esetek 14%-ában észlelt, nem konstatált. (Deutsche med. Wochenschr. 1905. 41. sz.) *Steiner Pál* dr.

A vakbélműtéteket *Hahn* (Mainz) következő módon végzi. 4—7 cm. hosszú ferde bőrmetszés a jobb spina ant. sup. és a linea alba között; a rectushüvely hosszanti megnyitása és a m. rectus eltolása befelé; a hátulsó rectushüvely és a peritoneum megnyitása lehetőleg kicsiny, $2^1/_2$—3 cm. hosszú metszéssel. A hasi seben át H. bal mutatóujját most a hasüregbe tolja és pusztán tapintó érzésének segélyével keresi az appendixet, azt izolálja és kampó módra görbített ujjával a sebbe nyomja. Eddigelé csak teljesen gangraeneskált vakbelek mellett vagy a betegek desolat állapotánál tért el ezen módszerétől. A kibuktatott appendixet nem genyedő epityphlitiseknél a szokott manchette képzésével irtja ki, míg genyedő féregnyúlványokat catguttal egyszerüen leköt és resekál. Az utóbbi esetekben a coecum táját drainezi, egyébként drainezés nélkül réteges varrattal és selyem segélyével zárja el a hasi sebet. Eredményeivel szerző igen meg van elégedve. (Zentralblatt f. Chirurgie. 1905. 46. sz.) *Gergő.*

Gyermekgyógyászat.

Cretinismus egy esetét közli *Heiman Henrik* New-Yorkból. A 17 hónapos gyermek családjában vérrokonság, idiotismus, struma vagy más aetiologikus momentum nem szerepel; két testvére egészséges, rendes szellemi fejlettségü; két hónapos koráig szopott, 6 hónapos korában pertussist állott ki. Anyja ezután csakhamar észrevette, hogy a gyermek a rendesnél kövérebb, hasa erősen nagyobbodik; egy éves korában tekintete stupid, fejét nem képes fenntartani, bőre érdes, nyelvét kiölti, sokat alszik.

A diagnosis felállítása után a szokásos thyreoidea-kezelésben részesült. 9 hónapi kezelés után a gyermek tekintete intelligens, bőre sima, fejét fenntartja, makroglossia még fennáll, de nyelvét



nem tartja kiöltve, 11 cm. nyi hossznövekvés, has nem prominenál, s míg azelőtt hőmérséke subnormális volt, most normális. (Arch. of Pediatrics, 1905. 11. szám.) *Tóth Sára* dr.

Pneumococcus okozta általános genyes peritonitis esetét mutatta be *Peter H.* a párisi Société de Pédiatrie nek, mely megbetegedés Franciaországban nem tartozik a ritkábbak közé. Egy $6^1/_2$ éves leánykát betegsége hetedik napján appendicitisből eredő általános peritonitis diagnosisával szállították a *Trousseau*-kórházba a hashártyagyuladás kifejezett tüneteivel. Feltünő volt az anamnesisben a peritonitis tüneteinek aránylag lassú kifejlődése s az állandóan hő, híg, nem büzös széklet, melyek alapján a diagnosist peritonitis pneumococcicára állították fel. Megemlítendő tünet még a kifejezett herpes labialis. Az operatio alkalmával igen kevés zöldes-sárgás geny ürült, s a hasüregben igen bő, a bélkacsokat s a hasfalat egyaránt bevonó, vaskos álhártyákat találtak. A féregnyúlványt épnek találták, de eltávolították. A genyben górcsövi vizsgálatakor *Fraenkel*-féle diplococcust találtak tisztán. Beteg a műtét után 48 óráig élt még. A bonczoláskor a hasüregben folyadékot egyáltalán nem találtak, hanem egy min-

dent bevonó, s a kis medenczébe is behatoló zöldes-sárga, vaskos álhártyatömeget, mely alatt a puffadt belek erősen belöveltnek bizonyultak. *Sevestre M.* a pneumococcus által okozott peritonitist 3 osztályba sorozza: 1. Elsőleges toxikus, 2. eltokolt, 3. általános genyes peritonitis. Ezen eset a 3. féleséghez tartozik, a nélkül, hogy a pneumococcus behatolási kapuját teljes biztonsággal megállapíthatták volna. Az ilyen esetekben *Peter* könnyűnek tartja az összetévesztést akár a typhus abdominalissal, akár az appendicitissel, hacsak az összes tünetek pontos mérlegelését nem tartjuk szem előtt. Míg az eltokolt peritonitis pneumococcica általában jóindulatú, addig az általános genyes, vagy a primaer toxikus az eltokolódásra való hajlamosság nélkül csaknem mindig halálos végű.

Broca tapasztalatai szerint a műtéttel ajánlatos várni a hasüregben jól kifejezett fluctuatioig, mert a koraibb műtét a pneumococcusok virulentiáját még fokozni látszik.

Ezzel kapcsolatban *Sevestre M.* felemlíti egy gyógyult pneumococcus-peritonitis esetét, melyben a megbetegedés után 37 nappal körülbelül négy liter genyet bocsátottak ki a betegből. (Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris. 1905.)

Koós Aurél.

A Koch-féle bacillus kimutatásáról gyermekek bélsarában s ennek diagnostikai fontosságáról ir *Cruchet* és *Lepage*. Csecsemők és kisebb gyermekek köpetet nem üritenek, hanem a felköhögött váladékot lenyelik; ilyenkor az esetleg jelenlevő tuberculosis-bacillusok a bélcsatornán át a székletéttel üríttetnek ki. Fontos ez különösen diagnostikus szempontból, a mennyiben kezdődő gümőkóros folyamatok kimutatása, különösen csecsemőknél, nagy nehézségekbe ütközik. Szerzők a különböző vizsgáló módszereket kipróbálva, a *Strassburger*-féle kettős centrifugálás utáni festést találták legmegbizhatóbbnak. Ezen eljárás alkalmazása mellett egészen kezdeti stadiumban levő esetekben is sikerült a kórjelző bacillus kimutatása, miért is szerzők ezen eddig eléggé nem méltatott és mellőzött eljárás alkalmazását kétes esetekben melegen ajánlják. (Revue mens. des maladies de l'enfance, 1905. 12. sz.) *Faludi Géza* dr.

Addison-kór gyors lefolyású esetét észlelték *Nobécourt* és *Brelet*. $1^1/_2$ éves, gümösen terhelt, angolkóros gyermek bronchitis tünetei közt hevenyen megbetegszik. A betegség kezdetén a homlok, alhas s hónaljtájék bőre mérsékelten pigmentált, sárgásbarna színü, 38—39° közti lázas mozgalmak, gyorsan fokozódó elesettség s az egész bőrfelületnek mindinkább feltünő barnás színeződése uralják a kórlefolyást. A barnás színeződés legkifejezettebben az említett bőrterületeken mutatkozik. A nyálkahártyákon színelváltozás nem volt észlelhető. A vérvizsgálat rendes viszonyokat mutatott, a vizelet normális. E mellett a tüdőbeli folyamat folytonosan rosszabbodik; a betegség harmadik hetében meningeális jelenségek állanak elő s a beteg a bántalom harmadik hetének végén basilaris meningitis tünetei közt meghalt. A bonczolat általános miliáris gümőkórt derített ki, e mellett a peribronchiális és mesenteriális mirigyek heveny duzzanatát. A *mellékkvesékben* sem *makroskopice*, sem *mikroskopice elváltozás nem volt kimutatható*. Ezen negativ lelet ellenére szerzők esete igazi *Addison*-kórnak tekintendő; az egész bőrfelületnek ily feltünő pigmentatioja ugyanis nem róható a gümős folyamat rovására. A mellékvesék ép volta mellett az általános pigmentatio oka a plexus solaris megbetegedésében keresendő. (Bull. de la Société de Pédiatrie de Paris. 1905. 7. sz.) *Faludi Géza* dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Az orrblennorrhoea, mint a blennorrhoeás kötőhártyáról az orrnyálkahártyára átterjedő folyamat, úgy látszik gyakoribb, mint a hogy eddig gondolták. Főleg a csecsemőkori, a születés után 2—3 nap mulva jelentkező és idült lefolyást vevő coryzák egy része valószinüleg blennorrhoeás eredésü. Kezelésükre *Julien* öblítéseket ajánl 2—3%-os protargol-oldattal; utána bórsav-mentholkenőcs alkalmazandó, illetve a következő összetételü por fuvandó be: Rp. Argenti nitrici 0·15; Talci 10·0. (Revue internat. de méd. et de chir., 1905.)

Méhvérzés eseteiben *Chasse* a hydrastinint stypticinnel együtt rendeli következőképen: Rp. Hydrastinini hydrochlorici 0·05; Stypticini 0·35; Syr. rub. id. 7·5; Elix. aurant. comp. 30·0 M. D. S. 2—3 óránként kávéskanálnyit. (Ref. Therapeutische Monatshefte, 1906. 1. f.)

Thiosinamin használata után hőmérsékemelkedést észlelt *Brinitzer* egy sclerodermiás betegénél az ötödik befecskendezés után. A hőemelkedések ezután egyideig kisebb adagok használata után is bekövetkeztek, később azonban megint jobban türte a beteg a szert. (Berliner klinische Wochenschrift, 1906. 4. szám.)

Angina pectoris eseteiben a berlini egyetem I. belklinikáján a következőket rendelik: 1. $^1/_2$ mgm.-os nitroglycerin-tablettákból (Burroughs, Wellcome and Co.) naponként egyet bevenni. 2. Gyorsabb hatású a nitroglycerin alkoholos oldata: Rp. Nitroglycerini 1·0; Spir. vini 100·0 M. D. S. 1 10 cseppet naponként 3-szor vízben bevenni. 3. Kicsiny pulsus esetén: Rp. Digaleni lagen. origin. 1 cm^3-t bőr alá. Rp. Digitalysat. Bürger 15·0. Naponként 3-szor 10 cseppet bevenni. Rp. Tinct. strychnini, Tinct. digitalis āā 5·0; Tinct. valerianae 15·0. M. D. S. Naponként 3-szor 15 cseppet bevenni. (Med. Klinik, 1906 5. szám.)

Ankylostomiasis ellen sikerrel használta *Llewellyn Powell Phillips* az eucalyptus-olajat, a melyet már Hermann ajánlott volt. Estefelé sós hashajtót ad és másnap reggel véteti be félórás időközben két részletben a következő mixturát: Rp. Olei eucalypti 2·5; Chloroformii 3·5; Ol. ricini 40·0. Bélürülés jelentkezéséig a beteg ágyban marad és koplal. (The lancet, 1906. február 3.)

Vegyes hirek.

Budapest, 1906. február 9.

Irsai Artur dr. egyetemi rendkivüli tanárnak és a szent Margitkórház vezető főorvosának, valamint törvényes utódainak a közegészségügy terén szerzett érdemei elismeréseül a király a magyar nemességet adományozta *szemlőhegyi* előnévvel.

Hintz Henrik dr. bártfai fürdőorvosnak a király a fürdőügy terén szerzett érdemei elismeréséül a királyi tanácsosi czimet adományozta.

Kinevezés *Raisz Aladár* dr.-t a belügyminister fizetéses rendőrorvossá nevezte ki. — *Wagner József* dr.-t a pénzügyministerium vezetésével megbizott ministerelnök a felsőbányai bányahivatalhoz bányaorvossá nevezte ki.

Választás. *Bazsó Tivadar* dr.-t hevesi, *Sebestyén Dávid* dr.-t mozsgói, *Noszlopy Gyula* dr.-t pedig pásztói község orvossá választották.

Állami gyermekmenhelyből kórházba beutalt gyermekek visszaadása. (119,404/V—c. 1905. B. M. számú körrendelet.) Többször előfordult, hogy az állami gyermekmenhely kötelékébe tartozó, elhagyottá nyilvánított gyermeket, a kit speciális gondozás vagy gyógykezelés végett kórházba kellett küldeni, a kórház a kezelés megszünte után nem a beutaló állami gyermekmenhelynek, hanem az illető községnek küldötte vissza. Minthogy ezen eljárás a gyermekvédelmi szabályzat rendelkezésével ellenkezik, felhivom (czimet), hogy a hatósága alá tartozó összes kórházak és gyógyintézetek igazgatóit szigorúan utasítsa, hogy az állami gyermekmenhelyek által ápolás czéljából hozzájuk beutalt gyermeket, a mennyiben a gyógyintézetből kiadatásának szükségessége felmerül, sem a gyermek hozzátartozójának, sem az illetőségi községnek, hanem csakis annak a menhelynek adják vissza, melytől a gyermeket gyógykezelés czéljából átvették. Budapest, 1906. évi január hó 26.-án. A minister helyett: *Széll Ignácz* s. k. államtitkár.

A tiszti orvosi vizsgáló bizottság tagjaivá a belügyminister három évi időtartamra a következőket nevezte ki. A budapesti vizsgáló bizottságba: a közegészségügyre vonatkozó törvények és rendeletekből vizsgálóul a bizottság elnökét, *Chyzer Kornél* dr. belügyministeri tanácsost; alelnökké és az elmekórtanból vizsgálóul *babarczi Schwartzer Ottó* dr. főrendiházi tag, udvari tanácsost, az országos közegészségügyi tanács másodelnökét; a gyógyszerismeből és méregtanból vizsgálóul *Tóth Lajos* dr. vallás- és közoktatásügyi ministeri tanácsost; a közegészségtanból vizsgálóul *Frank Ödön* dr. egyetemi magántanár, királyi közegészségi főfelügyelőt; a trachoma-ügyből vizsgálóul *Grósz Emil* dr. egyetemi nyilvános rendes tanár, trachomaügyi kormánybiztost; jegyzőül *Fáy Aladár* dr. királyi közegészségi felügyelőt; a kolozsvári vizsgáló bizottságba: a közegészségügyre vonatkozó törvények és rendeletekből vizsgálóul a bizottság elnökét, *Chyzer Kornél* dr. belügyministeri tanácsost; alelnökké és a közegészségtanból vizsgálóul *Purjesz Zsigmond* dr. udvari tanácsos, egyetemi nyilvános rendes tanárt; a gyógyszerismeből és méregtanból vizsgálóul *Udránszky László* dr. egyetemi nyilvános rendes tanárt; az elmekórtanból vizsgálóul *Konrád Jenő* dr., a budapest-lipótmezei magyar királyi állami elmegyógyintézet igazgatóját; a trachoma-ügyből vizsgálóul *Hoór Károly* dr. egyetemi

nyilvános rendes tanárt és jegyzőül *Engel Gábor* dr. egyetemi rk. tanárt és a kolozsvári országos Karolina-kórház igazgatóját.

XII. Szünidei Orvosi Cursus. A XII. Szünidei Orvosi Cursus végrehajtó bizottsága *Grósz Emil* egyetemi tanár elnöklésével 1906. február hó 3.-án ülést tartott. A végrehajtó bizottság elhatározta, hogy a XII. Szünidei Orvosi Cursus *1906. május hó 27.-étől junius hó 9.-éig lesz* s hogy az ünnepnapokon tartandó egyes előadásokon s a főcsoportok előadásain kivül korlátolt számban speciális cursusok is lesznek. A részletes programmot húsvétkor küldik szét, addig is felvilágositásokat készségesen ad a XII. Szünidei Orvosi Cursus titkára: *Temesváry Rezső* egyetemi magántanár, VII., Erzsébet-körút 32.

A Budapest VII. ker. Orvostársaság választmánya f. hó 13.-án, kedden esti 6 órakor ülést tart rendes helyiségében (erzsébetvárosi kör). Tekintettel a tárgyalás alá kerülő ügyek *nagy fontosságára (a szövetségnek 15.-én tartandó közgyülése és a községi betegsegélyző egylet létesítése)* az elnökség arra kéri a tagtársakat, hogy a választmányi ülésen, illetőleg az azt követő társasvacsorán és értekezleten *lehetőleg teljes számban* jelenjenek meg.

85 éves keresetképtelen collega részére adakoztak: *Áldor Lajos* dr. (Karlsbad) 20 K.; *N. N.* dr. (Budapest) 24 K.

Elhunyt: *Niertit Gyula* dr. alsó-kamarási körorvos 37 éves korában. — *Flamm Bertalan* dr. cserményi körorvos 54 éves korában e hó 2.-án. — *E. Schnee* dr., egyike a legrégibb karlsbadi orvosoknak, 70 éves korában. — *S. Rosenstein* leideni tanár, a kit főleg a vesebetegségekről irt munkái tettek ismertté, 74 éves korában. — *J. Kostenitsch*, a szemorvostan tanára Szt.-Pétervárott. — *J. Wichmann*, a gyermekorvostan tanára Kopenhágában.

Kisebb hirek külföldről. *Ahlfeld* marburgi tanár, a híres gynaekologus 25 éves tanári jubileumát e hó 2.-án ünnepelték. — A *sociális orvostan* előadására rendkivüli tanszéket szerveztek a berlini egyetemen; az előadásokat *Kirchner* tanár fogja tartani. — A bécsi közoktatásügyi minisierium kérdést intézett az osztrák egyetemekhez az iránt, vajjon kivánatos-e, hogy *nők is habilitáltassák magukat*. Eddigelé csak a két prágai egyetem küldta be feleletét, még pedig a német igennel, a cseh nemmel felelt. — A Nothnagel tanár elhunytával megüresedett belorvostani tanszékre a bécsi egyetemen *Noorden Károly* tanár, a frankfurti városi kórház főorvosa neveztetett ki. Noorden tanár a meghivást több feltételhez kötötte, többek között új klinikaépitéséhez s a segédszemélyzet számának szaporitásához; feltételeit a ministerium elfogadta. Az új tanár tudvalevően elsőrangú tekintély az anyagcsere-betegségek, különösen a diabetes terén. — Szt. Pétervárott legutóbb közegészségtani tanszéket szerveztek, melyet *G. W. Chlopin* tanárral töltettek be.

Az orvosok száma Párisban, a mely 1894-ben 2421 volt, 1904-ben már 3664-re rúgott; a szaporodás tehát $^1/_3$-ot tesz, mig a lakosság csak $^1/_6$-dal szaporodott. A párisi orvosok túlnyomó része nem szerez többet 6000 franc-nál évenként, sőt több mint 1000 olyan orvos van, a kinek jövedelme alig üti meg a 2000 franc-ot. Feltünő a fogorvosok szaporodása: mig 1894-ben csak 70 volt, számuk tiz év mulva 373-ra emelkedett.

Gyermekvédelem a gümőkór ellen Franciaországban. *Grancher* tanár előterjesztésére alapitották az „*Oeuvre de la préservation de l'enfance*"-t, melynek jelenleg Chabrès, Couture és La Jonchière-ban van fiókja. Jelenleg 50 gyermek van parasztoknál, kellő orvosi felügyelet mellett elhelyezve. 1905-ben 24,244 frank volt a kiadások nagysága. A gümőkór elleni congressus ez intézményt következő kijelentésekkel és határozatokkal ismerte el jónak: A gümőkór rendesen a család révén, ifjúkorban szerzett s ez időszakban aránylag könnyen gyógyitható megbetegedés. Egészséges lakás, kellő táplálék, a gyermek eltávolitása a fertőzött környezetből hatalmas fegyverek a gümőkór elleni küzdelemben. A hygiene követelményeinek megfelelő iskolákban kellőkép tanitsák az egészségtan elemeit. Szigorú s szakszerű orvosi vizsgálat útján távolittassanak el a gümőkórosok az iskolából. A gümőkórra hajlamosak és lymphatikus gyermekek tengermelléki sanatoriumokban, az egészséges, de fertőzött környezetben élő kisdedek az „Oeuvre de la préservation de l'enfance"-nál helyeztessenek el.

Megjelent. *D. Kuthy*: Beitrag zur Hygiene der Lungenheilstätten. Különnyomat a „Tuberculosis" czimü folyóiratból, — *U. a.*: La question de la tuberculose dans les établissements pénitentiaires. Különnyomat a „Zeitschrift für Tuberkulose" VIII. kötetéből

Tátrafüreden a téli idényben január 31.-éig 304 vendég tartózkodott.

A budapesti egyetem I. sz. női klinikáján január hóban 131 szülés volt (62 először szülő, 69 többször szülő). A született magzatok száma: 133, ebből élő 123; érett volt 114, kora 16, éretlen 3; fiú 73, leány 58, kérdéses nemü 2; törvényes 40, törvénytelen 93. Nőbeteget a klinikán január hóban 97-et ápoltak; közülök 1 halt meg. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika 63 esetben nyujtott segélyt; a műtétek száma 50 volt.

A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület 1906. január hóban 192 esetben nyujtott segélyt; ezenkivül 23 esetben végzett betegszállitást és 33 esetben mint mozgóőrség működött.

Orvosi technikai intézet eladása. Dr. Tyrnauer Karlsbadban f. évi április hónapjában az ottani városi orvosi intézet vezetését a „Kaiserbad"-ban ismét átveszi. E végből a „Böhm. Escomptebank" épületében lévő saját intézete feloszlik és a wiesbadeni czég Rossel, Schwarz & Comp. eladja az általa 3 év előtt az intézetnek szállitott és hibátlan állapotban levő 20 gépet **vámmentesen loco Karlsbad** igen előnyös feltételek mellett. Közelebbi felvilágositással szolgálnak: Dr. Tyrnauer, Bécs, I., Wipplingerstrasse 33 és Rossel, Schwarz & Comp., hygienikus gépek gyára, Wiesbaden, Mainzer Landstrasse.

Dr. Deér Endre budapesti gyógyszerész lapunk mai számában megjelent **Tabl. Ferri Protox.** czimü hirdetését az orvos urak figyelmébe ajánljuk.

Lapunk mai számához Balázsovich Sándor sepsiszentgyörgyi gyógyszerész **„Ung. Inda"** készitményét tárgyaló körözvénye van csatolva, mely 41 magyar orvos elismerő nyilatkozatait tartalmazza.

Mai számunkhoz a Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning. Hoechst a/M. **„Gujasanol"** czimü prospectusa van mellékelve.

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 **vizkúra heteuként 60 korona.** Kitünő forrás-ivóviz. Főorvos: **dr. Tolnai Vilmos.**

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

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.

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.**

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.

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.

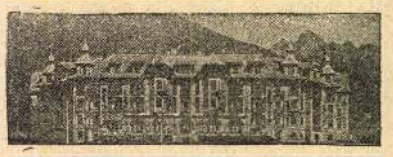
Dr. Szegő Arman orvosi dajkavizsgáló intézetében VI., Andrássy-út 84, megfigyelés alatt álló **szoptatós** dajkák minden időben kaphatók. Telefon 93—22.

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

Orvos urak szives figyelmébe. **„Thermal-cabinet"** tökéletes **szoba-, gőz- és hólégfürdő-készülék.** Ismertetést bérmentve küld: **Förster Aladár, Budapest, VII., Alsó-erdősor 30.**

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.

Tátrafüred



(1020 m.) téli klimatikus gyógyhely, nyitva deczember 1-jétől márczius végéig. Vízgyógyintézet, massage, villamozás, diaetás asztal, felséges enyhe téli klima. Téli sportok. Központi fütés, villamos világitás, állandó gyógyszertár. Indikált: **Basedow-kór**, idegbajok, vérszegénység stb.

Tuberculosis kizárva.

Prospectust küld a fürdőigazgatóság.

Orvos: Dr. Dalmady Zoltán.

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

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (IV. rendes tud. ülés 1906. február 3.-án.) 298. l. — Közkórházi orvostársulat. (IV. bemutató ülés 1905. deczember 20.) 299. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya (VIII. szakülés 1905. november 18.-án.) 299. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 300. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

Elnök: **Bókay Árpád.** Jegyző: **Manninger Vilmos.**

(IV. rendes tud. ülés 1906. évi február hó 3.-án.)

Elnök az ülést megnyitja. Mult ülés jegyzőkönyvét hitelesiti. Mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Verebély László, Barlay János és Bosányi Béla tagtársakat.

Jelenti, hogy a belügyminister jóváhagyta a levelező tagok megválasztását és így el fog nekik az oklevelük küldetni.

Carcinoma epibulbare esete.
Kétoldali epibulbáris carcinoma.
Pemphigus conjunctivae.

Barlay János: Lapunk „Szemészet“ mellékletében közöljük.

A zsírszövet szerepe a sebgyógyulásnál.

Verebély Tibor: A sebgyógyulás tanában a mai álláspont két ellentétes felfogás egybeolvadásából fejlödött: a tisztán haematogen, illetve histogen származás helyett a szerzők nagyjából haematohistogen eredet mellett foglalnak állást a granulatiosejteket illetőleg.

A kérdés azonban e határokon belül legkevésbé sem tekinthető tisztázottnak, a mi abban leli magyarázatát, hogy a vizsgálati módszerek ez idő szerint morphologiaiak s eredményeik időbeli s okszerű összefüggése teljesen önkényszerű. A feladat a granulatiók tanulmányozásában csak az, hogy lehetőleg kövessük a sejtes elemek sorsát befelé a granulatiós szakba s lehetőleg keressük a hegszövet elemeinek genesisét a granulatiós szakból. Legkevésbé ismert a kérdés a zsírszövetre vonatkozólag, a melynek physiologiai eredete, fejlödése s alkata sincs tisztázva.

Röviden áttekintve a zsírszövet fejlödésére és alkatára vonatkozó irodalmi nézeteket, áttér a zsírszövet pathologiájára, a mely a kórtan egyik legmostohább fejezete. A sorvadást, gyuladást, regeneratiót és daganatokat illetőleg megjelent munkák csaknem kizárólag experimentálisak s állatokra vonatkoznak, emberi sebsarjadzás ily irányú rendszeres vizsgálat tárgya sohasem volt. Egy idült emlőtályog sarjadzásának tanulmányozásából kiindulva jutott e kutatásokra, a melyeket 5 herniotomia, 7 laparotomia és 2 amputatio femoris hegén, egész fiatal myelogen callusokon s 23 esetből 13-szor sebsarjakon tett vizsgálata tárgyává: ezekből naponként haladó sorozatokat készített s így vizsgálta a zsírsejtek elváltozásait. A zsírszövetsarjadzás klinikai makroskopikus lefolyásának rövid vázolása után áttér a zsírsejtek górcsői magatartására s e tekintetben öt typust állit fel:

a) A zsírsejtek desintegratiojának nevezi azt, a midőn az életképességében csökkent vagy elhalt zsírsejtbe fehérvérsejtek vándorolnak be s azt elpusztítják. *b*) Savós sorvadásnak kell nevezni azt, a midőn a zsírcsepp helyét egészen alaktalan, homogen folyadék foglalja el, mint egyetlen vacuola. *c*) Az egyszerű atrophiánál a zsírsejt alaki és vegyi tulajdonságainak teljes megtartása mellett egyszerűen megkisebbedik, miközben protoplasmája és magja feltünöbb életjelenséget nem mutat. *d*) Az előbbi három csoporttal szemben ezen typusnál, a melyet a zsírsejt egyszerű anaplasiájának lehetne nevezni, a képet a protoplasma és mag új életre ébredése jellemzi. A zsírcsepp megkisebbedése mellett lassanként láthatóvá lesz a protoplasma s legömbölyödik a mag, mig végre a zsír assimilatioja után a Waldeyer-féle plasmasejt képe áll előttünk. A sejtekben igen nagy számmal talált karyomitosisos alakokat, jeléül annak, hogy a folyamat kifejezetten activ. *e*) Az utolsó csoportnál az anaplasiához a sejtek burjánzása csatlakozik fiatal, habos protoplasmájú ivadékok képzésével avagy sokmagvú óriássejtek productiojával. E zsírsejtivadékok azután részben elpusztulnak, részben vándorphagocytákká, illetve gömbsejtekké alakulnak; egy részük helybenmaradva, új zsírsejtté változik s mint ilyen lipoblastnak nevezhető; egy utolsó csoport pedig, s ez elég jelentékeny, valóságos fibroblasttá lesz s így résztvesz a collagen kötőszövet képzésében.

Mindezek szerint azt lehet mondani, hogy a zsírszövet embernél résztvesz sarjadzások képzésében ép úgy, mint minden más kötőszövet, a melyektől abban különbözik, hogy sejtjeiben zsiranyag van felhalmozva. Ez a zsír, mint holt anyag, csökkenti sejtjeinek életképességét oly annyira, hogy azok hirtelen jövő, intensiv külső ingerekre reagálni nem tudnak, zsirjuk idegen vándorsejteknek, esetleg bakteriumoknak esik áldozatul vagy feloldódik a környezet szövetnedvében. Gyengébb ingerek e sejteket új életre ébreszthetik, a melynek első feladata a zsir átalakitása. E górcsövi viselkedés megmagyarázza azt a gyakorlati tapasztalatot, hogy miért kell a zsírszövetet a szervezet legnehezebben gyógyuló, fertőzésre leginkább hajlandó szövetének tartanunk.

Krompecher Ödön: Előadó érdekes tanulmánya annál értékesebb, mert nap-nap után vizsgálta a zsírszöveteket és így fejlödésüket figyelemmel kisérhette. Ilyen szerencsés helyzetben természetesen csak a sebész lehet. Én is vizsgáltam a zsírszövetet, de nem ilyen sorozatokban, csak a sebészek által kiirtott anyagon, és bizonyos megegyezést találtam az én leleteim és az előadó képei között. Lobosan izgatott zsírszövet bizonyos körülmények között hasonló képeket ad. Láttam olyant, melyben a protoplasmában vörösvérsejt van, vagyis phagocyták szerepelnek, melyek a vörösvérsejteket phagocytálják. Nehéz ezeket elkülöníteni a habos protoplasmasejtektől. Még érdekesebb, hogy ilyen lobos zsírszövetben a zsírsejt magvai bizonyos elváltozásokon mennek át, melyek hasonlítanak bizonyos daganatszövethez. Polymorphismust mutatnak a magvak nagyságban és alakban úgy, hogy egyetlen zsirsejtben több mag van. Annyiban van ennek jelentősége, hogy a zsírsejtek ilyenkor bizonyos fokig hasonlithatnak endothelsejtekhez. És ilyenkor nehéz a lobos zsírszövetet elkülöníteni endotheliomától.

Végre találtam olyan zsírsejteket, melyek óriás többmagvú sejtekké alakultak át, 20—30 magvat is tartalmazhat egy ilyen sejt. Másfélekép is lehet ezt magyarázni, mint idegen test körüli óriássejtet. A többmagvú sejtek néha keletkeznek idegen test körül, catgut-, bakteriumizgatásra a magvak megszaporodnak, a protoplasma megmarad. Megfigyelhettem, hogy hámsejtek néha belekerülnek a bőralatti kötőszövetbe és ha így a többi hámsejttől különválnak, akkor az ilyen hámsejtek egy- vagy többmagvú óriássejtekké alakulnak át. De bármilyen más sejttel is megtörténhetik ez.

Felvetem a kérdést, nem lehetne e arra gondolni, hogy a leukocyták, melyek a zsírsejtekre hatnak, talán vérzés által izoláltatnak és így alakulnak át többmagvú sejtté. Nem tudok elzárkózni az elől, hogy a placentáris óriássejtek keletkezését is igy lehetne magyarázni. Ez a kérdés még pontosabban tanulmányozandó.

Lenhossék Mihály: Azok az óriássejtek, melyek a placenta intervillosus üregeiben vannak, csak levált syncitiumrészletek. De vannak igazi óriássejtek, melyek a decidua basalisban vannak, még pedig nemcsak a felületes, hanem a mély rétegekben is. Tehát ezekre Krompecher magyarázata nem illik. Ezeknek keletkezése többféle, némelyek szerint leukocytából, mások szerint endothelből származnak.

Verebély Tibor: Sokszor vizsgálta maga is a lobos carcinoma terjedési zónájában a zsírszövetet és csupán az egyöntetűség szempontjából hagyta ki ezeket, mikor tisztán a sarjakban való magatartását a zsírszövetnek akarta előadni. A legszebb óriássejtek nem ott fordulnak elő, a hol izoláltattak, hanem a hol a legintensivebb összefüggésben vannak a szomszédsággal.

A polyarthritis acuta rheumatica lefolyásának módosulásai.

Bosányi Béla: Előadó utal azon gyakorlati tapasztalatra, hogy a heveny csúz az esetek tekintélyes számában a heveny állapoton túl fennáll vagy gyakran visszatér és úgy időben mint alakban módosul. Kapcsolatba hozza ezt a kórokozó angina elidülésével és több kóresetet sorol fel, melyekben az orrgaratűr kezelése hónapokon, sőt néhány éven keresztül fennállott subacut és recidiváló polyarthritist megszüntetett. Gyakorlatában észlelt eseteiből kimutatja, hogy a heveny csúz gümőkóros és senilis egyéneknél, továbbá alkatuk folytán ellentálló képességükben csökkent betegeknél atypikus, subacut módon folyik és ez által kórismézési nehézségeket okoz. Szükségesnek véli a heveny csúzot okozó angina pontos megfigyelését és kezelését. Atypikus polyarthritis eseteiben óvakodni kell a húgysavasság diagnosisának elfogadásától, mert ennek gyógyitása elvonó módszereket igényel, holott ily betegeknél rendszerint zsongító eljárás kivánatos.

Az előadás következtetései ezek:

1. A heveny csúz az esetek túlnyomó számában az orrgaratűr fertőzéséből támad. Az orrgaratűr megbetegedésének huzamosabb fennállása gyakran maga után vonja az általa okozott polyarthritis tartamának megnyújtását.

2. Az orrgaratűr állapota a megelőzés, megóvás és gyógyitás szempontjából különös figyelmet követel.

3. Ha a heveny csúz izületi tünetei a heveny stadiumon túl fennállanak, úgy minden esetben kutatni kell, mely kóros állapot okozza az atypikus lefolyást.

4. Subacut módon keletkező, több izületre terjedő izületi megbetegedésnél a belszervek (tüdő) és az alkat (senilitas, esetleg korai arteriosklerosis) gyakran nyujtanak támpontot a kórkép magyarázatára. Ily esetekben óvakodnunk kell különösen a köszvény és húgysavasság kellőleg nem indokolt elfogadásától, mivel az a betegség kezelésének irányát nem kivánatos módon befolyásolhatja.

Vermes Mór: A gyakorlatból tudjuk, hogy az angina egyike a leggyakoribb megbetegedéseknek és daczára annak rheumatismus a legritkább esetben szövődik hozzá. Azt hiszem, ezen tapasztalati tényt a többi kartárs is megerősíti. Hogy a rheuma fertőzéses eredetű, természetes. Erre utalnak a metasyphilises rheumás fájdalmak is, melyek a tabest megelőzik.

Szontagh Félix: Az anginát a polyarthritis kifejlődésében a legelső aetiologikus momentumnak tekintem. Nemcsak én, hanem mindazok, kik az anginát klinice észlelik. Igen sokszor polyarthritis, endocarditis fejlődik ki, sőt chorea is, melyet ezekkel aequivalensnek tartok. Egy intézetben 38—40 angina esetet észleltem és egy esetben nem tonsillitis fejlődött ki, hanem purpura rheumatica és egy másik esetben

polyarthritis. Az angina aetiologiája nem egységes és így nem egységes az utána keletkező rheuma sem.

Arányi Zsigmond: Nem minden angina után támad polyarthritis, a mint nem minden syphilis után keletkezik tabes vagy paralysis, pedig a kettő összefüggésében nem kételkedünk. Arthropathia tabica se lép fel minden tabesesnél.

Vermes Mór: Nem azt mondottam, hogy sohse támad angina után polyarthritis, csak mint aetiologikus momentumot nem szabad túlhajtani, hogy például, mint az előadó mondja, 80%-ában az eseteknek az angina volt a polyarthritis oka.

Ráskai Dezső: Gonorrhoea után nem gyakran támad polyarthritis. Tény, hogy az összefüggés bakteriologice és anatomice is ki van mutatva. A gonorrhoea után akkor lép fel polyarthritis, ha az acut stadium lezajlása után a bakteriumok a szövetek mélyébe hatolnak, vagy hátsó urethritis fejlődik ki, vagy a gonorrhoea átmegy a mellékszervekre. A gonorrhoea minden exacerbatiojával kiújul a polyarthritis. A gonorrh. orvoslásával visszafejlődik a polyarthritis is. A tonsillitisekkel összefüggő polyarthritisnél is hasonlókép áll a dolog.

Polyák Lajos: A kérdésnek, mit előadó felvetett, két oldala van. Egyik, hogy az orrgarat heveny megbetegedései, melyeket angina név alatt foglalunk egybe, mikor és milyen arányban járulnak hozzá a polyarthritis kifejlődéséhez. Erről nem lehet beszélni laryngologiai tapasztalat alapján. Másrészt kérdéses, hogy azok a heveny megbetegedései az orr-garatnak, a melyekhez izületi megbetegedés csatlakozik, tulajdonkép nem részjelenségei-e az általános megbetegedésnek, vagy pedig az a primaer, melyhez a polyarthritis csatlakozik. Másik oldala a kérdésnek az, hogy vannak idült izületi megbetegedések, melyeknél garatbántalmak találtattak és melyek között összefüggést lehet felvenni. Valószinűleg igaz is a felvétel, mert az orrüregben és mellüregeiben évekig tartó genyedéses folyamatok fordulnak elő (sinusitisek), a melyek által termelt geny nem előre, hanem a garatűr felé hátra terjed és ott a staphylo- és streptococcusok sok alkalmat adnak a fertőzésre. Egy másik gyakori genyedési hely a Luschka-féle mandola recessus mediusa, a melyből szintén lehetséges a genyedés.

Bosányi Béla: A garat és torok részéről történhető fertőzések tisztázásához járultak a felszólalások. Tudja, hogy az esetek nagy számában nem lehetséges kimutatni, honnan származik a fertőzés, de a hol lehetséges, deritsük ki.

Vermesnek megjegyzem, hogy adataimat az irodatomból meritettem, mert az én tapasztalataim főként idült esetekre vonatkoznak.

Közkórházi orvostársulat.

(XIV. bemutató ülés 1905. deczember 20.)

Elnök: **Rákosi Béla.** Jegyző: **Feldmann Ignácz.**

Elnök az ülést megnyitja. Mai ülés jegyzőkönyvének hitelesitésére felkéri Baum Ignácz és Fischl Ármin tagtársakat.

Aktinomykosis-esetek.

Manninger Vilmos: Míg a typusos aktinomykosis felismerése nehézséget soha nem okoz, vannak a typustól eltérő alakok, melyeket igen könnyű egyéb, mindennapos kórformákkal összetéveszteni. Két ily beteget van szerencsém bemutatni. A első — nőbeteg — betegségét az utolsó gyermekágyra vezeti vissza. 1904. deczemberben szült. Azóta teljesen egészséges sohasem volt. Kezdetben hátfájdalmak támadtak, járkált ugyan, de dolgozni nem tudott. Majd hasának jobb felében keletkeztek fájdalmak, feszülés érzése, melyek ez év nyarán ágyba döntötték. Jobb czombja mindjobban felhúzódott a hasára, míg november 15.-én a czomb tövén a geny áttörte a bőrt. Azóta bőven ürül geny a sipolyból.

Vizsgálatkor typusos psoas-abscessus, mely a Poupart alatt áttört. Érzékenység a lumbális gerinczoszlopon. A spondylitis aetiologiájára a geny formája vezetett. Teljesen áttünő savós alapon töménytelen tűszúrásgombostűfejnyi szürke-sárga szemcse. Friss készitményben nézve aktinomyces-szemcséknek bizonyulnak.

A másik beteg (10 éves fiú) szeptemberben betegedett meg. Hasának jobb felében érzett fájdalmakat, majd kemény beszűrődés támadt e helyen, miért 1905. október 4.-én a gyermekosztályra vétette fel apja. A kórhatározás tbc. tumor ileocoecalis és actinomycosis között ingadozott. Három helyen a bőrön áttörni készülő tályogot megnyitották. A genyből vett kulturák csak staphylococcus albust adtak (bőrinfectio). Az infiltratum, mely deszkakemény, belől a köldökön túl két haránt-ujjnyira, felül a bordaivig terjed, el nem tolható, szorosan a medenczetányérba rögzitett. Mélybe tapintva, a tumor a gerinczoszlopig követhető. A négy sipolyból ömlő genyben friss készitményen typusos actinomyces-szemcsék. A bél részéről semmi panasz.

Mindkét betegnek jodipint adtunk. 3 kávéskanállal kezdve a 10%-os oldatból emelkedő adagban 9, illetve 6 kávéskanálig mentünk, a mi közelitőleg 4·5 gm. illetve 3 gm. jodnak felel meg pro die. Az első betegen ezideig javulás alig mutatkozik. Ritka megjelenése miatt ép ily állapotban kivántam a beteget bemutatni. A fiúnál, ki eddig körülbelül 60 gm. jodot szedett, az állapot lényegesen javult. A sipolyok közül három teljesen elzáródott, a negyedik még levedzik, szemcsék azonban két hét óta már itt sem mutathatók ki.

Gyakorlatilag fontosnak tartom a jodkalinak pótlását jodipinnel. A kórházi pharmakopoeában hivatalos oldat hosszabb használata mellett már három evőkanál után láttunk jodismust, míg jodipin adagolásától, bármily undorító annak az ize, soha bajunk nem volt, daczára annak, hogy jóval nagyobb adagokban (7·5 gm.-ig naponként) adtuk. A nagy dosisok pedig feltétlenül szükségesek. Nem egy esetben láttuk, hogy a folyamat abban az időben változott kedvezővé, mikor a jodkaliról áttértünk jodipinre.

A mióta a jodipint alkalmazzuk, sebészi teendőink minimumra apadtak. Összes sugárgombás betegeink, a kik elég ideig szedték a jodot, meggyógyultak. Egy-egy tályog megnyitásán kivül ez esetben sem történt semmi beavatkozás. A tályogok megnyitása természetesen szükséges, minthogy a jod a sugárgombát el nem öli, csak kilöködését sietteti. Legtöbb esetben azonban már sipolyos állapotban kapjuk a beteget, a mi minden véres műtétet feleslegessé tesz. A gyógyuláshoz rendesen hónapok kellenek.

Donath Gyula: A jodkali és jodipin hatásának különbözőségét abból magyarázza, hogy a jodkali gyorsan felszivódik és gyorsan fejti ki mérgező hatását. A jodipin, mely sesamolajjal készül, lassan szivódik fel, a véráramban lassan hasad le a jod és így hatását lassan, egyenletesen fejti ki. Jodismust nem okoz oly gyakran és gyorsan. A jod hatását fokozni lehet jodipin-injectiókkal, a mi vastagabb canullel 25%-os jodipinnel végezhető.

Ulcus cardiae.

Manninger Vilmos: 2½—3 hónap előtt a bemutatott beteg gombostűt nyelt. Már azelőtt is voltak panaszai hysteriára valló tünetekkel. Éttől a naptól fogva azonban panaszai, daczára annak, hogy a tű per vias naturales távozott, hirtelen kézzelfoghatóvá váltak. Fájdalmak, melyek a szivgödör és a gerinczoszlop között ültek, nyelésnehézségek, melyek eleinte csak keményebb, majd folyékony táplálék nyelésekor is felléptek, majd minden nyelés után jelentkező hányás, subfebrilis temperatura voltak azok a tünetek, melyekkel a kezelő orvos a beteget osztályunkra utasitotta. A hányadékhoz utóbbi napokban vér is keveredett.

Az osztályon megfigyelt betegen személyesen meggyőződhettünk a panaszok valódiságáról. A fájdalmak oly erősekké váltak, hogy másodnapra gastrostomia végzését határoztuk el, egyrészt hogy a nyelőcsövet nyugalomba hozzuk, másrészt, hogy a beteg táplálását lehetővé tegyük. Műtét előtt narkosisban oesophagoskop segélyével meggyőződtünk a panaszok okáról. A nyelőcsövön egészen a cardiáig semmi eltérés. A hiatus oesophageus táján a nyálkahártya megduzzadt. A legduzzadtabb redő oldalán hosszirányú nyilás, melyből a cső mozgatásakor vérrel kevert geny ürül. A geny mennyisége elég bő, körülbelül hat tampon teljesen átivódik.

A gastrostomiát — rendes technikánktól eltérőleg — Kader szerint végeztük, hogy az esetleg szükségessé váló cardioskopia inferiort veszély nélkül végezhessük. A beteg anyja ugyanis valószinűnek mondta, hogy leánya két tűt nyelt és bár az első oesophagoskopia alkalmával tűt nem találtunk, nem volt kizárható, hogy a tű a cardiának a gyomor felé eső részében akadt meg.

A lefolyás sima volt. A sipolyon át táplált beteg fájdalmai, hányása megszünt, hízásnak indult.

10 nap előtt próbáltuk a táplálást szájon át; folyékony táplálékról kemény ételre térve, fájdalmak nem jelentkeztek, hányás nem volt. Néhány nap előtt újra vérnyomok jelentek meg a reggeli köpésben. A megejtett oesophagoskopia teljesen normális viszonyokat derített ki. A cardia táján székelő gyuladásos folyamatok (phlegmone, ulcusok stb.) hasonló tüneteket okoznak, mint a végbélfissurák vagy tályogok. Állandó sphinktergörcs magyarázza a kórképnek minden phasisát. A gyógyulást a megbetegedett résznek — kerülő úton a záróizomnak — nyugalomba hozása teszi lehetővé.

(Folyt. következik.)

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(VIII. szakülés 1905. november 18.)

I. **Makara Lajos** dr. „**A Röntgenographia az idegen testek eltávolitása szolgálatban**“ czimen ismerteti a módszereket, melyeket az eltávolitandó idegen test pontos helyzetének meghatározására kieszeltek. Bemutat egy fiatal leány lábáról készitett Röntgen-képeket, melyek útmutatása mellett a már tizenhat hónap óta a lábban levő, 7 mm hosszú, finom tűhegyet sikerült eltávolitani, míg előbb már két izben eredménytelenül operálták. A komplikált módszerek helyett a felvételek alapján megállapitott helyen totalanaesthesia mellett bemetszett, a seb fenekére fonalvékony sodronykeresztet helyezve új Röntgen-felvételt készitett, mire a kép útmutatása mellett könyedén, kis seben át befejezhette a tű eltávolitását.

Kenyeres Balázs: Kifejti, hogy idegen testek felkutatása és azok helyének pontos megállapitása a törvényszéki orvosi gyakorlatban is nagy jelentőségű. Igy kérdés lehet az, hogy vajjon van-e egyáltalában idegen test, a mi a sértő eszköz meghatározása czéljából fontos, s ha van, hogy az mennyiben okoz a sértettnél bajt; lövéseknél a golyó helyének meghatározására azért is szükség lehet, hogy abból a lövés irányára vonjunk következtetést.

A törvényszéki orvostani intézetben a Röntgen-készüléket elég sokszor vették idegen testek felkeresése czéljából használatba. Az esetek túlnyomó nagy többségében golyót kellett keresni, előfordultak azonban más esetek is.

Igy egy esetben a koponyába egy késnek a pengéje volt beékelődve. K. Gy. 86 éves, kereskedő elkeseredésében öngyilkosságot akart elkövetni, kiment a mezőre és ott zsebkésének nagy pengéjét koponyájába akarta szúrni. Minthogy kézzel ez nem sikerült, a kés hegyét feje tetejére illesztve, egy kővel próbálta beverni; az első kő szétporlott, akkor egy másikkal ütött a kés nyelére, mire ez a pengéről letört; megharagudva, egy még nagyobb követ vett elő, és ezzel teljes erejével rásujtott a hegyével már a csontba beékelődött pengére, mire az koponyájában eltünt. Ekkor vasutra ült s bejött a városba; saját lábán elment a mentőegyesületbe, onnan a törvényszéki orvostani intézetbe, a hol a fej haránt- és hosszátmérőjének irányában két Röntgen-felvétel készült. Mindkettőn a penge jól látszik egy 6 cm. hosszú, $1^1/_2$ cm. széles árnyék alakjában; az épen a középvonalban hátulról kissé előre haladó irányban van beszúrva. Sértettet, minthogy egyrészt a különös öngyilkosági kisérlet, másrészt a vizsgálatnál is tanúsított különös magaviselete elmebeli állapotának kórosságára szolgáltatott gyanut, az elmekórtani intézetben helyezték el. Innen minap reggel a saját lábán ment a sebészeti klinikára, a hol Brandt tanár a bőrseb tágítása után egy fogóval a kés pengéjét elég könnyen el tudta távolitani. Sértett teljesen gyógyult sérüléssel távozott a kórházból.

Egy másik esetben 6 éves leánygyermeknél szerencsétlen foghúzás alkalmával a jobb hörgbe jutott moláris fog jelenlétét lehetett megállapitani. A két gyökérrel bíró fog árnyékképe egészen jól látszik a képen, persze nem olyan intensiven, mint a hogy fémtárgyak meg szoktak látszani.

A tapasztalatok azt mutatják, a mi különben magától érthető, hogy minél sűrűbb valamely test, árnyéka a fényképen annál sötétebb. Igy üvegszilánkok majdnem olyan fekete árnyékot adnak mint fémrészletek. Az egyik bemutatott képen a tenyérbe beforradott üvegszilánk korom fekete képet mutat. Egy másik bemutatott képen, a mely czomblövés esetében készült, igen jól felismerhető, hogy a roncsolt izomzatban hol vannak csontszilánkok és hol lerepedezett ólomdarabok.

Megnehezíti a R.-vizsgálatot olyan esetekben, midőn a mellkasban keresünk golyót, a mellüregben fejlődő vérömlés. A kórházigazgató lakásán meggyilkolt szakácsné két mellövést szenvedett. Az egyik lövésnek a golyója a bal mellkasban igen intensiven látszik, ott a bordák is világos mezőben jól feltünnek. A másik mellkasfél képe egészen sötét, ott a bordák is épen csak a gerinczoszlop mellett tünnek fel; golyó nem látszik, pedig a bonczolásnál kiderült, hogy a jobb mellkasfélben is volt. A feltalálást megakadályozta a jobb mellkas üregében levő nagy vérömleny, mely a sugarak áthatolását megnehezitette. Az ilyen vérömlések általában nagyon megnehezitik a vizsgálatot s megeshetik, hogy a Röntgen-képen golyó nem látszik, noha az tényleg ott van. Ezeken a nehézségeken egy bizonyos mértékig lehet az expositio tartamának növelésével, a cső megkeményitésével, egy szóval a berendezésnek az eset természetéhez való megszabásával segiteni, minthogy azonban concret esetben sem a vérmennyiséget és igy az akadály nagyságát nem ismerjük, sem pedig a sugarak áthatoló képességét, a mely sok mindentől függ, előre meghatározni nem tudjuk: sohasem lehetünk bizonyosok arról, vajjon jól végeztük-e a vizsgálatot. Erre való tekintettel czélszerű ellenőrző próbát használni, a mit egész egyszerűen megtehetünk úgy, hogy a testnek arra a helyére, a melyen a legnagyobb akadályt tételezzük fel, egy hasonló idegen tárgyat helyezünk, mint a milyet keresünk. Ha ennek a képe egészen jól meglátszik, akkor mondhatjuk, hogy a felvétel helyesen készült, illetve hogy a keresett tárgy az átvilágitás helyén nincsen meg.

A bemutatott képen feltünő még, hogy a bal mellkasfélen a bordák világos udvarban jól látszanak, mig jobboldalt, a hol a vérömleny volt, ilyen világos udvar csak közvetlenül a gerinczoszlop mellett tünik fel gyermektenyérnyi területen. Az utóbbi hely megfelel az ökölnyire összehúzódott tüdőnek. A világos folt onnan származik, hogy a tüdő mint levegőtartalmú test a sugarakat könnyebben átbocsátja mint a környezet.

Az a körülmény, hogy a mellkas akkor, ha a tüdő levegőtartalmú, a Röntgen-sugarak számára sokkal jobban átjárható, mint akkor, ha a tüdő légtelen, képezi alapját annak az ajánlatnak, hogy gyermekölési esetekben ilyen módon vizsgáltassék az élveszületés illetve a tüdőknek levegőtartalma. Az tény, hogy a Röntgen-sugarak segélyével a tüdők levegőtartalmát vagy a levegő hiányát meghatározhatjuk, ez a vizsgálat azonban a törvényszéki orvosi gyakorlatban egyrészt azért, mivel külön berendezést tesz szükségessé, másrészt mivel sokkal könnyebben végrehajtható egyéb vizsgáló módszereink vannak az élveszületés megállapitására, nem bir jelentőséggel; különben is, minthogy a vizsgálat eredménye sok mindenféle tényezőtől függ, nem is olyan megbizható, hogy azzal egy gyermeköléssel terhelt nőnek sorsát eldönteni merészelhetnénk.

Egyes esetekben idegen testek helyének meghatározásakor a stereoskopos felvételek is nyujthatnak tájékozást, ez azonban egyrészt nem vihető könnyen keresztül, másrészt nem is ad olyan biztos tájékozást, mint a Makara tanár által ismertetett módszer.

II. **Kanitz Henrik** bemutat 1. **Röntgen-sugarakkal kezelt bőrrákot.** Az eset egy 85 éves férfira vonatkozik, ki 1905. junius 19.-től október végeig volt kezelés alatt. Bejövetelekor arczának jobb felén a regio infraorbitalison volt egy forintosnál nagyobb, $1^1/_2$ cm.-nyire a bőr szine fölé emelkedő, tömött tapintatú, éles, meredek szélű, kifekélyesedett daganat. A kórisme a klinikai tünetek alapján carcinomára szólt és ezt a szövettani lelet is megerősítette. 5 hónap alatt a beteg 8 kezelést kapott, még pedig úgy, hogy minden kezelés alkalmával 1 ülésben adagoltuk a reactio előidézéséhez szükséges fénymennyiséget. A daganat 8 ülésben 238 perczig volt kitéve a sugarak hatásának, $2^1/_2$—3 Ampère áramerősség, középlágy cső, 20 cm. csőtávolság mellett. Jelenleg a daganat teljesen eltünt, helyén hyperaemiás, halvány, barnásan pigmentált bőr látható, mely egy niveauban van a környező ép részekkel és a melyen belül kóros szövet nem lelhető. Az eset tehát gyógyultnak tekinthető. Az eredeti állapotot és a gyógyulás stadiumát stereoskopos képekkel demonstrálja.

2. **Antipyrin-exanthema esete.** Egy 36 éves férfinál, ki latens luese miatt jodkali-oldatot szed, 5 nap előtt hidegrázás, hányásinger, bágyadtság érzése kiséretében a felső végtagok hajlító oldalán, a gluteális tájékon, a genito-crurális redőkben, az alszárakon hevesen viszkető, nagy kiterjedésű, elmosódott határú erythemás foltok keletkeznek. Egyéb aetiologiai tényező ki lévén zárható, a gyanú e bőrelváltozások előidézésében az antipyrinre irányul, melyet a beteg nagyfokú cerebrastheniája miatt jodkali-oldatban oldva brommal együtt 2 napon át szedett. Az exanthema fellépéseig összesen 1·80 gramm volt a bevett antipyrin mennyisége. A kórisme megállapitása czéljából ezen exanthema teljes eltünése után betegnek $^1/_2$ gramm antipyrint adtunk, melynek bevétele után 1 óra mulva a már említett általános tünetek kiséretében újra fellépett az exanthema, mely az egyes erythema-foltok elrendeződését, nagyságát illetőleg teljesen hasonmása volt az előbbinek. Az antipyrin-exanthema kórisméje tehát minden kétséget kizáró módon megállapitható.

3. Bemutat továbbá egy recens luesben szenvedő férfibeteget szokatlanul nagy dimensiojú és multiplex (5) sclerosisokkal az alhas bőrén és sűrűn elhelyezett papulákkal a felső és alsó szemhéjak conjunctiváján.

III. **Lukács Hugó torticollis mentalis esetet** mutat be.

IV. **Góth Lajos a külső genitalenek egy a 3. hónapban terhes nőnél állitólag trauma után támadt gangraenájáról** tart előadást. Ismerteti az esetet klinikai szempontból, szól annak lefolyásáról, a műtéti beavatkozásról (elektro-cauterisatio, gyógyulás), majd rátér a szövettani és bakteriologiai lelet ismertetésére. Az ép szövethatár felé streptococcusokat talált, bacillusok, spirillumok nincsenek, épen ezért nem tekintheti a leirt bántalmat az arczon stb. előforduló, bacillus fusiformis és spirillum által előidézett nomával analog folyamatnak, hanem *gangraena phlegmonosára* teszi a kórismét. Végül szól a bántalomnak a fennálló terhességhez való viszonyáról s a gangraena létrejövetelének módjáról.

VI. **Konrád Jenő „Primaer vulva-carcinoma"** czimen értekezik.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A gyomorfekély diaetás kezeléséről tartott előadást *Senator* tanár a berlini „Verein für innere Medizin" január 8.-i ülésén. Ismeretes, hogy a Leube-Ziemssen-féle régi kezelésmóddal szemben (tiszta tejdiaeta) újabban állást foglalt Lenhartz; szerinte ugyanis a tiszta tejdiaeta a szervezet nagyfokú elgyengüléséhez vezethet s azért bőségesebb táplálkozást tart szükségesnek. Ezen eljárással úgy ő, mint Wirsing és Minkovski nagyon jó eredményeket értek el. Senator e két véglet között a középutat választotta. Olyan táplálékot ajánl, a mely kevés fehérje mellett enyvet, zsirokat és czukrot tartalmaz és egyrészt híg volta miatt a gyomorfekélyt nem izgatja, másrészt pedig elég tápanyagot juttat a szervezetnek. Az enyvet egyrészt tápláló volta, másrészt vérzéscsillapító hatása miatt választotta. A legtisztább fehér gelatinából készittet decoctumot (15—20 : 200) és ehhez elaeosaccharum citrit (50) adat. Ez a mennyiség 24 óra alatt fogyasztandó el $^1/_2$—2 órás időközökben. Ezenkivül naponként $^1/_4$ liter tejszint és 30 gramm vajat kap a beteg. Ilyen módon mintegy 900—1000 caloriát kap a szervezet. Körülbelül 1 hét után már huskaparékot is ad. A gelatina-decoctum helyett borjú-lábakból készült kocsonya vagy tejgelée is adható, a vaj helyett pedig finom olaj vagy mandolatej. (Berliner klinische Wochenschrift, 1906. 3. szám.)

A sérülés miatt végzett splenectomiákról volt szó a new-yorki sebésztársaságban. *Hartwell* egy 12 éves fiú lépét vette ki 46 órával a sérülés után (15 láb magasságból való leesés); a beteg meggyógyult. *Hotchkin*-nak 2 esetében (lövési sebzés, lezuhanás a 4. emeletről) a lépkiirtás daczára a betegek meghaltak (az egyik pleuritisben és peritonitisben 4 nappal, a másik a lépcsonkhoz odanőtt belek által okozott ileus miatt 5 nappal a műtét után. *Erdmann*-nak egy esetében a lépseb összevarrásával sikerült gyógyulást elérnie, míg *Kelly* egy esetében splenectomiától látott gyógyulást. A lépseb tamponálásától, a melyet *Blake* ajánl, *Woolsey* és *Lilienthal* rossz eredményeket láttak s azért ők is a lépkiirtás hívei. (Annals of surgery, 153. füzet.) *Pólya.*

A hőség hatásáról a tetanus kifejlődésére igen érdekes vizsgálatokat végzett *Vincent*, a melyekről Roux a párisi Académie de Médecine ez évi első ülésén tett jelentést. Vincent-t vizsgálataira egy tőle észlelt tetanus-eset inditotta, melyben a rohamot az váltotta ki, hogy az illető egyén forró nyári napon gyalogutat tett. Semminemű sértés a betegen kimutatható nem volt, s igy fel kellett tenni, hogy a bacillusok hosszabb ideje tanyáztak benne hatástalanul, s hogy csak a test hőmérsékletének emelkedése váltotta ki káros hatásukat. E feltevés beigazolásául kisérleteket végzett két tengerimalaczon a következő módon. Mindkét állatba $^1/_2$ cm. tetanusbacillus-sporát fecskendezett be, a melyeket előzetesen toxinjuktól megfosztott. Az egyik állatot a szoba hőmérsékletében hagyta, a másikat pedig néhány órára a 40—42° C.-ra felmelegitett költőkamarába tette. Az első tengerimalacz teljesen ép maradt; az utóbbi is épnek látszott, mikor a költőkamarából kikerült, sőt ezután is néhány napig, de 3 nap mulva kitört rajta a tetanus, melybe csakhamar bele is pusztult. E kisérletek többszörös megismétlése mindenkor hasonló eredményre vezetett. A meleg e hatása ki volt mutatható akkor is, ha a beoltás

30, 40, sőt 60 nappal előzte meg a hőhatást; kétségtelen tehát, hogy a sporák hosszabb ideig maradhatnak a bőr alatt élő, de hatástalan állapotban. E kisérletek világot vetnek azokra a tetanus-esetekre, melyekben hiába kerestünk heveny sérülést a betegen. Vincent véleménye szerint a hő nem a tetanus-sporák virulentiájára hat, hanem a szervezet védő berendezéseit bénitja meg, különösen a phagocyták hatását. Ezt külön kisérletekkel állapitotta meg tengerimalaczokon. Kimutatta ugyanis, hogy a mint 42·5—43° C.-ra emelkedik az állat hőmérséklete, a fehér vérsejtek, különösen a polymorph-magvúak s a nagy mononucleáris sejtek szétesnek. Ezek közül tudvalevően az elsőfajta sejtek szerepelnek mint phagocyták, s igy látjuk, hogy a hőemelkedés folytán a szervezet e fontos védekező eszközei elpusztulnak. Vincent vizsgálataiból érthetővé lesz az a tény, hogy a tetanus a meleg égaljban éri el legnagyobb gyakoriságát és hevességét.

Az arteriosclerosis szerepéről a sebészetben tartott előadást *Siegel* a frankfurti orvosegyesület deczember 4-i ülésén. Arteriosclerosisban szenvedők, hacsak valamelyik életfontos szervük nem vált még insufficienssé, többnyire jól eltűrnek műtéteket; még előrement stenocardiás rohamok sem ellenjavalják a műtétet. Bonczolásadatok bizonyitják, hogy még nagyfokú myocarditisben szenvedők is eltűrnek narcosisban végzett beavatkozásokat. Apoplexiák a narcosisban nem a chloroform következményei, hanem a velejáró izgalmi állapotok eredményei; ezért a mély narcosis a felületessel szemben előnyben részesitendő. Fiatal egyének latens arteriosclerosissal rosszabbul tűrik a narcosist. Noha arteriosclerosisban szenvedőknél a vérkeringés rossz, a sebgyógyulás mégis általában elég jó; csak a beleken végzett műtétek járhatnak kellemetlen szövődményekkel (varratok átvágása, a bélfalzat elhalása). A vérzéscsillapitás, főleg sovány arteriosclerotikusoknál, sokszor jár nehézséggel. Helyi érzéstelenités mellett végzett beavatkozások után gyakoriak az utóvérzések. Végül felhivja a figyelmet a mesenteriális erek sclerosisára; ezen esetekben a kórkép nagyon hasonlithat appendicitishez, epekő-rohamhoz, intermittáló vagy heveny bélszűkülethez; az egyidejűleg másutt is jelenlevő arteriosclerotikus elváltozások azonban könnyen a helyes útra terelik a diagnosist.

Az Egyesült Budapesti Fővárosi Takarékpénztár e hó 3.-án tartotta évi rendes közgyülését báró Harkányi Frigyes elnöklete alatt. Az igazgatósági jelentésből kiemeljük a következőket: A takarékpénztár a tervbe vett alaptőke-felemelést a mult év február 4.-én tartott közgyülés határozata alapján végrehajtotta, mely művelet folytán az 1905. évi deczember 31.-én keltezett mérlegben a jelenlegi alaptőke 12.000,000 koronával, a rendes tartalékalap 8.453,215 korona 68 fillérrel van feltüntetve. A lefolyt belpolitikai zavarok daczára az igazgatóság megnyugtató üzleti eredményt mutathat fel s a mult évivel azonos osztalék kiosztását indítványozhatja. A mult év tiszta nyeresége 2.837,607 korona 47 fillért tesz ki. Ebből az alapszabályszerű levonás után 2.523,645 korona 63 fillér áll a közgyülés rendelkezésére. Ebből a tisztviselők és szolgák nyugdijalapjára 10,000 koronát, a tisztviselők és szolgák rendkivüli jutalmazására 10,000 kor.-t fordítanak, a forgalomban levő 20,000 darab részvény esedékes szelvényeit 116 koronával váltják be osztalékképen s az ezután fennmaradó 183,645 korona 63 fillért új számlára irják.

Az Első Leánykiházasító Egylet m. sz. Gyermek- és életbiztositó intézet. Budapesten. Alapittatott 1863. Folyó év január havában 1.297,200 k. értékü biztositási ajánlat nyujtatott be és 1.121,000 k. értékü új biztositási kötvény állittatott ki. Biztositott összegek fejében f. é. január havában 57,468 k. 57 f. fizettetett ki.

PÁLYÁZATOK.

A diósgyőri m. kir. vas- és aczélgyárhoz tartozó Pereczes- és Barossakna szénbányáknál lemondás folytán megüresedett **bányaorvosi állásra**, Pereczes székhellyel ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással 1600 korona évi fizetés, természetbeni lakás, 100 métermázsa barnaszén és természetbeni állandóan rendelkezésre álló fuvar élvezete van egybekötve.

A pályázóktól egyetemes orvostudori oklevél kivántatik meg; kik e mellett kórházi gyakorlattal is birnak, előnyben részesülnek.

A kinevezendő orvos köteles Parasznya községben hetenként kétszer, előre meghatározott napokon orvosi rendelést tartani és azonkivül Radistyán, Varbó és Kondó községekben lakó bányamunkásainkat és azok családtagjait is szükséghez képest a helyszinén gyógykezelni.

A bányatárspénztár tagjait és azok igényjogosult családtagjait ingyen köteles gyógykezelni.

Felhivom ennélfogva az ezen állás elnyerése iránt pályázni szándékozó orvos urakat, hogy születési, képesitési, illetve működési bizonyitványokkal kellően felszerelt folyamodványaikat alólirott gyár főnökségéhez (Diósgyőr-gyártelep; Borsodmegye) **folyó évi február hó 28.-ig** terjeszszék be.

Diósgyőr-gyártelep, 1906. évi január hó 31.-én.

3—1 *Diósgyőri m. kir. vas- és aczélgyár Fleischmann főfelügyelő, gyárfőnök.*

432/1906. szám.

Az elhalálozás folytán megüresedett **csermői körorvosi állás** választás útjáni betöltésére pályázatot hirdetek.

A körorvos javadalmazása: 1600 korona évi fizetés, nappali látogatások után 80 fillér, éjjeli látogatások után 1 kor. 60 fill.

Az orvos lakásán megjelenő betegek után nappal 40 fillér, éjjel 80 fillér.

Látogatási napokon a körbeli községekben a községházán megjelenő betegek után 40 fillér.

A körbeli községekbe kiszállásokra a községek természetbeni fuvart állitanak ki.

A körorvos Csermő nagyközségben a halottkémlési és vágatási biztosi teendőket is végzi.

A körhöz tartoznak: Csermő, Somoskesz és Barakony nagyközségek.

A pályázati kérvények kellően felszerelve **folyó évi február hó 28.-án d. u. 5 óráig** ide benyujtandók.

A választást folyó évi márczius hó 8.-án d. e. 10 órakor tartom meg Csermő községházánál.

Borosjenő, 1906. évi február hó 3.-án.

2—1 Főszolgabiró beteg: *Vuculescu* tb. főszolgabiró.

14,104/1905. eln. sz.

A bustyaházai m. kir. erdőhivatal kerületéhez tartozó királymezői kincstári erdészeti orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állással, mely a X. fizetési osztályba tartozik, a fizetésen és törvényszerű személyi pótlékon kivül természetbeni lakás, évi 42 ürköbmeter házhoz szállított illetményfa, 9 kat. hold, holdanként és évenként 10 koronával megváltható rétilletmény, évi 500 korona lótartási átalány és 20 korona irodaátalány élvezete van összekötve. Székhely: Királymező.

Felhivom mindazokat, kik ezen állás elnyeréséért pályázni kivánnak, hogy keresztlevelükkel, végzett tanulmányaikat, az 1883. évi I. t.-cz 9. §-ában előirt szakképzettségüket, eddigi foglalkozásukat és az államerdészeti szolgálathoz szabályszerűen megkivánt ép és erős testalkatukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket, hozzám czimezve, a bustyaházai m. kir. erdőhivatalhoz legkésőbb 1906. év február hó 15.-ig nyujtsák be.

Budapest, 1906. évi február hó 6.-án.

M. kir. földmivelésügyi minister.

532/1906. sz.

A borsodvármegyei Erzsébet-közkórháznál Miskolczon **segédorvosi és orvosgyakornoki helyek** vannak üresedésben. Érdeklődőknek alulirott kórházigazgató szivesen nyújt részletes felvilágositást.

Miskolcz, 1906. évi február hó 4.-én.

Az igazgató-főorvos.

A Rimamurány-Salgótarjáni vasmű részvény-társaság **salgótarjáni gyártelepén** fennálló munkástárspénztárnál rendszeresitett **orvosi állásra** czennel pályázat hirdettetik.

Járandóságai: 3200 (Háromezerkettőszáz) korona, nyugdijra jogositó évi fix fizetés, 600 (Hatszáz) korona évi személyes pótlék, azonkivül szabad lakás és szabályszerű fűtési illetmény élvezete.

Pályázóktól egyetemes orvostudori oklevéllel igazolandó képesités kivántatik, megjegyezvén, hogy kimutatható gyakorlattal, különösen pedig műtői képesitéssel birók előnyben fognak részesülni.

Kellően felszerelt folyamodványok **folyó évi február hó végéig** az alulirt czimre terjesztendők be.

2—2 *Rimamurány-Salgótarjáni vasmű R. T. Budapesten,* V., Nádor utcza 36., II. em.

Békés vármegye közkórházának belgyógyászati osztályán üresedésbe jött **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Javadalmazás: 1000 korona készpénz fizetés, lakás, fűtés, világitás és I. oszt. élelmezés. Pályázni kivánókat felhivom, hogy képesitésöket, valamint eddigi működésöket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat Békés vármegye főispánjához, Krcsmárik János dr.-hoz czimezve hozzám f. **évi február hó 14.-éig** küldjék be.

Gyulán, 1906. évi január hó 24.-én.

3—3 *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 ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

Alkalmi vétel!

Két kombinált legújabb szerkezetű **fényfürdő,** két legújabb rendszerű **elektro-massage,** egy **négyrekeszes fürdő** tableau-val, két nagy **Finsen-féle lámpa** és több más tárgy orvosok és sanatoriumok részére eladó. Megtekinthető 11—4 óra között, Budapest, **I., Győri-út 3, Menzler** igazgató úr villájában.

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 felnötteknek 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.

ALKOHOLMEGVONÓ KÚRAK

Gyógyintézet Rittergut Nimbsch a/Rober Sagan mellett, u. p. Reinswalde Kr. Sagan, Szilézia (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.

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.

Málnási Mária-forrás

Természetes alkalikus — sós savanyuvíz —

A légzőszervek és bélhuzam hurutos bántalmainál a seltersi és gleichenbergi vizeket jóval fölülmulja, gyomorégéseknél páratlan hatású.

Budapesti főraktár: **Édeskuty L.**
Budapesti vezérképviselőség: **Nádas Márton** VI., Csengeri-u. 66. Telefon 238.
Kapható mindenütt.
Kútkezelőség: Brassó.

„Tritin"

Vegytiszta, homogen **növényfehérnye,** legczélszerűbb és legolcsóbb **tápszer.** Irodalommal és díjmentes mintákkal szolgál az ausztria-magyarországi főraktár: **Mr. Camillo Raupenstrauch, Wien, II., Castellezgasse 25.**

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER

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

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.

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

ALBOFERIN

WIEN, I, Wollzeile 40.

egy könnyen oldható, szag- és ízmélküli 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.

Szag és íz nélküli a

Zoltán-féle Csukamájolaj

(Rendelési mód: Ol. jecoris aselli sec. Zoltán lag. original.)

s ezért gyermekek, valamint felnőttek undor nélkül veszik. Kitünő hatású: **táplálkozásban visszamaradt, rhachitikus és scrophulotikus gyermekeknél, phthisikusoknál.**

Készítője:

ZOLTÁN BÉLA gyógyszerész,

Budapest, V., Szabadság-tér.

Kapható az ország összes gyógyszertáraiban üvegenként 2 koronáért.

Az 1900-iki párisi világkiállításon kitüntetést nyert!

Téli kúra tüdőbetegek részére

Sanatorium Wienerwald.

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

Egész évem át nyitva. — Prospektus kivánatra.

Dr. Arthur Baer. Dr. Hugo Kraus.

Megnyitás 1906. január havában.

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.**

Jodol

Legjobb jodoform-pótlék, **szagtalan és nem mérgező.** Mindennemü syphilitikus betegség ellen, sőt kiváló hatással (0·4—2·0 pro die) mint a jodkalium pótléka belsőleg is alkalmazható.

— MENTHOL-JODOL —

Dormiol

Gyorsan ható **altató szer** 0·5—3·0 gm. adagokban. Hatása a chloralhydrattal egyenlő, ennek hátrányai nélkül. Mellékhatásai nincsenek.

— DORMIOL-CAPSULÁK à 0·5 gm. —

Bismon	Formicin	Orexin	Lysargin

Irodalmat ingyen és bérmentve küld

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

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.

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.**

Szabadalmazva. **Extern Salicyltherapia.** Szabadalmazva.

Gyorsan ható, puha Salicylszappanok:

Rheumasan Tubus K 2.50. Edény K 1.50. — Rheuma, ischias, csúz, migrän, influenza, tylosis.

Ester-Dermasan tubus K 3.—; edény K 1.80. — Úgyszintén makacs esetekben; továbbá psoriasis-, pityriasis-nál.

Ester-Dermasan Vaginal-Kapsulák Doboz 10 darabbal K 2.50. — Para-, perimetritis, oophoritis.

Irodalom és minták ingyen.

Chemische Werke FRITZ FRIEDLÄNDER, G. m. b. H., Berlin N. 24.

Ausztr.-Magyarorsz. képviselője: Alex. Herkner, Wien, XVIII/2.

Szabadalmazva.

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.**

Ötvenedik évfolyam. 7. szám. *Budapest, 1906. február 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.

Dollinger Gyula: Szájpadlásvarrat. 302. lap.

Polyák Lajos: A Bier-féle fokozott vérbőség alkalmazásáról a felső légutak betegségeiben. 303. lap.

Róna Sámuel és **Preis Károly**: Közlemény a székesfővárosi szt. István-kórház bőrbeteg- és bujakóros osztályáról. A spirochaete pallidáról. 305. lap.

Tárcza. Liebermann Leó: Benyomások a középiskolai reform ügyében tartott értekezletről. 307. lap. — **Grósz Emil**: A középiskolai reform tárgyában tartott ministeri tanácskozás. 308. lap. — **Győry Tibor**: Semmelweis magyar voltának elismertetése. 309. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Pesti Alfréd*: Magyarország orvosainak évkönyve és czimtára. 309. lap. — *Canon*: Die Bakteriologie des Blutes bei Infectionskrankheiten. 309. lap. — *Lapszemle. Gyógyszertan. Wolffenstein*: Zinkperhydrol. — *Bartholdy*: Formicin. — *Általános kór- és gyógytan. R. P. Strong*: A balantidium coli. — *Belorvostan. Strauss*: Táplálás a végbélen át. — *Stadelmann* és *Benfey*: A Marmorek-féle gümőkórellenes serum — *Kössler*: Heveny phosphormérgezésben icterus. — *Nanu-Muscel* és *Mironescu*: Keserű anyagok befolyása a gyomor sósavtermelésére. — *J. Hill Abram*: A diabetes mellitus gyógyítása. — *Sebészet. Rovsing*: A prostata-hypertrophia kezelése. — *Sauerbruch*: Negativ nyomású pneumatikus kamrában végbezvitt 16 műtét. — *Gyermekgyógyászat. Schick*: Meser-serummal kezelt újabb 60 vörhenybeteg. — *Nobécourt, Liven* és *Merklen*: A testsúly és vizelet viselkedése morbilli folyamán. — *Orr-, torok- és gégebajok. Heuking*: Fenyegető vérzések adenoid vegetatiók eltávolítása után. — *Denker*: Idegen testek eltávolítása az oesophagusból és a légcsőből. — *Preobraschensky*: Haemoptoë 16 esete. — *Húgyszervi betegségek. Z. Bogdanik*: Az ondózsinór csavarodása. — *Cl. Dukes*: Az albuminuria adolescentium. — *Boa Galzada*: Cystitis chronica gyógyítása. — *Bőrkórtan. V. Klingmüller*: A tumenolammonium bőrgyógyászati alkalmazása. — *Binz*: A fagyásdaganatok kezelése. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Merkel*: Az aspirin mint fájdalomcsillapító szer a szülészetben és nőgyógyászatban. — *Lortet*: Lupus gyógyítása. — *Soulier* és *A. Pic*: Haemoptoë gyógyítása. — *Halbhuber*: Herpes kezelése. — *Magyar orvosi irodalom*. 309—313. lap.

Vegyes hirek. Scholtz Kornél. — Mály István. — Balla Vilmos. — Egyetemi alkalmazások és ösztöndíjak. — Magyar fogorvosok egyesülete. — Semmelweis emlékserleg. — Elhunyt. — Kisebb hirek külföldről. — Congressusok. — A német belgyógyászok ez évi congressusa. — A II. nemzetközi iskolaegészségügyi congressus. — „Congrès de l'assistance publique et privée". — A himlő halálozási aránya. — A budapesti poliklinika. — A szabadkai önkéntes tüzoltó-testület mentőosztálya. — A főváros egészsége. 313—314. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. Orvosegyesület. — Közkórházi Orvostársulat. — A budapesti kir. orvosegyesület orr-, torok- és gégegyógyászati szakosztálya. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

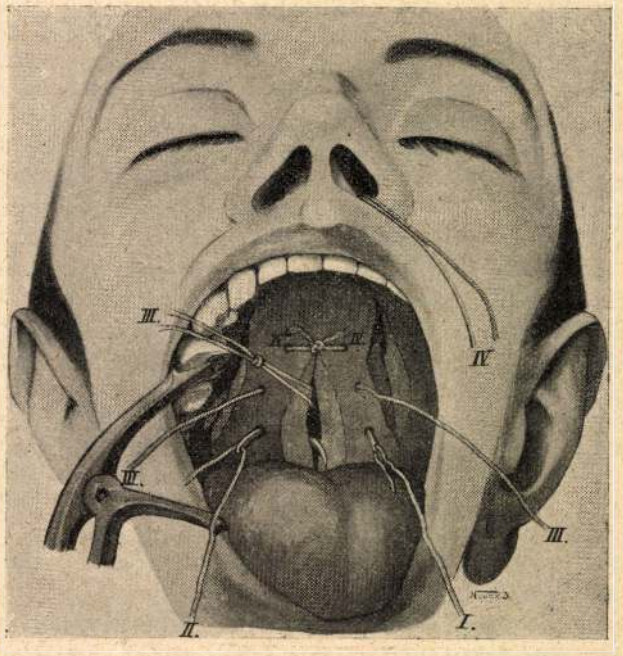
Mellékletek. Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning „Suprarenin" czimű prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Szájpadlásvarrat.

Dollinger Gyula dr. egyetemi ny. r. tanártól.

A szájpadláshasadékok sebészeti, plastikus elzárásakor a kemény szájpadlásról felszabadított hídszerű lebenyeknek az orrfelőli oldalról a szájüreg felé való átszúrása a szűk szájüregben némi nehézséggel jár s azért e művelet megkönnyítésére különböző szerkezetű, többé-kevésbé complikált tűket találtak ki. 1904. október hava óta ezt a varratot vagy a közönséges hajlított, kemény sebészeti varrótűvel, vagy pedig azzal a puha, hajlékony aczéltűvel, a melyet szűk üregekben való varrásra már régen készíttetek és használok, a következőképen végzem. Mindegyik csomós varrathoz két tű és két fonál szükséges. Előbb az egyik és azután a másik tűvel a szájüreg felől az orrüreg felé átszúrom az egyébként már előkészített két lebenyt, a mint azt a mellékelt ábra I-nél mutatja. Most a tűket és velük a fonalaknak mintegy 15 cm.-nyi darabját a hasadékon keresztül a szájüreg felé kihúzom (II), ezeket kihúzott végüktől mintegy 10 cm.-nyi távolságban összecsomozóm (III) és a fonalaknak a csomón innen eső részét a megfelelő orrjáraton át a hasadékig vezetett hajlított magfogóval az orrlikon kivezetem (IV). Ekkor a helyzet ugyanaz, mintha valami speciális tűvel, vagy a nélkül, de sokkal nagyobb nehézségekkel egy fonalat húztam volna keresztül a két lebenyen. A fonalaknak a szájüreg felőli végeit összecsomózom és rövidre levágom (VI). A mikor az összetapadás megtörtént,



a szájüregben levő csomót a fonálról levágom és a többit az orrlikon át kihúzom. Varrni ilyen módon akár selyemmel, akár sodronynyal lehet. Én selymet szoktam használni.

A Bier-féle fokozott vérbőség alkalmazásáról a felső légutak betegségeiben.

Irta: *Polyák Lajos* dr., közkórházi főorvos.*

Jelen közlésem alkalmával, midőn tulajdonképen csak azon benyomásokról óhajtok beszámolni, melyeket a szóban forgó gyógyeljárás első alkalmazásakor szerzettem, természetszerűleg nem terjeszkedhetem ki *Bier* mindazon közleményeire, melyek a pangásos vérbőség alkalmazásának elméletét, valamint az általa különféle sebészi bántalmaknál elért eredményeket tárgyalják. A kérdés iránt érdeklődők kimerítő adatokat találhatnak *Bier*[1, 2] és tanítványai, magyarul pedig *Manninger*[3] idevágó közleményeiben.

Bennünket közelebbről *Keppler*[4, 5], Bier klinikai assistensének két közlése érdekel, ezek közül is inkább a második, mely a fej és arcz lobos megbetegedéseinek kezelésével foglalkozik; a bonni sebészi klinikán és János-kórházban az utóbbi két évben a fejen és arczon előfordult genyedéseknél és gyuladásoknál csaknem kivétel nélkül a pangásos vérbőséget alkalmazták kezelés gyanánt és a közlemény ezen gyógyeljárás értékéről számol be. A gyógykezelt esetek egy nagy része a hallószerv megbetegedéseihez tartozik és az itt elért kiváló eredményeket csak mellesleg említem fel; ellenben már valamivel közelebbről érdekel az a rövid megjegyzés, hogy Bier ideges fejfájás egyes eseteiben kitünő — néha tartós — eredményeket látott a pólya alkalmazása után. Keppler maga a fejen előforduló kötőszöveti tályogokat, valamint a parotistályogokat kezelte ily módon teljes sikerrel, s elkerülhette az incisiót. Egyik itt közölt esetéből, hol parotitis suppurativa mellett régi heves orrgenyedés állott fenn, mely a pangásos vérbőség alkalmazása alatt a másik bántalommal egyidejüleg gyógyult, merítettem buzdítást arra, hogy a gyógyeljárás alkalmazását orr-, garat- és gégebetegségeknél megkisértsem.

Keppler további tapasztalatai közt még acut dacryocystitis két esete és orbáncz 13 esete szerepel, mindegyik gyorsan és szépen gyógyult. Ugyancsak az ő közleménye említi fel *Hochhaus* kisérleteit, ki diphtheria 25 esetében nagyon kielégítő eredményeket ért el, valamint 10 súlyos angina-esetről is említi, hogy a subjectiv panaszok, fájdalmak többnyire igen gyorsan elmultak, ellenben a lefolyás rövidülése nem volt kimutatható. Végül *Keppler* egy felső és három alsó állkapocsgenyedés eseteiben elért jó eredményeit sorolja fel, befejezésül pedig felhozza, hogy hasonló kisérletek a conjunctiva különböző lobos megbetegedéseinél, valamint genyes orr- és orrmelléküregbántalmaknál valószinüleg jó eredményekre fognak vezetni.

Prym[6] a vérbőség fokozásának egy másik módját alkalmazza, a mennyiben *Klapp*-féle[7] szivóapparatushoz hasonló készüléket szerkesztett a tonsillák számára, melyet 5 perczenként felváltva alkalmaz jobb- és baloldalt körülbelül fél óra hosszáig. A helyesen szerkesztett és jól felhelyezett szivókészülék szerinte nem okoz fájdalmat, sőt a meglevő fájdalmat is gyorsan csökkenti. Az alkalmazás közben keletkező erős nyálfolyás a fej előre hajtása mellett elviselhető. A subjectiv könnyebbülés acut tonsillitiseknél többnyire órák hosszat tart, de a betegség lefolyása úgy látszik nem rövidül meg lényegesebb módon.

Én magam ezideig a fokozott vérbőséget a pangásos vérbőség alakjában alkalmaztam, nagyrészt a *Keppler*[5] által előirt módon. Kezdetben a végtagon való alkalmazáshoz hasonlóan több menetben a nyak körül csavart vékony gummipólyát használtam e czélra, az alkalmazott pólya két meter hosszú és 2—3 cm. széles volt. Újabban a Keppler által ajánlott egyszerű gummiszalagot is használom, szintén a fenti szélességben; ez utóbbinak egyik végén egy szegalakú kiemelkedés van, a másik végén pedig egymástól egyenlő távolságban több helyen át van lyukasztva és így a szalag meghúzása és beállítása gyorsan és könnyen végezhető; előnye még az is, hogy szükség esetén a duzzasztás fokának megváltoztatása is gyorsan vihető ki vele.

Oly esetekben, a hol a vérbőség kivánatos foka a fenti módokon nem érhető el, a *Henle*-féle készülék jöhet alkalmazásba, mely elzárható üreggel biró csőből áll és a nyakra illesztett csövet a beteg maga fúvja fel a megkivánt mértékig. Ezen készülék a nyakon vastag hurka alakjában foglal helyet és az ezzel járó alkalmatlanságok miatt csak ritkább esetekben jő alkalmazásba.

A pólyát vagy gummiszalagot lehetőleg mélyen lent alkalmaztam a nyakon, különösen fontos ez olyankor, midőn a gégében akarjuk ily módon a vérbőséget fokozni, de még más esetekben is kivánatos, hogy a pólya mellső része ne a gégén, hanem a légcsövön, lehetőleg annak alsó részén feküdjék. Ha így alkalmazzuk a pólyát és nem húzzuk meg nagyon szorosra, a mi többnyire felesleges is, akkor a betegek nyelni is akadálytalanul tudnak a szalag vagy pólya viselése közben.

Magának a szalagnak vagy pólyának viselése a betegnek alig okoz szóra érdemes kellemetlen érzést, főleg ha az első egy-két perczben a szokatlan helyzet által okozott inkább subjectiv benyomásoktól eltekintünk. A legtöbb beteg még erősebb duzzasztás esetén sem panaszkodik kellemetlen érzésről, kivéve ha a pólya túlszoros, vagy ránczot vet, vagy véletlenül a bőrt csípte be. A betegek eleinte kissé melegebbnek és teltebbnek érzik arczukat, mely mérsékelten kipirul, kissé livid, kékesbe játszó színezettel; később az arcz valamicskét pöffedt lesz és a betegek az arczbőrön, néha a szemhéjakon is csekély feszülést éreznek. *Keppler* (l. c.) szerint oly esetekben, a hol a lágyrészek is lobosak, ezen helyeken nemsokára vörös, tüzelő oedema támad; *Renner*[8] pedig az orrjáratok eldugulásának érzését és kissé fátyolozott hangot említ, utóbbit a hangszalagok nyálkahártyája vizenyős duzzanatának tulajdonitja. Nekem ez ideig sem lényegesebb orreldugulást, sem az ép gégenyálkahártya vizenyőjét nem volt alkalmam észlelni, bár a priori valóban ilyen elváltozások voltak várhatók.

A duzzasztás által komolyabb vagy csak kisebb kárt is egyetlen szerző betege sem szenvedett, ilyent eddig én sem észleltem. *Keppler* (l. c.) arteriosclerosisban szenvedőknél is többször alkalmazta, a legcsekélyebb káros hatás nélkül. Gégebetegség esetén eddig csak én alkalmaztam és csak egy esetben a duzzasztást; a priori itt attól kell tartanunk, hogy a duzzasztás által a gégében levő lobos folyamatot még jobban fokozhatjuk és heveny gégevizenyő lehet gyógybeavatkozásunk nem kivánt eredménye. Hogy ez ezen eddig egyetlen esetemben nem következett be, arról alább lesz szó.

A duzzasztás tartamát *Bier* és *Keppler* szükség esetén napi 20—22 órára is kiterjeszti, de maguk is megjegyzik, hogy ezt általánosságban így előirni nem lehet, minden az eset körülményeitől függ és a betegek pontos észlelés és ellenőrzés alatt tartandók. Némely esetemben napi 5—6 óra duzzasztás — ez is félbeszakításokkal — elegendőnek bizonyult, a maximális idő nálam eddig 12 órára terjedt.

A helyesen eszközölt duzzasztás legfeltünőbb és legelső hatása a fájdalmak csökkenése és *Keppler*-hez hasonlóan ismételten volt alkalmam azt észlelni, hogy mily szoros az összefüggés a duzzasztás és a vele járó fájdalomcsillapulás között, mert egyes esetekben a pólya feltétele alatt szünetelő fájdalom a pólya levétele után nemsokára ismét beköszöntött, viszont a pólya újból feltevése után rövid idővel megszünt.

Miután a mai napig csak öt olyan esettel rendelkezem, melyeknél az észlelést már befejeztem, nem tartom helyénvalónak, hogy itt magáról az eljárás gyógyértékéről határozott véleményt nyilvánitsak, vagy eddigi észleleteimet messzebbmenő következtetések alapjává tegyem. Közlöm tehát eseteimet úgy, a hogy azokat észleltem, tisztán azon czélból, hogy szaktársaim figyelmét hasonló irányú kisérletezésre felhivjam.

1. *Empyema antri Highmori sinistri acuta esete.* A beteg 1905. április 20.-án háziorvosa, Lumniczer főorvos kiséretében consultált első izben, egy öt héttel előbb influenza és magas láz kapcsán heves baloldali arcz- és fejfájással szövődött orrgenyedés miatt. A láz pár nap alatt megszünt, az arcz- és fejfájás azonban nem akart engedni, valamint változatlan maradt a nagyon profus orrgenyedés is, a beteg naponta 20—30 zsebkendőt fúvott tele genyes váladékkal.

Vizsgálatkor a bal Highmor-üreg egész területe már gyenge nyomásra nagyon érzékény volt, az orrban a középső orrjáratból bő tejfelszerű geny ürült, átvilágításkor a bal felső állcsont területe egészen sötét maradt, próbapunctióra és ezt követő átöblítésre

* Előadatott a kir. orvosegylet orr- és gégegyógyászati szakosztályának 1906. január 30.-án tartott ülésén.

igen sok büzös geny ürült a bal Highmor-üregből, szóval a kórisme kétségtelenül meg volt állapítható.

Miután a punctio és átöblítés után a bő secretio másnapra már ismét beállott és a betegség aspirinkezelés és ágyban fekvés mellett sem mutatott javulásra hajlamot, április 27.-én az alsó kagyló nagyon hypertrophiás mellső végének lecsípése után az alsó orrjáratból vastag trokárral megnyitottam az állkapocs-üreget és a helyi kezelést ezentúl ezen nyiláson át végeztem. Eleinte naponta kétszer, később fokonként ritkábban végzett átöblítés és helyi kezelés mellett az üreg genyedése elég gyorsan javult és a beteg junius 8.-án mint feltételesen gyógyult utazhatott el két hétre a fővárosból. A két hét leteltével ismét jelentkezett nálam és az ekkor végzett átöblítéskor az üregből semmi váladék sem jött. Teljes joggal tekinthettem tehát a beteget gyógyultnak, s a gyógyulás tartósságáról azóta is több izben volt alkalmam meggyőződni.

A beteg azonban 1905. deczember 26.-án újra hivatott, mert 10 nap előtt meghült, náthás és lázas lett, újra fájdalmai voltak a bal arczfélben, szóval a már meggyógyult melléküregben, melynek nyálkahártyája az elég hosszasan tartott első genyedés után valószinüleg elváltozott volt annyira, hogy egy újabb infectio iránt hajlamosabb legyen, ismét genyedés keletkezett. A betegnél, kinél időközben az első műtét alkalmával készített nyilás az alsó orrjáratban már behegedt, számolnunk kellett a természetes idegenkedéssel, melylyel egy bár csekély újabb műtét és helyi kezelés iránt viseltetett, s azért egyelőre belső szereléshez folyamodtunk, majd midőn ez újabb 8 nap alatt semmi eredményre sem vezetett, a fájdalmak csaknem változatlanul fennállottak, a váladék naponta 10—12 zsebkendőt töltött meg, csak épen a láz szünt meg, Lumniczer főorvossal egy újabb tanácskozás alkalmával elhatároztuk, hogy műtét előtt még egy kisérletet teszünk a Bier-féle pangásos vérbőség alkalmazásával.

A beteg eleinte kétszer naponta 2—2 óra hosszat, de mihamar napi 8—10 óra hosszat is viselte a nyak körül több menetben csavart gummipólyát, mely neki semmiféle subjectiv kellemetlenséget nem okozott. Az arczfájdalmak már a pólya első alkalmazása után megszüntek, de mint érdekes tünet mutatkozott a duzzasztás ideje alatt a bal arczfél mérsékelt kipirulása és gyenge lüktetés érzése az állkapocsüregben. Az orrváladék 48 óra mulva lényegesen megváltozott, jóval savósabb lett és a beteg kijött napi 3 zsebkendővel. Öt nap mulva a beteg csak reggel fújt ki kevés genyes váladékot orrából, a középső orrjárat pedig, melyben eddig minden nap láttam tejfelszerű genyes váladékot, a délutáni vizsgálatkor üres volt. Nyolcz nap mulva a betegnél az összes tünetek visszafejlődtek és csak óvatosságból használta a duzzasztást, most már újra napi 4 órára redukálva, még további 4 napig. Ezen idő óta a beteg orrában genyes váladék nem jelentkezett és a kezelés 12. napján végzett átvilágításkor mindkét arczfél egyenlően világosnak mutatkozott.

2. *Kétoldali acut Highmorüreg empyema és baloldali rostacsontsejtgenyedés* esete. F. 30 éves 1905. május 28.-tól áll észlelésem alatt. Beteg valaha kétoldali rostacsontsejtgenyedésben szenvedett orrpolypusképződéssel, a mely baja miatt Budapesten, Bécsben és Reichenhallban évek során át különböző szakorvosok által lett operálva, részben kielégítő sikerrel, mert a genyedés megszünt; de fennmaradt a betegnél az orr- és toroknyálkahártyának szokatlan fokú érzékenysége, mely miatt ősztől tavaszig a hurutok egész sorozatának van alávetvetve, úgy hogy a tél legnagyobb részét szobában kénytelen tölteni. A beteg folyó évi január hó 22.-én keresett fel a télen talán már ötödik náthája miatt, de ezúttal rendkivül heves neuralgiás fájdalmai is voltak a bal felső állkapocsban, melyek a szem és az alsó állkapocs felé is kisugárzottak; ezenfelül bő genyes váladék mutatkozott mindkét, de főleg a bal orrból; átvilágításkor mindkét felső állcsont homályosnak mutatkozott, geny volt mindkét középső orrjáratban és erősen duzzadt, vizenyős sarjszerű szövet a bal hiatus semilunarisban.

Felbátorítva az előbbi esetben szerzett tapasztalatok által, a betegnél azonnal duzzasztó pólyát raktam fel, melyet első délután 6 óra hosszat viselt, de másnap a polyát már 12 óra hosszat viselte; a fájdalmak másnapra enyhültek, harmadnapra a váladék kevesebb és vizesebb lett, de lényegesebb javulás úgy fájdalmak, mint váladék dolgában csak a 4. napon mutatkozott. Nyolczadnap a beteg teljesen fájdalommentes, a jobb orrban geny nincs, baloldalt kevés nyákos geny. (Ily állapotban referáltam az esetről a szakülésen, két nappal később a beteg teljesen gyógyult, váladék az orrban nincs, a bal hiatusban levő vizenyős sarjak eltüntek.)

3. *Tonsillitis pseudomembranacea (angina Vincenti?) esete.* B. K. 38 éves, ápolónő, ki kórházi osztályomon a méhrákos beteg szobán teljesit szolgálatot, 1906. január 19-én betegedett meg magas láz és heves baloldali, a fül felé is kisugárzó nyelési fájdalmak kiséretében. Január 20.-án a vizsgálatnál a láz 39·6° C., teljes dysphagia, a bal tonsilla felső polusán erősen duzzadt lobos udvartól körülvett fillérnyi szennyes álhártya. A betegnél azonnal pólyát teszünk a nyakra, 15 perez mulva a fájdalom megszünt, a beteg nyelni tud, a pólyát egy óra hosszat viseli. A pólya levétele után a fájdalmak nemsokára visszatérnek, ezért délután újra 1 óra hosszat viseli a pólyát, mire a fájdalmak ismét megszünnek. Másnapra a láz csekélyebb, a fájdalmak is engedtek, a beteg 4 óra hosszat viseli a pólyát, harmadnapra a beteg láztalan, a tonsilláról a lepedék eltünt, csak csekély injectio és duzzanat volt még látható.

4. *Tonsillitis acuta esete.* N. S. 16 éves. 1906. január 25.-én betegedett meg rázóhideg, 40·2° és C. magas láz kiséretében mérsékelt nyelési fájdalmakkal. Másnap hivattam a beteghez, kinek láza reggel 10-kor 39·6° C. volt, mindkét tonsilla erősen duzzadt, vörös, de fehér dugaszok nélkül. A beteg napi 6 óra duzzasztást végez, a pólya feltevése után a fájdalmak gyorsan megszüntek és nem tértek vissza. A láz csak harmadnapra szünt meg teljesen, tehát a folyamat megrövidülése itt nem volt észlelhető.

5. *Perichondritis tuberculosa laryngis cum stenosi. Tracheotomia.* F. A.-né, 41 éves betegnél kétoldali gümős perichondritis folytán keletkezett gégeszükület miatt 1905. október 16.-án végeztek alsó légcsőmetszést a szt. János kórház sebészi osztályán. Osztályomra felvették 1906. január 25.-én. A beteg láztalan, a bal tüdőcsúcs infiltrált és részben szétesett. A gége csaknem teljesen beszűkült, a beteg csak canule-ön keresztül bir légzeni, beszéde befogott canule mellett is alig érthető. Az epiglottis biborvörös, mindkét kannaporcz és aryepiglottikus szalag erősen duzzadt és infiltrált, nem mozog; hasonlóképen duzzadtak az álhangszalagok is, a valódi hangszalagok nem láthatók. Betegnek erős nyelési fájdalmai vannak.

Rendes körülmények között ilyenfokú gégebeli elváltozások mellett, főleg arra való tekintettel, hogy duzzasztás alatt a már meglevő vizenyős duzzanat fokozódása várható, nem lett volna bátorságom arra, hogy a Bier-féle eljárást a betegnél alkalmazzam; a jelen esetben azonban, miután a beteg a légcsőbe helyezett canule-ön keresztül légzett, a duzzasztó pólyát pedig a gége és a canule között tehettem fel a nyakra, nyugodtan tehettem meg a kisérletet, hogy meggyőződjem egyrészt arról, miként fog viselkedni a beteg gége a duzzasztás alatt, s alapos-e azon feltevés, hogy általa a meglevő duzzanatok pillanatnyira még jobban fokozódnak, oly mértékben, hogy a duzzasztás alkalmazásától nem tracheotomizált betegeknél az esetleg beállható gégevizenyő veszélye miatt el kell tekintenünk; másrészt lehetséges-e, ha csak csekély mértékben is, kedvezően befolyásolni a gégebeli folyamatot, legalább annyira, mint gümős izületi bántalmaknál, a fájdalom csökkentése által

A beteg első nap kétszer egy-egy óra hosszat, másnaptól fogva pedig háromszor naponta egy-egy óra hosszat viselte a pólyát minden kellemetlen érzés nélkül, azon positiv eredménynyel, hogy nyelési fájdalmai az első naptól fogva lényegesen csökkentek. Nem csekély meglepetést szerzett azonban ezen betegnél a gége tükörképe a duzzasztás alatt, mert nemcsak hogy a duzzanat és vizenyő semmit sem növekedett, hanem harmadnapra az eddig fennállott duzzanatnak észrevehető csökkenését észleltem, melynek egyik tünete abban is nyilvánult, hogy a beteg eléggé érthető hangon kezdett befogott canule mellett beszélni.

Az itt felsorolt kóresetek észleléséből egyelőre csak azt az egy következtetést kivánom levonni, hogy a Bier-féle pangásos vérbőség alkalmazásával nagyon érdemes tovább kisérletezni a felső légutak bizonyos megbetegedéseinél, természetesen csak a legnagyobb óvatosság mellett, orrbetegeket legalább is a duzzasztás

kezdetén, garat- és gégebetegeket pedig a duzzasztás egész tartama alatt gondos orvosi felügyelet és ellenörzés alatt tartva, hogy váratlan complicatióknak idejekorán elejét vehessük.

Az orr megbetegedései közül alkalmasak lesznek erre nemcsak az acut genyedéssel és gyuladással járó esetek, hanem a heveny lobos fertőzésnek olyan localizált alakjai is, minő a nátha, az ezzel járó heveny sinusitisek, továbbá az idült, pörkképződéssel járó kóralakok, torpid fekélyes folyamatok és a gümőkór vagy lupus különféle megjelenésü esetei, sőt adott esetben érdemes lesz kisérletet tenni rhinosclerománál is.

Az orrgaratür megbetegedései közül a heveny és idült gyuladás különböző alakjainál, valamint a bursa pharyngea genyedésénél szándékozom kisérleteket végezni.

A gégebántalmak közül mérsékelt heveny és idült hurutoknál a duzzasztás minden aggodalom nélkül alkalmazható, az 5. esetben szerzett tapasztalataim alapján pedig a jövőben, természetesen kellő felügyelet mellett, kiterjedtebben fogom a duzzasztást tuberculosisnál, főleg pedig annak localisált alakjainál alkalmazni.

A fokozott vérbőség alkalmazásának másik módjáról, a szívó készülékek alkalmazásáról, egy más alkalommal lesz szerencsém a szakosztálynak jelentést tenni.

Irodalom. 1. *Bier:* Hyperämie als Heilmittel. Leipzig, 1905. II. Aufl. — 2. *Bier:* Behandlung acuter Eiterungen mit Stauungshyperämie. Münch. med. W. 1905. 5—7. sz. — 3. *Manninger:* Helyhez kötött fertőzések gyógyítása a vérbőség fokozásával. Orvosi Hetilap. 1905. 47—48. sz. — 4. *Keppler:* Die Behandlung eitriger Ohrenerkrankungen mit Stauungshyperämie. Zeitschrift f. Ohrenheilk. 50. kötet, 3. füzet. — 5. *Keppler:* Die Behandlung entzündlicher Erkrankungen von Kopf und Gesicht mit Stauungshyperämie. Münch. med. W. 1905. 45—47. sz. — 6. *Prym:* Über die Behandlung der entzündlichen Erkrankungen der Tonsillen mittelst Saugapparaten. Münch. med. W. 1905. 48. szám. — 7. *Klapp:* Über die Behandlung entzündlicher Erkrankungen mittelst Saugapparaten. Münch. med. Woch. 1905. 16. sz. — 8. *Renner:* Über Bier'sche Stauungshyperämie bei Augenkrankheiten. Münch. med. W. 1906. 2. sz. — 9. *Tillmann:* Über die Behandlung durch venöse Stauung. Deutsche med. W. 1905. 4. sz.

Közlemény a székesfővárosi szt. István-kórház bőr- beteg- és bujakóros osztályáról.

A spirochaete pallidáról.

Közlik: *Róna Sámuel* dr., egyet. rk. tanár és *Preis Károly* dr., alorvos.

(Vége.)

Ezekkel a felfedezőknek és az utánvizsgálók legtöbbjének *positiv* leleteit saját vizsgálataink is nagyjából beigazolták; tehát beigazolták azt, hogy recens, tehát fertőző syphilises laesiókban egymagukban, vagy itt-ott más alakokkal keverve, a *Schaudinn* és *Hoffmann által leirt és különvett alak, a spirochaete pallida*, különböző számban előfordul, és ezzel vizsgálataink első része be is fejeződött.

Áttértünk tehát a második vizsgálati sorozatra, *a spirochaetekben dús nem syphilises laesiók vizsgálatára*, melynek az volt a czélja, hogy eldöntse, van-e a *spir. pallidának* a már többször említett spirochaetekhez valamelyes köze, vagy lehet-e a spir. pallidát az előbbiektől alakja és festődése által elkülöníteni.

E czélból 1. elővettük és újból vizsgáltuk régi fedőlemezkészítményeinket *a)* balano-posthitisből, *b)* ulc. gangraen. penisből, *c)* stomatitis gangraenosából, *d)* nosocomiális gangraenából, melyek részben Sahli-féle methylenkékkel, részben carbolfuchsinnal voltak festve, és akkor azt találtuk, a mit már ki is emeltünk (l. Orvosi Hetilap 1906. 1. számát), hogy még ezzel a festéssel is a többé-kevésbé jól festődött alakok mellett igen vékony, alig észrevehetően festődött alakok is voltak, de olyanokat, melyeket a *spirochaete pallidával alakra* nézve összetéveszteni lehetett volna, ezen készítményekben nem találtunk.

2. De csináltunk friss anyagból 2—2 esetben újabb fedőlemezkészítményeket is: *a) balano-posthitisből, b) ulcus gangraen.-ból* és pedig *Schaudinn* módjára festve, és ekkor már az elsőben a *hullámos* alakok mellett számos csavarulatú igen finom alakot, és az utóbbiban nagyon különböző alakú, vastagságú, csavarmenetü alakokat láttunk, de olyat, mely a spirochaete pallidának teljesen megfelelt volna, nem találtunk.

Mielőtt további vizsgálatainkra áttérnénk, a spirochaetek festéséről kell néhány szót szólannuk. Alig kell mondanunk, hogy ismételve törekedtünk más festési eljárással is szerencsét próbálni, hogy hátha sikerülne a spirochaete pallidát láthatóbbá tennünk. Már az előző előadásban említettük, hogy az összes spirochaetek *nehezen festődnek*, tehát csak *túlfestéssel* lehet azokat láthatóvá tenni. Igen intensiv túlfestést lehet elérni a melegített carbolfuchsinnal, vagy anilin- illetve carbolgentianával, de ezek *diffuse* festik a készítményt, festékcsapadékot adnak, úgy hogy a spirochaetek nem jól láthatók. Legjobb volt a mint láttuk, a *Giemsa*-festés, mely tulajdonképen módosított *Romanowsky*-féle *chromatinfestés*, és melyet eredetileg *malariaplasmodiumok* és *trypanosomák* stb. festésére alkalmaztak. A Giemsa-festék áll: azur I, azur II és eosinból. A Grüblernél készen kapható Giemsa-festékben még glycerin és methyl-alkohol is van. Ezzel *Schaudinn* szerint a festés a következőképen történik:

1. A fedőlemezre vagy tárgyüvegre vékonyan felkent praeparatum teljesen vízmentes absolut alkoholban fixálása 10 percztől 1 óráig.

2. A fixált készítményt a frissen készített festékre fektetjük. A festéket a Grübler féle tömör oldatból úgy készítjük, hogy 15 cseppet belőle 10 cm^3 destillált vízzel higítunk. Ebben a készítmény $^1/_4$ vagy 1 óráig, vagy akár 24 óráig marad.

E festési mód hátrányai: az *azur* könnyen kicsapódik, ezáltal egyrészt veszít festőerejéből, másrészt a csapadék ellepi a készítményt; ez annál inkább és annál nagyobb mértékben következik be, minél hosszabb ideig festünk. Ezen úgy segíthetünk, hogy rövid ideig, $^1/_4$ óráig, de *ismételten* és friss festékkel festjük a készítményt. (Csapadék keletkezik továbbá, ha a víz vagy az edény nem tiszta, vagy ha savat tartalmaz. Savanyú canada-balzsam pl. a megfestett spirochaeteket 1 óra alatt elszínteleníti, ezért *Hoffmann* azokat cédrus-olajban teszi el.)

Mi a *túlfestést* e hátrányok nélkül a *melegítési* festéssel értük el. *Preis* az alkoholban vagy láng felett fixált készítményt a fenti higított friss oldattal leönti és azzal a láng felett addig tartja, a míg gőzölög, azután két csésze vízben lemossa és leitatja vagy a levegön szárítja és kis nagyítással megnézi. Ha a magvak és fibrinrostok nincsenek *intensive festve*, úgy a festést ismétli.

Kellő gyakorlat után ez a legjobb eredményt adta. Ugyanis azt tapasztaltuk, hogy olyan készítmény, mely az eredeti *Schaudinn*-módszer szerint festetett, csak igen kevés, rendkivül finom s nehezen látható, tehát a szerzők leirásának teljesen megfelelő spirochaetet mutatott, elszínteleníthető és *melegítéssel* újrafestése számos, könnyen látható typusos spirochaete pallidát engedett látni, vagy pl. a míg az eredeti Schaudinn-féle festéssel egy syphilises állalatti mirigy nyirokjában aránylag kevés és halványan festődött igen vékony spirochaetekre akadtunk, addig a *Preis* féle módosítással a felelkező készítményen nagyon sok kitünően, sötétre, élesen megfestett, kissé vöröses színbe játszó, alakra nézve egynemü, de váltakozó nagyságú vastagságú és csavarulatú (volt 4—16 csavarulatú is) spirochaetet találtunk; elvétve egyesek közepükön vagy egyik végükön felbomlottak, de a megmaradó részen jól kivehető jellegzetes csavarulattal voltak láthatók; vagy végül egy *condyloma latumból* vett nyirokban helyenként s intén az előbbiben találttal teljesen megegyező leletet kaptunk, mig a felelkező és eredeti *Schaudinn*-nal festett készítményen sokkal gyérebb, vékonyabb és átlag gyengén festett spirochaetet láttunk. Tehát bebizonyosodott, hogy a *spirochaete pallidát jobban is meg lehet festeni, mint azt a szerzők állitják.*

Ezen eredményen felbuzdulva, e festéssel újból a spirochaetekben dús *nem syphilises* laesiók vizsgálatához fogtunk, hogy talán igy azokban is látunk az előbbi módszerekkel ki nem mutatható alakokat, esetleg *spir. pallidát* is. A következőket vizsgáltuk:

1. *Fogkő mellől vett detritus.* Lelet: Igen számos és többfajta bakterium. Igen sok, az igen vastagtól és sötéten festődőtől az alig észrevehetőségig vékony, halványan festődő spirochaete. A vastagok és vékonyak között egyformán tág, vagy igen szük csavarulatú is volt; az előbbiek csavarulata azonban nagyobb, az utóbbiaké kisebb volt, mint a spir. pallidáé, úgy hogy csak

nagyon elvétve akadt 1—1 olyan, mely *alakra és festődésre a spir. pallidától nehezen volt elkülöníthető.*

2. *Foglepedék a foghús mellől egy lues tert.-ban szenvedő egyéntől.* Lelet: Számos vékony, kicsiny, halvány, egészen vagy nagy területen kinyúlt spirochaete, köztük *egyetlen egy olyan, melyet a nem typusos spir. pallidától nem tudtunk elkülöníteni.*

3. *Balano-posthitis erosiva.* Lelet: Temérdek igen finom, vékony, különböző intensitással festődő, többnyire kinyúlt vagy nagyobb hullámú spirochaete; a *spir. pallidához alakra csak némileg is hasonló alig van.*

4. *Ulcus gangraenosum penis.* Lelet: A 3. alattihoz teljesen hasonló.

5. *Pemphigus vegetans a genitaliák környékéről.* Lelet: Igen sokféle bakterium, elszórtan rendkivül finom, a pallidánál is halványabban festődött, alig kivehető, átlag nagyobb csavarulatú spirochaete, *egyesek azonban meredekebb csavarulattal birtak, úgy hogy ezek a nem egészen typusos spirochaete pallidától nagyon nehezen különböztethetők meg.*

6. *Szétesett pofanyálkahártya-carcinoma.* Lelet: Temérdek fusiform bacillus és spirochaete. Ezek egy része durva, vastag, erősen festett, egy része vékony, gyengébben festett, de nagy hullámú csavarulattal; egy része kinyúlt; elszórtan azután igen finom, igen halvány, talán a pallidánál is sürübb és alacsonyabb csavarulatú spirochaete. *Ezeket sem tudnám biztosan elkülöníteni a spirochaete pallida atypusos példányaitól.*

7. *Szétesett carcinoma buccae.* Lelet: Jórészt mint az előbbi; itt is néhány igen finom, igen vékony és halványabb, apró vagy felbomlott csavarulatú spirochaete, melyek átlag kisebbek, mint a spir. pallida, *de azért egyesek rendkivül hasonlók a condyloma latumban és mirigynyirokban talált, felbomlott csavarulatú spirochaete pallidához.*

Mindezekből kiderül, hogy még a legintensivebb festés sem festi egyformán az összes spirochaeteket, és hogy bár a *tiszta syphilises laesiókban állandóan a typusos spir. pallidának megfelelő spirochaetek találhatók, ezek között is vannak elvétve festési és alaki differentiák, ép úgy, mint a biztosan nem pallidák között, és hogy a nem syphilises* laesiókban talált temérdek spirochaete *között is akad* egy egy vagy néhány olyan, melyet *festődése* vagy *alakja* után a *spirochaete pallidától alig, vagy épen nem lehet elkülöníteni, a mi a spirochaete pallidának a szerzők által hangoztatott alaki és festődési jellegeinek absolut értékéből sokat leront.*

A mi eljárásunk különben az volt, hogy mindig parallel vizsgáltunk *syphilises és nem syphilises* készítményt.

Tehát elég bizonyítékunk arra nézve, hogy a *spiroch. pallidának* más spirochaetekhez semmi köze, még nem volt, és — bár azt a felvételt, hogy a spir. pallida talán csak a szövetben bent olyan *typusos* csavarulatú, hamar megczáfolhattuk, mert hiszen a lueses laesiók felületén a detritusban ép olyan typusos csavarulatú spirochaetek voltak, mint a mirigy nyirokjában — nem zárkózhattunk el az elől, hogy a spir. pallida talán mégis a szájürben és a genitális lobos bántalmaknál óriási tömegekben jelenlevő spirochaete felszivódásából ered, miután ép e helyeken és e helyek körül találtuk *syphilises* laesiókban is a *legtöbb* pallidát. Ezért olyan képletekből szerettünk volna anyagot kapni, melyeknek *syphilises elváltozásában* az összes szerzők csakis egyforma *spirochaete pallidát* találtak, tehát a *mirigyekből*, és pedig olyan egyének táji mirigyeiből, a kiknek genitaliáin vagy szájürében olyan *gangraenás* vagy *fekélyes* laesiók vannak, melyek lepedékében a már emlitett temérdek, állitólag *másfajta* spirochaete van.

A szerencse kedvezett nekünk és vizsgálatra került:

1. *Balanitis erosivát kisérő* 1 mirigy punctiós nedve.

2. *Ulcus gangraenosumot kisérő* 2 mirigy punctiós nedve.

3. *Széteselt, eves carcinomát* (2 eset, egyik buccalis, másik peniscarcinoma) *kisérő* 1—1 mirigy punctiós nedve, megannyi absolut negativ eredménynyel; *egyáltalán nem akadtunk bennük spirochaetekre. Ezt tartjuk mi a legfontosabb dolognak!* Mert ezzel, ha a további vizsgálatok ezen leleteket megerősítenék, sokat nyerne azon felvétel, hogy a *Schaudinn* és *Hoffmann*-féle spirochaete pallida *fajilag* valóban eltér minden más spirochaetetől, és hogy az csakis syphilises egyénekben fordul elő, annyival is inkább, mert a *banális* spirochaetek között csak *nagyon elvétve* akad 1—1 a spir. pallidától, vagy még inkább annak nem egészen typusos példányaitól el nem különíthető spirochaete és viszont a *zárt* syphilises laesiók spirochaetei között csak nagyon elvétve akad néha 1—1 nem egészen typusos példány. Ezt azonban még szélesebb alapon kell tovább kutatni.[1]

Áttérhetünk az utolsó kérdésre, hogy *minő szerepet játszanak luesnél a spirochaetek?* Erre nézve azonban biztos adattal eddig nem birunk, mert az, hogy a syphilis recens szakában (hozzávéve a majom-syphilist is) szabályszerüen előfordul (a mit különben még tovább kell támogatni), és hogy más laesiókban alig, vagy kivételesen van hozzá hasonló alak, és végül, hogy a másfajta spirochaetek szomszédságában fekvő mirigyekben épen nem észlelhetők: a míg tenyészteni nem tudjuk, és tiszta culturával nem olthatunk, addig szereplésükről biztosat nem mondhatunk, és *különösen nem állíthatjuk azt, hogy a luest ők okozzák.*

Ennek kimondásával még várnunk kell mindenesetre addig, *a míg még hiányzó bizonyítékaink meglesznek.*

Theoretice véve a dolgot, lehetetlenség nincs benne Az a körülmény, hogy egy *spirochaete-fajról* már tudjuk, hogy cyclikus vérfertőzéses betegséget (*febris recurrens*) idéz elő, még akkor is megengedhetővé teszi e felvételt, ha *Schaudinn* elmélete a protozoákhoz tartozást illetőleg csütörtököt mondana; de még inkább nyerne valószinüségében a lehetőség, ha *Schaudinn* felvétele bebizonyosodnék, mert akkor már volna arra is példa, hogy a protozoák nemcsak *lokális infectiós granulomát*, milyen a *bouton d'Aleppo*, hanem cyclusokban lefolyó és a syphilissel sok analogiával biró kórt is, milyen a *dourine*, képesek előidézni. *Ez azonban mind korai, igen korai okoskodás!*

Összefoglalás.

1. Vizsgálataink beigazolták a felfedezőknek és utánvizsgálók legtöbbjének *positiv* leleteit, azaz azt, hogy a recens syphilises laesiókban szabályszerüen megtalálható és pedig a zárt laesiókban, pl. a táji mirigyekben *állandóan egymagában*, nyilt, kifoszlott laesiókban itt-ott más alakkal keverve különböző számban a *Schaudinn* és *Hoffmann* által jellegzett spirochaete, az úgynevezett *spirochaete pallida.*

2. A régebben nem syphilises laesiókból (balanitisből, ulcus gangraenosumból, stomatitis gangraenosából, nosocomiális gangraenából) készült és Sahli-féle methylenkékkel vagy carbolfuchsinnal festett készítményekben olyan alakokra, mint a spirochaete pallida, nem akadtunk.

3. A balanitisből, ulcus gangraenosumból *Schaudinn* módjára festett készítményben sem találtunk olyan spirochaetet, mely alaki tekintetben a spirochaete pallidának teljesen megfelelt volna.

4. Absolute negativ eredménynyel végződött a *Schaudinn*-féle festéssel vizsgálva a spir. pallidát illetőleg a *Bartholini-mirigytályog genyjének, a rhinoscleromás nyiroknak, a szájüri pemphigoid laesionak, mycosis fungoides-nyiroknak, perigenitális pemphigus vegetans, perigenitális szétesett lupus hypertrophicus, gangraenás lábszárfekély és szétesett nyelvrák detritusának vizsgálatai.*

5. A *Schaudinn* féle festésnél erősebben fest annak *Preis-féle* módositása (melegitve festés), úgy hogy azzal *több és sötétebbre* festett spirochaetet látni.

6. E festési móddal a nem syphilises laesiókban (fogkő, foghús mellöli detritusban, pemphigus vegetansban, szétesett nyálkahártyarákban) is találunk talán még a pallidánál is finomabb és halványabban festődő spirochaeteket, úgy hogy a rosszul, halványan festődést nem lehet csak a spirochaete pallida attributumának tekinteni.

7. Ezen intensiv festéssel a nem syphilises laesiókban 1—1 olyan spirochaetere is akadunk, melyet alakjánál fogva nagyon nehéz a *nem typusos* pallidától megkülönböztetni.

8. Azonban az a körülmény, hogy egyrészt a syphilises laesiókban *állandóan* és átlag a typusos Schaudinn-féle alakok vannak, és csak elvétve felbomlott csavarulatúak, másrészt a nem syphilises laesiókban *állandóan és átlag* vagy nagyobb, vagy

[1] Azóta is vizsgáltunk ulcus gangr. penist kisérő mirigyduzzanatból nyert nyirkot, és abban egyetlen spirochaetet találtunk, de azt nem lehetett a spir. pallidával összetéveszteni.

kisebb és alacsonyabb csavarulatú egyének vannak, és csak elvétve olyanok, melyeket a nem typusos spir. pallidával összetéveszthetni, tehát az alaki változások mindegyiknél bizonyos nem igen tág határokon belül mozognak, végül azon körülmény, hogy a *nem syphilises* és temérdek spirochaetet tartalmazó *laesiók* szomszédságában, így a *balanitist, ulcus gangraenosumot, szétesett pofarákot, stomacacet* kisérő mirigyduzzanatokban eddig absolute semmiféle spirochaetere nem akadtunk, vagy csakis másfélékre, míg a syphilises laesiokat kisérő mirigyduzzanatokban szabályszerüen találunk és pedig *legállandóbban* typusos *Schaudinn* féléket: a mellett látszik bizonyítani, hogy a syphilises laesiókban található spirochaetek nem a banális vagy nekrosist okozó (?) spirochaetek felszívódásából származnak, és hogy a *spirochaete pallidának* az előbbiekhez semmi köze nincs, hogy az egészen *másfajta.*

9. Ezen másfajtasága a spir. pallidának azonban nem nyer mindig *alakilag és festésileg* annyira kifejezést, hogy pl. *egyetlen egy egyénnek morphologiai és festési* tulajdonságából már a provenientiájára is következtethetnénk, sőt bizonyosnak látszik előttem, hogy ha *pathogennek* fog bizonyulni a spir. pallida, ugyanazon viszony fog kialakulni közte és a többi spirochaete között, mint a mely kialakult a *tubercul.-bacillus* és *a többi saválló* között, azaz hogy a jellegzetes környezetből kivált *tbc.-bacillusról* tisztán *morphologiai és festési* sajátságai alapján nem lehet megmondani, hogy az *tbc.-bacillus-e* vagy pedig egy *nem pathogen saválló bacillus.*

10. A spirochaete pallida pathogen és a syphilist előidéző voltának lehetősége ezek után nincs kizárva, mert egyrészt már ismerünk bizonyos gangraenákkal nexusban álló spirochaeteken kivül olyant is, mely *általános és cyclikus lefolyású vérfertőző kórt* — febris recurrenst — tud előidézni, másrészt meg, ha beigazolódik *Schaudinn*-nak protozoa-elmélete, a protozoák némelyikétől is látunk úgy *lokális granulomát* (bouton d'Alepp-et), mint *általánosan fertőző,* a lueses lefolyást imitáló vérfertőző kórt (dourine-t) előállani.

11. Azonban, minthogy az egész *spirochaete-tan még a legelemibb stadiumban van, és minthogy egyik spirochaete-fajt sem tudjuk tenyészteni, ma egyebet még nem mondhatunk, mint hogy a spir. pallida minden valószinüség szerint csakis syphilises laesiókban fordul elő* (de még ez is tovább vizsgálandó) *és semmi esetre sem azt, hogy az a syphilisbetegséggel oki összefüggésben áll,* erre nincs még okunk, ehhez nincs még jogunk.

Pótlás.

Ma egy hete (az előadás október 21.-ére volt kitüzve, de tárgyhalmaz miatt lemaradt) ezzel bezártuk volna előadásunkat, ma azonban *Schaudinn* nak legeslegújabb, egy hét előtti enunciatiojával is kell foglalkoznunk. Ebben *Schaudinn* egyrészt eltávolodik a *trypanozoma*-elmélettől, kijelentvén, hogy az általa *spirochaete Ziemanni*-nak nevezett spirochaete újabb tudása szerint csak egy rövid fejlődési szakában bir *spirochaete-alakkal,* és hogy újabb összehasonlító vizsgálatai mind határozottabban bizonyitják, hogy ezen *Ziemann* féle organismus nagyon távol áll a typusos spirochaetektől (a spir. plicatilistől és Obermayeritől) és talán csak legrégibb törzstörténeti idejében volt velük phylogenetikus viszonylatban; most már mindezen megbeszélésnek szerinte is *csak theoretikus* értéke van.

Az a fényes elmélet, melyet egyikünk előadásában kifejteni iparkodott, ma ezzé zsugorodott össze! Másrészt azonban megerősíteni törekszik a *spirochaete pallida* külön helyzetét, a mennyiben újabb tapasztalatai alapján a következőket jelenti ki: *élő állapotban* meg lehet a különböző spirochaeteket a *pallidától* különböztetni; a *spir. pallida* ugyanis *gyengén fénytörő, spirális, csavarulata állandó,* mig a többinél csak mozgásnál keletkező; a régi *Löffler*-féle csillangó-festéssel a *spir. pallida undulláló hártyát* (talán rendkivüli vékonysága miatt) *nem mutat,* ellenben minden végén 1—1 csillangót, a mi a *többi spirochaetenél épen megfordítva van,* azaz nevezett festéssel megannyi mutat *undulláló* hártyát és egy sem csillangót. A csillangót különben már a *Giemsa*-festéssel is ki tudja venni, és az undulláló hártyát úgy ezzel, mint élő állapotban a függő cseppben.

Ez *új dolog volna, és ismét ellenkeznék minden eddigi fogásunkkal a spirochaetek jellegeit illetőleg* (lásd Orvosi Hetilap 1906. 1., jubiláris számát). Ezzel a *spir. pallidát specifikusnak* tartja, mely most tehát a *spirillumtól flexibilitása és spirálja* által, a *többi spirochaetetől* pedig *állandó spirálja, csillangója* és *hosszirányban oszlása* által különbözik, és ezért *Vuillemin* javaslatát elfogadva, a *spir. pallidát* ezentúl *spironema*-nak (= csavar vagy sróf és fonál = sróffonál) nevezi.

Ezzel elmondtuk a legeslegújabbat is, a mit *Schaudinn* a *spir. pallidáról* közölt, de magunk még ezekről meg nem győződhettünk. Ugyanis a rendes és módosított *Giemsa*-festéssel sem a *spir. refringensen* nem birtuk kivenni az undulláló hártyát, sem a *pallidán* a csillangókat. A *függő cseppben* ugyan igen jól tudtuk tanulmányozni a *spir. refringens* alakját, mozgását, de undulláló hártyát eddig még nem tudtunk észrevenni; ellenben a *spir. pallidát* eddig még nem sikerült a függő cseppben fellelnünk.

A vizsgálatokat tehát folytatnunk kell.

Ezen pótlásból azután legjobban kiviláglik, hogy mennyire igaz az, a mit egyikünk még előző előadásában mondott, miszerint ma senki sem tudja azt megmondani, hogy valóban az utolsó *etappe*-nál vagyunk-e a *syphilis* aetiologiájának kutatásában? De azt viszont bárki megmondhatja, hogy addig is, a mig e kérdés végére nem jutunk, három dologra lesz felette nagy szükségünk: *türelemre, higgadtságra és a józan ész birálatára.*

TÁRCZA.

Benyomások a középiskolai reform ügyében tartott értekezletről.

A középiskola reformálásában mi orvosok és első sorban mi orvostanárok vagyunk különösen érdekelve, mert mi vagyunk azok, a kik a hiányos középiskolai tanítási rendszer káros következményeit leginkább érezzük. Könnyen belátható, hogy a jogtanár ezeket nem veszi annyira komolyan, mert legnagyobb része annak, a mit a jogi facultásokon tanítanak, csakugyan ott *kezdődik* is és valami különös előképzettséget nem igényel.

A bölcsészeti facultáson előadott tárgyak egy része is ilyen. Csak egyes tárgyak azok, melyeknél a hiányos előképzettség érezhetőbb. Ilyen különösen a *chemia,* melynek egyetemi tanítása az első években nagy nehézségekbe ütközik, sőt a hallgatóság többségénél eredménytelen, azért, mert nemcsak a legelemibb fogalmak hiányzanak, hanem azért is, mert a nélkülözhetetlen physikai előismeretek rendszerint nincsenek meg. Igy a hallgatóság túlnyomó része a chemiának egy évi hallgatása után is még mindig ott áll, hogy megtanult ugyan egy csomó nevet, de még az elemi dolgokról sincs tiszta fogalma.

Legsúlyosabb az orvosi tárgyak előadóinak helyzete. Ezek kénytelenek növénytani, ásványtani, állattani, chemiai és physikai ismereteket feltételezni; ezeknek nagy részét az orvosnövendék már a rendelkezésre álló idő rövidsége miatt sem szerezheti meg az egyetemen s igy elkerülhetetlenül szükséges, hogy azokat már a középiskolából magával hozza. Ezek indítanak arra különösen, hogy a középiskolai reform tárgyában legutóbb tartott értekezletről egyet-mást elmondjak.

Nyilvánvaló volt előttem, hogy a felett: *mi legyen a középiskolai oktatás czélja,* ilyen értekezleten nem lehet tisztába jönni. Minthogy pedig kétségtelen, hogy *ez a fődolog,* mert csak ezen principiá is kérdés megoldása után lehet a tananyagról és tantervről szó, csakhamar beláttam az értekezlet hiábavalóságát. Meg vagyok győződve, hogy ez idő szerint lehetetlen a nézeteltéréseket kiegyenliteni. Az egyik rendithetetlenül vallja, hogy a középiskolának nem az a feladata, hogy általános müveltséget közvetítsen, hanem csak az, *hogy az emberi agyvelőt dresszirozza*; a másik azt, *hogy az általános műveltségre juttatás a fő czél*; a harmadik biztosra veszi, *hogy csak a komoly munkához való szoktatás* lehetvén a középiskola feladata, csaknem mindegy, hogy ezen munka milyen természetü; a negyedik *az általános műveltség gerinczének a classicus nyelveket tekinti* s ezért csaknem folytonos tanításukat követeli, persze más „melléktárgyak" rovására. Az ötödik *irtózik minden experimentumtól* és azt hiszi, hogy csak keleti népek felületességére mutatna, ha újra reformokba bocsátkoznánk, holott a régebbi reformok eredménye sem áll még tisztában előttünk.

Maradjon tehát egyelőre minden úgy, a hogy van, s kövessük Németország és Franeziaország példáját, a hol szintén óvakodnak a középiskolák reformálásának kisérletétől, azért, mert senki sem tudja, hogy az az experimentum miképen fog kiütni. A mi a németeknek és francziáknak jó, az nekünk is jó lehet.

Nem akarom most az vitatni, vajjon ez utóbbi thesis helyes-e; pusztán egyéni felfogásom, talán jobban mondva érzésem az, hogy talán Németországban és Franeziaországban a középiskolai oktatási rendszer nehány égető hibáját más valami pótolja bizonyos mértékig; talán a tanító személyzetnek qualitása. Nem hiszem, hogy ott gyakran előfordulna az, a mi nálunk, különösen egyes felekezeti iskolákban előfordul, hogy pl. a mathematika vagy physika tanára ezen tanszakokban annyira tájékozatlan, hogy szóról szóra betanultatja a tételeket és bizonyításokat, mert ő maga ezeknek megmagyarázására nem képes, vagy ha mégis érzi, hogy valami magyarázat jó volna, ezt az osztály „jó eszű" primusára bizza!

De érdemes egy kissé mélyebben is belevilágítani abba a kérdésbe, hogy csakugyan annyira követésre méltó-e a német és franczia példa és csakugyan a jelenlegi gymnasiumi rendszer viszonylagos tökéletességébe vetett hit oka-e a netalán mutatkozó conservativismusnak?

A gymnasiumi tanítás rendszere a középkori és az azután következő idők szerzetes iskoláinak rendszeréből keletkezett. Ez magyarázza meg az úgynevezett classikus nyelvek domináló szerepét, mely a mai napig megmaradt. Kimutattam más helyen (l. a nürnbergi iskolaegészségügyi congressus tárgyalásait), hogy a porosz gymnasiumok tanterve, mely 1892-ből származik, nem tér el lényegesen attól, melyet *1812*-ben állapítottak meg.

Hát követendő példa ez? Hát helyes lehet az, hogy most, 1906-ban, a tanítási rendszer olyan, mint ezelőtt 100 esztendővel, hogy ma az általános műveltség gerinczét ugyanaz alkossa (a classikus nyelv), mint akkor?

Hogy az emberiségnek ma is csak azon igényei volnának tanítás tekintetében és hogy ma se tudnánk a szellem fejlesztésére jobb eszközöket találni azoknál, a melyek ezelőtt 100 esztendővel vagy a középkori szerzetes iskolákban divatoztak?

De hát mi az oka annak, hogy a viszonyok a cultura mintájául felhozott Poroszországban ilyenek? Hát csakugyan meg vannak győződve a németek a rendszer jóságáról?

Dehogy vannak. Az oka ennek csakis az, hogy a hagyományok nyomásától ép oly kevéssé tudtak eddigelé szabadulni, mint mi itthon. A közönség ott is, itt is elégedetlen, igen hajlandó volna változtatni a viszonyokon és a régi lomot elseperni, de a mozgalom még nincsen kellőleg szervezve, hiányzanak még a vezetők, a kik az intéző, a kérdést monopolizáló körökkel a küzdelmet felvehetnék, hiányzanak olyanok, a kiket homályos, általános, de annál bölcsebbeknek látszó phrasisokkal nem lehet elnémítani.

Csak lassan, lépésről lépésre képes a modern eszme haladni. A gymnasiumokkal való elégedetlenség szülte *a reáliskolákat*. A helyett, hogy a gymnasiumokat reformálták volna, a melyekhez nem lehetett hozzányúlni, létesítették amazokat. De mivel csakhamar belátták, hogy tekintettel a különböző főiskolák igényeire, ezek csak elhibázott kisérleteknek nevezhetők, rá kellett térniök a *reformgymnasiumokra*. Mind megannyi surrogatuma a jóravaló gymnasiumnak, mind megannyi kétségbeesett vergődés a régi gymnasium nyomása alatt.

A dolog tehát valóban úgy áll, hogy nálunk távol sem végeztek annyi kisérletet a középiskola reformálása terén, mint Németországban és nem felel meg a tényeknek az, hogy ott annyira conservativek volnának. Csak annyi igaz, hogy más módon próbáltak a bajokon segíteni, reformgymnasiumok felállításával, valószinüleg azon reményben, hogy a megkövesült régi gymnasium, a melyet még oly sok előitélet véd, majd észrevétlenül és magától fog csendesen kimulni.

Felesleges, hogy mi is ezt a hosszú utat válaszszuk; de nemcsak felesleges, hanem rossz is volna, mert nekünk nagyobb lépéseket kell tenni, hogy a csak eddig is elmulasztottakat pótolhassuk!

Hogy olyan felfogás mellett, a minő az intéző körökben még ma uralkodik, szó sem lehet arról, hogy az *egészségtant* mint kötelező tantárgyat bevigyék az iskolába, az előttem tisztán áll. Hiszen ilyen, a classikus müveltség szükségleteitől annyira távol eső apróság csak nem érdemli meg azt, hogy ennek egy pár latin- vagy történelemórát feláldozzunk és kitegyük a tanulót annak, hogy *nocere* helyett azt mondja, hogy — alig merem kimondani — *nöcere*, vagy hogy ne tudja azt, hogy melyik évben halt meg V. Károly. Az, a ki ezeket és hasonlókat tud, az müvelt és jól fegyelmezett elme, és csak szánalmas mosolyra tarthat igényt az, a ki müvelt embertől elvárja annak a tudását, hogy miért szükséges a mosakodás és fürdés, hogy mitől és mi módon romlik a szeme, s hogy mit tegyen, hogy egy embert megmentsen a biztos haláltól, ha az úgy megsérül, hogy nehány perez alatt elvérezhetik.

Müvelt embernek nem szükséges tudnia, hogy a levegőnek, a földnek és víznek milyen vonatkozásai vannak az emberhez s hogy mivel és miképen táplálkozunk. Elég, ha ez utóbbit tudja — a szakácsné.

Hogy az iskolának kötelessége a tanítást úgy vezetni, hogy abból a tanulóra nézve egészségi hátrányok ne származzanak s hogy ilyesmire *iskolaorvos kell*, ez is csak olyan bogara a mai orvosnak, a ki mindenbe beleártja magát.

Azaz, hogy úgy is van már iskolaorvosi intézmény, hát mit akarnak?!

Persze hogy van, de milyen?

Olyan, a milyen épen lehet, *hogy ha a törvény nem állapítja meg, hogy ilyennek lenni kell;* olyan, a milyennek hasznát nem vehetjük. Van iskolaorvosunk, a ki évi 200 forrinttal van szegődtetve s a kinek, tagadhatatlan, van bizonyos joga is, t. i. az a joga, hogy azonnal elmehet, ha nem tetszik az, a mit az iskolavezetőség csinál.

Ceterum censeo: ha a kormány csakugyan valami jót akar csinálni — és ez úgy látom már régóta becsületes szándéka —, vágja ketté a csomót és lehető kevés professort és tanférfiút kérdezzen meg. id. *Liebermann Leo.*

A középiskolai reform tárgyában tartott ministeri tanácskozás.

A vallás- és közoktatásügyi minister személyes elnöklésével három napig tartó tanácskozás folyt a középiskolai reform tárgyában. A tárgyalásokon részt vettek:

Eötvös Loránd báró, Fehér Ipoly, Beöthy Zsolt, König Gyula, Alexander Bernát, Erődy Béla, Pauer Imre, a ministerium szakelőadói, számos középiskolai igazgató és tanár, az orvosi fakultás tagjai közül Liebermann Leo és Grósz Emil nyilvános rendes tanárok. Az előadói tisztet Fináczy Ernő egyetemi tanár töltötte be, a ki az egységes jogosítású középiskoláról törvényjavaslatot dolgozott ki, melynek az a lényege, hogy a gymnasiumok és reáliskolák helyébe olyan középiskolák lépjenek, melyekben minden tanulóra nézve egyaránt kötelező rendes tárgyakon kivül szabadon választható rendes tárgyakat is tanítanak. Minden középiskolában és minden tanulóra egyaránt kötelező rendes tárgyak a következők: *a)* hit- és erkölcstan, *b)* magyar nyelv és irodalom, *c)* latin nyelv és irodalom, *d)* német nyelv és irodalom, *e)* Magyarország történelme, *f)* egyetemes történelem, *g)* földrajz, *h)* természetrajz, *i)* mennyiségtan, *k)* természettan, *l)* szabadkézi rajzolás, *m)* bölcsészeti előtan, *n)* a testi nevelés tárgyai (torna, játék). Vagylagosan kötelező rendes tárgyak: *a)* görög nyelv és irodalom, *b)* franczia nyelv és irodalom, *c)* angol nyelv és irodalom, *d)* olasz nyelv és irodalom, *e)* ábrázoló geometria, *f)* chemia. Minden tanuló a saját iskolájában tanított vagylagosan kötelező tárgyakból *egyet* választ.

A törvényjavaslat tehát olyan középiskolát contemplál, melynek egységes törzse van és pedig erősen gymnasiumi jelleggel s egy-egy szabadon választható tárggyal.

A tárgyalás alkalmával kiderült, hogy a legtöbb szakember *nem* rokonszenvez a reformmal. Eötvös és König leghatározottabban foglaltak a mellett állást, hogy maradjon meg a két typus mint gymnasium s reáliskola, Fehér Ipoly meg épenséggel időszerűtlennek mondta a mostani tárgyalást.

A legtöbben abban egyeztek meg, hogy a jó középiskola előfeltételei: a *minősítési törvény megváltoztatása*, *a tanárképzés javítása és a polgári iskolák életképességének emelése*. A humanistikus gymnasium előjogainak fenntartását nagyon sokan kivánták,

s a természettudományok iránt meglepő idegenkedést árultak el. Liebermann tanár azon követelése iránt, hogy minden iskolának legyen *valódi* iskolaorvosa s hogy az egészségtan a *rendes* tárgyak sorába kerüljön, majdnem egyhangú volt az ellenszenv.

Sőt az orvosi facultás másik tagjának azon javaslatát is, hogy egységes, latin nélküli alsó négy osztály után történjék bifurcatio humanistikus és mathematikai-természettudományi irányban, de egységes jogosítással, csak kevesen fogadták tetszéssel. A tanácskozásra megjelentek nagyobb része továbbra is a latin középiskola előjogai fenntartása mellett a reáliskolák megtürését szeretné. De maga az előadói javaslat még tovább megy, mert tulajdonképen a gymnasiumot általánosítja. A vagylagos tárgyak oktatása valóban semmiféle komoly eredményt nem biztosít. Ezen surrogatumszerű intézménynek épen olyan kevés tápláló értéke van a szellemi éiet fejlesztésére, mint a legtöbb tápszerpótléknak. Ugy látszik, hogy a középiskolai tanárok s főigazgatók egy része még mindig félszázaddal hátrább maradt s nem hallja és nem látja az élet átalakulását. Csodálatos módon még a legliberálisabb felszólalás is az volt, hogy a reális tantárgyak ápolása a *jövő* szempontjából szükséges, mintha azt a *jelen* nem is követelné, sőt nyugaton e követelmény már a *multban* nem kezdődött volna.

Pedig épen a humanistikus gymnasium *igazi* barátjainak kellene belátniok, hogy a *monopolium* fenntartása ma már lehetetlen. *Grósz Emil.*

Semmelweis magyar voltának elismerése.

Theodor Wyder dr., a zürichi egyetem gynaekologiai tanszékének professora néhány nap előtt egy 50 oldalnyi füzetet adott ki, melyben a gyermekágyi láz okai s ezeknek *Semmelweis* által történt felderítésével foglalkozik.

A füzet semmi újat nem tartalmaz. De melegen üdvözöljük megjelenését mégis, mert egy „általános müveltségü olvasóközönség részére" iratott, s igy mindenesetre hozzá fog járulni Semmelweisünk széleskörü elismertetéséhez. Alkalmi okul szolgált Wyder professornak a füzet megirására az a körülmény, hogy nemsokára Budapesten, Semmelweis működésének szinhelyén szobor fog emeltetni. A szerző ez idő szerint azt a tanszéket tölti be, melyre Semmelweis 1857-ben meghivást kapott. „Becsületbeli kötelességemnek tekintettem, hogy jelen előadásom alakjában szerény kis koszorút helyezzek az emlékszobor aljára, hogy ilymódon minél több szívnek háláját szerezzem meg *Magyarország* nagy fiának".

Annál többre kell becsülnünk Wydernek nyiltszivü és igazságos szavait, mert előadásához többek közt a mult évben megjelent Schürer v. Waldheim-féle könyvet használta alapul, mely — mint előttünk ismeretes — Semmelweist osztrák orvosnak deklarálja. Néhány hónappal később jelent meg az a kötet, mely Semmelweis összes munkáit tartalmazza, s melyben a kiadó Semmelweis magyar voltát mutatja ki.

Köszönet illeti meg érte Wydert, hogy nemcsak elismerte az igazságot, de hogy cursiv betükkel is hirdeti „*Magyarország* nagy fiának" dicsőségét.

Semmelweisnek genealogice is messze visszanyúló magyarságát megállapító kutatásainkról az „Orvosi Hetilap" egyik közelebbi számában fogunk beszámolni. *György Tibor* dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Pesti Alfréd: Magyarország orvosainak évkönyve és címtára. Budapest, 1906. A „Petőfi"-vállalat kiadása.

Technikai okokból a szokottnál kissé később jelent meg Pesti Alfréd szerkesztésében „Magyarország orvosainak évkönyve és címtárá"-nak XVI. évfolyama. Hogy egy ilyen könyv csakugyan hézagpótló és szügséges, azt talán felesleges külön hangsúlyozni. Hogy czéljának megfelel s hogy a vele szemben támasztott igényeket kielégiti, annak épen az a körülmény a legékesebben szóló tanúbizonysága, hogy immár XVI. évfolyama jelent meg.

A magyarországi (beleszámitva Horvát-Szlavonországot is) orvosok névjegyzékén, illetőleg czimtárán kivül a munka közli a magyar orvosi irodalom áttekintését 1905-ről Schulhof Vilmos dr. összeállításában, továbbá az egészségügyre vonatkozólag 1905-ben kiadott ministeri rendeleteket és elvi jelentőségü határozatokat, az orvosegyesületek tisztikarának névsorát, ismerteti az orvoskari alapitványokat és szabályzataikat, az egyetemek, kórodák, orvoskari intézetek, bábaiskolák és kórházak személyzetét, az egészségügyi felsőbb hatóságok összeállitását és ügykörét, végre Magyarország összes fürdőit, gyógyhelyeit és gyógyforrásait.

A vidéki orvosok czimjegyzékének összeállitásában az évkönyv szerkesztője az idén újitást hozott be. Mig ugyanis eddig az ország megyéi voltak betürendben összeállitva s egy-egy megyén belül volt az ott működő összes orvosok névsora felsorolva, addig most a megyei beosztás mellőzésével Magyarország valamennyi olyan helyisége, hol orvos van, illetőleg orvosok vannak, van betürendben felsorolva s az egyes helységeknél vannak megemlítve az ott működő orvosok. A munka végén, a könnyebb kezelhetőség kedvéért más szinü papirosra nyomtatva, viszont az összes orvosok vannak felsorolva betürendben, úgy hogy most minden orvos czimére könnyebb ráakadni, mint eddig. Ennél a pontnál volna egy kis megjegyezni valóm. Talán még tökéletesebb lett volna az összeállitás, ha a kötet végén levő betürendes orvosnévsor nevei mellett a lapszám helyett, hol az illető megtalálható, a község neve volna feltüntetve. Igy ugyanis, ha valamely orvos czimét keresem, a betürendes orvosnévsorban kitüntetett lapszámon lévő valamennyi orvos nevét végig kell olvasnom, mig az illetőnek lakhelyét megtalálom. Kétségtelen azonban, hogy ez nem von le sokat a munka használhatóságából.

Mellékletül az évkönyvhöz a szerkesztő az idén Schulhof Vilmos dr. összeállításában az „Ujabb gyógyszerek inventariumát" adta, a mivel mindenesetre igen jó szolgálatot tett a gyakorló orvosoknak. *Marikovszky.*

Canon: Die Bakteriologie des Blutes bei Infectionskrankheiten. Jena, Gustav Fischer. 1905. Ára 5 márka.

A szerző, ki sokat dolgozott e téren, mindenfelé megjelent dolgozatait gyüjti össze e könyvben, értelmesen, szépen csoportositva és kiegészitve oly bőséges és oly pontos irodalmi adatokkal, hogy minden érdeklődőt lekötelez. Legelőször a hullavér bakteriologiai vizsgálataival foglalkozik és az újabban felhangzott számos ellenvetés daczára fenntartja véleményét, hogy a vizsgálatokat a felületes venák vérével kell végezni, mert a szív és a nagy belső erek vére postmortálisan másodlagosan inficiáltatik. Azután ismerteti a beteg vérének vizsgálásmódját, és azt még a magángyakorlatban is ajánlja. Értéke ilyen vizsgálatoknak csak *ismételt positiv eredmény esetében van.* Nem elég tehát az egyszeri vizsgálat. És nem lehet mindjárt bakteriaemiáról vagy új bakteriumfajról beszélni, ha egy oltás alkalmából valami bakteriumfajt találunk, mert ezerféle a mellékes, félrevezető körülmény, mi a vizsgálót megtévesztheti. Sorba veszi azután a szerző a különböző fertőző bajoknál talált eredményeket. Typhus abdominalisnál *Castellani* módszerét ajánlja, melylyel a betegség második napjától egész a lázak megszüntéig sikerül a bakteriumot kimutatni. Igen érdekes része könyvének, melyben az infectio behatolási helyét és módját, valamint a rázóhidegek okát, a vérbe jutott bakteriumok további sorsát, kiválasztását, letelepedését stb. iparkodik magyarázni. Érdekes könyvének rövid therapiai része is. Kiindulva azon szempontból, hogy az infectio helyéről a vérbe jutott mikrobák okozzák az általános infectiót, a gyógyitás két legfontosabb alaptörvényeül emeli ki: a beteg testrész nyugalomba helyezését és a betegséget okozó mikrobáknak és azok termékeinek levezetését. Épen ezért nem ajánlja az erőszakos, időelőtti nagy metszéseket, melyek vérereket és nyirokereket nyitnak meg, sem a szövet ellenállását lefokozó edző antiseptikus folyadékok használatát, vagy a folytonos kaparást, öblögetést, tapogatást és más efféle erőszakos eljárást, mely mind alkalmas arra, hogy általuk a mikrobákat a vérbe szoritsuk. Ezeket tárgyalva, elég bőven foglalkozik a gonorrhoeával is, kiemelve, hogy az újabb erőszakos eljárások sokkal inkább hoznak létre általános infectiót, mint a régi, enyhébb és inkább expectatiós

módszerek. Felemliti végül a serumok therapeutikus használatát is, azoktól nem sokat remélve. A könyv egészben véve jól és áttekinthetően van összeállítva, és nélkülözhetlen útmutatója lesz mindazoknak, kik e téren dolgozni és az irodalomnak utána nézni akarnak. *Körmöczi Emil* dr.

Uj könyvek. *W. Weygandt:* Über Idiotie. Halle a. S., C. Marhold. — *V. Babes:* Beobachtungen über Riesenzellen. Stuttgart, E. Nägele. — *H. Kaposi* und *G. Port*: Chirurgie der Mundhöhle. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *H. P. T. Oerum*: Methodik der chemischen und mikroskopischen Untersuchungen am Krankenbette. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *H. Triepel:* Die anatomischen Namen, ihre Ableitung und Aussprache. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *Frankl-Hochwart:* Der Menière'sche Symptomenkomplex. II. Aufl. Wien, A. Hölder. — *Th. Ziehen*: Leitfaden der physiologischen Psychologie. VII. Aufl. Jena, G. Fischer. — *Albu* und *Neuberg:* Physiologie und Pathologie des Mineralstoffwechsels. Berlin, Springer. — *H. Mendel:* L'injection trachéale simplifiée. Paris, F. R. de Rudeval. — *Ch. J. Cullingworth:* Oliver Wendell Holmes and the contagiousness of puerperal fever. London, H. J. Glaisher. — *Morton Prince*: The dissociation of a personality: a biographical study in abnormal psychology. London, Longmans, Green and Co. — *N. Clark Morse:* Post-operative treatment. London, Rebman. — *B. G. A. Moynihan:* Gallstones and their surgical treatment. London, W. B. Saunders and Co. — *Chetwood*: Recent experiences in kidney surgery and the utility of diagnostic aids. New-York, W. Keating.

Lapszemle.

Gyógyszertan.

Zinkperhydrol elnevezéssel a Merck gyár egy új sebgyógyító szert hozott forgalomba, a mely a zincum adstringáló hatását egyesíti a perhydrol (hydrogen superoxyd) fertőtlenítő hatásával. Ezen új szerről mintegy 600 betegen tett kisérletei alapján nagyon dicsérően nyilatkozik *Wolffenstein*; különösen kiemeli kedvező hatását lábszárfekély és égett sebzés eseteiben, valamint azt, hogy mérgező hatástól teljesen mentes. Használható egyszerüen hintőpor avagy pasta (Rp. Zinkperhydroli, amyli tritici āā 12·5; Vaselini americani ad 50·0) illetőleg kenőcs (Rp. Zinkperhydroli 5·0; Unguenti lanolini ad 50·0) alakjában. (Therapeutische Monatshefte, 1905. november.)

A formicin nevü új antisepticum (formaldhyd-acetamid), a melyet a Kalle-czég hoz forgalomba, szörpszerü, kissé sárgás színü, savanykás szagú folyadék, mely vízzel és alkohollal minden arányban elegyíthető. A szervezetben formaldehyd hasad le belőle és hatását ilyen módon fejti ki. *Bartholdy* két év alatt nagyszámú esetben használta a szert és eredményeit nagyon dicséri. Igy 5%-os oldata igen jól használható a jodoform-glycerin pótlószere gyanánt gümőkóros és nem gümőkóros izületbajokban, sipolyképződésre hajlamos esetekben stb. Előnye a jodoform glycerinnel szemben, hogy szagtalan, hígan folyó s azért finom canuleökön át is befecskendezhető, fájdalmakat nem okoz; a formaldehyddel ellentétben az eszközöket nem támadja meg. A formicin 1—2%-os oldatban jó szolgálatokat tesz fertőzött üregek és felületek desinficiálására és szagtalanítására, így például hólyagöblítés alakjában idült cystitis eseteiben. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905. 40. szám.)

Általános kór- és gyógytan.

A balantidium coliról részletes monographiát közöl *R. P. Strong*, melyben kimutatja, hogy ez az infusorium korántsem olyan ártalmatlan, mint a minőnek általában hiszik, hanem hogy nem ritkán makacs hasmenéseknek az okozója. Az élösdi tojásdad idomú, 0·07—0·01 mm. hosszú és 0·05—0·07 mm. széles. Elől mintegy harántul lemetszett s itt tölcséralakú nyilással szájadzik a peristoma, mellette hosszú ostorszálak vannak, míg a test felszine egyebütt rövidebb csillangókkal borított. A hátulsó testrész lekerekített s itt nyúlik az anus. Az állat teste finoman szemcsés, benne zsír- és keményitögöröngyök s igen gyakran bekebelezett vörös- és fehérvérsejtek láthatók. A vesealakú sejtmagon kivül két összehúzékony vacuolát találunk a sejttestben.

A balantidium coli normalis gazdája a sertés; ennek a vastag- és vakbelében nagy mennyiségben található. Betokolt állapotban a külvilágba jut az állat ürülékével s igy az emberi táplálék vagy ital beszennyezése útján bejuthat az emberi szervezetbe is. Ebből magyarázható az a tény, ha a balantidium-betegség különösen sertésekkel foglalkozóknál szokott előfordulni, vagy olyanoknál, a kik nyers disznóhúst ettek. Strong dr. az irodalomból 117 eset klinikai képét szedte össze, melyekben balantidium coli-t lehetett kimutatni. Ezen esetek elemzéséből szerző a következőket vonja le. A balantidiumot rendesen olyan esetekben találjuk, mikor híg hasmenés van jelen, nyálkával, emésztetlen táplálékkal és igen gyakran vérrel az ürülékben. A hasmenés rendesen igen makacs s addig meg nem szünik, míg a kezelést nem irányítjuk egyenesen a balantidium ellen. Gyakori tünet a kólika, ritkább az undor és hányás. A has puffadt és nyomásra érzékeny, kivált a colon haladásának megfelelően. Közönséges a tenesmus. Ha ez az állapot hosszabb ideje áll fenn, a beteg igen vértelenné lesz, elgyengül és lesoványodik, söt a végtagjain vizenyő is támad. A baj leginkább felnőtteken fordul elő; eddigelé csak két esetben észlelték gyermeken. Az esetek 25%-ában ki lehet mutatni a baj eredetét a sertésekkel való foglalkozás vagy nyers disznóhúsból készült kolbászok evése alakjában.

A betegség gyógyitására több eljárást ajánlottak. Némelyek chinin-beöntéseket használnak egyedül, vagy emsi sóoldat beöntése után (15 gm. 1·5 liter vízre). Hasznosnak bizonyultak a tannin-, eczetsav és tannin- (50 gm. eczetsav, 5 gm. ac. tannicum 2·25 literre) és salicylsav-beöntések (1 : 1000). Belsőleg calomelt, naphthalint és salolt alkalmaznak. Strong tapasztalatai szerint e szerek csak azon esetekben vezetnek eredményre, ha a baj még nem régibb keletü s a beteg erőállapota megengedi, hogy a helyi kezelést hosszabb időn át folytassuk. Más szóval: a betegség kezelése és prognosisa ugyanolyan, mint az amoebák okozta vérhasé.

Vannak szerzők, a kik tagadják a balantidium coli pathogen jelentőségét s azt vélik, hogy a balantidium csak mint ártatlan kisérő parasita jelenik meg bélhurut és hasmenés egyes eseteiben. Szerző kimutatja, hogy e nézet helytelenségét a szövettani vizsgálat kétségtelenné teszi. A balantidiumot ugyanis nemcsak a nyálkahártya felszinén találni, hanem magában a mucosában, söt néha az izomrétegben is, egész a serosáig. Kimutatható továbbá a bélfalzat ereiben is. Ezek után bizonyos, hogy az infusorium a bél falát erősen ingerelni tudja s reactiokép erős hurutot és hasmenést támaszt, melynek a leküzdése azért nehéz, mivel az ok tovább is fennmarad. Strong dr. szerint tehát a balantidium colinak nem csekély a kórtani jelentősége. Nem biztos még, vajjon tud-e ez a parasita a bélfalzatban erosiokat is okozni; azt azonban határozottan felvehetjük, hogy olyan esetben, ha ilyen erosiók már jelen vannak, a balantidium könnyen beleveszi magát az ilyen kifekélyesedett helyekbe s növeli az erosiót. (R. P. Strong, The Clinical and Pathological Significance of Balantidium coli. Manila Bureau of Governement Laboratories. 1904.)

Belorvostan.

A végbélen át táplálásra *Strauss* a calodal-klysmát ajánlja, a melynek összetétele a következő: 1 liter víz, 25 gm. calodal, 50 gm. szőlőczukor, 50 gm. tejszin, késhegynyi konyhasó; ehhez felforralása után 0·2 gm. menthol vagy 0·5 gm. thymol, avagy 1·0 gm. salicylsav és esetleg 5—10 csepp opium-tinctura adandó. Ez a mennyiség reggeli tisztító klysma után naponként 1—2-szer bocsátandó be nagyon lassan, 25—30 centimeter magasságból a végbélbe. Szerző még megjegyzi, hogy a calodalt, ezt a vízben nagyon jól oldható fehérjekészítményt subcutan táplálásra is használta, 5%-os oldatból 100 cm³-t fecskendezve be egyszerre; a befecskendezéseket nem követte semmiféle reactio, a vizeletben fehérje nem jelentkezett. (Berliner klinische Wochenschrift, 1905. 44. a. szám.)

A Marmorek-féle gümőkórellenes serumról két czikket közöl a „Berliner klinische Wochenschrift“ ez évi 4. száma. Az egyikben *Stadelmann* és *Benfey* — noha nagyon csekély számú eset alapján — határozottan elitélőleg nyilatkozik a szerről; további kisérletektől épen káros hatása miatt állottak el. A másik közlésben *Levin* a Svédországban elért eredményeket állítja össze különböző szerzők adataiból. Arra a következtetésre jut, hogy az esetek mintegy felében tetemes javulás következik be, még pedig gyorsabban és kifejezettebben, mint az eddig használt eljárásokra.

Heveny phosphormérgezésben icterus jelentkezését általában

nagyon kedvezőtlen prognostikai jelnek szokták tekinteni. *Rössler* újabban 3 esetet közöl, a melyekben icterus jelentkezése ellenére mégis gyógyulás következett be. Esetei egyébként is könnyüek voltak. Ugy értelmezi őket, hogy a phosphor csekély mennyisége miatt nem keletkezett általános mérgezés, hanem csak mintegy helyi hatás eredményeképen a gyomor, a duodenum és a choledochus nyálkahártyájának duzzadása és ennek eredményeképen catarrhalis icterus. A heveny mérgezés eseteiben jelentkező icterust tehát nem szabad okvetlenül ominosus prognostikai jelnek tekinteni. (Sbornik klinicky, 7. kötet, 2. f.)

Keserű anyagok befolyását a gyomor sósav-termelésére tették vizsgálat tárgyává *Nanu-Muscel* és *Mironescu*. Főleg a tinctura chinae-re voltak tekintettel és azt találták, hogy 20 – 30 csepp bevétele után adott reggelit követőleg hypochlorhydria eseteiben tetemesen fokozott volt a sósav mennyisége. Gyomorrák eseteiben a china-festvény úgy látszik nem fokozza a sósav-termelődést, úgy hogy ez a körülmény differential-diagnostikai szempontból talán értékesíthető lesz. (Romania médicala, 1905. 20. szám.)

A diabetes mellitus gyógyításához szolgáltat adatokat *J. Hill Ahram*. Bayliss és Starling kisérleti adatából indult ki, mely szerint sósavnak a duodenum epitheljére hatásakor olyan anyag termelődik, a mely a véráram útján a pankreasba jutva, ezt elválasztásra ingerli. Feltehető volt tehát, hogy ezen ingerlő hatás eredményeképen talán a pankreas azon belső secretuma, a mely a szénhydrátok, illetve czukor felhasználásában állítólag oly nagy szerepet játszik s a mely diabetesben megkevesbedett, vagy hiányzik, szintén nagyobb mennyiségben fog képződni. Kisérletet tett tehát néhány diabeteses betegen a duodenum nyálkahártyájának sósavas kivonatával és biztató eredményeket ért el, minek alapján az ezirányú további vizsgálódást indokoltnak tartja. (The lancet, 1906. január 27.)

Sebészet.

A prostata-hypertrophia kezeléséről értekezik *Rovsing*, a kopenhágai egyetemi sebészeti klinika igazgató tanára. A prostata-túltengés kezelése 1893 óta, a mikor megingott a *Guyon*-féle thesis, hogy minden prostata-hypertrophia a senilis arteriosclerosis részjelensége, sok szakon ment keresztül. E különböző módszerek voltak: 1. az *art. iliacae internae* lekötése *Bier* szerint; 2. a *castratio White-Ranun* szerint; 3. a *vasektomia Isnardi* szerint; 4. *galvano-caustika Bottini* szerint; 5. végül a prostata *totális exstirpatioja*. *Rovsing* eleve elvetette a *Bottini* féle műtét jogosultságát, a castratiót aesthetikus és humanus okokból ejtették el. A vasektomia minden esetben szóba jöhet, mert veszélytelen beavatkozás, narcosis nélkül végezhető s a potentia coëundit nem bántja.

Ha tekintetbe veszszük, hogy az úgynevezett prostatásoknak körülbelül 80%-a minden kóros tünet nélkül átéli az életet, úgy hangsúlyozandó, hogy a prostata-túltengés nem oly kór, melylyel szemben okvetlenül szükséges a sebészeti beavatkozás. Csak azon esetekben áll fenn a műtét javalata, ha a megnagyobbodott prostata a vizelet szabad és teljes kiürítésének gátat vet, mert tudnunk kell, hogy a prostata még túltengett állapotában is az egyén normális functiojára nézve szükséges szerv, melyet alapos ok nélkül nem szabad feláldozni.

A *katheterkezelés* mellett *Rovsing* erélyesen állást foglal. Nem szabad alapos megfontolás nélkül a műtétet ajánlani; a műtét kriteriumát a hólyagizomzat állapota szabja meg. Ha a hólyag teljesen kiürül, midőn katheter bevezetésével a túltengett prostata által feltételezett akadályt eliminältuk, úgy operabilis az eset. Ha a vizelet csak renyhén ürül a katheteren át, ha a hólyagra gyakorolt manuális expressio mellett szünik csak meg a retentio, úgy a prostata-kiirtástól ne várjunk eredményt.

Rovsing négyféle műtétet szokott végezni: 1. *vasektomia*; 2. *prostatektomia partialis*; 3. *prostatektomia totalis*; 4. *egyszerű cystostomia*.

I. *Vasektomiát* mindazon esetekben kisérel meg, a melyekben *diffus, lágy, parenchymás prostata-hypertrophia* van jelen. Contraindikált a vasektomia: 1. a kemény fibrosus túltengésnél; 2. a hol a retentiót a *Home*-féle középlebeny okozza.

Rovsing 70 esetben végzett vasektomiát 60% gyógyulással, 30% javulással, 10%-ban eredménytelenül. Operativ halálozása nem volt; a mütétet helybeli érzéstelenítésben végezte. A potentia coëundi megmaradt.

II. *Prostatektomia partialis* indikált mindazon esetekben, a hol a retentiót a hólyagba bedomborodó prostatarész okozza, a hol a hólyag nem súlyosan inficiált, a hol a beteg kora és erőbeli állapota a narcosis-mütétet megengedi. E mütétet sectio altaval végzi, mert 1. a legegyszerübb út a hólyagba promineáló daganat eltávolítására; 2. mert a daganat eltávolítható az urethra megnyitása nélkül; 3. mert a szem ellenőrzése mellett végezhető a mütét; 4. mert úgy a mütét alatt, mint a mütét után kellő antisepsissel dolgozhatunk.

III. *Prostatektomia totalis* t csak azon esetekben végez, midőn a hypertrophiás prostatában rákos vagy sarkomás burjánzás van jelen, vagy vérzés vagy tályog miatt vitális indicatio áll fenn. Ez esetekben *Freyer* szerint a sectio alta-s utat választja.

IV. *Cystostomia suprapubica*-t végez a következő esetekben: 1. midőn a vasektomia meg nem felelt; 2. a hol a vizelet infectioja miatt gyors és biztos drainage végzendő; 3. a hol prostatektomia volna ugyan javalva, de a beteg kora, gyengesége, vagy a meglevő infectio a nagyobb beavatkozást meg nem engedi; 4. paretikus hólyag esetén, a hol a per urethram való katheterezés lehetetlen, vagy igen nagy nehézségekbe ütközik.

51 esetben végezte ezen műtétet 2 operativ halállal (tüdőgyuladás). A cystostomiának nem kell permanensnek maradni, később, ha a beteg erőbeli állapota javult és a vizelet aseptikus lett, úgy suprapubikus prostatektomiával állandó gyógyulás, a fistula elzárása lehetővé válik. (Congrès international de chirurgie, 1905.) *Steiner Pál* dr.

Negativ nyomású pneumatikus kamarában véghezvitt 16 műtétről számol be *Sauerbruch*. Tapasztalatai szerint 4 egész 8 mm. negativ nyomás elegendő a pneumothorax meggátlására; a mellkas bezárására —12 mm. nyomás a legkedvezőbb. A negativ nyomást 2 izben a mellkasfal daganatainak kiirtásánál használták fel, melyek a mellüreg megnyitásával jártak (osteosarcoma costae és cc. mammae); a bőrlebeny a negativ nyomás alatt szépen ráfeküdt a tüdőre, azzal összetapadt s mindkét beteg zavartalanul gyógyult. A tüdőn 8 mütétet végeztek. Egy bronchiális fistulát sikerrel zártak el, egy tüdőkövek alapján támadt s egy más okból keletkezett tüdőgangraena lényegesen javult; a többi esetben, hol már igen elgyöngült betegeket operáltak (köztük a tüdőbe perforált két oesophaguscarcinoma), a mütét letálisan végződött; ép úgy az a szívsérülés is, melyet a pleuramegnyitásra való tekintet nélkül, a pneumatikus kamarában tártak fel, még a szívvarratok behelyezése előtt a szenvedett vérveszteség folytán halállal végződött. Oesophagusrák miatt 5 esetben operáltak. 2 izben egyszerü explorativ incisioról volt csak szó, ezekben a mütéti trauma folytán a bárzsing átlukadt, s az empyema a beteg halálára vezetett. Az oesophagus-resectio s az egy esetben megkisérlett gastro-oesophago-anastomosis után a betegek collapsusban haltak meg. Áttekintve az eseteken, az a benyomásunk támad, hogy a *Sauerbruch*-féle kamara mindenesetre igen jó szolgálatokat tehet a pneumothorax meggátlásában s igy egyes már ma is elfogadott és sikerrel gyakorolt mütétek végrehajtásában (mellkasfali daganatok eltávolítása, különböző pneumotomiák, különösen szabad tüdő mellett) lényeges hasznot hajthat, azonban önmagában véve nem nyujt sok reményt arra, hogy a chirurgia körét újabb regiókra — minők a mediastinális tumorok, a bárzsing mellkasi részlete — kiterjeszsze. Mindenesetre azonban igazat kell adnunk a szerzőnek abban, hogy egynéhány balsiker miatt nem szabad végleg lemondani az ez irányban teendő további kisérletekről s a végleges itélet előtt be kell várnunk az idevágó észleletek gyarapodását. (Münchener medic. Wochenschr. 1906. január 2.) *Pólya.*

Gyermekgyógyászat.

Moser-serummal kezelt újabb 60 vörhenybetegnél észlelt eredményekről számol be *Schick*. Ezek közül 8 középsúlyos, 42 súlyos (prognosis quoad vitam kétes) és 10 letális prognosisú volt. A 8 középsúlyos meggyógyult, a 42 súlyos közül meghalt

8 és a 10 letális prognosisú közül meghalt 3. Az összmortalitás tehát 16·6% volt. Szerző megerősíti azon tapasztalatot, hogy a halálozások annál gyakoriabbak, minél későbbi stadiumában a megbetegedésnek kerülnek az esetek serumkezelésre. Ezen esetek közül is halálozás csak a megbetegedés 3. napján injiciáltak között fordul elő először, ez egyszersmind az utolsó terminus, mikor még kedvező hatást remélhetünk a serumkezeléstől.

A legjobb eredményeket érték el a vörheny súlyos toxikus formáinál. Ilyenkor a közérzet és sensorium meglepő javulása, a cyanosis és kihülés eltünése, az exanthema gyors elhalványodása, a gyakran teljes lázmentességig menő hőleesés (collapsus tünetei nélkül), a zöldes büzös székletek megszünése voltak észlelhetők. Minél kifejezettebbek voltak ellenben az infectiosus tünetek, főleg az orr, torok és nyirokcsomók részéről, annál kevésbé észlelték a serum jó hatását. A serumhatás rendesen az injectio után 4—6 órával volt észlelhető. Veselob serumkezelés mellett biztosan el nem kerülhető. A 11 meghaltnál 4 esetben, a 49 gyógyultnál 2 esetben volt veselob. Serumjelenségek az esetek 75%-ában voltak, de csak 5 esetben voltak némileg súlyosak. A befecskendett serum adagja *Moser* előirása szerint középsúlyos esetekben 100—150 cm³, súlyos esetekben 200 cm³ teljes értékü serummennyiség volt. (Deutsche Med. Wochenschrift. 1905. 52. sz.) *Singer Gusztáv* dr.

A testsúly és vizelet viselkedését morbilli folyamán vizsgálták *Nobécourt, Liven* és *Merklen*. Vizsgálataikat 13 gyermeken ejtették meg, kik megszabott mennyiségü (1250—1600 gm.) tejet és vizet (½ liter) kaptak. A vizsgálatok ideje a kiütés megjelenésének napjától a 15—20. napig terjedt. Majdnem összes eseteikben a második napon kezdődő s átlag a 8. napig tartó testsúly-csökkenést észleltek, csupán 1—1 esetben hiányzott ez, illetve mutatott a test súlya csekély emelkedést. A 8. napon ismét súlygyarapodás áll be, mely a súlyveszteséget fokozatosan pótolja. Ezen testsúlyveszteség nem magyarázható a vizelet magatartásából. Ugyanis a 4. napig, tehát a legnagyobb fokú súlyveszteség idejében, állandó oliguriát észleltek, mely épen a súlygyarapodás idejében polyuriának ad helyet. A chloridok kiürítésére a kanyarófertőzés befolyással nem volt, mennyisége egyenes arányban állott a felvett táplálék mennyiségével. Ellenben az ureum kiválasztását egy oly görbével érzékíthetjük, melynek tetőpontja a 9—16. betegségi nap közt fekszik. Az ureum kiválasztását a kanyarófertőzés úgy látszik bizonyos határozott törvény szerint befolyásolja. (Revue mens. des maladies de l'enfance, 1905. 12. sz.) *Faludi Géza* dr.

Orr-, torok- és gégebajok.

Fenyegető vérzések adenoid vegetatiók eltávolítása után. *Heuking* hat esetben észlelt mütét után nagyobb vérzést, mely a hátsó garativ sérüléséből támadt. Ezen postoperativ vérzéseknél jó eredménynyel alkalmazta a mutatóujjra csavart compresst, melyet a vérző helyre nyomott. Egy esetében csak másfélórai nyomás szüntette meg a vérzést. (Archiv. f. Laryngologie, XVII. k.)

Idegen testek eltávolítása az oesophagusból és a légcsőből. *Denker* 54 éves betege egészben nyelt le egy körtét, mely bárzsingjában megakadt és megduzzadt; oesophagoskopiával 25—30-szor történt beavatkozással részletenként távolította el az egészet. Egy 2 éves gyerek egy 10 filléres pénzdarabot nyelt el; oesophagoskopiával megállapította a helyét és fogóval eltávolította. Egy 7 éves fiú ebéd közben csontot nyelt és fokozódó nehézlégzés következett be, a hangrés alatt beékelődött 2·2 cm. hosszú és 1—2 mm. vastag csontot tracheoskoppal és fogóval távolította el. (Archiv. f. Laryngologie, XVII. k.)

Haemoptoë tizenhat esetét észlelte *Preobraschensky*, melyek alkalmasak voltak a tüdővérzés látszatát kelteni, de a melyekről pontosabb vizsgálatra kiderült, hogy az orrjárat- és gége elváltozásaitól feltételezettek. (Archiv. f. Laryngol. XVII. k.)

Húgyszervi betegségek.

Az ondózsinór csavarodását behatóan tanulmányozta *Z. Bogdanik* krakói sebész-főorvos és megállapította azt, hogy e tárgyban felette gyakoriak a diagnostikai tévedések. Az irodalomból összegyüjtött 50 typikus eset közül ugyanis csak négyszer kórismézték azt teljes határozottsággal, és csak 10 esetben számoltak a torsio lehetőségével, legtöbbször azonban csak mütét közben derült ki az igaz tényállás; a csalódásig hasonló tünetek a kizárt sérv benyomását keltik, a tunica vaginalis megnyitása meghozza a csalódást. Tanulmányából megtudjuk azt, hogy a csavarodás bármely korban beállhat — a legfiatalabb beteg újszülött gyermek, a legidősebb 70 éves aggastyán volt —, leggyakoribb mégis az ivarérettség delén, egyaránt úgy a jobb, mint a bal oldalon. Négy esetben az ondózsinór két kötegre oszlott, a melyek közül az egyik a vas deferensből, a másik pedig az érhálózatból állott, sőt Estor betegénél az ondóelvezető edény a torsioban nem volt részes, csakis az edénykötég volt elcsavarva és így a rozsdavörös színü, vérrel aláfutott herével szemben a mellékhere ép volt. 14 esetben a here ectopikus volt, 9-ben pedig mesorchium hiányában szabadon csüngött a zacskóban. A diagnosis szemontjából mindenesetre érdekes az, hogy szerző a kórtörténetekből egy stadium prodromorum-ot vél megállapithatni. Igen sok esetben ugyanis a beteg bármely külső indok folyományaképen hirtelen heves, a herezacskó és az alhas felé húzódó, majd gyengébb, majd erősebb változatokban néha órákig, máskor napokig tartó fájdalmat érez a lágyékcsatornában.

Tagadhatlan az, hogy az ezzel csaknem egyidöben jelentkező émelygés és hányás, valamint az igen érzékeny lágyékdaganat kizárt sérv benyomását keltik, alapos megfigyelésnél azonban feltünik az, hogy a rendesen elég jó közérzet és a csaknem mindig normális pulsus és hőmérsék mellett az occlusio jelenségei teljesen hiányoznak. A böralatti visszacsavarás csak két esetben járt eredménynyel, a többiekben véres beavatkozásra került a sor; a prognosis quoad vitam igen jó, a gyógyulás 100%, quoad testiculum igen rossz, mert 39 esetben (78%) a herét teljesen el kellett távolítani, a többinél az csak részben volt megmenthető vagy atrophizálódott. A detorsio szempontjából fontos az, hogy a csavarodás mindig kivülről befelé történik. Az eddigi tapasztalatokból szerző a következő therapeutikus következtetésekre jut: 1. Az ondózsinór elcsavarodása rögtöni sebészi beavatkozást igényel; a lobellenes kezeléssel járó időpazarlás csökkenti a here megmentésének esélyeit. 2. Ha a here a zacskóban van és a csavarodás csak néhány órával azelőtt történt, akkor kiséreljük meg előbb a subcutan detorsiót, de mindig belülről kifelé. 3. Ha ez eredményre nem vezet, úgy nyissuk meg azonnal a tunica vaginalist és a roham kezdetétől számított első 24 órában csavarjuk vissza és szükség esetén rögzítsük az ondózsinórt. 4. 24 órán túl a szerzők többsége az azonnali herekiirtást ajánlja, figyeljünk azonban előbb még arra, hogy mutatkoznak-e már a herenekrosis határozott jelei és ha a here a detorsio után élénkebb színt mutat, úgy hagyjuk azt meg. A meglevő here, még ha idővel atrophizálódik is, sok psychikus izgalomtól menti meg a lábbadozót. (Wiener mediz. Presse, 1905. 51. szám.) *Drucker Viktor* dr.

Az albuminuria adolescentium-ról értekezik *Cl. Dukes*, a ki mint Anglia egyik nagy középiskolájának orvosa, esztendőkön át figyelemmel kisérte a tanuló ifjúságnál néha tömegesen jelentkező fehérjevizelést és a ki jó ideig maga is azon véleményen volt, hogy a hol ezen rendellenesség hónapokig, sőt évekig eltart, ott előbb-utóbb mégis csak valamelyes szervi vesebaj lesz kimutatható. A midőn azonban alkalma volt fiatal betegei közül egyeseket, a kiknél huzamos időn keresztül nagyfokú albuminuria állott fenn, férfikorukig szemmel tarthatnia és vizeletüket időről időre megvizsgálnia, nehány évvel az iskolák elhagyása után abban már fehérjét nem talált, a rossz prognosis tehát egy esetben sem vált be. A legtöbb betegénél az albuminuriával egyidöben észlelt fokozott üteres nyomást és a vasomotorok túlingerlékenységét a sok húsevésnek, a rossz anyagcserének és a veleszületett köszvényes diathesisnek tulajdonitja és ezen tünetek ellen a diaeta rendezését, az ételek szorgos megrágását, evés utáni pihenést és alkalom adtán mercuriális purgansokat és alkaliákat ajánl. Másoknál hideg, nyirkos, puffadt végtagokat, gyenge, könnyen elnyomható pulsust, gyakori fagydaganatokat és szivtágulást talált és ezeknél fehérjedús tápláléktól, strychnintől és arsentől látott szép eredményt. A többiek mind neurastheniások, vagyis olyanok, a kiket a sok tanulás és a vizsgáktól való félelem kimerí-

tett, ezek egyidőre nyugalmasabb életre szorítandók és bromkészítményekre elég jól reagálnak. Az albuminuria ezen alakjainak ismeretét igen fontosnak tartja már azért is, mert szerinte mindazok, a kiknél mérsékelt a fehérje, sem a rendes neveléstől, sem pedig a testi gyakorlatoktól vissza nem tartandók. (Brit. medic. Journal, 1905. október 7.) *Drucker Viktor* dr.

Cystitis chronica ellen sikerrel adott *adrenalint Boa Galzada*. Szerinte az 1 pro mille oldatból naponta háromszor adott 10 csepp belsőleg úgy a tuberculotikus, mint a kankós eredetű hólyaghurutnál rövidebb-hosszabb idő mulva tartós gyógyulásra vezetett. (Journ. médic. de Paris, 1905.) *Drucker Vicktor* dr.

Bőrkórtan.

A tumenolammonium bőrgyógyászati alkalmazásáról ir *V. Klingmüller* (Boroszló). A tumenolammonium, mely a régebbi tumenolkészítményeket minden tekintetben felülmulja, barna színü, olajszerü folyadék. Erős higitásban határozottan gyuladásellenesen hat és jól szárit, úgy hogy acut bőrgyuladások eseteiben igen jól használható Izgató hatást csakis erősebb adagban fejt ki, a mi különösen idült eczemák kezelésekor ajánlatos. Ilyen esetekben az erős beszürődéseket puhítja, főleg ha ecsetelés alakjában vagy ólomkenőcsesel kombinálva alkalmazzuk. A tumenolammoniumnak egyik fő tulajdonsága a viszketés erős csillapítása, ezért úgyszólván minden pruriginosus bőrbetegségben alkalmazható. A hevenyés eczemákat legjobb kezdetben gyenge tumenolos pastával kezelni, később pedig tumenolos kenőcsesel. Jó szolgálatot tesz a tumenolammonium mindennemü mycotikus eczemánál, valamint prurigo és pruritus eseleiben. Szerző e bántalmak kezelésekor főleg a tumenolos ecseteléseket ajánlja. (Med. Klinik. 1905. 36. sz.) *Guszman.*

A fagyásdaganatok kezeléséről nyilatkozik *Binz* (Bonn), a mikor újolag a chlormeszet = calcaria chloratát ($CaOCl_2$) ajánlja a fagyott végtagokra. Ennek helyes rendelési módjára nagy súlyt helyez; legjobb paraffinkenőcsben 1 : 9 arányban felirni. Zsíros kenőcs alakjában azért nem jó a calcaria chloratát rendelni, mert abban hamar bomlik. A kenőcs használata esténként 5 percznyi bedörzsölés alakjában történjék. A fagyásdaganatok e kezelésre hamar javulnak, a fájdalom megszünik, a gyuladás múlik. A hatás csak akkor nem oly kielégitő, ha a baj régi keletü és genyedő. *Binz* szerint a gyógyhatás a chlor hatásán alapul, mely már a szövetek szénsavától felszabadul, mint azt a kisérletek is bizonyitják. A chlor állitólag a fehérvérsejtek kivándorlását bénitás útján megakadályozná. Hasonló alapon történik a fagyásdaganatok kezelése jodecsetelésekkel is, de a chlor mindig biztosabb eredményekre vezet. Régi chlormeszes kenőcs nem jó, sőt hatástalan, hatásos állapotáról legjobban a szaga útján győződünk meg. Ha a kenőcsben csak chlorcalcium és chlorcarbonat van, akkor chlor már nem hasadhat le. *Binz* szerint a prophylaxis dolgában jó eredmény érhető el, ha a fagyásdaganatokra hajlamos egyéneknek még a meleg időszakban hideg lábfürdőket rendelünk, melyek később a hideg időjárás beköszöntével is folytatandók. (Die Therapie der Gegenwart, 1906. 1. f.)

Guszman.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Az aspirinről mint fájdalomcsillapító szerről a szülészetben és nőgyógyászatban ir *Merkel* (Nürnberg). Használta a szert erős utófájások, anaemiás eredésü menstruatiós kólikák, a hashártyára átterjedt gonorrhoeás folyamat okozta fájdalmak, főleg pedig inoperabilis méhrák által feltételezett fájdalmak ellen. Tapasztalatai általában kedvezők. Különösen kiemeli, hogy a szert a szervezet nem szokja meg, úgy hogy nagyon hosszú időn át adható, a nélkül, hogy az adagot fokozni kellene; másrészt a gyomor is nagyon jól türi, úgy hogy olyan esetekben is adható, a melyekben például peritoneális izgalmi tünetek vagy uraemia miatt hányásra hajlamosság van jelen. (Deutsches Archiv für klinische Medizin, 84. köt., 1—4. füzet.)

Lupust sikeresen gyógyit *Lortet* gyantás natronszappanoldatba mártott kompressekkel. A *Lortet* által alkalmazott oldat összetétele a következő: Natrii chlorati 40·0, Natrii sulfur. 50·0, Natrii carbon. 60·0. Solve in aquae 750·0, coque, dein adde Myrrhae, Olibani, Bdellii ana 50·0. A keveréket használat előtt fel kell rázni, minthogy a gyantáknak nagy a hajlandóságuk arra, hogy leülepedjenek s azután kell vele a vattakompresseket átitatni. Naponta többször friss kompresst alkalmazva a beteg helyre, *Lortet* szerint még inveterált, sőt mély fekélyekkel complikált lupusesetek is teljesen gyógyulnak. (Referálva a Medizin. Klinik 1905. évi 54. számában.) *Marikovszky.*

Haemoptoë ellen *Soulier* és *A. Pic* 4 esetben kisértették meg az amylnitritnek *F. Hare* által ajánlott belélegeztetését sikerrel. 3—10 csepp amylnitrit belélegeztetésére valamennyi betegnél rögtön megszünt a haemoptoë. Közepes adagnak a 6 cseppet lehet tekinteni. Nagyobb adag nyujtására, ha nem is mutatkoztak aggasztó tünetek, de mégis manifestté vált az agyhyperaemia, fülzúgás és szédülés jelentkezése által. (Lyon méd. 1905. deczember 3.) *Marikovszky.*

A herpes többnyire már a hólyagképződés stadiumában kerül kezelésünk alá. Ebben a stadiumban *Halbhuber* szerint legjobb, ha az első napon 3—4 szer, a későbbi napokban naponta egyszer igen kis mennyiségü, 6%-os jodvasogent dörzsölünk el ujjunkkal a beteg helyen. A herpes ilyen kezelés mellett puha, rugalmas var alatt nyolcz nap alatt gyógyul meg. A jodvasogen ugyanis megakadályozza a herpeshólyag elgenyedését s ezáltal elősegíti a baj gyógyulását. Ha a gyógyulás folyamata alatt valamelyik var véletlenül leszakadna, a beálló vérzést és serosus exsudatiót is jodvasogennel kell csillapitani, mire mihamar új és jó pörk fog képződni. (Wien med. Presse, 1905. 48. sz.) *Marikovszky.*

Magyar orvosi irodalom.

Klinikai füzetek, 1906. 1. füzet. *Filep Gyula:* A typhus Magyarországon.

Gyógyászat, 1906. 5. szám. *Török Lajos:* Az angioneurosis elmélete és a haematogen eredésü bőrgyuladás. *Baneth Samu:* A láz lényege és gyógykezelésének alapelvei. 6. szám. *Máthé Gábor:* A scarlatina chirurgicáról. *Török Lajos:* Az angioneurosis elmélete és a haematogen eredésü bőrgyuladás.

Orvosok lapja, 1906. 6. szám. *Kelemen Géza:* Vizsgálatok a helmitol értékére nézve cystitisnél. *Barsi Dezső:* Adatok a morphinnak a csecsemőkorban való adagolásához. 7. szám. *Székács Béla:* Mediastinális tumor esete. *Kelemen Géza:* Vizsgálatok a helmitol értékére nézve cystitisnél.

Budapesti orvosi ujság, 1906. 6. szám. *König Ignácz:* A lépfene casuistikájához. *Dalmady Zoltán:* Az intraatomistikus energiák ismeretének jelentősége a klimatotherapia szempontjából. „Diaetás és physikai gyógyitómódok" melléklet 1. szám. *Szerb Zsigmond:* A gyomor petyhüdtségének diaetás és physikális gyógyitása. *Fodor Géza:* A tengerviz mint gyógyszer. 7. szám. *Loránd Leó:* Az életkorok összefüggése a betegségek fellépésével a gyermekkorban. *Frey Ernő:* A glycerophosphatok therapeutikus értékéről.

Vegyes hirek.

Budapest, 1906. február 16.

Scholtz Kornél dr. egyetemi tanársegédet a belügyminister a belügyministerium közegészségi osztályában a trachoma ügyének központi orvosi szolgálatával bizta meg.

Mály István dr. kolozsvári orvos a napokban ülte 50 éves doktori jubileumát.

Balla Vilmos dr.-t a belügyminister a nagyváradi állami gyermekmenedékhelynél a másodorvosi teendők ellátásával bizta meg.

Egyetemi orvoskari alkalmazások és ösztöndijak. Megválasztattak: A II. sz. anatomiai intézethez: Lükő Béla díjas gyakornoknak (meghosszabbitás), Kovács József díjas demonstratornak. A gyógyszertani intézethez: Kopp Lajos és Kapdebó György díjtalan gyakornokoknak. Az I. sz. nőklinikához: Czabalay Béla dr. díjas gyakornoknak. Az elmeorvostani klinikához: Goldberger Márk dr. díjas gyakornoknak. Az élet- és kórvegytani intézethez: Tafler Frigyes díjas gyakornoknak. Az általános kór- és gyógytani intézethez: Balogh Oszkár dr. díjas gyakornoknak (meghosszabbitás).

Az orvoskari tanártestület a Jakubovics-féle, orvosok özvegyeinek és árváinak szánt alapból 350 K.-nyi ösztöndijat özv. dr. Pálfi Ignácznénak itélt oda. 100 K.-ás Capdebó-féle ösztöndijat nyertek: Kiss Béla, Klesits Tódor és Rosskopf Béla. Schordann-féle apróbb segélyekben

részesültek: Bélteky Lajos, Fodor Imre, Linhart Alfréd, Horváth Kálmán, Mesterián János és Máthé Ernő. 600, illetve 300 K.-ás Mária Teréziaféle ösztöndíjra felterjesztettek: Rozon Ferencz (600 K.), Tötössy Melanie, Klesits Tódor, Ujj Heléna, Buteán Miklós, Potucsek Ernő, Pasteiner Jenő, Müller Károly és Erdei Géza. A 600 K.-ás határőrvidéki ösztöndíjat Bontilovics Izabella nyerte el.

A „**Magyar Fogorvosok Egyesülete**“ f. hó 9.-én tartotta első tudományos szakülését az Orvosegyesület nagy termében. A tárgysorozat a következő volt: Bemutatások: *Bányai Sándor:* Welcox Jewett Obtunder. *Bányai Sándor:* Retinealt praemoláris fognak felszinre jutása idős egyénnél. *Antal János:* Arczfistula érdekes esete. Előadások: *Bauer Samu:* Emlékezés Iszlay Józsefről. *Antal János:* A fogászatnak mint orvostudományi szakmának keletkezése és fejlődése Magyarországban.

Semmelweis emlék-serleg. A Budapesti Orvosi Casino folyó évi január hó 29.-én tartott közgyülésén *Fried Samu* dr. indítványára Semmelweis emlék-serleget alapított. Az egyik hazai művészünk által tervezendő serleget a casinó közgyülését követő társasvacsorán a választmány által e czélra felkért tagtárs az első esztendőben Semmelweis emlékére üriti, mig későbbi esztendőkben az ünnepi beszéd tárgyát képezheti bármely orvos- vagy természettudományi kérdés fejtegetése, vagy elhalt hazai kitünőségünk emlékének méltatása. Az indítványt a közgyülés nagy lelkesedéssel elfogadta és elhatározta, hogy a serleg költségeit közadakozás útján szerzi be. A nyomban megindított gyüjtés eddig 600 koronát eredményezett. A B. O. C. pénztárosa köszönettel nyugtáz bármely összeget.

Elhunyt: *A. Gussarow* tanár, a hires nőorvos, a berlini egyetem nyug. tanára 70 éves korában. — *A. F. Lemke* orvostanár Chicagóban. — *H. Dunning*, szülésztanár Indianapolisban. — *Pasquali*, a nőorvostan tanára Rómában. — *A. Moriggia*, a szövettan és általános biologia nyugalmazott tanára Rómában.

Kisebb hirek külföldről. *E. Leutert* dr.-t, a fülészet rendkivüli tanárát a giesseni egyetemen, rendes tanárrá nevezték ki. — *B. Heine* dr.-t a königsbergi egyetemen a fül-, orr- és gégebajok rendkivüli tanárává hivták meg. — *E. Tavel*-t, a berni egyetemen a bakteriologia tanárát, ugyenezen egyetemen a sebészet rendkivüli tanárává nevezték ki; helyébe *W. Kolle*-t hivták meg. — *L. Borri* dr. a modenai egyetemen a törvényszéki orvostan rendes tanára lett. — A müncheni gyermorvostani tanszékre való meghivást sem Escherich tanár Bécsben, sem Czerny tanár Boroszlóban nem fogadta el. Harmadik helyen Pfaundler gráczi tanár volt előterjesztve, ki a meghivás elfogadására nézve még nem nyilatkozott.

Congressusok. *A német Röntgen-társaság* II. congressusát április 1.-én és 2.-án tartja Berlinben. — *A kisérletező psychologiai congressust* április 18.-ától 21.-éig tartják Würzburgban.

A német belorvosok ez évi congressusa Münchenben lesz április 23.-ától 26.-áig. Főtárgy a pajzsmirigy kórtana lesz (referensek *Kraus* berlini és *Kocher* berni tanár). A congressus 2. napján *Hering* prágai tanár a szivműködés rendellenességeiről fog szólni. Előadások bejelenthetők a congressus állandó titkárának, *Emil Pfeiffer* titkos egészségügyi tanácsosnak (Wiesbaden, Parkstrasse 13).

A II. nemzetközi iskolaegészségügyi congressust 1907. augusztus havában tartják Londonban.

A „Congrès de l'assistance publique et privée“ egyik ülésében foglalkozni fog a csecsemőhalandósággal szemben foganatositandó rendszabályokkal is. A congressust ez év május havában tartják Milanóban.

A himlő halálozási aránya. Mi sem bizonyitja meggyőzőbben a himlőoltás áldásos volták, mint a himlőben való halálozások csekély száma Németországban, hol a himlőoltás kötelező. Az utolsó hat évben a Németbirodalomban a himlőhalálozások száma 5 és 56 között ingadozott, in maximo 1 volt millio emberre. Mily változás a félszázad előtti állapotokhoz! Angliában aránylag — a lakosság számához mérve — 21-szer, Francziaországban 93-szor és Belgiumban 17-szer annyi ember hal meg himlőben, mint Németországban. (Revue méd. de Louvain, 1906. jan. 5.)

A budapesti poliklinikán 1906. január havában 4618 új beteg jelentkezett; a rendelések száma a poliklinika 14 osztályán összesen 10,953 volt.

A szabadkai önkéntes tűzoltó-testület mentő-osztálya január hóban összesen 86 esetben nyujtott segélyt.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1906-dik év 5. hetében (1906. január 28.-tól február 3.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1906-dik év közepére kiszámitott népesség: polgári lakos 842,650, katona 16,484 összesen 859,134. Élveszületett 451 gyermek, elhalt 316 egyén, a születések tehát 168-al multák felül a halálozásokat. — Születések aránysáma: 1000 lakosra: 27·3. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 19·1. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 11, meningitis tuberculosa 8, apoplexia cerebri 7, convulsiones 3, paralysis progress. 9, tabes dorsalis 0, alii m. med. spin. 1, alii m. syst. nerv. 0, morbi org. cordis 16, morbi myocardii 3, vit. valvularum 2, arteriosclerosis 4, alii m. org. circ. 2, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 1, 5 éven aluli 10, 5 éven felüli 1, pneum. catarrh. 10, pneumonia 18, pneumonia crouposa 3, tuberc. pulmonum 72, emphysema pulm. 7, pleuritis 2, alii m. org. resp. 6, morbi stomachi 0, enteritis 2 éven aluli 7, 2 éven felüli 0, cholera nostras 0, hernia incarcerata 2, alii occl. intestini 2, peritonitis 2, cirrhosis hepatis 1, alii morbi hepatis 0, alii m. org. dig. 0, nephritis 7, alii m. syst. urop. 2, gravid. et puerp. 0, alii m. org. gen. 0, m. cut. et t. cell. 1, m. oss. et artic. 4, debil. congenita 22, paedatrophia 1, marasmus senilis 7, carcinoma ventric. 5, carcinoma uteri 3, alia carcinomata 4, alia neoplasmata 1, morbi tuberculosi 2, diabetes mellitus 3, alii m. constitut. 1, typhus abdominalis 1, variola varicella 0, morbilli 2, morbilli pneumonia 7, scarlatina 4, pertussis 2, croup-diphth. 1, diphth. faucium 0, influenza 0, febris puerperalis 1, lues congenita 0, erysipelas 0, pyaemia, sepsis 2, alii morbi infect. 3, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 3, suicidium 6, homicidium 0, justificatio 0, casus viol. dubii 0. — **II. Betegedés.** *a)* Betegforgalom a községi közkórház akban. A mult hét végén volt 3783 beteg, szaporodás 871, csökkenés 810, maradt e hét végén 3785 beteg. *b)* Heveny ragályos kórokban el őfordult betegedések voltak a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tünteti fel): kanyaró 158 (1 24), vörheny 23 (28), álh. gége- és roncsoló toroklob 33 (25), hökhurut 32 (27), gyermekágyi láz 0 (0), hasi hagymáz 7 (8), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 31 (44), vérhas 0 (0), járv. agy-gerinczagykérlob 1 (0), járv. fültőmirigylob 1 (7), trachoma 6 (6), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

Mai számunkhoz a Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning. Hoechst a/M. „Suprarenin“ czimű prospectusa van mellékelve.

Egy budapesti jól látogatott belgyógyászati sanatorium

részére bennlakó **alorvos** keresletik. Szükséges feltételek: 1—2 évi klinikai vagy kórházi belgyógyászati gyakorlat, jártasság a chemiai vizsgálati módszerekben, massage-ban és esetleg hydrotheraplai eljárásokban. Felvilágositást nyújt a közelebbi feltételekről: Dr. Surányi Miklós, VI., Nagy János-utcza 9. 3—4 óra között.

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

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

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

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

Nothnagel Specielle Pathologie u. Therapie czimű, 40 kötetből álló híres, most megjelent encyklopediája, mely körülbelül 1000 koronába került, teljesen új, olcsón eladó. Felvilágositással szivesen szolgál és vidéki kérdezősködésekre készséggel válaszol a „Petőfi“ Ujság-, Könyvkiadó- és Hirdetési Vállalat Budapest, VII. ker., Kertész-utcza 16. szám, a hol a mű meg is tekinthető.

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. (V. rendes tud. ülés 1906. február 10.-én.) 315. l. — Közkórházi orvostársulat. (XIV. bemutató ülés 1905. deczember 20.) 317. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya. (VI. ülés 1905. november 28.-án.) 318. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. (1905. november 25.-én tartott szakülés.) 318. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(V. rendes tud. ülés 1906. évi február hó 10.-én.)

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

Elnök az ülést megnyitja. Mult ülés jegyzőkönyvét hitelesiti. Mai ülés jegyzőkönyvének hitelesitésére felkéri Korányi Sándor, Frigyesi József és Hirschler Ágoston tagtársakat.

Jelenti, hogy az egyesület könyvtára részére Körösy Józseftől 2 füzet, Siklóssy Gyulától 13 különlenyomat érkezett. Köszönettel vétetik.

Az adrenalin által okozott érelmeszesedés megelőzésének demonstrálása joddal.

Korányi Sándor: 17 házinyúl 2—3 napos időközökben 0·15 cm³ adrenalint kapott intravenesus befecskendezés útján. Közülök 8-nál az adrenalin-injectiókkal egyidőben 2 cm³ 10%-os jodipint fecskendeztünk a bőr alá. 8—12 injectio után egy-egy joddal kezelt és egy nem kezelt control állatot egyidőben öltünk le. Aortájuk megvizsgálása után, a mint a bemutatott praeparatumok mutatják, kitünt, hogy 9 joddal nem kezelt állat közül 8-nak aortájában a Josué által leirt adrenalinos érbetegség létrejött, mig egynek aortája ép maradt. A joddal kezelt állatok közül pedig 6-nak aortája maradt ép, kettőnek aortájában az adrenalinos érbetegség kis fokban kifejlődött. E kisérletek mutatják, hogy a jod az adrenalinos érelmeszesedés kifejlődését hátráltathatja, sőt esetleg megelőzni is képes. Az adrenalinos érbetegség nem azonos ugyan az arteriosclerosissal, de mindkét betegség fejlődésében hasonló szerepe van a vérnyomás nagy ingadozásainak. A köztük fennálló különbségek daczára nehezen képzelhető el, hogy a jod kisérletileg kimutatott jó hatása az adrenalinaortabetegségnél és annak az empirikus tapasztalatok által igazolt jó hatása az arteriosclerosisnál véletlen találkozásnak volna tulajdonitható; a közölt kisérletek után nagyobb a valószinüség arra, hogy a két betegség keletkezését előmozditó egyik közös tényezőre, tehát valószinűleg a vérnyomás nagy ingadozásaira hat a jod mérséklőleg.

A terhesség művi megszakításának kérdése tüdőtuberculosisban szenvedőknél.

Frigyesi József: A terhesség és tüdőtuberculosis együttes előfordulása gyakran súlyos bonyodalmat képez; e kérdésnek mai állását, mivel sem a II. sz. női klinikának, sem tudtommal a többi szülészeti intézetnek nincs idevonatkozó elegendő tapasztalata, az irodalomból összegyüjtött adatok alapján igyekeztünk tisztázni. A súlyos tüdőtuberculosis-esetekben a tapasztalás szerint elég gyakran következik be a terhesség spontan megszakadása. E megszakadás oka gyakran a szervezet leromlása, a szivműködés elégtelensége, hőemelkedések, vagy a vérnek szénsavval telitett volta. A terhesség hatása alatt régi tuberculotikus folyamatok hevenynyé lesznek, meglevők súlyosbodnak s elég gyakran jelentkeznek a terhesség alatt először a tüdőtuberculosis tünetei. De nemcsak a terhességben, hanem a szülés alatt és a gyermekágyban is egész sora érvényesül azon káros tényezőknek, melyek előmozditják a tüdőbeli folyamat progrediálását, illetve előhaladottabb súlyos állapotban a szivgyengeség beálltát. Vannak azonban kezdődő, teljesen circumscript folyamatok, melyek a terhesség hatása alatt nem rosszabbodnak. A kérdés, hogy bizonyos esetekben a terhesség megszakitásával tudnók-e a tüdőbeli folyamatot megállapodásra juttatni, s hogy mily esetekben volna jogosult a terhesség megszakitásának a megkisértése, általánosságban nem dönthető el, csak esetről esetre a viszonyok pontos mérlegelése után. Az indicatio felállitásánál döntő szerepet játszik a tüdőtuberculosis állapota és különösen a terhesség ideje. A tüdőtuberculosis utolsó stadiumában szenvedő betegnél, a teljesen reménytelen esetekben a folyamatot megállapodásra juttatni a terhesség megszakitásával nem lehet. Azon esetekben, melyekben gyógyulásra vagy tartós javulásra lehet kilátásunk, csak akkor merül fel a megszakitásának kérdése, ha a tüdőbeli folyamat progrediálásának, az erőbeli állapot leromlásának jelei észlelhetők és ha ez állapot ellen sikertelenül kisértettük meg a rendelkezésünkre álló medicinális és hygienes eljárásokat. Legkisebb a terhesség megszakitásának veszélye az első 6 usque 8 héten; ez idő alatt azonban nem áll módunkban a tüdőbeli folyamat esetleges rosszabbodását észlelni. Tehát csak azon esetek képezhetik az indicatio tárgyát, melyekben az előző terhességek alatt szerzett tapasztalás a tüdőbeli folyamat jelentékenyebb súlyosbodását igazolja. A későbbi (3—5.) hónapokban a terhesség megszakitása már nem veszélytelen beavatkozás, de a szervezet még jobb erőbeli állapotban van, mint az acut és progrediáló tüdőfolyamat mellett lenne a terhesség végén s ez időben a gyermekágy is sokkal enyhébb lefolyású, mint a rendes szülés után. A terhesség utolsó hónapjában a terhességet megszakitani nem látszik czélszerűnek; a művi koraszülés, különösen protrahált lefolyása miatt, rendesen nagyobb veszélyekkel jár a legyengült szervezetre, mint a rendes szülés. A jelen előadásnak a kérdés vázlatos ismertetésén kivül fő czélja az, hogy pótoljuk eddigi idevonatkozó tapasztalásunk hiányát, s kérjük fel kartársainkat, hogy tüdőtuberculosissal complikált terhességre vonatkozó észleléseiket gyüjtsék s bocsássák rendelkezésünkre. E kérelmet illetőleg inditványt nyujtunk be az Orvosegyesület elnökségéhez, s annak útján a Kir. Orvosegyesület Tuberculosis-Bizottságához. A II. sz. női klinika a beküldendő adatokat köszönettei veszi és szivesen vállalkozik a majd ezúton rendelkezésére álló anyag feldolgozására s a belőle vont eredmények közlésére.

Bársony János: Előadónak néhány állitásával nem értek egyet. Kezdjük ott, a hol az asszony teherbe esik. A termékenyités a tuba ampulláris részében történik. Mig levándorol a méh üregébe 8—10 napig, nincs oka a szervezetnek felidézni azon elváltozásokat, melyek a nőre deletaer hatással lehetnek. Az első tüneteket csak az első menstruatio kimaradása után észlelik, mikor a terhesség már 4—5 hetes. Ezen időben megkapaszkodik a pete, a 8. hétben már tökéletesen kiképződik a placenta. A méh a 2—3. hónapban a kis medenczében foglal helyet, mikor a terhesség tünetei pathologikus jelleget ölthetnek. A 3. hónap után a táplálkozás lényegesen javul, a vér megszaporodik, plethora áll be és a nő gyarapszik. Ebből gondolhatták, hogy a tüdővész ekkor meg is állapodik. Kritikus tehát az első 3 hónap és ennek tünetei közül a hányás.

Már most úgy áll a dolog, hogy azért az asszonyért, a ki kezdődő tuberculosisban szenved, érdemes volna egy új életet feláldozni, mig előrehaladt tuberculosisos nőért nem érdemes. Az asszonyok nagy tömege úgy éli át a terhességet, hogy nem érzi, sőt táplálkozása javul; nem tudom tehát belátni, miért ne érne czélt a belgyógyász a terhes tuberculosánál úgy, mint a nem terhesnél. Jól táplálhatja, tisztán tarthatja és jó levegőben fürdetheti. Igaz, hogy ezen nők állapota rosszabbodik a gyermekágyban, de csak azért, mert rosszul táplálkoznak, rosz levegőn vannak és szoptatnak. Ha ez igy van és a kis fokban tuberculosisos nem esik ide, akkor nem látom be, miért kelljen különös okok nélkül positiv, friss, egészséges életet feláldozni. Schauta 300 esetről közölt statistikája azt mutatja, hogy kezdődő tuberculosisra nincs rossz befolyással a terhesség. Előrehaladott phthisikusokra igen. És igy elfogadom előadó álláspontját, hogy tiltott legyen utóbbiaknak a házasodás.

Ezen körülmények kell hogy irányitsanak bennünket therapiánkban. A terhesség 5—6. hetében nem is tudjuk azt biztosan diagnostizálni. A menstruatio kimaradása egymagában még kevesebb értékkel bir, még a legfinomabb vizsgáló kéz is csak a 6. héten tudja a diagnosist megállapitani. A 8 hetes terhesség pedig már placentával bir. Előadó is azt mondja, a 6—8. hét kétséges, a 3. hónap ad a diagnosisra felvilágositást és ekkor fejlődnek ki a pathologikus tünetek. Nem értek előadóval egyet, hogy a művi vetélés ekkor volna megindítandó. A 3—5. hónap a legalkalmasabb előadó szerint, szerintem ez a legroszszabb idő. A 3—4. hónapban kell legjobban félni a vérzéstől, mert a gyors vetélés által elvérzik a nő, lassú vetélés folytán pedig decompositio keletkezik, lázas lesz a beteg és ekkor újra gyorsan be kell fejezni a vetélést, tehát megint a vérzés öli meg a beteget. Ha a művi vetélés mégis szóba kerül, úgy képzelem, hogy addig végzendő, mig placenta nem képződött, de ilyenkor még nem is tudom diagnostizálni; később meg már placenta van és nagy a vérzés. Az 5—6. hónapban a vetélés már hasonlit a rendes szüléshez, de ekkor már közel vagyunk a határhoz, mikor méhenkivüli életet is folytathat a magzat és művi koraszülést csinálok.

Hogy egy phthisicánál hányás álljon be placentaképződés előtt, oly ritka, hogy 23 év alatt egyetlen egyszer sem láttam.

Ha egy négy gyermeket világra hozott anya esik teherbe, kinek két gyermeke tuberculosus, a másik kettő is beteges, az anya tüdőbeteg, veséje is beteg, és ennek az asszonynak első menstruatioja kimaradása után ajánlja orvosa a művi abortust, ezt értem.

A kérdésnek még sociális oldala is van. Mi kerülne ki abból, ha kimondanók, hogy a phthisist megállitja a művi vetélés?

Minden második leány, ki teherbe esik, phthisica lesz, minden asszony, a ki 2—3 gyermeket a világra hozott, köhécselni fog. A phthisikusok 50%-a nő és ha az egyiknek megcsináljuk, a másiknak is meg kell csinálni. Ha ezt kimondanók még szük határok közt is és nem ragaszkodnánk a II. klinika conservativ álláspontjához, kénytelenek volnánk meghivni a dilettans sebész- és belgyógyász- collegákat, hogy segitsenek a munkában, mert annyi betegünk volna, hogy nem birnók el. Boldogult elődöm úgy okolta meg conservativ álláspontját: „a vetélés csak ronthat, gyermek pedig a vetélés után is következhetik". Fritsch, ez a nagy tekintély, nagyban és egészben a vetélés megindítása ellen nyilatkozik. Én akkor beszélek meggyőződésem szerint, ha az előadó által említett kivételtől eltekintve, Kézmárszkyhoz és Fritschhez csatlakozom.

Tauffer Vilmos: A mikor initiativámra Frigyesi a kérdéssel foglalkozni kezdett, elhatároztuk, hogy a themát az orvosegyesületbe hozzuk. Ha egy kissé belemélyedünk a dologba, látjuk, hogy ennek a legkisebb részlete szülészeti; legnagyobb részlete belgyógyászati kér-

dés. És miután így van, a gyakorló orvosokhoz és professzorokhoz fordultunk, hogy az ő tapasztalataik szerint mikép áll a terhesség és gyermekágy befolyása az alapbajra. Az illetők nyilatkozata az volt, hogy „ebben a kérdésben nekem tapasztalatom nincs". Nevezetesen nincs olyan, melyből általános következtetéseket lehetne levonni. Már most áttekintette Frigyesi az irodalmat és nem talált exact, hosszú időre kiterjedő megfigyeléseken alapuló véleményre. Ha megczáfol valaki, szivesen veszem. Ekkor akartunk megindítani egy ilyen észlelést, melyből a kérdésnek belgyógyászati szempontból való tisztázása kerülhetne ki.

Másik része a kérdésnek a szülészeti. Hosszú idő alatt egyetlen egyszer végeztünk ezen indicatioból mesterséges koraszülést. A belgyógyászok úgy fogják megalkotni véleményüket, ha megadjuk a magunk részéről a felvilágosítást, hogy a vetélés milyen jelentőséggel bir egy phthisicánál. És ekkor közel vagyunk egymáshoz Bársony tanártársammal. Előadó azt mondotta: „ha pedig a terhességet félbe kell szakítani a belgyógyásznak véleménye alapján, akkor kell csinálni, a mikor placenta még nem képződött". Az előadás czélja, együttműködésre felkérni a tagtársakat, hogy azok, kik az ilyen betegek sorsát jóformán gyermekkoruktól fogva a befejezésig észlelik, tapasztalataikat rendelkezésünkre bocsássák.

Csak még egy kérdést. Mikor egy ilyen beteg leány a férjhezmenetelhez érkezett, kérdik az orvost, mit tanácsol? Milyen álláspontra fog helyezkedni, hogy emberséges és tudományos alapból kiindulva, helyes tanácsot adhasson. És ha ilyen szülőnek megtiltjuk a férjhezadást, mivel indokoljuk? Van-e reá positiv tapasztalási alap? És ha a nő terhességbe esik, végig viselje-e a terhességet, vagy meg kell azt szakítani? Exact tudományos alap nem áll rendelkezésünkre és azért nem lesz meddő, ha az orvosegyesület a kérdés tárgyalásába belemegy.

Angyán Béla: Tauffer azt mondotta, hogy a belgyógyászok tudományosan nincsenek még azzal tisztában, vajjon a terhességnek milyen befolyása van a phthisisre, pedig a kérdésnek nagyobb része esik a belgyógyászra az indicatio megállapításakor. Ez a kérdés egyszerűnek látszik, de kivitele nehéz. Az érveket pro et contra mindig meg lehet találni. A belgyógyász csak akkor észleli végig az esetet, ha házi orvos is, de igen sokszor, mihelyt teherbe esik a nő, nőgyógyászhoz fordulnak és az észleli végig a beteget. Már most a kérdés oda terelődik, hogy a belgyógyász a nőgyógyászra akarja hárítani a nagyobb felelősséget, de erre szükség nincs. Ha a szülő megkérdi, férjhez adhatja-e a tüdővészes leányát, az orvos azt fogja mondani, hogy nem, és ha mégis férjhez adják, akkor a nő, ha 4 vagy 6 hétig kimarad a havi baja, nem biztos, hogy terhes, mert a tbc. miatti vérszegénység folytán is elmaradhat a havi baja hosszabb időre is. De ha biztos is már a terhesség, kérdés, hogy történjék-e abortus vagy nem? Azután ha a 3. hónapig nem is lehet biztosan megállapitani a terhességet, a 3—5. hónapban pedig az abortus olyan súlyos veszélylyel jár a betegre mint előadó és az előttem szólók kifejtették, akkor hogyan okolja azt meg a belgyógyász. A nehézségekre akarok csak utalni; a belgyógyászok conservativ álláspontja nem azt jelenti, hogy a kérdéssel nem foglalkoztak volna.

Volt alkalmam esetet észlelni, melyben a tüdőcsúcs affectioja mellett kérdezték, nem kell-e művi abortust végezni? Bársonynyal ellene voltunk a művi abortusnak, mégis megtörtént. A nő lázas lett, endo-, peri- és parametritises lett és a tuberculosis rohamosan haladt előre. Ilyen néhány esetet volt alkalmam észlelni a 3. hónap utáni időben.

Azt hiszem a kérdés tanulmányozásra érdemes, de azt gondolom, a conservativ álláspont fog érvényesülni.

Dollinger Gyula: Eddig csupán a terhességnek a tüdővészre gyakorolt káros vagy nem káros hatásáról volt szó, pedig kétségtelen, hogy ugyanazon hatással van a tuberculosisnak úgynevezett sebészeti alakjaira is. Ezek közül az izületi tuberculosisokon lefolyó változások nagyon szembetünőek és könnyen ellenőrizhetők. Két betegére emlékszik most, a kiknek izületi betegségére a terhesség rossz befolyással volt. Az egyik tuberculosus csípőizületi gyuladásban szenvedő fiatal nő, a kinek rögzitő és tehermentesitő gépet kellett viselnie, a melyet azonban a terhesség ötödik hónapjától fogva alkalmazni nem lehetett. Csípőizületi gyuladása minden terhesség alkalmával rosszabbodott s ez a beteg, miután egynéhány terhességen igen sok complicatio között átesett, azt kivánta, hogy művileg sterillé tétessék. Egy másik fiatal asszony tuberculosus térdgyuladása minden terhessége alatt rosszabbodott, végre florid tuberculosist kapott és meghalt

Ahhoz, hogy a szőnyegre hozott kérdésben már most állást foglaljunk, még nem rendelkezünk elegendő nagy tapasztalati anyaggal. Erre az anyaggyüjtésre vállalkozik most a Tauffer-klinika és ha ez a munkája sikerül, akkor a szőnyegen levő kérdésben mindenesetre jobban leszünk tájékozva, mint a mennyire ma vagyunk, a teljesség kedvéért azonban kivánatos, hogy ez az adatgyüjtés ne szoritkozzék a terhességnek a tüdővészre gyakorolt káros hatására, hanem terjeszkedjék ki a tuberculosis mindennemű alakjára, nevezetesen annak úgynevezett sebészeti alakjaira.

Bársony János: Ma csak a tüdőtuberculosis és terhesség összefüggéséről tárgyaltunk. Az más kérdés, a mit Dollinger vetett szőnyegre. Az ő esetében nem a terhesség rontotta az állapotot, hanem a beteg nem tudta a gépet viselni, nem tudott járni, szobában kellett tartózkodnia. Kezdődő tuberculosis mellett a terhességgel járó plethora rendesen még javít az állapoton.

Kovács József: Azokat a tapasztalatokat és ismereteket, melyekre a szőnyegen levő kérdés eldöntésénél támaszkodnunk lehet, röviden a következőkben foglalhatnám össze.

Tény az, hogy általában véve a terhesség, különösen az ismételt terhesség sokszor kedvezőtlenül látszik a phthisisre hatni, a mennyiben elég gyakran észleljük, hogy eddig latens tbc. alakok manifestekké lesznek és különösen észleljük, hogy megállapodott és határozott gyógyulási hajlammal biró phthisis incipiensek a terhesség alatt gyorsabban előhaladó jelleget öltenek; másrészt azonban tagadhatatlan, hogy egyes chronikus gümőkóros alakok, természetesen főleg kezdeti szakukban, nem ritkán teljes klinikai gyógyulásba mennek át és ép így nem vonható kétségbe, hogy mérsékelten előrehaladott, sőt néha előrehaladottabb phthisis-esetek is a terhesség második felében nemcsak stationaerekké válnak, hanem határozott javulást mutatnak. Már általában és biztosabban ismerhető fel a fennforgó phthisis súlyosbbodása a puerperiumok alatt, és nézetem szerint legtöbbször nem a terhesség maga, hanem a puerperium veszedelmes a phthisicára. De ha figyelembe veszszük most azt a tapasztalatunkat, hogy ha egyáltalában jelentkeznek a phthisis előhaladásának és súlyosbbodásának jelei a terhesség alatt, azok túlnyomólag a 3., 4., 5. hónapban szoktak bekövetkezni, a mely időben a terhesség megszakitása, a mint ezt ép most autoritativ oldalról hallottuk, ép oly komoly puerperiumot von maga után, mint maga a rendes szülés, ismétlem, ha mindezeket a körülményeket figyelembe veszszük, akkor be kell látnunk, milyen komplikált kérdéssel van dolgunk. Általános elvi álláspontra ilyen komplikált kérdésben nem lehet helyezkedni, hanem minden egyes esetet külön kell komoly megfontolás tárgyává tonni és minden egyes esetet mint önálló problemát kell megoldani. Ezen felfogás mellett is azon a nézeten vagyok, hogy a gyakorlatban sokkal gyakoribb lehet a művi abortus megindítása a fennforgó phthisis miatt, mint azt tapasztaljuk.

Még csak röviden a t. előadónak arra a megjegyzésére térek ki, hogy phthisiseknél elég gyakran észleltetnek abortusok. Ezt Schmorl vizsgálatai alapján, melyek phthisisesek placentaris megbetegedését oly nagy számarányban állapitották meg, sokkal gyakrabban kell placentaris megbetegedésre visszavezetni, mint azt eddig hittük.

Benedict Henrik: Az előadó által említett esetben az abortus indikálása az I. belgyógyászati klinika részéről történt. Abban az esetben sajátszerű viszonyok voltak. Úgy emlékszem a 4. terhesség volt. Az első 3 terhességben a beteg jól érezte magát, de a szülés után comaszerű állapotba esett, melyet orvosa leirt, de a melyet mi nem észleltünk. A coma 3. napján erős haemoptoë lépett fel, mely nagyon legyengitette. Utána láz, mely néhány hétig eltartott. Ezután a reconvalescentia sokáig elhúzódott. Szegény tanitó neje volt, a ki minden második évben teherbe esett. A tüdő feletti jelenségek csekélyek voltak és bár az állapota nem rosszabbodott, indokoltnak tartottuk az abortus megindítását, mely akadálytalanul folyt le; utána a beteg igen jó színben volt, sokkal jobb színben, mint azelőtt. Tehát meg volt az indicatio az abortusra. Teljesen igazat adok a felszólalóknak, hogy minden egyes esetet külön kell mérlegelni.

Polyák Lajos: A gégetuberculosis a terhesség alatt az esetek túlnyomó számában rosszabbodik, úgy hogy nem ritkán tracheotomiára kerül a sor. Az adatgyüjtésnek tehát erre a kérdésre is ki kell terjeszkedni, a mivel különben a német laryngologusok már foglalkoztak is és egy újabb congressusra ki is van tűzve.

Elnök felszólitására:

Frigyesi József concréte is beterjeszti indítványát; mely az igazgató tanácshoz tétetik át Azután így folytatja: Köszönöm a figyelmet és a hozzászólásokat.

Állitásaimban nem voltam határozott, most sem vagyok az. Az irodalmi adatok nézetei is eltérők.

A mit Bársony mondott, hogy jó levegőben jól tápláljuk a beteget, természetes, de a hol ez sem vezet czélhoz, mit csináljunk? És Gerhardt szerint igen sokszor épen a terhesség megszakitása teszi lehetővé a jobb táplálkozást. Az első 6—8 hétben nem romlik a tbc. folyamat és hangsúlyoztam, hogy ha az előző terhességek alatt rossz tapasztalatokat szereztünk, akkor gondoljunk a művi abortusra; vagy a mikor felvehető, hogy a hátralevő idő alatt az egyénnel együtt a magzat is elpusztul.

Nemcsak maga a hányás súlyosbitja a tbc.-t, hanem az egész szervezet leromlik, a testsúly csökken, láz áll be és a táplálást nem tudjuk keresztülvinni, a szervezet meg van mérgezve. A terhesség megszakitása a 3—5. hónapban nem számbavehető beavatkozás. Jobb az erőbeli állapot a 3. hónapban, mint a terhesség végén, kivált ha a folyamat progrediál.

Tudom, hogy kényes oldala a dolognak rést ütni a művi abortusok számára. De a kik eddig csinálták, ezután is fogják csinálni.

A művi koraszülést nem tartom helyesnek, mert ez hosszabb lefolyású és több beavatkozást tesz szükségessé, és sokkal veszélyesebb is a koraszülés, mint a rendes szülés. Fritsch csakugyan ellene van a művi abortus megindításának, de utolsó könyvének végén az van, hogy nem szeretem a művi abortust, mert nagy beavatkozás, de ha nem lehet a beteget táplálni, akkor inkább szakitsuk meg a terhességet.

Az Angyán által említett para- és perimetritis rendes szülés után is bekövetkezhetik. Kaminer statistikája szerint 70% javult, 12 esetben az abortus daczára is bekövetkezett az exitus.

Általánositani az esetekot nem lehet, teljesen elég, ha 3 szakember az indicatioban megegyezik.

Hogy az absolut negatio teréről leléptünk és concedáljuk, hogy vannak esetek, melyekben feunáll az indicatio, már azt is eredménynek és csekély fáradozásom méltó jutalmának tekintem.

A napirend ki lévén merítve, elnök az ülést bezárja.

Közkórházi orvostársulat.

(XIV. bemutató ülés 1905. deczember 20.)

Elnök: **Rákosi Béla.** Jegyző: **Feldmann Ignácz.**

(Folyt.)

Hasűri aneurysma esete.

Székács Béla: K. J., 58 éves asztalost mutatja be, ki folyó év november végén vétetett fel a kórházba. Bujakóros fekélye volt 23 éves korában, mely ötheti jodoformkezelésre gyógyult. Más bajra nem emlékezik. Folyó évi április óta vesz észre gyomra táján mindinkább növekedő, lüktető daganatot, mely nem okoz ugyan neki valami élénk fájdalmat, de hivatásának teljesítésében gátolja őt. A betegnél általános arteriosclerosis, aorta-insufficientia s a bal szív túltengés jellemző tünetei lelhetők fel, úgy hogy az összes felületesebben fekvő peripherikus üterek élénk peczkelő lüktetése látható és tapintható. A kihelyezett szívcsúcs emelő lüktetése látható a VI. bordaközben s az aorta felett fűrészelő két systolikus és diastolikus zörej hallható. Más említésre méltó eltérés physikális vizsgálattal nem mutatható ki, de szembeötlő már egyszeri megtekintésnél is a hasfal lágyrészeinek a szívműködéssel időbelileg egybeeső megrezzenése, mely tünet legélénkebben nyilvánul a kardnyújtvány alatt és a köldök felett levő területen, hol a hasfal férfiökölnyi terjedelemben kóros elődomborodást mutat s a hol igen kifejezett lüktetés már messziről látható. E lüktető elődomborodás felett a kopogtatási hang tompa.

A bőr semmi kóros elváltozást nem mutat. A hasfal lágyrészei e tájékon ép úgy redőbe emelhetők, mint egyebütt. A mélyben tapintva, a lüktető daganat határai elmosódottak, de hozzávetőlegesen az egész daganat nagysága gyermekfejnyinek mondható. A lüktetés nemcsak egy irányban a gerinczoszloptól a hasfal felé, hanem oldalsó, haránt és ferde irányban is tapintható. A daganat felett érdes fúvó systolikus zörej hallható, mely csökkent intensitással az ágyéktájon is kivehető. A daganat tompa kopogtatási területe minden irányban dobos kopogtatási hangot adó területekkel van elhatárolva, úgy hogy a tompulat a máj és a lép tompulatával nem folyik össze. A lüktető daganat helyzete rögzített, nem tolható el helyéről s nem változtatja helyét sem a beteg helyzetváltoztatásakor, sem a légzési mozgásokat nem követi. A középvonalhoz való viszonyát illetőleg helyzete asymmetrikus, a mennyiben a daganat javarésze a jobb oldalra esik s csak csekélyebb részletével terjed a bal oldalra is. Habár nem ritkák ama tévedések, melyeket a különben normális ürtérrel biró, de kóros beidegzés folytán szokatlan hevességgel lüktető aorta abdominalis ideges, hysteriás betegeknél okozhat, a vizsgálóban aneurysma gyanúját keltvén, jelen esetben a szemmel látható, tehát nemcsak tapintható, lüktető daganat egyéb jelzett sajátságainál fogva is nem tekinthető másnak, mint aneurysmának és nincs semmi ok kételkedni a felett, hogy az aorta abdominalisnak nagy, a hasfalig terjedő, gyermekfejnyi aneurysmája képezi a baj lényegét.

Kórokozó mozzanat szempontjából figyelmet érdemel a kórelőzményi adatok szerint ki nem zárható lues, mint az érfalak integritását alteráló körülmény, továbbá az aorta-insufficientia és a bal szívtúltengés, mint állandóan fokozott vérnyomást fenntartó tényezők. Habár a lüktető daganat nemcsak látható, de tapintható is, mégis felkértem Stein Adolf dr.-t, kórházunk Röntgen-laboratoriumának vezetőjét, a kérdés diagnostikus részében való szives közreműködésére. Szerinte „a tumor egyrészt lüktetése miatt nem rögzíthető a lemezen, másrészt azért nem, mert árnyéka a többi hasi zsiger árnyékától nem jól különíthető el. Átvilágításkor csak mint elmosódott árnyék látható a hasban: tőle balra a bal hypochondriumban egy másik árnyék látható, mely a légzési mozgásokat követi (a harántfekvésű lép). A máj domborulata normális és légzésnél szintén fel- és alászáll".

Herczel Manó: A hasbeli aneurysma nemcsak belgyógyászati vizsgálatnál adhat okot diagnostikus tévedésre. Ezt illustrálja egy 30—34 éves nő esete, ki súlyos tünetekkel jött az osztályra, az epigastriumban kis tumor volt, mely élénken pulzált. Hasmetszésnél kiderült, hogy a gyomor kis curvaturájának bal oldalán 8—10 cm. hosszú, ujjnyi vastag, orsóalakú pulzáló daganat volt, mely aneurysmának bizonyult. Bezárta a hasat és bemutatta a beteget a közkórházi orvostársulatban mint aneurysmát. A beteg hazament, majd nyolcz hónap mulva visszatért, belgyógyászati osztályon meghalt és boncolásnál Feldmann tanársegéd a daganatot pankreas-carcinomának találta.

Gangraena cutis multiplex acutum.

Havas Adolf: H. K., 20 éves, cseléd, előadja, hogy két nap előtt teljesen ismeretlen okból bal karján kölesnyi egész kendermagnyi hólyagcsoport keletkezett, a mely egy nap alatt elmulván, helyébe a mostani elváltozás lépett. Hasonló baja már 11 izben volt, először négy év előtt, s mindig rázóhideg előzte meg. Fájdalmat csak munka közben érez.

Családjában hasonló megbetegedés, ideg- vagy elmebaj nem fordult elő. Apja és négy testvére él, anyja tüdőbajban, hét testvére előtte ismeretlen bajban halt el. Gyermekkori betegségekre nem emlékszik.

Havi baja rendes, görcsökkel jár. Fejfájásban szokott szenvedni. Étvágy jó, székletét rendes.

A bal kéz hátán és az alkar alsó harmadának háti oldalán a köztakaró heges, egyenetlen felületű, itt-ott léczszerű kiemelkedésekkel, halavány, vagy, mint az alkar alsó harmadának felső részén, vöröses színű. A kéz hátán látható hegesedés állítólag leforrázás után keletkezett. A bal alkar közepe táján a leirt hegesedéssel szoros összefüggésben a feszítő oldalon a köztakaró körülbelül 5 cm. széles, éles, egyenes vonalban határolt felületén kölesnyi, lencsényi egész koronányi kerek vagy hosszúkás, vörös, duzzadt belövelési udvartól körülvett barnás-fekete, pergamentszerűen száraz, besüppedt, fényes pörkökkel fedett területek láthatók. A belövelési udvarok kisebb, zavaros tartalmú hólyagokkal fedettek. Bórkenőcs alatt az elüszkösödött részek jó része már 24 óra alatt leválott és éles szélű, mintegy lyukasztó vassal kivágott, 2—3 mm. mélységű, detritussal fedett vagy sarjadzó folytonossági hiányokat hagytak hátra.

Itt tehát egyik napról a másikra, hirtelen keletkező apró mumificatioról, száraz üszökről van szó. A kérdés a körül forog, hogy mi idézhette elő a bajt immár tizenkét alkalommal. A beteg üde, friss kinézése, ifjúsága, minden nervosus tünet, syringomyelia, myelitis, vérkeringési zavar, cachexia, trauma és fertőzés hiánya, a kiütés éles határoltsága (körülbelül 5 cm. széles, egyenes vonalú, csak a háti részre terjedő, haránt fekvésű sáv alakjában) a mellett szól, hogy itt arteficiális gangraenával van dolgunk. Két körülményt ugyan fel lehetne hoznunk e nézet ellen, t. i. a beteg azon bemondását, hogy a bajt mindig rázóhideg előzi meg, vagy pedig azt, hogy a kórfolyamatot bevezető leforrázás alkalmából ascendáló neuritis keletkezett, a melynek folytán azután a felszálló gangraena is keletkezik. Ez utóbbi ellen szól azon körülmény, hogy a gangraena élesen határolt harántirányú vonalban jelentkezik. Ily elrendeződéssel egy ideg sem bir.

Pemphigus vegetans.

Havas Adolf: Sz. I.-né, 38 éves, földmives neje. Betegsége állítólag 1905.évi február elején kezdődött a szájában támadt fájdalmas hólyagok alakjában, később hasonló hólyagok keletkeztek a bal czombján és a szeméremtest táján. A hólyagok úgy a szájában, mint a többi helyen idővel szaporodtak, kifoszlottak és helyüket vastag var fedte be, majd a bal czombon tojásnyi, dudoros felületű, vörös daganat lépett fel egy hólyag helyén. Baja kezdetén a szombathelyi kórházban kezelték és állítólag a daganatot a czombjából tüzes vassal ismételten eltávolították, de ez csakhamar újra előállott és a kiütések is folyton szaporodtak. Azóta gyengül és soványodik.

Az osztályra való felvételekor az ajak, a pofa és a nyelv nyálkahártyáján öblös szélű, polycyclikus, élénkvörös vagy szürkés lepedékkel fedett, fillérnyi egész koronányi, különálló vagy egymással egybefolyó, fájdalmas, vérzékeny, hámtól fosztott helyek találhatók. A foghús duzzadt, fellazult, vérzékeny, szélein szürkés lepedékkel fedett. Lassú elváltozás a jobb szem kötőhártyáján és a gégében, a bal szem e folyamat következtében ment tönkre. A cornea egyik napról a másikra ment tönkre. A szájűrből kiállhatatlan bűz árad ki, dunnyogó beszéd, nyálfolyás. Az alsó ajak alatti barázdában, valamint az orr jobb oldalán az arczon, a mons veneriseu, a nagy szeméremajkakon, a czombok belfelületén, a hasfalon lencse egész koronányi, helyenként egymással egybefolyó, körkörös vagy polycyclikus, zavaros bennékű hólyaggal vagy piszkos-barnás pörkkel fedett kiütések, a melyek alapja dudorzatos, a bőr felületén kiemelkedő, fájdalmas és könnyen vérző. A bal czomb belső felületének legfelső részén egy körülbelül tyúktojásnyi, két ujjnyira kiemelkedő, ovoid alakú, piszkos-vörös, egyenetlen felületű, lyukacsos daganat látható, a felületén itt-ott genyes pustulák, másutt szürkés pörkkel. Környékén barnás festenyzés megszakított vonalban. A daganat kiállhatatlan bűzt terjeszt.

Láthatók továbbá a bőrön elszórtan egész koronányi vagy sokkal nagyobb, körkörös vagy polycyclikus alakú, szélükön petyhüdt, zavaros bennékű hólyaggal vagy levalott hámgyűrűvel körülvett, élénkpiros vagy szürkés törmelékkel fedett, vérzékeny, fájdalmas hámhiányok.

Nagyfokú lesoványodás, evés, ivás nehezített, láztalan, vizelet világos-szalmasárga, fajs. 1010, vh. savi, fehérjét, czukrot nem tartalmaz, górcső alatt fehérvérsejtek mellett húgyhólyaghám gyér számmal.

Pemphigus pruriginosus.

Havas A.: K. L. 61 éves, varrónő előadja, hogy gyermekkorában felserdüléseig többszörösen orbáneczban szenvedett, később azután typhuson, veselobon és izületi gyuladáson is ment keresztül. Tudtával családjában sem le-, sem felmenő ágon a mostanihoz hasonló betegség nem fordult elő. Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy az három hónap előtt kezdődött, a midőn a homlokán erősen viszkető hólyag keletkezett, a melyet számos hasonló követett csakhamar böre különböző részein.

Osztályomra való felvételekor a következő elváltozásokat találtam: a homlokon, mindkét arczfélen, orron és állon lencsényi vagy nagyobb élénkvörös, a bőr felületén kiemelkedő foltok vagy göbök, a melyek vagy csak középső részükön, vagy egész terjedelmökben felkapartak és barnás vörös, beszáradt vérből származó pörkökkel fedettek. Hasonló elváltozások észlelhetők a tözs és végtagok köztakaróján, a melyek vagy minden rendszer nélkül szét-szórvák, vagy pedig, mint a has falán, itt-ott körkörös elrendezésűek, vagy egymással egybefolyók, mint a sternum feletti részen. Láthatók továbbá a hasfalon egyes nagyobb kiterjedésű erythemaszerű foltok. A kaparási nyomok jórészt savószerűek, körülbelül 1 centimeter szélesek. A beteg idegesen izgatott, siralmas hangon intensiv, tűrhetetlen viszketésről panaszkodik, a mely miatt az éjjelei álmatlanok, a nappalai pedig tűrhetetlenek. Étvágy rossz, székletét rendes, láztalan. Vizelet zavaros, szalmasárga, sűrű barnás üledéket képez. Fajsúlya 1010, vegyhatása savi. Fehérjét nyomokban, genyet középmennyiségben tartalmaz. Az üledék sok húgyhólyag- és vaginális laphámsejtet és sok fehérvérsejtet tartalmaz. Savanyú húgysavas

natron, húgysavcylinderek. Feltünő sok a sima és a radiálisan csikolt kisebb-nagyobb leucin-golyó.

A beteg kórházban való tartózkodása másnapján és a reákövetkező három napon lázas lett: 37·6—38·3 és ekkor nagy elesettség mellett úgy az arczon, mint a test többi részén petyhüdt, csakhamar zavaros tartalommal biró, egész krajczárnyi hólyagok keletkeztek, a melyek 3—4 nap mulva beszáradtak. A beteg apathikus, étvágytalan és feltünő módon összeesett, lefogyott. Az újonnan támadt hólyagok beszáradása után a viszketési inger tetemesen alábbhagyott, az álom lassan visszatér, az étvágy javul, láztalan.

Mindkét betegnél tehát hónapok óta fennálló, többszörösen kiújult hólyagos kiütéssel van dolgunk, és pedig úgy a bőrön, mint a nyálkahártyán. Hebra szerint a folytonos és időszakonként kiújuló hólyagos kiütést pemphigusnak nevezzük és minthogy az egyik esetben a hólyagos kiütés mellett a viszketési inger feltünő módon szerepelt, ezt pemphigus pruriginosusnak nevezzük. Ennél nagyon sokszor nem is fejlődhetik a kórfolyamat egészen a hólyagképződésig, mert a viszketési inger oly intensiv, hogy a kiütés teljes kifejlődése előtt az a kaparó körön által szétroncsoltatik és a bőrön vörös alapon súlyos kaparási tüneteket látunk. Ezen kóralak tökeletesen megegyezik azon bőrelváltozással, a melyet Duhring „dermatitis herpetiformis“ név alatt irt le.

Duhring és Brocq szerint e kóralakon jellegzetes 1. a kiütési elemek polymorphismusa, 2. az intensiv viszketés és égés, 3. az idült lefolyás, 4. az általános közérzület aránylag csekély megrázkódtatása és 5. a kiütések herpetiform, csoportos elrendeződése. Mind e tünetek esetemben megvannak és mégsem átalkodom a kóralakra a régi Hebra-féle elnevezést alkalmazni és a beosztást fenntartani, még pedig azért, mert az összes leirt tünetek a Hebra pemphigus-alakjainál is fennállottak és viszont az egyes szerzők által leirt dermatitis herpetiformis Duhring-nál hiányozhatnak. Sőt vannak immár nagy számban esetek leirva, a melyekben dermatitis herpetiformisnál együttal pemphigus foliaceus és vegetans alakokat találtak, a hol a kórfolyamat halállal végződött, úgy hogy a pemphigus pruriginosus és a dermatitis herpetiformis között egyéb különbség, mint az elnevezés, nem található, ehhez pedig új név nem kellett. Ezzel azonban nem akarom kizárni azt, hogy a pemphigus kóroktanának tisztázásával bizonyára lehetséges lesz a pemphigus-kóralakok közül egyeseket különválasztani.

A másik eset a pemphigus foliaceus és vegetans képét nyujtja, egyrészt a behámosodási tendentiával nem biró és újabb hólyaggyűrűvel körülvett hólyagalapok miatt, a melyek egyes helyeken a túltáplált papillák túltengése következtében szemesészetté vagy szemölcsszerűvé lesznek. A helyi ingerek hozzájárulása folytán a papilláris túltengés egész framboesiaszerű lesz. A túltengett syphilitikus papulához hasonló képlet bűzös váladékkal fedett, hámtól fosztott, vagy tűszúrásnyi genyes beivódásból származó pustulákkal ellátott. A beteg oly bűzt terjeszt, hogy majdnem lehetetlen mellette tartózkodni. A vegetatiók több centimeter magasságuakká fejlődhetnek. Az állandóan fennálló szájtünetek miatt a táplálkozás fogyatékossá lesz, a beteg erejében csökken, cachexia keletkezik és az esetek legtöbbjében a kórfolyamat halállal végződik. Köbner, Müller és Kaposi említenek ugyan esetet, mely gyógyulással végződött.

Betegemnél nevezetes és fontos az, hogy a pemphigus a szemkötőhártyán is fellépett és fulminans módon 1—2 nap alatt a bal corneát tönkretette. A beteg e szeménére megvakult. A másik szemen, sajnos, most kezdődik a folyamat és symblepharon vagy xerosis felépésétől is kell félnünk. A pemphigus kóroktana még ismeretlen: mig egyrészt angio- vagy trophoneurosist vesznek fel, másrészt és pedig nagyobb valószinűséggel, fertőzést lehetne felvenni. Nem lehet elzárkózni azon impressiotól, hogy a pemphigus, az urticaria, erythema multiforme, erythema nodosum, a toxikus erythemák, sőt a gyógyszer-erythemák is anatomice rokon folyamatok. Valamennyinél a bőr papilláris részének oedemája szerepel. Ezen változás szétbomló anyagokból származó autoinfectio vagy bakteriumtermékekből származó vegyi behatás által látszik előidézettnek. Hogy az a központi vagy környi idegrendszer útján, vagy a véredények direkt bántalmazása folytán történik-e, az is még bizonyitásra szorul.

Róna Sámuel: A Havas által bemutatott pemphigus pruriginosus-esetet szóló is dermatitis herpetiformis Duhringnak tartja és nem pemphigusnak. Pemphigus név alatt csak a p. vulgaris chronicust, foliaceust és vegetanst érti. Éles klinikai charakterek választják el a két kóralakot egymástól. Az, hogy a rendesen jóindulatú dermatitis herpetiformis Duhring is elhúzódik, sőt halállal végződhetik, nem ok arra, hogy a pemphigusokhoz sorozzuk.

Donath Gyula: Észlelt egy beteget, kinél gombostűfejnyi hólyagok keletkeztek, melyek két nap alatt ökölnyiek lettek, a beteget elkínozták, a ki álmatlan lett. Schwimmer és Kaposi is látta a beteget és halálos kimenetelű pemphigusra tették a diagnosist. Kaposi még azt is mondta, hogy ha előbb jött volna, meg lehetett volna gyógyitani. A nő ma is egészséges. Hysteriás pemphigus volt.

Havas Adolf: Szóló szerint teljesen meddő az egész pemphigus-vita. Duhring és Brocq is elismerik, hogy a dermatitis herpetiformis elterthat 20 évig is, és van egy szerző, kinek számos Duhring herpetiformis dermatitise végződött halállal.

Viszont vannak pemphigus Hebrae-k, melyek meggyógyulnak, vannak azután átmeneti alakok, például a Zadek esete, melyet egyszer pemphigus vegetansnak mutattak be, egy év mulva pedig dermatitits herpetiformis Duhringnak. És végül aetiologiája mindkettőnek ismeretlen, a két folyamat egyforma, csupán két neve van.

(Folyt. következik.)

Budapesti kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya.

(VI. ülés 1905. november 28.-án.)

Elnök: **Navratil Imre.** Jegyző: **Zwillinger Hugó**, később **Donogány Zakariás.**

A heveny genyes sinusitisek gyógykezeléséről.

Donogány Zakariás: Saját tapasztalatairól számol be. Esetei főleg a frontális üregre vonatkoznak, a maxilláris üreg heveny betegségeit csekély számban volt alkalma észlelni. A heveny esetek mindig kezelendők, mert eltekintve a kinzó subjectiv tünetektől a gyógyulási kilátások, ha a baj idültté válik, rosszabbak, s másfelől csak igy lehet a complicatiócat megelőzni. A kezelés fő elve az, hogy a váladék gyorsan kiürüljön, e czélból a lefolyás útjából elhárítandók az akadályok, másfelől pedig az esetleg sürübb váladék higítandó. Az első feladatot a 10% cocain-tonogen (1 : 1000) oldatba mártott tamponok alkalmazásával éri el, főleg arra forditván figyelmet, hogy az infundibulum szabaddá tétessék; a tamponálás naponta egyszer vagy kétszer alkalmazandó. A második követelménynek menthol belégeztetésével vél megfelelni, ennek 10%-os alkoholos oldatát óránként alkalmazva. Ezen eljárást 30 esetben alkalmazta, az esetek közül kettőben szemüri complicatio volt, a fájdalom minden esetben megszünt, a genyedés is, csak egy esetben maradt meg, bár kisebb mértékben, a genyes váladék. Idült esetekben a tampon-kezelés csak kis mértékben enyhíti esetleg a subjectiv tüneteket, de a bajra egyébként nincs befolyása. A tamponokkal való kezelés heveny orrmelléküreggenyedések azon eseteiben alkalmazandó, a hol a sürgős indicatio sebészi beavatkozást nem kiván.

Baumgarten Egmont barátja a conservativ kezelésnek, de ennek egyik tényezője a kiöblítés is, pl. heveny Highmor-üreg gyuladásnál, melynél néha a geny gomolyt képezvén, a gomoly elzárja a kivezető nyilást. Kifecskendéskor a gomoly eloszlik s a geny kiürül. A hol szemcomplicatio van jelen, a középkagyló mellső részét el kell távolitani, különben nem érünk czélt.

Pollatschek Elemér: A fájdalom a tamponokra szépen enged, de a valódi genyedés nem javul. Az eljárás hátránya, hogy az anaemia után hyperaemia következik, ezért a beteggel változtattatja a tampont. Ha genyedés is van, a középső kagyló mellső végét eltávolittatja s próbakiöblitést végez. A recidivák gyakoriak, de csak újabb influenza rohamra. Szemizomhüdéssel és szemhéjoedemával járó sinusitis frontalist észlelt, mely a középső kagyló mellső végének eltávolitására és kiöblitésre javult.

Donogány: Elismeri a kiöblítések és a középső kagyló mellső vége eltávolításának jelentőségét, idült esetekben sokszor eredménynyel alkalmazza, de talán mégsem tudható be egészen a véletlennek, hogy mind a 30 esetben pusztán a tamponálás által ért el jó eredményt. Ha a beteg maga helyezi be a tamponokat, attól tart, nem lesz eredménye a kezelésnek.

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(1905. november 25.-én tartott szakülés.)

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

1. **Borbély Samu** (Torda) **bemutatása.** Még ma sincs egységes álláspont a tekintetben, hogy a gyomorbélszájműtétnél a szájadékot Murphy-gombbal, avagy varratok által képezzük-e. Mindkét eljárásnak vannak tekintélyes hivői, követői, de ellenesei is A szakülésen nem egy gyomor-bélszájképzésen átesett beteget mutathatott be. Ezeknél a bemutatásoknál mindig elmondotta, hogy a szájadékot Murphy-gombbal készitette, mert nemcsak a műtét időbeni megrövidítését vélte elérni vele, hanem a szerzők egybehangzó állitása szerint a Murphy-gombbal készitett szájadék idők folyamán nem obliterálódik, nem nő össze, a mi a varratok útján előállított szájadékról egyáltalában nem mondható el.

Bemutat egy 31 éves beteget, a kinél 1903. junius 30.-án pylorusstenosis, consecutiv, egészen a köldök alá terjedő tágulat, hyperaciditás és motorikus insufficientia miatt gastroenterostomia praecolica antica-t végzett Murphy-gombbal. Annak idején bemutatta volt a beteget, mint példáját annak, hogy a rigorosus sterilitás mily hálával fizeti meg a műtő fáradságát, mert a műtét után az illetőnél a legideálisabb hőmenettel a legszebb gyógyulást kapta. Azonban közel fél év óta gyomorpanaszai megújulnak, ismét fájdalmak jelentkeznek, majd hányás, miért újból felkeresi előadót.

Beteg igen lefogyott, 3—5 óránként savanyúszagú, igen sok hányadék. A gyomor alsó határa mindig a köldök felett 3 harántujjnyira. Próbareggeli után igen nagyfokú hyperaciditás, az összsavtartalom H Cl-ra átszámitva 2·3‰. Motorikus insufficientia. A gyomor középső részének alsó határán a laparotomia hegedésének két oldalán férfitenyér terjedelemben resistens képlet, melynek közepén a hegnek megfelelően két mogyorónagyságú kökemény daganat. Ez a lelet 4 irányban enged következtetni. A Murphy eltávolitását nem észlelte, vajjon a gomb nem esett-e a gyomorba és ott mint egy idegen test váltja ki a leirt tüne-

teket; másodszor tekintettel a gyomor rögzítettségére, nincs-e jelen egy perigastritis folyományakép előállott s a gyomor alsó részére localizált összenövés, a mely nemcsak a gyomor mobilitását gátolja, de az elvezető kacs megtörésével a gyomor kiürülését is akadályozza; továbbá gondolni lehet a szájadék obliteratiojára is s végül nem zárkozhatunk el egy álképlet jelenléte elől sem, ámbár a carcinoma már a gyomortartalom vizsgálata alapján is szinte kizárt volt.

Bármelyik nézet lett volna is helyes, a hasüreg újból megnyitását látta javaltnak s ezelőtt 2 héttel végezte is a laparotomiát. Mindjárt feltünt egy szoros összenövés, mely a felhúzott bélkacs és gyomor egyesülésének környékén volt a fali és zsigeri hashártya között, másrészt pedig egy csepleszrész, mely körülfogta az applikált bélkacsot, megtörvén úgy az oda-, mint az elvezető ágat. Tapogatva a szájadékot, az kiérezhető nem volt. Ily lelet mellett egyszerűnek látszott volna, hogy kiszabadítsa a gyomrot az összenövéseiből s ha a szájadék tényleg obliterált, gastroenteroplasticát végezzen, a melyre két út van Czerny által inaugurálva: nevezetesen az elvezető kacs és gyomor egyesülésének átmeneti redőjén kivágni egy akkora gyomor- és bélfalat, a mely az új szájadék czéljaira elegendő s azután varratokkal egyesiteni; vagy az applikált bélkacs és gyomor egyesülésénél a bélkacscsal párhuzamosan ejteni egy bemetszést, mely a gyomrot is, a bélkacsot is megnyitja s ezt a haránsebet függőlegesen egyesíteni. Ha a lenövések feloldása nagy hashártyasérüléssel nem járt volna, a Czerny módszereinek valamelyikét keresztül vitte volna, de mert látta, hogy a leválasztás kiterjedt peritoneum-sértést von maga után s mivel a hashártya folytonossági hiányt nem tűr s ha ezeket a sérüléseket egyesiteni akarta, akkor a gyomor olyfokú ránczolását kell véghezvinni, a mely a már plastikusan tágított gyomor-bélszájnyilás feltétlen megszűkítését vonja maga után: az összenövések feloldásától elállott s a gyomor szabad pylorikus részéhez felhúzta a szabadon lefutó elvezető kacsot s ezzel végzett varrat útján egy új gyomor-bélszájképzést. A bél megnyitása után pontos sondavizsgálatot végzett, a mikor az először képzett szájadék átjárhatatlannak bizonyult. A műtétet követő gyógyulás elég sima volt. Az esetet két okból tartotta érdekesnek. Az egyik az, hogy beigazolódott, miszerint a pylorus-stenosis miatt kitágult gyomor a gastroenterostomia után eredeti nagyságát visszanyeri, másodszor ezzel az esettel eklatans példát vél bemutatni arra nézve, hogy a Murphy-gomb által képezett szájadék ép úgy összenőhet, mint a varrat által formált, igy tehát a Murphy ily esetekben való használatát csakis a vele elérhető gyorsaság indikálhatja.

Makara: A Murphy-gomb használatára vonatkozólag véleménye az, hogy előnyt érdemel a gomb 1. olyan esetekben, midőn a beteg nagyfokú gyengesége miatt különösen fontos a műtevés rövid tartama, 2. általán gyomorrákosoknál, főleg ha a gyomor mozgató ereje lecsökkent, mert a merev gomb az új nyilást tárva tartja s ezáltal, különösen ha a hátsó-alsó gyomorfalon készitettük a nyilást, a gyomor állandó kiürülését biztosítja az első napokra.

Egyébként általánosságban a varrás útján készített nyilás előnyösebb, mert azt tetszésünk szerint nagyra szabhatjuk, ezáltal annak újra megszűkülése is kevésbé fenyeget, meg a varrással elkerüljük a gombbal járó esélyeket is (korai leválás).

Mindkét módszerrel készített nyilás elzáródhatik s megszűkülhet, a mint a tapasztalás mutatta, mert a sebgyógyulás csak a seromusculáris rétegen elsődleges, mig a nyálkahártyák érintkezése helyén úgy a varrásnál, mint a gombnál sarjadzó sebvonal keletkezik, mely mint a körkörös seb szűkülésre vezethet.

Az elülső gastroenterostomiát végezni könnyebb, különösen a segédnek a szerepe egyszerübb s így czélszerübb azon esetekben, midőn a hypertrophiás gyomorfal a kiürítést az új nyiláson át előreláthatólag biztosítja. Ilyenkor is helyesebbnek a *Kocher*-féle *gastroenterostomia antecolica inferior*, mikor a belet a pylorushoz közel a nagy görbület legmélyebb pontjához varrjuk, egyéb körülmények közt czélszerübb a *Hacker*-féle *gastroenterostomia retrocolica posterior*, mert a szervek természetes elhelyezkedésben maradnak.

A bemutató azt mondta, hogy a gyomortartalom vizsgálata műtét előtt kizárta a gyomorrákot; erre vonatkozólag megjegyzi, hogy ezt a tételt nem állithatjuk. A minapában operált egy férfibeteget, kit Purjesz tanár volt szives a klinikára utasitani, ennél a gyomorvizsgálat szintén hyperaciditást, szabad sósavat és tejsavhiányt állapitott meg, mégis ökölnyi pylorus-rákja volt számos áttéti mirigygyel, úgy hogy csak gastroenterostomia retrocolicát végzett Murphy-gombbal. A beteg a műtét után 6 hét alatt 8 kgm.-ot hizott, hányása megszünt, s ilyen javult állapotban távozott.

Miután tehát nincs módunkban műtét előtt biztosan megállapitani vagy kizárni a gyomorrákot, fontos, hogy az orvos már a rák gyanújánál, tapintható daganat nélkül is ajánlja a műtétet, mert csak igy remélhetjük, hogy a betegen radikálisan segithetünk, míg ha bevárjuk a kitapintható daganat kifejlődését, rendszerint elkéstünk már a műtéttel.

Hozzászól még *Purjesz Zsigmond*.

2. **Gyergyai Árpád** bemutat egy 53 éves földmivest, kinek orrát 3 hét előtt egy ökör vasalása közben megütötte, közvetlen utána kevés vér szivárgott az orrából. Pár nap mulva bal orrnyilása nem szelelt és ekkor bevezetett ujjával fél szilvamagnyi daganatot érzett, a mely lassan nőtt s a másik oldalon is hasonló keletkezett, úgy hogy már 10 nap óta egyik orrnyilásán át sem tud lélegzeni.

Jelenállapot. Az orr alsó része kiszélesedett, az orrnyilások halvány szederjes képlet által ki vannak töltve. A daganat lateralis felszine sondával mindkét oldalt körüljárható, mediális része correspondáló helyen széles alappal a sept. cartilagineum mellső részével összefügg. Fluctuatio. Az egyikre gyakorolt nyomásnál a másik erősebben megtelik. Nem fájdalmas. A beteg láztalan.

A kórkép szép, kifejezett alakja az eléggé ritkán előforduló *haematoma septi*-nek, illetőleg *abscessus septi narium*-nak, mely az előbbinek párnappal keletkezése után rendszerint keletkező genyedésből származik. Az egész irodalomban csak *Ball* egy esete található, a midőn a haematoma septi genyedés nélkül felszivódott. A próbapunctionál nyert genyben fedőlemezen involutiós alakokat mutató, néhol tokkal biró diplococcusok voltak, tenyészetben is ezeknek finom páraszerű telepe eredt meg.

Hozzászól: *Marschalkó* tanár.

3. **Purjesz Zsigmond Erb-féle hűdés esetét** mutatja be. A 35 éves férfi 5 év óta zsákok hordása után a bal karját nem tudja felemelni. A bal deltoides, pect. major, biceps, brach. internus, supra-infraspinatus, teres sorvadtak. Felsorolja azokat az eshetőségeket, melyeknél a plexus brachialis pars supraclavicularisa vongálódhatik. A betegnél röviddel ezelőtt egy új tünetcsoport jelentkezett: spastikus járás, fokozott patelláris reflex, jól kiváltható lábclonus. Bemutató az utóbbiakat új folyamatnak tartja.

4. **Konrádi Dániel bemutat 2 vesemedenczekövet**, a melyeket egy házinyúl tetemvizsgálata alkalmával talált Löte tanár. Feltünő mindkét vese nagysága: a bal 22·3 gm., a jobb 21·2 gm. súlyú, hosszuk 6 cm., szélességük és vastagságuk 2·5 cm. Felemlíti, hogy *Ebstein* és *Nikolaier* kisérleti úton tudtak kutyáknál és házinyulaknál köveket létrehozni azáltal, hogy *oxamid*-dal, az oxalsavnak ammoniak-derivatumával táplálták az állatokat. A kövek természetét még nem sikerült megállapitania.

(Vége következik.)

PÁLYÁZATOK.

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 díjak: 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—1 *Szentmiklóssy* s. k., főszolgabiró.

293/1906. sz.

Szentmárton községben megüresedett **községi orvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok.

A községi orvos javadalmazása a törvényhatósági jóváhagyás alatt álló képviselőtestületi határozattal megállapított 1800 korona törzs fizetés, természetbeni lakás. A látogatási díjak nappal 60 fillér, éjjel 1 korona. Ezenkivül a községi orvos kézigyógyszertári jogot kaphat.

Pályázni szándékozók felhivatnak, hogy az 1876: XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket hozzám f. **évi márczius 10.-ig** terjeszszék be.

A választást márczius 13.-án d. u. 3 órakor fogom megejteni.

Elek, 1906. évi február 8.-án.

Mladin Miklós, főszolgabiró.

618/1906. kig. szám.

Zsibó, Csiglen, Prodánfalva, Kucsó, Fürményes, Szilágy, Paptelek, Dabjon, Dabjonujfalu, Solymos, Vérvölgy, Nagymon, Nagymonujfalu, Szamosudvarhely, Inó és Szamos-Széplak községekből alakitott, **Zsibó** község székhelylyel rendszeresitett **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek, s felhivom az állást elnyerni óhajtókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában, illetve az 1876: XIV. t.-cz 143. §-ában előirt minősitésüket, az eddigi szolgálatukat, erkölcsi és politikai magaviseletüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérelmeiket hivatalomhoz f. **évi márczius hó 3.-áig** annyival inkább adják be, mert a később érkező vagy hiányosan felszerelt kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

Az állás javadalmazása:

1. Törzsfizetés 1200 korona.
2. Fuvarátalány 600 korona.
4. Lakbérilletmény 200 korona.
4. Vármegyei szabályrendelet szerinti látogatási díjak.

A közegészségügyi kör községei havonként egyszer bejárandók.

A körorvos illetményeit évnegyedenként utólag az állampénztártól kapja, nyugdíjjogosultsággal bir s állását azonnal köteles elfoglalni.

A választás megtartására határidőül 1906. évi márczius hó 8. napjának d. e. 10 óráját tűzöm ki Zsibó községházához.

Zsibó, 1906. évi február hó 7.-én.

2—1 *Péchy*, főszolgabiró.

676/1906. sz.

Az elhalálozás folytán megüresedett **tiszaszentmiklósi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az orvosi körhöz Tiszaszentmiklós székhelylyel még Józova köz ség tartozik.

Az orvosi állással 1438 korona, negyedévi részletekben előre kiszolgáltatandó fizetés, 300 korona lakbér, éjjeli vagy nappali, vényirással együtt vagy nélkül 80 fillér látogatási díj, s hússzemle és halottkémlés szabályrendeletileg megállapitott díjai élvezete van egybekötve. A szegények ingyen gyógykezelendők s a megválasztandó orvos az orvosi nyugdíjintézetébe belépni köteles.

Felhivom ennélfogva mindazokat, kik ez állást elnyerni óhajtják, hogy orvosi oklevéllel s eddigi alkalmaztatásukat igazoló bizonylattal felszerelt kérvényüket f. évi márczius hó 1.-ig ide adják be.

Törökkanizsa, 1906. évi február hó 7.-én.

Micskey, tb. 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 képesitésöket, eddigi működésöket, s erkölcsi magaviseletüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám f. évi **marczius 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 megállapitott látogatási díjak.

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—1 *Wieland* dr., főszolgabiró.

Jász-Nagykun-Szolnokvármegyei kórháznál végleges állásba távozás folytán megüresedő egyik **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalma ezernégyszáz korona évi fizetés, teljes ellátás. A kinevezés két évre szól.

Pályázatok okmányokkal hozzám f. é. **márczius hó 1.-ig** adandók be.

Szolnok, 1906. évi január hó 25.-én.

2—1 *Papp Gábor* dr., igazgató-főorvos.

A diósgyőri m. kir. vas- és aczélgyárhoz tartozó Pereczes- és Barossakna szénbányáknál lemondás folytán megüresedett **bányaorvosi állásra**, Pereczes székhelylyel ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással 1600 korona évi fizetés, természetbeni lakás, 100 métermázsa barnaszén és természetbeni állandóan rendelkezésre álló fuvar élvezete van egybekötve.

A pályázóktól egyetemes orvostudori oklevél kivántatik meg; kik e mellett kórházi gyakorlattal is birnak, előnyben részesülnek.

A kinevezendő orvos köteles Parasznya községben hetenként kétszer, előre meghatározott napokon orvosi rendelést tartani és azonkivül Radistyán, Varbó és Kondó községekben lakó bányamunkásainkat és azok családtagjait is szükséghez képest a helyszinén gyógykezelni.

A bányatárspénztár tagjait és azok igényjogosult családtagjait ingyen köteles gyógykezelni.

Felhivom ennélfogva az ezen állás elnyerése iránt pályázni szándékozó orvos urakat, hogy születési, képesitési, illetve működési bizonyitványokkal kellően felszerelt folyamodványaikat alólirott gyár főnökségéhez (Diósgyör-gyártelep; Borsodmegye) **folyó évi február hó 28.-ig** terjeszszék be.

Diósgyőr-gyártelep, 1906. évi január hó 31.-én.

3—2 *Diósgyöri m. kir. vas- és aczélgyár Fleischmann főfelügyelő, gyárfőnök.*

432/1906. szám.

Az elhalálozás folytán megüresedett **cserméi körorvosi állás** választás útjáni betöltésére pályázatot hirdetek.

A körorvos javadalmazása: 1600 korona évi fizetés, nappali látogatások után 80 fillér, éjjeli látogatások után 1 kor. 60 fill.

Az orvos lakásán megjelenő betegek után nappal 40 fillér, éjjel 80 fillér.

Látogatási napokon a körbeli községekben a községházán megjelenő betegek után 40 fillér.

A körbeli községekbe kiszállásokra a községek természetbeni fuvart állitanak ki.

A körorvos Csermő nagyközségben a halottkémlési és vágatási biztosi teendőket is végzi.

A körhöz tartoznak: Csermő, Somoskesz és Barakony nagyközségek.

A pályázati kérvények kellően felszerelve **folyó évi február hó 28.-án** d. u. **5 óráig** ide benyujtandók.

A választást folyó évi márczius hó 8.-án d. e 10 órakor tartom meg Csermő községházánál.

Borosjenő, 1906. évi február hó 3.-án.

2—2 Főszolgabiró beteg: *Vuculescu* tb. 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 készitményt rendelni: **Általános idegbetegségeknél, általános gyengeségi állapotoknál** mint **tonicum** és fertöző betegségek után a **reconvalescentia** szakában **általános anaemiáknál** és **chlorosis** eseteinél,

Kellemes ízénél fogva felülmul minden eddigi forgalomban levő más készitményt.

Készíti és kapható: **Raditz Ignácz**

„Fehérkereszt" gyógyszertára

Budapest, IV., Fővám-tér 6. sz.,

a központi vásárcsarnokkal szemben, valamint minden gyógytárban.

RAUM GYÖRGY Nürnbergben

a **27190** számú

„Gyógyszerkapsulák és eljárás azoknak előállitására"

czimü magyar szabadalom tulajdonosa szabadalmának gyártása czéljából magyar gyárosokkal összeköttetést keres; szabadalmát esetleg el is adja, vagy gyártási engedélyt ad. Érdeklődőknek szivesen szolgál bővebb felvilágositással **Kelemen és Társa** szabadalmi ügyvivő iroda **Budapesten,** Royal-szálloda B. 1439

„NEU-SIDONAL"

új hathatós szer

mindennemü húgysavas bántalom **sikeres** leküzdésére; mely a szervezetben azonnal szabad chinasavvá változik. Ez persze **in statu nascendi** különös intensitással hat.

„NEU-SIDONAL" könnyen oldható, igen kellemes izü; absolute ártalmatlan és teljesen közömbös. **Olcsó ára** következtében különösen húgysavas állapotok hosszas kezelésére ajánlható.

Kapható minden gyógytárban.

Napi adagja: 2—5 gramm. Ára: 1 gramm 25 pf. = 30 fill. — Ajánlatos rendelési mód: 10 tabletta à 1 gramm. Ára 2.50 márka = 3 korona.

VEREINIGTE CHEMISCHE WERKE, AKTIENGESELLSCHAFT, CHARLOTTENBURG, Salzufer Nr. 16.

HAZSLINSZKY-féle különlegességek!

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

„Pastilli ferri phosphor. Hazslinszky." Darabonként ½ milligramm Phosphor és 7½ cgm. Ferr. lactic. tartalommmal. **Gyönge, angolkóros gyermekeknek, csont és fogzás erősítésére.** Tejben oldva gyermekek szeretik. Dobozonként 1.80 kor.

„Pastilli cocaini Hazslinszky." Szemenként ½ cgm. cocaintartalommal. **Göresös 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 felnötteknek 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.

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.

EGGER EMULSIO

A t. cz. orvos urak, kik a
dr. Egger-féle Emulsióval
kisérleteztek, meg vannak győződve, hogy az bármely más készítménynyel versenyezhet jóság tekintetében és azonfelül olcsóbb.

Dr. Egger Emulsiója tökéletes, állandó, a leggyengébb gyomor által könnyen emészthető. Az orvos urak a csukamájolaj jótékony hatását fokozott mérvben fogják észlelni, ha a dr. Egger Emulsióját alkalmazzák.

Orvosi minták ingyen és bérmentve.

Védjegy. Védjegy.

Több orvostanár figyelmeztetésére az Emulsiót phosphorral is készitjük Prof. Kassowitz elve alapján. A vényt a **Dr. Egger** név aláhúzásával így kérjük irni: **Rp. Emulsio dr. Egger c. Phosphoro.**

Fő- és készitési raktár:
NÁDORGYÓGYTÁR
Budapest, VI., Váczi-körút 17.

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. Gümökórosok és tüdőbetegek étvágytalansága.
3. Heveny és idült gyomorkatarrhus.
4. Lázak és sebkezelés.
5. Lábadozókná.
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.

Málnási Mária-forrás
Természetes alkalikus sós savanyúvíz
A légzőszervek és bélhuzam hurutos bántalmainál a seltersi és gleichenbergi vizeket jóval fölülmulja, gyomorégéseknél páratlan hatású.
Budapesti főraktár: **Édeskuty L.**
Budapesti vezérképviselőség: **Nádas Márton** VI., Csengeri-u. 66. Telefon 238.
Kapható mindenütt.
Kútkezelőség: Brassó.

Csak „SICULIA" névvel ellátott üvegek valódiak.
A Málnási „SICULIA" forrásvíz
a sós savanyúvizek királya.
Sziklarétegeken átfúrt artézi forrás.

A gyomorégést rögtön megszünteti. Páratlan étvágygyerjesztő. 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. 8. szám. *Budapest, 1906. február 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.

Jendrássik Ernő: A hallucinálás és a téves képzet keletkezéséről. 320. lap.
Bókay János: Megjegyzések Genersich G. dr. egyet. magántanárnak „A kanyaró lappangása“ czimű czikkére. 322. lap.
Preisich Kornél: A kanyaró lappangása. 323. lap.
Aujeszky Aladár: Közlemény a m. kir. állami bakteriologiai intézetből. Adatok a gümőbacillus variabilitásához. 323. lap.

Tárcza. Sarbó Artur: Elnöki megnyitó. 325. lap.
Összefoglaló szemle: *Picker Rezső*: Újabb vivmányok a hastyphus kórtanában és epidemiologiában. 326. lap.
Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. O. Rosenthal*: Alkoholismus und Prostitution 328. lap. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Levy*: A czukor mennyiségének meghatározása a vizeletben. — *Belorvostan. Rollin*: Súlyos anaemiák gyógyitása. — *Minkowski*: A gyomorfekély gyógyitása. — *Beck*: Turisztika és szív. — *O. de la Camp*: Az intrathorakális nyirokmirigyek megnagyobbodásának klinikai diagnosisa. — *Sebészet. Klemm*: A proc. vermiformis maradványaiból cystaképződés. — *Ravasini*: Az urethrotomia interna — *Crisp Englisch*: Törött hajtű okozta duodenum-perforatio. — *Lavry*: Lenyelt villa. — *Riedel*: Az appendix-epiploicusok által okozott abdominalis megbetegedések. — *Simon*: Intraabdominalis csepleszcsavarodás. — *Schumann*: A lúdtalpdiagnosis methodikája. — *R. Morian*: A Douglas-űrben tályogképződés. — *Rothfuchs*: Epeútszakadás. — *Cushing*: Az occipitalis ereken aneurysma arteriosovenosum. — *Ehrhardt*: Asthma thymicum esetében thymusexstirpatio. — *Gyermekgyógyászat. Risel*: Purpura fulminans. — *Uffenheimer*: A latens és manifest tetaniának új jellegzetes tünete. — *Schlesinger*: Előhaladó kétoldali arczsorvadás. — *Venerás bántalmak. Ullmann*: A tanulóifjúság felvilágositása a nemi élet terén. — *Fr. Schultz*: Kankós eredetű primaer nyirokedénylob és ebből kiinduló gonococcus-metastasisok. — *Közegészségtan*. A Budde-féle tejconserválási módszer értékéről. — *Filep Gyula*: A typhus Magyarországon. — *Húgyszervi betegségek. Whiteford*: Idegen test a húgycsőben. — *Blum*: Röntgen-sugarak az urologia szolgálatában — *Bőrkórtan. Blaschko*: Radium-kezeléssel tett tapasztalatok. — *Braun*: A bécsi lupusbeteg-sanatorium. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Milward E. Dovaston*: Megnagyobbodott nyakmirigyek. — *Eulenburg*: Digalen.— *Burzagli*: A tejelválasztás fokozása. — *Volland*: Tüdőgümőkór. — *Colley*: A pangásos vérbőség használata diabetesben szenvedőknél. — *Klautsch*: A bioferrin. — Trygase-Riedel. — *Seeligsohn*: Alypin.
Vegyes hirek. Catti György dr. — Választás. — A Budapesti Orvosi Casino pályadija. — Hány orvosdoktor van Kolozsvárt? — Vizakna sósgyógyfürdő. — A budapesti orvosi kör országos segély-egylete. — Heine emlékezete. — Megjelent. — A budapesti kerületi betegsegélyző pénztári orvosok segélyalapja — A budapesti önkéntes mentő-egyesület. — Kisebb hirek külföldről.
Mellékletek. Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning „Trigemin“ czimű prospectusa. — Farbenfabriken Friedr. Bayer & Co. Elberfeld czég „Salophen“ czimű prospektusa. — F. Hoffman-La Roche & Cie., Grenzach (Baden) czég Thiocol „Roche“ czimű prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A hallucinálás és a téves képzet keletkezéséről.

Irta: *Jendrássik Ernő* dr., egyet. ny. r. tanár.[1]

Az érzéki csalódások eredetéről és pathologiai jelentőségéről megjelent irodalomban igen sok olyan közlemény van, a melyben philosophiai levezetések az élettan és anatomia adataival vegyesen szerepelnek a felmerült kérdések magyarázatában. Ezeknek a közleményeknek többségében a szerzők nem tudnak teljesen megszabadulni az anyag nélkül való lélek gondolatától, legalább mintegy ellentét-, vagy kiegészítő tényezőként vesznek fel valami lelki működést az idegsejtek működése mellett. A hallucinálás egyik másik theoriáját már ebből az okból sem találhatja egészen világosnak az, a ki természettudományilag gondolkozik. Ez a homályosság azonban még nagyobb mértékben áll fenn a hallucinálás nosologiai jelentőségét illetőleg. A mióta *Johannes Müller* az illusiót a hallucinálástól elválasztotta, a hallucinálást, tekintet nélkül a kóralakra, a búvárok egy-ugyanazon a módon létrejöttnek vélik, ha mindjárt egyes szerzők bizonyos különbségeket a megjelenés módjában meg is engednek. Igy már *Baillarger*[2] a hallucinálásnak két alakját vette fel: az egyik szerinte a *hallucination psychosensorielle*, a mely a képzelődésnek és az érzékszerveknek együttes működéséből eredne, a másik a *hallucination psychique*, a mely csak az emlékezésnek és a képzelődésnek (mémoire et imagination) akaratlan tevékenységéből származnék. Ugy látszik tehát, hogy már *Baillarger* is *J. Müller* tanainak befolyása alatt állott, a mely tanok értelmében az emlékkép csak akkor nyerné a valóságos érzéki észrevevés alakját, ha a kóros izgalom nemcsak az emlékképek táborát éri, hanem egyúttal a megfelelő érzékszervet is illeti. *Wernicke*[1] előadásainak egyikében érdekesen fejtegeti, hogy az idők folyamán miként tolták a búvárok ennek az érzékszervi izgalomnak a kiinduló helyét mind közelebb a központhoz. Eleinte magára az érzékszervre gondoltak, később annak környéki idegeire, majd ezen idegek eredő sejtjeire, míg *Meynert* a kéregalatti ganglionokhoz érkezett felvételében, végül pedig *Wernicke* annak a meggyőződésének adott kifejezést, hogy ez az izgalom is az agyvelőkéregben támad, azokban az elemekben, a melyeket ő *perceptio*-sejteknek nevez s a melyekben a *szervi érzést* localizálja; ő is felveszi, hogy ennek, az emlékképek sejtcsoportjától különvált kéregterületnek az előbbivel együttes izgalomba kell jönnie, máskép a hallucinálásnak nem volna meg az érzéki észrevevés jellege. Az ilyen hallucinálásnak ellentéteként volna ezen felfogás értelmében állitható a téves képzet (Wahn, hallucination psychique [*Baillarger*], Apperceptionshallucination *[Kahlbaum])*, mikor ugyanis a betegben hibás „autochton“ gondolat támad teljesen érzéki szinezet nélkül, tehát a theoria értelmében a szervi érzés centrumának izgalma nélkül. Átmeneti alakok, bizonytalan határral, elég gyakran észlelhetők.

Wernicke ezen két érzékszervi csalódáson túl még két továbbit emlit fel: a túlzott gondolatokat (überwerthige Idee) és a kényszergondolatokat (Zwangsvorstellungen). Mind a kettő a téves képzeteknek lehet csak alfaja, tehát nem szaporitják az érzéki csalódások alakjait s valóban *Wernicke* maga is, a mikor egymástól e kettőt elkülöniti, nem a localizálás különbözőségét veszi alapul, hanem a beteg öntudatára gyakorolt befolyást. A túlzott

[1] Előadta az orvosok és természetvizsgálók szegedi vándorgyülésén.
[2] *Baillarger*. Des hallucinations. Paris, 1846.

[1] *Wernicke*. Grundriss der Psychiatrie. Leipzig, 1900. p. 198.

gondolatokat a betegek a maguk szempontjából teljesen helyesnek vélik, azok mintegy a betegnek jellemvonásai, míg a kényszerállapotokat a betegek helytelennek, rájok erőszakoltnak állítják. Ha ezeket a meghatározásokat elfogadjuk, úgy mégis be kell látnunk, hogy mind a két terminus, a túlzott gondolat és a kényszerképzet, egyazon kóros alapon áll, csak a betegek reactioja, illetőleg többi idegközpontjaik reactioja tér el a két esetben egymástól; különben is a beteg ép oly kevéssé tud megszabadulni a túlzott gondolatától, mint a kényszerképzetektől. A felhozott elkülönítő jeleknek legfeljebb leíró vagy kategorizáló értékük van, semmi esetre sem lehet azokat az agyvelő anatomiai berendezésére vagy kórtani elváltozására külön alapítani, de a gyakorlatban nem is különíthető el mindig biztosan a kettő egymástól, hiszen *Wernicke* is egy jegyzetben beismeri, hogy átmenetek előfordulnak. A téves gondolatok ezen alakjait leginkább azok tartalma különíti el egymástól. A saját én-re vonatkozó gondolatokat (a mikor pl. a beteg magát királynak véli, vagy azt hiszi, hogy mellrákja van . . .) minden ellenkezés daczára teljes valóságnak veszi a beteg, míg a külső tárgyakra vonatkoztatott gondolatokat (pl. a legtöbb phobia, kényszercselekedet) a beteg gyakran több-kevesebb bizonyossággal — de soha teljesen! — hajlandó hibásnak ismerni fel.

Az újabb elmekórtanokban a hallucinálást helybeli folyamatnak tekintik. *Wernicke* szerint kényszerítve vagyunk az izgalom első támadóhelyét az emlékképeket tartalmazó sejtekben felvenni, e mellett azonban azt is kellene gondolnunk, hogy ezekből a centrumokból kiindulólag a hozzájuk tartozó „perceptiós-sejteknek", azaz a szervi érzés központjának ingerülete támad. Minekutána azonban a dolgok rendes menetében szerinte a külső inger a szervi érzés központjain keresztül érkezik el az emlékképek táborába, ezért a felvett esetben a vezetési iránynak ellentétessé kellene válni. A központba vezető pályáknak ezt a központból való vezetését általában fel is veszik. *Wernicke* úgy gondolja, hogy csakis kórosan nagyfokú inger tudja legyőzni azokat az akadályokat, a melyek a vezetés kierőszakolt megfordításának útjába állhatnak *Kahlbaum* ezt a visszafelé vezetést *reperceptionak* nevezi, *Kraepelin* pedig úgy véli, hogy ez a közönséges gondolkozásban már állandóan igen csekély fokban jelen van, ha azonban ez a folyamat kórosan kiterjed, vagy ha az érzéki mezők nagyfokú ingerlékenységi állapotban vannak: akkor az emlékképnek élénksége a valóságos érzéki észrevevés fokára emelkednék[1].

Ezek a felvételek nagy hibában szenvednek. A sejteknek ingerfelvevő felülete, leginkább a sejttest, más alakkal bir, mint az ingert átadó végkészülék, ezért el sem gondolható, hogy az idegkészülék fordított irányban is működésbe jöhessen. Mindazt a bizonyítékot, a melyet egyes szerzők ebben az irányban felhoznak, sokkal egyszerűbben lehet megmagyarázni. *Tanzi*[2] példaképen felhozza a Malapterurus electricus villamos szervét, a melynek egy, igen erős mozgató idege van; ezt az egy ideget sokszoros végelágazásának bármely helyéről általános ingerületbe lehet hozni villamos vagy mechanikai ingerlés segítségével. Ebben az esetben azonban nem lehet arról szólni, hogy az idegvezetés fordult volna meg, hanem csak egy neuronnak mechanikai vagy villamos ingerlése történt e kisérletben, a dynamikai polaritás ellenben csak azt az irányt szabja meg, a melyben az egyik neuron a másikat befolyásolja. Idegrost és idegsejt egységes elem, a melyet minden sarkából lehet ingerületbe hozni, de ez a saját ingerületét csakis cellulifugálos irányban adja tovább. Úgy látszik *Tanzi* maga sem volt megelégedve példájával, mert ő egyszersmind praeformált olyan neuronokat is vesz fel, a melyek ép állapotban az emlékképek centrumaiból (centro di rapprensentazione) a szervi érzés (centri sensoriali) központjába ingerlő és gátó ingerületeket vezetne, kóros állapotban ellenben a hallucináló képeket hivnák elő. Ezeknek a neuronoknak a kimutatását még jövő vizsgálatoktól várjuk. . . . A szerző szellemes levezetései daczára a fordított irányban való vezetés egész felvételét elhibázottnak vélem. *Wernicke* azon nézete ellen, hogy a vezetésirány megfordulása erős, kóros ingerek folytán támadna, már az a körülmény is szól, hogy a hallucinálások gyakran igen halványak, elmosódottak, csak alig észrevehető módon jelentkeznek és ilyenkor többnyire nagyobb izgalom nélkül maradnak; hiába való fáradság volna az is, ha az érzéki centrumokban fokozott ingerlékenységet vennénk fel *Kraepelin* nézete szerint, hiszen ennek a felvételnek alapján ugyanakkor a valóságos érzéki benyomásoknak is élénkebben kellene észrevétetniök, a mi az általános mániás izgatottságban levő esetek kivételével nem fordul elő.

Ezen theoriák mellett sem kerülte el a búvárok figyelmét az idült hallucinálásoknak egy sajátsága, a mely az agyvelőkéreg localizált ingerületének felvétele mellett nehezen értelmezhető. Mert alig lehet azt ilyen módon magyarázni, a mikor úgy véljük, hogy a véletlentől függőleg az agyvelőkéreg egy pontján támadt izgalom okozza a hallucinálást, hogy hogyan állhat elő teljes optikai kép, vagy szóknak és mondatoknak helyesen szövődött sorozata. Tulajdonképen, úgy vélték, az ilyen folyamatnak egészen szabálytalan alakú érzéki csalódásokat kellene támasztani, nem összetartó emlékképek halmazatának kellene előállani. Mivelhogy azonban a hallucinálások nagy része rendszeresen összefüggő kép, vagy szósorozat: az előbbeni felvételeket azzal toldották meg, hogy a hallucinált impulsusok associativ úton kiegészíttetnek. Alig hiszem, hogy a theoriának ez a kifoltozása a felvetett nehézségek legyőzését megengedné, mert a leghatározottabb ellentétben az emlékképek óriási számával és azoknak associáló összeköttetésével a paranoiás betegek hallucinálásai és téves gondolatai a politikai vagy vallási üldöztetési és nagyzási téveszmék szük korlátai között maradnak.

Ha ezeken az alapokon meg akarnók állapítani az adott esetben a hallucinálás localisatioját, első sorban meg kellene fosztani a hallucinálást minden associálás útján támadt kibővitésétől; ilyen módon egy elementáros hallucinálás maradna vissza, azaz egy egyetlen, vagy nem összefüggő szó, egy elemi optikai benyomás. Belátható, hogy ilyen szüken localizált kóros folyamat az összes gondolkozásnak és cselekvésnek nem adhatna oly határozott irányt s nem okozhatna oly mélyreható elváltozásokat a beteg magatartásában, a mint azt a hallucináló betegeken észleljük. És valóban ennek a végzetes befolyásnak magyarázását újabb theoriákban keresték a búvárok; ezen felvételek között bizonyára legáltalánosabban ismert a *Wernicke*-féle *sejunctio*-tan. Ennek a felvételnek értelmében az ilyen beteg associáló systemája egészben véve fellazult, úgy hogy a beteg az associálás segítségével érzéki csalódásának valótlanságáról nem tud meggyőződni.

Ezen a módon tehát a hallucinálás értelmezésére három felvételt kapcsolnak jelenleg össze: az emlékképcentrum elsődleges izgalmának theoriáját a kóros izgalmaknak az associált pályák mentén való kiterjedésével, másodszor a szervi érzés centrumának visszafelé, a rendes idegvezetéssel ellentétes irányban történt másodlagos ingerlését, és harmadszor a sejunctio hypothesisét, az associálás felfüggesztésével az emlékképcentrumnak az elsődleges izgalom körül való helyein.

Ezeket a theoriákat azonban alig illetheti meg más czím, mint a magyarázó hypothesis czíme, s ekkor sem szabad megfeledkezni arról, hogy egy hypothesis egy másodikkal és egy harmadikkal erősíttetik meg. Kétségtelenül ilyen módon kerül az ember a legkönnyebben abba a veszedelembe, hogy a biztos talajt lábai alól elveszítse. Már felemlítettem, hogy a visszafelé irányzott ingerülethaladás mennyire ellenkezik az élettani és bonczolástani adatokkal; de a nélkül, hogy a nehezen bizonyítható s még nehezebben ellenőrizhető felvételeknek részletes birálatába bocsátkozni óhajtanánk, inkább a mi, úgy véljük, ebben a kérdésben könnyebben támogatható álláspontunkat fogjuk előadni.

Klinikai tapasztalatok alapján el kell választanunk egymástól azokat a hallucinálásokat, a melyek a hevenyés elmebajokban: az alkohol-, a láz-, a fertőzési deliriumokban, a hevenyés elmezavarban, a paralysisnek acut szakaszaiban fordulnak elő, a melyekben a hallucinálások nagy számban, tarka egyvelegben jelennek meg, s ezek a gondolatmenetnek hiányzó vagy csak alig jelenlevő associálásával követik egymást: a paranoiás betegek hideg, állandó, szük körre szabott, erősen összekapcsolt hallucinálásától. Kétségtelen, hogy az előbbenieket diffus, szétterült inger okozza, megtámadva az emlékképek centrumait. Hogy van-e ilyenkor még az úgynevezett szervi érzésnek is izgalma jelen, annak eldöntése nem fontos, végre is ilyen széles alapon támadt

[1] *Kraepelin*, Psychiatrie. VI. Aufl. I. p. 108.
[2] *Tanzi*, Una teoria dell' allucinazione. Rivista di patologia nervosa e mentale. 1901. p. 539.

izgalomról azt is fel lehetne tenni, hogy azt a centrumot is belevonja hatása körébe.

A deliriumok eme hallucinálásához legközelebb állanak az álomképek. Ezeknek a hallucinálásoknak tarka játékát külső érzéki benyomások talán még kevésbé befolyásolják, mint a delirium hallucinálásait. Az álomképek valóban valóságos hallucinálások,[1] a melyek mellett az emlékképeknek igen erős sejunctioban kell lenniök, mert mindenki tudja, hogy az álomban a legképtelenebb benyomásokat és helyzeteket a valóságnak megfelelőnek véljük. Csak a mikor később felébredünk, jut eszünkbe, hogy az a személy, a kit különben igen jól ismerünk s a kiről álmodtunk, az álomban egészen más külsővel birt, mint a valóságban; az álomban tudtuk, hogy vele beszélünk, de teljesen más külseje a legkevésbé sem zavart meg. Azon sem ütközünk meg, ha álmunkban repülni tudunk. Az álomban tehát hiányzik a kritikai képesség (az, a minek hiányában keresi *H. Neumann* a hallucinálás magyarázatát), azaz az ingerületbe jött emlékkép ingerületének associáló utakon való tovaterjedése. Az optikai és acustikai álomképeknek ilyen igen laza összekötése bizonyítja, hogy ezek jóformán egymástól függetlenül támadnak, s csak az időbeli összeesésük köti őket egybe. Minekutána pedig az mégsem valószinű, a mint már ezt is felvette valaki, hogy az álmok számára külön féltekénk volna, az álomképeket ugyanazon központokba kell localizálnunk, a melyekben az emlékképeink egyáltalában vannak. Nem lehet feltenni, hogy álmunkban ezek a központok igen erős ingerületben volnának, mert ismeretes, hogy erősebb külső behatások, sőt hevesebb álmok is felébresztik az alvót. Ebben az állapotban épen olyan valószinütlen, mint egyes tébolyodottaknak igen enyhe, elmosódott hallucinálásában, hogy az izgalomnak fentebb állított rendellenesen erős volta okozná az ingerületnek az emlékképekről való visszafelé terelését a szervi érzés központjaira, és mégis a látási és hallási álomképnek megvan érzésünkben a teljes érzéki észrevétel jellege. (Folytatása következik.)

Megjegyzések Genersich G. dr. egyet. magántanárnak „A kanyaró lappangása“ czimű czikkére.[2]

Irta: *Bókay János* dr., egyet. ny. rk. tanár.

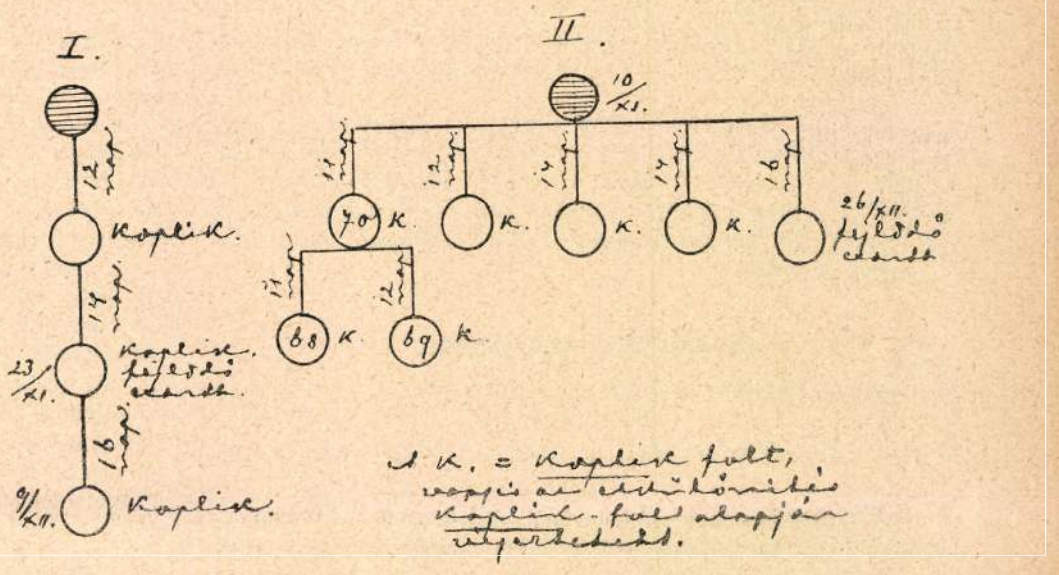
A kanyaró lappangására vonatkozó nézeteit s ebből folyó gyakorlati következtetéseit *Genersich* dr. már 1903-ban a Kolozsvárott tartott vándorgyülésen felolvasott értekezésében[3] érintette s jelen czikke ezen felolvasásnak casuistikus alapon való tetemes kibővítése.

Jelen érdekes czikkének végkövetkeztetései a következők: *1. A kanyaróval történt fertőzés s a kiütés jelentkezése között 13 nap telik el. 2. Ezen 13 napból többnyire 10 nap a tünetmentes úgynevezett tiszta (!?) lappangásra s három nap az előzményi szakra esik. 3. A kiütéses időszak többnyire két napi (!?) tartamú 4. A fertőzés lehetősége 3 nappal a kiütés előtt kezdődik s az egész előzményes és kiütéses szakon át tart.*

Ebből kifolyólag *praktikus* következtetése az, hogy ha egy iskola osztályában az *első* kanyaróeset előfordul, már akkor bekövetkezik az iskolaegészségügyi intézkedés szükségessége, az oktatás az osztályban egy hétig ugyan még folyatható, *hét nap után azonban az osztály bezárandó s zárva tartandó legfeljebb egy hétig* (1903-ban megjelent czikkében *5 napig*) s *Genersich G.* kartárs szerint ezen eljárással az iskola *megszabadulna a járványtól s a tanítás huzamosabb ideig zavarva nem lenne.*

Kijelentései *apodiktikusak* s *tétel* gyanánt állítja oda, hogy: *a kanyaró egyes szakai nemcsak napi pontossággal meghatározhatók, hanem az esetek egy részében pontosan annyiszor 24 órának felelnek meg, mint a hány napot czikkében megjelölt.*

A kérdés nagy gyakorlati fontosságú, úgy *közegészségi*, mint *oktatási* szempontból s ez késztet megjegyzéseim megtételére.



Ezek közzétételével annyival kevésbé akarok késni, mert *Genersich* kartárs praktikus tanácsát olyannak vélem, mely a gyakorlati életben *meg nem állhat* és pedig meg nem áll azért, mert fenn idézett kiindulási pontjai egyáltalában *nem általános érvényüek.* S ha *Genersich* kartárs eljárását a gyakorlatban foganatosítanók, kétségtelenül *ismételten* meg fogna történni az, hogy a kanyarós megbetegedés után két hétre, egy heti szabadságolás után összesereglett tanulók egyike-másika a prodromal időszak legelső kezdetén fogna megjelenni az iskolában s fertőzné, *esetleg tömegesen* kanyarót még ki nem állott osztálytársait. S miért? *Mert, bár Genersich kartárs számítása a legtöbb esetben beválik, s Panum adatát (Virchow's* Arch. I. 503. 1847.) *Genersich adatai is újból csak megerősítik, 1—2—3 napi ingadozásokat, különösen a prodromal időszak hosszában, de még az incubatio tartamában is eléggé gyakran látunk*[1] *s ezen ingadozások a Genersich-féle következtetés helyességét teljesen megdöntik.* Mert ha három nap helyett csak négy napig elhúzódik a prodromal (helyesebben enanthemás) időszak s az incubatio 11 napig tart (*Heubner* 1903), a *Genersich* kartárs javaslata értelmében két héttel a jelentkezett iskolai kanyaró eltelte után az osztályban megjelent tanulók között néhány oly gyermek lesz, kinél a kanyaró még csak a fejlődés legelső kezdetén van s más alig látható, mint enyhe nyálkahártya-hurut s *Koplik* tünet. S hogy ezen stadiumban még az intelligensebb szülő is *bona fide* iskolába küldi a gyermekét, *mindennapi* tapasztalat.

Nem kell hosszabb tanulmányt tennem, hogy *Genersich* kartárs következtetéseinek helyességét *saját* kórházi tapasztalataimmal megczáfoljam, mert az elmult évben a kórház sebészeti és belgyógyászati osztályán lefolyt kisebb kanyaró-endemia adatai már

[1] *W. Wundt* állitotta, hogy *valószinüleg* a legtöbb álomkép csak illusio, a melyet szerinte az álomban sem teljesen szünetelő külső érzéki benyomások váltanának ki. Ez a mondat a kérdésnek nem egy későbbi kidolgozóját erősen befolyásolta, *Weygandt*, *Giessler*, *Scherner*, *L. Strümpell* és mások még messzebb mennek az ő magyarázatukban, s hosszú és bonyadalmas álmokat megfejtenek a száj száraz voltából, egy testrész megnyomásából stb. Ha az álmok igazán csak illusiók volnának, akkor első sorban a látási álmoknak hiányozniok kellene, továbbá a súlyos bajban szenvedőknek, így főleg a nehézlélegzetű szivbajosoknak mindig a legszörnyübb álmokat kellene látniok, míg egészséges, fiatal gyermekeknek a legkellemesebben kellene álmodniok. Az a mód, a melylyel nem egy szerző az álmokat ilyen módon külső ingerekből magyarázza, a leglátogatottabb álomfejtőknek is becsületére válnék. Külső érzéki benyomások csak akkor kerülnek az alvó öntudatának körébe, ha álmát zavarják, részlegesen felébresztik. Elgondolható, hogy az álom mélységének ilyen megzavarása az álomképekre is befolyással lehet, de inkább csak úgy, hogy a részlegesen felébresztett öntudat belejátszik az álmodásba. A mikor igazán alszik valaki, egyáltalában nem vesz észre külső érzéki benyomást.

[2] O. H. 1906. 5—6. sz.

[3] Budapesti Orv. Ujs. 1903. Gyermekorvos. 3. sz.

[1] *Jürgensen. Nothnagel*: Spec. Path. u. Therapie. 1895.
Heubner: Lehrb. d. Kinderh. 1903.
Grancher-Comby: Traité des maladies de l'Enfance. 1904.

magukban véve is kétségtelenül demonstrálják a következtetés tarthatatlanságát.

A sebészi osztályra egy hideg tályogban szenvedő gyermek importálta a kanyarót s ezen, azonnal az infectiosus osztályra áttett esetből kifolyólag 12. napra ugyanezen kórteremből egy gyermek *Koplik*-foltok alapján tétetik a kanyaróosztályra, ezen második esetből kifolyólag 14 nap után *Koplik*-foltokkal s fejlödő exanthemával egy harmadik helyeztetik át s ezen harmadik esetből kifolyólag egy negyedik eset *Koplik-foltok alapján 16 nap után jut a kanyaróosztályra* (l. a mellékelt ábrát, I. sz. rajz). Ezen eset áttételével a kanyaróendemia az osztály ezen kórtermében véget ért.

A belgyógyászati kórterem endemiája egy abdominális typhus és kanyaró vegyes-fertőzésből vette eredetét s ezen esetből kifolyólag öten kaptak kanyarót 11 nap (*Koplik*[1]), *12 nap* (*Koplik*[1]), *14 nap* (*Koplik*[1]) s *16 nap* (fejlödő exanth.) lefolyta után. Mellesleg említem meg, hogy a 11. nap után *Koplik*-foltok alapján a kanyaróosztályra áttett esetből kifolyólag (70. ágy) még két gyermek kapott kanyarót (68. és 69. ágy) s ezek a 11. illetőleg a 12. napon mutattak *Koplik*-foltokat s ezen prodromal tünet alapján helyeztettek a kanyaróosztályra (l. a mellékelt ábrát, II. sz. rajz).

Ezen két tapasztalat legyen elegendő a czáfolatra — jóval többel szaporíthatnám, de feleslegesnek tartom, s mint régi kórházigazgató azt a tanácsot adom *Genersich* kartársnak, hogy ha intézetében esetleg a jövöben kanyaró fertőzés fordulna elő, *16 nap lefolyta előtt* ne bizakodjék el, *mert meglepetés öt még a 16. napon is érheti.*[2]

A kanyaró lappangása.

Megjegyzés *Genersich Gusztáv* dr., egyetemi m. tanárnak ugyanily czimü közleményére

Preisich Kornél dr. egyetemi m. tanár, szt. László-közkórházi főorvostól.

A mennyiben *Genersich* m. tanár úr közleményével indokolni kivánná, hogy kanyaróval való fertőződés veszélyének kitett egyének *legkésőbb* hét nappal az első beteg kiütési napja után elkülöníttessenek, ennek jogosultságát és szükséges voltát magam is vallom, söt azt tartanám helyesnek, hogy az elkülönítés már két nappal előbb történnék meg. Óva intenék azonban attól, hogy az iskolák már 14 nappal az első beteg kiütési napja után újból megnyittassanak.

A székesfővárosi szt. László-közkórházban *Gerlóczy* m. tanár úrral együtt tett tapasztalataink a kanyaró lappangási, előzményi és kiütéses szakának tartamára vonatkozólag *Genersich* m.-tanár úr adataival nem egyeznek meg teljesen és számításának helyességét nem igazolják. Ennek illustrálására a sok közül nehány példát kivánok ismertetni :

1. *V. Josefin* junius 5.-én vétetett fel az *A)* diphtheriás kórteremhe, már ekkor hurutos volt, junius 7.-én a kanyaró kiütéses szakában elkülöníttetett. *P. Lajos* junius 6.-án került az említett diphtheriás kórteremhe, *V. Josefin*-nel tehát 24 óráig volt együtt ; junius 18.-án mutatja az első kanyarós jelenséget Koplik-féle foltok alakjában, tehát 12 napos lappangás után, és junius 20.-án kap kiütést, vagyis a 14. napon.

2. *E. József* november 23.-ától deczember 5.-éig volt a *B)* diphtheriás kórteremben, ekkor scarlatra gyanús kiütés miatt elkülöníttetett. Ugyancsak a *B)* kórteremben *K. Nándor* deczember 7.-én mutat Koplik-féle foltokra még csak gyanús enanthemát, s deczember 9. én kanyarós kiütés fejlödik rajta. *E. József*, a ki deczember 5.-én hagyta el ezen kórtermet, deczember 14.-én mutatja az első kanyarós előzményes jelenségeket. A betegség lappangási időszaka tehát ezen esetben 9 nap ; a kiütés 16. ára fejlödött. A fertőzés csakis *K. Nándor*-tól indulhatott ki, ő előtte kanyarós beteg e kórteremben nem volt.

3. *L. Károly* november 29.-én vétetett fel az *F)* kórteremhe, deczember 7.-én, vagyis 9 nap mulva gyanús hurutos jelenségek miatt elkülönítettük. Deczember 8.-án Koplik féle foltok a kórismét eldöntik. *F. Janka*, ki ugyancsak november 29.-én vétetett fel az *F)* kórteremhe, deczember 22.-én mutat morbillire gyanús első jelenség gyanánt Koplik-féle foltokra gyanús enanthemát ; a lappangás ezen esetben 15 napig tartott, ha deczember 7. ét veszszük a fertőzés napja gyanánt, már pedig ez szerepelhetett utolsó alkalom gyanánt. A kiütés deczember 24.-én, vagyis a 17. napon fejlödött.

4. *K. Gábor* deczember 17.-én betegszik meg élénk morbilli-kiütéssel a *D)* kórteremben, ugyanekkor mutat először Koplik-féle foltokat Elkülönítjük. Ezután ezen kórteremben egy gyermek deczember 25.-én, kettő deczember 26.-án, négy deczember 29.-én, három gyermek deczember 30.-án és kettő deczember 31.-én mutatja az első kanyarójelenségeket. Ha K. Gábor betegségének előzményi szakát 3 napra teszszük, akkor a 3. napon fenforgó fertőzési lehetőség a megbetegedés idejének, illetve a lappangási időszaknak ötféle variatioját okozta.

Az említett példákból eléggé kitünik, hogy a kanyaró tiszta lappangási ideje nem tehető pontosan 13 napra, hanem 9—15 napig terjedhet, kivételes esetekben még tovább ; de a mi tapasztalataink is a mellett szólnak, hogy a kiütés fejlödéseig (lappangási + előzményi szak) legtöbbször 13—14 nap telik el. Ettől való eltérések azonban nem kivételek. Különböző egyének szervezetét nem lehet és nem is szabad egy közös lombikból vett bouillon-csövekhez hasonlítani, melyek ugyanazon thermostatban szolgálnak valamely bakterium tenyésztalaja gyanánt.

Miként az incubatio ideje egyénenként változhat, ép úgy nem lehet törvényszerűséget észlelni az előzményes és kiütéses szak tartamát illetőleg, nem is szólva a betegség lefolyásának változatairól. Az előzményes szak tapasztalataink szerint 1-től 4 napig terjedhet, többnyire 2—3 napos. A kiütéses szak 1—5 napos lehet, többnyire 2—3 napos.

Megjegyezném még, hogy a *Koplik*-féle foltok jelentkezése sem oly pontos időhöz kötött, mint a hogyan *Genersich* tanár úr mondja ; elég gyakran a kiütéssel egyidejüleg észlelhetők, míg máskor 4 vagy még több nappal előbb, néha pedig teljesen hiányoznak.

Hogy a fertőzés veszélye már a tiszta lappangási szak végén fennforoghat, vagyis az előzményes szakot megelőzőleg, azt a második számú példa bizonyítja.

[1] Az áttétel *Koplik*-foltok alapján, vagyis már a prodromal időszak kezdetén eszközöltetett.

[2] A Magy. Belgyógy. *Kanyaró* czikkében (1894) az elkülönítés hossza 10—14 napban van megállapitva, kétségtelenül hibásan s ezt ma 20 napra rectifikálnám.

Közlemény a m. kir. állami bakteriologiai intézetből.

Adatok a gümőbacillus variabilitásához.

Irta : *Aujeszky Aladár* dr., állatorvosi főiskolai magántanár.

Az utóbbi években nagy számban végzett kisérletes vizsgálatok kétségtelenné tették, hogy semmiképen sem jogosult az ember, a szarvasmarha és egyéb emlős állatok, valamint a madarak és a hidegvérü állatok gümőbacillusait különböző bakterium-fajoknak tekinteni, mert ezek valamennyien egy bakterium-fajnak, a gümőbacillusnak az idők folyamán bizonyos szervezethez alkalmazkodott s ennek megfelelően bizonyos tulajdonságaikban egymástól eltérő fajváltozatai, varietásai.

A gümőbacillus felette változékony természetü bakterium, a mely megváltozott körülményekhez elég jól hozzá tud alkalmazkodni. Igy azután megtörténhetik, hogy a gümőbacillusnak valamely állatfajhoz idomult varietása kedvező körülmények között egy másik állatfajban is megél és ebben való hosszabb tartózkodás után bizonyos sajátságait megváltoztatja, átalakul.

Efféle *átalakulásra*, természetes körülmények között, miként az a dolog természetéből következik, nehéz megtámadhatatlan bizonyítékot szolgáltatni ; ellenben a gümőbacillusnak mesterséges *átalakíthatóságára* — szemben több negativ eredményü kisérlettel — immár vannak positiv adataink is.

Nem szólok itt azokról az *alaki* változásokról (elágazódások, bunkóképződés, erősebb szemecskézettség), a melyeket a melegvérüektől származó gümőbacillus hidegvérü állatok szervezetében elszenved, mert tekintettel a gümőbacillus polymorph voltára, efféle alaki változások a gümőbacillus átalakulásának bizonyítására elegendőknek nem tekinthetők.

Már figyelemreméltóbbak azok a változások, melyek *mesterséges tenyészeteken* mutatkoznak. A melegvérűeknek egy ideig a béka szervezetében élősködött gümőbacillusa *Lubarsch*[5] és *Dieudonné*[6] szerint már csak alacsonyabb hőfokon (22—30° C.) tenyészik jól, s az utóbbi szerző szerint nagyon hasonlít a haltuberculosis bacillusához. Ugyanezt állítják mások a melegvérüekből származó és egy ideig a lábatlan gyíkban élősködött gümőbacillusról is. Ezzel szemben akadnak szerzők *(Auché* és *Hobbs*, valamint *Herr*[6]), a kik nem erősíthették meg azt az állítást, hogy a melegvérüek gümőbacillusa a békában, illetőleg a lábatlan gyíkban időzve és onnan kitenyésztve a haltuberculosis, illetőleg lábatlangyík-tuberculosis bacillusának tenyészeti sajátságait vette volna fel.

Különben arra, hogy a melegvérüek gümőbacillusa a szobai hőmérsékletnek megfelelő hőfokon is tenyésznék, nem is szükséges, hogy előbb hidegvérü állatban tartózkodjék, mert erre — mint *Krompecher*[3] közléséből tudjuk — folytonos mesterséges tenyésztés útján is reá szokhatik.

Fischel-nek és *Nicolas*-nak[8] sikerült az emlős-gümőbacillust bizonyos tenyésztőanyagokon (tyúktojás, bórsavas agar, glycerines agar és bouillon) úgy megváltoztatni, hogy tenyészete a madárgümőbacillus tenyészetéhez vált hasonlóvá. Hasonlót tapasztalt *Arloing*[8] is.

A környező tulajdonság megváltozását tekintve (s mindenesetre ez a legdöntőbb) a következő átalakulásokról vannak adataink:

Courmont és *Dor*[1] egyik szárnyas-gümőbacillus-törzse 3 évi mesterséges tenyésztés és házinyúlon való passage után oly virulens volt a tengerimalaczra, hogy bőr alá oltás után is miliáris gümőkórt idézett elő. Újabb tyúk passage után azonban már nem betegítette meg a malaczot.

Gramatschikoff[8] a szarvasmarha-gümőbacillus virulentiáját házinyúlba való successiv oltogatás után növekedni, a tyúk szervezetében pedig csökkenni látta.

Cadiot, Gilbert és *Roger*[7] tapasztalták, hogy a szárnyas-gümőbacillus emlős állatokba való ismételt beoltás után az emlősök gümőbacillusához vált hasonlóvá s az emlősöket megbetegítette, de a tyúkot nem.

Wiener[8] lóból származó gümőbacillust collodium-zacskóban két tyúknak hasüregébe helyezett s e bacillus állítólag már 75, illetőleg 85 nap mulva a madár gümőbacillus sajátságait vette fel. E kisérlet bizonyító erejét azonban megdönti, hogy e bacillus a nélkül, hogy előbb madár szervezetébe oltatott volna, kakasokat is ölt.

Sokkal bizonyítóbbak s valamennyi többi adatnál meggyőzőbbek *Nocard*-nak[7], valamint *Dubard*-nak[2] idevágó észleletei.

Nocard[7] emberből származó gümőbacillust tartalmazó húslevest collodium-zacskóba zártan tyúknak a hasüregébe helyezett. Négy hónap mulva kivette a collodium-zacskót és a benne foglalt bacillust szilárd tenyésztőanyagra oltván, úgy tapasztalta, hogy az így keletkezett tenyészet már nem felelt meg az emberi gümőbacillus tenyészetének, hanem a szárnyas-gümőbacillus tenyészetéhez volt hasonló (nem darabos, törékeny, hanem lágy, szétkenhető, fénylő). A bacillus virulentiája is erősen megváltozott: tengerimalacz hasüregébe oltva nem mindig ölt és nem a gümőkórra jellemző módon, bőr alá oltva pedig csak az oltás helyén okozott kis genygóczot, a szomszédos mirigyeket pedig megduzzasztotta. A tyúkot azonban ekkor még nem ölte; csak akkor lett reá veszedelmes, a midőn collodium-tokba zárva másodszor és harmadszor is 4—8 hónapig időzött a tyúk testében. Ekkor már oly gümőkórt idézett elő a tyúkban, a mely minden tekintetben megfelelt a szárnyasok gümőkórjának *Az ember gümőbacillusa tehát átalakult szárnyas-gümőbacillussá.*

Dubard[2] a haltuberculosis bacillusát transformálta a következő módon. Az előbb nyúlba oltott s azután 35°-on tenyésztett bacillus sürü emulsiójának 10 cm³-ét tuberculinnal (1/20%) keverve tengerimalaczokba oltotta (a czombjuk bőre alá). Ezután 5—10 naponként a beoltás helyéről szöveti nedvet véve, ezt az említett tenyészet 12—15 cm³-nyi sürü emulsiójával együtt más malaczokba fecskendezte. Ilyen sorozatos oltások révén elérte, hogy a *haltuberculosis bacillusa* több series után *a tengerimalaczra pathogen lett s ennek szervezetében olyan változásokat idézett elő, mint a milyeneket az emlősök gümőbacillusa szokott.*

Ezek előrebocsátása után immár áttérhetek a gümőkórra vonatkozó saját kisérletes vizsgálataim közben szerzett idevágó tapasztalataim ismertetésére, a melyek a míg egyrészt szintén tanúságot tesznek a gümőbacillus variabilis természetéről, addig másrészt *Dubard* imént említett észleleteit megerősítik.

Eljárásom, melylyel a haltuberculosisnak a melegvérü állatokra nem kórnemző bacillusát kisebb emlősökre pathogenné változtatnom sikerült, annyiban különbözött a *Dubard*-étől, hogy ezt az átalakitást nem a melegvérü állatok szervezetébe való ismételt oltogás, hanem egyszerüen glycerines burgonyán való mesterséges tenyésztés és a melegvérüek testhőmérsékletéhez való *fokozatos hozzászoktatás* útján értem el. Már *Dubard*[2] is említi különben, hogy a haltuberculosis bacillusa olykor-olykor, noha felette lassan, 34°-on is tenyészhetik, sőt „nagy nehézséggel" 37°-on is tenyészthető („Mais leur végétation est capricieuse et demande à être surveillée"). De, hogy az ily körülmények között fejlődött bacillus melegvérü állatokat megbetegített-e vagy sem: erről *Dubard* közlésében nem emlékezik meg.

Én a Král-féle laboratoriumból való, szobai hőmérsékleten dúsan fejlődő tenyészetből négy glycerines burgonyára oltottam s utóbbiakat 28—30°-ra helyeztem. A 4 közül egyben a 3. hét végén fejlődés mutatkozott (a mely azonban satnya maradt); erről azután a 6. hét végén továbboltottam, majd az átoltást 4—6 hetenként megismételve és a hőmérsékletet lassanként növelve, az 5. generatio már erősen fejlődött 37°-on is. E tenyészetek már nem voltak fehérek, fényesek, nedvesek, hanem sárgás-szürkék, sőt a későbbi generatiók közt téglásvörösek is akadtak s külső megjelenésükben az emlősök gümőbacillusához hasonlítottak.

A magasabb hőfokon fejlődött tenyészet 8. generatiójával két körülbelül 500 gm.-os tengerimalaczot (hasüregbe) oltván, ezek 38 illetőleg 63 nap mulva elhullottak s hasüri szerveik a tuberculosisnak az emlősök gümőbacillusa által a tengerimalaczban előidézett szokásos képét tüntették fel. (A két kontrol-malacz, mely a haltuberculosisnak szobahőn fejlődött tenyészetével lett beoltva, tökéletesesen egészséges maradt.) Az elpusztult malaczok szerveiben talált *gümők* kevés saválló bacillust tartalmaztak, mely bacillusnak kitenyésztése nehézség nélkül sikerült ugyan, *de csakis 37°-on*, szobai hőn nem! Ezen, glycerines burgonyán fejlődött tenyészet teljesen megfelelt annak, a melyet a beoltásra használtam. Az első (38 nap mulva elhullott) tengerimalacz gümős góczaival tovább oltott (hasüreg) 3 malacz közül kettő négy hét, egy pedig hat hét mulva pusztult el. Tetembontásuk eredménye teljesen hasonló a fent vázolthoz.

További malacz-passageok után a hasüregbe oltott malaczok rövidebb idő mulva betegedtek meg, s egy részük már 15—20 nap mulva elpusztult.

A bacillus kitenyésztése a gümős szervekből mindig sikerült, de csak 37°-on, szobai hőn nem. Bacillusunknak a magasabb hőmérséklethez való hozzászokását jellemzően bizonyítja, hogy a felkent anyagot tartalmazó glycerines burgonyán, miután 6 hétig szobai hőn volt s fejlődésnek nem indult: csakhamar szaporodni kezdett, ha e kémlőcsöveket 37°-ra melegített thermostatba tettem.

Az így megváltozott bacillus tenyészeti tulajdonságait (különböző tenyésztőanyagokat használva) összehasonlítottam emberi eredetü és szarvasmarhából származó gümőbacillus-törzsek tenyészeteivel s különbséget közöttük nem találtam, legfeljebb azt, hogy bacillusom valamivel gyorsabban fejlődött, mint a másik kettő, viszont azonban az összehasonlításul szolgáló emberi gümőbacillus is gyorsabban fejlődött, mint a szarvasmarhából való s így e különbség alig jöhet számba.

Bacillusunk *kórnemző hatására* vonatkozólag még a következőket közölhetem: Kisebb kisérleti állataink közül legfogékonyabb iránta a *tengerimalacz. Hasüregbe* való oltás után a tengerimalaczok rendszerint néhány hét mulva pusztulnak el általános gümőkórban. Ha a fertőző anyagot *bőrük alá* kapják, az oltás helyén csakhamar tömött, gyuladásos duzzanat fejlődik, mely egy-két hét mulva tályoggá alakul s áttör. A geny többnyire nagy számban tartalmazza a bacillust. A malaczok később általános gümőkórban elpusztulnak. *Házinyúlnak bőre alá* oltva a bacillust, az oltás helyén elsajtosodó, mogyorónyi gócz keletkezett; a hasürbe és a fül gyüjtőerébe való oltás után pedig általános gümőkór fejlődött. Kórnemzőnek bizonyult e bacillus mind a *fehér*, mind pedig a

szürke egérre is. A melle bőre alá oltott *galamb* egészséges maradt, hasürbe oltott galamb 3 közül pedig az egyik 58 nap mulva leöletvén, hasüregében néhány apró göböt találtam, gyengén festődő, degeneráltnak látszó bacillusokkal.

Befejezésül legyen szabad még egy észleletemet megemlitenem, a mely classikus példája ama régen ismert ténynek, hogy a milieu, a melyben valamely bakterium tenyészik, mennyire megváltoztathatja az illető mikroba egyes tulajdonságait.

Intézetünk gyüjteménytárának a *Král*-féle laboratoriumból származó és állandóan szobai hőmérsékleten tartott *haltuberculosis*-tenyészete (melyet körülbelül 3 esztendő előtt szereztünk be s azóta 4—6 hetenként burgonyára átoltogatunk) egy izben glycerines burgonyára oltatván át, eleinte teljesen normálisan fejlödött. Később azonban, körülbelül a harmadik héten, tenyészete lassanként kékes színüvé, majd 5—6 hetes korában berlinikék színüvé lett s e kék színeződést a burgonya is felvette. Hogy a hal tuberculosis bacillusa tejben tenyésztve, e tenyésztőanyagot 1—3 hónap mulva ibolya, avagy szürkés-kékes színüre festheti, *Kumulis*, *Lehmann* és *Neumann*[4] is már megállapitották; az is ismeretes, hogy a haltuberculosis bacillusának agar- és burgonya-tenyészete idősebb korában fehéres színét füstös-szürke vagy barnás-szürke színnel cserélheti fel; de hogy burgonyán berlinikék színü lehessen, erről az irodalomban nem találtam említést. Nem csoda tehát, ha első pillanatban arra gondoltam, hogy e kék színnek az oka a tenyészetnek valamely chromogen-bakteriummal, pl. b. violaceusszal való véletlen megfertőződése. E feltevés azonban azonnal elvsztette alapját, a mint a kérdéses tenyészetet mikroskoppal megvizsgáltam és nemcsak tejbe, hanem *szélesztéssel* több glycerines és közönséges burgonyára, valamint glycerines és közönséges agarra tovább oltottam. A mikroskopi vizsgálat eredménye az volt, hogy a tenyészet csupa *egyféle, saválló*, a haltuberculosis bacillusának megfelelő alakú bakteriumot tartalmaz, másféle mikroba nincsen jelen. Már pedig ilyennek, ha a tenyészet megkékülését idegen bakterium okozta volna, nagy számban kellett volna jelen lennie! A mikroskopi leletnek teljesen megfelelő volt a tenyésztési próba eredménye is.

Az összes tenyészetek teljesen megfeleltek a normális haltuberculosis-bacillus tenyészeteinek és később sem kékültek meg, csak a tej vette fel szokásos ibolya-kék színét. Igy tehát kétségtelen, hogy a kék pigmentet maga a haltuberculosis bacillusa termelte.

Megjegyzendő, hogy e kék festőanyagot több chemiai reagenssel kezeltem s úgy találtam, hogy vízben, alkoholban, 5%-os eczetsavban, 10%-os kénsavban, 30%-os salétromsavban és benzinben egyáltalában nem oldódik, xylollal némi nyomait mutatja az oldódásnak, aetherben gyengén, vöröses-violás színnel, chloroformban pedig violás színnel gyorsan és jól oldódik.

A továbboltások folyamán e kék színeződést újolag nem észleltem. Az egész „színjátékot“ nem is magyarázhatjuk másképen, mint úgy, hogy az illető burgonya-tenyésztőanyagnak valamely sajátságos chemiai tulajdonsága okozta, hogy a rajta szaporodó bakterium kék pigmentet termelt.

Más burgonya és más tenyésztőanyag nem rendelkezvén e speciális chemiai tulajdonsággal: a rajtok fejlődő bakterium-tenyészet sem lett kékszinü.

Ez a tapasztalat is, miként az előbb felsorolt adatok, valamennyien azt bizonyítják, hogy *az egyes bakterium-fajok tulajdonságait nem szabad absolute változhatatlanoknak tartanunk, hanem e faji tulajdonságokat olyanoknak kell tekintenünk, a melyek adott körülmények között az illető faji jelleg határain belül meg is változhatnak. Igy keletkezhetnek azután bizonyos fajváltozatok, varietások, a melyek adott esetben, megváltozott külső körülmények következtében maguk is úgy megváltozhatnak, hogy az illető bakteriumfaj egyik varietása ugyanannak a fajnak egy másik varietásává átalakulhat.*

Irodalom. 1. *Courmont* és *Dor*: De la vaccination contre la tuberculose aviaire ou humaine. Arch. de méd. expér. III., 6. 1891. — 2. *Dubard*: La tuberculose des animaux à sang froid et ses rapports avec la tuberculose des animaux à température constante. Revue de la tuberculose. VI., 1898. — 3. *Krompecher*: Mennyiben képes az élő gümőbacillus és a magas hő által elölt gümőbacillus gümőkóros megbetegedést előidézni? Magyar Orvosi Archivum. 1900. 3. f. — 4. *Lehmann* und *Neumann*: Bakteriologische Diagnostik. II. Aufl. — 5. *Lubarsch*: Über das Verhalten der Tuberkelpilze im Froschkörper. Centralblatt für Bakt. u. Parasitenk. 1900. 28. k., 14—15. sz. — 6. *Pertik*: Pathologie der Tuberculose. Ergebn. d. allg. Pathol. u. path. Anat. 1902. VIII., 2. rész. — 7. *Preisz*: Bakteriologia. — 8. *Weber* und *Bofinger*: Die Hühnertuberculose. Tuberkulose-Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamte. 1904. 1. füzet.

TÁRCZA.

Elnöki megnyitó.[1]

Herbert Spencer-nek az erőmegmaradás alapigazságaiból kiinduló evolutiós törvénye, melynek alapeszméje a folyton végbemenő integrálás és differentiálás, s a mely szerint a differentiálódás mellett a szerves összefüggés az egyes különválasztott részek között el nem vész — a világ összes jelenségeiben és igy az orvostudomány fejlödésében is megnyilvánul.

A legrégibb időkben (civilizálatlan népek közt még ma is) csakis az orvos volt az, kinek hatalma volt a szellemek, minden baj és betegség eme kútforrásai felett; e hatalmát nemsokára meg kellett osztania a pappal. Hosszú időn át igy maradt ez. Ezt követte a differentiálódás, melyben az orvos különleges szerepe különvált a papétól, de még a középkorban is a rossz szellemek kiüzése a papok kezében volt. A középkor orvosából az újkor medicinae universae doctora lett.

A természettudományok századában, annak utolsó harmadában, újra differentiálódás ment végbe, és megteremtödött a *specialismus*. A mi orvosegyletünk is ezen törvény szerint fejlödött. Az anyaegyesületből fejlödtek a szakosztályok, azzal a czélzattal, hogy a különleges szakmák müvelői szakosztályukon belül tudományukat mélyitsék, bővitsék, haladjanak előre a határozatlantól a határozotthoz, a mi ismét az anyaegyesületnek, mint az egészet felölelő, összefoglaló szervnek tökéletesbítésére vezet.

Ily körülmények között jött létre a mi szakosztályunk is és annak nézetem szerint a fejlödés törvényei szerint létre is kellett jönnie.

Nézzük már most az evolutio szempontjából a mi szerény szakosztályunk müködését. Ismét megleljük a differentiálás folyamatát. Szakosztályunk minden egyes tagja képessége, tudása szerint fejleszti, gyarapitja szaktudásunk egyes ágait. A szövettan, az elméleti és gyakorlati elmekórtan, az idegkórtan, a törvényszéki lélektan, a psychologia, a physiotherapia stb. mind képviselve vannak.

Hallom az ellenvetést, melyet manapság nagyon is szeretnek hangoztatni, hogy a folytonos differentiálódás majd oda fog vezetni, hogy minden egyes betegségnek lesz majd specialistája, de a *betegnek* nem lesz orvosa.

Nem tartozom azok közé, a kik e nézetet osztják, azért nem, mivel meg vagyok győződve, hogy a fejlödés folyamatában a differentiálást az integrálás követi, és mert tudom, hogy a felesleges kiküszöbölödik, és csak az marad meg, a mi szervesen összefügg az egységes szervezettel.

E szempontból itélem meg én a neurologia fejlödését.

Ma még a folytonos differentiálódás szakában élünk. A neurologia, mely csak a mult század 70-es éveiben született, a belorvoslástan és az elmekórtan védő szárnyai alatt nött ifjúvá; hova tovább itt az ideje, hogy nagykorúvá válik, a mi azonban nem azt jelenti, hogy leszármazását megtagadja, a mit ha tenne — elveszne; de nem is teheti, mert *tudományos és helyesen müvelt idegkórtanról csak akkor beszélhetünk, ha mindazt, a mit szülőtudományai emlőjén magába szivott, haszonnal érvényesiti is.*

A fejlödés törvénye szerint ezt kell tennie és ha csak futó pillantást vetünk is szakmánkra, látjuk, hogy az igy is van.

A neurologia az idegrendszer ép és kóros *müködését* kutató tudomány. Minden szervünk úgy önmagában, mint az összességgel való müködésében az idegrendszerrel a legszorosabban függ össze. Valamely szerv ép és kóros müködését sohasem szabad csakis az illető szerv speciális müködése szempontjából vizsgálnunk, hanem mindig az egész szervezet tekintetbevételével. Különösen áll ez az idegkórtanra, melynek tudományos és gyakorlati müvelésében *ez* kell hogy vezérlő szempontunk legyen.

[1] Előadatott a budapesti kir. orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályának 1906. január 18.-án tartott diszülésén.

Csaknem valamennyi szakhoz szoros kapcsolat fűzi az idegkórtant.

Ezt számtalan példával igazolhatnám, de megelégszem egynehánynyal.

Tudjuk, hogy az agyvelő vérereinek *elmeszesedése* vegyes idegrendszeri tüneteket létesít, a melyek egymagukban egy bántalomra se jellegzők; fellelhetők úgy a functionális, mint a súlyos szervi elváltozással járó agybántalmaknál, jól eligazodni csak az fog tudni, a ki a szív és a vérerek vizsgálatában is jártas.

Az *arteriosclerosis* másik alakja, a peripheriás ereknek, nevezetesen a végtagok ereinek elmeszesedése, csak az újabb kutatások útján kezd tisztuini. Az időszakos sántítás kórképe, bár már a 70-es években ismert volt, csak az utolsó évtized búvárkodása által, midőn a röntgenezés segélyével a peripheriás érelváltozások már az élőben felismerhetővé váltak, jutott előbbre, és ma már ott tartunk, hogy alapos okunk van felvenni, hogy ugyanily vérérbeli elváltozások a felső végtagokban is előfordulhatnak és ezek alkotják sok esetben a ma még neuralgia brachialis nevén szereplő kórkép alapját.

A felhozott példák legjobban bizonyítják a folytonos differentiálódás szükségességét, de egyúttal reámutatnak arra is, hogy ezen differentiálódás csak akkor jár eredménynyel, ha e mellett összefüggését az egészszel nem veszti el.

Említettük ugyancsak, hogy a fejlődés folyamatában a feloszlás is szereppel bir. Erre is tudunk a neurologiából példát felhozni. A míg a *tetanus*-ban mást, mint az exquisit idegrendszeri tüneteket, nem láttak, e betegséget az idegkórtan körébe sorozták; de midőn a differentiáló búvárkodás felismerte, hogy a tetanus fertőző bántalom, megszünt az idegkórtan keretébe tartozni.

A mindennapi élet naponta nyujt idevágó példákat. A fejfájás, melyet a fenti nézőpontok szemmeltartása mellett, vagyis az egész szervezet tekintetbevételével vizsgálunk, egyszer az uraemia, másszor a diabetes megnyilvánulása lehet és mint ilyen a belorvos kezelési körébe való; máskor meg a sinusitis folyománya és ekkor a műtő orr-gégeorvoshoz utalandó; ismét más esetekben agydaganat résztünete és a sebész az, ki segíteni tud stb.

Ily együttmüködésre minden külön szakmának szüksége van.

A külön utakon való járás hátrányaira is tudunk példát felhozni. A míg az idegkórtan csak a belorvoslástannak egyik része volt, nem vette figyelembe a psychotikus tüneteket. Ezen eljárás tökéletlenségéből származhatott az, hogy példának okáért az epilepsiát napjainkig más szempontok szerint tárgyalta az idegkórtan és mások szerint a psychiatria, és csak együttmüködésük eredményezte, hogy ma az epilepsiát egységesnek tekintjük, melynek lényegében a neurologiai és psychiatriai tünetek egyenlő szerepüek.

Szakosztályunkban e két orvosszak művelőinek harmoniás együttmüködése biztosítva van. Sokat köszönhetünk a szakosztály kebelében müködő kiváló hivatásos psychiatereknek. Szakosztályunk ezen összhangzó együttmüködése azon férfiak kezdeményező befolyására vezethető vissza, a kik szakosztályunk élén állottak — ma tíz esztendeje.

Ezek közül korán elhunyt első elnökünk, *Laufenauer Károly*, egyesítette magában a psychiatriai és neurologiai szaktudást és ha ma az elme- és idegkórtannak számottevő harczosai alkotják szakosztályunkat, úgy ebben *Laufenauer Károly*-nak nagy érdeme van.

Ezért vélte a szakosztály, hogy a mai napot, fennállásának tíz éves évfordulóját legméltóbban azzal ünnepli meg, hogy első elnökéről, annak hivatott utódja útján emlékbeszédben emlékezik meg.

Sarbó Artur dr., egyet. m. tanár,
az elme- és idegkórtani szakosztály elnöke.

Összefoglaló szemle.

Újabb vívmányok a hastyphus kórtanában és epidemiologiájában.

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

Irodalom. *Anton* u. *Fütterer*, Münch. med. Wochenschrift, 1888. — *Doerr*, Wiener klin. Wochenschrift, 1905. 33. — *Doerr*, Centralblatt f. Bakt. etc. I. Abt. Original. Bd. XXXIX., Heft 5. 1905. — *Kanthack* ref. Baumgarten's Jahresbericht 1897. — *Drigalski*, Centralblatt f. Bakt. etc. XXXV. u. XXXVI. 1904. Original. Abt. I. — *Richardson*, ref. Baumgarten's Jahresbericht 1899. — *Forster* u. *Kaiser*, Münch. med. Wochenschrift 1905. — *Konrádi Dániel*, Centralbl. f. Bakt. etc. Bd. XL., Heft 1. 1905. — *Dönitz*, Festschrift f. R. Koch. 1903. — *Frosch*, Regionäre Typhusimmunität (Festschrift f. R. Koch. 1903.) — *Seigl*, Klin. Jahrbuch. Bd. XIV. 1905. Heft 5. — *Zeutz*, Über chronische Typhusbacillenträger (Klin. Jahrbuch Bd. XIV. Heft 1.) — *Petschull*, Klin. Jahrbuch 1905. Bd. XIV. Heft 2. — *G. Mayer*, Münch. med. Wochenschrift, 1905. Nr. 52. — *W. Reed, V. Vaughan* and *E. Shakespeare*, ref. Münch. med. Wochenschr. 1905. Nr. 40. — *Schottmüller*, Münch. med. Wochenschrift, 1902. Nr. 25 u. 38. — *Müller* u. *Gräf*, Münch. med. Wochenschrift, 1906. Nr. 2. — *Conradi*, Deutsche med. Wochenschrift, 1906. Nr. 2. — *Scheller*, Centralblatt f. Bakt. u. s. w. I. Abt. Original. Bd. XL. Heft 1.

Az utolsó évek bakteriologiai és járványtani kutatásai a hastyphus terén egyrészt új kórtani tényekkel gazdagították ismereteinket, másrészt nézeteinket ezen betegség terjedéséről lényegesen megváltoztatták. A régi Pettenkofer-féle talajvízelméletet már teljesen elhagyták; ugyanígy kezd most állani a dolog a „rossz egészségügyi körülményekkel", az ivóvízkérdéssel stb., melyeknek ma már nem tulajdonitanak oly fonos szerepet a járványok keletkezésében, noha azok terjesztésében nagy fontosságúak.

Igaz ugyan, hogy az ivóvíz és a csatornázás javításával együtt, a mi leginkább az utolsó évtizedek epidemiologiai és hygienés nézetei érvényesülésének köszönhető, az úgynevezett ivóvízjárványok száma nagy csökkenést mutat. De viszont a vidékre nézve kiderült, hogy itt az ivóvíz és tápszer okozta járványok nem oly gyakoriak, mint azt előbb hitték, hanem hogy — egyes járványoktól eltekintve — állandóan vannak elszórt megbetegedések. Az összes újabb kutatások eredményei oda mutatnak, hogy a typhus terjedésében illetve terjesztésében a „*contact-infectio*" viszi a főszerepet. Értjük pedig ez alatt a kórokozók átvitelét vagy elhurczolását a beteg személye által, vagy oly egyének útján, kik vele, ürüléseivel, vagy általa használt, illetve beszennyezett tárgyakkal érintkeztek.

Ily módon terjesztik a bajt főképen azon betegek, kik könnyü, csak hasmenésnek minősített typhusban szenvednek és így rendes foglalkozásukat akadálytalanul végzik. Ezen egyének bélsarukkal s vizeletükkel tömegesen ürítik ki a typhusbacillust és alig kerülik ki azt, hogy bélsarukkal kezeiket ne szennyezzék. Ily betegek útján jöhetnek és jönnek is létre járványok, ha pl. egy ily beteg tehenész kezéről a tejbe jutnak a typhusbacillusok, vagy ha pl. egy tejüzletben oly alkalmazott müködik, a ki könnyü hasmenésnek nézett typhusban szenved. Ide tartozik a *Petschull* által 1904 nyarán Emsben észlelt, 67 személyre kiterjedő járvány, a mely egy tejcsarnokkezelő családjában előfordult nagyon könnyü megbetegedésre volt visszavezethető; ide sorolandó a *Konrádi* által Kolozsvár környékén a tej bakteriologiai vizsgálata alapján kinyomozott typhus, melynek kiinduláspontját egy tehenész ambulatorius megbetegedése képezte; továbbá az 1904. év őszén Aradon észlelt epidemia. Ezen esetben leginkább azon egyének betegedtek meg, kik a kérdéses időben néhány kávéház és czukrászda látogatói voltak. Az orvosrendőri kutatás azután kiderítette, hogy ezen üzletek a tejet, illetőleg habtejszint oly termelőtől szerezték be, kinek személyzete között typhusbeteg volt.

Az itt szóbanforgó megbetegedések persze csak bakteriologiai vizsgálat útján ismerhetők fel. Ez az egyedüli módja annak, hogy egyébként ki nem deríthető járványok kiinduláspontját megtaláljuk.

Ismeretesek azonban oly elszórt, nem járványszerü, mint-t egy maguktól keletkező typhusmegbetegedések is, melyek sem igen hosszú lappangási időszak, sem a fentemlített ambulatorius esetek felvételével nem voltak megmagyarázhatók. Ezen esetekea typhusbacillus ismert hosszú életképességével a talajban és vízben igyekeztek megmagyarázni, úgy hogy a Pettenkofer-féle elmélet egyik-másik tekintetben újból érvényre jutni látszott. Ezen homályos kérdésre legelőször vetett világot a délnémet typhusendemia tanulmányozására és leküzdésére alakított állami bizottság, melynek számos bakteriologiai vizsgáló állomása magán a fertőzött területen működik. Az első eredmény azon körülmény megállapítása volt, hogy az újabb megbetegedések csupán egyes „fertőzött" házakban, házcsoportokban, vagy tanyákban (Typhushöfe) fordultak elő és inkább újonnan odakerült egyéneken észleltettek, míg a benszülöttek a bajtól menteseknek látszottak. Ezen tünetet *Frosch* „regionáris typhusimmunitás"-nak nevezte és

azon nézetének adott kifejezést, hogy a typhusbacillusok a klinikai tünetek lezajlása után is még rövidebb-hosszabb ideig az emberi szervezetben vesztegelnek. Ezen — klinice gyógyult — egyének ürülékei révén egy typhusban még nem szenvedett ember közvetlen érintkezés folytán fertőződhetik; vagy pedig az ilyen egyének ürülékkel szennyezett kezeikkel tápszereket, pl. tejet stb. fertőzhetnek. Azon időben e feltevés még nagyon is bizonyításra szorult, ily értelmü positiv eseteket ekkor még csak *Drigalski* és *Doenitz* közöltek. *Drigalski* 4 hónappal a betegség klinikai befejeződése után az illető „beteg“ székletéből a typhusbacillust ki tudta tenyészteni, *Doenitz* pedig 6 hónappal ezelőtt hastyphusban szenvedett nő vizeletében találta volt tiszta tenyészetben a typhusbacillust.

Rövid idővel azután, hogy ezen eszme felszinre került, az ezirányú czéltudatos kutatások igen gyorsan szolgáltattak gazdag bizonyító anyagot *Frosch* fenti nézetének támogatására, a mennyiben *Lentz* alig egy éven belül a már említett typhusvizsgáló állomások jegyzőkönyveiből 98 oly esetet tudott összegyüjteni, melyekben a betegség lezajlása után is állandóan megvolt a typhusbaciilus. *Lentz* saját észlelései szerint a typhusbetegek mintegy 4%-a jut ily állapotba; ezen egyéneket „idült bacillusgazdák“-nak nevezi és minden typhusban szenvedett oly egyént sorol ide, a kinél 10 héttel az utolsó klinikai tünet után még találhatók typhusbacillusok. A pontos bakteriologiai vizsgálatok, melyeket typhusból klinice felépült és gyakori ellenőrzés alatt álló ily egyéneken végeztek, ezideig, azaz majdnem teljes két év után sem mutattak változást a bakterium-kiválasztásban. Sőt találtak oly egyéneket is, kiknél a typhusbacillus-kiválasztás a *40 év előtt* lefolyt typhusra volt visszavezethető. Könnyen elképzelhető, hogy ezen emberek hány járványnak lehettek okozói! Ezen „idült bacillusgazdák“ ürülékeiben, leginkább a bélsárban, néha állandóan megvannak a typhusbacillusok tiszta tenyészetben és oly tömegben, hogy a többi bélbakteriumot mintegy kiszorítják; más esetekben nem oly nagyszámúak és csak időközönként jelentkeznek tömegesen a bélsárban.

Igen ritka esetekben hónapok mulva magától teljesen megszünik a bakteriumkiválasztás. Az ily egyének által kiürített typhusbacillusok összes sajátságaikban teljesen megegyeznek a typhus kórokozóival, az immunreactiót typikusan adják és virulentiájuk is átlag olyan, mint a typhusbetegekből nyert bacillusoké, úgy hogy joggal felvehető, hogy ezen hordozójukra nézve már nem veszedelmes mikrobák a betegségre hajlamos más egyénekben typhust okozhatnak. Ezen bacillusgazdák vérsavója állandóan adja a Vidal-reactiót, és pedig *Lentz* szerint 1:20 higitásban igen erősen, 1:50 higitásban már csak gyengén. Minthogy pedig olyan lábadozó typusbetegeknél, kiknél a bakteriumkiválasztás nem állandósult, a Vidal-reactio csak igen rövid ideig positiv, ezen „idült bacillusgazdák“-nál ellenben hónapokon keresztül fennáll: úgylátszik, hogy az állandó bakteriumkiválasztás és a fajlalagos vérreactio között összefüggésnek kell fennállania. Megemlítendő továbbá azon jelenség is, hogy ezen bakteriumgazdák az általuk fertőzött környezetben teljesen immunisan élnek, a mi egyrészt okát lelheti a bennük állandóan jelenlevő bakteriumok által fenntartott antitestképződésben, másrészt pedig a typhusbakteriumok rendes megtelepedési helyeinek úgynevezett lokális immunitásában. Azon körülmény, hogy a kórokozók az ily egyénekben állandóan képződő antitestek hatásától mentek maradnak, oda látszik mutatni, hogy a bacillusok a szervezet olyan helyén találnak menedéket, hol a vérsavó baktericid hatásának nincsenek kitéve.

Lentz szerint az idült bacillusgazdák leginkább az oly typhusbetegek közül valók, a kiknek szervezete az általános anyagforgalom megromlása folytán gyengült, és a kik rossz külső körülmények között élnek. Igy nők, ha nehéz szülések és hosszadalmas gyermekágyak után typhusba esnek, igen gyakran válnak „idült bacillusgazdák“-ká; *Lentz* összeállításában 22 ily egyén közt 16 nőt talált. Belső gyógyszerek, bélantisepticumok hatására a bacillusok rendkivül megfogynak vagy el is tünnek a bélsárból, de a gyógyszerelés megszünésével ismét megjelennek. Ezek alapján fel kellett venni, hogy a bélhuzamba kerülő typhusbacillusok a betegség lezajlása után a bélhuzam valamely függelékében vagy vele összeköttetésben álló valamely szervben telepednek meg és onnan állandóan vagy időközönként a bélhuzamba kerülnek, hol saprophyta módra tovább burjánoznak és az ürülékekben könnyen feltalálhatók. Ezen elméleti érvelés alapján ilyen „bakteriummenedék-“nek leginkább az epehólyag, a processus vermiformis és valamely béldiverticulum tekinthető, tehát oly szervek, melyekből az ép és kóros váladékok kiürülése állandóan lassú, vagy a kedvezőtlen mechanikai viszonyok miatt hiányos.

Már régóta ismeretes, hogy a typhushullák epehólyagjában a typyusbacillus igen gyakran megtalálható; az első idevágó vizsgálatokat *Anton* és *Fütterer* közölték 1888-ban. Későbbi szerzők ezen leletet gyakorinak mondják, újabban *Drigalski* és *Kanthack* minden typhushulla epehólyagjában ki tudták mutatni a typhusbacillust, még pedig jobbára tiszta tenyészetben és néha óriási tömegben. A mint kémlőcsőben végzett kisérletek (*Doerr*) kimutatták, az epében valóban kitünően tenyészik és igen sokáig meg is marad a typhusbacillus. Még egy lépéssel előbbre vitték ezen kérdést azon tények, melyek műtétek alkalmával eltávolított epeköveknek és a lobos epehólyag tartalmának bakteriologiai vizsgálatából derültek ki, a mennyiben ily concrementumokból és váladékokból néhány esetben a typhusbacillus tisztán tenyészett ki oly egyéneknél, kik előrement typhusra nem tudtak visszaemlékezni. Ezután oly esetek is jutottak tudomásra, melyekben kifejezett idült bacillusgazdáknál epeköbántalom keletkezett (*Lentz, Förster* és *Kayser*). Ezen kérdést utóbbi szerzők és velük egy időben *Doerr* kisérleti úton is tanulmányozták és tisztázták. *Doerr* kisérleteinek kiindulási pontját egy műtét alá került, köképzéssel járt genyes epehólyaglob bakteriologiai vizsgálata képezte, a melyben úgy a genyes váladék, mint a concrementumok kizárólag nagy mennyiségü virulens typhusbacillust tartalmaztak. Az epebántalmat fél évvel megelőzőleg a beteg úgy látszik igen enyhe, orvosilag fel sem ismert typhusban szenvedett, mely a kórelőzményben csak mint „rövid ideig tartó“ hasmenés szerepelt. Az eddigiek után kétséget nem szenved, hogy a beteg legalább is az időközönként kólikák kiséretében eltávozott kövekkel együtt virulens typhusbacillusokat ürített.

Az állatkisérletek, melyeket *Doerr* végzett, hogy kiderítse, mily módon és úton jutnak a typhuscsirok az epehólyagba, azon eredményre vezettek, hogy a vérpálya útján fertőzött házinyulaknál már 8 órával később találhatók typhusbacillusok az epehólyagban, a hol még akkor is vesztegelnek, a mikor a bakteriaemia, bakteriuria stb. már régen megszünt; az epehólyag tehát a typhusbacillus legutolsó állomása. Egy izben 120 nappal a fertőzés után még teljesen virulens csirokat talált benne *Doerr*, míg a többi szerv már mind sterilnek bizonyult. A vérpályába befecskendett bacillusok igen hamar megjelennek az epehólyagban és itt többékevésbé erős lobos folyamatokat indítanak meg; *Doerr* egy kisérleti állatnál 40 nappal a fertőzés után 2 lencsényi concrementumot is talált az epehólyagban. Ezen leletével kapcsolatosan említést tesz *Richardson* kisérleteiről, ki agglutinált typhusbacillusok befecskendésével az epehólyagba házinyúlnál köképződést tudott létesiteni. A vérpályába vitt typhusbacillusok az epehólyagon kivül még a májban és a csontvelőben találhatók egy ideig, de ezen szervekből is jóval előbb tünnek el, mint az epehólyagból.

Az ember typhusánál is úgy látszik hasonlók a viszonyok. A nők nagyobb hajlama epehólyagbántalmakra igen jól összeegyeztethető azon tapasztalattal, hogy az idült bacillusgazdák közt nők feltünő nagy számmal vannak (*Lentz*). Mindenesetre azonban ezen kisérletek és az említett bakteriologiai leletek alapján a typhusbacillus jelenléte között a bélhuzamban és az epehólyagban bizonyos szerves összefüggést kell felvennünk. Magyarázatra szorulnak azonban még azon észlelések, melyek szerint az esetek egyik részében az ürülékben állandóan jelen vannak a typhusbacillusok, míg az esetek egy másik részében csak időközönként találhatók. Nézetem szerint ezen jelenség analogonját szolgáltatja a bakteriuria, hol — mint az idevonatkozó pontos vizsgálatok kimutatták — a hátulsó húgycső mirigyes függelékeiben vagy a felső húgyutak diverticulumaiban stb. keresendő a baj idült voltának oka és kútforrása. Ismerünk itt is állandó és időszakos bakteriumkiválasztást, mely utóbbit talán akképen lehetne megmagyarázni, hogy állandó megtelepülésük helyén mindig egy bizonyos tömegre kell felszaporodniok a bacillusoknak, hogy az egyébként csak lappangó, lobos folyamat egy újabb fellobbanása keletkezzék,

mely a lobtermékek és velük együtt a kórokozók nagyobb mérvü kiküszöbölésével ér véget. Az eredeti menedékhelyükből kiküszöbölt csirok aztán, miközben a szervezetet elhagyják, a bélhuzamban, illetőleg a húgyhólyagban és húgycsőben saprophyta módon még jobban elszaporodnak. Ezen jelenséget *Forster* és *Kayser* embernél a paratyphus-csoporthoz tartozó bakteriumoknál is ki tudták mutatni és állatkisérletekkel utánozni; *Doerr* ezen bakteriumokon kivül még a bakterium colival és a Flexner féle dysenteria-bacillussal is végzett ily kisérleteket. Valamennyi vizsgálat alá vett mikroorganismus a vérpálya útján történt fertőzés után a kisérleti állatok epehólyagjába jutott és itt iobos folyamatokat indított meg a Flexner-féle bacillus kivételével, mely az epében nem képes nőni és már legkésőbb 9 × 24 óra alatt a kisérleti állat szerveiből eltünik.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

O. Rosenthal: Alkoholismus und Prostitution. Berlin, A. Hirschwald, 1905.

Szerző az alkoholismus leküzdésére alakult központi bizottságban tartott két előadását adja közre e füzetben. Az alkoholismus kérdését, ép úgy, mint a venerikus betegségek elterjedése elleni mozgalmat, a kulturállamok valamennyiében a sociál-hygiene elsőrangú kérdéseiként helyezték az érdeklődés központjába. A kettő közötti kölcsönhatás kétségtelen. Kétségtelen, hogy a venerikus betegségek elleni küzdelem szoros, elválaszthatlan kapcsolatban áll az alkoholismus elleni küzdelemmel. A venerikus megbetegedésekkel való fertőzés az esetek igen nagy hányadában az alkohol hatása alatt végzett coitusra vezethető vissza. Nemcsak az ittas egyénnek csökkent erkölcsi érzése és önuralma kisértésekkel szemben, hanem a fokozott nemi ingerlékenység, az ébredő ösztönnek állatiasan impulsiv módon történő kielégítése, az actusnak hosszabb tartama, a legkezdetlegesebb elővigyázatnak és tisztálkodásnak szem elől tévesztése adja meg a fertőzés gyakoriságának magyarázatát.

A prostitutioval való megismerkedést, különösen a tanuló ifjúságnál, az acut alkoholismus közvetíti. Az addig tisztességes munkás- vagy polgárleány elbukását sokszor valamely mulatság alkalmával élvezett alkoholnak vagy a csábító által tervszerüleg létesített ittasságának tulajdoníthatja. Azután iszik és „mulat" az ilyen leány, hogy ébredő lelkiismeretének hangját elnémítsa, később mert megszokja és öröme telik benne. Erkölcsi érzésének süllyedése, a csábítóval folytatott viszony megszakadása, újabb, mind rövidebb tartamú viszonyok kötése, majd a nyujtott élvezetért anyagi aequivalens felajánlása a férfi részéről, utóbb ennek rendszeres követelése a nő részéről néha igen gyorsan üzi a prostitutio soraiba az eredetileg jó hajlamú leányt.

Az alkoholnak a sexuális élet tisztaságára való deletaer hatását a prostitutioval üzletszerüleg foglalkozók mindenkor felismerték. Az alkoholos italoknak bordélyházakban való eladása minden hatósági eltiltás vagy korlátozás ellenére fennáll, tiltott volta csak az üzletnek válik előnyére. Az alkohol élvezésére való buzdítás czélzata, a fogyasztásnak így elérendő fokozása, a vendéglők és mulatóhelyek női kiszolgálását, a pinczérnők intézményét hozta létre, a titkos prostitutio óriási megsokasodását idézve elő. Az alkoholismus és prostitutio ezen közös táptalaján burjánzanak legdúsabban az emberi romlottság mikrobái. Az erkölcsi, a vagyon- és az életbiztonság ellen elkövetett büntettek végnélküli lajstroma a prostitutio és alkoholismus kölcsönhatásából, az ezzel kapcsolatos egyéni elzüllésből, a prostituáltak és kitartottak társaságából nyeri legtöbb új számát.

Az előttünk fekvő füzetben szerző népszerű módon ismerteti külön a prostitutio, külön az alkoholismus veszélyeit, majd e kettőnek egymásra való hatását, a venerikus betegségeket, azoknak késői, az életet is fenyegető jelenségeit és legsúlyosabb következményét, a paralysist. Hiszi, hogy felvilágosítás, a munkásosztály gazdasági és szellemi felemelése, a lakásviszonyok és a közegészségügy emelése által sikert lehet majd elérni, absolut eredményt azonban nem. A prostitutio assanálása, az ifjúság felvilágosítása, a nemileg betegeknek ingyenes gyógykezelése és kórházi ellátása, a mint az egyes államokban (így Magyarországban is) már megvan, az alkoholismus elleni küzdelem folytatása: ezek azon tényezők, a melyektől a jelenkori szomorú viszonyok javulása várható. *Ráskai Dezső* dr.

Uj könyvek. *V. Lieblein* und *H. Hilgenreiner:* Die Geschwüre und die erworbenen Fisteln des Magen-Darmkanals. Stuttgart, F. Enke. — *W. A. Freund:* Über primäre Thoraxanomalien, speziell über die starre Dilatation des Thorax als Ursache eines Lungenemphysems. Berlin, S. Karger. — *Fr. Stricker:* Die Blinddarmentzündung (Perityphlitis) in der Armee von 1880—1900. Berlin, A. Hirschwald. — *E. St. Faust:* Die tierischen Gifte. Braunschweig, Vieweg. — *Fr. Guermonprez:* Études sur le traitement des fractures des membres. Paris, J. Rousset. — *A. Chantemesse:* Mouches et choléra. Paris. Ballière et fils. — *P. Brouardel:* Les blessures et les accidents du travail. Paris, Ballière et fils. — *P. Ferrier:* La guérison de la tuberculose basée sur l'étude des cas de guérison spontanée. Paris, Ballière et fils. — *Bouchard-Oliver:* Lectures on autointoxication in disease. Second revised edition. Philadelphia, F. B. Davis Company.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A czukor mennyiségének meghatározása a vizeletben többféle módon történhetik: polarisatioval, az erjedés fokának megállapításával, vegyi úton, a Riegler féle gazometriás úton. Ez utóbbit próbálta ki legújabban használhatóságára nézve *Levy* a heidelbergi belklinikán, összehasonlítva az eredményeket a polarisatio, valamint a Pavy-féle eljárás Sahli féle módosításának eredményeivel. Vizsgálatai alapján azt mondja, hogy az utóbbi eljárással nyert eredmények sokkal jobban megközelitik a polarisatio útján nyert értékeket s részint ezért, részint meg azért is, mert nagyon egyszerü és olcsó, a gyakorló orvos számára nagyon ajánlja. Nem tartjuk azért feleslegesnek a Pavy-Sahli-féle eljárás pontos ismertetését. Végzésekor szükségünk van egy bürettára, egy körülbelül 100 cm^3-es lombikra és egy borszesz-vagy Bunsen-lámpára. Mindenekelőtt a lombikba teszünk 10 cm^3 Pavy-oldatot és 30 cm^3 vizet. Sahli szerint a Pavy-oldat két készletben tartott oldatból használat előtt keverendő össze. Az I. oldat 500·0 párolt vízre 4·158 tiszta kristályos rézsulfatot tartalmaz, a II. oldat összetétele pedig a következő: Seignette-só 20·4; tiszta maró kalium 20·4; ammoniak (0·880 f. s.) 300·0; párolt víz, hogy az egész mennyiség 500 cm^3 legyen. A két oldat egyenlő mennyiségének összeöntéséből készül a Pavy-oldat. Ezután megtöltjük a bürettát a 20—50-szeresen higított vizsgálandó vizelettel (a czukor mennyiségére nagyjából a minőleges czukorpróba eredményéből következtethetünk; ha ezen próba alapján sok czukorra van kilátás, erősebben, ha kevésre, gyengébben higitjuk a vizeletet). A higitást is legjobb párolt vízzel végezni, mert közönséges vízzel könnyen homályosodás keletkezhetik. Ezután megkezdjük a lombikban levő, higított Pavy-oldat hevitését; ha már forr a folyadék, addig bocsátunk belé a folyadék állandóan forrásban tartása mellett a bürettából, a mig a folyadék elszintelenedik. A bürettából elhasznált folyadék mennyiségéből már most könnyen kiszámítható a higítások tekintetbe vételével a czukortartalom, a mennyiben 10 cm^3 Pavy oldat elszintelenítésére 0·005 czukor (glykose) szükségeltetik. A számításra szolgál a következő képlet: x (a vizsgált vizelet czukortartalma %-ban)

$$= \frac{0{\cdot}005 \times h \text{ (higítás foka)} \times 100}{cm^3 \text{ (elhasznált vizelet mennyisége } cm^3\text{-ben)}}$$

Ha például a 20-szorosan higított vizeletből 3 cm^3-t használtunk el, akkor az illető vizelet czukortartalma %-ban

$$= \frac{0{\cdot}005 \times 20 \times 100}{3} = 3{\cdot}33.$$

Az eljárás legfeljebb 10 perczet vesz igénybe. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1906. 5. szám)

A trypsin hatása a Jensen-féle egérbetegségre. *Bread* tanulmány tárgyává tette, hogy az egerek átoltható rákjának élő sejtjeire mily hatást gyakorol a trypsin. Kisérleteinél a Shaw-

Mackenzie utasításai szerint készült trypsin-oldatot használta, melyet az Allen és Hanbury czég hoz 3 és 5 százalékos oldatokban forgalomba. A 1½ százalékosra higított oldatból egyszerre kb. 0·3 cm³-t (2 minims) fecskendeztek a daganatba, minden 2—3 napban egyszer. Az adag nagyobb nem igen lehet, mert 2½% oldat ⅓ cm³-étől az egér csaknem elpusztul.

A 4—9 injectioval kezelt egerek daganata szemlátomást kisebbedett, úgy hogy alig lencsényi lett, míg a controll-állatnál olyan volt, mint a hüvelykujj utolsó ize. A leölt állatok daganatának histologiai vizsgálata a tumor minden sejtjében sorvadást, elfajulást és szétesést mutatott. A környező szervek sejtjei teljesen épek maradtak.

A trypsin tehát megtámadja a ráksejteket s nem bántja a szervezet normális sejtjeit.

Bread e tapasztalatai alapján merész hypothesisekbe bocsátkozik; hogy pl. a rák fermentuma, a „malignin", antagonistikus viszonyban van a trypsinnel; a rák nem fertőzés útján jő létre, nem embryonális somatikus szövet, hanem „ivartalan" sejtekből álló trophoblast.

Ligertwood, ki csatlakozik Shaw-Mackenzie azon nézetéhez, hogy a pankreas és a rák között valami connexio van, sikerrel kezelt több inoperabilis carcinoma-esetet trypsin injectiókkal. Hangsúlyozza, hogy az aseptikus dolgozásra igen nagy súly fektetendő. Eseteiről nem ir.

Howard Pirie inoperabilis uterus-carcinománál adott 3—5 teáskanállal trypsin-glycerin oldatot, s a tumorban rohamos szétesési folyamatot vélt konstatálni. (Brit. med. Journ. 1906.)

Belorvostan.

Súlyos anaemiák gyógyítására *Rollin* a Pawlow módszere szerint előállított természetes gyomornedvet ajánlja. Vizsgálatai ugyanis, a melyeket a gyomor savtartalma és a vér állapota közötti összefüggésre vonatkozólag végzett, arra az eredményre vezették, hogy a vér „táplálkozása" és a gyomor aciditása között határozott összefüggés mutatható ki. Achylia gastricában és e mellett súlyos anaemiában szenvedő egy betegének tehát természetes gyomornedvet adott, mire vérszegénysége tetemes javulásnak indult. (Berliner klinische Wochenschrift, 1906. 5. szám.)

A gyomorfekély gyógyításáról tartott nemrégiben előadást *Minkowski* tanár a stralsundi kerület orvosainak társulatában. Ezen előadásban tekinteten kivül hagyva a gyomorfekély gyógyszeres és tüneti orvoslását, csupán a sebészi beavatkozás javalataira és a diaetás kezelésre terjeszkedett ki. Műtéti beavatkozás javalt: 1. A fekély átfúródása esetén; noha nagyon kivételesen előfordul, hogy ilyenkor spontan gyógyulás következik be: erre az eshetőségre nem szabad számítani; nagyon fontos az átfúródás bekövetkezte után úgyszólván rögtön, az első órákban operálni. 2. Javalt a sebészi beavatkozás gyakran ismétlődő vérzéseknél. Profus, életveszélyes vérzés esetén alig nyilik alkalom a műtétre; de különben is csak a legritkább esetekben sikerülhet a vérző ér meglelése és lekötése; de meg súlyos collapsusban nem is szeretnek operálni. Egyébként a vérzéssel járó gyomorfekélyek nem is nagyon rossz prognosisúak; akárhányszor tapasztalni, hogy egy évek óta vérzések nélkül fennállott gyomorfekély vérzés jelentkezése után rövid idő alatt meggyógyult, talán azért, mert a vérzés úgy az orvost, mint a beteget megijeszti, a minek erélyesebb, következetesebb gyógyítás az eredménye. 3. A műtéti beavatkozás fő javalatát a gyomor mechanikai insufficientiája képezi, a mely miatt a gastroenterostomiát végzik. Csakhogy itt is meg kell válogatni az eseteket. Heges pylorus-szükület esetén mindenesetre javalt a műtét; spastikus pylorus-szükület legtöbb esete azonban belső kezelésre is meggyógyul, noha némelyik csak műtéttel gyógyítható. Vannak azután olyan fekélyek is, a melyek nem ülnek ugyan a pylorus táján, azonban különböző okok miatt a legszorgosabb belső kezelésre sem javulnak. Ilyen esetekben is javalt lehet a műtét, noha sokszor ez sem segít. 4. Javalt a műtét olyanoknál, a kik társadalmi helyzetük miatt nem szentelhetnek oly hosszú időt a gyógyításra, a milyenre a belső kezeléskor szükség van. 5. Javalt lehet végre a műtét fekély okozta homokóragyomor vagy perigastritises összenövések miatt.

Előadó véleménye szerint gyomorfekély minden esetében eleinte kisérletet lehet tenni a belső kezeléssel, annál is inkább, mert a várakozás orvosi felügyelet mellett nem jár veszélylyel. *Fleiner* említette nehány év előtt, hogy 10 év leforgása alatt klinikai észlelés alatt állott 300 esete közül egynél sem állott be csillapíthatlan hányás, halálos vérzés, halálos perforatio, inanitio, egyáltalában egy esete sem végződött halálosan. *Minkovski* mintegy 150 esete közül csak egy volt halálos, noha 71-ben volt vérzés; az egy halálos eset már perforatioval került megfigyelés alá. A belső kezelés eredményei tehát nagyon jók, csak az a kár, hogy nagyon hosszú időt vesz igénybe.

A mi a diaetás kezelést illeti: egyrészt a gyomrot kell kimélni, másrészt pedig a szervezetet lehetőleg erősíteni. A Leube-féle diaeta a fősúlyt a gyomor kimélésére helyezi. E tekintetben egyesek még tovább mennek és a per os táplálkozást teljesen megtiltják. Az ilyen kimélő diaeta azonban csak olyanoknál foganatosítható, a kik aránylag még erősek, elég ellentálló képességgel birnak. A betegek zöme azonban nem ilyen, úgy hogy ezeknél talán többet használunk, ha a gyomor túlságba vitt kimélése helyett inkább erőbeli állapotuk javítására törekszünk. Ezt a czélt igyekszik elérni *Lenhartz*. Diaetájában a főszerepet a tojások játszszák; még vérzés esetén is már az első napon 1—3 darabot ad s azután naponként egy tojással emelkedik 8 darabig; a tojásokat eleinte nyersen, habbá verve, később lágyra főzve adja. E mellett kevés tejet is ad, eleinte 200 cm³-t, azután naponként 100 cm³-rel többlet, legfeljebb 1 litert naponként. Nemsokára czukrot is megenged (20—50 gramm), a mely tojással összehabarható. Az első hét vége felé már húsvakarékot (35—70 gramm) is kap a beteg, a második héttől kezdve pedig fokozódó mennyiségben rizs- vagy darapépet, áztatott kétszersültet, 50 gramm nyers sonkavakarékot és 20—40 gramm vajat. Ezen diaeta mellett csakugyan sokkal hamarább erőre kapnak a betegek, korábban lesznek munkabiróvá és az eredmény tartóssága is kedvezőbb.

Lenhartz ajánlata azonban nem sok követőre akadt. Nagyobb anyagon csak *Wirsing* tett vele kisérletet és főleg friss vérzéses esetekben gyorsabb gyógyulást ért el és eredményei tartósabbak is voltak.

Minkovski mintegy 30 esetben próbálta ki Lenhartz eljárását és eredményeivel nagyon meg van elégedve. Csak egyben tért el, hogy tudniillik a vérzés utáni első napokban semmit sem adott, czélszerűbbnek találván ilyenkor a gyomor teljes nyugalmát. Egyúttal figyelmeztet a jéglabdacsok túlságba vitt használatának káros voltára; az olvadó jég könnyen túlterheli a gyomrot és hányásra ingerel. Végül pedig arra is felhivja a figyelmet, hogy a táplálék (tojás, húsvakarék) sózása lehetőleg kerülendő. (Medizinische Klinik, 1905. 52. szám.)

„Turisztika és szív" czímmel tartott előadást nemrégiben *Beck* a bécsi orvosegyletben. Turisztikában több tényező hat a szívre, nemcsak a testi munka. Jelentőségteljes az is, hogy az idegrendszer hosszú ideig, néha 16—20 óra hosszat van fokozottan megfeszítve. Beck több száz pulsus számlálást végzett és úgy találta, hogy a pulsusszám 120—160 közt ingadozik a túra alatt, de talált 180 at is. Arhythmiát sohasem észlelt, valamint fehérjevizelést sem; csak elvétve sikerült néha a Spiegler Jolles féle próbával fehérjét nyomokban kimutatni. Gärtner-féle tonometerrel végzett vérnyomásvizsgálatainak eredményeként közli, hogy hegyi túrák alatt mérsékelten emelkedett a vérnyomás, azonban megeröltető túrák alatt sem lépi túl, illetve alig haladja meg azt a határt, melyet Gärtner még physiologiásnak jelez. Gyakran ki tudta mutatni a szívtompulat megnagyobbodását jobb, bal, vagy mindkét irányban; ez azonban pihenés alatt pár percz mulva eltünt, csak ritka esetben tartott néhány óra hosszat. Az ilyen szívmegnagyobbodásokat, ha évenként gyakran ismétlődnek, megmaradó szívbaj előidéző momentumai közé sorozza. Megvizsgált 31 elsőrendü vezetőt illetőleg hegymászót s ezek közül 28-nál (= 90%) szervi szívbajt észlelt; nézete szerint a legtöbb ily esetben a szívizom van megtámadva. (Wiener klinische Wochenschrift. 1906. 3. sz.)

Szinnyei dr.

Az intrathorakális nyirokmirigyek megnagyobbodásának klinikai diagnosisa. *O. de la Camp* főleg gyermekek megnagyobbodott mellüri nyirokmirigyeinek diagnosisával foglalkozott, tekintet

nélkül az aetiologiára. Első „lokális“ tünetként említi a száraz „reflex“ vagy „vagus“-köhögést, melyet compressio útján vált ki a megnagyobbodott nyirokmirigy. Inspectioval persze csak bizonyos nagyságot elért mirigycsomó nyomása okozta venatágulást láthatunk meg a mellkason s a tapintás is csak annyiban értékesíthető, hogy a kitapintott nyaki mirigyek megnagyobbodásából per analogiam következtetünk hasonló elváltozásra a mellkasban. Kopogtatással is csak bizonyos nagyságot elért és alkalmas fekvésü nyirokmirigyet tudunk kimutatni s a hallgatódzás sem ad teljesen biztos tünetet s így csak a Röntgen-eljárással kaphatunk a mirigy-megnagyobbodásról positiv adatot. Legjobban az elmeszesedett mirigy mutatható ki, az egyszerüen duzzadt vagy sajtos mirigy nem demonstrálható. A Röntgen-képen is, különösen gyermekeknél, a relative nagy szív árnyéka részben fedheti a bal tüdő hilusánál fekvő megnagyobbodott mirigyeket. Differentialdiagnostikai szempontból ilyenképen számba kell venni (gyermeknél) a thymus árnyékát, a hilusrajzolat partiális sötétségét rhachitisnél, továbbá magának a hilusnak erősebb rajzolódását. (Medizinische Klinik, 1906. 1. sz.) *Szinnyei* dr.

Sebészet.

A proc. vermiformis maradványaiból cystaképződést látott kiindulni 3 esetében *Klemm*. A cystaképződést két izben extraappendiculáris genyedés lezajlása után észlelte. Az így képződött cysták bélése nyálkahártya, tartalma nyákos geny volt. A cysták appendicitis recidivans klinikai képét tüntették fel, mely tünetek a kiirtások után teljesen megszüntek. (Münch. med. Wochenschr. 1905, 41. sz.) *Pólya.*

Az urethrotomia internáról ir *Ravasini*. *Nicolich* osztályán majdnem kizárólag ezen eljárást használják szük stricturák esetén. Összesen 436 esetet operáltak ily módon; halálesetet a műtét kapcsán csupán egyet észleltek, az utolsó 10 évben egyetlen egyet sem. Urethrotomia externára ezen idő alatt csak 25 izben szorultak, míg áthatolhatatlan strictura miatt hólyagpunctiót csak egyszer kellett végezni. Az urethrotomia interna után 36 óráig hagyják benn az állandó kathetert, azután a beteget koronként sondázzák. (Wiener klin. Wochenschrift 1905, 49. sz.) *Pólya.*

Törött hajtű okozta duodenum-perforatioról ir *Crisp English*. A tüvel egy 16 éves leány ágyban fekve a fogait piszkálta és e közben elaludt; arra ébredt fel, hogy a tű a torkában van, azonban nem birta már onnan kihúzni, hanem lenyelte. A peritonitis tünetei 12 nappal a tű elnyelése után álltak be; a tű a duodenum lehágó ágát fúrta át törött végével. Műtéttel sikerült a beteg életét megmenteni. Érdekes, hogy a beteget előzőleg több izben röntgenezték s a tűt mindig a colonban levőnek vélték. (The Lancet, 1905. 4291. sz.) *Pólya.*

Villát nyelt ebéd közben *Lavry* betege. A villát a Röntgenkép a gyomorban mutatta s innen gastrotomia által eltávolíttatván, a beteg meggyógyult. Ezzel kapcsolatban egy esetet említ, a hol egy elmebeteg által elnyelt villa 5½ év után okozta a beteg halálát. (The Lancet, 1905. 4285. sz.) *Pólya*

Az appendix-epiploicusok által okozott abdominális megbetegedésekről ir *Riedel*. Megfigyelései szerint az appendix-epiploicusokból lecsavarodás által létrejött corpus liberumok peritonitist és peritoneális genyedést, az appendix epiploicusok kinyúlása által létrejött álszálagok bélelzáródást s az appendix-epiploicusok bejutása és megcsavarodása sérvtömlőben sérvtömlőgyuladást tudnak előidézni. (Münchener med. Wochenschr. 1905. 48. sz.) *Pólya.*

Intraabdominális csepleszcsavarodást két izben észlelt *Simon*, melyek műtét után gyógyultak. Az irodalomban található 29 csepleszcsavarodás közül csak kettőben nem volt hernia jelen; S. egyik esete szintén ilyen. A másikban a herniazsák üres volt, a cseplesz ellenben egy ovariális cystával volt összenöve. (Münchener med. Wochenschr. 1905. 41. sz.) *Pólya*

A lúdtalpdiagnosis methodikájához a következő módszerrel járul *Schumann*. Fehér irópapirost liquor ferri sesquichlorati higított oldatával ken be s a lábtalpat 5%-os ferrocyankalium-oldattal nedvesíti meg; ha most a beteg lábával a praeparált ívre reáll, a lábtalp lenyomata éles, sötétkék képben rajzolódik le. A lenyomat szóval a berlini-kék-reactión alapul, szépségéről ref.-nek is volt alkalma meggyőződni. (Münch. med. Wochenschr. 1906. 2. szám) *Gergő.*

A Douglas-űr tályogképződéseit tanulmányozta *R. Morian* és 8 esete kapcsán következő tapasztalatait közli: 1. A Douglas-genyedések többnyire általános hashártyagyuladás részjelenségei és leggyakrabban a féregnyúlvány gyuladásából indulnak ki. 2. Rendszerint egy héttel a vakbélgyuladás-roham után keletkeznek. 3. A Douglas-űr genyedései a hőmérséket és ütérlökést kevéssé befolyásolják; helybelileg nyomják a rectumot, annak a lobosodásához vezetnek s később a symphysis felett jelennek meg. Biztos kórismézésükhöz próbapunctio szükséges. 4. A Douglas-űr tályogjai lehetőleg jókor nyitandók meg. Mint legalkalmasabb módszert szerző a Rotter-féle eljárást ajánlja, mely az elülső végbélfal átfurásából áll. A perineális és parasacrális metszéseket szíveseben a medenczének és kötőszövetének gyuladásos folyamatainál alkalmazza. (Münch. med Wochenschr., 1906. 3. szám.) *Gergő.*

Epeútszakadás után 3300 cm³ tiszta epét látott kiömleni *Rotfuchs* a szabad hasüregből. A beavatkozás 18 nappal a trauma után történt s gyógyulásra vezetett. Mivel a hólyag ép és telt volt, Rothfuchs azt hiszi, hogy a szakadás a choledochuson történt. (Münchener med. Wochenschr. 1905. 41. sz.) *Pólya.*

Az occipitalis ereken aneurysma arteriosovenosumot észlelt *Cushing*. A bántalom a tarkóra való esés után 2 hóval keletkezett és folyton nőtt, noha az arteria occipitalist alákötötték. C. azért 7 évvel a trauma után az 5 cm. átmérőjü és a bőr szine fölé 2 cm.-rel kiemelkedő pulzáló tumort a carotis externa előzetes lekötése után kiirtotta, mire teljes gyógyulás állott be. A fejen levő arteriosovenosus aneurysmák közül a carotis int. és a sinus cavernosus közt fennállók (exophthalmus pulsans) elég gyakoriak, ép úgy a temporális ereken levők. A leirt localisatio az irodalomban egyedül álló. (New-York and Philadelphia med. Journ. 1905. dec. 23.) *Pólya.*

Asthma thymicum esetében thymusexstirpatiót végzett 2 éves gyermeknél sikerrel *Ehrhardt*, königsbergi docens. A thymushyperplasia aetiologiás szerepét illetőleg eltérők a vélemények. Az egyik theoria szerint a hyperplasiás mirigy a mellső gátorüreg szerveire mechanikus hatást fejt ki, a másik elmélet szerint a mirigy térfogatnagyobbodása általános lymphatikus-chlorosisos állapot ré-zjelensége s az asthma és a thymushyperplasia közötti összefüggés csak közvetett. *Ehrhardt* a thymus totális kiirtását végezte; a műtét javalatát a tracheának antero-posterior irányban keletkezett lapos összenyomatása folytán beállott légszükséglet képezte, a mely intubatio után is továbbra fennállott. A műtét után ú. n. kiesési tünetek nem állottak be, a beteg elsődleges gyógyulással gyógyult.

Azon eseteket, a melyekben a légutak mechanikus összenyomatása nincs jelen s a halál mégis beáll ú. n. „thymushalál“ alakjában, *Ehrhardt* úgy magyarázza, hogy a *Paltauf*-féle lymphatikus-chlorosisos constitutioban rejlik az ok. Ezen sikerrel operált eset után *Ehrhardt* oda következtet, hogy a „hypothymisatio“ nem ártalmas és a thymus már a gyermekkorban is felesleges szervnek tekinthető. (Archiv. f. klin. Chirurgie, 1905, 78 k. 3 f.) *Steiner Pál* dr.

Gyermekgyógyászat.

Purpura fulminans esetét irja le *Risel* a lipcsei gyermekklinikából. Így nevezte el ugyanis *Henoch* azon purpura eseteket, melyekben a vérzések csupán a börre szorítkoznak s itt oly nagy kiterjedésüek, hogy ezek következtében nehány nap alatt beáll a halál. Nyálkahártyavérzések ez esetekben hiányoznak, s a boncolás a belső szervek nagyfokú anaemiáján kivül semmi kóros leletet nem mutat. *Risel* esete egy három éves és tíz hónapos gyermekre vonatkozik, a kinél tizenhat nappal a vörheny után symmetrikusan a végtagokon, majd a háton vérzések jelentkeztek. A vérzések csaknem kizárólag a test háti részére korlátozódtak s csakhamar roppant kiterjedést nyertek; csak röviddel a halál előtt jelentkeztek a száj nyálkahártyájából is vérzések. A halál

48 órával az első vérzés megjelenése után állott be. A bonczolás s a bakteriologiai vizsgálat a vérzés okára vonatkozólag semmit sem derített fel. *Risel* az irodalom áttekintésekor csak tizenegy hasonló esetet talált. (Zeitschr. für klin. Mediz. 1905.)

Flesch Ármin dr.

A latens és manifest tetaniának új jellegzetes tünetét irja le *Uffenheimer*: az úgynevezett tetaniás arczot. Azt tapasztalta, hogy a tetaniás gyermekek nagy részénél az arczkifejezés sajátságosan elváltozott s nagy mértékben elüt a hasonló korú egészséges gyermekekétől. Arczvonásaikból eltünt a sajátlagos gyermekesség és helyét oly kifejezés váltotta fel, mintha gondolkoznék vagy bánkódnék a gyermek. Az arczvonások ez elváltozása valószinüleg onnan származik, hogy az izmokban bizonyos feszesség, enyhe tonikus görcs támad, a mely e szerint legenyhébb alakja lenne a valódi tetanusnál észlelhető risus sardonicusnak. Ezen tetaniás arczot az esetek nagy számában megtalálta akkor is, midőn a Chvostek- és Trousseau féle jelet kimutatni nem lehetett. Minthogy e tetaniás arcz észlelhető oly esetekben is, melyekben a kathodnyitási rángás csak öt milliampèren felül váltható ki, s a melyekben eddig ép ezen okból tetaniát nem vettünk fel, e tünetet praemonitoriusnak kell tekintenünk és ez lehetővé teszi a minél korábbi gyógyító beavatkozást. (Jahrb. für Kinderheilk., 1905. 62. kötet, 6. füzet.) *Flesch Ármin* dr.

Előhaladó kétoldali arczsorvadás érdekesebb esetéről számol be *Schlesinger*. Monti bécsi poliklinikumán észlelte az esetet. A tíz éves leánykánál néhány hónappal a 6 év előtt lezajlott kanyaró után először a bal, majd a jobb pofa köztakarójának előrehaladó sorvadása jelentkezett és egy év leforgása alatt érte el jelen fokát. Teljesen elvékonyodott bőr és hiányzó zsirpárna mellett normális az izomzat tömege, müködése és villamos ingerlékenysége. A jobb szemrés és pupilla valamivel szükebb, mint a bal. A vizsgálat különben lényegesebb eltérést nem mutatott. Esetének magyarázásánál *Möbius* elméletére támaszkodik és a kanyaró mérgében látja a helybeli ártalmat. (Arch. für Kinderh., 1905. 42. kötet.) *Schossberger Sándor* dr.

Venereás bántalmak.

A tanuló ifjúság felvilágosítását a nemi élet terén követelte az „Österreichische Gesellschaft für Gesundheitspflege“ egyik legutóbbi előadásán *Ullmann* (Bécs). Az előadás, melynek alapgondolata Németországban már állandóan napirenden van, mindazon pontokra kiterjeszkedett, melyek e kényes themának gyakorlati alkalmazását a nevelésben lehetővé teszik. *Ullmann* tételei erre nézve a következők:

1. A tanuló ifjúság sexuális felvilágosításának kérdése, úgy mint eddig, egyelőre tovább is a házi nevelésnek feladatát képezi, és az iskolai oktatásban csupán tantárgynak tekintendő. A természetrajzi és rokon tárgyak tanítása a nyilvános iskolákban egységesen olyképen történjék, hogy az az összes korosztályú iskolásgyermekek házi nevelése számára mindenkoron hathatós segítségül szolgáljon.

2. A tanuló ifjúság nemi eltévelygéseinek veszedelme leghatásosabban és legczélszerübben oly intézkedések által hárítható el, melyek a gyermekeknek szabad és tökéletes testi kifejlődését lehetővé teszik és a melyek alkalmasak arra, hogy a neurastheniára vezető gyakori öröklött hajlam, valamint ezzel a nemi eltévelygés dispositiojának legfontosabb forrása ellen működjenek. Ettől eltekintve, ugyancsak pártolandók bizonyos tiltó intézkedések is, melyek az iskolás gyermekek szellemi infectioja ellen irányulnak.

3. Orvosi szempontból nem áll fenn semmi akadály arra nézve, hogy az állati és növényi életnek generatiós és fejlődési folyamatai tárgyaltassanak. Az előadásnak természetesen alkalmazkodnia kell az egyes korosztályokhoz és kerülnie az érzéki szerelem részleteit.

4. A heterolog sexuális különbségek, a nemzésnek és az állatok és ember szerelmi életének ismertetése mindkét nembeli tanulók tantervébe illesztessék be, de csak a 6. középiskolai osztálytól kezdve, akkor azonban teljesen burkolatlan módon. (A kivételt lásd a 8. pont alatt.)

5. Az emberre vonatkozó fejtegetések az eddigi tantervbe újonnan és kötelezően beillesztendő tantárgynak, a somatologiának és hygienének keretében történjenek. Az előadással kivételesen, a mennyiben iskolaorvosok nem állnak rendelkezésre, közegészségileg képzett természetrajzi tanítók is megbizhatók.

6. Az igy átalakult modern iskola csak azon mértékben nyeri el a jogot arra nézve, hogy az iskolás gyermekek egészségére oly fontos felvilágositást a fiatalabb korosztályokra is kiterjeszthesse, a mennyiben a testi neveléssel és nemesítéssel is foglalkozik és az arra szükséges időt a tantervvel összeegyezteti.

7. Ezen szabad nevelési rendszer ártalmatlan keresztülviteléhez azonban feltétlenül szükséges az iskolaorvosintézménynek létesítése és pedig úgy az elemi, mint a középiskolák számára. Ez az intézmény azonban csak akkor fog teljesen virágzani, ha az iskolaorvos a ki megfelelő hygienikus képzettséggel kell hogy birjon, egészségügyi kérdésekben legalább is egyenrangú a tanítótestület többi tagjaival, az üléseken szavazattal bir, az állam által ellenőriztetik és anyagilag egyedül attól függ.

8. Egyedül az iskolaorvos joga, hogy a tanulót a testi egészségügyi oktatás alól egy évre felmentse, illetőleg azt szükség esetén még a 6. középosztálynak megfelelő évfolyam előtt már e tantárgyban való résztvételre kötelezze. E tekintetben szükséges, hogy az órarendben ily változás lehető legyen. (München. med. Wochenschft., 1906. 1. sz.) *Guszman.*

Kankós eredetü primaer nyirokérlob és ebből kiinduló gonococcus-metastasisok érdekes és eléggé ritka esetét közli *Fr. Schultz*. A Jadassohn tanár osztályán kezelt beteg kórtörténetéből a következőket kell kiemelnem: A monytó hátán közvetlenül a symphysis alatt egy 3—4 cm hosszú, körülbelül czérnavastagságú, feszes köteg tapintható, a mely felett a változatlan bőr minden irányban könnyen eltolható; fekélynek avagy sérülésnek sehol semmi nyoma. Húgycsőfolyás nincs. Néhány nap mulva a jobb deltoideus környéke, majd a jobb középujj phalango-metacarpal izülete, utóbb pedig a jobb lábfej egészben megdagad, nyomásra érzékeny, mozgatáskor igen fájdalmas; a jelzett helyek felett körülirt bőrpir. Míg meleg borogatásokra az összes jelenségek, a nyirokérlobot is beleértve, lassacskán visszafejlődnek, addig a jobb kézháton keletkezett tályogot fel kell nyitni; az ebből vett geny serumagaron typikus gonococcus-koloniákat mutatott. A folytonosan szemmel tartott, egy perczig sem nedvedző húgycsőnyálkahártya részéről a kristálytiszta reggeli vizeletben nehány foszlány, ezekben kevés genysejt és sok hámsejt, de semmi mikroorganismus, ez volt az egyetlen positiv lelet. Kétségtelen az, hogy kankós fertőzéssel van dolgunk. vita tárgyát csakis az képezheti, hogy a gonococcus-metastasisok honnét erednek? Nagyon valószinütlen, eddig legalább észlelve nem lett, hogy egy régi, idült kankó — foszlányok a vizeletben — heveny nyirokérlobot idézzen elő. Egy újonnan szerzett, a beteg által meg sem figyelt és rögtön idülten jelentkező kankó esetében a folytonos megfigyelések során okvetlenül sikerült volna — mert ez irányban kezelve nem lett — idővel némi váladékot, avagy a foszlányokban gonococcust vagy más mikroorganismust kimutatni. Fel kell tehát vennünk, e mellett szólt a legtöbb tünet, hogy itt egy a mony bőrén át történt közvetlen fertőzés állott be; e mellett szól az idő rövidsége (az utolsó coitus és a lymphangitis jelentkezése között alig mult el négy nap), valamint azon körülmény is, hogy ez utóbbi csupán a dorsális penisnyirokerek proximális részében localizálódott, már pedig az urethrális eredetü lympangitisek csaknem rendszerint a sulcus coronariuson kezdődnek. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1906. 1. szám.) *Drucker Viktor* dr.

Közegészségtan.

A Budde-féle tejconserválási módszer értékéről. Dániában és Svédországban nagy elterjedtségnek örvend a tej conserválásának az a módszere, melyet Budde dán mérnök talált fel. A lényege abban áll, hogy a tejhez lehetőleg rövid idővel a fejés után bizonyos mennyiségü hydrogenperoxydot adnak s a keveréket legalább három órára 51—52° C.-nak teszik ki. 48°-nál alacsonyabb hőmérsék nem elegendő, 55°-nál magasabb a tejet élvezhetetlenné teszi. Az említett hőmérsék mellett a tej egy erjesz-

tője, a katalase a hydrogenperoxydot felbontja vízre és oxygenre s ez utóbbi in statu nascendi megöli a tejben levő csirákat. A folyamat végén a hydrogenperoxyd mind fel van bontva s a tej csak annyiban változott meg, hogy egy minimális vízmennyiség járult hozzá s csirái legnagyobbrészt elpusztultak. Egy liter tejre 15 cm^3 3%-os hydrogenperoxyd szükséges; ebből kiszámíthatjuk, hogy a tejhez járuló vízmennyiség 1·5%-ot tesz ki, vagyis a rendes 3% zsírtartalom 2·95%-ra csökken, a mi szót sem érdemel. Az így kezelt tej se ízében, se egyéb tulajdonságaiban változást nem mutat, s ha azonnal légmentesen zárt edényekbe kerül, nyári időben is legalább 8—10 napig édes marad. A tej kataleseerjesztőjét O. Loew irta le 1900-ban, a hydr. peroxydra való hatását Vandervelde, Waele és Sügg (1904) derítették ki. Lindmann (1904) kimutatta, hogy a Budde szerint kezelt tej tápláló ereje változatlan, s hogy a csecsemők épen oly jól tűrik el, mint a friss tejet.

A Lancet egyik legutóbbi számában (1906, január 27) *R. Tenner Hewlett* részletes kisérletekről számol be a Budde-féle eljárás értékéről. Ugy járt el, hogy a friss tejbe különböző bakteriumokat adott (bacillus diphtheriae, b. coli, b. acidi lactici, b. typhosus, paratyphoid bac., b. dysenteriae, b. tbc., b. anthracis, b. subtilis, b. mycoides, cholera-vibrio, microc. pyog. aureus, penicillium glaucum), s az egyik esetben magára hagyta a tejet, a másikban Budde szerint kezelte. Az utóbbi esetben a tej 10 nap mulva 4—5-ször kevesebb bakteriumot tartalmazott, mint a nem kezelt tej. Szerző eredményeit a következő pontokban foglalja össze: 1. a nem sporaképző bakteriumokat az eljárás elpusztítja; 2. a sporás bakteriumokat nem tudja teljesen tönkretenni, de a mennyiségüket csökkenti; 3. a bakteriumok elölését nem a melegítés okozza, hanem a hydr. peroxyd hozzáadása; 4. a Budde szerint kezelt tej a friss tejtől sem ízében, sem szagában, sem kinézésében, sem pedig a tejfel felszállásában nem különbözik s nála nem savanyubb; 5. az így kezelt tej meleg nyári időben 8—10 napig, hideg időben még sokkal tovább marad változatlanul; 6. a Budde-féle eljárás a normális tej bakteriumait 1% kivételével elöli. Ez az 1% 12—14 nap alatt a tej romlását idézheti elő; 7. kellő eljárás mellett a hydrogenperoxyd a tejben teljesen felbomlik s belőle a tejben misem marad. Hewlett nézete szerint az eljárásnak nagy jövője van, annál is inkább, minthogy igen olcsó.

A typhus Magyarországon. *Filep Gyula* dr. kolozsvári egyetemi magántanár a Magyar Statistikai Évkönyvnek 1892-től 1902-ig terjedő adatai alapján a typhus viszonyait tanulmányozta hazánkban. A typhushalandóság igen nagy nálunk, a mennyiben csupán Franciaország és Olaszország jár előttünk. Legkisebb az európai államok között Norvégiában és a Németbirodalomban. Ezzel szemben örvendetes mozzanat, hogy azelőtt a halandóság még nagyobb volt nálunk s 1893 óta a typhushalálozásnak nagy csökkenése észlelhető. Százezer lakosból typhusban meghalt: 1892-ben 59, 1893-ban 36, 1894-ben 18, 1895-ben 25, 1896-ban 49, 1897-ben 44, 1898-ban 41, 1899-ben 33, 1900-ban 31, 1901-ban 26, 1902-ben 24, 1903-ban 26 és 1904-ben 24. Igy a halálozás 1892 óta a felére szállt le. A hirtelen leszállásnak 1893—95-ben valami olyan oka lehetett, mely az egész országra kiterjedt, mert csaknem minden egyes törvényhatóságban észlelték ezt az apadást. Összehasonlítva a typhushalandóságot az ország különböző megyéiben, szerző a következőket állapíthatja meg. Vannak megyék, a melyekben úgyszólván állandóan nagyobb a typhusban való halálozás. Ilyenek: Trencsén, Baranya, Bereg, Ung, Mármaros, Szolnok-Doboka, Szilágy, Kolozs, Fogaras. — Ugocsamegye, bár köröskörül dühöngött a typhus, 1895-ig szüzen maradt; 1895-ben jut be a 30-as arányszámba s 1898-ban már 80-at ért el. Hasonlít hozzá Krassó Szörénymegye, a melyben a viszonyok 1895 óta romlottak meg. Sok megyében ellenkezőleg az 1890-es évek óta a helyzet javult. Legjobbak a viszonyok a tiszamelléki megyékben: Heves-, Borsod-, Szabolcs-, Hajdú-, Csongrád-, Békés- és Temesmegyében. Szerő megkisérelte ezt a körülményt az artézi és mélyfúrású kutak és vízvezetékek számával összefüggésbe hozni, de eredménytelenül. A hónapok szerint való ingadozás tekintetében legkisebb a typhushalálozás május- és juniusban, tetőpontját pedig részint novemberben, részint januárban éri el. A védekezés a typhus ellen nálunk kevésbé erélyes, mint pl. Németországban, hol jól szervezett vizsgáló állomások működnek a typhusfészkekben, a melyeknek feladata a diagnosis gyors megállapítása és a megfelelő óvóintézkedések erélyes foganatosítása. Minálunk ki tudja, mikor lesz erre mód. Ha mégis segíteni akarunk, nekünk orvosoknak kell a kezdeményezést megragadnunk. Nyomozzuk ki tehát lehetőleg minden egyes betegünknél a fertőzés eredetét és közölje minden kartársunk szaklapjainkban tapasztalatait. Rövid idő alatt nagy és becses anyag fog így összegyülni. Az érdeklődőknek bővebb útbaigazítással és kérdőlapokkal szívesen szolgál a kolozsvári egyetemi közegészségtani intézet. (Klinikai füzetek, 1906. I. füzet.)

Húgyszervi betegségek.

Idegen test a húgycsőben. *Whiteford* esetében 16 éves fiú a végén gombbal ellátott női kalaptűt vezetett be a húgycsövébe, mely a kezéből kicsúszott, úgy hogy a tüt nem tudta kihúzni. A vizsgálat alkalmával a tü gombját a gáttájékon lehetett érezni, a tü hegye pedig 3·5 cm.-nyire a külső húgycsőnyilástól a periurethrális szövetbe volt befúródva. Whiteford narcosisban úgy járt el, hogy a tü gombjára kifejtett nyomás által a tü hegyét átbökte a penis alsó felszinén a bőrön át, azután a tüt addig húzta előre és lefelé, míg a gomb az átszúrás helyére került; a gát felé szorítva a tüt, a gombot a húgycső külső nyilása felé eső helyzetbe lehetett hozni s így sikerült a tüt könnyen kitolni. A gyógyulás zavartalanul folyt le. (British medic. Journal, 1906. jan. 6, 20. l.)

Röntgen-sugarak az urologia szolgálatában czimü munkájában *Blum* (Frisch tanár osztálya) a következő elveket állítja fel. 1. A radiographia az egyetlen biztos objectiv jele a vesekőnek, kivéve azon valóban ritka eseteket, a hol azt közvetlenül is kitapinthatjuk. 2. Radiographiával csaknem mindig sikerül a vesemedenczében levő concrementumot kimutatni. A negativ lelet azonban semmikép sem bizonyítja azt, hogy kő nincs jelen. 3. Egyoldali vesekőtünetek esetében nem elegendő az, hogy ezen vesét egymagában röntgenezzük, mert a nephrolithiasisnak az egyik vesében összpontosított valamennyi jele a másik veséből is eredhet. (Renorenális reflex.) 4. A radiographiával a vesebajt többnyire már jó korán, vagyis olyan időben kórismézhetjük, a mikor a kövek még kicsinyek s azért esetleg belső kezeléssel is eltüntethetők. 5 Nagyobb köveknél viszont arról tájékoztat minket, vajjon remélhetjük e azt, hogy ezek a rendes úton spontan eltávozhatnak, avagy elérkezett-e már azideje annak, hogy sebészi beavatkozásra határozzuk el magunkat. 6. Ha mindkét vesében találtunk követ, úgy arra nézve oktat ki, hogy melyik vesét operáljuk meg előbb. 7. Anuria esetében a Röntgen-vizsgálat többnyire az egyetlen biztos támpont, a melyből a vesebajt felismerhetjük. Ha sem a sondázás, sem a cystoskopia nem végezhető avagy eredményre nem vezet, úgy a radiogramm a hólyagban levő köveket is pon-megmutatja, a therapia pedig a röntgenezéssel úgy a férfi sterilizálása körül eszközölt kisérletekben, mint a túltengett prostata kisebbítésében máris igen szép eredményeket ért el. (Zeitschrift für Heilkunde, 1905. XII. füzet.) *Drucker Victor* dr.

Bőrkórtan.

Radium-kezeléssel tett tapasztalatairól referál *Blaschko*, a ki a radiumot számos bőrbetegségben alkalmazta, így: bőrcarcinoma, szemölcsök, naevusok, angiomák, lupus vulgaris, lupus erythematodes és eczemák eseteiben. Eredményei általában igen jók, főleg akkor, ha az illető kórfolyamatok még nem régiek. A radiumhatás ugyanis tapasztalata szerint különösen a fiatal sejteket támadja meg legerélyesebben. Az alopecia areata-esetek a radium-kezeléssel daczoltak, ellenben igen jól javultak, sőt gyógyultak makacs orrpirok és keloidok. A radiumnak a keloidokra való hatása kissé meglepő, mert azoknak szöveti szerkezete nagy sejtszegénységet mutat, a rendes tapasztalat szerint pedig ilyenkor kevés eredmény várható. *Blaschko* a Beyersdorf-féle radium-tapasszal is kisérletezett, a melynek több hátránya és tökéletlensége mellett az az előnye, hogy a radium hatásának nagyobb bőrterületek is kitehetők. Hogy a radiumkezelés mindeddig még nem

terjedhetett el jobban, annak fő akadálya az anyag jelentékeny drágasága. (Berliner med. Gesellschaft 1906. évi januári ülése.) *Guszman.*

A bécsi lupusbeteg-sanatoriumban tett tapasztalatait ismerteti *Braun*. Ezen példásan felszerelt osztrák intézet valóban mintáját képezheti a jövőben felállítandó minden hasonló sanatoriumnak. Az intézet igen helyesen nem egyedül és kizárólag Finsen-intézet, a hol a lupusos betegeket csakis fénynyel kezelik, hanem olyan, a hol a szükséghez mérten, a betegség terjedelme és helye szerint egyéb eljárások is használatosak. Így *Lang* a forró levegő-égőt, a Röntgen-kezelést és a pyrogallust gyakran veszi igénybe, főleg a radikális lupus-gyógyítás előkészítése gyanánt. Utóbbira két eljárás szolgál: az általa oly magas tökélyre vitt sebészi és transplantatiós eljárás és a Finsen-kezelés. A sebészileg kezelt és véglegesen meggyógyult 16 lupus-eset általános csodálatot keltett. Csaknem ugyanannyi bemutatott lupusos beteg pedig Finsen-gyógymóddal nyerte vissza teljes egészségét. Utóbbiakon a kiváló cosmetikai eredmény volt különösen meglepő. A lupusos betegek száma Ausztriában is igen magasra tehető, *Lang* szerint mintegy 19,000-re, úgy, hogy a betegség nagy elterjedése miatt szükségesnek tartana egy megbizható lupus-statistikát, és erre nézve több irányban javaslatokat tesz. Az intézet az összes újításokkal, melyek a photo- és radiotherapia terén felmerültek, rendelkezik. Ilyenek a sok közül egy új függő állvány Röntgen-csövek számára, mely a gyors és pontos beállításra szolgál; ilyenek továbbá a különféle védelmi eszközök a kezelő orvosok számára, valamint az új *Schott*-féle kénességőzlámpa (Wiener klinische Wochenschrift, 1906. 5. szám.) *Guszman.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Megnagyobbodott nyakmirigyek ellen *Milward E. Dovaston* a Röntgen-fényt ajánlja, mint a melylyel egy esetében nagyon jó és úgy látszik tartós eredményt ért el. (The Lancet, 1906. febr. 10.)

A digalent mint gyorsan és megbizhatóan ható, kellemetlen melléktüneteket nem okozó digitalis-készítményt ma már nagyon kiterjedten használják. Vannak azonban esetek, a melyekben még gyorsabb hatásra volna szükségünk, s azért megkisérlették a digalent bőr alá fecskendezés alakjában adni, ettől a módtól azonban a helyi izgalmi tünetek (fájdalmasság és vizenyő) miatt csakhamar elállottak. A némelyek ajánlotta intravenosus befecskendezés pedig a magángyakorlatban nem vihető ki mindig egykönnyen. *Eulenburg* legújabban felhivja a figyelmet arra, hogy a digalen intramusculárisan (a glutaeusokba vagy a czomb feszítő izomzatába) befecskendezve fájdalmat nem okoz s azért nagyon ajánlja ezt az eljárást olyan esetekben, a melyekben gyors és erélyes digitalis-hatásra van szükségünk. Az egyszeri adag átlag 1 cm^3 digalen-oldat, a mi megfelel 0·3 milligramm digitoxinum solubile nek. (Medizinische Klinik, 1906, 6. szám.)

A tejelválasztás fokozására *Burzagli* az ánizst ajánlja. 25—30 gm. ánizsmagból forrázatot készittet és ebből naponként 12—20 evőkanálnyit vesz be az illető, e mellett ugyanezzel a forrázattal az emlőkre meleg borogatásokat is végez. A hatás 5—16 nap mulva szokott jelentkezni. (Ref. La semaine médicale, 1906. 6. szám.)

Tüdőgümőkór gyógyitására már ismételten ajánlották a kámforolaj-befecskendezéseket. Újabban *Volland* davosi orvos irja le tapasztalatait ezen kezelésmódról. Szerinte meglehetősen nagy adagokat kell használni, a 10%-os oldatból legalább is 2 cm^3 t naponként, két részletben. A befecskendezések heteken át folytathatók, a nélkül, hogy a legcsekélyebb kellemetlenséget okoznák; sőt ellenkezőleg az általános állapot elég rohamosan javul, a szivmüködés erősbödik, szabályos lesz s az éjjeli izzadás is csökken. Tüdővérzésektől sem kell tartani, sőt ezen orvoslásmóddal talán meg is szüntethető a vérköpés. (Ref. La semaine médicale, 1906. 7. szám).

A pangásos vérbőség használata diabetesben szenvedőknél úgy látszik veszedelemmel járhat. Erre utalnak *Colley* észleletei. Súlyos diabetesben szenvedő két betegnél ugyanis pangásos vérbőség létesitése után bőrelhalás támadt, illetve a már jelen volt elhalás rohamosan terjedt Más esetekben pedig a furunculusok aspiratiós kezelésre óriási hólyagokká alakultak, a bőr pedig elhalt. (Ref. La semaine médicale, 1906, 7. szám.)

A bioferrin nevü vérkészitményt, a mely 76% haemoglobint, 20% glycerint és 4% aromás tincturákat tartalmaz, *Klautsch* jó eredménynyel használta a gyermekgyógyászatban olyan esetekben, a melyekben megbizható erősitő és vérképző szer használata javalt. Csecsemőknek a tejhez keverve adunk naponként 2 kávéskanálnyit, nagyobb gyermekeknek pedig higitatlanul 3 kávéskanálnyit naponként röviddel az étkezés előtt. (Centralblatt für Kinderheilkunde, 1905. 8. füzet.)

Trygase-Riedel. Az élesztőt mind kiterjedtebben kezdik a gyógyászatban használni. E miatt a különböző gyárak vetekednek jó élesztőkészitmények előállitásában. Újabban nagyon dicsérik a Riedel féle vegyészeti gyár által trygase elnevezéssel forgalomba hozott vegytiszta készitményt, a mely vizzel vagy sörrel elkeverve, 2—3 kávéskanálnyi napi mennyiségben használandó. (Allgem. mediz. Central-Zeitung, 1905, 38. szám.)

Az alypin nevü új helyi érzéketlenitő szert újabban a szemészetben is kezdik használni. *Seeligsohn* szerint a 4% os oldat épen úgy hat, mint a hasonló töménységü cocain-oldat; előnye azonban ez utóbbival szemben, hogy mydriasist, accommodatiós zavart, nyomásfokozódást, a cornea kiszáradását, mérgezéstüneteket nem okoz; hátránya ellenben az, hogy némi vérbőség észlelhető használata után. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905, 35. sz.) *Sicherer*, a ki főleg 2%-os oldatot használt, mely után 60—70 másodpercz mulva mintegy 10—12 perczig tartó anaesthesiát észlelt, teljesen hasonló értelemben nyilatkozik. A keletkező kötőhártya-vérbőség szerinte sok esetben csak rendkivül kisfokú és 1—2 percz alatt megszünik. (Ophthalmolog. Klinik, 1905, 16. szám) Jó eredménynyel használják az alypint 5%-os oldatban Vossius tanár giessen-i szemklinikáján is, a mint az *Gebb* dr. dissertatiojában olvasható.

Vegyes hirek.

Budapest, 1906. február 23.

Catti György dr. fiumei városi közkórházi főorvosnak a király a közügyek és a közegészségügy terén szerzett érdemeiért a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta.

Kinevezés. *Váli Ernő* dr. székesfővárosi kórházi főorvost az igazságügyminister a törvényszéki orvosi vizsgáló bizottság tagjává nevezte ki. — *Lendvai Vilmos* dr.-t az ungvári kórházhoz másodorvossá nevezték ki.

Választás. *Spitzer Márton* dr.-t sarkadi körorvossá választották.

A Budapesti Orvosi Casino választmánya elhatározta, hogy az 1905. évben kitüzött és nem jutalmazott pályakérdést újból kihirdeti, de a pályadijat megkétszerezi, tehát 400, azaz négyszáz koronát tüz ki a következő kérdés megoldására: „Tanulmányozandó, hogy az orvosok társadalmi, erkölcsi és anyagi helyzetére minő befolyással vannak az orvosi rend szervezkedésének különböző alakjai nálunk és külföldön".

A pályamunkák jeligés levélkével ellátva f. évi szeptember hó 30.-ig a Budapesti Orvosi Casino (VI., Teréz-körút 24/b) titkári hivatalához küldendők be, a hol a részletesebb pályázati feltételek is megtudhatók.

Hány orvosdoktor van Kolozsvárt? Február 10.-én volt a kolozsvári orvosdoktorok nestorának, *Mály István* dr., tb. városi főorvosnak 50 éves jubileuma, mely alkalomból pontos adatok alapján kiderült, hogy Kolozsvárt ez idő szerint összesen 91 okleveles „medicinae doctor" lakik. Ugyanis a *Szabó Dénes* dr. udvari tanácsos, egyetemi rektor elnöklete alatt megalakult jubileumrendező bizottság minden egyes kolozsvári orvost egyenként megkeresett, hogy a budapesti egyetemtől fentemlített rektor és *Purjesz Zsigmond* dr. udvari tanácsos ajánlatával az előirt szabályzat értelmében kiállitandó jubiláris diszoklevél kérelmezéséhez hozzájáruljanak. A kartársi összetartozás érzése oly szépen nyilatkozott meg, hogy az egyetem köréből 53, a katonai és polgári orvosi kartól pedig 30 névaláirás érkezett be. Hét orvos nem volt megtalálható. Azonkivül hozzájárulását jelentette 14 gyógyszerész, 5 vegyész, 1 okleveles fogorvos és 4 orvosszigorló. Ezt a 107 eredeti névaláirást a rendezőség ezüstlapra vésve emlékül szándékozik a népszerü jubilánshoz juttatni márczius 1.-én, vagyis annak az emlékezetes dátumnak az 50 éves fordulóján, a mikor az ő orvosi oklevelét Kolozsvárt kihirdették. A legújabb statistika a világ összes okleveles orvosainak számát 228,234-re teszi, melyből Európára nem kevesebb, mint 162,333 esik. Aránylag legtöbb orvos Brüsszelben van, hol 24 orvos esik tizezer emberre. Második a sorban Madrid; Páris csak a 12. Kolozsvár 50,000 lakosára 91 orvosdoktor esik, tehát tizezrenként 18 orvost vehet igénybe.

Vizakna sósgyógyfürdőben a földmivelésügyi minister a magyarországi gyakorló orvosok részére ingyen fürdő-, gyógy- és zenedijmentes-

ség-kedvezményt engedélyezett, a mely kedvezményben személyükre nézve mindazon orvosok részesülhetnek, a kik a fürdőfelügyelőségnél a kedvezmény elnyerése czéljából magukat megfelelően igazolják.

A budapesti orvosi kör országos segély-egylete pénztárába befizettek: Alapitványt: Pollitzer Illés dr., Budapest 200, Bogdán Aladár dr., Balassagyarmat 20, Temesváry Rezső dr., Budapest 20, „The Gresham" életbiztositó-intézet Budapest 200 koronát. Tagdijat fizettek: Erdős József 12 K. Méri Sándor dr. Háry István, Székely Ágoston, Lőry Ede 10—10 K. Ruzsicska Antal, Barok Samu, Farnos Árpád, Schütze József, Frank János, Kaufman Henrik, Petkó Ernő, Kanócz János, Polericzky Endre, Gonda Mór, Schwarcz Samu, Kemény Gyula, Mangucza János, Arányi Zsigmond 8—8 K Buday Kálmán, Szembey Géza, Lőke Mór, Raitsits Lajos, Vadas József, Gemál László, Theil Albert, Vecsey Gyula, Kicska Emil, Szabó Mihály, Rozgonyi Sándor, Jakab László, Bosányi Béla, Bereczky Endre, Bróm János, Löte Lajos, Kelemen Izidor, Scheffer Oszkár, Pehán László, Litsek Ákos, Oravetz Kálmán, Kohn Ármin, Csatkai Ignácz, Steiner József, Frommer Ede, Balázsfy Géza, Kollár Lajos, Révész Fülöp, Huberth Bernát, Osmann Mór, Hunyadi János, Janovits Sándor, Bayer Sándor, Pécsi János, Unterberg Adolf, Teleky Sándor, Demkó Béla, Chyzer Béla, Berkovics Jakab, Sáska László, Becker Áron, Zátonyi József, Braun Gyula, Vas Sándor, Grazl József, Korein Adolf, Steiner Simon, Szkirpán Ambrus, Kádár Antal, Szauer György, Ligeti József Szegedi Kálmán, Steger Kálmán, Nagy Sándor, Szana Sándor, Szilágyi János, László Elek, Petz Lajos, Hajós Béla, László Mór, Kratochwilla János, Hoffenreich Mór, Glass Izor, Himler Izsó, Flesch Nándor, Juba Adolf, Maros Mór, Grossmann Arthur, Sebestyén Ödön, Takács Márton, Fuchs Dávid, Csillag Zsigmond, Szemerey Bertalan, Szántó Ármin, Szegvári István, Reichenfeld Márk, Weisz Ferencz, Weiszhausz Sámuel, Weisz Jakab, Reiner Mór, Planer József, Mátrai Gábor, Minich Károly, Nádas Lipót, Szász Hugó, Rosenberg Jenő, Surányi Miklós, Siklósy Gyula, Somogyi Lajos, Seliga János, Spitz Gyula, Koltai Árpád, Kincs Miksa, Jakab László, Groák Ernő, Goldstein Adolf, Fábián Béla, Fejér Gyula, Cserháti Mór, Braunhorn Ármin, Zólyomi Adolf, Adler Alajos, Farkas Elemér, Várady László, Kelemen Adolf, Pálfy Ignácz, Berkovics Miklós, Laurovits János, Kelemen Mihály, Gerber Károly, Bodor Fülöp, Brünauer Ambrus, Székely Dezső, Kellner Mór, Kádár Gyula, Kollár Kamil, Pozsgay Lajos, Boér Jenő, Bugel Ödön, Perényi István, Szerény Gyula, Gebhardt Ferencz, Ürmösy Kálmán, Csengeri Gyula, Fridrichovszky László, Bakó Sándor, Nagy Albert, Noel Jakab, Moravcsik Ernő, Mai Henrik, Ottava Ignácz, Sellei József, Mihajlovics Miklós, Réczey Imre, Székely Ádám, Schiff Kálmán, Lengyel Sámuel, Liebermann Emanuel, Kosztka Emil, Kocsis Elemér, Erdey Gyula, Ernyei Béla, Erős Gyula, Doktor Károly, Dieballa Géza, Weiner (Vidor) Emil, Wahrmann Simon, Ranschburg Pál, Róth Alfréd, Róth-Schulz Vilmos, Szerb Zsigmond, Schwarcz József, Sági Lajos, Lenkei Vilmos, Keményfi Gyula, Királyfi Ármin, Gadányi Lipót, Fried Samu, Dach Sándor, Bugsch Gusztáv, Hudovernig Károly, Adler Zsigmond, Bradách Antal, Szigeti Lajos Berger József, Barabás Arnold, Zahler Emil, Walla Béla, Pákozdi Károly, Prajzák K. Adolf, Pauer Károly, Hőgyes Ferencz, Geyer József, Fürst Zsigmond, Fülöp Jakab, Epstein Manó, Dzián Kálmán, Czoniczer Márton, Cselley József, Braun Ignácz, Bókay Árpád, Sulkovszky József, Paczka László, Révész Gyula, Németh Ignácz, Antal Illés, Rónay Gusztáv, Büchler Lipót, Eisler Hugó, Hudomel József, Uhrik Gyula, Dumitreanu Ágost, Darvas Sándor, Detre László, Eisler Miksa, Klein Ödön, Bród Miksa, Révész Vilmos, Spitzer Ármin, Thomka István, Welwort Simon, Wajditsch Lajos, Zboray Béla, Pollák Mór, Szikszay Sándor, Schmidt László, Ötvös József, Schrodt Antal, Strelinger Viktor, Szarvas Felix, Kovács Soma, Fuchs Sándor, Dembitz Mátyás, Braun Sándor, Büchler Antal, Brück Lipót, Boytha József, Bernolák József, Lichtmann Samu, Herczfeld Lajos, Terray Pál, Kramberger József 4—4 K. Dembitz Vilmos, Krisztián János, Tóth Imre 6—6 K. Adományt küldtek: Balázs J. dr. Flesch Ármin útján 10 K. Weisz Jakab Nagy-Atád 20 K. Budapest 1906. február 8.

Katona József dr., pénztáros, Ferencz-körút 18.

Heine betegsége. E hó 17.-én mult ötven éve, hogy *Heine*, a hires német dalköltő meghalt. Majdnem két évtizedig tartó súlyos betegsége *Mauthner* szerint, ki a kórt a feljegyzések alapján tanulmányozta, idült polioencephalitis volt. A nagyváradi születésű nagyhirű párisi orvos, *Gruby*, *Heine* betegségének legsúlyosabb időszakában, az utolsó hat évben nemcsak mint orvos, hanem mint meghitt barát is odaadó szeretettel foglalkozott a szerencsétlen költővel, ki akkor már a „matrácz-sír"-t nyomta. *Heine* nagy fájdalmainak csillapitására orvosi rendeletre éveken át morphiummal élt s csak ez tette némileg elviselhetővé szenvedéseit. Hogy a morphiumból mily nagy mennyiséget szedett, bizonyítja azon hiteles adat, hogy morphiumra évente körülbelül 600 frankot adott ki, mi megfelel napi 2 gm.-nyi fogyasztásnak. Természetesen itt nem subcutan alkalmazásról van szó, mert tudvalevő, hogy a subcutan injectio csak a 70-es évek elején jött használatba.

Megjelent. *A. Ónodi* und *A. Rosenberg*: Die Behandlung der Krankheiten der Nase und des Nasenrachens. Berlin, O. Coblentz — *Lévai Ödön*: Irányelvek gyermekegészségügyünk sociális javításához. Különlenyomat a „Közegészségügyi Kalauz"-ból.

A budapesti kerületi betegsegélyző pénztári orvosok segélyalapja, a mint azt *Sebestyén Ödön* dr. titkári jelentésében olvassuk, ez idő szerint 14,030 K. 92 f. vagyonnal rendelkezik. Öt éves fennállása alatt 2060 K.-t fordított segélyezésre és két orvos özvegyének fizetett 1000—1000 K. halálozási járulékot.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület ez évi január hóban összesen 659 esetben nyujtott első segélyt; ezenkivül 527 szállitást végzett, 69-szer mint mozgóőrség működött és 28-szor vaklárma esetén vonult ki. A január havi működési főösszeg tehát 1283.

Kisebb hirek külföldről. *F. A. Schmidt* dr.-t, ki az iskolaegészségügy terén szerzett nagy érdemeket, a bonni egyetem czimzetes tanárává nevezték ki.

Értesítés. A világhirű **Málnási Siculia forrásvíz,** mely a sós savanyúvizek királya, főraktárát Brázay Kálmán czég, Budapest, József-körut 37. vette át. Hiszszük, hogy most a kiváló Siculia víz nemcsak belföldön, hanem külföldön is hamarosan azon elterjedésben fog részesülni, a melyet ezen gyógyhatású viz méltán megérdemel.

A csukamájolaj adagolásának a szüksége ha fennforog, akkor felesleges a felett gondolkodni, hogy mily pótszert kellene alkalmazni, mert az évtizedes gyakorlat beigazolta, hogy a **Zoltán-féle csukamájolaj** minden a csukamájolajhoz fűzött várakozásnak megfelel. Első minőségű anyag, kellemes formájú s úgy a gyermekek, mint a felnőttek undor nélkül veszik, mert sem rossz ize, sem kellemetlen szaga nincsen.

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

Mai számunkhoz a Friedr. Bayer & Co., Elberfeld czég „Salophen" czimű prospectusa van mellékelve.

Lapunk mai számához a F. Hoffmann-La Roche & Cie, Grenzach (Baden) czég Thiocol „Roche" czimű prospektusa van mellékelve.

Egy budapesti jól látogatott belgyógyászati sanatorium részére

bennlakó **alorvos** keres etik. Szükséges feltételek: 1—2 évi klinikai vagy kórházi belgyógyászati gyakorlat, jártasság a chemiai vizsgálati módszerekben, massage-ban és esetleg hydrotherapiai eljárásokban. Felvilágositást nyújt a közelebbi feltételekről: **Dr. SURÁNYI MIKLÓS**, VI., Nagy János-utcza 9. 3—4 óra között.

Nothnagel Specielle Pathologie u. Therapie czimű, 40 kötetből álló híres, most megjelent encyklopediája, mely körülbelül 1000 koronába került, teljesen új, olcsón eladó. Felvilágositással szivesen szolgál és vidéki kérdezősködésekre készséggel válaszol a „Petőfi" Ujság-, Könyvkiadó- és Hirdetési Vállalat Budapest, VII. ker., Kertész-utcza 16. szám, a hol a mű meg is tekinthető.

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

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.

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** ondókiürüléseknek. **Richter Gedeon** „Sas"-gyógytára, Budapest, Üllői-út 105.

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

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 utóbantalmak ellen. **Vezető orvos: Dr. VÁNDOR (Wildmann) DEZSŐ.**

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar Tudományos Akadémia (III. oszt. ülése 1906. február 19.-én.) 335. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület (VI. rendes tud. ülés 1906. február hó 17.-én.) 335. l. — Közkórházi orvostársulat. (XIV. bemutató ülés 1905. deczember 20.) 337. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-termeszettudományi szakosztálya. (1905. november 25.-én tartott szakülés.) 318. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1906. február hó 19.-én.)

Elnök: **Than Károly.** Jegyző: **König Gyula.**

1. **Jendrássik Ernő** l. t. **„Újabb tanulmány a járásról: a futás és az ugrás“** czímű dolgozatát mutatja be.

Szerző ezúttal a járásról végzett tanulmányainak harmadik szakaszát mutatja be. Kinematografiai igen rövid exponálással futó és ugró emberekről készített felvételeket, a melyeken meghatározta az izületek középpontját s ezen az alapon megszerkesztette az egyes izületek pályagörbéit. Az így nyert adatok alapján meg lehet határozni, hogy a szükségelt munkából mennyi esik az egyes izmokra és milyen az egyes izületek pályájának időbelisége. A futásban a járáshoz viszonyítva az a főkülönbség áll elő, hogy az összsúlypont nem homorú, hanem domború utat végez a két függőleges megtámasztás között. Az összsúlypontnak a két megtámasztás közé eső pályája, valamint a lendületet adó lépés pályája parabolás természetű. A Weber-féle ingórúdelmélet is érdekes felvilágosítást nyer ezen megállapított adatokból. A Weber-féle tanítás szerint ugyanis a járásban az előre szabadon lengő alsó végtag az ingórúd törvénye szerint csakis a földvonzás hatása alatt futja be az útját. Ez helytelen, de más ok folytán van mégis ezen szakaszban a földvonzásnak a járásmozgás lefolyására szabályozó hatása, mert a lépés alatt a függőleges helyzetből előre induló összsúlypont mindaddig csakis a föld vonzása alatt áll, a míg az előre lengő láb a földre nem kerül. Ebben a szakaszban tehát a földvonzás teljes mértékben érvényesül az összsúlypontra.

2. **Siklóssy Gyula** mint vendég bemutatja tanulmányát **„A látás élességéről“**, melyet a mathematikai és természettudományi bizottság támogatásával készített. Sikerült egy készüléket szerkesztenie, mely a látás élességének olyannyira fontos megállapítását kényelmessé, pontossá, a nappali ú. n. jó megvilágítástól függetlenné teszi. Megállapította 20 mikrohefner felületi fényességben az egységes megvilágítást, a mi mellett a látás élességének vizsgálása végzendő. Megállapította azután, hogy a látásélesség és a megvilágítás között olyan viszony áll fenn, mint a szám és a logarithmusa között; bizonyos azonban, hogy alacsony látásélesség-értékek mellett a felületi fényesség a fenti aránynál is gyorsabban növekszik, míg magas értékeinél a felületi fényesség logarithmusa jócskán visszamarad. Megállapította továbbá, hogy a felületi fényességnek és a felismert tárgy nagyságának szorzata (különböző látásélesség-értékek mellett, csak a rendkivül éleslátású szemeknél állandó és egyenlő, egyébként a szorzat absolut maximuma a felismerési szög minimális határán, relativ maximuma pedig a tárgylátás küszöbén van; a szorzatérték azonban egy absolut minimumot is tüntet fel, a mely minimum mellett aránylag alacsony felületi fényességnél aránylag elég kicsiny tárgyat ismer fel az emberi szem. Megállapította, hogy a felismerés határszöge alacsonyabb értéket képvisel, mint ahogyan azt évtizedek óta felvették és tanították. Azt nem 1 percznyi, hanem 43 másodpercznyi szögnek kell felvennünk.

Megállapította végül a látásélességének rationális mérő-egységét, a melynek segélyével megszünik az eddigi magas mérőegység *törtjeiben* való számolás. Ez a mérőegység alacsony értékű, úgy hogy annak *sokszorosában* beszélhetünk: egységes (20 h. pro mm²) felületi fényesség mellett, ha a szem 1 m.-ről felismer egy 1 cm. vastag jelet: *ez 1 acuitásnyi látási élesség.* Az eddig használt ú. n. egység, mely a magas 1'-nyi határszögön épült, ez alacsony egységnek körülbelül 35-szöröse. A mérőegység használatát rendszerbe foglalta.

3. **Thanhoffer Lajos** r. t. bemutatja **„Adatok a trachoma kórboncztanához“** czímmel **Goldzieher Vilmos** dolgozatát, a melyet **Goldzieher Miksa** közreműködésével készített.

A *trachoma* finomabb kórszövettanát mikroskopi finom metszeteken tanulmányozták, a melyeket trachomás emberek szemének tarsusából kivágott és megkeményitett darabkákból készitett. És pedig a baj úgy kezdeti, mint kifejlett szakában egyaránt végzett vizsgálatokat. Ez annyiban fontos, mert a trachoma keletkezésének kezdeti szakáról eddig hiányzottak beható vizsgálatok, úgy hogy szerző vizsgálatai hézagpótlók.

Szerző művében kitér előbb az egészséges szemhéjak finomabb szerkezetére. Kutatta azt, vajjon 1. *a kötőhártyán a hámbetüremkedések mirigyek-e;* 2. *a kötőhártya hámalatti kötőszövete adenoid-e* és 3. *ebben rendes viszonyok mellett vannak-e nyiroktüszők?* Szerző arra az eredményre jutott, hogy a hámbetüremkedések nem mirigyek s ezek később fejlődnek ki a szemhéjak ereivel egybefüggő könyelválasztási működés következtében és sem a foetusban, sem az újszülöttben nem találhatók. Ismeretesek Hyrtlnek és Langernek vizsgálataiból a conjunctiva különös erezetviszonyai, valamint szerzőnek az idegbehatáson, a facialis hatásán alapuló könyelválasztásra vonatkozó vizsgálatai, a melyekből következtethető, hogy a vérerek körül lymphoidsejtű beszüremkedés támad s a kötőszöveti szemölcsök duzzadásával — erectiojával — együttjáró egyenlőtlensége keletkezik a conjunctiva-felületnek s az ekként keletkező barázdákba a hám benő; ezek azonban nem mirigyek.

A conjunctivára beható lobos folyamatokra az élettani folyamatok a conjunctiván fokozódnak s ezek az érréteg reactioját hozzák létre; ugyanilyen folyamatokkal állunk szemben Goldzieher vizsgálatai szerint a trachománál is, *vagyis a trachoma a kötőhártya vérértelepének egy eddigelé még ismeretlen specifikus inger által előidézett megbetegedése*, melynek felette előnyös talajt nyujt a subepitheliális bő erezet a conjunctivában. És pedig a conjunctiva erei adventitiájának sejtes elemei a specifikus ingerre lymphatikus elemek élénk produkálásával felelnek s ekként gyuladásos sarjadzásokat — granuloma — hoznak létre, míg a specifikus inger gyengülve, kimerülve, az adventitiális sejtburjánzás elhalása s felszivódása, valamint az ezzel karöltve járó kötőszövet-képződés folytán kórboncztani értelemben a trachomafolyamat gyógyulása következik be.

A kezdeti szakra jellegzetes Goldzieher szerint, hogy a conjunctiva subepitheliális rétege, valamint a tarsus vérerei körül adventitiális beszüremkedések keletkeznek, a melyek nagyobbára plasmasejtekből állanak. Lépésről lépésre lehet mikroskopi metszeteken követni, hogy a trachomás göbök az erek körül levő infiltratumokból keletkeznek, miközben a plasmasejtek rovására más sejtelemek (lympho- és leukocyták) jutnak túlsúlyra.

Érdekes, hogy a trachomás göbök involutiójának kiinduláspontja ép úgy, mint keletkezése is, a vérerekben keresendő, mint az a készitményekből kitünik.

A hám részvétele szerző szerint a trachomás folyamatnál csak másodlagos, a mennyiben beburjánzik a burjánzó trachomás subepitheliális réteg összes hézagaiba tömlőszerű hámcsapok alakjában.

Az eddigi nézetekkel szemben szerző vizsgálatai alapján azt a tételt állítja fel, hogy a trachoma kórboncztanilag nem tekinthető egy már anatomice praeformált lymphoid szövet, a kötőhártya állitólagos adenoid rétege hyperplasiájának, hanem a typusos infectiosus gyuladásos granuloma csoportjába sorozandó, és pedig a gummosus, gümős, lupusos stb. képződmények közé.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(VI. rendes tud. ülés 1906. évi február hó 17.-én.)

Elnök: **Bókay Árpád.** Jegyző: **Manninger Vilmos.**

Elnök az ülést megnyitja. Mult ülés jegyzőkönyvét hitelesiti. Mai ülés jegyzőkönyvének hitelesitésére felkéri ifj. Elischer Gyula, Vámossy Zoltán, Schein Mór tagtársakat.

Jelenti, hogy Vámbéry Rusztem dr. egyetemi magántanár mint vendég van jelen.

Mediastinális daganatok Röntgennel kezelt esetei.

Ifj. **Elischer Gyula** és **Engel Károly**: Bemutatók három mediastinális tumornak Röntgen-fénynyel kezelt esetét mutatják be. Mindhárom betegnél minden valószinűség szerint a mediastinum klassikus daganata, a lymphoma malignum volt jelen és az eredmény mindhárom esetben a besugárzásra látszólag kedvezőtlen körülmények ellenére igen kielégitő. Az arcz és nyak oedemája, a cyanosis és a többi pangásos tünet is mind eltünt, a subjectiv érzés teljesen jó, a tumor nagyfokú visszafejlődése úgy kopogtatás, mint átvilágitás útján megállapitható.

Röntgen-sugarakkal kezelt mediastinalis tumor.

Schein Mór: G. M., 46 éves, lakatos, előadja, hogy mult év májusában betegedett meg, nyaka és arcza erősen megdagadt, nehéz légzés, mely fekvő állapotban még fokozódott, néha szivdobogás kinozták. Mellében, fejében és tarkójában fájdalmai voltak. A poliklinika Stern vezetése alatt álló belgyógyászati osztályán mult év augusztusában jelentkezett, itt a tünetek alapján mediastinális tumor állapittatott meg. Tünetek: a mellkas felső része kissé elődomborodott, erősebben bal, mint jobb oldalon, ugyanitt tompulat van jelen, melynek alsó határa a III. borda magasságában van, jobb felé a szegycsont jobb szélét két ujjnyival meghaladja, bal felé a bimbóvonalig ér. A daganat a légcsőre gyakorolt nyomás következtében nehézlégzést okoz, mely fekvéskor, járáskor fokozódik; az erekre gyakorolt nyomás a nyaknak a gyüjtőerek erős tágulása és megtelése által előidézett megvastagodásában, az arcz cyanosisában s puffadásában, a szemek, főleg a baloldali kidülledésében, a mellkason, hason látható tágult gyüjtőerekben nyer kifejezést.

A kezelés hosszabb ideig jodkali adagolásából állott, de eredmény nélkül. Később ugyancsak a poliklinikán a Röntgen-sugarakat alkalmaztuk 9 ülésben, hetenként egyszer exponáltunk, a fény intensitása körülbelül 2—3 H volt. A bőrön reactiót nem észleltünk. E kezelés után status praesens: a daganat jelentékenyen kisebbedett, a mellkason az elődomborodás kisebb, a tompulat csak a szegycsont markolatára szoritkozik, a nyomási tünetek jelentékenyen visszafejlődtek, a légcső

felszabadult, az arcz puffadása, cyanosisa, a szemek kidülledése, nyaki, mellkasi és hasi venák teltsége, tágulása jelentékenyen visszafejlődött.

Röntgen-átvilágításnál a tumor jelentékenyen kisebbnek látszik és a bordák contourjai jobban láthatók. A tumor szövete e szerint rendkivül érzékenynek bizonyult a Röntgen-sugarak iránt, a mi nem zárja ki, sőt valószinűvé teszi, hogy sarkomával van dolgunk. Hasonló eseteket közöltek Bergonné (Bordeaux), Clopatt (Helsingfors) és Kienböck (Bécs). Megjegyzem még, hogy a beteg az első 5 expositio után rosszul érezte magát, feje fájt, kénytelen volt lefeküdni. (Felszivódási jelenségek.)

Bókay János: A Stefánia-gyermekkórházban két eset került észlelésem alá, melyekben nagyfokú tracheális stenosis volt compressió folytán. Az egyik 18 hónapos fiú volt, a kinek tracheális stenosisát a thymus megnagyobbodása okozta, a mit a Röntgen is igazolt. A másik esetben a stenosis igen súlyos volt és a beteget esetleges műtéti beavatkozás végett vettem fel a kórházba. Oka a peribronchiális mirigyek hyperplasiája. Mindkét esetben Röntgen-besugározást végeztettem és pedig feltünő eredménynyel. Első esetben a kezelés 1905. szeptember havában vette kezdetét. 12 expositio után à 10—15 percz a beteget november 2.-án teljesen szabad légzéssel bocsátottuk el és most is jól van. A második eset még ma is kezelés alatt áll. Harmadnaponként 10—15 percznyi tartammal exponáltuk, eddig 13 expositiót végeztünk. A stenosis teljesen visszafejlődött.

Stein Adolf: Egy eset kapcsán nagyjában megerősithetem az előttem szólók véleményét. 35 éves nő tavaly februárban Röntgen-kezelés czéljából jött hozzám mediastinális lymphosarkoma miatt, mely átvilágításnál a sternum két oldalán két ujjnyira túlterjedt. Egy tyúktojásnyi mirigy-metastasis a bal kulcscsont feletti árokban. Oppressio, izgatottság gyötörték. 20 besugárzásra, 10 percznyi tartammal, javult és októberig jól volt. Októberben újra jelentkezett panaszokkal. Besugároztam újra és ez év februárjáig jól volt. Most újra jelentkezett atypikus lázakkal; oly rosszul volt, hogy le kellett feküdnie. Feltünő volt, hogy a láz mellett lumbális fájdalmai voltak, melyek ellen morphiumot kellett adni. Négy besugárzásra jobban lett és most jól van. Konstatálom, hogy a tumor csak kisebbedett, de nem tünt el. A Röntgen-kezelés kedvező hatása evidens. Egy másik eset 4 hét előtt jelentkezett óriási mediastinális tumorral Tizenegy besugárzás eddig eredménytelen.

A toxicologiai chemia néhány fontosabb fejezetéről.

Vámossy Zoltán: A törvényszéki orvostudomány napjainkban legfontosabb és nélkülözhetetlen segédeszköze az emberi jogvédelemnek, s szinte elképzelhetetlen, miként tudott nélküle ellenni az ókorban már annyira fejlett jogtudomány. A reális orvostudomány a hullaboncolás alapján csak a XVIII. században kezd kifejlődni és ezzel lépést tart a törvényszéki orvostudomány is. Azt látjuk, hogy minden haladás az elméleti és gyakorlati orvostudományok terén egy lépéssel előbbre viszi nemcsak a betegek gyógyitását, hanem az emberi jogvédelem tökéletesedését is.

Vessünk egy tekintetet első sorban a törvényszéki chemia legklassikusabb fejezetére, az arsen kimutatására. Két franczia buváré az érdem, hogy a szervezet normális arsentartalmának kérdése újra felmerült, s a hires „Dauval affaire"-nek köszönhető, hogy a kérdés aktuálissá lett. A franczia akadémia bizottságának 1891-ben kimondott véleménye alapján egészen napjainkig a szakértők arra az álláspontra helyezkedtek, hogy az emberi szervezet normálisan arsent nem tartalmaz. 1899-ben és 1900-ban Gauthier azonban kimutatta, hogy az arsen bizonyos szerveinkben mindig jelen van, legnagyobb mennyiségben a glandula thyreoideában. Bertrand pedig az $^1/_{1000}$ mgm.-ot is jelző igen érzékeny apparatusával kimutatta, hogy az az eddig vegytisztának hitt salétromsavban (3 millio s. r.-ben 1 s. r.) is benne van és az ő általa megtisztitott savval végezve az oxydatiót, kétséget kizáró módon bebizonyitotta, hogy az arsen minden szervünknek rendes alkotórésze és legtöbb van a bőrben és annak függelékeiben. Mik már most az ebből levonandó consequentiák ? 1. Hogy nem szabad többé ily arsentartalmú kémszerekkel dolgoznunk, 2. hogy minden esetben quantitative kell az arsent kimutatnunk mérhető gyűrűk segélyével, s a hol ez nem lehetséges, optikai megjelenésükben egymással összehasonlitható gyűrűk útján. A gyűrűk mérése ellen azt hozták fel, hogy az arsen jó része a gázfejlesztő palaczkban visszamarad. Nekem sikerült Bertrand készülékével czélszerű változtatásokkal elérni azt, hogy az arsennek még 1—8 cgm.-ját is 1—2% hibával a gyűrűkben megkaptam. Több-kevesebb szerencsével összehasonlitható gyűrű skálát csak igen csekély arsen-nyomok esetén lehet összeállitani ($^1/_{1000}$—$^5/_{1000}$ mgm. vagy $^1/_{100}$—$^5/_{100}$ mgm.). Tizedmilligrammokat ma már mindenki mérni fog, mert az összehasonlitgatás végzetes tévedésekre vezetne.

Előadásom második részében arra óhajtok reámutatni, hogy a CO-haemoglobin spectroskopos kimutatása mily közepes értékű, szemben a már sok helyen használt exact gázanalytikai methodussal. Nem a spectrum érzékenységéről van itt szó, hanem az a baj hogy az az O-haemoglobinnal szemben is nagyon érzékeny és ha a vérben mind a kettő jelen van, akkor a CO-Hb csikjainak persistentiáját redukáló szerekre nem észlelhetjük a közébe tolódó redukált Hb. széles szalagjától. Azt a határt a két vegyület viszonya közt, a melynél a CO-Hb épen még constatálható, általában 1 : 2-höz állapitották meg. Vagyis szükséges, hogy a Hb-nak legalább egy harmada CO-hoz legyen még kötve, ha azt spectroskopice akarjuk constatálni. Igaza van Ogiernek, ki azt mondja, „ha csak a spectroskopos vizsgálatra akarunk támaszkodni, felismeretlenek maradnak előttünk olyan CO mérgezések, melyek bizonyosan megtörténtek és halált is okoztak". A methodusnak az a javitása, hogy vacuummal szivjuk ki az összes vérgázokat és vezessük azokat többször egy csekély vérmennyiségen keresztül, a mi azután telitődik CO-val, nem észszerű, mert ha már a költséges kénesőpumpát beszereztük és a gázok kiszivásának hosszadalmas munkáját elvégeztük, akkor a kiszivott gázok egyszerű analysisét is végrehajthatjuk, a mi minden esetben quantitativ adatokat is fog nekünk szolgáltatni.

Végül még a vérfoltok speciális diagnosisáról óhajtok szólani a „praecipitin-reacti-" segélyével. Belfanti és Carbone előzetes észleletei alapján Bordet megállapitotta, hogy egy állat más állatfaj vérével kezelve injectiókkal, olyan serumot szolgáltat, a mely ez utóbbi állatfaj vérére erősen mérgező: a vörös vértestecseket agglutinálja, feloldja. Később Tschistowisch és Bordet azt is észlelték, hogy a kezelt állat seruma az injectiók anyagát szolgáltató vér serumában csapadékot idéz elő. Ez a reactio rendkivül érzékeny és szigorúan specifikus. Többeket foglalkoztatott az a kérdés, nem lehetne-e ezt a vérfoltok diagnosisára felhasználni. E téren az elsőség érdeme Detre Lászlóé, ki haemolysis útján ajánlotta a diagnosis végzését, de követőkre nem talált. Szerencsésebbek voltak Wassermann és Uhlenhut, kik a praecipitin-reactio felhasználásával egy jó methodust dolgoztak ki a vérfoltok diagnostizálására. Nekem volt alkalmam a mult évben Párisban számos ilyen vizsgálatot látni és csinálni, s azt a következőkép végzem. Nyulamat 3—4 naponként oltom 10 cm^3 embervérsavóval s 2—3 hét mulva elvéreztetem; steril vérsavója lesz az úgynevezett indicator-serum. Ennek az activitásáról és specificitásáról 8—10 ismert, quarzhomokon conservált vérrel győződünk meg, közte embervér is van. Ha most serumunk csak az embervérrel adott $^1/_2$ órán belül csapadékot, akkor a vérfolt oldatához is adunk belőle 5—10 cseppet, s ha csapadék nem áll elő, biztosak lehetünk, hogy az nem embervér. Hogy milyen állat vére, az különböző állatok vérével oltott nyulak savójával végül szintén eldönthető. A methodus nem oly egyszerű és könnyű, a milyennek látszik és csakis jártas és hozzáértő, a steril eljárásban otthonos orvos kezébe való. Igen érdekesek azok a nem kilátás nélküli törekvések, a melyek újabban már a vérfolt individuális diagnosisára törekednek. Weichardtnak már sikerült oly serumot kapni, a mely csak az 1. sz. ló serumával adott csapadékot, de a 2., 3. és 4. sz. lóéval már nem. Ember és majom, férfi és nő, végül két férfi vérét meg tudta ily módon az ő „hyperspecifikus" serumával különböztetni. Az agglutinatiós eljárás nem bizonyult megbizhatónak. Kivánatos volna, ha a biróság kétes esetekben ezt a bizonyitást is elrendelné és az igazságügyi orvosi tanács előterjesztést tenne ez irányban.

Korányi Sándor: Hozzászólásom nem függ össze szorosan a törvényszéki orvostannal, de a kérdés tudományos értékesitésével igen. Az emberi serum bizonyos körülmények között praecipitineket adhat más állatok serumával is. Kelling carcinomás egyén vérében talált olyan anyagot, mely tyúk, disznó vérserumával adott pracipitatumot, a mit ő phantastikusan a cc. genesisével akart összefüggésbe hozni. Ez egészséges embernél is előfordulhat. A vezetésem alatt álló laboratoriumban Kentzler vizsgálta a végbél felől tejjel táplált egyén ujjából nyert vért, melyben ki tudott mutatni egy anyagot, mely tehéntejjel kezelt házinyúl serumával praecipitatumot ad. Egy csésze kávé után is ki lehetett ezt mutatni a vérben. A mi a fehérjéknek sajátságos tulajdonságait tönkreteszi, az a szabad sósav. Ha nincs szabad sósav a gyomorban, akkor a fehérjék átmennek a vérbe specifikus sajátságaikkal együtt. Tehát anactivitásos betegeknél ki lehet a gyomron át bevitt fehérjét is mutatni.

E szerint az emberi serum bizonyos körülmények között különböző specifikus reactiót adhat azáltal, hogy más állatok fehérjéje belejut a nélkül, hogy elvesztette volna specifikus sajátságát.

De ezek a reactiók sokkal gyengébbek, mint a tulajdonképeni serumok.

Liebermann Leó: Ez az elv alkalmazva van más téren is. Törvényszéki és egészségügyi vizsgálatoknál. Pl. lóhust kapunk marha vagy disznóhús helyett. Ekkor serumot készit az ember marhából, s beoltja egy nyúlba. Ennek serumit praecipitálja a marhahús. Hasonlókép jár el, ha ló- vagy disznóhúst akar vizsgálni.

Az arsen kimutatására nézve az a felfogásom, hogy egyáltalán lehetetlen tiszta reagenst előállitani, olyant, a minőt előadó kiván és azt hiszem, legczélszerübb controll végett vakvizsgálatot végezni a vizsgálandó anyag nélkül, csupán a reagensekkel.

A CO kimutatására legjobb módszer valamely csapadék, pl. tannincsapadék előállitása.

Justus Jakab: Az arsen mikrochemiai kimutatásával az állati szövetekben magam is foglalkoztam, mikor a szövet structurája épségben megvolt. Ez fontos lehet törvényszéki esetekben olyan szempontból, hogy az arsen az élőbe került-e még bele, vagy már a halottba? Az eljárást a „Gyógyászat"-ban közöltem.

Bakó Sándor: Az igazságügyi orvosi tanács foglalkozik a methodusnak bevitelével a törvényszéki orvostanba.

Vámossy Zoltán: A Korányi által mondottak nagyon megszivlelendők és igazak. De a búvárok mindig hangsúlyozzák, hogy nagyon csinján, óvatosan és absolute tisztán kell bánni a dologgal. És fontos a higitás. A praecipitinek megitélésében is óvatosnak kell lennünk és csak az első fél órában nyert praecipitatum a mérvadó, a később előálló már nem vehető figyelembe. A szakértő jártassága és lelkiismeretessége is felette fontos. Liebermann felszólalását illetőleg Németországban, a hova igen nagy a húsimport, ezen methodus már meghonosodott a hús mineműségének ellenőrzése czéljára. Az arsent illető megjegyzését is aláirom, mindig kell controll-próbát csinálni. A szénéleghaemoglobin csapadékos vizsgálata igen jó, de a törvényszéki chemiában csak oly reactiókhoz szabad folyamodni, a melyekkel a méreg úgy jut kezeink közé,

hogy össze nem téveszthető és kétségtelenül identifikálható. Ez pedig csak úgy lehetséges, ha a vérgázokat kiszívom, ezeket meganalyzálom, egy vagy két cm³ CO-t nyerek és azt a saját reactioja alapján identifikálom. Justus eljárását, megvallom, nem ismerem. Törvényszéki esetekben talán értékesíthető lesz.

Közkórházi orvostársulat.

(XIV. bemutató ülés 1905. deczember 20.)

Elnök: **Rákosi Béla.** Jegyző: **Feldmann Ignácz.**

(Vége.)

Papilláris húgyhólyagrák műtéttel gyógyult esete.

Pólya Jenő Sándor: R. J. Ó-Budáról. Három év előtt nehéz teher emelése után észrevette, hogy vizelete véres. Ez a véres vizelés eleinte csak koronként jelentkezett, egy-két napig tartott, s azután megint heteken, hónapokon át teljesen tiszta volt, az utolsó 9 hónapban azonban majdnem állandóan véres volt a vizelete. Ha sokat jár-kel, az a vérzést előmozdítja. Fájdalmai sohasem voltak, ép úgy vizeléskor semmiféle nehézséget, akadályt sohasem érzett.

Felvételkor a szt. Margit-kórházba 1905. október 17.-én jól fejlett és táplált halvány férfi, mellkasi szervei épek, hason semmi fájdalmasság, egyéb rendellenesség sem mutatható ki. A vizelet sillerbor színű, benne chemice és mikroskopice sok vér mutatható ki. A napi mennyiség 2000 gm. körül van. Egy heti fekvés és tonogen-cseppek szedése után a vér teljesen eltünik belőle, s teljesen tiszta lesz. Cystoskopikus vizsgálattal Rihmer már régebben constatálta a papillomát, s mi is jobboldalt egy a hólyagfalon szélesen szétterülő sötét, ágasbogas képletet birtunk konstatálni.

Papilloma vesicae diagnosissal a beteget 1905. november 6.-án aetherchloroform-narcosisban megoperáltam. Epicystotomia. A mintegy maréknyi papillomatömeg kisujjvastag kocsányon a hólyag jobb és elülső falán ered. A papillomamassát kézzel eltávolítván, a kocsányt a hólyag falán előrehúzván, catguttal körülöltjük s egész rövidre levágjuk, a fonál végét a hólyagseben vezetvén ki. Ezután a papilloma helyére vékony csikot, s a hólyagba draincsövet vezetve, a körülbelül 6 cm.-nyi hólyagsebet annyira összevarrjuk, hogy csak a seb alsó zugában hagyunk a csik és a drain kivezetésére helyet, a hasfal sebét pedig átöltő silkworm-varratokkal egyesitjük.

A Minich főorvos által adott kórszövettani lelet szerint a daganat szöveti szerkezete papillomának, vagy papilláris ráknak megfelelő; ez utóbbi mellett, vagyis a daganat rosszabb indulatúsága mellett szól az, hogy a hámburjánzás mindenütt nagyfokú és a kötőszöveti váz mindenütt igen csekély terjedelmü.

A gyógyulás teljesen zavartalan volt, csak a szívó drainage-t kellett, mivel nem jól működött már, a műtét utáni 3. napon eltávolitani. Ezután több izben néhány napra állandó kathetert vezettünk be, november vége felé a beteg kezdett magától is a húgycsövön át vizelni, s deczember 7.-e óta vizelete csak ez úton ürül. Sebe jelenleg teljesen begyógyult.

Sérvkizáródással járó appendicitis.

Pólya Jenő Sándor: S. I., 62 éves, kádár, Szentendréről. 13 éves kora óta van jobboldali lágyéksérve, mely mindig reponibilis volt. Három év előtt azonban egyszer kiszorult, úgy hogy csak orvosa birta visszahelyezni. 1905. október 23.-án sérve ismét kijött, visszahelyezni nem birta. Ez alkalommal igen rosszul érezte magát, hányt is. Orvosa a sérvet könnyen birta visszatenni, de ezután sem érezte jól magát, széke és szelei nem indultak el, hányásingere volt. Ezért november 27.-én újra orvosát hivatta, ki azt találta, hogy a sérv már megint kün van, csakhogy diónyi mekkoraságban s ezt újra könnyen visszatette. Mivel azonban ennek ellenére széke nem indult el, hasában folyton görcsei voltak és sokat hányt, 1905. október 31.-én szt. Margit-kórházi osztályomra vétette fel magát a következő jelenállapottal. Dobszerüen puffadt has, mely nyomásra különös engedékenységet sehol sem mutat, a jobb inguinális csatorna ujjnak kényelmesen átjárható, s belső nyilásánál egy diónyi, nyomásra igen érzékeny resistentia tapintható. Végbél üres, T. 36·6, P. 90.

A diagnosist tökéletlenül reponált inguinális herniára téve, azonnal műtéthez láttam. Typikus herniotomia. A sérvtömlőben sok csokoládé színü sérvvíz. A sérv tartalmát egy szederjes színü vékonybélkacs alkotja. A sérvgyürü tágítása után e kacs visszanyeri színét, s feltünnek a bélen a befüződési barázdák, azonban a bélkacsot előhúzni most sem sikerül, s a hasürből zavaros savó ürül. Ezen viszonyok oka után kutatva, a hassebet felfelé tágítván látjuk, hogy az inguinális tájékon egymással sokszorosan összetapadt bélconglomeratum foglal helyet, melyet óvatosan szétválasztva, egy nagy, a coecum-tájról a medenczébe húzódó appendiculáris tályogra bukkanunk, melyből mintegy 400 cm³ büzös, de nem bélsártartalmú geny ürül. Tamponád vastag csikokkal.

Gyógyulás sima és teljesen láztalan; szelek s utáuuk szék a műtétet követő másodnapon elindultak, a has leapadt, a seb sarjadzás által szépen kitelődött, úgy hogy jelenleg egy 3 cm. hosszú, 2 cm. széles vonalas sarjfelszin van csupán jelen, melylyel a beteget saját kivánságára hazabocsátjuk.

A nyaki gerinczvelő sérülése.

Keller Kálmán: Sz. M., 31 éves hajóst, f. évi május hó 29.-én verekedés közben tarkója alatt a nyak bal oldalán megszúrták. A sebesülés után rögtön összeesett, 15 napig nem tudta tagjait mozditani, úgy hogy etetni kellett, eszméletét azonban egy perczre sem veszítette el. Az első 15 nap eltelte után jobb karja és jobb lába erősödni kezdett, míg bal végtagjai ez időben még teljesen bénák voltak.

Fájdalmakat és fájdalmas külső behatásokat egyáltalában nem érzett, azonban a tapintási érzés mindkét oldalt megszünt.

Jellegzetesen demonstrálja a beteg ezt azon panaszával, hogy ha zsebébe nyúlt bármelyik kezével, pl. késeért, midőn kihúzta a kezét, belé kellett néznie kezébe, vajjon benne van-e az illető tárgy.

Körülbelül 2 hónap elmulta után a baloldali végtagok paresise javulni kezdett, lassan az érzésbeli eltérések is javulak; jelenleg bal testfelének és a jobb kéz 4. és 5. ujjának, továbbá a jobb láb hüvelyk- és mutatóujjának zsibbadtságáról panaszkodik.

Jelenállapot: A középtermetü, elég jól fejlett és táplált betegnél a triceps, alkari periost, kéztőizületi inreflexek élénkek, baloldalt a tricepsé kissé gyengébb.

Epi-meso-hypogastrikus reflexek ki nem válthatók, cremaster-reflex jobboldalt erősebb, mint baloldalt.

A patellar és Achilles-inreflex mindkét oldalt kiváltható, baloldalt kissé gyengébb. Lábclonus, Babinski-tünet nincs, talpreflex mindkét oldalt megvan.

A bal kéz szoritó ereje dynamometerrel mérve 45-öt, a jobb kézé 85-öt mutat.

A bal alvégtag izomereje gyengültebb, mint a jobbé.

A sérülés óta merevedések és a libido gyengébbek, mint azelőtt.

Sensibilitás. Teljes baloldali, pontosan a test középvonalát követő anaesthesia, analgesia és thermanaesthesia, mely azonban fent a kulcscsont alatt félarasznyira kezdődik csak, megkerüli a vállat és hátul a spina scapulae magasságában vonul a gerinczoszlophoz.

A bal karon az érzékenység minden nemére nézve csökkent, mig a jobb alkaron a belső ulnáris oldal és a 4. és 5. ujj kissé hypaesthesiás és gyengébb.

A hangvilla vibratiós érzete az anaesthesiás területeken kiesett, mig az egészséges oldalon jó.

Fejen és kulcscsontokon még egyenlő, azonban a baloldali bordákon, a patellán és tibián, úgyszintén a bal felvégtag csontjain kiesett. Az izmok villamos viselkedése rendes.

A kezelés óta, mely villamozásban áll, a beteg határozottan javult.

Az eset magyarázata közben a következő kérdések merülnek fel előttünk. Történt e a gerinczvelő sértése mellett egyszersmint gyöksértés is; továbbá, a gerinczvelőnek melyik segmentuma, minő kiterjedésben metszetett át? Gyöksértést kizárhatunk azért, mert atrophiát a megfelelő izmokon nem látunk, nem is volt, egy felvégtag teljes hüdésére pedig egy ideggyök átmetszése semmi esetre sem elegendő, több ideggyök átmetszését pedig a csigolyacsontok anatomiai elhelyezése gátolja. A gerinczvelő haránt laesioja kiterjedésének meghatározására nézve már bajosabb az eligazodás.

Typusos Brown-Séquard-féle hüdésnek esetünk nem tekinthető azért, mert az érzéstelenség (az érzés minden nemére nézve) ugyanazon oldalon van, mint a motorius hüdés, habár a Brown-Séquard-hüdésre emlékeztet bennünket az a körülmény, hogy a jobb fel- és alvégtagon csökkent érzékenységü területek vannak.

Legvalószinübb magyarázata az egész kórképnek az, hogy tekintettel a sérülés oldalán levő analgesiára és anaesthesiára, nemcsak az úgynevezett hemisectio medullae spinalis történt meg, hanem egyszersmind a sérülés a másik, a jobb oldalra is átterjedt és az ide már átkerült baloldali fájdalomvezető rostokat is átmetszette.

Cholecystitis et pericholecystitis calculosa purulenta az epehólyag többszörös perforatiojával.

Herczel Manó: K. J.-né, 27 éves, Temesvárról. Már 17 év előtt voltak egy éven át tartó, hányással járó gyomorgörcsei. Azóta állitólag egészséges. Jelen baja 1905. szeptember végén kezdődött a jobb bordaiv alól kiinduló, a hátba kisugárzó görcsös fájdalmakkal. Október eleje óta naponként 39—40°-os lázai vannak, rázóhideggel. Hányás, csuklás, csekély icterus.

Felvételkor az igen legyengült lázas betegnél a jobb bordaiv alatt ökölnyi, kissé dudoros felületü, ige fájdalmas, a légzési mozgásokat követő resistentia tapintható.

Kórisme: genyes epehólyag- és epehólyagkörüli lobbal párosult epekövek.

Műtét november 6.-án. Hasürben kevés lobos exsudatum. A máj heges csikokkal és álhártyákkal borított. Epehólyag táján nagy ökölnyi, egyenetlen felületü, kemény daganat, mely a máj parenchymájával bensőleg összeforrt és magához vonja a gyomor pylorikus részét, a colon transversum hátulsó felső lapját és a visszacsapott csepleszt. A máj szélétől körülbelül egy ujjnyira megkisértjük az álhártyák leválasztását az epehólyagról. E közben egy körülbelül jó almanagyságú, törmelékes szövetből álló anyagba jutunk, melyben számtalan borsó, egész tojásnagyságú, sárgás fehér, nyúlós, büzös genynyel telt üreg van. Az epehólyag falzata és üregе szintén ilyen nekrotikus massától van áthatva, a falzat többszörösen perforálva, úgy hogy egy nagyobb és kisebb kő a középvonaltól ki- és befelé granulatiós recessusokban az epehólyagon kivül találtatott. Az epehólyag üregében egy második nagy facettált kő, a mélyben a cysticusban egy teljesen kerek, nagy mogyorónyi kő, melyet éles kanállal távolitunk el. Az epehólyag alsó falát in toto távolítjuk el; a felsőt, mely kötőszövetes lob folytán a májjal elválaszthatatlanul összeforrt, kisebb darabokban késsel exstirpál-

juk. Nyilt tampon-kezeles. A kiirtott szövetrészek kórszövettani vizsgálatának eredménye: lobos újképzett sarjszövet. Carcinoma jelenléte kizárható (Krompecher).

Beteg a műtét után még 14 napig lázas volt, 38 - 39°-os hőemelkedéssel, majd mérsékelt epefolyás lépett fel, később teljesen zavartalan volt a gyógyulás.

Cholelithiasis, perforatio vesicae felleae, pericholecystitis calculosa purulenta.

Herczel Manó: S. F. 50 éves, hivatalszolga, Moórról. Nyolcz év óta szenved erős hasgörcsökben, melyek eleinte két hetenként léptek fel 1—2 napi tartammal, főleg a köldök táján, hányással és hidegrázással. Néha a görcsök 3 hónapig is elmaradtak, mig újra jelentkeztek.

Ez év márczinsában igen heves roham hidegrázással és 8 napon át tartó hányással jelentkezett. Sárgasága sohasem volt. Széke mindig rendben.

1905. november 8.-a óta naponta hidegrázás, erős hasfájdalmak, epés hányás magas lázakkal, úgy hogy mivel két hét alatt az állapota nem javult, Ángyán tanárhoz fordult, ki november 27.-én műtét megejtése czéljából osztályomra utalta.

Felvételkor a jól fejlett és eléggé táplált férfi mellkasi szervei épek. Májtompulat a parastern. vonalban a VI. borda felső szélén kezdődik, a bordaívet jobboldalt a tompulat ugyane vonalban 6 harántujjal, a mellső axilláris vonalban 4 harántujjal haladja túl. Ezen a májtompulattal összefolyó tompulatnak megfelelőleg a jobb bordaív alatt egy 2 ökölnyi, rugalmas, sima daganat tapintható, mely a légzési mozgásokat csekély mértékben követi, nyomásra igen fájdalmas, külső részén előredomborodó, ugyanitt kissé fluctuál.

Kórisme: epekövek folytán létrejött hólyagátfúródás circumscript tályogképződéssel, mely diagnosist a belgyógyászati osztályon megejtett próbapunctio is igazolta.

Műtét november 28.-án. A bordaivvel párhuzamos metszésből a kocsonyásan beivódott bőralatti kötőszöveten és izomzaton áthatolva, a mellső hónaljvonalban ökölnyi, körülbelül 1 liternyi büzös, epés genyet tartalmazó üreg nyilik meg, mely a máj alsó felszinéhez vezet. A kérgesen megvastagodott cseplesz a máj alsó felszinéhez nőtt, melynek óvatos leválasztása után egy az előbbihez teljesen hasonló üreget nyitunk meg.

Műtét után a beteg rögtön láztalan lett. Respiratio normális, azonban pulsusa daczára, hogy 3 hét telt el a műtét óta, állandóan magas, 108—120. A seb teljesen tisztult, de az e.ős epefolyás a sipolyon át állandó, széke acholikus, emésztése rossz, miért is mihelyt kissé jobban összeszedte magát, rögtön az átfúródott epehólyag kiirtását kell majd foganatositanunk.

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(1905. évi november 25.-én tartott szakülés.)

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

(Vége.)

5. **Konrádi Dániel** referál egy vidékről vizsgálatra beküldött **meningitis cerebrospinalis eset agyában talált kétféle bakteriumról**: egy ikercoccusról (Lőte tanár elnevezése) és egy bacillusról. Ezek szintenyészeteivel külön-külön és együttesen állatokat oltott be, a melyek csak akkor pusztultak el klinikailag és boncztanilag kimutatható meningitisben, ha a két bakterium együttesen fejlődött tenyészetét agyburok alá vagy visszérbe juttatta. Az ikercoccusok a *Jäger-Heubner*-féle typust mutatják, a bacillus azonositása még nem sikerült.

Veszprémi kérdi előadótól, hogy esetében a halál után mennyi idő mulva végeztetett a boncolás, és hogy az oltásra használt anyag mikor és hogyan jutott előadó kezeihez? Vajjon mindazon cautelák megtartásával-e, a melyek ilyen bakteriologiai vizsgálatok végzéséhez s az előadó által azok eredményéből levont következtetésekhez elengedhetetlenül szükségesek. Ugyanis felszólalónak szintén volt alkalma meningitis cerebrospinalis egy esetét boncolni. A lágyburkok izzadmányában a Gram szerint festett fedőlemezkészitményben egy pár rosszul festődő diplococcuson kivül a készitmény hosszas átnézése után egy-egy jól festődő, meglehetősen nagy bacillust is lehetett látni. Midőn a szövettani metszetek bakteriologiai vizsgálatát végezte, feltünt, hogy a lágyburkokban néhol szinte csoportosan, tehát aránylag nagy számmal vannak Gram szeriut jól festődő bacillusok és diplococcusok. Különösen a bacillusok már első pillanatra a rothadásnál található mikroorganismusok benyomását tették s utána nézve az esetnek a boncziegyzőkönyvben, abban tényleg a kezdődő rothadás jelei voltak felemlitve nemcsak a hasüri, hanem a mellkasi szervek részéről is. Igen természetes dolog tehát, hogy ilyen körülmények között az emlitett bakteriumokat nem volt szabad a meningitissel valamelyes összefüggésbe hozni. Ugyanez az eshetőség állhat fenn előadó esetében is, tehát, hogy az általa talált bacillusok, a melyeket még nem sikerült meghatároznia, nem egy intra vitam keletkezett vegyes fertőzésből származnak, hanem a halál után juthattak oda s voltaképen talán rothadási bakteriumok.

Az a körülmény, a mit előadó emlit, hogy t. i. a vizsgálatra kapott agydarab látszólag elég frissnek látszott, semmit sem bizonyit, mert maga előadó mondja, hogy egy vidéki kórházban végzett boncolásból származó anyag, a halál után több mint 24 óra mulva került csak az bakteriologiai vizsgálat alá s úgy látszik nem is a kellő módon, nem sterilen kezelve küldetett be. Ezek a viszonyok épen nagy óvatosságra intenek s inkább a mellett szólnak, hogy az előadó által bemutatott, meglehetősen nagy bacillusok másodlagosan, a halál után, esetleg külső szennyezés vagy épen rothadás útján juthattak a megvizsgált anyagba. Erre a körülményre óhajtja felszólaló felhivni előadó figyelmét, mert hogy e mikrobák házinyulaknál ilyen vagy amolyan oltásnál bizonyos kóros elváltozást okoztak, szintén nem bizonyitja azt, hogy az embernél előforduló meningitisekkel valamely okozati összefüggésben lennének.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Elvérzés a menstruatio alkalmával. *Maes* a hamburgi orvosegylet 1905. november 28.-i ülésen fiatal leány kórboncztani készítményét mutatta be, ki rendes menstruatio alkalmával a Graaf-féle hólyagocskából elvérzett. *A leány haemophil-családból való volt.*

A halhús tápláló értékéről *Kayser* és *Pringsheim* végeztek vizsgálatokat. A halhús kevésbé tápláló, mint a marhahús; 1 kgm. marhahúsnak a fehérjetartalom tekintetében 1277 gm. halhús felel meg. A bélcsatorna a halhúst az izomközti kötőszövet lazasága miatt jól kihasználja. (Schlesische Gesellsch. für vaterl. Kultur in Breslau, 1905, nov. 24.)

PÁLYÁZATOK.

Alsó-Fehér vármegye balázsfalvai járásában a szászcsanádi **körorvosi állás** üresedésben levén, annak betöltése czéljából pályázatot nyitok.

Ezen egészségügyi körhöz 9 község tartozik 8212 lélekkel.

A körorvos évi javadalmazása 1700 korona törzsfizetés és 300 korona utazási átalány, mely összeget havi előleges részletekben Szász-Csanád község pénztára, mint gyüjtőpénztár fizeti. Hivatalos kiszállások alkalmával a beteg megvizsgálásáért és vényirásért úgy a községházánál, mint a beteg lakásán 1 koronát számithat fel, ugyanezen díjazás jár a kör székhelyén is. Ha pedig hivatalos kiszálláson kivül hivatik beteghez és a község a székhelytől 2 kilométernél nagyobb távolságra esik, kilometerenként 30 fillér fuvardij, vagy természetbeni fuvar illeti meg. Ezenkivül nappal 2 korona, éjjel pedig 4 korona rendelési díjat számithat fel.

Műtétekért a belügymi nisteri rendelet IV. fokozatában megállapitott díjak legkisebbikét számithatja.

A szabályszerüen felszerelt pályázati kérések **folyó évi márczius hó 25.-ig** hozzám beadandók.

A szolgabirói hivatal.

B a l á z s f a l v a, 1906. február hó 20.-án.

Tókos Géza dr., tb. főszolgabiró.

3252/906. szám.

A Nyitra vármegye érsekujvári közkórházában betöltendő **alorvosi állásra** a m. kir. B. M 125,000/902. számú körrendeletének 2. §-a alapján pályázatot nyitok.

Felhivom mindazon nőtlen orvostudorokat, kik ezen, évi 1200 korona fizetéssel, egy szobából álló lakással, fűtéssel, világitással és természetben kiszolgáltatott élelmezéssel javadalmazott, a kórházban való bennlakás kötelezettségével járó állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt kérvényeiket az ügyviteli szabályzat 4. § ában leirt módon **folyó év márczius hó 15.-ig** hozzám nyujtsák be.

Azon pályázó, ki szolgálatban állott és azt megszakitotta vagy abbanhagyta, köteles ezen időleges szünetelésnek, illetőleg kilépésnek okát okirattal igazolni.

N y i t r a, 1906. február 12.-én.

Markhot, alispán.

652/1906. szám

A selmeczi m. kir. bányaigazgatóság kerületében az aranyidai m. kir. bánya- és kohóhivatalnál üresedésbe jött **bányaorvosi állásra** a X. fizetési osztály 3. fokozatában évi 1600 korona fizetéssel, természetben való lakással, esetleg törvényszerű lakpénzzel, 54 ürköbmeter tüzifajárandósággal, továbbá az 1904. évi I. t.-cz. értelmében járó személyi pótlékkal, végül két szolgálati ló eltartására évi 56 métermázsa széna, 61 hektoliter zab és 360 korona kocsitartási átalánynyal pályázat hirdettetik.

Felhivatnak azok az orvostudorok, kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy 1 koronás bélyeggel ellátott folyamodványukat előljáró hatóságuk, vagy ha állami szolgálatban nem állanak, az illetékes főispán vagy polgármester útján jelen hirdetménynek a „Budapesti Közlöny"-ben való első megjelenésétől számitott **három hét alatt** a nagyméltóságú m. kir. pénzügyministeriumhoz intézve az alólirt m. kir. bányaigazgatóságnál nyujtsák be. Később beérkező folyamodványok tekintetbe vétetni nem fognak.

Folyamodó köteles hiteles okmányokkal igazolni, illetőleg mindazokat a kellékeket kitüntetni, melyek a kiirt állásra megkövételtetnek, nevezetesen:

1. családi és keresztnevét, honosságát, születési helyét, életkorát, vallását és családi állapotát;
2. megszakitás nélküli előéletét (curriculum vitae);
3. nyelv- és szakismeretét, netaláni klinikai vagy kórházi szolgálatát;
4. erkölcsi magaviseletét;
5. hogy katonai kötelezettségének miképen felelt meg;
6. hogy oly egészségi állapotban van, miszerint a szolgálattal egybekötött kötelességek teljesitésére teljesen képes.

Az állás folyó évi május 1-én foglalandó el, s a kinevezés, ha az illető nem állami alkalmazott, egy év tartamára ideiglenesen történik, a véglegesités pedig csak egy évi próbaszolgálat után következik be, feltéve, hogy az illető a szolgálat teljesitésével járó kötelességeknek minden tekintetben megfelel.

S e l m e c z b á n y a, 1906. év február 19.-én.

M. kir. bányaigazgatóság.

53/1906. eln. sz.

Bihar vármegye közkórháza elmebeteg-osztályánál egy **segédorvosi állás** lemondás folytán megüresedett.

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

Ezen segédorvosi állásra gyakorlati orvosi évüket töltő, esetleg orvos szigorló urak is pályázhatnak.

Felhivom a pályázni óhajtó urakat, hogy Bihar vármegye főispánjához czimzendő pályázati kérvényeiket okmányaikkal együtt hozzám **február hó 27.** napjáig adják be.

Nagyvárad, 1906. február 19.-én.

Fráter Imre dr., igazgató főorvos.

787/906.

Az elhalálozás folytán megüresedett **almáskamarási körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A körorvos székhelye Almáskamarás s ide tartozik még Nagykamarás község, melyet a körorvos hetenként kétszer tartozik látogatni.

A körorvos javadalmazása 1400 korona törzsfizetés, 200 kor. lakbér és 164 korona fuvarátalány. A látogatási díj nappal 40 fillér, éjjel 80 fillér.

Pályázni szándékozók felhivatnak, hogy az 1876: XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket hozzám **f. évi márczius 18.-ig** adják be.

A választást A.-Kamarás községházánál márczius hó 20.-án d. u. 4 órakor fogom megtartani.

Elek, 1906. évi február 17.-én.

Mladin Miklós, főszolgabiró.

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—1 *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 díjak: 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—2 *Szentmiklóssy* s. k., főszolgabiró.

618/1906. kig. szám.

Zsibó, Csiglen, Prodánfalva, Kucsó, Fürményes, Szilágy, Paptelek, Dabjon, Dabjonujfalu, Solymos, Vérvölgy, Nagymon, Nagymonujfalu, Szamosudvarhely, Inó és Szamos-Széplak községekből alakított, **Zsibó** község székhelylyel rendszeresitett **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek, s felhivom az állást elnyerni óhajtókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában, illetve az 1876: XIV. t.-cz 143. §-ában előirt minősitésüket, az eddigi szolgálatukat, erkölcsi és politikai magaviseletüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérelmeiket hivatalomhoz **f. évi márczius hó 3.-áig** annyival inkább adják be, mert a később érkező vagy hiányosan felszerelt kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

Az állás javadalmazása:

1. Törzsfizetés 1200 korona.
2. Fuvarátalány 600 korona.
4. Lakbérilletmény 200 korona.
4. Vármegyei szabályrendelet szerinti látogatási díjak.

A közegészségügyi kör községei havonként egyszer bejárandók.

A körorvos illetményeit évnegyedenként utólag az állampénztártól kapja, nyugdijjogosultsággal bir s állását azonnal köteles elfoglalni.

A választás megtartására határidőül 1906. évi márczius hó 8. napjának d. e. 10 óráját tűzöm ki Zsibó községházához.

Zsibó, 1906. évi február hó 7.-én.

2—2 *Péchy*, főszolgabiró.

Jász-Nagykun-Szolnokvármegyei kórháznál végleges állásba távozás folytán megüresedő egyik **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalma ezernégyszáz korona évi fizetés, teljes ellátás. A kinevezés két évre szól.

Pályázatok okmányokkal hozzám **f. é. márczius hó 1.-ig** adandók be.

Szolnok, 1906. évi január hó 25.-én.

2—2 *Papp Gábor* dr., igazgató-főorvos.

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 vételni 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 megállapitott látogatási díjak.

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—2 *Wieland* dr., főszolgabiró.

A diósgyőri m. kir. vas- és acélgyárhoz tartozó Pereczes- és Barossakna szénbányáknál lemondás folytán megüresedett **bányaorvosi állásra, Pereczes** székhelylyel ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással 1600 korona évi fizetés, természetbeni lakás, 100 métermázsa barnaszén és természetbeni állandóan rendelkezésre álló fuvar élvezete van egybekötve.

A pályázóktól egyetemes orvostudori oklevél kivántatik meg; kik e mellett kórházi gyakorlattal is birnak, előnyben részesülnek.

A kinevezendő orvos köteles Parasznya községben hetenként kétszer, előre meghatározott napokon orvosi rendelést tartani és azonkivül Radistyán, Varbó és Kondó községekben lakó bányamunkásainkat és azok családtagjait is szükséghez képest a helyszinén gyógykezelni.

A bányatárspénztár tagjait és azok igényjogosult családtagjait ingyen köteles gyógykezelni.

Felhivom ennélfogva az ezen állás elnyerése iránt pályázni szándékozó orvos urakat, hogy születési, képesitési, illetve működési bizonyitványokkal kellően felszerelt folyamodványaikat alólirott gyár főnökségéhez (Diósgyőr-gyártelep; Borsodmegye) **folyó évi február hó 28.-ig** terjeszszék be.

Diósgyőr-gyártelep, 1906. évi január hó 31.-én.

3—3 *Diósgyőri m. kir. vas- és acélgyár*
Fleischmann főfelügyelő, gyárfőnök.

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.

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.

Csak „SICULIA“ névvel ellátott üvegek valódiak.

A Málnási „SICULIA” forrásvíz

a sós savanyúvizek királya.

Sziklarétegeken átfúrt artézi forrás.

A gyomorégést rögtön megszünteti. Páratlan étvágygyerjesztő. 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 minősitik.

Magyarországi főraktár:

BRÁZAY KÁLMÁN BUDAPEST, József-körút 37.

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