Ötvenedik évfolyam. 18. szám. *Budapest, 1906. május 6.*

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.

Flesch Ármin és Schossberger Sándor: Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekkórházból. (Igazgató: Bókay János dr., egyetemi tanár.) A gyermekkori szívburokösszenövés leggyakoribb alakjának kórjelzése és lényege. 505. lap.

Pólya Jenő Sándor: Az epekövek kórtanának mai állása és az epekőbetegség sebészi kezelésének javalatai. 508. lap.

Tárcza. Grósz Emil: XVI. nemzetközi orvosi congressus Lissabonban. 510. lap. — Haberern J. tál: A német sebésztársaság, a német Röntgen-társulat és a német orthopaed-sebésztársaság ez évi congressusa. 511. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. R. Proust*: Traitement de l'hypertrophie prostatique par la prostatectomie. — *E. Villiger*: Gehirn und Rückenmark. — *Lapszemle. Belorvostan. H. Börger*: Az aorta gyógyult aneurysma dissecansának esete. — *E. Mai*: Az aortabillentyűk mechanismusának Krehl által adott magyarázata. — *Sick*: A vérhányás kórjelzési jelentősége appendicitisben. — *Strasser* és *Blumenkranz*: A veselob gyógyitása. — *Sebészet. Du Pan*: A végbélrák operativ kezelése. — *Stieda*: Az epekő-műtétek javalatai módszerei és eredményei. — *Guleke*: A pankreasnekrosisról és heveny pankreas-megbetegedésekben a halál okáról — *G. A Syme*: Érdekes echinococcus-esetek. — *J. G. Pardoe*: Az urogenitalis gümőkórnak tuberculinnal való kezelése. — *Gyermekorvoslás. Moro* és *Murath*: A csecsemők bélsarának bakterium-fejlődést gátló hatása. — *Hedinger*: Az újszülöttek thymus-halála. — *Wickmann*: Poliomyelitis acuta. — *Bőrkórtan. Shourp* és *Freund*: Mycosis fungoides esetének kezelése Röntgen sugarakkal. — *D. Amende*: A hypertrichosis kezelése. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Teschemacher*: A Dupuytren-féle ujjcontractura. — *Happich*: A kámfor esetleges'mérgező hatása. — *Darier*: Iritis rheumatica. — *Solt*: Salicylsavas-alkoholos kompresszek. 513—516.

Vegyes hirek. Kinevezés. — Egyetemi alkalmazások. — Választás. — A Korányi-díj odaitélése. — XII. szünidei orvosi cursus. — A budapesti szegénysorsú tüdőbetegek sanatorium-egyesülete. — Röntgen-cursus. — Az egyetemi II. sz. női klinika. — Megjelent. — Meghaltak. — Kisebb hirek külföldről. — A gyakorlati év Poroszországban. — A bakteriumok viselkedése a vízben. — Pályázatok. — Hirdetések. 516—517.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. Orvosegyesület. 519. lap. — Közkórházi orvostársulat 519. lap. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. 520. lap — Szemelvények 521. lap.

Mellékletek. F. Hoffmann-La Roche & Cie Airol, Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning czég Argonin, Barabás-féle gyógyszertár Nervinol prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

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

A gyermekkori szívburokösszenövés leggyakoribb alakjának kórjelzése és lényege.[1]

Irták: *Flesch Ármin* dr. és *Schossberger Sándor* dr., kórházi segédorvosok.

A szívbetegségek különböző alakjainak pontos kórjelzése igen gyakran súlyos feladatokat ró még a legtapasztaltabb klinikusra is. A legnehezebb diagnostikai feladatok egyike e téren a szívburokösszenövés felismerése. Hogy e bántalom pontos kórjelzéséhez legtöbbször mennyi tapasztalat, körültekintés és tudás szükséges, annak jellemzésére csupán két klinikus szavait óhajtjuk idézni. Az egyik *Strümpell*,[1] ki összefoglalva a szívburokösszenövésre jellegzetesnek mondott tüneteket, következtekezőképnyilatkozik: „*Die sichere Diagnose der Pericardialverwachsung ist stets eine heikle Sache, und Überraschungen in dieser Hinsicht bei den Sectionen sind wenigstens nach unserer Erfahrung keine Seltenheit.*“ Ép oly kevéssé biztató *Türk*[2] véleménye: „*Gerade die Concretio pericardii cum corde steht bei allen Diagnostikern in einem sehr üblen Rufe, und es lässt sich nicht leugnen, dass dieser Ruf ein vollauf berechtigter ist.*“ *Türk* ezzel kifejezője a ma uralkodó általános véleménynek, és ha speciális szakavatottság, nagyobb gyakorlat e tekintetben esetenként helyes útmutatással szolgál is, mégis nyugodtan bevallhatjuk, hogy a szóban forgó bántalom kórjelzése az általános gyakorlatban alig tud érvényre jutni.

Ha ezen nehézségek okait fürkészszük, mindenekelőtt rá kell mutatnunk azon kétségtelen tapasztalati tényre, hogy boncoláskor szívburokösszenövéssel találkozunk olyan esetekben, mikor ez in vivo a legpontosabb észlelés mellett sem volt felismerhető. Ezen esetek azok, melyekben vagy a szív, illetőleg a tüdő részéről egyidejüleg fennálló szövődményes kórfolyamatok leplezték a szívburokösszenövés physikális tüneteit, vagy pedig maga a szívburokösszenövés is a később kifejtendő körülmények miatt tünet nélkül folyt le. Ennek tulajdonitandó, hogy a szívburok megbetegedéseire vonatkozó részletesebb munkák, így a *Weill* é[3] is, a lappangó synechiát mint a szívburokösszenövés külön alakját tüntetik fel.

A kórjelzést azonban sokkal gyakrabban akadályozza egy másik körülmény. Megszoktuk ugyanis, hogy a szívburokösszenövés fogalmát bizonyos *sarkalatos* tünetekhez kapcsoljuk, s csak ha ezen cardinálisaknak odaállított tüneteket, vagy azok egyikét látjuk, gondolunk szívburokösszenövés felvételére. Mindnyájunk előtt eléggé ismeretesek ezen iskolatünetek: a szívtáj systolés behúzódása, a szívtompulat activ és passiv motilitásának hiánya, a pulsus paradoxus, a *Friedreich* féle diastolés vena collapsus, a *Friedreich*-féle kettőzött szívhang, s végül a szívhangok fémszerü színezete (*Riess*). Ámde, ha csupán mindezen tünetek jelenléte irányítaná gondolatmenetünket, akkor a concretio pericardii cum corde kórjelzését sohasem, a concretio pericardii externa

[1] Előadatott a budapesti kir. orvosegy. 1906. márczius 11.-i ülésén.
[2] *Strümpell*: Spec. Path. und Therap. Leipzig. I. kötet, 571. old.
[3] *Türk*: Beitr. z. Diagnostik der Concretio peric. etc. Wien. klin. Woch. 1901.

[3] *Weill*: Symphyse du péricarde. (*Grancher-Comby*: Traité des mal. de l'enf. III. kötet 793. old.)

diagnosisát pedig csak kivételes esetekben állapíthatnók meg. Kétségtelen ugyanis, hogy az előbb jelzett tünetek egyedül a concretio pericardii cum corde kapcsán nem állanak elő, jelenlétük tehát arra nem is utalhat. Másrészt pericarditis externa felvételére sem jogosítanak fel minden körülmény között, mert jelenlétük, talán egyedül a systolés behúzódás kivételével, más kórfolyamatok következménye is lehet.

Az eddigiek folyamán mint a kórjelzés megállapítását gátló mozzanatokat kiemeltük egyrészt a tünet nélküli lefolyást, másrészt gondolatmenetünknek az úgynevezett cardinális tünetekhez való kötöttségét. Mindez akadályok jelentőségét azonban túlszárnyalja egy másik körülmény, melynek kellő kidomborítását vettük következő tárgyalásainkban czélba

Van ugyanis a szívburokösszenövésnek egy sajátságos alakja, a mely — bár régebb idő óta tárgya klinikai fejtegetéseknek — a köztudatba még nem ment át. Ezen alak fő jellemvonása az, hogy a pangásnak a cardiális zavaroknál megszokott képtől teljesen eltérő typusa van: az egész kórképet ugyanis izolált nagyfokú hasvízkór uralja.

Már *Bamberger*[1], *Oppolzer*[2] említi, *Liebermeister*[3] pedig részletesebben méltatja s kórboncztani alapon fejtegeti, hogy szívbántalmak némely esetében nagyfokú hasvízkór lehet a főtünet elenyészően csekély végtag oedemák mellett. E jelenség magyarázata *Liebermeister* szerint abban keresendő, hogy a hosszas pangás folyamán hepar moschatum atrophicum fejlődik ki, melynek az a következménye, hogy midőn a lefolyás alatt az általános vízkór teljesen eltünik, a hasüri folyadékfelhalmozódás továbbra is megmarad.

Ezen munkálatok azonban nem szolgáltatnak adatokat arra nézve, hogy a jelzett pangási viszonyokat szívburokösszenövés is okozhatja, sőt ez időből még arra nézve is hiányzanak feljegyzések, hogy mindez elváltozások szívburokösszenövés kiséretében jelentek volna meg. Csak az ezután következő casuistikus közlések terelték a figyelmet a szívburokra. Mindinkább szaporodott azon aránylag ritka esetek száma, melyeknek legkiemelkedőbb klinikai tünete az izolált ascites volt, de a melynek magyarázatára a boncolás tanúsága szerint sem gümős hashártyalobot, sem májcirrhosist, sem billentyübántalmat felvenni nem lehetett. Az esetek pathogenesisének értelmezésénél felette zavarólag hatott azon körülmény, hogy a hasvízkór mellett legtöbbször a savós hashártyáknak többé vagy kevésbé kiterjedt lobja volt jelen, leginkább synechia pericardii mellett, ritkábban a nélkül.

A dolog természetében rejlik, hogy ezen esetek klinikai kórjelzése téves volt. Igy *Weiss*[4] a *Bamberger* klinikájáról 1876-ban egy esetet közöl, melyben 14 éves leánynál, a ki 2 év előtt typhust állott ki, minden a szívre utaló tünet nélkül izolált hasvízkór, máj- és lépmegnagyobbodás, valamint enyhe sárgaság volt észlelhető. A boncolat a hepatitis interstitialis klinikai kór jelzését nem igazolta Régi mell- és hashártyagyuladás nyomai mellett a szívburok lemezeinek teljes vaskos kérges összenövését találták. Az izolált hasvízkór magyarázatául *Weiss* felveszi, hogy a typhus kapcsán szívburoklob, illetőleg összenövés és idült hashártyalob fejlődött. A hashártya venáinak bántalmazottsága eredményezte, hogy a szívburokösszenövés okozta pangás folyamán legelőször ezek területén fejlődött folyadékfelhalmozódás, miáltal a test többi gyüjtőerei mintegy felszabadultak a nyomás alól s igy vizenyő másutt ki nem fejlődött.

Ugyancsak tévesen májcirrhosis felvételére vezettek *Wagner*,[5] *Neusser*,[6] *Schrötter*[7] teljesen analog esetei.

Mindinkább a szívburok felé tereli a figyelmet *Rosenbach*[8] esete. Egy 10 éves fiúnál az izolált ascites s a nagy máj valószinü oka gyanánt a boncolás lappangva lefolyt obliteráló pericarditist tüntetett fel a máj savós burkának kiterjedt fibrosus lobja mellett. *Rosenbach* ezen és más esete kapcsán, valamint *Weiss* közlésének figyelembevételével hangsúlyozza, „*dass der geschilderte Zusammenhang von isolirter Leberschwellung mit Ascites und Obliteration des Pericards bei jugendlichen Individuen Beachtung in diagnostischer Beziehung verdient*“.

Tőle eltérőleg a máj felé irányítja tekintetünket *Curschmann*[1] egy esete kapcsán, hol az izolált hasvízkór mellett a boncolás szívburokösszenövést, jobboldali adhaesiv pleuritist s *perihepatitis chron. hyperplasticát* derített fel. *Curchmann* ez esete alapján a „*Zuckergussleber*“ kórképét állítja fel s a perihepatitis chron. hyperplasticát tekinti az izolált portális pangás okának.

Új mozzanatot hoz fel eseteinek magyarázatául *Weinberg*,[2] ki pericarditis tuberculosa két esetében az izolált ascitest a mindkettőnél szövődményesen jelen volt jobboldali mellhártyalobra, illetőleg a vena cavának a mellhártyaizzadmány által okozott szöglettörésére s az ebből származó pangásra vezeti vissza. E tekintetben *Rosenbach*[3] kisérleteire támaszkodik, a ki a jobb mellhártyaürnek fel nem szívódható folyadékkal való megtöltése által a v. cav. inf. szöglettörését idézte elő s e mellett az egész portális véráramnak duzzadásig megtelését észlelte.

Hirschler[4] a *Kussmaul* klinikájáról 1886-ban közlött esetében, hol minden szívre utaló tünet nélkül synechia pericardii és izolált hasvízkór volt jelen jobboldali mellhártyaizzadmány és normális máj mellett, az izolált ascites magyarázatának körébe vonja úgy a szívburok összenövését, mint a jobboldali mellhártyaizzadmányt. A szívnek volt még annyi ereje, hogy a v. cava inf. területén végighajtsa a vért, azonban a v. portae áramában a két capillaris rendszer akadályával megküzdeni már nem volt képes. Hozzájárult ehhez, hogy a mélyen álló és a jobboldali mellhártyaizzadmány által mozgásában korlátolt rekesz a májbeli vérkeringésre rendes viszonyok között kifejtett elősegitő hatását nem gyakorolhatta. Ezeken kivül *Hirschler* még egy közvetlen mechanikai akadálynak is tulajdonít szerepet. Ha az alsó főgyüjtőérnek rövid intrapericardiális részlete a szívburokösszenövés folytán rögzítettik s egyidejüleg a tömeges mellhártyaizzadmány a rekeszt s a májat letolja, a májgyüjtőerek, melyek derékszögben ömlenek az alsó főgyüjtőérbe, megtörést szenvedhetnek s e körülmény a különben is kedvezőtlen vérkeringést bennük még inkább megnehezíti.

A német dolgozatok következetesen figyelmen kivül hagyják *Hayem* és *Tissier*-nek,[5] különösen pedig *Hutinel*-nek[6] 1893-ból származó közlését. *Hutinel* öt saját esete és három régebbi (*Hillier*, *Bystroff* és *d'Espine*) eset kapcsán leirja a gyermekkori cirrhosisnak egy alakját A kórkép kiinduló pontja egy pericarditis tuberculosa, mely lappangva hozza létre a szívburokösszenövést. A klinikai képből kiemeli a szembeszökő hasvízkórt, a nagy májat, a szív helyi tüneteinek hiányát, a korai cyanosist, valamint a dyspnoét. A kórtünetek összességét tuberculosus infectioból és az obliteráló pericarditis okozta cirrhosis cardiacából magyarázza.

Hutinel ezen munkájának köszönhető, hogy a franczia és olasz gyermekorvosok a synechia pericardii tuberculosa klinikája és pathologiája iránt fokozottabb érdeklődést kezdenek tanusítani, annyira, hogy ezen kórkép azóta mint a *Hutinel*-féle „*cirrhose cardio-tuberculeuse*“ ismeretes a gyermekorvostani irodalomban. Ámde arra, hogy ezen kórkép ismerete szélesebb körben elterjedjen, mindezen eddig felsorolt közlemények nem voltak elegendők.

Az általánosabb érdeklődés akkor kezd e bántalom felé irányulni, midőn 1886-ban *Friedel Pick*[7] a jelzett klinikai tüne-

[1] *Bamberger:* Lehrb. d. Krankh. d. Herzens. 1857.
[2] *Oppolzer:* Allg. Wien. med. Zeitung. 1861. 18. sz. 19. old.
[3] *Liebermeister:* Beitr. z. path. Anat. u. Klinik d. Leberkrankh. 1864.
[4] *Weiss:* Über die Verwachsung des Herzens mit dem Herzbeutel. Wien med. Jahrbücher. 1876. 1. old.
[5] *Wagner:* Zur Path. und path. Anatomie d. Leber. Deutsch. Arch. f. klin. Med. XXXIV. 536. old.
[6] *Neusser:* Cyanose. (Drasche's Bibl. d. ges. med. Wissensch. I. Abth. S. 331.)
[7] *Schrötter*: Erkrank. d. Herzbeutels. (Nothnagel's Spec. Path. u. Ther.)
[8] *Rosenbach*: Zur Lehre von d. Symptomatologie d. Pericarditis, etc. Deutsche m. Woch. 1882. 587. old.

[1] *Curschmann*: Zur Differ.-Diagnostik der mit Ascites verbundenen Erkr. d. Leber u. d. Peritoneums. Deutsch. m. Woch. 1884. 564. old.
[2] *Weinberg*: Zwei Fälle von Pericarditis tbc. etc. Münch. med. Woch. 1884.
[3] *Rosenbach:* Experim. Untersuch. etc. Virchow's Archiv. Bd. 105. 215. old.
[4] *Hirschler:* Nagyfokú hasvizkór az alsó végtagok megfelelő vizenyője nélkül szivburokösszenövés esetében. Orvosi Hetilap 1886. 5. szám.
[5] *Hayem* et *Tissier*: Revue de médecine. 1889. v. I.
[6] *Hutinel*: Cirrhoses cardiaques et tuberculeuses. Revue des mal. de l'enf. 1893. 12. sz.
[7] *Fr. Pick:* Ueber chronische, unter dem Bilde der Lebercirrhose verlaufende Pericarditis. Zeitschr. für klin. Medizin. 1896. 385. o.

teket új elnevezés alatt egységes kórképbe foglalja és ennek a kórlényegét magyarázza. „*Pericarditische Pseudolebercirrhose*“ elnevezés alatt leir egy bántalmat, melynek főbb klinikai tünetei az izolált hasvízkór és a májmegnagyobbodás icterus nélkül. A kórkép szerinte a májcirrhosis vegyes alakjainak tüneteit családásig utánozza (innen származik az elnevezés); a bántalmat az hozza létre, hogy a lappangó szívburoklob által előidézett keringési zavarok kötőszövetszaporulathoz vezetnek a májban, melynek következménye a v. portae rendszerében támadó pangás s az ezzel járó nagyfokú ascites. A bántalom leginkább fiatal egyéneken észlelhető. A megkülönböztető kórjelzés szempontjából a következők irányadók: májcirrhosisra utaló kóroktani mozzanat hiánya s oly kórelőzményi adatok, a melyek lezajlott szivburoklobra és a lábszárak oedemájára utalnak. Biztos eredményre csak a rendszeresen és következetesen végzett szívvizsgálat vezethet. *Pick* e munkájának alapjául három eset szolgál, melyek közül csak a harmadiknak kórjelzése volt lehetséges in vivo; a két első eset tanulságai, a szívre utaló tünetek (systolés zörej és pericardiális dörzsölő zörej) jelenléte és az eddig ismertetett irodalom áttanulmányozása alapján *Curschmann*-nak „Zuckergussleber“ elnevezés alatt leirt esetét is e kórképhez tartozónak tekinti és erre nézve a következőleg nyilatkozik: „*So lange nicht Fälle von Zuckergussleber oder analogen Peritonealverdickungen vorliegen ohne pathologischen Befund am Herzen, dürfte die Anschauung nicht unberechtigt erscheinen, dass die bisher constatirte Herzerkrankung die primäre Affection darstellt.*“ Mindjárt e helyen említjük, hogy *Hübler* sen.[1] a következő évben e követelménynek teljesen megfelelő esetről számol be, s így *Pick*-nek a *Curschmann*-féle eset értelmezésére vonatkozó álláspontját feltétlenül megdöntötte.

A mint látjuk, a kérdés súlypontja az idők folyamán mindinkább egy bizonyos irány felé terelődik.

Kiderül ugyanis úgy az eddigiek folyamán említett, mint a könnyebb áttekinthetőség kedvéért mellőzött közlésekből (*Rumpf*,[2] *Hamboursin*,[3] *Vierordt*,[4] *Riedel*[5], *Schupfer*[6]), hogy — miként mondottuk — az esetek többségében a savós hártyák közül több vagy valamennyi volt egyidejüleg bántalmazott. Nem csodálkozhatunk azért, ha ennek alapján a „*polyserositis*“ kórképének fogalma kezd kialakulni, azaz hosszas vita indul meg azon kérdés körül, vajjon mindezen esetek nem magyarázhatók-e meg a savós hártyák egyidejüleg észlelhető, esetleg egymás után keletkező lobjával, vagy nem tekinthetők-e mindezen esetek a *Pick*-féle értelmezés alapján az obliteratio pericardii, illetőleg a consecutiv májbeli pangás következményeiként, vagy pedig nem jogosult-e az a harmadik feltevés, hogy az esetek egy részében az alapbántalom a szívburokösszenövés, másik részében a perihepatitis chron. hyperplastica. Nem lehet czélunk a kérdés ezen most említett részleteinek kimerítő taglalása, csupán ráutalunk, hogy *Siegert*[7] 1898-ban hosszabb tanulmányában a következő nézetet vallja: „*Bei der Zuckergussleber handelt es sich um eine chronische, exsudative Entzündung der Leberkapsel, primär, oder secundär durch Übergreifen von dem Pericard und der rechten Pleura, unabhängig von Veränderungen in der Leber, bei der Pick'schen pericarditischen Pseudolebercirrhose um Stauungsinduration der Leber in Folge von einer chronischen Circulationsstörung der Pfortader, unabhängig von einer chronischen Perihepatitis. Gemeinschaftlich ist bei den Erkrankungen neben mancher Ähnlichkeit im klinischen Verlauf die Häufigkeit der obliterirenden Pericarditis.*“

Pick nézetének legheve sebb támadója *Eisenmenger*,[8] ki 1900-ban megjelent dolgozatában tagadja, hogy e tünetcsoportozat tisztán *Pick* értelmében a májbeli pangás és az ezáltal okozott kötőszövetszaporulat által idéztetnék elő. *Pick* két esetét a bonczolási jegyzőkönyv adatai alapján synechia pericardii mellett fennálló cirrhosis hepatisnak tekinti, harmadik esetében pedig, nagy pangásos máj lévén jelen, nem tartja valószinűnek, hogy a kötőszövetszaporulat és e szaporodott kötőszövet zsugorodása már bekövetkezett volna. Az egész kórképet nem vezeti vissza egységes okra, hanem az ascitest esetről esetre más oknak tudja be. Ilyenek a vena cava inferior vongálása, összenyomása, megtörése, melyet okozhat a pericardio-mediastinalis kérgesedés, vagy egyidejüleg fennálló jobboldali mellhártyaizzadmány, esetleg a porta tájékára lokalizálódó hashártyalob. Nézete szerint fiatal egyéneken — és ezekről van legtöbbnyire szó — az alsó végtagok vizenyője azért fejlődik ki nehezebben, mert fiatal egyének hajszálerei nehezebben járhatók át. *Eisenmenger* ezen éles kritikájának érveléseit *Pick*[1] iparkodik megczáfolni és változatlanul fenntartja régebbi nézeteit, annyival is inkább, mivel *Eisenmenger*-nek saját esete nem volt.

Ugyancsak más értelemben nyilatkozik a kórlényegről *Imerwol*[2] eseteinek autopsiája alapján. *Imerwol* két klinice kórjelzett esetének bonczolásakor azt találta, hogy a v. caváknak, főleg a vena cava inf.-nak beszájadzását a synechia hege kérges gyűrű módjára erősen összeszorítja s ezért a sajátos pangási viszonyok létrejövetelét ezen körülménynek tulajdonítja.

Hosszabb klinikus tanulmánynyal járul a kérdés tisztázásához *Türk*,[3] ki czikkében a súlypontot az ascites létrejövetele mechanismusának magyarázatára helyezi. E czélból a szóbanforgó bántalmat az insufficientia tricuspidalissal hasonlítja össze, mint a melylyel a legtöbb *általános* tünete azonos. Közös vonásaik: szembeszökő cyanosis, az állandóan labilis compensatio és a pangás sajátossága. A vena cava inf. rendszerében, melyben mechanikus okok miatt különben is könnyebben jő létre pangás, mint a vena cava superiorében, a háromcsúcsú billentyű elégtelensége miatt systole alkalmával regurgitáló áram indul meg. Ezen visszafelé haladó áram a vv. hepaticae, illetőleg a vena portae hajszálérrendszerében a szívhez való közelsége miatt nagyobbfokú torlódást idéz elő, mint a távolabb eső végtagok területén, melyekhez a positiv hullám el sem jut. Másfelől a vv. hepaticae csaknem derékszögben torkolnak a vena cavába, a véráram tehát bennök nagyobb fokban kénytelen irányt változtatni, mint a vena cavának csaknem egyenes folytatásában fekvő egyéb ágaiban. Ha pedig két duzzadó áram egymásba torkol, akkor az áradás azon áram területén fog legelőbb érvényesülni, mely irányát megváltoztatni volt kénytelen. Az ecsetelt pangás főjellege és főoka tehát a *jobb szív gyengeségében* rejlik. Concretionál pedig mindkét szívfél elé egyenlő nagyságú akadály tornyosul, tehát első sorban a kisebb tartalékerejü jobb szív fog gyengülni. Ehhez járul még a jobb szívgyomornak annyiban kedvezőtlenebb anatomiai helyzete, hogy a mellkashoz s a rekeszhez odafekszik. Ha e helyeken összenövések vannak, akkor működésképessége még inkább akadályoztatik. Viszont a bal szív munkahiányát is a jobb szív kénytelen ellensúlyozni. Ezek alapján *Türk* a concretio pericardiinál a szóbanforgó pangás létrejöttére a jobb szív gyengeségében látja az előkészítő momentumot. E mellett még conditio sine qua non a regurgitatio, mely az esetek nagy részében — egyéb okoktól eltekintve — úgy áll elő, hogy részben a kérges zsugorodások, részben a belélegzéssel járó mechanikai viszonyok vongálás útján relativ tricuspidalis insufficientiára vezetnek.

A szívburokösszenövés aetiologiai jelentőségére vonatkozólag teljesen a tagadás álláspontjára helyezkedik *Rose*[4] 1904-ben. *Curschmann* esetéből indulva ki s azon tapasztalat alapján, hogy vannak analog esetek synechia nélkül, a szívburokösszenövést az ascites szempontjából mindenkor mellékes jelenségnek tartja s az összes eseteket a „*fibrosus polyserositis*“ kórképe alá foglalja. A savós hártyák kifejlődött lobjának nincs egységes oka. A midőn a savós hártyáknak s a legnagyobb fokban a máj savós burkának ezen kérgesedő folyamata lezajlik, folyékony izzadmány is képződhetik és ez alkotja néha egymagában, gyakrabban pedig

[1] *Hübler* sen.: Berliner klin. Wochenschrift 1897.
[2] *Rumpf*: Deutsch. Arch. für klin. Med. 1895. 55. kötet.
[3] *Hamboursin*: Presse méd. belge. 1869. 21. kötet.
[4] *H. Vierordt*: Die einf. chron. Exs.-Peritonit. 1884.
[5] *Riedel*: Münch. med. Woch. 1892.
[6] *Schupfer*: Policlinico. IV. füzet, 1897.
[7] *Siegert*: Über die Zuckergussleber (*Curschmann*) und die peric. Pseudolebercirrhose (*Pick*). Virchow's Arch. 1898. 251. oldal.
[8] *Eisenmenger*: Über die sogenannte peric. Pseudolebercirrhose. Wiener. klin. Woch. 1900. 249. old.

[1] *Pick*: Erwiderung. Ibidem. 324. old.
[2] *Imerwol*: Contrib. à la pathogénie et au diagnostic différentiel de la cirrhose cardio-tuberculeuse. Rev. mens. des malad. de l'enf. 1901. août.
[3] *Türk*: loco citato.
[4] *Rose*: Die Zuckergussleber und die fibröse Polyserositis. Würzburg. Abhandl. 1904. 136. old.

a consecutiv májbeli pangás kapcsán, illetőleg a szívinsufficientia révén előállott transsudatummal együtt az asciteses folyadékfelhalmozódást.

Látjuk tehát, hogy az ezen kórkép körül felmerülő kérdések még nincsenek kellően tisztázva, bár az említetteken kivül még több oldalról (*Hamboursin*,[1] *Labadie-Lagrave*,[2] *Deguy*[3], *Mott*[4], *Schupfer*,[5] *Moizard* és *Jacobsohn*,[6] *Moizard* és *Phulpin*,[7] *Weill*,[8] *Hochhalt*[9] stb.) járultak adatokkal megvilágításához. Leginkább két kérdés nyomul előtérbe, t. i. *milyen helyzet illeti meg a szívburokösszenövést a polyserositissel szemben, és mi a pangás sajátos létrejövetelének az oka.*

Hogy a bántalom diagnostikája és pathogenesise szempontjából e két fogalom tisztázása kiváló fontosságú, fölösleges bővebben fejtegetnünk. E mellett kell hogy azt, a kinek működési köre inkább fiatalabb egyénekre terjed ki, ez a főleg gyermekeken és fiatalabb egyéneken észlelt bántalom különösebben érdekelje. Előfordul ugyan a szívburokösszenövés idősebb egyéneken is, de a különböző észlelők megfigyeléseiből kétségtelenül kiderül, hogy főleg az ifjúkorban észlelhető. Igy *Morel-Lavallée*[10] 30 gyüjtött esetében 18, *Cerf*[11] 43 autopsiával igazolt esete közül ugyancsak 18 volt 20 éven aluli. Hogy milyen gyakran vezet a szívburokgyuladás a szívburok lemezeinek összenövésére, arra világot vetnek *Weill*[12] észleletei, a melyek szerint a tőle észlelt szívburoklobesetek két harmadában jött létre szívburokösszenövés. A kérdés fontosságát már maguk ezen adatok is eléggé mutatják; ha pedig figyelemmel kisérjük az újabb gyógyító törekvéseket is, akkor a szóban forgó bántalom diagnostikájának és kórlényegének minél pontosabb tisztázása még fontosabbá válik. Igy tudjuk, hogy a *Talma*-mütét az ú. n. cirrhosis cardiaca-knál többek tapasztalata szerint különösebben javalt, másfelől, hogy a *Brauer*[13] által 1902-ben először megkisérlett és azóta többektől (*Beck*,[14] *Umber*,[15] *Meyer-Westfeld*[16]) végzett „*cardiolysis*“ is a gyógyitás szempontjából reménynyel kecsegtet. Hogy e két mütéti beavatkozással érhető e el és mekkora eredmény, arról vitatkozni lehet, a tények azonban mindenesetre arra sarkalnak, hogy a bántalmat lehetőleg pontosan megállapitsuk és hogy a kórkép minden egyes részlete minél tisztában álljon előttünk.

* * *

(Folytatása következik.)

Az epekövek kórtanának mai állása és az epekőbetegség sebészi kezelésének javalatai.

Irta: *Pólya Jenő Sándor* dr., közkórházi rendelő orvos.

(Folytatás.)

Az epekőroham spontan elmúlása (a *Naunyn*-féle reguláris roham) függ:

1. Az epehólyagban lejátszódó lob súlyosságától, a mire ismét az infectio minemüsége és az előzőleg fennálló kórboncztani változások birnak befolyással;

2. a mechanikus elzáródás jelenlététől, fokától és természetétől;

3. a hólyag és a cysticus anatomiai alkatában mutatkozó különleges viszonyoktól.

[1] *Hambourin*: l. c.
[2] *Labadie-Lagrave*: Idézve *Rose* után.
[3] *Deguy*: Ibidem.
[4] *Mott*: Practitioner. London. 1887.
[5] *Schupfer*: l. c.
[6] *Moizard* et *Jacobsohn*: Arch. de méd. des enf. 1898.
[7] *Moizard* et *Phulpin*: Ibidem. 1899.
[8] *Weill*: l. c.
[9] *Hochhalt*: Közkórh. orvostárs. évkönyve. 1901.
[10] *Morel-Lavallée*: Idézve *Weill*-nál.
[11] *Cerf*: Ibidem.
[12] *Weill*: l. c.
[13] *Brauer*: Die Indication u. Result. d. Kardiolysis. Arch. für klin. Chir. Bd. 71. H. 1.
[14] *Beck*: Mitteil. über Kardiolysis. Ibidem. Bd. 73. 1904.
[15] *Umber*: Pericardio-mediast. Verwachs. und Kardiolysis. Therap. d. Gegenw. 1905. Jänner.
[16] *Meyer-Westfeld*: Kardiolyse bei adhäs. Mediastinopericard. Münch. med. Woch. 1905. 40. sz.

ad 1. Mindenekelőtt foglalkoznunk kell az epehólyag heveny gyuladásának, a cholecystitis acuta calculosának különböző formáival. Az idevágó kórboncztani észleletek legfontosabbjait biopsiák által szerezték s a legkimerítőbb leirását ezen elváltozásoknak *Körté*-nél találjuk, a ki óriási tapasztalatai alapján vázolja az epehólyagon ilyen heveny lob által okozott változásokat.

A legszembetünőbb ezek közül az epehólyag megnagyobbodása, melynek következtében az akár 20 cm.-nyi hosszú és még nagyobb is lehet.

A nyálkahártya az egyszerü belöveltségtől a legsúlyosabb kiterjedt nekrosisig a legkülönfélébb átmeneteket mutatja. Sokszor vérzések jelentkeznek a nyálkahártyán, néha oly mértékben, hogy az egész epehólyag vérrel kitöltöttnek látszik.

Máskor fekélyedések támadnak, akár a kövek okozta felhámfoszlás és decubitus, akár vérzések felett a nyálkahártya szétesése, akár a diphtheriás nekroticus foltok lelökődése által. Néha vérérelváltozások, thrombosisok is szerepet játszani látszanak ezen ulceratiók képződésében, midőn ulcus ventriculihoz hasonló éles szélü, mintegy lyukasztóvassal ütött fekélyek keletkeznek.

A folyamat azonban csak igen enyhe esetekben szorítkozik a mucosára, átterjed a muscularisra, melyben egyszerü oedema, lobos infiltratio, fekélyek általi kimaródás, körülirt tályogok, intramurális genyjáratok, avagy az egész epehólyagfalra kiterjedő phlegmonék keletkezhetnek; átterjed a serosára, mely úgy a folyamat közvetlen reáterjedése által, mint közvetve a nyirokpályák útján betegedhetik meg; a legsúlyosabb esetekben az egész epehólyagfal in toto elhal kisebb vagy nagyobb darabon. *Czerny* ezen elhalást azon vérkeringési zavarnak tulajdonítja, mely az incarcerált cysticus-könek az arteria cysticára való nyomása folytán keletkezik, azonban feltehető, hogy tisztán az infectio és a gyuladás súlyossága is okozhatja az epehólyag ezen elváltozását.

Mennél inkább elhagyja az epehólyagban lejátszódó gyuladás a nyálkahártya határait, annál nehezebbé válnak a viszonyok a folyamat spontan lezajlására nézve s annál mélyebbek a nyomok, melyeket a gyuladás maga után hagy. A különböző perforatiókkal s azok következményeivel, úgyszintén az epehólyag körüli hashártyagyuladásokkal és összenövésekkel később fogunk bővebben foglalkozni, most a cholecystiticus-gyuladás tovaterjedésének egyéb módjairól kell röviden megemlékeznünk.

1. *A nyirokpálya.* A cysticuson levő nyirokmirigy az epehólyagban levő heveny gyuladásnál meg szokott duzzadni, el is genyedhet és a maga részéről suppurativ pericholecystitisre vezethet. A gyuladás e mirigyről a choledochus melletti mirigyekre terjedhet, a melyek duzzanata a choledochus, esetleg a vena portae compressioját vonhatja maga után. Magam cholecystitis gangraenosa egy esetében a curvatura minor mentén fekvő egész mirigylánczolatot hatalmasan megduzzadva találtam.

2. *A vérpálya.* Az epehólyagból kiinduló venák mentén, melyek részben a v. portaebe, részben közvetlenül a májba *(Körte)* ömlenek, thrombophlebitis keletkezhetik. Másfelől bakteriumok vagy toxinjaik jutva a vérpályába, általános septicus jelenségek (kicsi, szapora pulsus, száraz nyelv, sensoriumzavar, szóval igen súlyos megbetegedés képe) állhatnak elő.

3. *Az epeutak.* Tiszta cysticuselzáródásnál is, hol a choledochus teljesen szabadon átjárható, beállhat icterus. Könnyü icterus egyszerü peritoneális izgalom jele lehet, úgy mint az appendicitisnél is tapasztalható. De lehet az icterus igen súlyos, a szék teljesen acholikus. Az ilyen eseteket régebben egyszerüen úgy magyarázták, hogy a kővel vagy exsudatummal túltelt hólyag a choledochust comprimálja. *Ehret* és *Stolz* azonban, kik egy igen tanulságos idevágó esetet közölnek és kisérletileg is tudtak ilyen icterust egyszerü cysticuselzáródásnál előidézni, hangsúlyozzák, hogy ezen icterus tisztán lobos eredetü is lehet. *Körte* szintén ismertet több ily esetet.

Ad 2. Ha az epehólyagban fellángoló gyuladás a cysticus köves elzáródásának folyománya, vagy ama gyuladás folytán kövek sodortatnak a cysticusba s ezt secundaer elzárják, az epekőroham kövek távozására vezethet. Az erő, mely a követ a cysticuson áthajtja, az epehólyagban felgyülemlett folyadék nyomása és az epehólyag izomereje. Az akadály, melyet ezen erőnek le kell győznie, a cysticus és a kő közötti téreránytalanság, a mely ismét függ a cysticus anatomiai alkatától, tágságától és tágulékonyságá-

tól, továbbá a kő nagyságától, consistentiájától s attól, hogy miképen van a cysticusban elhelyezve.

A köves epehólyagban uralkodó nyomásra nézve *Mieczkovski* azt találta, hogy az epehólyag teljes elzáródásakor 100 mm. víznyomáson felüli, egész 710 mm.-ig felmenő nyomás uralkodik, míg az epeúttal közlekedő hólyagban rendszerint 100 mm.-en aluli, sokszor igen csekély a nyomás. Ez megegyezik *Heidenhain* kisérleti vizsgálataival, ki kutyákon azt találta, hogy az epeutakban levő nyomás 110—220 mm. közt ingadozik; ennél magasabb nyomás mellett az epeelválasztás megszünik s az epeutakban levő epe felszívódik.

A kő kihajtására, mint arról *Naunyn* experimentálisan győződött meg, az epeút és kő között levő csekély térarányatalanságnál is (midőn a kő csak épen megállott a choledochusban) olyan nyomás szükséges, mely 5—600 millimeternyi vízoszlop nyomásával ér fel, ilyen emelkedés pedig *Mieczkovski* vizsgálatai szerint csak igen kivételesen áll elő, úgy hogy a kő mögött meggyűlt epe nyomására mint jelentékeny factorra a beszorult kő kihajtásában számitani nem igen lehet. Sokkal fontosabb a másik tényező.

Az epehólyag és az epeutak contractiora képesek. A bennük levő izomzat beidegzését a vagus, a splanchnicus, a hasi sympathicus *(Henle, Deutsch)* részéről nyeri. *Langlois* összeállítása szerint a splanchnicusnak constrictorhatást tulajdonít *Doyon, Courtade* és *Guyon*, constrictor- és akadályozóhatást *Freeze*, csak akadályozót némi constrictióval *Bainbridge* és *Dale*; a vagus direct constrictor *Courtade* és *Guyon* szerint, csak reflexúton constrictor *Doyon* szerint, míg *Bainbridge* és *Dale* azon véleményben vannak, hogy csak a görcsös összehúzódásra bir befolyással. Mindebből látható, hogy a beidegzés módja még nagyon kevéssé tisztázott, mindenesetre azonban nagyon complikált. S ha meggondoljuk, hogy az epetractusban az áramlás folyton változó irányú (egyszer az epehólyag felé, másszor attól kifelé haladó), könnyen elképzelhetjük, hogy az epehuzamnak igen finom és szövevényes idegberendezéssel kell birnia. Biztosan csak azt tudjuk, hogy a choledochus bélbeli szájadéka előtt sphincter van *(Oddi, Doyon)*, mely a papilla duodeni izgatására megnyílik, egyébként pedig az epepassage-t teljesen elzárja. Tudjuk továbbá, hogy az epehólyag, mint a többi üreges izmos szerv (szív, húgyhólyag, bél), automatikus, a központi idegrendszertől teljesen független összehúzódásra képes, és hogy ezen összehúzódások a gerinczvelőtől, a sympathicustól elválasztott epehólyagon élénkebbek. Az epehólyag vízzel való megtöltése ezen összehúzódás gyorsaságát és erejét lényegesen emeli *(Doyon)*. Míg ugyanis közönséges körülmények közt a testből kivett epehólyag összehúzódása és elernyedése 2 óránál tovább is eltarthat, addig megtöltés után ezen összehúzódás és elernyedés 40 mp.-et igényel csupán.

A choledochusösszehúzódásokra nézve *Naunyn* tette azt az érdekes észleletet, hogy a choledochusba a duodenális szájadék felől vitt elektrod izgatására nyúlon a choledochus $^1/_2 - 1$ cm.-rel az illető hely *felett* húzódik össze, a minek mindenesetre szerepe lehet a kövek kihajtásában. *Laborde* kutyákon észlelte az epeutak ezen reflectorius összehúzódását.

A kövek átjutásában a cysticuson ezeknek a contractióknak (t. i. a hólyag és a cysticus contractiojának) van mindenesetre a leglényegesebb szerepük, de az is bizonyos, hogy túlságos térarányatalanság legyőzésére ezek az erők nem képesek. Ama tény, hogy az epeutak tágulékonysága meglehetős nagyfokú *(Ehret* és *Stolz* kis kutyáknál láttak 0·8 cm. átmérőjü köveket távozni) és azon lehetőség, hogy a kövek, különösen olyanok, a melyeknek közepén üreg van, de keményebb cholesterinkövek is *(Naunyn)* az epeutakban összetörnek, mindenesetre hozzájárul a térarányatalanság szüntetéséhez. Az azonban valószinü, hogy borsónál, legfeljebb mogyorónál nagyobb kövek nem igen hagyhatják el, ha elég kemények, az epehólyagot *(Kehr)*, s vagy a hólyagba esnek vissza, vagy a cysticusba ékelődve maradnak.

A kő alakjára nézve természetes, hogy sima, gömbölyded kövek tudnak leginkább áthatolni. Minél hegyesebb, szegletesebb a kő, annál inkább akadhat fenn. Hosszúkás köveknél fontos az is, hogy melyik tengelyével halad előre.

Egy további fontos kérdés, vajjon a folyton ismétlődő rohamok alatt megszabadulhat-e az egyén teljesen epeköveitől. Azt kell mondanunk, hogy ez kétségtelenül megtörténhetik,[1] de számítani rá nem lehet, és pedig annál kevésbé, minél nagyobbak a kövek és minél nagyobb számban vannak jelen; mert minden egyes kő távozása olyan lobos változásokat hoz létre az epehuzamban, melyek úgy az epehólyag contractilitását, mint a cysticus át járhatóságát maradandóan képesek befolyásolni. Sok és nagy concrementum távozása egyszerre csak akkor valószinü, ha nagyobb fistula képződött az epehólyag és a gyomorbéltractus között. Ezen át akár tyúktojásnyi és még nagyobb kövek is távozhatnak. Igaz, hogy *Naunyn* hoz fel példát arra, hogy egyes esetekben, a hol évekig hiába kutattak a kólikák után kövekre, egy alkalommal 33, 49, sőt 244 kő jelent meg egyszerre a székletétben, de épen ez kelti fel a gyanút az előrement fistulaképződésre, a melyet, mint azt számos tapasztalat mutatja, semmiféle különös peritoneális symptomának nem kell megelőznie. Sectio ezen esetek egyikében sem történt s így a *Naunyn* által felvett „reguláris roham“ épen csak klinikus felvétel.

Ad 3. A kő bejutását a cysticusba és áthaladását a cysticuson lényegesen megnehezíti a cysticus anatomiai alkata, mely egyfelől rendszerint S-alakúlag erősen görbült és néha oly éles szögletben indul el az epehólyagtól, hogy közvetlen eredése után újból oda fekszik a hólyagfalhoz, s ehhez nem egyszer rövid mesenterium által fixált, sőt egészében is hozzá lehet nőve. A cysticus nyálkahártyáján a billentyüszerü Heister-féle ráncz (valvula spiralis *Heisteri)* fut végig, mely a cysticus sondázását a hólyag felől annyira megnehezíti, hogy rendszerint egyáltalán nem is sikerül. Ha most hozzáveszszük, hogy a telt epehólyag a hozzáfekvő cysticust teljesen comprimálni képes, hogy mindenféle összenövések a normális megtöretést még fokozzák, s a csatorna tágulékonyságát leszállítják, és végül, hogy a cysticusban előrement ulceratiók utáni hegesedések az amúgy sem tág és kanyargós csatornát még szükebbé és még átjárhatlanabbá teszik, könnyen érthetjük az adott esetben speciálisan fennforgó anatomikus viszonyok befolyását az acut cysticuselzáródás lefolyására, különösen ha még hozzávesszük, hogy az epehólyag izomrétegében előzetesen lezajlott lobos elváltozások s az epehólyag rögzítettsége a környezethez az előrement pericholecystitis által a hólyag kihajtó erejét is lényegesen csökkentik.

A cholecystitis calculosa acuta *gyógyulása*, mint láttuk, abban áll, hogy az epehólyagban levő lobfolyamat megnyugszik s a cysticus újra átjárhatóvá válik. Ha ezen gyógyulás nem jő létre, kétféle állapot következhetik be: a feszülésig telt hólyag átfúródása, avagy pedig a cysticuselzáródás állandósulása mellett a lobfolyamat megnyugvása, midőn is az epehólyag helyén retentiós tömlő képződik.

1. Az *epehólyag átfúródása* történhetik ulceratióknál, az epehólyagfal phlegmonéjánál és az epehólyaggyuladás nekrotizáló formáinál. Külső trauma, heves testmozdulat, a hasprés erős működése, sőt magának az epehólyagnak erős contractioja előmozdíthatják azt, hogy a pukkanásig telt hólyag egy gyenge helyen átszakadjon s ezért vannak észleletek, hogy az epehólyagperforatio épen egy erős görcsroham *(Naumann-Schönborn)* vagy székeléskor szorítás *(Arx)* stb. alatt történt. Természetes, hogy a fal súlyos boncztani elváltozásai mellett az epehólyagbeli nyomásnövekedés épen nem szükséges az átfúródás létrejöttéhez.

A beteg sorsára mindenképen az bír a legnagyobb befolyással, vajjon az átfúródás előzetes összenövések mellett egy eltokolt térbe, avagy a szabad hasüregbe, vagy pediglen a máj felé néző fal irányában történik. Ehhez képest támad az adott esetben pericholecystitis, diffus peritonitis, vagy pedig májtályog.

Az epehólyag szerencsés anatomiai helyzete ama védett zugban a máj, gyomor és colon között igen megkönnyíti azt, hogy az epehólyag átfúródásából származó hashártyagyuladás körülirt maradjon. Másfelől az epehólyag bakteriumflórája rendszerint nem annyira virulens, hogy a hashártya le ne tudná küzdeni s azért a kezdetben diffusnak induló folyamatok eltokolódására is meg van adva a lehetőség.

[1] Műtétek alkalmával, különösen chronikus choledochuselzáródás mellett van alkalmunk teljesen üres epehólyagot látni. Ilyenkor a tartós pangás folytán az egész epetractus, így a cysticus is tágul s ezáltal a kövek számára természetesen átjárhatóbbá válik. A kövek kiürülése után ilyenkor az epehólyag egész apróra összezsugorodik.

Ezek az okai annak, hogy epeköperforatioból származó diffus peritonitiseket aránylag oly ritkán észlelnek ; magam, midőn tavaly egy észleletem kapcsán az irodalmat átkutattam, mindössze 18 ilyen esetet birtam találni. Megjegyzendő azonban, hogy perforatio nélkül is támadhat, tisztán a mikroorganismusoknak az epehólyag nyirokpályái útján a peritoneumra való terjedése folytán genyes hashártyalob. *(Dilger, Bollinger, Jacobs, Potain.)*

Genyes pericholecystitis, körülirt hashártyalob az epehólyag körül a diffus peritonitissel ellentétben igen gyakran észlelhető. Nem szabad azonban felednünk, hogy nem csupán az epehólyag, hanem a cysticus, a choledochus perforatioja, az epetractuson levő nyirokmirigyek genyedése szintén pericholecystitikus tályogokra vezet. A pericholecystitikus tályog további lefolyásában spontan áttörhet akár a külfelületre, akár a vastagbélbe, a duodenumba, a gyomorba s ilyen módon kiürülhet. Máskor betokolódhatik, folyékony tartalma felszívódás folytán eltünik, a tályogtartalom besürüsödik s obsolet üregek képződnek az epehólyag körül, melyekben gyakran kövek is foglalnak helyet. Mészsók lerakódása által ezen obsolet-üregeket körülvevő kérges, callosus kötőszövettömegbe egész malterszerü, sőt falszerü massák támadnak az epehólyag körül, melyeket az epehólyag kiirtásakor — már volt rá eset *(Riedel)* — vésővel és kalapácscsal kellett megbontani. Egy további útja a pericholecystitikus tályognak, hogy belé tör a májba, a retroperitoneális kötőszövetbe, mindkét helyről a diaphragma alá kerülhet, subphrenikus tályogot alkotva, mely későbbi lefolyásában ismét a mellürbe, tüdőbe, bronchusba fakadhat belé, melyen át ki is ürülhet. Sülyedés folytán az epehólyagkörüli tályogból a köldök, a symphysis táján s az ileocoecális tájon keletkezhetnek genyfelhalmozódások, melyek megnyitásakor azután a legnagyobb meglepetésre epeköveket találunk. Az is megtörtént, hogy a húgyhólyagba történt az áttörés s így az epekövek a vizelettel távoztak. Ellenben a női nemi szervekbe való áttörés, a köveknek per vaginam való távozása ez ideig biztosan megállapítva nem lett.

A tályog ezen vándorlásai közben az átfúródás helye az epehólyagon vagy epeutakon záródhatik, úgy, hogy a tályog megnyitása után, mely alkalommal többé-kevésbé epés geny, esetleg kövekkel vegyesen ürül, egy közönséges genyet elválasztó sebüreg marad vissza. Ha azonban az elsődleges perforatio helye nem záródott, vagy újbóli áttörés jő rajta létre, epesipolyok keletkeznek és pedig vagy 1. külső epesipolyok (legtöbbször a jobb bordaív alatt, máskor a vakbéltájon, a köldök, a symphysis körül), vagy 2. belső epesipolyok, melyek lehetnek ismét

a) közlekedések az epe- és a gyomorbéltractus (duodenum, gyomor, colon) között, ezek a leggyakoriabbak ;

b) epetüdősipolyok (az esetek körülbelül 5%-a *Langenbuch* szerint) ; ilyennek záródását a hepaticusba ékelt kő műtét útján való eltávolítása után észlelte *Smith* és *Rigby*, úgyszintén *Mayo Robson* ;

c) epesipolyok a húgy-ivarszervek felé ; többnyire a húgyhólyaggal áll fenn a közlekedés (7 biztos eset *Langenbuch*-nál), azonfelül a vesemedencze, uterus, vagina felé képződött áttöréseket említenek curiosumkép.

Ha a perforatio az epehólyag felső, a máj felé néző falán történik, akkor a genyedés abban a hol feszesebb, hol lazább, néha egész mesenteriolumszerü kötőszövetben indul meg, mely az epehólyagot a máj alsó lapjához rögzíti. A genyedés innen beterjed a májba, melyet taplós, spongyaszerü szövetté alakít, melynek mindegyik likacsa mindmegannyitályog.

2. Ha a cysticus akár kő, akár előrement ulceratioból származó heg, akár külső megtörés által teljesen elzáródott s az epehólyag bakteriumtartalma nem annyira virulens, hogy átfúródásra vezető gyuladást idézne elő, akkor egy idő mulva a teljesen elzárt üregben a bakteriumok részben a tápanyag kimerülése, részben a nyálkahártya részéről elválasztott baktericid terméuyek behatása alatt elpusztulnak, s a hólyag tartalma sterillé válik. Az elzárt hólyagba továbbá nem jut többé epe ; az elzáródás alkalmával benne volt epealkatrészek részben szétesés, részben felszívódás folytán eltünnek. Az epehólyagnyálkahártya termel bizonyos nyálkás vagy genyes váladékot addig, a míg az epehólyagtartalom nyomása folytán a nyálkahártya és a mirigyek secretioja meg nem szünik, vagy a bakteriumok elpusztulása folytán a genyproductio meg nem állapodik. Az epehólyag ily módon sterii, vagy csak igen kevésszámú bakteriumot tartalmazó *retentiós tömlővé* alakul, melynek egyszer egészen viztiszta, máskor tejfelszerű genyes tartalma van, s e szerint beszélünk hydrops vagy empyema vesicae felleae-ről. Ez néha renkívül nagyságúra nő, gyermekfejnyi és még nagyobb lesz *(Erdmann* 60—80 font, *Terrier* 24 liternyi, *Lawson-Tait* 11 pint, *Vincent* pedig egy 8 éves gyermeknél 3 liter folyadékot talált az elzárt epehólyagban), úgy hogy ovariális cystával való összetévesztésre is nem egyszer szolgáltatott alkalmat.

Az epehólyagból alakult ilyen retentiós tömlő legfeljebb tömegénél fogva alkalmatlan, különösen akkor, ha jelentékenyebb nagyságot ér el, egyébként évek hosszú során át fennállhat a nélkül, hogy valamelyes nehézséget okozna. Mindig megtörténhetik azonban, hogy akár a vérpályán át, akár a kövekben rejtőző bakteriumoknak valamelyes okból való elszaporodása folytán heveny gyuladásos rohamok keletkeznek az elzárt tömlőben, melyek genyedést és veszedelmes perforatiokat vonhatnak maguk után.

Ezek voltak a cholecystitis acuta kedvezőtlen kimenetelei. De a legsimábban, a legkedvezőbben lefolyó epekőroham sem mulik el nyomtalanul az epehólyagban. Valamint az epityphlitises attaque sem folyik le úgy, hogy az appendixet többé-kevésbé ne sérelmezze maradóan, azonképen az epehólyag sem őrzi meg szűzi épségét az epekőkólika után, s mint az epityphlitisnél, úgy itt is a visszamaradt elváltozások olyanok, hogy a cholecystitis kiújulására kedvező talajt szolgáltatnak. A változások egyaránt vonatkoznak a hólyag és a cysticus nyálkahártyájára, izomrétegére és serosájára.

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

XVI. nemzetközi orvosi congressus Lissabonban.

A XVI. nemzetközi orvosi congressust 1906. április hó 19.-étől 26.-áig tartották meg. Ha nem is tartozik a legnépesebb congressusok közé (a tagok száma 2500 volt), ha nem is folyt élénk tudományos munka, mégis maga a congressus helye s azon körülmény, hogy a záró ülés Görögország, New-York és Tokio mellőzésével Budapestet jelölte ki a jövő, 1909-ben tartandó congressus helyéül, elegendő ok, hogy a magyar orvosi világ tájékozást nyerjen a lissaboni összejövetelről.

Lissabon egyike a legszebb s legérdekesebb városoknak.

Hatalmas középületei, remek parkja, páratlan szépségü botanikus kertje, festői környéke, az óceán szomszédsága az idegenre nagy vonzóerőt gyakorolnak. A portugál nép előzékenysége, a város tisztasága, rendje nagyon kedvező ellentétet mutatnak a szomszédos Spanyolország közállapotával szemben. Bizonyára azért nem jöttek nagyobb számmal a congressusra, mivel a három év előtt tartott spanyol congressus alkalmával sokan már meglátogatták Lissabont, a kik pedig nem lépték át a spanyol határt, joggal idegenkedtek a félszigetre való lépéstől. Középeurópától távol is esik arra, hogy nagy fáradság nélkül elérhető legyen. Az Orvosi Hetilap olvasói a magyar bizottság fáradhatatlan elnökének informálásai alapján már tudják, hogy a legrövidebb úton s a nemzetközi hálókocsi-társaság expresseinek igénybevételével is Budapestről két és fél napi út. Ennek ellenére Magyarországból huszan voltunk. Tóth Lajos dr. ministeri tanácsos a magyar bizottság elnöke, Chyzer Kornél dr. ministeri tanácsos, Rácz István dr. állatorvosi főiskolai tanár, Farkas László dr. főorvos a vallás- és közoktatásügyi, a belügyi, a földmívelésügyi és az igazságügyi ministeriumok megbizásából, mint kormányképviselők. A budapesti tudmány-egyetem orvosi fakultásának delegáltjai : Bókay Árpád, Jendrássik Ernő, Tangl Ferencz, Grósz Emil egyetemi tanárok, a kolozsvári egyetem részéről Purjesz Zsigmond és Udránszky László tanárok, a székes főváros nevében : Magyarevics Mladen főorvos. Kivülük : Szegedy-Maszák Elemér dr. a magyar bizottság titkára, Herczel Manó egyetemi tanár, Martinovszky főtörzsorvos, Weisz Jakab dr., Vándor Dezső dr. stb.

A magyar tagok elhelyezéséről Tóth Lajos elnök mintaszerüen gondoskodott. Pedig ez nem volt könnyü dolog. Az elsőrangú hotelek már hónapok előtt visszautasították a jelentkezőket,

a magánlakásokkal szemben pedig érthető bizalmatlansággal viseltettünk. Ennek ellenére Tóth tanácsos úr nemcsak hotelekben szerzett lakást, hanem azt is elérte, hogy a város kellő közepén a főtéren levő szállodában egy helyen talált elhelyezést a magyar kolonia s mondhatni jutányos áron (naponta lakás és teljes ellátás 3000 Reis, kb. 15 K.). De ezt csak úgy érhette el, hogy jóval a megnyitás előtt utazott oda. Törekvéseit dicséretreméltóan támogatta Wimmer, a monarchia consula, ki birodalmi német alattvaló létére a lehető legnagyobb előzékenységgel járt el velünk szemben s fáradott érdekünkben. A birodalmi németek, az angolok s az amerikaiak hajóikon maradtak s azokról jártak be az ülésekre.

A congressust 19.-én délután 2 órakor a földrajzi társaság épületének nagy termében a királyné s az anyakirályné, az állami s városi főméltóságok s a diplomatiai kar jelenlétében a király terjedelmes franczia beszéddel nyitotta meg. Portugália nagy multjára emlékeztető emlékek méltó keretet adtak az ünnepélynek. Semmi czifraság, semmi zászlózás sem zavarta a magasztos képet. A díszt a karzaton megjelent hölgyek szolgáltatták. De a leghűségesebb ékesség maga a királyné volt, ki fejedelmi alakjával, elbájoló megjelenésével, élénk érdeklődésével az egész congressust egy pillanat alatt meghódította.

A királyi megnyitó után a congressus elnöke, Costa Alemao, a coimbriai egyetem orvosi fakultásának dékánja, s azután a főtitkár, Bombarda tanár tartott beszédet. A külföldi államok képviselői közül elsőnek Quincke tanár szólott (Allemagne, t. i. abc sorrendben). Ausztriát Obersteiner képviselte, Magyarország Görögország után (Hongrie) következett, tehát mint külön állam szerepelt. A franczia nyelvü, nagy tetszéssel fogadott üdvözlő beszédet Tóth Lajos min. tanácsos mondta.

Este az elnök a congressus helyiségeiben fogadta a tagokat. Erre a helyiségek valóban alkalmasak is voltak. A congressust u. i. a teljesen újonnan épült orvosi iskolában tartották. Az épületet még nem adták volt át rendeltetésének s így teljesen a congressus czéljaira rendezték be. Itt sem volt felesleges díszités, még kevésbé etetés-itatás. Frissítőket szolgáltak fel s mindenütt példás rend uralkodott. Másnap a sectiók megkezdték munkálataikat. De a termek meglehetősen üresek maradtak. Annál zsufoltabbak voltak a kiránduló-helyek. 20.-án délután Monserrata vicomte Contran mesés szépségü kastélyában s kertjében garden party-ra hivott meg; 22.-én bikaviadal, 23.-án a földrajzi társaság estélye, 24.-én a királyi pár garden partyja, este fogadtatás a kormánynál, 25.-én fogadtatás a város részéről. Ezeken kivül a kormányképviselők számára a királyi pár 200 térítékü ebédet adott. A sectiók elnökei által adott diner-knek s garden-party-knak pedig se vége, se hossza.

A szokásos nagy előadásokat Boyce (Liverpool), Brissaud (Páris), Esquerdo (Madrid), Hansemann (Berlin), Crocq (Bruxelles), Reclus (Paris) és Senn (Chicago) tanárok tartották. E tekintetben nem sikerült olyan előadókat megnyerni, mint az előző congressusoknak.

A magyarok iránt nemcsak a portugálok mutattak meleg rokonszenvet, hanem az összes államok képviselői a legszivesebben érintkeztek velünk. S meg kell vallanunk, hogy az ilyen tömeges tagú congressusoknál épen a személyes érintkezés a fődolog, valódi tudományos munkára nem alkalmasak. A lissaboni congressus rendezése példás volt, jövő congressusunk számára sok tanulságot meríthettünk. *Grósz Emil.*

A német sebésztársaság, a német Röntgen-társulat és a német orthopaed-sebésztársaság ez évi congressusa.

Berlin, 1906. április hava.

Szorosan a „Deutsche Gesellschaft für Chirurgie“ alapszabálytervezetére támaszkodva alakult meg a „Deutsche Röntgengesellschaft“, mely tavaly tartotta I. congressusát. Voltak ugyan, a kik az egyesület üléseit a német belgyógyászati congressusokhoz szerették volna csatolni. Ezek ellenében azonban elhatározták, hogy, úgy mint a „Deutsche Gesellschaft f. orthop. Chir.,“ a sebészekhez csatlakoznak. A congressus évenként ül össze rendszerint Berlinben. Igy tehát a három congressus közvetlenül egymásba folyólag tartotta meg üléseit. A kétnapos Röntgen-congressust az orthopaed-sebészek egynapos congressusa követte, mig a sebésztársaság ezután megindult tárgyalásai négy napot vettek igénybe.

A német Röntgen-társulat Eberlein elnöklése alatt április 1. és 2.-án a Langenbeck-házban tartotta II. congressusát, a melyen az előadásokat orvos-physikai, orvos-diagnostikai, therapeutikus és tisztán technikai csoportokba osztva tartották meg.

Az első csoportba tartozó előadásokra nem terjeszkedem ki bővebben, csak annak megemlítésére szorítkozom, hogy *Walter* kisérletileg mutatta be, hogy a Röntgen-cső phosphorescentiáját és megmelegedését másodlagos kathod-sugarak okozzák, nem pedig a Röntgen-sugarak. A csőbe illesztett aluminium-szalag a phosphorescentia fényében megfelelő hézagot mutat s az üveg falán kivül rácsöppentett stearin olvadását ennek árnyékában meggátolja. Egyesek ezen hatást az üveg phosphorescentiájában igen lágy, az üveget el nem hagyó Röntgen-sugaraknak tulajdonitják, vagy pedig a zárófénynek. *Levy-Dorn, Jirotka* és *Cowl* a Röntgen-sugaraknak a gyakorlatban való adagolásának és az intensitásnak kérdéséhez szóltak, a mihez hosszú discussio füződött. Physikai szempontból részletesen hozzászóltak, végeredményben azonban körülbelül egyhangúlag elismerték, hogy a Röntgen-sugarak teljesen *megfelelő és megbizható adagolását* az eddig használt eljárásokkal és az e czélra szerkesztett müszerekkel nem tudjuk elérni. Az intensitás kérdését sem fejthetjük meg tehát az adagolási müszerek segélyével. *Ehhez a beteg egyéniségének, ellentálló képességének ismerete is szükséges.* Vannak, a kik egész csekély sugároztatásra erősen reagálnak, mások pedig nagy mennyiséggel szemben is alig érzékenyek. Intensitásmeghatározási módszereink mindezideig még nem elégitenek ki.

A dignostikai előadások során *Grunmach* a felső állcsont ritkább megbetegedéseit tárgyalta és ezzel kapcsolatban a szájüregbe vezethető Röntgen-sugarakkal való vizsgálatra alkalmas müszereit demonstrálta. Ezekkel sikerült neki egyes esetekben a fogaknak erős fájdalmassággal járó általános hyperostosis alveolarisát diagnostizálni. A fájdalmasságot ezen esetben az odavezető idegek összenyomatása okozta. Ezenkivül a differential-diagnosis szempontjából igen érdekes képet is mutatott be. Gyakorlati fontosságú volt *Albers-Schönberg* nek bemutató előadása, a melyben azon hibaforrásokra utalt, a melynek a vese- és az ureter-kő diagnosisában szerepelhetnek. Képeknek hosszú sorozatát mutatta be úgynevezett medenczefoltokkal és ezeket csoportositva demonstrálta, hogy az ureterkövek nőnél inkább kifelé, férfinál pedig inkább befelé láthatók a képen. Figyelmeztet arra, hogy a hólyagkövek sokszor igen laterálisan feküsznek; a prostata-kövek ritkák; a diverticulum-kövek laterálisak. Elmeszesedet myomáknál a tévedés a hólyag- és ureter-kövek tekintetében gyakori; a méhenkivüli terhesség nem igen téveszthető össze más bajjal. Foltokat adhatnak: csigolyatörés, dermoid, az aa. iliacae és uterinae elmeszesedése, phlebolitok, a ligamenta ileo-sacraliákban való lerakódások. Az *Albers-Schönberg*-féle medenczefoltok leginkább phlebolitok által feltételezettek, fiatalabb egyéneknél is találhatók, gömbölyüek, néha rétegesek és a medenczeüreg bármely részében különböző nagyságban fordulhatnak elő. *Grässner* bemutatott képeiből szépen látható, hogy néha csekély behatás után az ágyékcsigolyáknak, legtöbbször az V.-nek törése jöhet létre.

Ludloff különösen a csekély trauma után keletkezett keresztcsonttöréseket demonstrálta.

A therapeutikai előadások egy része elmaradt. *Rosenberger* (Würtzburg) nagyobb tapasztalatok felett rendelkezik a Röntgensugarak therapeutikus értéke terén, melyek összességükben érdekesek ugyan, de újabb tapasztalatokat nem tartalmaznak. *Schmidt* előadásából a struma kezelésének sok esetben megbizhatlanságáról értesültünk. Ugy látszik, hogy a cystikus és fibrosus strumák Röntgen-kezelésre nem alkalmasak, holott a tisztán parenchymás alakok gyakran kissebbednek. Prostata-túltengés eseteiben is látott javulást: a mirigy kisebbedését és a vizelésinger megszünését. Többen figyelmeztettek azonban a két utóbb említett betegség Röntgen-kezelésénél a súlyos és életveszélyes szivtünetekre, melyeket talán a Röntgen sugarak behatása által létrejött szétesési termékek okoznak, tehát intoxicatiós tünetek.

Eberlein az állatorvosi gyakorlatban használta a Röntgensugarakat therapeutikai czélzattal. Lovak carcinomáinál ért el

jó eredményt, egy csimpanznál pedig polyarthritist gyógyított meg velük.

Feltünést keltettek *Alexander* (Késmárk) plastikus Röntgenképei. Ezeket az orvosegyletben tartott bemutatása révén ismerjük. Alexander képei egyesek szerint epochális jelentőségüek. Ezeknek és az egyetem, illetőleg a közoktatási ministerium külön ajánlatának — melyet a congressusra magával vitt — köszönheti, hogy Grunmach berlini tanárral együtt az alelnökséggel tüntették ki. Berlinben sem közölte plastikus, feltünően szép képei készítésmódjának titkát; kijelentette, hogy tanulmányait ezen irányban még folytatni óhajtja s reméli, hogy jövő évre teljesen kész tanulmánynyal fog a congressus szine elé léphetni.

Reméljük és kivánjuk, hogy ez Alexandernak csakugyan sikerül, s hogy azon kitüntető bizalomnak, melylyel a congressuson fogadták, mindenképen meg fog felelni, mert titkolódzása egyes körökben máris bizalmatlanságot keltett. Nem volna czélszerübb, ha Alexander, a ki ezen új eljárásával nevét már széles körben ismertté tette, komoly tudományos munkához illően és méltóan ismertetné eljárását? Egyetemünk és közoktatási kormányzatunk így tán hajlandóbb volna őt tanulmányaiban érdeme szerint istápolni és segiteni.

A jövő évi congressus elnöke *Albers-Schönberg*, a hamburgi kitünő Röntgen-búvár lesz.

A német orthopaed-sebészek V. congressusát április 3.-án nyitotta meg *Lorenz* bécsi tanár, a ki többek között a mult évben elhalt Mikuliczról klassikus szépségü, szíve egész melegétől áthatott beszédben emlékezett meg.

Schulthess (Zürich) a rhachitikus skoliosis sajátságos és gyakran előforduló alakjára figyelmeztetett, mely már a csecsemőkorban fejlödik, fekvés közben jön létre és a mellkasnak, valamint a koponyának egyoldali ferde ellapulását eredményezi. Az ilyen koponyák harántmetszete rhomboid alakú. Ezen eseteket a későbbi gyermekkorban abból ismerhetni fel, hogy a háti skoliosis mellett a koponya előbb említett ellapulását is megtaláljuk. Az előadó szerint az ilyen tisztán rhachitikus skoliosist tévesen habituálisnak tartottak. Ezen alakokra főképen a háziorvosokat kell figyelmeztetni, hogy ne késsenek az orthopaedikus kezelés megkezdésével. *Reiner* előadásában tagadta az ú. n. concavtorsio létezését; *Werndorff* fal együtt végzett vizsgálatai alapján *Lovett* idetartozó ismert kisérleteit hibásaknak jelezte. *Drehmann* (Breslau) igen tanulságos Röntgen-képeket mutatott be, melyeken az úgynevezett nyakiborda-skoliosis anatomiája tárul világosan szemünk elé. Ékalakú csigolyasegmentumok láthatók beékelve a csökevényes borda mellett. Gyakorlatilag is fontos egy észlelete, a melyben a nyaki bordával biró skoliotikus egyénnek növére ugyanoly skoliosisban szenvedett, de nyaki borda nélkül. Ezen előadás kapcsán *Fränkel*, Hoffa klinikájáról, a nyaki bordák eltávolítását ajánlotta az ezek okozta nyomási bántalmak megszüntetésére s erre vonatkozó néhány kóresetét is említette.

Élénk benyomást tett *Klapp* (Bonn) demonstratioja a skoliotikusok kezeléséről az általa már ismertetett kúszási eljárással. A négylábúak gerinczoszlopának feltünő mozgékonyságát látva a végtagok némely mozgásánál; látva továbbá, hogy a gerinczoszlop vízszintes helyzetében a meglevő hajlások kiegyenlítődnek: arra a gondolatra jutott, hogy therapeutikus czélból a létrehozandó gerinczoszlopvisszahajlításokra a horizontális elhelyezés hasznosabb, mint a vertikális. A gyermekeket tehát négykézláb kúszatta, miközben megfelelő gerinczoszlopmozgásokkal a gerinczoszlopot nagy fokban mobilizálta s az izmokat is nagy mértékben megerősítette. A kóros elgörbülések javítását tehát erős, a lehetőségig nagyfokú izomműködéssel s a test saját súlyának kihasználásával végezteti. Ezen kúszási módszer részletes technikáját több gyermeken bemutatta. A gyermekeknek kúszás közben térdükre és lábujjaikra egyszerüen felcsatolható nemezlemezeket alkalmaznak. Hogy pedig a gerinczoszlop mozgásait állandóan ellenőrizhesse, hátul nyitott ingben végezteti a gyakorlatokat.

Schulthess (Zürich) a Klapp-féle eljárás által indíttatva, készüléket szerkesztett, a melylyel a skoliotikus betegek a gerinczoszlopnak horizontális fekvése mellett, hasi fekvésben kezeltetnek. Ezen készülékben három eltolható tengely van a gerinczoszlop, a medencze, a törzs és a váll részére forgathatóan alkalmazva, úgy hogy az activ mozgások bizonyos terv szerint végezhetők, meghatározott helyeken beilleszthető ellentállással. *Wullstein* a kúszási eljárást az I és II. fokú scoliosis gyógyításában teljesen megbizhatónak tartja; csak a III. fokúnál nem gondolja elégségesnek, mert a III. fokú skoliosist legalább 1/4 évig kell gypsben rögzíteni. Csak ezen idő alatt fogja a csigolya közötti porczkorongok állandóan ható feszülése a csontszövet szükséges appositioját lehetővé tenni. Azért is a III. fokú skoliosis eseteiben alkalmazott gypskötéseknél nem az extensiót erőszakolja, hanem az erőszakos redressementre fekteti a súlyt. *Vulpius* nem szeretné általánosítani a kúszási eljárással való kezelést, mert ezt minden házi orvos eltanulhatná, pedig a skoliosisnak kezelését az orthopaed-sebész számára kell megtartani. Bevallja, hogy az izomzatot rendkivül megerősíthetjük ezen eljárással. Figyelmeztet különben arra, hogy állatoknál is előfordulhatnak veleszületett és rhachitikus skoliosisok. *Spitzy* (Graz) szerint a skoliosisok igen korán fejlődnek, compensatorius elgörbülésekkel azonban meggyógyulhatnak. A Klapp-féle eljárás ilyen önkéntes gyógyulásokat hozhat létre.

Schanz (Drezda) a skoliosis-kezelést követő recidivákról szólt. Ajánlotta, hogy az elsődleges visszaesés ellen csak jól ülő portativ készüléket alkalmazzunk. A másodlagos recidivákat pedig úgy kerülhetjük el, ha kiküszöböljük a túlságos megterheltetést. A gerinoszlopnak statikus igénybevételét csökkentsük, és igyekezzünk hordozó képességét fokozni.

Schlee (Brauschweig) azt hiszi, hogy a primaer recidivát is csak olyan redressiós füzővel fogjuk megakadályozhatni, mely nél oldalt húzó és nyomó erők hatnak. Több bemutatás után *Ridinger* (Würzburg) a Klapp-féle horizontális fekvést tartja a gypskötések alkalmazásánál is megfelelőnek skoliotikusoknál.

Machol (Breslau) a Centr. Bl. für Chirurgie ban már ismertetett, passiv mozgatások s ellentállási gyakorlatok végzésére szolgáló készüléket mutat be, melynél a folyóviz erejét használja fel.

Finck (Charkow) sok évi tapasztalata alapján igen figyelemre méltóan és bizalmat keltően számolt be a Pott-féle púp lassú redressálásáról fekvés közben. A csigolyapúp nem myogen jellegü, hanem desmogen contractura, s azon az úton, melyen létrejött, kell ismét kiegyenlíteni; eljárása, ellentétben Calot-éval, lassan és állandóan ható dorso-ventrális nyomással történik, nem pedig húzással. A gyps-ágyba a púp alá keresztalakban egymásra fektetett vattalemezeket helyez s ezen keresztalakú vattapárnát fokozatosan emeli; a betegnek esetleg egy évig is így mozdulatlanul kell feküdnie. A gibbus gyakran csak hónapok mulva enged az állandó gyps-ágyban. Ha megtörtént a púp kiegyenlítése, az utókezelést a keresztalakú vattapárna meghagyásával celluloid támasztó füzőben kezdi meg, a fejet az occiputig, elől pedig az állcsont zugáig (nem pedig előre az állcsúcsig) támasztja meg.

Eleinte 1/2 óráig járatja a beteget, 6 óránál tovább azonban sohasem. A közbeeső időt a betegek ismét a gyps-ágyban töltik. Ehhez hozzá szokva jól érzik magukat és jól fejlődnek. Eredményei fényesek. 66 esete közül 52 esetben *teljesen* kiegyenlítette a púpot. A hűdések viszafejlődtek.

Lorenz szerint felnőtteknél a gyps-ágyban az erős correctio néha rendkivül fájdalmas és ezért a lordosisos kezelés helyett néha könnyen kyphotikus állásban kell alkalmazni a gyps-ágyat.

Spitzy (Graz), a ki idegplasticákkal évek óta figyelemre méltóan foglalkozott kisérletileg, most az ideg-plastica értékének megitélésére alkalmas és érdekes esetet mutatott be 12 éves fiún, ki plexushűdésben szenvedett, karja a szülés közben létrejött cervikális gyökzúzódás miatt lett paretikus. A nervus medianust a felkaron 1/3 részében lehasította s környéki részét a lágyrészek tompa átfúrása után az afficiált nervus radialis előre preparált hasadékába inplantálta. A plastica után nyolcz hónappal az ujjak mozgathatók lettek és a supinatiós mozgás is helyreállott.

Cramer (Köln) az ankylotikus könyökizület véres mobilizálását, az arthrolysist olyan esetekben ajánlja, a melyekben porczrészletek még találhatók. Egy nőbeteget mutatott be, a kin a gonorrhoea után fejlődött könyökizületi ankylosis ellen sikerrel alkalmazta ezen eljárást. Oly esetekben, a melyekben fennmaradt porczszigeteket nem találunk, resekálni kell. *Schanz* felemlíti, hogy zsírszövet közbehelyezésével ért el igen jó eredményt teljesen csontos ankylosis után.

Perl (Berlin) inplasticát végzett cerebrális gyermekhűdésnél. Hangsúlyozni óhajtom, hogy ehhez *Spitzy* (Graz) igen helyesen azon

megjegyzést fűzte, hogy cerebrális paresiseknél is idegplastikával kielégítő eredményt ért el, s reményli, hogy ezen eljárás az inplasticákat egyes esetekben ki fogja szorítani.

Becher nek (Münster) sikerült 8 világrahozott idült csípőizületi ficzamodást súlyok fokozatos alkalmazása mellett nyújtással beigazítani. A Heussner-féle nyújtókötéssel egész egy mázsáig fokozta a súlyokat. A betegnek természetesen folytonos felügyelet alatt kell állnia. A nyújtást erős abductióban kell végezni.

Lorenz (Bécs) ilyen eljárásnál ankylosistól tart, azért csak egyoldali idült ficzamodás eseteiben ajánlja. Ujból emlékeztet inversiós eljárására, a melynél a flexiós és adductiós contracturát abductiós hyperextensioba hozza.

Becher, ki végleges eredményekről ugyan még nem szólhat, ankylosist vagy bénulást egy esetében sem látott fejlődni.

Sachs (Berlin) egy gyermeken a teljesen hiányzó deltoideust a pectoralisból vett izomrészlettel pótolta s így a felkar elevatioját ismét lehetővé tette.

Deutschländer (Hamburg) osteotomiák után a műtét helye felett és alatt ablakos gypskötést és naponként 6—8 órára Bier-féle pangásos hyperaemiás kezelést alkalmaz. Ezzel a callusképződést gyorsítja, úgy, hogy ezen eljárást a közönséges töréseknél is ajánla.

Bade (Hannover) a tibia részleges hiánya esetében a fibulát a tibia szabadon mozgó epiphysisébe inplantálta használható eredménynyel.

Wittek (Graz) egy hasonló esetben a fibulát és a tibia csonkját oldalt egyesítette drótvarrattal. A malleolus externust pedig a talus és calcaneus közé inplantálta s ezzel a dongalábállást is megjavította.

Werndorff (Bécs) a Köhler-féle könycseppalakú árnyékot (Tränenfigur) a csipőizület Röntgen-képén az acetabulum recessusa árnyékának tartja, mert ha az izvápát kivéste, az új Röntgenképen a „Tränenfigur“ eltünt.

Drehmann (Breslau) a veleszületett „coxa valga“-kat mutatja be Röntgen-képeken, a melyeken látható, hogy a czombnyak minden szögletképzés nélkül megy át a czombfejbe Azt hiszi, hogy ez a világrahozott ficzamodásnak előfoka.

Igen sajnálatos, hogy különösen a coxitisre vonatkozó néhány bejelentett előadás, a melyeknek kapcsán Lorenz elnöknek is nagy szerep jutott volna, elmaradt.

Az idei congressusban hiányzott az erőteljes, szívósan a szabályokhoz ragaszkodó vezetés. Boszantó, ha messze földről egy bizonyos programm miatt Berlinbe utazunk és a programmnak minket talán legjobban érdeklő része az elnök laza vezetése miatt elmarad.

A jövő évben a radikális kölni sebész, *Bardenheuer* fogja az orthopaed-sebészek congressusát vezetni.

Haberern J. Pál dr.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

R. Proust: Traitement de l'hypertrophie prostatique par la prostatectomie. Paris, 1906. Masson et Comp.

E kis monographiában *Proust* a prostatektomiával foglalkozik; rövid bevezetésben ismerteti a prostatatúltengés anatomiai viszonyait és részletesen kiterjeszkedik a perineális és tranvesicalis prostatektomiára. Elmondja legapróbb részleteiben a betegek előkészítését, a műtétek technikáját, az utókezelést, a szövődményeket, felállítja a két különböző módszer javalatait, összehasonlítja a különböző módszerekkel elért eredményeket és elfogulatlanul birálja a módszerek előnyeit. *A perineális prostatektomia* operativ halálozása 6·61%; kiemeli a perineális módszer szövődményei közül a rectális és uro-perinealis sipolyt, az incontinentia urinae-t és a húgycső alteratioit, deviatioit. *A transvesicalis prostatektomia* átlagos operativ halálozása 10·7%; kiemeli a transvesicalis módszer két súlyos szövődményét: a vérzést és a fertőzést. Voltakép nem ismer ellenjavalatot, mert sem a magas kor, sem az általános állapot, sem a hólyagelváltozások nem képeznek ellenjavalatot, csak a kedvező időpontot kell megválasztani a beavatkozásra, vagyis akkor operáljunk, midőn nincsenek congestiós zavarok, egyszóval, midőn *à froid* operálhatunk. A transvesicalis utat válaszszuk azon esetekben, ha incomplet retentio áll fenn, ha a prostata igen terjedelmes, ha hólyagkövek is vannak jelen; a perineális módszer szerint operáljunk, ha hólyag- vagy általános fertőzéssel, kemény, sklerosisos prostatával, elhájasodással állunk szemben; figyelmeztet azonban, hogy ne téveszszük szem elől, hogy a transvesikális prostatektomia előnyeihez csak nagyobb operativ halálozás árán juthatunk.

Proust műve sok apró részletkérdést ölel fel; könnyed, folyékony stylusa s a csatolt rajzok plastice domborítják elénk a műtét egyes phasisait. A munka az egyes módszereknek és azok értékének igaz képét tárja elénk, s azért mindazoknak, a kik a sebészet ezen ága iránt érdeklődnek, méltán figyelmükbe ajánlhatjuk.

Steiner Pál dr.

E. Villiger: Gehirn und Rückenmark. Leitfaden für das Studium der Morphologie und des Faserverlaufes. Leipzig, W. Engelmann, 1905. 187 lap. Kötve 9 márka.

A nagy terjedelmű és minden részletre kiterjedő munkák nem alkalmasak arra, hogy az, a ki az idegrendszerrel behatóbban foglalkozni kezd, azokból nyerje első tájékozódását. *Villiger* könyve ellenben ép az ilyen tanulónak kedvez, mert rövid terjedelme jól áttekinthetővé teszi úgy a középponti idegrendszer morphologiáját, valamint a fontosabb rostlefutásokat. A ki a részletekbe akar merülni, az könnyebben fog boldogulni, ha előbb a főbb vonásokat ebből a könyvből megtanulja. 122 jó és legnagyobbrészt eredeti ábra szemlélteti a tömören és érthetően irt szöveget. A könyvet nagyon ajánlom az érdeklődők figyelmébe.

Kollarits Jenő dr.

Új könyvek: *G. A. Buckmaster:* The morphology of normal and pathological blood. London, J. Murray. — *A. de Prenderville*: The anaesthetic technique for operations on the nose and throat. London, H. J. Glaisher. — *C. Yelverton Pearson:* Modern surgical technique in its relation to operations and wound-treatment. London, J. Bale, Sons and Danielsson. — *H. Weber*: On means for the prolongation of life. London, J. Bale, Sons and Danielsson. — *Heather Bigg:* An essay on the general principles of the treatment of spinal curvatures. London, J. and A. Churchill. — *M. Borchardt:* Über Herzwunden und ihre Behandlung. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Ph. Biedert:* Das Kind, seine geistige und körperliche Pflege bis zur Reife. Stuttgart, F. Enke. — *W. Winternitz*: Physiologische Grundlagen der Hydro- und Thermotherapie. Stuttgart, F. Enke. — *A. Bum:* Physiologie und Technik der Massage. Stuttgart, F. Enke. — *B. Buxbaum:* Physikalische Therapie der Erkrankungen der Verdauungsorgane. Stuttgart, F. Enke. — *S. Munter:* Physikalische und diätetische Therapie der Gicht. Stuttgart, F. Enke. — *O. Rozenraad:* Der Krebs und seine Behandlung von Robson. Berlin, O. Coblentz. — *H. Fasbender:* Geschichte der Geburtshülfe. Jena, G. Fischer. — *W. Scholz:* Klinische und anatomische Untersuchungen über den Cretinismus. Berlin, A. Hirschwald. — *O. Lange*: Über Symptomatologie und Diagnose der intraokulären Tumoren und deren Verhalten zu den übrigen Körperorganen. Halle a. S., C. Marhold. — *Werther:* Die verschiedenen Behandlungsmethoden des Lupus vulgaris. Berlin, Fischer. — *Kienböck:* Die Schweigepflicht der Ärzte und des Sanitätspersonals nach österreichischem Recht. Wien, Manz.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az aorta gyógyult aneurysma dissecansának esetét ismerteti *H. Börger*. Miután utal az irodalomban 1888 óta közölt 4 esetre (*Rindfleisch, Fischer, Flockmann*), leirja, hogy 1903. május havában 44 éves erőteljes férfit vettek fel az osztályra, kit 12 nap előtt villámütés ért, s azóta baloldali paresise van. Az illető alkohollal nem élt, luesben nem szenvedett; emphysemája, arteriosklerosisa van, bal szívfele hypertrophiás, diastolés mitrális zörej hallható, jobb radialis pulsusa jóval kisebb, mint a bal. 1904. februárban szív-incompensatio tüneteivel jelentkezik újra, a régi tünetekhez az aortán erős systolés és diastolés zörej és a szegycsont markolata felett tompulat társul. Ezek alapján az aortaszájadék elégtelensége és szűkülete mellett aortaaneurysmát diagnostizált. Április végén a beteg szívincompensatio tünetei között meghalt. A bonczolás aneurysma dissecanst derített ki, mely az aorta-billentyük felett

2 cm.-rel kezdődött, éles határú, csaknem teljesen circuláris repedéssel. Az aneurysma-zsák felterjed a jobb anonymába s a bal subclaviába 2·5 cm.-nyire. Az aorta descendens kezdetén van a fő visszavezető nyilás, melyen kivül 1—1 kisebb nyilás van a bal carotison és subclavián. A jobb anonymában a zsák vakon végződik. A zsák telt állapotában a verőér belvilágát annyira szükíthette, hogy a jobb radialis pulsus kicsiny maradt, s a jobb agyfél oly kevés vért kapott, hogy a bal oldal paresise következett be. Úgy az elsődleges, mint a másodlagos repedés szélei, valamint a zsák belfelülete teljesen elsimultak, annak jeléül, hogy az aneurysma keletkezése óta volt idő azok gyógyulására. Az állandóan súlyos testi munkával foglalkozó egyénnél a tartósan magas vérnyomás és a bal szívfél hypertrophiája nyilván már a villámsujtás előtt megvolt; ekkor erős testi megerőltetés mellett a vérnyomás hirtelen igen magasra hághatott, s beállott a belső traumás repedés (*Bostroem*), melyet gyorsan követett a másodlagos perforatio. A szétválás a media rétegeiben történt, megerősítve *Rokitansky* és *Rindfleisch*-sal szemben *Bostroem* álláspontját, ki szerint az mindenkor az említett rétegekben áll be. (Zeitschr. f. klin. Med. 1906. 58. k. 3.—4. füz.) *R. Zs.*

Az aortabillentyűk mechanismusának Krehl által adott magyarázatát kisérletileg igyekezett utánozni és ellenőrizni *E. Mai*. *Krehl* t. i. kimutatta, hogy szívgyomorsystole alatt az aortaszájadékot a körülvevő, erősen összehúzódó izomrostok hasadékszerű nyilássá alakítják át, melynek szélein a billentyűk az aorta-tengelylyel s így a tengely-vérárammal párhuzamosan emelkednek be az érbe. A régebbi *Ceradini*-féle (lycopodium szemcsékkel végzett) kisérlet alapján felvette, hogy a tengelyáram egy része a szájadék ilyen alakulása miatt falmelletti visszatérő örvényekre bomlik, melyek állandóan a billentyűk zárására igyekeznek s abban csak a nagynyomású kiáramlás akadályozza meg őket. *Mai* kisérleti berendezésének leirására itt ki nem terjeszkedve, jelezzük, hogy üvegkészülékben az áramlási irányt az igen magas nyomás alatt álló és rythmusos megszakításokkal áramló vízben levő rizsszemcséken követte. Ha a megszakítások gyorsan követték egymást, kifejezett tengelyáram képződött, mely annál erősebb volt, minél kisebb volt a nyilás, melyen át az aortát helyettesítő csőbe a beáramlás történt. Ugyane cső peripheriáján még kis nyomás mellett is visszafelé haladó áram képződött. Az áramok élénksége ugyanazon nyomás mellett a nyilás nagyságával fordított arányban állott.

Kisérletei tehát a *Krehl*-féle álláspont helyességét bizonyítják. Igaz, hogy a szűk, hasadékszerű szájadék nagyobb munkát ró a szívre, mint ha az tág, köralakú volna, de ez a berendezés teszi lehetővé a záródás oly gyors és teljes voltát, mely minden visszafolyást kizár, és *Krehl* le is ir eseteket, melyekben az izomgyűrű hiányos összehúzódása miatt köralakú szájadéknál insufficientia állott elő. (Zeitschr. f. klin. Med. 1906. 56. k., 5—6. füzet.) *R. Zs.*

A vérhányás kórjelzési jelentősége appendicitisben. *Sick* férfibeteg kórtörténetét közli. Az illetőn 3 nappal az appendicitis tüneteinek jelentkezése után nagyfokú vérhányás támadt, miért is az appendicitis diagnosisát elejtették és gyomorfekély-átfúródást vettek fel. A halál egy hét mulva következett be általános terminális hashártyalob következtében. Bonczoláskor a féregnyújtvány átfúródott tályogját találták cseresznyemagnagyságú bélsárkővel; a gyomor nyálkahártyáján multiplex vérzések per diapedesin, haemorrhagiás erosiók és friss miliáris lobgóczok nekrosisokkal voltak, a melyek a bakterium-toxinok hatása folytán beállott érelváltozások eredményeképen keletkeztek. Ismeretes, hogy az appendicitis és az átfúródó gyomorfekély megkülönböztetése sokszor nehéz; eddig az volt az általánosan elfogadott nézet, hogy vérhányás gyomorfekély-átfúródás mellett szól. A leirt esetből azonban, a melyhez hasonlót néhány év előtt Dieulafoy is közölt, látható, hogy a gyomorvérzést is csak nagy óvatossággal szabad a kórjelzés felállításában értékesiteni. (Deutsches Archiv für klinische Medizin, 82. kötet.)

A veselob gyógyításához szolgáltat adatokat *Strasser* és *Blumenkranz*. Ismeretes, hogy a hőmérsék szempontjából közömbös, 34—35° C. fürdők kedvező hatásúak szoktak lenni veselob eseteiben; ezen kedvező hatást a bőrműködés javulásából magyarázták, minek következtében a vesék munkája megkevesbedik. Az említett szerzők azonban kimutatták, hogy az ilyen indifferens fürdők a veselobban szenvedőknek diuresisét, nitrogen- és konyhasó kiválasztását csaknem kivétel nélkül fokozzák és a fehérjevizelést is némileg kedvezően befolyásolják. Ez a hatás pedig oly módon jön létre, hogy a fürdő egyenletes melegsége következményeképen a vesékben az erek tágulnak és a véráramlás gyorsul; a vérnyomás nagyjából változatlan marad. Az eljárás nagyon egyszerű: a beteg nyakig ül az említett hőmérsékű vízben, még pedig 1 — 1½ óráig; utána ágyba kerül. Többnyire elegendő naponként egy fürdő, még pedig a délelőtti órákban; némely esetben délelőtt és délután vehet a beteg fürdőt 1—1 órás tartammal. (Berliner klinische Wochenschrift, 1906. 14. szám.)

Sebészet.

A végbélrák operativ kezeléséről értekezik *Du Pan*, *Kocher* tanár berni klinikájáról. 1874-től 1904-ig 123 végbélrákos beteg feküdt a klinikán, ezeken tett megfigyelések és műtétek alapján szerző az alábbi következtetésekre jut: 1. Az öröklés, ülő foglalkozás, habituális székrekedés, haemorrhois jelentéktelen szereppel bír a végbélrák létrejöttében. 2. A végbélrak sokkal gyorsabban nő tova a fiatal korban, a 40. éven alul, mint az idősebb korban; a prognosis általában rossz. 3. A betegség korai diagnosisa még elég ritka. Ha az orvosok gyakrabban végeznek majd végbélvizsgálatot és nem kizárólag a subjectiv panaszok alapján állítják majd fel a haemorrhois vagy az idült diarrhoea kórismèjét, akkor a betegek korábban kerülvén műtétre, a prognosis is javulni fog. 4. Tekintve, hogy az inoperabilis esetekben az első tünetek jelentkezésétől a betegek csak 12 hónapot éltek, az operabilis és gyökeres műtétnek alávetett esetekben pedig a műtét utáni átlagos életkor 56 hó, nagyon is érdemes és jogosult a sebészi kezelés. 5. A ráknak magasra felterjedése, indurált mirigyek jelenléte, a prostatával vagy a hüvelylyel összenövés nem alkotnak ellenjavalatot. Csakis a daganatnak mozgathatatlansága képez absolut ellenjavalatot. 6. A praeliminaris colostomia olyan szövődmény, a melyet el kell kerülnünk; csakis olyan esetekben van helye, a midőn fennálló ileus miatt a beteg életveszélyben forog. 7. Feleslegesek a nagy terjedelmű csontresectiók, a coccyxnak egyszerű eltávolításával is czélt érünk. *Kocher* módszere a következő: az ampulláris s a felette levő végbélrészlet eltávolítása legczélszerübben hátulsó mediánmetszéssel és a farcsont eltávolításával történik. A peritoneum lehető pontosan egyesíttessék a rákos segmentum resectioja után s ne végezzünk tamponálást vagy drainezést. 8. Az utókezelés nagy gonddal történjék; ha fertőzésnek legcsekélyebb tünetét is észleljük, nyitvakezelés öblítéssel egybekötve adja a legjobb eredményt. 9. *A műtéti halálozás* 83 gyökeres műtétnél *14·58%* volt. Aethernarkosist ajánl s a chloroform kizárásának tudja be, hogy szívgyengeségben egy betege sem halt el. 10. *Lokális recidiva az esetek 39·7%-ában támadt*, leginkább a perirectális szövetben. Fontos volna, hogy e betegek műtét után gyakran jelentkezzenek ellenőrzés végett, mert a recidivák röviddel beálltuk után elég jó eredménynyel operálhatók. Egy esetben 4 recidiv-operatio mellett a beteg 15 évig élt egészségben. A recidivák gyorsan inoperabilisek lesznek. 11. A májáttételek a gyüjtőérrendszer útján jönnek létre, ezért fontos a venák pontos ellátása, a pontos vérzéscsillapítás. Májmetastasisos eseteikben előzetesen mindig volt valami szövődmény a vérrendszerben. 12. Végleges gyógyulást, a megitélésnél 3 évi recidiva-mentességét véve a számítás alapjául, *az esetek 25·75%-ában értek el.* (Thèse de Berne, 1906.) *Steiner Pál* dr.

Az epekőműtétek javalatairól, módszereiről és eredményeiről számol be *Stieda*, *Garré* klinikájáról. A klinika álláspontja epekőműtéteknél a következő:

1. *A cholecystitis acuta* általánosságban ellenjavalatot képez; ha lehetséges, a rohammentes szakban operáljunk; ha súlyos általános tünetek vagy kezdődő peritonitis fenyegetnek, azonnali műtét javalt. 2. *Hydrops vesicae felleae*-t csak akkor operáljunk, ha zavarokat okoz. 3. *Empyema ves. felleae* mellett műtéti indicatio forog fenn. 4. *Cholecystitis recidivans*-nál ajánlatos a műtét, ha a rohamok szaporodnak és belső kezeléssel latens szakot nem tudunk létesiteni. 5. *Összenövések*, ha zavart okoznak, műtétet

követelnek. 6. *Abscessus pericystiticus* és az *epehólyag átfúródása folytán keletkezett peritonitis* eseteiben javalt a műtét. 7. *Heveny choledochus-elzáródás* nál ellenjavalt, *idült choledochus elzáródás*-nál ellenben javalt a műtét. 8. *Carcinoma* esetén javalt az operatio, ha reményünk van gyökeres műtétre.

A monographiaszerű értekezés részletesen foglalkozik az egyes műtéti módszerek: cystotomia, epehólyagresectio, cystostomia és az epehólyag drainage-a, cysticotomia, cystektomia, cystolysis javalataival; irányt ad a hepaticus-choledochuskövek esetén alkalmazásba jövő choledochotomia, hepaticus-drainage, hepatico-duodenostomia javalataira nézve. A mű ezen értékes részét nem óhajtjuk e helyen ismertetni, csak utalunk reá és inkább a műtéti eredményekről számolunk be.

I. *Conservativ műtét az epehólyag zárásával* 22 esetben történt (19 cystotomia, 2 resectio, 1 cysticotomia és cystotomia). 21 beteg további sorsa ismeretes; recidiva 3 esetben állott be. II. *Conservativ műtét az epehólyag drainageával* 19 esetben történt (15 cystostomia, 3 cysticotomia és cystostomia, 1 epehólyag-drainage); ezekből meghalt 3, recidivált 8. III. *Gyökeres műtét* 21 esetben (cystektomia) történt, operativ halál 3 esetben volt, recidiva 4 esetben állott be.

Tehát a reservoirrendszeren végzett 56 műtétből gyógyult 44, javult 7, változatlan állapotban van 5 eset. Feltünő a jó eredmény a cystotomiánál, melyet *Kehr*, *Körte*, *Poppert* elvet azért, mert az epét fertőzöttnek tekintik. *Garré* szerint epeköveknél a mikroorganismusok jeleléte nem olyan végzetes hatású, az csak a kő által feltételezett pangás következése; az akadály eltávolításával, ha súlyosabb elváltozás nincs jelen, drainage nélkül is megtisztul az epe. Továbbá cystotomiánál a gyógytartam rövidebb, az utókezelés is egyszerübb, fistula képzése nem fenyeget, kisebbfokúak az odanövések, a hasfal elzárható, hasfali sérv ritkább. Csak ha nem vagyunk bizonyosak, hogy az összes köveket el távolítottuk, végezzünk cystostomiát. A cystektomiát se tekintsük panaceának, mert a cystotomia egyszerübb, kevesebb összenövést okoz és szintén jó eredményt ad.

Choledochus hepaticus-megnyitás után *Garré* elsődleges varratot alkalmaz, míg ezt *Kehr*, *Körte* teljesen elveti. Drainage-t csak azon esetekben végez, ha cholangoitis van jelen, vagy gyanú áll fenn, hogy kövek maradtak vissza. 37 esetből 33-ban végzett elsődleges varratot 2 operativ halállal; ez esetekből 25-nek további sorsa ismeretes, melyek közül 9 esetben keletkezett recidiva, 16 eset gyógyultnak tekinthető.

Összefoglalva: 131 betegen végeztek 140 epehólyag- és epevezeték-műtétet; operativ halál 15 esetben = 10·7%-ban állott be; de ha csak a jóindulatú megbetegedések miatti beavatkozásokat számítjuk, 7%-ban. (Beiträge z. klin. Chirurgie, 1905, 47. k. 3. f.)

Steiner Pál dr.

A pankreasnekrosisról és heveny pankreas-megbetegedésekben a halál okáról közöl kisérleti tanulmányt *Guleke* Bergmann tanár klinikájáról. A ductus pankreaticusba olaj, epe és vér fecskendezésével sikerült kutyákban zsírszövetnekrosist, pankreasapoplexiát létesíteni. Sikerült továbbá a pankreas vérerébe (art. pankreaticoduodenalis) végzett olajbefecskendezéssel ugyanazon kóros elváltozásokat létrehozni, mint a ductusba történt injiciálással. Az így létesített pankreaselhalás heveny vagy idült alakban folyhat le. Míg az idült esetek súlyos anyagcserebántalom képében lassan vezetnek halálra, addig a heveny esetek rohamos lefolyásúak s a hajszálmirigy typusos elhalásával és zsírszövetnekrosissal járnak. Jellegző ezen kép mellett még a pankreasban keletkező kiterjedt vérzés, a mely pankreasapoplexiánál konstatálható, de e vérzések kevésbé jelentősek a kórlefolyásra, bár szerepük a kóroktanban nem tagadható. A lényeges a pankreaselhalás, a melynek nagysága és terjedelme határozza meg a kórlefolyást. Mert az elhalt hasnyálmirigyszövet szétesésével a trypsin felszívódik, a szétesett tömegek arányában szabadul fel a trypsin, a mely mérgező hatásánál fogva képezi a pankreasnekrosisnál beálló halál közvetlen okát trypsin-mérgezés). (Archiv. f. klin. Chirurgie, 1906. 78. k. 4. f.)

Steiner Pál dr.

Érdekes echinococcus-eseteket közöl a melbourne-i kórházból *G. A. Syme*. Az egyikben a máj belsejében ült tömlő trauma (esés) folytán megrepedt s az echinococcus tartalma s a fiókhólyagok ellepték a bursa omentalist. Kitárás és drainezés után gyógyulás. A másik esetben egyes fiókhólyagok az epeutakon át távoztak, a mi icterussal járó epekőrohamok képét adta. A fiókhólyagok a székletétben kimutathatók voltak. Az echinococcus maga el volt genyedve s transpleurálisan nyitották meg. (Lancet, 1906., 4304. sz.) *Pólya.*

Az urogenitális gümőkórnak tuberculinnal való kezeléséről ir *J. G. Pardoe*. A Koch-féle T. R.-t használta. 21 betege volt, kiknél a tuberculint hosszasabban alkalmazta s kiknek további sorsáról a közlés idején tudomása volt. Ezek közül 5 látszólag teljesen gyógyult, 4 javult, 6-nál javulás nincs, 6 meghalt. Fontos a kezelést megelözöleg a cystoskopikus vizsgálat. Ha ugyanis mindkét ureter tája beteg, a bekövetkező helyi reactio folytán mindkét ureterszájadék beduzzadhat és anuria állhat elő. Ilyen esetekben tehát a kezelésmód ellenjavalt. Az adagok nagyságának és az adagolás gyakoriságának megállapításában individualizálni kell. (Lancet, 4294. sz.) *Pólya.*

Gyermekgyógyászat.

A csecsemők bélsarának bakterium-fejlődést gátló képességét vizsgálta *Moro* és *Murath*. Vizsgálataik eredményét a következőkben foglalják össze:

1. A normális csecsemő-bélürülék nagy fokban hatásos bakterium-fejlődést gátló anyagokat tartalmaz, melyek a bél természetes védő erejéhez jelentékenyen hozzájárulnak.

2. A fejlődést gátló anyagok mennyisége függ a bélcsatorna egészségi állapotától, ellenben független a csecsemő táplálkozási módjától és korától.

3. Úgy látszik, hogy ezen fejlődést gátló anyagok termelésében a bakt. coli commune-nek van legnagyobb része. (Wiener klin. Woch. 1906. 13. sz.) *Flesch Ármin* dr.

Az újszülöttek thymus-halálához szolgáltat adatokat *Hedinger* 17 eset alapján. Látszólag egészséges újszülötteken vagy koraszülötteken, kik rövid, normális vagy prolongált nehéz szülés után hosszabb vagy rövidebb idő mulva klinikailag nem eléggé tisztázott ok folytján asphyxia tünetei közt haltak el, a bonczolat a thymus több é-kevésbé kifejezett hyperplasiáját mutatta, egyikmásik esetben a pajzsmirigy megnagyobbodásával. A légutak összenyomását a thymus által csak akkor lehetett kimutatni, ha *Flügge* ajánlatának megfelelőleg a nyaki és a mellkasi szerveket formolban megkeményítette. Ilyen eljárás mellett a légcsőnek nagyfokú ellapulása volt megállapítható az art. anonymával való kereszteződése helyén. Törvényszéki orvosi szempontból fontos, hogy a légcső ezen összenyomatását akkor is megtalálta, midőn a thymus tömege a normálisnak megfelelő számokat alig, vagy egyáltalán nem haladta túl. Eseteiben tehát a halálokot a légutaknak s esetleg a nagy ereknek összenyomatásában s az ez által előidézett asphyxiában keresi.

Mikroskoppal vérbőségen és kisebb számú vérzésen kivül mi sem volt kimutatható a thymusban. Különös figyelemmel vizsgálta a chromaffin-rendszert, ezt azonb n makro- és mikroskoposan teljesen normálisnak találta. Ezen lelet nem egyezik azzal, a melyet nem rég közölt *Wiesel* egy status lymphaticus esetben s a melyhez hasonlót *Hedinger* is talált több status lymphaticus-esetében, hogy t. i. a chromaffin-rendszer kifejezett hypoplasiája van jelen.

Ezen leleletek arra utalnak, hogy daczára a látszólagos szorosabb összefüggésnek az újszülöttek thymus-hyperplasiája s a gyermekek és felnőttek status lymphaticusa közt, mégis e két folyamat közt messzemenő különbségek vannak, melyek a nyirok-, keringési és chromaffin-rendszer viselkedésében nyilvánulnak. (Jahrb. f. Kinderheilk. 1906. 308. lap) *Flesch Ármin* dr.

Poliomyelitis acuta eseteiben pontos szövettani vizsgálatokat végzett *Wickmann*. Helytelennek jelenti ki az „anterior" elnevezést, mivel a betegség kórbonczolástani alapja infiltrativ disseminált myelitis, főleg a nyúltvelőben s az agyvelőben, hol minden esetben talált elváltozást. A szövettani elváltozások nem szorítkoznak sem az egyes dúczsejtekre, sem a dúczsejtcsoportokra. A gerinczvelőben az elülső szarvakon kivül rendszerint elváltozásokat találunk a többi szürke állományban, a fehér kötegekben s a

lágy agyburkon is. A *folyamat* legkifejezettebb a duzzanatokban; a felső ágyéki s alsó háti gerinczvelőben az elváltozás legnagyobb foka nem — mint egyebütt — az elülső szarvakban, hanem főleg a Clarke-féle oszlopban található. A folyamat az erek elosztódását követi. Olyan mozzanatokat, melyek e baj emboliás eredetére engednének következtetni, nem talált. Az interstitiális és parenchymás elváltozások körülbelül párhuzamosan folynak le. Dúczsejtdegeneratio interstitiális elváltozások nélkül nem észlelhető, ellenben találhatunk főleg a nyúltvelőben normális dúczsejteket megváltozott erek mellett. Az idegelemek elpusztulásának legfőbb oka az interstitiális lobban keresendő. Teljesen azonos elváltozásokat talált a felnőttek poliomyelitis acutájánál és a spinalis gyermekbénulásnál. Bakteriumokat kimutatnia nem sikerült. (Arbeiten aus dem path. Institut der Univ. Helsingfors. 1905. 109. oldal.) *Flesch Ármin* dr.

Bőrkórtan.

Mycosis fungoides esetét kezelte Röntgen-sugarakkal *Shourp* és *Freund*. A mycosis fungoides a legutóbbi időkig a teljesen gyógyíthatatlan betegségek közé tartozott. Ezt legutóbb *Strümpell* és *Neisser* is hangsúlyozta. Némiképen kedvezőbb lett a prognosis *Scholtz* kisérletei alapján, a ki ezt a betegséget 3 esetben Röntgen-sugarakkal meggyógyította. *Scholtz* adatait később *Norman*, *Walker* és *Brooke*, valamint *Schiff* is megerősítette. A szerző esete kezdetben a psoriasis kórképét utánozta s ennek következtében psoriasisellenesen kezelték. Később azonban teljes mértékben kifejlődtek a jellemző tünetek viszkető, hámló, nedvező területek, valamint bőséges infiltratumok és kifekélyesedő daganatok képében. A Röntgen-kezelés e súlyos tüneteket igen gyorsan enyhítette. Minden egyes börterület 10 percznyi megvilágítást kapott középlágy csővel. Pontosabb mérési adatokat szerző — sajnos — nem közöl. A daganatok röntgenezésre gyorsan visszafejlődtek, a fekélyes részek pedig megtisztultak és behámosodtak. A szerző a a kezelés folyamán a Röntgen-kezelést arsennek belső adagolásával combinálta s ettől különösen jó eredményt látott. A gyógyulás így még feltünőbb volt. Hogy a mycosis fungoides Röntgen-sugarakkal véglegesen meggyógyítható-e, arról a szerző nem nyilatkozik határozottan, mert a feltünő javulás és látszólagos gyógyulás esetleg csak mulékony. (Dermatolog. Centralblatt, 1906. 6. sz.) *Guszman.*

A hypertrichosis kezeléséről ir *D. Amende*. A hypertrichosis palliativ kezelése vegyi anyagokkal kétes értékü. Részben izgatják az arczbőrt, részben pedig fokozzák a megfelelő börterület szőrzetét. Előnyük a borotválás felett, hogy hatásuk tartósabb. A relative legjobb epilatiós eljárás, az electrolysis sem nyujt kifogástalan eredményeket. Eltekintve attól, hogy úgy az orvosnak, mint a kezelendő egyénnek türelmét rendkivül igénybe veszi, ugyancsak azt eredményezi, hogy az inger folytán az erős szőrök közti lanugo-szőrzet erősbödik. Recidivák tehát a legügyesebb kezelés nyomán is gyakoriak. Nagy előnye azonban ennek a kezelésmódnak, hogy nagyobb börreactiót nem vált ki, hegesedéseket nem okoz s így cosmetikailag kifogástalannak mondható. Állitólag hasonlóan hegesedés nélkül jár a *Kromayer*-féle epilatiós eljárás, a melyet szerző egy esetben kipróbált. Az eljárás az, hogy villanyos motor által hajtott finom üres hengerszerü késsel a szört tüszőjével és papillájával együtt kibökjük, kiverjük (Stanzen). A hengereskést természetesen mindig a tüsző lefutásának irányában kell vezetni. Az eljárás alig jár vérzéssel és fájdalmassága sem nagy. Kevésbé érzékeny egyén egyszeri ülésben több száz szőrszáltól szabadítható meg. A müveletet követő reactiót és duzzadást hüsítő borogatásokkal kell kezelni. A kezelés elég gyors, mert ugyanannyi időben 10-szer több szőrszál távolítható el, mint elektrolysissel. Nagy hátránya azonban megint csak az, hogy recidivákkal jár, mert a tüszők kiirtása nyomán a lanugok vastagodni kezdenek. A szerző esetében teljes recidiva állott be, a mi az eljárás értékét erősen csökkenti, bár valószinü, hogy e téren némi haladás még elérhető lesz. (Dermatologisches Centralbl. 1906. 6. sz.) *Guszman.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A Dupuytren-féle ujjcontractura diabetesben szenvedőkön elég gyakran fordul elő. *Teschemacher* közöl újabban néhány ilyen esetet, a melyek némelyikében thiosinamin befecskendezésekkel jó eredményt ért el. Eleinte a thiosinamint használta (Rp. Thiosinamini 2·0; Glycerini 4·0; Aquae destillatae 14·0. D. S. A jól sterilizált oldatból naponként 1 cm³ a glutaeusokba; a folyadék előbb kissé megmelegítendő), később azonban a fibrolysin nevü thiosinaminkészítményre tért át, mint a melynek előnye az, hogy befecskendezése nem okoz fájdalmakat. Egyidejüleg massage-t is használt, a melyet a gyógyulás beállta után is jó még egyideig folytatni, a mint hogy Mendel ajánlata értelmében a fibrolysin-befecskendezéseket is 1—2 hetenként még hosszabb időn át folytatni kellene az eredmény tartóssága érdekében. Tekintve a sebészeti beavatkozás veszélyeit diabetesben: mielőtt műtétre határoznánk el magunkat, czélszerü a fibrolysin kezeléssel kisérletet tenni. (Therapeutische Monatshefte, 1906. 1. füzet.)

A kámfor esetleges mérgező hatására figyelmeztet *Happich*. Óvatosan kell használni szerinte a kámfort 1. olyan betegeknél, kiknél a szénhydratok feldolgozása hiányos: cachektikus, kiéhezett betegeknél, diabetesben szenvedőknél, chloralhydrat-mérgezetteknél; 2. olyanoknál, a kiknél az O-forgalom hiányos: szénsav-mérgezetteknél, súlyosan szivbajosoknál, előhaladt kétoldali pneumoniában szenvedőknél, eklampsiában, súlyos sepsisben. (Zentralblatt für Gynäkologie, 1905. 52. szám.)

Iritis rheumatica eseteiben jó eredménynyel használja *Darier* a natrium salicylicumot intravenosus befecskendezés alakjában: Rp. Natrii salicylici 5·0; Coffeini 0·5; Aquae destill. steril. 25·0. Ebből az oldatból naponként 2—3 cm³-t kell befecskendezni; ha azonban a mindennapos kezelés nem volna lehetséges, kétnaponként is lehet végezni az injectiót kétszer akkora mennyiséggel. Recidiva megelőzése végett a gyógyulás után egy ideig még folytatni kell a kezelést. (Ref. La semaine médicale, 1906. 13. szám.)

Salicylsavas-alkoholos kompresszeket használ *Solt* angina scarlatinosa eseteiben. Ha jókor veszszük őket használatba, a mirigyduzzanatok gyorsan visszafejlődnek, nem genyednek el; egyidejüleg maga a scarlatina is enyhébben folyik le; két járvány alatt — a melyek egyike nagyon súlyos volt — 50 beteget kezelt így s közülük csak 2 halt meg. Az említett kompresszeket a szerző különben meningitis cerebro-spinalis ellen is ajánlja, a mikor a gerinczvelő mentén és az occiput táján alkalmazza őket. Végül a kigyó (vipera) mérgezés eseteiben is hasznosnak bizonyultak ezen kompresszek, a melyek úgy készülnek, hogy megfelelő nagyságú vászondarabot bemártunk 2% salicylsavat tartalmazó alkoholba, ezt a vásznat egy rétegben ráhelyezzük az illető területre és gyapjuszövettel fedjük; ha megszáradt a kompressz, újból megnedvesítjük; ha izgalmi tünetek jelentkeznek a bőr részéről, egy időre beszüntetjük használatukat, illetőleg salicylsavas alkoholba mártott vattával bedörzsöljük naponként az illető helyeket. (Ref. La semaine médicale, 1906 13. szám.)

Vegyes hirek.

Egyetemi alkalmazások. Az orvoskari tanártestület legutóbbi ülésén a következők választattak meg: A II. sz. anatomiai intézethez: Tóth Zsigmond dr. 1. tanársegédnek (meghosszabbitás); az élettani intézethez Pekár Mihály dr. adjunktusnak (meghosszabbitás); a törvényszéki orvostani intézethez: Gyulay Elemér dr. 1. tanársegédnek (meghosszabbitás); a II. sz. nőklinikához Grósz Sándor dr. díjas és Bauer Lajos dr. díjtalan gyakornoknak; a fogászati intézethez Sturm József dr. díjas gyakornoknak (meghosszabbitás); a fülészeti tanszékhez Fleischmann László dr. tanársegédnek.

Ugyanazon ülésben a 2000 K.-ás Wagner-féle utazó-ösztöndijat ifj. Szinnyei József dr., a Bésán-féle 500 K.-ás ösztöndijat Szabó Gábor orvostanhallgató nyerte el, Reimann Géza pedig 100 K.-ás segélyben részesült.

Választás: *Takács Adolf* dr. nyitrai kórházi alorvost a salgótarjáni kőszénbánya-részvénytársulat pálfalvi telepére bányaorvosnak választották meg.

Kinevezés: *Bolyarics Tihamér* dr.-t a mohácsi László-közkórház alorvosává nevezték ki.

Az 1000 K.-ás Korányi-díjat az utóbbi években megjelent legértékesebb tuberculosis-dolgozatért az orvoskari tanártestület a bizottság véleménye alapján Korányi Frigyes tanár hozzájárulásával Pertik Ottó egyetemi tanárnak itélte oda a tuberculosist tárgyaló nagy összefoglaló dolgozatáért.

XII. szünidei orvosi cursus. A XII. szünidei orvosi cursus végrehajtó bizottsága: Grósz Emil elnök, Tóth István alelnök, Temesváry Rezső titkár, Erőss Gyula, Hochhalt Károly, Korányi Sándor és Török Lajos e hó 3.-án tisztelgett Apponyi Albert gróf közoktatásügyi ministernél. A bizottság elnöke a következő beszédet intézte a miniszterhez:

Kegyelmes Minister Úr! A szünidei orvosi cursusok végrehajtó bizottsága tisztelettel üdvözli Nagyméltóságodat s azon kéréssel fordul Excellentiádhoz, hogy az ezévi tanfolyam megnyitó ülését 1906. május hó 27.-én személyes megjelenésével megtisztelni méltóztassék.

A szünidei orvosi cursusok intézményét a kultusministerium feledhetetlen emlékű tanácsosa: Markusovszky, s egyik korán elhunyt tanártársunk: Fodor József 1883-ban alapította, s Nagyméltóságod tanácsosa: Tóth Lajos, erélyesen felkarolta. Azóta változatlanul az a czélja, hogy a gyakorló s főleg a vidéki orvosoknak alkalmat nyujtsunk ismereteik megújitására s az újabb gyógyitó módok megtanulására. A czél tehát közérdek s épen ezért az egyetem tanárai s magántanárai készségesen, önzetlenül s tisztán kollegialitásból vállalkoznak évről évre az oktatás teljesítésére.

De az eddigi keretet tágitanunk kell. Nálunk évente alig 100 orvos vehet részt, mig Poroszországban az elhunyt Frigyes császárné személyes pártfogása folytán évente 2500—3000 orvosnak van alkalma ismeretei bővitésére. Ezért a jelenlegi végrehajtó bizottság az intézményt decentralizálta, s Pozsonyban az állami kórház főorvosainak közreműködésével tanfolyamot szervezett, s legközelebb a kolozsvári egyetem is követi a budapesti egyetem példáját. De arról is kell gondoskodnunk, hogy a hatóságok s a társadalom azon orvosokat, kik saját erejükből nem távozhatnak hazulról, anyagilag is támogassák.

Törekvéseink számára hatalmas erkölcsi erősités volna, ha Kegyelmességed műhelyünket, ha rövid időre is, meglátogatná. Ma erre kérjük Nagyméltóságodat.

A Minister válaszában elismerte a szünidei orvosi cursusok nagy culturális jelentőségét és a megnyitó ülésen való *személyes megjelenését* kilátásba helyezte.

A budapesti szegénysorsú tüdőbetegek sanatorium-egyesülete április 26.-án tartotta VIII. évi közgyülését *Batthyány Lajos* gróf elnöklésével. Az elnök üdvözlő szavai után *Tauszk Ferencz*, a Sanatorium-Egyesület I. titkára terjesztette elő az évi jelentést, a mely hiven tükrözi vissza a tüdővész elleni küzdelmet hazánkban. Noha az egyesület megszerezte azon összeget, a mely a szük Erzsébet királyné-sanatorium kibővitéséhez kell, a telek megnagyobbitása körül felmerült nehézségeket még mindig nem lehetett leküzdeni. Sajnos, az egyesület az idén is ráfizetett az Erzsébet-sanatorium fenntartására és megnyitása óta 80,000 korona hiányt fedezett. Az egyesület központi irodája összeköttetésben áll a vidék összes mozgalmaival, valamint a külföld mérvadó központjaival és a lefolyt évben 17,000 ügydarabot intézett el. Az Erzsébet-sanatoriumba megnyitása óta 2120 beteget vettek fel; a lefolyt évben az ápolási napok száma 45,000 volt. A gyógyeredmények minden tekintetben kielégitők és vetekedhetnek a külföld legdrágább magánsanatoriumainak eredményeivel. Az intézetben felvett betegeknek 76%-a végezte kúráját eredménynyel, sőt a betegségnek első stadiumában voltaknak 94%-a. Az Erzsébet-sanatorium jövő évi költségvetését 200.000 koronában állapitották meg. A Sanatorium-Egyesület központi vezetősége a vidéken mindenütt megindult mozgalomnak egyöntetűvé tétele szempontjából egy központi tervezet elkészitésén fáradozik, a mely hihetőleg már az idén életbe lesz léptethető. Megvan a törekvés, hogy minél többen részesülhessenek teljesen ingyen a sanatorium jótéteményében, igy a lefolyt évben is 102 tüdőbeteg részesült ingyenes gyógykezelésben. Megvan egyszersmind a törekvés azon anyagi eszközök előteremtésére, hogy a betegek hozzátartozóiról, valamint a sanatoriumból elbocsátottakról gondoskodni az egyesületnek módjában álljon. Örömmel emeli ki a jelentés, hogy az egész világ tuberculosis-mozgalmát vezető, Berlinben székelő központi vezetőségben megvan a hajlandóság, hogy a legközelebbi conferentiák egyikét Budapesten tartja meg. Az egyesület vagyona 2.737,000 korona, a mely összegben bennfoglaltatnak a fél millió koronát kitevő ágyalapitványi összegek, a melyek felett az egyesület nem disponál szabadon. Végül beterjeszti a felügyelő bizottság jelentését, mely szerint az egyesület pénzkezelése és könyvvezetése rendben találtatott. *Korányi Frigyes* tartalmas beszéde a tüdővész pusztitásairól hazánkban és az ellene való védekezés fontosságáról fejezte be a közgyülést.

Röntgen-cursus. *Kollarits Béla* dr. a budapesti egyetem bőrgyógyászati intézetének rendelőhelyiségében (Üllői út 26. sz.) junius hó 5.-étől 9.-éig naponként este 7 órakor elméleti és gyakorlati Röntgen-cursust tart. A résztvevés díja 20 korona.

Haberern J. Pál dr. egyetemi magántanár, kórházi főorvos május 1.-étől IV., Mária Valeria-utcza 5. sz. alatt lakik.

Grósz Gyula dr., a Bródy Adél-gyermekkórház főorvosa lakását V., Kálmán utcza 15. sz. alá helyezte át.

Erényi Jenő dr. Karlsbadban orvosi működését ismét megkezdte.

Szabóky János dr. fürdőorvosi gyakorlatát Gleichenbergben újból megkezdette.

Az egyetemi II. sz. női klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikum segélyét április hóban 115 esetben vették igénybe. A műtétek száma 89 volt.

Megjelent. *Barta Andor*: A méhrák elleni küzdelem külföldön és nálunk. A biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egyesület kiadványa.

Meghaltak. *Fürstner* dr., a psychiatria tanára Strassburgban, április 25.-én. — *Benzan János* dr., Fiume főorvosa, április 28.-án. — *Buchanan G.*, valaha a sebészet tanára a glasgowi egyetemen, április 19.-én.

Hibaigazitás. Lapunk 502. oldalának 1. hasábján felülről a 27. sorban *„puha lámpát“* helyett *„középpuhaságú lámpát“* olvasandó.

Kisebb hirek külföldről. A bajor országgyülés megszavazta a münchení egyetemen az orthopaediai s a würzburgin a bőrkórtani és urologiai rendkivüli tanszéket. — A párisi egyetem orvosi karának a mult tanévben 3482 hallgatója volt, 93-mal kevesebb, mint az előző esztendőben, köztük 109 nő, legnagyobbrészt (93) Oroszországból. Az egyetemnek összesen 14,462 hallgatója volt. A dékán beszédében kijelentette, hogy kivánatos volna az orvostanhallgatók számának még további csökkenése. — *G. Mazza* dr.-t a modenai egyetemen a dermatologia, *R. Versari* dr.-t a palermoi egyetemen az anatomia, *A. Bignami* dr.-t a római egyetemen az általános kórtan rendes, *F. Bottazzi* dr.-t pedig a nápolyi egyetemen a kisérletező physiologia rendkivüli tanárává nevezték ki. — *Czerny* tanár, a hirneves sebész, a legközelebbi időben tanári állásától visszavonul, hogy egész munkásságát az általa alapitott heidelbergi rákintézetnek szentelhesse. Utódjául a heidelbergi egyetem sebészeti tanszékére *A. Bier* bonni tanárt hivták meg. — *O. Römer* dr.-t a strassburgi egyetemen a fogászat rendkivüli tanárává nevezték ki.

A gyakorlati év Poroszországban. A porosz közoktatásügyi ministerium újból közzétette azon kórházak jegyzékét, melyek feljogositottak orvosgyakornokok felvételére. A kórházak száma magában Poroszországban 287, az ágyak száma meghaladja a 70,000-t. Nagyon fontos, hogy körülbelül 1200 főorvos és alorvos mellett töltheti el a 700 gyakornok az évet. Ezeken kivül az egyetemi klinikákon is jelentékeny számú gyakornok találhat elhelyezést. Ezek nincsenek külön felemlitve, mert eo ipso jogosultak gyakornokok felvételére. Tanulságos adat az is, hogy nem kevesebb mint 200 kórház ad a gyakornokoknak kisebb-nagyobb kedvezményt, majdnem 100 teljes ellátást, lakást, élelmezést. Szolgáljanak ez adatok tanulságul a mi számunkra is.

A bakteriumok viselkedése a vizben. *Emmerich* tanár két évvel ezelőtt kimutatta, hogy minden vizben vannak a protozoák közé tartozó flagellaták, a melyek különböző bakteriumokat felfalnak és megemésztenek. Ezeket a tapasztalatokat teljesen megerősitik *Fehrs* vizsgálatai, a melyeket a göttingeni egyetem közegészségtani intézetében végzett. Azt találta ugyanis, hogy az olyan vizből, a melyben ilyen flagellaták vannak, a cholera- és a typhus-bacillusok sokkal hamarább eltünnek, mint az olyanból, a melyben nincsenek, például azért, mert a vizet előzőleg felforraltuk s ezzel a flagellatákat elpusztitottuk. Sterilizált vizbe tett typhus-bacillusok 76, cholerabacillusok pedig 52 napig voltak kimutathatók, mig nyers vizben a typhus- illetve cholerabacillusok kimutatása csak a 20. illetve 10. napig sikerült.

Lapunk mai számához
1. F. Hoffmann-La Roche & Cie. **Airol,**
2. Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning czég **Argonin,**
3. Barabás-féle Szt. István-gyógyszertár **Nervinol**
prospektusa van csatolva.

Physiologikus sókeverék ivógyógymódhoz, 20 napi adag 3 kor. Zoltán gyógyszertár, Budapest, V., Szabadság-tér.

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

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

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

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

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 díjtalanul

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (XIV. rendes tud. ülés 1906. évi április hó 28.-án.) 518. l — Közkórházi Orvostársulat (II. bemutató ülés 1906. január 31.-én). 518. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. (1905. deczember 16.-án tartott szakülés.) 219. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 521. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XIV. rendes tud. ülés 1906. évi április hó 28.-án.)

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

Elnök az ülést megnyitja. Mult ülés jegyzőkönyvét hitelesiti. Mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Winternitz, Scipiades és Feldmann tagtársakat.

Ileus-esetek.

Winternitz M. Arnold: I. K. A., 9 hónapos csecsemő. Felvétele előtti napon, teljes jólét közepette, hirtelen hányás, székrekedés támad nagyfokú elesettséggel. Néhány óra multán véres nyák ürül a végbélből. Nagyfokú elesettség mellett nyugtalanság. Pulsus 160, üres. Hőmérsék normális. Narcosisban a colon transversum táján 10 cm. hosszú gyermekkarnyi tumor tapintható. Diagnosis: invaginatio. Laparotomia a középvonalban. Invaginatio ileocoecalis. Desinvaginatio. Gyógyulás.

II. Sch. F., 8 hónapos csecsemő felvétele előtti napon hirtelen hányással és székrekedéssel betegszik meg. Nagy elesettség, 160 pulsus. Végbélből véres nyák ürül. Narcosisban a flexura hepatica coli táján gyermekkar vastag, hosszúkás köteg érezhető. Diagnosis: invaginatio. Laparotomia a középvonalban. Invaginatio ileo-colica. Desinvaginatio könnyen sikerül. Gyógyulás.

A csecsemőkorban keletkező invaginatiók kórképe igen jellegzetes. A hirtelen jelentkező hányás, szél- és székrekedés nagy elesettségtől kisérve, véres, nyákos székletek, meteorismus igen jellegzetes tünetcsoportot alkotnak. Mivel az e korban támadó invaginatiók csaknem kizárólag ileocoecális typusúak, az invaginatio tumorját is a colonok mentén kell keresni. Exact vizsgálat czéljából ezen csecsemőket narcotizálni kell. Spontan gyógyulásra nem lehet számitani, gyors laparotomia van helyén.

III. Sz. L., 10 éves. Recidiváló appendicitis 3. rohama alatt a Douglas-űrbe leterjedő tályog képződött. A tályog per laparotomiam incindáltatott és draineztetett. Láztalan lefolyás mellett két hét mulva hirtelen hányás támad, mérsékelt meteorismussal, tompulattal és érzékenységgel a bal alhastájon. Következő napon a meteorismus kifejezettebb, a hányás fennáll, erős kólikáktól kisért bizonytalan bélcontourok a köldök körül és alatt. E tünetekre támaszkodva ileust vesz fel. A has megnyitása a bal rectus széle mellett kideriti, hogy az ileum legalsó tágult kacsja a drainezett appendiculáris tályog falába kötőszövetesen bele van nőve és szögletbe törve. Felszabadítás után a bélkeringés azonnal helyreáll. Hasfalvarrat. Pótlólag még a féregnyúlvány kiirtása történt; jelenleg teljes gyógyulás.

IV. O. J., 10 éves. Felvétele előtt 3 nappal hirtelen hányás, erős hasfájdalmak és székrekedés lepték meg, mely tünetek 2 napig tartottak. Felvételkor hányás nincs, obstipatio; pulsus 100, hőmérsék normális. Arczkifejezés nyugodt. Az alhasban a rectusok mögött kissé az ileocoekális tájra áthúzódott jó tenyérnyi érzékeny tompulat, mely felett a has falak igen feszesek. Fehérvérsejtszám 15,000. Tekintettel a hasfal erős feszülésére, a resistentia érzékenységére és az emelkedett leukocytaszámra, appendicitisre tették a diagnosist.

Az észlelés 3. napján azonban a hányás hirtelen újból jelentkezik és kólikás fájdalmaktól kisért bélcontractiók kezdenek a köldök körül mutatkozni. E tünetek alapján ileust vesz fel. A has megnyitásakor kiderül, hogy az alhasi tompulat helyén fibrinosusan összetapasztott belek között egy teljesen gangraenás vékonybélinvaginatio fekszik, mely már perforálva van és a nyiláson át egy ascaris is kijutott a hasűrbe. Az egész invaginált részlet resectioja után zavartalan gyógyulás.

B. V., 6 éves. Felvétele előtt 2½ hónappal hirtelen hányás, hasfájdalmak, székrekedés lepték meg, mely tünetek körülbelül egy hétig tartottak. Rövid nyugalmi időköz után e tünetek újból ismétlődtek, mely alkalmakkor véres székletek is mutatkoztak. Felvételéig e tünetek 4—5-ször ismétlődtek, s ezen időköz alatt a beteg igen lesoványodott.

Felvételkor a has tetemesen meteoristikus, az epigastriumban egyik bordaivtől a másikig húzódó, alkar-vastag, hatalmas köteg érezhető, mely a haránteolon helyén fekszik és időszakonként jelentkező fájdalmas kólikák kiséretében consistentiáját változtatja. Ugyanekkor nyugtalan peristaltikájú, tágult vékonybél észlelhető a köldök körül. Diagnosis: chronikus bélstenosis a haránteolonban fekvő invaginatio által feltételezve. Laparotomia. Desinvaginatio az intussusceptum és a hüvely közötti összetapadások folytán lehetetlen, ezért az egész invaginatio resectioja. Körkörös bélvarrat. Gyógyulás. A resekált bél hossza 1 meter.

Májsarkoma esete.

Winternitz M. Arnold: Ma megoperált esetből származó készitményt mutat be.

Perémi Dezső: A 12 éves leánygyermeket nagyszombaton hozták hozzá, szédült, subfebrilis volt és jobboldalt gyermeköklönyi tumor volt tapintható. Súlyosnak tartotta az esetet és consiliumot proponált, mely megállapitotta, hogy ovarium tömlője lehet, mely talán valamely tumort leplez. Ma megoperálták, májsarkoma derült ki, de erre gondolni nem lehetett, mert a daganat mindenfelé szabadon mozgott, a máj alá is volt tolható és a gyermek cachexiás nem volt. A baj 4 hó óta állhatott fenn.

A scrophulás megbetegedések tanának mai állása.

Tausz Béla: Értekezésében kimutatja, miszerint a scrophulosis szónak létjoga nincs; nincs megbetegedés, melyet e szóval jelölhetünk, s a régi szerzők a legkülönfélébb bántalmakat sorozták ez elnevezés alá, melyeket ma már egyrészt önállósitottunk, másrészt már ismert megbetegedések csoportjába utaltunk. Nem helyesli azon eljárást, hogy a scrophulosist azonositják a tuberculosissal, mert ugyan a scrophulotikusnak nevezett megbetegedések közül sok nem más mint tuberculotikus bántalom, azonban generalizálni e kifejezést nem szabad, hanem az egyes bántalmakat külön-külön saját nevükön kell neveznünk.

Okolicsányi Kuthy Dezső: Teljesen egyetért előadóval, hogy a scrophulosis és a tuberculosis nem fedi egymást és összehasonlitaná a scrophulosist egy sóhegygyel, melyet az ár folyton mos és mely ekképen mindig kisebb lesz. De azért a magvát nem moshatja le. És igy a praxisban a scrophulosis-fogalmat sokáig nem lesz lehetséges elhagyni. Azon törekvések dicséretesek, melyek elválasztották a scrophulosistól az oda nem tartozó elemeket, de a scrophulosis fogalmától a praxisban nem kivánna megválni.

Tausz Béla előadását csak a fogalmak tisztázása végett tartotta.

A szűkmedenczés szülések kezeléséről.

Scipiades Elemér: Reámutat annak rendkivüli fontosságára, hogy a gyakorló szülész a szűkmedenczés szülések therapiájának helyes eszközeit jól megismerje s a maguk helyén kellően alkalmazza. A követendő elvek helyes praecisirozása érdekében hangoztatta annak jelentőségét, hogy jól vezetett, nagy szűkmedenczés anyagú intézetek, a milyen a budapesti egyetem II. sz. női klinikája is, adják közre tapasztalataikat. Előadásának alapját a nevezett klinikán az utolsó 10 évben észlelt, közel 1000 szűkmedenczés szülésnek tanulságai képezik. Ezek alapján a szűkmedenczés szülések fő kezelési elveként a prophylactikussal szemben az exspectativ eljárást jelölte meg, melynek keretén belül statistikákkal elemezte az itt alkalmazásba kerülő különböző eljárásoknak, az úgynevezett Prochownik-féle diaetás kezelésnek, a Walcher-féle függőhelyzetnek, a Hofmeier-impressiónak, a magasfogónak, az élő magzat perforatiojának, a mesterséges koraszülésnek, a művi abortusnak, a relativ indicatiojú császármetszésnek, a symphyseotomiának és pubiotomiának értékét, jogosságát, indicatioit és feltételeit. Az előadás különben lapunk „Gynaekologia“ mellékletében egész terjedelmében megjelenik.

Közkórházi orvostársulat.

(II. bemutató ülés 1906. január 31.-én.)

Elnök: **Dirner Gusztáv.** Jegyző: **Feldmann Ignácz.**

(Vége.)

Rekeszalatti tályogok.

Milko Vilmos: Előadó két esetet mutat be, melyek diagnostikai és pathogenetikai szempontból birnak érdekességgel.

1. H. J., 30 éves szolga, fél év óta érez jobb bordaive alatt fájdalmakat, melyekhez az utóbbi időben erősebb gyomortáji fájdalmak, majd köhögés és légzési nehézségek csatlakoztak. Az utolsó két hónapban úgyszólván naponta voltak hidegrázás kiséretében magasabb hőemelkedései. Jobboldalt a IV. bordánál kezdődik egy felfelé convex határral biró tompulat, mely felett légzés nem hallható. A máj alsó széle a bordaív alatt 2 ujjnyival tapintható, fájdalmas. Miután Röntgen-átvilágitással meggyőződtek róla, hogy a rekesz fel van tolva és az V. bordaközben ejtett próbapunctio bűzös genyet adott, a diagnosist rekesz alatti tályogra tették. A műtétet 1905. julius 22.-én Herczel tanár végezte. Schleich-anaesthesiában 2 borda resectioja után transpleurális behatolás. A rekeszen és kb. 6 cm. vastag májparenchymán áthatolva megnyilik a kb. gyermekfejnyi tályogűr, mely tele van cseresznye-, szilvamekkoraságú hólyagokkal, tehát nem egyéb, mint a máj állományában fekvő elgenyedt echinococcus-tömlő. Nyilt kezelés, tamponade. A lefolyást még hosszú ideig fennálló lázak, majd erős epefolyás és jobb oldali serosus pleuritis complicálták. Jelenleg 5 hónappal a végzett műtét után a beteg teljesen jól van, sebe egy lencsényi sarjfelület kivételével gyógyult.

2. T. B., 30 éves állatorvosnak két év óta vannak gyomorpanaszai. Főleg étrendi hiba után gyomortáji fájdalmak, émelygés, felböfögés, gyomorégés jelentkeztek. Gyomormosásokat, karlsbadi kurát, hidegvizkurákat használt eredmény nélkül. Mult év deczember közepén néhány napi rosszullét után hirtelen heves hasgörcsöket kap erős hányás-

ingerrel. Azóta állandóan rosszul van, nagy fájdalmak mellett feszülési érzete van hasának jobb felében, továbbá gyakori lázai, hidegrázásai vannak.

Felvételkor, mult év deczember 25.-én, a rendkivül lesoványodott, elesett betegnél hátul jobboldalt a VIII. bordától lefelé tompulat. Elül az V. bordától lefelé dobos, a bordaiv alatt ismét tompa kopogtatási hang egészen a köldökig. Az egész epigastrium feszes, homályosan fluctuáló terimenagyobbodás alakjában elődomborodik.

A bemutató Herczel tanár megbizásából azonnal műtétet végzett. A jobb bordaivvel párhuzamos bemetszés és a 3 alsó bordaporcz resectioja után megnyilik az óriási nagyságú, több mint 7 liter büzös genyet tartalmazó rekeszalatti tályogür. Nyilt kezelés, tamponade mellett a gyógyulás zavartalanul haladt előre, úgy hogy az illető jelenleg, 5 héttel a műtét után, teljesen egészséges. Ezen esetben a rekeszalatti tályog minden valószinüség szerint gyomor-, esetleg duodenális fekély perforatiojából keletkezett. Erre mutatnak a két év óta fennálló gyomorpanaszok, a hirtelen nagy hevességgel támadt hasgörcsök, valamint az a körülmény, hogy a tályogürben rendkivül sok, nagy feszülés alatt álló gáz volt.

Medvei Béla: Egy esetet emlit, melyben biztositási per folyt a miatt, hogy egy kocsis nehéz koffert emelt fel, mely a hasához ütődött, 5 percz mulva rosszul lett és 24 óra alatt elhalt kórházban. A boncolás kideritette, hogy egyik bélkacson repedés van. Törvényszéki szakértők többször tárgyaltak és egyik részről határozottan állitották, hogy ép bél trauma folytán nem repedhet meg. E miatt el fogják veszteni a pert az utódok, pedig feszes bél bizonyos körülmények között megrepedhet a nélkül, hogy a hasfalon sérülés volna.

Minich Károly: Régen bebizonyitott dolog, hogy noha a hasfalon nyoma sincs a sérülésnek, a zsigerek, sőt a gerinczoszlop szét lehetnek roncsolva, mert a ruházat a hasfalat védi. Kétségtelen, hogy egészséges bél könnyen megszakadhat, ha levegővel van telve és kemény háttérhez szorul, pl. a gerinczoszlophoz és a miatt nem térhet ki a trauma elől. A bél önkéntes megrepedéséhez az szükséges, hogy a bél beteg lett légyen.

Herczel Manó: Egy fiatal nő esetét említi, ki vacsora után ½ órával sötét szobában nekiszaladt a zongora élének és csakhamar rosszul lett, hányt, hasa felpuffadt. Szóló az István-kórházban laparotomiát végzett rajta és a plica duodenojejunalis alatt levő bélrepedést bevarrta. A beteg meggyógyult.

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(1905. deczember 16.-án tartott szakülés.)

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

(Vége.)

Kanitz Henrik dr. előadása: „**A bőrrák kezelése Röntgen-sugarakkal.**“

Indokolatlannak tartja azt a bizalmatlanságot, melylyel némelyek a R.-sugarak gyógyító hatásával szemben viseltetnek és utal azon nagyszámú észleletre, melyek a R.-sugaraknak a bőr rákos képleteire gyakorolt kedvező hatását kétségbevonhatatlanul bizonyitják. A kezelés javalatait a kolozsvári egyetemi bőrklinika nagy beteganyagán ($2^1/_2$ év alatt 45 különböző rákos beteg részesült R.-kezelésben) szerzett tapasztalatok alapján a következőkben foglalja össze:

a) Indikált a R.-kezelés kis kiterjedésű, felületesebb és aránylag jobb indulatú ulcus rodenseknél és cancroidoknál, melyeknél az eredmény úgy tartósság, mint cosmetika tekintetében is a legideálisabb.

b) Végleges és biztos gyógyulást ad és épen azért feltétlenül helyén való a R.-kezelés a bőrnek nagy, sőt néha szerfelett nagy kiterjedésű rákos képleteinél, de csak akkor, ha a folyamat felületesen székel. Ezen megbetegedési formák alkalmasak a R.-kezelésre akkor is, ha kifelé növekedve, tekintélyesebb dimensiójú és nagy mélységű átmérővel biró daganatokká alakulnak. Tapasztalataink szerint ezek is gyógyulnak, feltéve, hogy a rákos burjánzás még nem terjedt a mélyebb rétegekbe.

c) Mélyebbre terjedő rákoknál első sorban az operativ eltávolitást ajánljuk. Feltétlenül áll ez a kisebb kiterjedésűekre, a hol a röntgenezés kilátástalan kisérletezés számba megy, mely azt eredményezheti, hogy a műtétre alkalmas időpontot elmulasztjuk. Kivételt e tekintetben csak a nagyobb kiterjedésű képleteknél tennénk. Ezek u. i. rendesen olyan helyeken ülnek, a hol a cosmetikai szempont is szerepel és a hol a késsel való eltávolitás nagyobb fokú torzitások vagy cosmetikai hibák elkerülése nélkül nem remélhető. Ezen esetekben mérlegelendőnek tartjuk, vajjon nem volna-e czélszerű a R.-kezelésnek műtéti beavatkozással való kombinált alkalmazása.

d) Indikált a R.-kezelés teljesen inoperabilis daganatoknál.

e) Hasonlóképen azon esetekben, melyekben a műtét akár a beteg korára való tekintettel, akár azért, mert perhorreskálja azt, nem hajtható végre. Épen úgy helyén való akkor, ha előrement műtét vagy egyéb kezelések sikerteleneknek bizonyultak.

f) Nagyobb terrenumot biztositanánk a R.-sugarak postoperativ alkalmazásának, és pedig nemcsak már fellépett recidivák esetén, hanem vagy még a sebgyógyulás időszakában esetleg visszamaradt rákos szövet elpusztitására, vagy később a teljes gyógyulás után prophylaktikus eljárás gyanánt esetleges recidivák megakadályozása czéljából.

g) Határozottan ellenjavaltnak tartjuk a R.-kezelést a szájűri nyálkahártya rákjainál. Ezeknél a kezeléstől javulást nem láttunk, sőt néha, főleg nyelvrákoknál, a folyamat súlyosbodását észleltük és ezért még a legkezdetlegesebb alakoknál is a radikalis műtéti beavatkozást ajánljuk.

Az indicatiók felállításánál nemcsak a klinikai tényekre volt tekintettel, hanem azon szövettani vizsgálatokra is, melyek a R.-sugaraknak a ráksejtekre gyakorolt pusztitó hatását bizonyitják. Kitünt u. i., hogy a ráksejtek egy sajátságos degeneratio folytán tönkremennek, mely hatása a sugaraknak annál feltünőbb, mert electiv módon nyilvánul, azaz ugyanakkor, mikor a daganatsejtek elpusztulnak, a normális hám ép marad. Hogy vajjon a ráksejtek degeneratioja vagy a kötőszövet lobja-e az elsődleges elváltozás, az iránt még eltérők a nézetek.

Marschalkó tanár vizsgálatai is a ráksejteknek primaer sérülése mellett szólnak, de e mellett azt is bizonyitják, hogy már igen korán, egyidejűleg a ráksejteken mutatkozó degeneratiós jelenségekkel óriási reactiv kötőszöveti lob lép fel, a kötőszövet oedemásan átivódik, a vérerek ki vannak tágulva, nagyfokú plasmasejtekből és leukocytákból álló infiltratum fejlődik, melynek sejtjei behatolnak a rákfészkekbe és szétdúlják a már degenerálódott sejteket. M. tanár ezen szövettani elváltozások alapján a reactiv kötőszöveti lobnak legalább is olyan fontos szerepet hajlandó tulajdonitani a rákos szövet tönkremenetelében, mint a ráksejtek primaer laesiojának.

Ezen pusztító hatás a ráksejtekre nem érvényesül minden esetben egyformán. A különböző daganatok különböző viselkedésénél két tényező jön számításba. Először a fény intensitásának a mélybe terjedéssel járó csökkenése, mely oly nagyfokú, hogy aránylag kicsiny a mélység, melybe a sugaraknak physiologikus hatásokat még épen kifejteni képes minimuma sem jut. Ez a körülmény magyarázza, hogy miért nem jár eredménynyel a mélyebb fekvésű carcinomák röntgenezése. E mellett tekintetbe veendő az egyes szöveteknek sensibilitása a sugarakkal szemben.

Minden jel arra vall, hogy a rákdaganatokkal azonos heterotopiát mutató szövetek is különböző érzékenységgel reagálnak a sugarak behatására. Hogy ez miáltal, a sejteknek mely chemiai, illetőleg biologiai tulajdonságai által van feltételezve, azt egyelőre nem tudjuk.

Többször felmerült az a nézet, vajjon nem lehet-e a rákok szövettani szerkezete és a R.-fénynyel szemben való viselkedésük között valamely összefüggést megállapitani. E kérdés feltevői főleg azon újabb rákelméletből indultak ki, mely a daganatokat histogenetikus alapon osztályozza, a mennyiben a basális sejtekből eredő rákokat, melyeknek leggyakoribb képviselője a bőrrákokra vonatkozólag az ulcus rodens, élesen elválasztja a tövises réteg sejtjeiből származó rákoktól, melyeknek legközönségesebb klinikai formája az ú. n. cancroid.

Legutóbb a Budapesti orvosegyesületben Róna tanár vetette fel újból e kérdést, mert szerinte a therapia meghatározását lényegesen megkönnyitené az, ha bebizonyulna, hogy „speciell a bőrrákoknál bizonyos histologiai szerkezetnek átlag bizonyos klinikai jelleg és lefolyás felelne meg.“ Ekkor u. i. feltéve, hogy e viszony a histologiai szerkezet és a klinikai sajátságok között a R.-fénynyel szemben való viselkedésre vonatkozólag is fennáll, esetleg „csekély próbaexcisioval eldönthetnők azt a kérdést is, hogy mely rákféleségeket foglalhatja le magának a radiotherapia“. Nem akar belemenni annak megvitatásába, hogy mennyiben jogosult a bőrrákoknak ezen felosztása, de akkor, a mikor nagyon objectiv észlelők tartózkodnak az éles elkülönítéstől és kétségbe vonják létjogosultságát, és mikor tényleg felmerül az a kérdés, hogy a két daganatféleség különbözőképen viselkedik-e a R. fénynyel szemben, mégsem zárkózhatik el annak felemlitésétől, hogy saját tapasztalatai szerint a két rákforma között ezen szempontból határozott különbséget tenni nem lehet.

Az általuk kezelt és gyógyult illetve javult esetek között voltak typikus basalsejtű rákok, voltak spinocelluláris carcinomák és ú. n. spinobasocelluláris alakok is. Minderről pontos szövettani vizsgálat alapján győződtek meg.

Gyér számú észleletei semmi esetre sem birnak végleges következtetésekre feljogositó bizonyitékok jelentőségével, de mindenesetre felhasználható adatok annak megállapitására, hogy a basalsejtű és tüskéssejtű rákok között a R.-fény iránti durva makroskopikus viselkedésüket illetőleg nagy különbség nem létezik. A kezelés technikájára vonatkozólag tartózkodni kell a sorozatos ülésekben való gyógyitás azon módjától, melynél addig történnek expositiók, mig a reactio kezdeti tünetei jelentkeznek. Mindig 1, esetleg 2—3 egymásután következő ülésben adagolják a reactio előidézéséhez szükséges fénymennyiséget. A reactio foka tekintetében individualizálni kell a szövet és az egész szervezet részéről mutatkozó biologiai reactio tekintetbe vételével. Semmi esetre sem ajánlja a túlerős reactiók előidézését, mert ilyenkor az ép szövet is többé-kevésbé sérül.

A kezelés közben néhány betegnél a szervezet részéről bizonyos reactiós tüneteket volt alkalma észlelni, mely tünetek intensitása nagyjából mindig a reactio fokával volt arányban és a melyeknek a kezeléssel való összefüggését az a körülmény is bizonyitotta, hogy fellépésük ideje mindig összeesett a R.-hatás lappangási szakának végével. Hőemelkedés, bágyadtság, fejfájás, étvágytalanság az enyhébb esetekben képezték a tüneteket. Azonban némelykor súlyosabb jelenségek is támadtak: hosszú ideig tartó rendetlen hőemelkedések, fehérje és cylinderek a vizeletben, hasmenés, hányásinger, erythema a köztakarón, polynukleáris leukocytosis a vérben. Valószinű, hogy ezen súlyos, általános reactio a szervezetnek intoxicatioja által van feltételezve, melyet

a daganatsejteknek szétesésekor képződő toxikus anyagoknak felszívódására kell visszavezetnünk.

Sok fontos és érdekes részletkérdéssel jelen alkalommal nem akar foglalkozni. Előadása, a mely csak általánosságban van tartva, nem tart igényt tökéletességre, de az kitünik belőle, hogy a R.-therapia ma már komoly tényezőként követel helyet a bőrrák gyógyításában.

Makara Lajos tanár a rákos daganatok Röntgen-kezelését sebészi szempontból óhajtja kritikailag megvilágitani. Mielőtt a gyógykezelés módszereit birálnók, nem hagyhatjuk figyelmen kivül, hogy a rák okára vonatkozó ismereteink, sajnos, még ma is teljesen homályosak. Daczára az eddigi vizsgálatok eredménytelenségének, nem zárkózhatunk el azon felfogás elől, hogy a betegség mégis lehet parasitarius természetű. Lehet, hogy parasitái nem az eddig ismeretes betegségokozók csoportjába tartoznak; de ha vannak, mindenesetre ezek inditják meg a rákra jellemzetes szövetburjánzást. Maguk a rákos csirokat tartalmazó hámsejtalakulások a kifejlődés helye szerint különbözők lehetnek, úgy hogy pl. a Buday tanár úrtól bemutatott kettős rák esetben sem lehetetlen, hogy a corneális rák volt az esődleges, melyből csirok kerülhettek a véráram útján a gyomorba, itt is rákos, de más szövetalkotású daganatot, illetve fekélyedést hozva létre. Bárhogy áll a dolog, annyi bizonyosnak látszik, hogy a már kifejlődött rákos elváltozásnál a fertőző agens a ráksejtekhez kötve marad, a sejtek továbbnövekedése és tovább jutása a nedvárammal a rák elterjedésének okozója.

A gyógyitás feladata volna tehát ezen ráksejteket tökéletesen elpusztitani.

Az eddig gyakorolt sebészi módszerek ezt csak úgy tudják elérni, hogy az egész megbetegedett területet vagy szervet erőműveleg, vegyileg vagy hőhatás útján eltávolitják; az eltávolitásnál szükséges a lehetőség szerint 1—2 cm.-nyi távolban maradni a felismerhető beteg területtől, mert tapasztalás szerint a mikroskopos betegséghatár túlhaladja a makroskoposat.

Nem szükséges fejtegetni, hogy ezen séma csak durva empiriás, mely épen nem nyújt biztositékot az iránt, hogy igy csakugyan eltávolitottunk minden rákosat. Ezt bizonyitják a gyakori úgynevezett kiújulások.

Csak örömmel üdvözölnénk tehát első sorban mi sebészek minden oly módszert, mely a ráksejtekre specifikusan hatva, ezeket elpusztitaná a többi szövetelem épségben tartása mellett; főleg ha ezen hatás érvényesülne azon ráksejtekre is, melyek a mikroskopos megbetegedési területbe esnek. Az előadó által ismételten bemutatott esetek némelyikénél alkalmunk volt látni, hogy a Röntgen-kezelés a bőrrákok bizonyos eseteiben képes a fent irt eredményt nyujtani. Láttunk tökéletesen gyógyult eseteket ideális cosmetikai eredménynyel. Láttuk és hallottuk azonban azt is, hogy más esetekben nem tudtak a bőrrákoknál sem teljes gyógyulást elérni. Hallottuk, hogy másnemű, mélyebben fekvő rákokra a kezelési mód rendszerint hatástalan maradt, igy a szájnyálkahártyarákok sem mutattak e kezelésmódra javulást, sőt gyakran a kezelés ideje alatt rosszabbodtak, mirigymetastasisok fejlődtek.

A bőrrákok első csoportjánál elért sikerek teljes mértékben megérdemlik figyelmünket és elismerésünket, úgy hogy nem osztom Bergmann álláspontját, mely az ilynemű kezelés jogosultságát tagadja.

Sajnos, a rák gyógyitásában a Röntgen-kezeléshez fűzött remények ezideig nem váltak be, mert ama, a bőr külső rétegében székelő laphámrákok, melyek a Röntgen-kezeléssel meggyógyultak, a sebészi gyógyitásnak is hálás eseteit képezték. Ha sebészi gyógyitásuk a rákos szövetek lekanalazásából és a felület megégetéséből állott, a cosmetikus eredmények is jók voltak, a nagyobb mérvű heges összehúzódás elmaradt. Ha ellenben a rák a bőr egész vastagságát átnőtte, ráterjedt más és mélyebb képletekre, nem elégséges a felszines operálás. Ilyenkor műtét után vagy mély és zsugorodó hegedést kaptunk, vagy kénytelenek voltunk plastikai műtéteket végezni, hogy a cosmetikai eredményt többé-kevésbé javitsuk, s e mellett a definitiv gyógyulás esélyei is tetemesen rosszabbak, mint a felszines rákok eseteiben. A Röntgen-kezelésről meg azt halljuk, hogy ezek a rákok nem gyógyithatók még teljesen ezen az úton. Még kevesebb sikert érhetünk el Röntgen-kezeléssel a fénysugaraknak egyébként jól kitehető szájnyálkahártyarákoknál, minők a pofa- és a nyelvrákok, a melyeknél pedig, sajnos, a műtéti kezelés eredményei is viszonylagosan a legrosszabbak, a melyeknél tehát első sorban volna kivánatos a sebészeti kezelést mással helyettesiteni.

Bármennyire nem ideális tehát a rákok mai csonkitó sebészeti kezelése, mégis kénytelenek vagyunk jobb hijján ennél maradni. Az állandó gyógyulás kulcsa pedig a rák korai felismerése és kezdő időszakában való operálása marad.

A Röntgen-kezelésnek még ott is, a hol sikerrel alkalmazható, megvan a kórházi gyakorlatra az a hátránya, hogy nagyon hosszadalmas s igy ha cosmetikus eredménye tán jobb is, ki vagyunk téve annak, hogy betegünk gyógyulás előtt itt hagy bennünket.

Nem hagyható figyelmen kivül egy és más esetben a reactio súlyossága sem, mely életveszélyes tünetekkel járhat.

Mindezek daczára véleményem szerint a rákok Röntgen-kezelése teljes mértékben megérdemli a fáradságot a további tanulmányozásra, kilátásunk lehet a technika tökéletesedésével jobb eredményekre, a tapasztalatok bővülésével az indicatiók pontos felállitására, a kezelés kellemetlen mellékhatásainak biztosabb elkerülésére vagy enyhitésére.

Mindig voltak és lesznek betegek, kik a műtéttől annyira irtóztak, hogy rákos betegségükkel inkább a kuruzslókhoz fordulnak, vagy a különböző maró pastákkal kezeltetik fekélyeiket. Azt hiszem épen ezen betegeknél a Röntgen-sugarak jó szolgálatokat fognak tenni s a betegeket a kuruzslóktól el fogják szoktatni.

A carcinomák Röntgen-kezelése mellett fel kell emliteni a Röntgen-therapia sikereit némely sarkomaféleségekkel szemben. Az eddigi közlések szerint főleg a bőr és a mirigysarkomák, a szövetalkotást illetőleg az alveoláris és lymphosarkomák zsugorodnak, sőt gyógyulnak a Röntgen-kezelésre, mig a fasciák és izmok sarkomái nem javulnak.

Ha a Röntgen-kezelés a mirigysarkomák kezelésében csakugyan beválik, ez maga is megbecsülhetetlen sikert jelentene.

Elfer Aladár dr. Makara tanár hozzászólására vonatkozólag röviden utal a sensibilizálás által esetleg fejleszthető eredményekre. Nincs kizárva szerinte, hogy a szövetek fényiránti érzékenységének ilyen módon való fokozásával a mélyebb fekvésű rákoknál is érvényesülni fog a Röntgen-sugarak gyógyitó hatása. A recidivamentességet illetőleg a 3 évi terminust teljesen önkényesnek tartja, azt sem tudjuk biztosan, hogy mi a recidiva oka. A mi pedig az idiosynkrasiát illeti, azt hiszi, hogy általános biologiai alaptételeink felvételére kényszerítenek a Röntgen-sugaraknál is; léteziéséről a Röntgen-fénynyel foglalkozó lépten-nyomon meggyőződhetik.

Szabó tanár azt tartja, ha van idiosyncrasia a Röntgen-sugarakkal szemben, ez legfeljebb óvatosságra kell hogy intse a vele foglalkozókat, de nem akadály az alkalmazásánál. A legkisebb mennyiség alkalmazása és fokozatos emelése, a szervezet magatartása ellenőrizésével, sokszor meg fog óvni a kedvezőtlen tapasztalatoktól, mint megóv mérgek gyógyszerként való adagolásánál a mérgezéstől.

A recidiva kérdésében a tapasztalat azt mutatta, hogy a tökéletlen műtétek által megbolygatott szövetekben kiújulás többnyire gyorsan fejlődik, bár késői kiújulás sincs kizárva. A német nőgyógyászok közmegegyezés alapján öt évig elmaradt kiújulás esetében a rákot gyógyultnak tekintik. Ma a ráknak okozóját nem ismerjük, tehát a természetéről sem alkothatunk képet, de nem tartja kizártnak azt az eshetőséget sem, hogy úgynevezett késői kiújulás tulajdonképen új rákmegbetegedés. A mint kivételesen a szervezetnek bizonyos védelmet nyujtott fertőző bántalmak kivételesen másodszor is jelentkeznek ugyanazon egyénben, úgy ezt a lehetőséget a ráknál sem vonhatjuk kétségbe.

Marschalkó tanár nem lát ugyan a Röntgen-kezelésben egy minden esetben feltétlenül czélhoz vezető gyógyitó eljárást, de saját tapasztalatai alapján nagy jelentőséget tulajdonit e kezelésnek a bőrrákok gyógyitásában. Az eredmények sokszor kifogástalanok, különösen a felületesebb folyamatoknál; a mélyebb képleteket egyelőre nem tudjuk kedvezően befolyásolni, de meg van róla győződve, hogy a technika tökéletesedése és a szövetek érzékenységének emelése (sensibilisatio) ebben az irányban is fog haladást eredményezni. Idiosynkrasiát a bőr részéről nem vesz fel, a mely nézete összhangban van a radiotherapeuták legnagyobb részének nézetével. A klinika nagyszámú eseteiben sohasem volt alkalma nagyobbfokú idiosynkrasiát a bőr részéről észlelni.

Buday tanár felemliti, hogy az art. pulmonalis ágaiban egyesek rákemboliákat mutattak ki, s úgy látszik, hogy a különböző szöveteknek más és más az ellenálló képességük a ráksejtekkel szemben, a mi szintén a rák parasitarius természete mellett szólana.

Makara tanár Elfer tagtársnak az ő felszólalására vonatkozó megjegyzéseire és kérdésére vonatkozólag újra szót kér. A mi Elfer azon megjegyzését illeti, mintha ő azt mondta volna, hogy a mélybe terjedő rákok a késnek sem hozzáférhetők, ez félreértésen alapul, mert ő csak azt mondta, hogy épen a mélybe terjedő bőrrákoknál és azon szervek rákféleségeinél, melyekkel szemben a sebészi kezelés sikerei nem kielégitők, volna kivánatos olyan módszer, mely jobb eredményeket ad. Sajnos, épen ezen rákfajoknál a Röntgen-kezelés cserben hagy.

Azért ma a rákgyógyitás körül elért sikerek attól függenek, hogy milyen korán ismeri fel a gyakorló orvos a carcinomát és ehhez képest mikor utasitja a sebészhez betegét.

A reactiók súlyos eseteit illetőleg igenis azon véleményben van, hogy a tapasztalás ezen a téren elkerülhetővé teszi az esetek többségében a súlyos általános tüneteket, mert e nélkül a problematikusabb értékű Röntgen-módszer indicatioja és a kisérletezés köre még inkább összezsugorodnék. A mi a recidiva kérdését illeti, véleménye szerint a bemutatott, gyógyultnak látszó bőrrákok véglegesen gyógyultak voltak, mert a lapos bőrrákok sem helybelileg, sem a mirigyekben nem szoktak kiújulni.

A carcinomák sebészi kezelése körül szerzett tapasztalatok alapján az a véleménye, hogy az úgynevezett recidivák a műtéteknél visszamaradt rákcsirok tovább vagy újra növekedése folytán támadnak. Még a több év mulva észlelt recidivák sem új carcinomás megbetegedések, hanem valószinűleg a műtétel idején fejlődésükre alkalmatlan helyen volt, vagy ebben megakadt rákcsirokból támadnak, ha azok valamely külső behatásból, vagy ma még ismeretlen okból mintegy új életre támadnak. Azért is véleménye szerint a radikális gyógyulásnak 3 vagy 5 évi időhöz kötött feltétele teljesen önkényes, mert ezen időn túl is észleltek kiújulást. A nem sikerült műtétek után, t. i. mikor a növekedésben levő rákos gócz valamely részlete visszamarad, a kiújulás gyorsan bekövetkezik; ez nem is kiújulás, hanem egyszerűen tovább növekedése az ott maradt ráknak, akár helybelileg, akár a regionáris mirigyekben. A carcinomák újabb, radikálisabb műtevésének sikere épen abban nyilvánul, hogy ezen fejlődésben levő rákos csirokat jobban sikerül eltávolitani, mig a késői recidivákkal szemben a sebészeti mód-

szerek biztositékot nem nyujthatnak; itt ismét a rák korai felismerése és műtevése látszik a legfontosabbnak.

Kanitz Henrik dr. az idiosynkrasiára vonatkozólag azt hiszi, hogy a Röntgen-sugarak hatásának megitélésénél kétféle idiosynkrasiáról kell beszélni, a bőr részéről és az egész szervezet részéről jelentkező idiosynkrasiáról. Előbbinek létezését, olyan értelemben legalább, hogy egyik-másik bőr a Röntgen-sugarak behatását egyáltalában nem tűri, azaz, hogy azoknak behatására súlyosan károsodik, nem tartja valószinűnek. Elismeri, hogy egyéni ingadozások léteznek, de szigorú értelemben vett idiosynkrasiát sohasem tapasztalt, daczára annak, hogy több száz expositiót végzett. Holzknecht, Kienböck és mások, kik még nagyobb beteganyag felett rendelkeznek, szintén tagadják a bőrnek idiosynkrasiáját a Röntgen-sugarakkal szemben. A szervezet részéről úgy látszik inkább támadnak idiosynkrasiára valló tünetek. Holzknecht psoriasis, favus, hypertrichosis miatt röntgenezett betegeknél is észlelt általános intoxicatiós jelenségeket, tehát nem rosszindulatú daganatok röntgenezésekor, melyek normálisan is termelnek szétesésük alkalmával mérgező anyagokat. Mindezt még közelebbről kellene tanulmányozni.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A thymusnak a csontképződésre való befolyásáról tartott előadást *Basch* a prágai orvosegyesületben. A szerzőnek már régebbi kisérleteiből tudjuk, hogy a thymus kiirtása főkép a csöves csontok fejlődésére hat károsan. Ujabb kisérleti sorozatában Röntgen-felvételek alapján tanulmányozta a szerző, hogy mikép gyógyulnak a csonttörések a thymusától megfosztott állatban. Vizsgálataiból kiderül, hogy egyfelől lassabban gyógyul a törés, másfelől gyengébb callus képződik, s fejlődésben levő állatnál a végtag csontos váza növésében visszamarad. (Münch. med. Wochenschr., 1906. 12. szám.) *Halász Aladár.*

Anaemia perniciosa súlyos esetét ismertette *Rénon* a „Société médicale des hopitaux“ márczius 9.-én tartott ülésén. Az előrehaladottan cachexiás 68 éves nőbetegnél hasmenés, az alsó végtagok vizenyője stb. volt jelen. A vörös vérsejtek száma 800,000, a fehéreké pedig 2000 voit köbmilliméterenként. Először arsennel tettek kisérletet, erre azonban az állapot még rosszabbodott. Röntgenezésre a vörös vérsejtek némi szaporodása következett be, a mely még fokozódott, a mikor a röntgenezéssel egyidejűleg diphtheriaellenes savót is fecskendeztek be. A vörös vérsejtek száma egy idő mulva már 2.545,000-re emelkedett, az általános állapot is javult s a testsúly 5 kilóval gyarapodott. Jelenleg a beteg teljesen gyógyultnak tekinthető. A kedvező hatás részint a Röntgen-sugaraknak, részint a diphtheriaellenes savónak a vérkészitő szervekre gyakorolt stimuláló hatásából fejthető meg. (La semaine médicale, 1906. 11. szám.)

A helminthiasis gyógyitásáról tartott előadást *Goldmann* a bécsi bel- és gyermekorvostani társulat egyik utóbbi ülésén. Nagyon dicsérte a sebirolt, a mely a myrsinaceák hatóanyagait tartalmazza. A sebirol azonban csak kiűzi a bélférgeket, de nem öli meg őket. Ezért a thymol egy condensatiós termékével kötik össze, a mely nem bir a thymol mérgező hatásával, a gyomrot és a veséket nem izgatja. A sebirol összeköttetése a thymol ezen condensatiós termékével *taeniol* elnevezéssel gelatina-tokokban kerül forgalomba, még pedig kétféle erősségben: gyermekek és felnőttek számára. Gyermekek számára különben csokoládé-tabletták alakjában is készitik.

Az előadáshoz fűződött eszmecserében *Schrötter* tanár az extractum fibrillorum punicae granat.-t ajánlotta, mint a mely még a nagyon nehezen elhajtható taenia mediocanellata ellen is hat. Friss készitményt kell azonban használni, a betegnek előző este nem szabad ennie és bele előzőleg alaposan kitakaritandó. *Pick* tanár szerint főleg gyermekeknél először a teljesen ártalmatlan tökmaggal (semen cucurbitae maximae) kell kisérletet tenni. Felnőtt ember részére körülbelül 110 magot veszünk, meghámozzuk őket (de úgy, hogy a cotyledók megmaradjanak) és egyforma mennyiségű czukorral összedörzsölve bevétetjük.

Súlyos eklampsia gyógyitása vesedecapsulatioval és nephrotomiával. A párisi „Académie de médecine“ ápr. 3.-án tartott ülésén *Pinard* 21 éves primipara kórtörténetét ismertette. A kis mértékben albuminuriás nő néhány órával a szülés megindulása után súlyos eklampsiába esett. A rohamok a szülés befejezése után is tartottak, nemsokára pedig coma és teljes anuria következett be. Ilyen helyzetben végezték mindkét vese decapsulatioját és a jobboldali vesén a nephrotomiát, mire a húgykiválasztás megindult, a coma lassanként megszünt és a beteg meggyógyult. Megjegyzendő, hogy műtét közben kiderült, hogy kétoldali veselob volt jelen. A kedvező eredmény úgy magyarázható, hogy a decapsulatio eredményeképen a vese felszabadult a nagy nyomás alul és igy visszanyerte működésképességét; másrészt a műtéttel járt erős vérzés folytán a veseparenchyma megszabadult a benne foglalt mérgező hatású anyagoktól. (La semaine médicale, 1906. 14. szám.)

PÁLYÁZATOK.

5363/1906. ikt. szám.

A békéscsabai nyilvánossági jelleggel felruházott kórháznál rendszeresitve levő bennlakó kórházi **segédorvosi állásra** az 1876. évi XIV. t.-cz. 68. §. és 157. §-ának i) pontjában gyökerező kinevezési jogomnál fogva ezennel pályázatot hirdetek, s felhivom mindazokat, kik pályázni kivánnak, hogy pályázati kérvényeiket okmányaikkal felszerelve hozzám közvetlenül **folyó évi május hó 5.-éig** bezárólag adják be. A később érkező ajánlatok nem fognak figyelembe vétetni.

Az állás évi javadalmazása 1200 korona készpénz, szabad lakás, fütés, világitás s a kórházi szabályrendeletben megállapitott tiszti élelmezés.

A kinevezendő segédorvos tartozik a kórház épületében lakni, s az osztályorvosoknak mindkét osztályon rendelkezéseit teljesiteni.

Gyula, 1906. évi április hó 17.-én.

2—2 *Dr. Fábry*, alispán.

1171/906. szám.

Aradvármegye pécskai járásához tartozó **Szemlak** községben üresedésbe jött **községi orvosi állás** választás útján leendő betöltésére határidőül f. évi május hó 11-ik napjának d. e. 9 óráját Szemlak községházához kitüzöm.

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

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

Pécska, 1906. évi április hó 26.

2—2 *Senk Ferencz*, főszolgabiró.

Békés vármegye közkórházának sebészeti osztályán üresedésbe jött **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: 1200 kor. készpénzfizetés, lakás, fü és, világitás és I. oszt. élelmezés. Pályázni kivánókat felhivom, hogy képesitésüket, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos Fábry Sándor Békés vármegye főispánjához czimezve hozzám **folyó évi május hó 8.-án d. e. 9 óráig** küldjék be.

Gyula, 1906. évi április hó 23.-án.

2—2 *Berkes* dr., kórházi igazgató.

371/1906. szám.

Békés vármegye közkórházának elmebeteg osztályán üresedésbe jött **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Javadalmazás: 1200 korona készpénzfizetés, 400 korona osztálypótlék, lakás, fütés, világitás és I. osztályú élelmezés vagy 50 korona havi élelmezési váltság. Pályázni kivánókat felhivom, hogy képesitésüket, valamint eddigi működésüket gazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos Fábry Sándor dr. Békésvármegye főispánjához czimezve, hozzám legkésőbb **folyó évi május hó 15.-éig** küldjék be.

A mennyiben gyakorlatra jogositott orvostudorpályázó nem folyamodna orvosgyakorlatra utalt orvos, vagy szigorló orvos is ki fog neveztetni.

Gyula, 1906. évi április 28.-án.

2—1 *Berkes* dr., kórházi igazgató.

1016/1906. szgb. szám.

Fogaras vármegyének **alsó-árpási** járásában megüresedett alsó-visti 13,436 lélekszámmal biró körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek és az ezen állást elnyerni óhajtókat felhivom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában, illetve az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket **f évi május hó 19.-éig délután 1 óráig** hivatalomhoz annál inkább benyujtsák, mert később érkező folyamodványok nem lesznek tekintetbe véve.

A választás 1906. évi május hó 22.-én d. e. 10 órakor fog az alsó-visti jegyzői hivatalban megtartatni.

A körorvosi székhely Alsó-Vist.

Javadalmazás 1600 kor. évi fizetés, 400 kor. úti átalány és 400 kor. lakbér, mely összeg az állampénztárból utólagosan fizettetik, továbbá a szabályrendeletileg megá lapitott látogatási dijak.

Köteles azonban a körorvos a községeket havonként kétszer rendesen látogatni és a vagyontalan betegeket ingyen gyógykezelni.

A román nyelvnek tudása feltétlenül megkivántatik.

A megválasztott körorvos köteles állását 8 nap alatt elfoglalni.

Alsó-Árpás, 1906. évi április hó 21.-én.

2—1 *Urdea György*, főszolgabiró.

355/1906 sz.

A lemondás folytán megüresedett **I. csábi, II. ipolybalogi körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhivom a pályázni kivánókat, miszerint szabályszerűen felszerelt kérvényüket hozzám **1906. évi junius hó 10.-éig** annyival is inkább adják be, mert a később beadott kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A kérvényhez csatolandó *a)* orvostudori oklevél, illetve ennek kir. közjegyzőileg hitelesitett másolata, *b)* erkölcsi magaviseletet igazoló helyhatósági bizonylat, *c)* az esetleges eddigi működésről működési bizonyitvány.

A csábi körben a tót nyelv birása szükséges.

A csábi kör 20 községből áll, 7777 lélekszámmal, székhelye Csáb.

Az ipolybalogi (ipolynyéki) kör 18 községből áll, 8057 lélekszámmal, székhelye Ipolynyék.

A megválasztandó körorvos köteles a szabályrendeletileg őt terhelő kötelezettségeknek az ugyanott megállapitott dijazás ellenében megfelelni.

Javadalmazás:

I. Csábi körben:

a) törzsfizetés 800 korona:
b) himlőoltásért mintegy 50 korona;
c) 20 községtől úti átalány à 12 korona = 240 korona;
d) látogatási dijak a szabályrendelet szerint;
e) vágóbiztosi dijak a szabályrendelet szerint;
f) halottkémlési dijak a szabályrendelet értelmében;
g) kézi gyógytár jövedelme.

II. Ipolybalogi (ipolynyéki) körben:

a) törzsfizetés 800 korona:
b) himlőoltásért mintegy 50 korona;
c) 18 községtől úti átalány à 12 korona = 216 korona;
d) látogatási dijak a szabályrendelet szerint;
e) halottkémlési dijak a szabályrendelet szerint.

A körorvosi törzsfizetésnek 1200 koronára való kiegészítése tervbe levén véve, annak jogerős megállapítása esetére a törzsfizetés 1200 korona lenne, a körorvos azonban köteles lesz körét havonta egyszer beutazni.

Az ipolynyéki kör csak a csábi kör betöltése után töltetik be, s pályázó hián a csábi körorvos az ipolynyéki kör teendőire helyettesittetik.

A választást később meghatározandó időben fogom kitűzni.

Ipolynyék, 1906. évi április hó 30.-án.

2—1 *A főszolgabirói hivatal.*

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator kitünő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

Szénsavfürdő-berendezéseket
szállít és felszerel
Dr. Wágner és Társai Egyesült gyárak m. b. t. czég
Budapest, IX., Tinódy-utcza 3. sz. alatti gyártelepe.
A fürdők kitünő gyógyeredményeket mutatnak fel és az összes fővárosi sanatoriumokban be vannak vezetve.
Prospektusok ingyen és bérmentve.

ALKOHOLMEGVONÓ KÚRÁK
Gyógyintézet Rittergut Nimbsch a/Rober Sagan mellett, u. p. Reinswalde Kr. Sagan, Szilézziában (azelőtt Nirndorf a. Sch.). Alap. 1895. — Prospektus ingyen.
Dr. Lerche egészségügyi tanácsos. **Alfred Smith,** nemesbirtok-tulajdonos.

Egy kies fekvésű, berendezett, jó hirnevű
vízgyógyintézet és szanatorium
a tulajdonos nyugalomba vonulási szándéka miatt, előnyös feltételek mellett, **jutányosan eladó.** Átvehető azonnal is. Czim megtudakolható: **Blockner J.** hirdetőirodájában, Budapest, IV., Sütő-utcza 6. Telefon 17—02.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górcsöi és bacteriologiai
ORVOSI LABORATORIUMBAN mindennemü ép és kóros váladéknak
(ú. m.: vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum stb.), továbbá szöveteknek, daganatoknak úgy vegyi, mint górcsöi bacteriologiai vizsgálatára vállalkozik a laboratorium vezetője.
Dr. Vas Bernát Poliklinika: VII., Szövetség-utcza 14—16. sz.
Telefon 90—46.

Dr. EMMERICH gyógyintézete
Morphium- Heroin- Cocain stb., **Alkohol-,**
idegbetegek részére. BADEN-BADEN. Alap. 1890.
A morphium-elvonás legenyhébb módja kényszer nélkül: a fecskendő 4—6 hét mulva nélkülözendő. Alkoholról való leszokás kipróbált eljárás szerint.
Prospectusok díjmentesen. (Elmebetegek kizárva.)
Tulajdonos és vezető orvos: **Dr. Arthur Meyer. — 2 orvos.**

ROŽNAU (am Radhost)
a legrégibb világhirű gyógyhely. Évad: május 15.-től szeptember 15.-éig. Prospektusokat ingyen küld és minden további értesitéssel szivesen szolgál **a gyógybizottság.**

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.

Kaliforniai füge-szörp
CALIFIG
(Név védjegyezve.)
A
California Fig Syrup Company
ismert (Syrup of Figs) készítményeinek újonnan bevezetett és védjegyezett elnevezése.

Kellemes és hatásos rendkivül jóizű hashajtó felnőttek és gyermekek részére.
„**CALIFIG**“-et a legtapasztaltabb orvosok melegen ajánlják, miután mindenkor enyhe, ártalmatlan és biztosan ható hashajtószernek bizonyult. Tisztaságánál és kiváló tulajdonságánál fogva a „**CALIFIG**“ szivesen és gyakran rendeltetik.
Eladási árak: 1/1 üveg 3 K; 1/2 üveg 2 K.
California Fig Syrup Co., San Francisco, Cal.
Európai vezérképviselőség:
Fassett & Johnson, LONDON, Snow Hill 32.
Főraktár Magyarország részére:
TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertára **BUDAPESTEN,**
VI., Király-utcza 12.

Rohitsch-Sauerbrunn
Stájerország.
1664 Vasút, posta és táviró. Prospektus ingyen.
Fenséges fekvés, élenyben gazdag, teljesen pormentes levegő. Modern kényelem, élénk társasélet.
Új hydro-elektro-mechano-therapeutikai gyógyintézet nagy és modern stilben. Hidegvízgyógymód, villamos fény- és kádfürdők, inhalatorium, forró lég- és gőzfürdők, villamos masszás, napfürdők, gyógytornászat. Világhirű gyógyhely gyomor-, bél-, máj- és vesebajok, idült székrekedés, aranyér, epekő, elhizás, czukorbetegség, köszvény, gégegyógyforrások, hasonlók Karlsbad és Marienbad forrásaihoz.
1906: Új szálloda megnyitása diaetetikus vendéglővel és új ivóvízvezetékkel kitünő édesvízzel.

Tuberculosisnál és hurutos bajoknál

a vízben oldható, jó ízű és kitünően emészthető Guajacol-készitmény:

Syrupus Guajacoli comp. Hell

Synonim: **Aphthisin** szörpalakban vagy

Capsulae Guajacoli comp. Hell

Synonim: **Aphthisin** capsulákban

legjobb sikerrel alkalmaztatik.

Fabrik pharmaceutisch-chemischer Producte

A **Guajacol-készítmény** a legmegbizhatóbb és legjobban emészthető Guajacol-készitmény, mely a bükkfa és a kátrány hatékony alkatrészeiből készül és 9 rész guajacol-kénsavas kalium és 1 rész petrosulfol-ammoniumból áll.

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

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

Irodalom és minta kivánatra rendelkezésre állanak.

Ára egy üvegnek 3 kor., betegpénzt. csomagolásban 2 kor., egy doboz tokocska 2 kor.

Betegpénztárak és szegényebb betegek részére szíveskedjék rendelni:

Syrup Guajacoli comp. Hell (OH 1)
lag. min. (2 kor.)

A gyógyszertárak csak orvosi rendelésre adják.

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

Serravallo

China-bor vassal.

Üdülőknek és vérszegényeknek orvosi szaktekintélyek által legjobban ajánlva.

Kitünő íze miatt főleg gyermekek és nök szivesen veszik.

Sokszor kitüntetve. — **Több mint 4000 szakvélemény.**
Orvos urak kivánatra irodalmat és mintát ingyen és bérmentve kapnak. **J. Serravallo, Triest-Barcola.**

NESTLÉ

az egészséges **gyermeklisztje**

és a beteg gyermek, a gyomorbajosok régóta bevált tápláléka.
Megóv a hányástól, hasmenéstől, bélhurottól és elháritja ezeket.
A gyermekápolásról ismertető füzetet ingyen küld: **NESTLÉ**
Wien I., Biberstrasse 11.

BAD HALL Felső-Ausztria.

Legrégibb elsőrangú jodsófürdő.

Évad május 15.-től szeptember 30.-áig.

Fényűzéssel berendezett fürdők és **legmodernebb gyógyeszközök. Massage, hidegvízkúra, villamos fény-** és **kétrekeszes fürdők. Legújabb rendszerű inhalatorium. Remek fekvés az Alpesekben, kiterjedt park, szinház, parkzene, hangversenyek, báli mulatságok.** Elegáns szállodák és privátlakások. Pensiók tenöttek és gyermekek részére.
A Kremsthalbahn és Steyrthalbahn állomása. Bécstől via Steyr vagy Linz (közvetlen kocsi) 6 óra alatt, Passau és Salzburgtól via Wels-Unterrohr 3½ óra alatt elérhető. Értesitéseket és prospectusokat küld

642 **Die Verwaltung der Landes-Curanstalten in Bad Hall.**

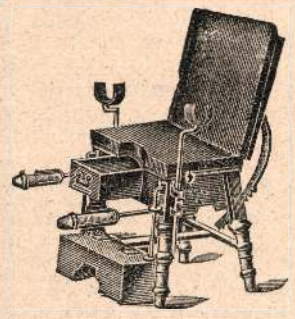
Keramin javalt vesico-papulosus eczemák, intertrigos és seborrhoeás eczemák, impetigo, akne, scabies stb. ellen; értékes segédszer lupusnál, urticariánál stb. **Viszketéscsillapító hatása feltünő, a kellemetlen szagot rögtön megszünteti.**

Orvosi vélemények róla a legfényesebbek.

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

Camillo Raupenstrauch
Wien, II., Castellezgasse 25.

Mütő- és vizsgáló-asztal kovácsolt vasból Sims szerint K. 130.— netto.



Mütő-asztal keményfából K. 110.— netto.

Keleti J. BUDAPEST,
IV., Koronaherczeg-utcza 17.

Gyár (villanyerőre berendezve) IV., Koronaherczeg-utcza 14.

Csekély havi részletfizetésre

áremelés nélkül szállitok legjobb és legmegbizhatóbb gyártmányú teljes orvosi műszerberendezéseket, mütőterem- és laboratorium-felszereléseket.

Külföldi műszerekből (Weiss London, Collin Páris, Lautenschläger Berlin) **nagy raktárt tartok.**

Gyáram különlegességei (magyar gyártmány):

Teljes kórházi berendezések, orvossebészeti műszerek, cs. és kir. szab. **sérvkötők, orthopaediai gépek, villamos orvosi készülékek, kapcsoló táblák** (külföldi gyártmányoknál 30%-kal olcsóbbak) **műszerszekrények, mütő-** és **vizsgáló-asztalok, mosdók, irrigator-állványok, góz-sterilizátorok** köt- és műszerek részére, stb.

Javitásokat, dynamo-nikkelezéseket és angol műköszörülést jutányos árak mellett eszközlök.

Igen fontos ujdonságok: Bier-féle szivókészülékek minden alakban hőlégfürdők és száraz-forró-levegő készülékek.

Tessék árjegyzéket kérni!

Műszer-szekrény keményfából, fehérre zománczozva Keleti szerint K. 90.— netto.

Mosdó Keleti szerint vasból, fehérre zománczozva K. 180.—

DIGESTOL

(PULVIS DIGESTIVUS LAXANS)

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

Ára egy doboznak 2 korona.

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

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

Telefon 932. Kapható minden gyógyszertárban. Telefon 932.

Liquor mangano-ferri peptonat. Gude.

Liq. Gude

MANGAN-VAS-PEPTON

1890 óta dr. A. Gude & Co. által előállítva. LEIPZIG.

Dr. A. Gude feltalálótól. **Liquor Gude**

Irodalom és ingyen-mintaüvegeket küld kívánatra

Dr. A. Gude & Co., G. m. b. H. Leipzig.

Arthritis Urica
Polyarthritis Rheumatica
és Arthritis Deformans

legsúlyosabb eseteiben is, mesés hatás érhető el a

Kali Liniment. Zoltán-nal

Alkalmazása kényelmes.
Hatása biztos. Beszerzése olcsó.

Készítője **Zoltán Béla** gyógyszerész
Budapest, V., Szabadság-tér.

Egy üveg ára 2 korona

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER

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

PANHAUS szálloda és gyógyintézet „Erzherzog Johann" szállodával **Semmering, Wien** mellett, magaslati hely, 1025 m. a t. sz. f. Elsőrangú lakházak, legmodernebb berendezéssel, összesen 260 szobával. **Gyógy- és fürdőintézet** az **összes vízgyógyeljárás** részére, **villamos fürdők, villamos massage, inhalatorium (Bulling-rendszere), 2 házi orvos, házi gyógytár** stb. Legjobb tartózkodás magaslati kúráknál.
Közelebbit a prospektusokban.

I. pharmazeutische Produkten-Gesellschaft r. G. m. b. H. WIEN XVIII/3, Hernalser Hauptstrasse 130. Raktár: IX., Garnisonsgasse N. 1. Sürgönycim: Apothekerverband.

Kötszerek
Emplastra, Collaetina,
Collemplastra, Unguenta
gyártása.

Sebészeti műszerek,
kötések és egyéb betegszükséglet
beszerzési forrása.

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

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

Liquor Chiorobin Comp. Eibach

mint a vele folytatott kórházi és klinikai kisérletek bizonyitják, a tüdőbetegségek hathatós gyógyitószere, kombinálva igen hatásos erősítőszerekkel, igen kedvezően befolyásolja a tüdőbetegek táplálkozását és anyageseréjét s igy tökéletesen pótolja, sőt felülmúlja a külföldi készitményeket. Különösen ajánlható: a légzőszervek megbetegedéseinél, idült hörghurut, tüdőtágulásnál, influenza, kanyaró, szamárhurut stb. után visszamaradt makacs hurutoknál, a tüdőgyuladások minden alakjánál, mint specificum. Adagolása: felnőtteknek naponta három kis evőkanállal, gyermekeknek három kávéskanállal. Evés előtt veendő.

Ára üvegenként 2 korona 50 fillér.

Készítője: **EIBACH ÖDÖN** gyógyszerész.
Főraktár: **Budapest, VI., Andrássy-út 55.**
Kapható az összes gyógyszertárakban.

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: 1392

BRÁZAY KÁLMÁN BUDAPEST, József-körút 37.

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

Szabadalmazva. **Gyorsan ható puha salicylszappanok.**

Rheumasan — tubus K. 2.50; tégely K 1.50. — Rheuma, csúz, ischias, migrain, influenza, tylosis.

Ester-Dermasan — tubus K. 3.—; tégely K. 1.80. — Szintén makacs esetekben, továbbá psoriasis-, pityriasis ellen.

Kátrány-Dermasan — Chrysarobin-Dermasan, Chrysarobin-kátrány-Dermasan, kis tubus K. 1.50; nagy tubus K. 3.—. — Idült eczemák, pityriasis, psoriasis, prurigo és scabies ellen.

Ester-Dermasan
Vaginal-Kapsulák — 10 darab K. 2.50. — Para-, perimetritis, oophoritis.

Irodalom és minták ingyen.

Chemische Werke FRITZ FRIEDLAENDER, G. m. b. H., Berlin N. 24.
Auszt.-Magyarorsz. képviselője: **Alex. Herkner**, Wien, XVIII/2.

Ötvenedik évfolyam. 19. szám. *Budapest, 1906. május 13.*

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.

Nenadovics Lázár: Nőorvoslási kérdések a balneotherapia szempontjából. 522. lap.

Flesch Ármin és **Schossberger Sándor**: Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekkórházból. (Igazgató: Bókay János dr., egyetemi tanár.) A gyermekkori szivburokösszenövés leggyakoribb alakjának kórjelzése és lényege. 524 lap.

Pólya Jenő Sándor: Az epekövek kórtanának mai állása és az epekőbetegség sebészi kezelésének javalatai. 527. lap.

Tárcza. Haberern J. Fál: A német sebésztársaság, a német Röntgen-társulat és a német orthopaed-sebésztársaság ez évi congressusa. 529. lap. — **Günther József**: Egészségügyi szolgálat az óceánon. 531. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Ónodi* u. *Rosenberg:* Die Behandlung der Krankheiten der Nase und des Nasenrachens. — *Lapszemle. Gyógyszertan. Fuchs*: Eutannin. — *Loewe*: Az alkoholezüstkenőcs. — *Általános kór- és gyógytan.* Inoperabilis sarkomák gyógyitása Coley-féle folyadékkal. — *Gruber*: Indican a vizeletben. — *Strzyzowski*: A formaldehydpróba diabetesben. — *Belorvostan. Noorden:* A vesebajok diaetás gyógyitása. — *Spengler*: Gümőkóros pneumothorax. — *Idegkórtan. Homburger*: Az agy- és gerinczvelő arteriosclerosisának kórjelzése és gyógyitása. — *Hecker:* Adjunk-e a gyermekeknek alkoholt? — *Sebészet. F. J. Child*: Csomóképződés a Meckel-gurdélyon. — *F. D. Bird.* A colon ascendensben ülő rákok kiirtása. — *E. Cantley*: A jejunum kezdetével közlekedő nagy cysta. — *Mac Gregor*: Nagy teratoma. — *Ochsner:* A duodenum első részletének tágulása. — *J. G. Mumford*: Sebészileg fontos duodenum-rendellenesség. — *Gyermekorvoslás. Coulon:* Halálos bélvérzés bujakóros csecsemőben. — *Friedjung:* A természetes csecsemőtáplálás. — *Moussous*: Megalerythema epidemicum. — *Húgyszervi betegségek. H. Lohnstein*: Az alypin mint érzéstelenitő szer az urologiai gyakorlatban. — *J. Bogdanik:* A húgycsőbe ékelt idegen testek. — *H. Novotny*: A hímvesszőnek ritka fejlődési rendellenessége. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Göllner*: Cretinismus. — *Noguera*: Erysipelas gyógyitása. *Tauszk*: Isopral. 532—537.

Magyar orvosi irodalom. Magyar orvosi archivum. — Budapesti orvosi ujság. — Gyógyászat. — Orvosok lapja.

Vegyes hirek. Kinevezés. — Fürdőorvosok. — Megbizás. — Gyermekvédelem. — Meghaltak. — A budapesti egyetemi I. számú női klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika. — A kolozsvári önkéntes mentőegyesület. — A szabadkai önkéntes tüzoltó-testület mentő osztálya. — Kisebb hirek külföldről. — A lissaboni congressusról. — A német orvosok és természettudósok. — A második nemzetközi „Gouttes de Lait“ congressus. — A silkworm-gut készitésmódja. — Pályázatok. — Hirdetések. 537—538.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. Orvosegyesület. 539. lap. — Orr-, torok- és gégebajok. 542. lap.

Mellékletek. Szemészet 2. szám. Szerkeszti: *Grósz Emil* dr., egyetemi tanár. Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning czég Valyl, és G. Hell & Comp. Lecythol-Malz-Extrakt prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Nőorvoslási kérdések a balneotherapia szempontjából.

Irta: *Nenádovics Lázár* dr. (Franzensbad.)[1]

A nőorvoslási és balneologiai irodalom áttanulmányozásakor látjuk, hogy a nőorvoslási balneotherapiában még ma is az az alapelv járja, a melyet már *Braun J.* a következő szavakkal fejezett ki: „Tény, hogy különböző betegségek egy, és azonos betegségek sok fürdőhelyen találnak javulást és gyógyulást.“ Mindazonáltal ki kell emelni, hogy az egyes fürdőhelyek között nagy a különbség s azért bizonyos betegeket rendesen mégis csak egy bizonyos fürdőhelyre szokás küldeni.

Ezen alkalommal első sorban azzal a kérdéssel akarok foglalkozni, hogy melyik fürdőhelynek adjunk elsőbbséget méhmyoma jelenléte esetén. Ezen baj ellen használtak tengeri, kénes, tömény-sós, láp- és égvényes fürdőket. Általában előnyben részesitik a tömény-sósfürdőket. *Meyer, Kleinwächter* és *Veit* kivételével nem ismerek szerzőt, a ki egy sorba helyezné a lápfürdőket a tömény-sósfürdőkkel. Hasonló külön állást foglaltak el a tömény-sósfürdők a medenczebeli izzadmányok orvoslásában. Ma azonban e tekintetben épen fordított a viszony; úgy a fürdő-, mint a nőorvosok elismerik, hogy a lápfürdők erősebben hatnak. A dolgok ezen állása mellett akaratlanul felmerül az a kérdés, hogy vajjon miért maradtak meg a régi álláspontón épen a myomák orvoslásában? A feleletet egyrészt a klinikai tapasztalatban, másrészt a nevezett fürdők élettani hatásában kereshetjük.

[1] Előadás a balneologiai congressuson Drezdában, 1906. márczius 6.-án.

A klinikai tapasztalat, mint már említettük, a tömény-sósfürdők mellett foglal állást. De nem szabad megfeledkezni arról, hogy az orvosok elmulasztották a tapasztalatok gyüjtését a lápfürdőkről. Ennek az a magyarázata, hogy a vastartalmú lápfürdőket kezdettől fogva izgató hatásúaknak tartották; az ilyen fürdőket pedig myoma eseteiben használni, a melyekben egyik főtünet a vérzés, nagyon merész dolognak tartották. Igaz, hogy most már túl vagyunk ezen a felfogáson; de a mig az orvosok belátták, hogy vérző myoma eseteiben is lehet vastartalmú lápfürdőket használni, a betegek ezrei látogatták már a tömény-sósvizű fürdőhelyeket, a minek folytán ezek bizonyos hirnévre tettek szert. A rendelkezésünkre álló klinikai tapasztalatok alapján azonban nem kételkedem, hogy idővel épen olyan fordulat fog beállani a lápfürdők javára, mint a minőt a medenczebeli izzadmányok balneotherapiájában beállani láttunk.

E meggyőződésemet támogatja a fürdők élettani hatásmódja is. *Engelmann* beismeri, hogy nem tudná magyarázatát adni a módnak, a melylyel a tömény-sósfürdők a daganat eltünését vagy kisebbedését létesitik. Hogy ebben a fürdővíz jod- és brom-tartalma nem játszhatik szerepet, azt már előtte is állitották (*Braun* és *Leichtenstern*). Legújabban *Kisch* feleslegesnek nyilvánitja az ilyen forrás vizét ivókúraként használni, mert „nem hatván a daganatra, csak gyengiti az amúgy is elgyengült szervezetet“. De ha el is fogadnók *Strassmann* és *Lehmann* nézetét a myoma és az arteriosclerosis közötti oki összefüggésről: megszivlelve *Korányi Sándor* újabb vizsgálatainak eredményeit, nem a jod- és bromtartalmú források vizét, hanem a jodkaliumot kellene rendelnünk betegeinknek.

Kisch következő módon magyarázza a daganat kisebbedését: Elképzelhető, hogy bizonyos, első sorban szénsavtartalmú égvényes és tömény-sósfürdők reflectorius úton a még ép méh-

falrészletek erős összehúzódását váltják ki, a mi maga után vonja a vérerek szűkülését; a tápláló nedveknek a daganathoz jutása csökken, a minek következtében nekrobiotikus folyamatok támadnak, és a daganat elmeszesedik. Ivókúrához *Kisch* égvényeskonyhasós forrásokat ajánl, a melyek a bélműködés és a húgykiválasztás fokozása révén a vérnyomást csökkentik, úgyszintén jótékonyan hatnak a méh ereinek arteriosclerotikus elváltozásaira és a gyűjtőeres pangásra. A tüneti kezelésben *Kisch* első sorban a szívpanaszokra van tekintettel. Ezek jelenléte esetén az a feladat, hogy a szívet erősítsük, a vérképzést elömozdítsuk és a hájlerakodást megakaszszuk. E feladat elérésére első helyen a fent jelzett fürdőket ajánlja, a melyekről bebizonyult, hogy az érverést lassubbá és erélyesebbé teszik. A palliativ kezelésben *Veit* első sorban azon szereket ajánlja, a melyek a havi vérzést mérséklik a vérnyomás csökkentése és a méhösszehúzódások erősítése útján (ergotin, hydrastis). Az említett kivánatos hatások azonban mind elérhetők vastartalmú lápfürdőkkel is. A mérsékelt hőmérsékű lápfürdőben az érverés lassubbá és erélyesebbé válik, a bőr kipirosodik, a végbélhőmérsék csökken, a mi arra utal, hogy a vér a belső szervek felöl elvonatott, nevezetesen, hogy a méhben is kevesebb a vér; méhösszehúzódások keletkeznek, és pedig nemcsak reflex úton, mint a tömény-sósfürdökben, hanem a méhnek a láp tömege útján támadó masszáltatása révén is; végül pedig a vérképzést is kedvezően befolyásolja a lápfürdő.

Hátra volna még a fürdőknek az anyagcserére való hatása. Általában elfogadják, hogy a tömény-sósfürdők az anyagcserét fokozzák; saját vizsgálataim kimutatták, hogy a franzensbadi lápfürdők az oxydatiós folyamatokat a testben alászállítják. Vizsgálataim azonban magasabb hőfokokra vonatkoznak, mint a milyeneket a myomák kezelésében használni szokás. Kérdés az is, vajjon nem jobb-e az anyagcsere fokozása helyett az oxydatiós folyamatokat alászállítani a nekrobiotikus folyamatok elősegítése czéljából. Eddig különben még senki sem kisérelte meg a daganat kisebbedését az anyagcsere befolyásolásával magyarázni.

Látjuk tehát, hogy a lápfürdők élettani hatásának tanulmányozása arra enged következtetni, hogy a myomák kezelésében a lápfürdők ugyanolyan figyelmet érdemelnek, mint a milyenben a tömény-sósfürdőket részesítjük. De még többet is következtethetünk. A klinikai tapasztalat ugyanis beigazolta, hogy a vasas lápfürdő kitünő vérzéscsilapító. Már pedig a myomák tüneti kezelésében nem a szívpanaszokra kell a fősúlyt helyezni, mint azt *Kisch* teszi, hanem a vérzésre és a vérszegénységre. Ezért a vasas lápfürdők előnyt érdemelnek azokban az esetekben, a melyekben a méhvérzés és a vérszegénység van előtérben. Ezek javulásával a szívpanaszok és az elhízás is javulnak. A vérszegénység már a vérzés megszüntetése folytán is javul. E mellett szerep jut még a fürdők vérképző hatásának is. De különösen tekintetbe jön az a körülmény, hogy ott, a hol vasas lápföld van, égvényes vasas források is vannak. Az elmondottak, valamint saját tapasztalataim alapján tehát a felvetett kérdésre ez a feleletem: *A vas- és szénsavtartalmú lápfürdők előnyt érdemelnek a tömény-sósfürdökkel szemben fiatal, vagy gyenge testalkatú myomás betegeknél, úgyszintén olyanoknál is, a kiknél a bő vérzés vérszegénységre és másodlagos szívpanaszokra vezetett, továbbá chlorosis és arteriosclerosis mellett támadt myoma cseteiben.*

Megvitatásra szorul nézetem szerint a következő kérdés is: mikor lehet a medenczebeli kötőszövet és a függelékek izzadmányképződéssel járó lobos folyamatainak jelenléte esetén a betegeket fürdőhelyre küldeni? E kérdéssel foglalkozásra főleg Franqué tanárnak a mult évben Franzensbadban tartott előadása indított, a melyben a következőket mondotta: Kiemelem, hogy a lápfürdők használatát nem szabad korán megkezdeni, ez legkorábban 6—8 héttel az utolsó lázas exacerbatio után engedhető csak meg. E betegek legnagyobb része igen hálás anyag volna a kellő módon alkalmazott franzensbadi lápfürdő-kúra számára, a lobos izzadmány végleges eloszlatása czéljából; sajnos, hogy e fürdőhely oly hatásos gyógytényezői a nem gazdag betegek egy töredékének férhetők csak hozzá.

A nőorvoslás irodalmában csak kevés anyagot találni, a melyet a felvetett kérdés megoldására felhasználhatnánk. Adatok vannak *Scanzoni*, *Barnes*, *Schröder*, *Fränkel*, *Bumm* munkáiban, továbbá *Dührssen* és *Freund* előadásaiban. Mindezen szerzők a fürdőhelyre küldés lehetőségének időpontját különbözőképen állapítják meg: két hetet—egy évet vesznek fel a lázas folyamat megszünése után. Úgy látszik, hogy azon szerzők, a kik csak fél év mulva, vagy még később kivánják betegeiket a fürdőhelyre küldeni, a gonorrhoeás folyamat tekintetbevételével arra számítanak, hogy ezen idő alatt *Kiefer* tanulmányai értelmében a lobos gócz betokolódik, és a gonococcusok elhalnak. Erre azonban *Henkel* a következőket jegyzi meg: „Igen nehéz e kérdésben a végső és döntő szót kiejteni, mert senki sem tudja megmondani, hogy mikor kezdődött a genyedés, és mikor következik be a betokolódás. Nézetem szerint az a fő, hogy a genygyülem úgy legyen elszigetelve, hogy táplálóanyag ne férhessen hozzá, és az izzadmány a nyirokerek útján se szívódhassék fel.“ Elhiszem, hogy ilyen elszigetelés esetén a gonococcusok elpusztulnak; de a betegségnek ily módon való végződése, a mely a sebész szempontjából kivánatos, semmi esetre sem az a fürdőgyógyász szempontjából. Tudjuk ugyanis, hogy az izzadmány felszívódása a a vérnek a lobos helyhez való odafolyása és onnan való elfolyása révén a vér- és a nyirokerek útján történik. Ennélfogva régibb esetekben, a melyekben a gyuladásos gócz már elszigetelődött, kénytelenek vagyunk a folyamat felújításával a lobos góczot a vér- és nyirokkeringésbe újból belevonni. Minél frissebb a folyamat, annál gyorsabb és tökéletesebb a felszivódás. Teljesen osztom *Dührssen* nézetét, hogy a betegeknek a fürdőhelyre korán való elküldésével legjobban megelőzhetjük, hogy az izzadmányból heges képződmény fejlődjék.

Úgy a friss, mint a régi eseteknek fürdőkkel orvoslásakor veszedelmesnek tartják az erős vértódulást a lobos góczhoz. Nézzük tehát, hogy a szóban forgó eseteket a klinikákon hogyan gyógyítják. *Franqué* a következőket mondja: „Felszivó orvoslást kezdünk egy pár nappal vagy héttel a láz megszünte után; főszerep jut ebben a forró hüvelyöblítéseknek és gyakran használjuk a forró levegőt is Bier szerint.“ Henckel szerint Olshausen klinikáján következő az eljárás: A láz megszünése után megkezdik a tulajdonképeni helybeli kezelést, mely stassfurti sóval végzett hüvelyöblítésekből áll (6 liter 38—40° R. hőmérsékü folyadék). Ha vérző méhbelhártyalob nem ellenjavalja a dolgot, hetenként 2—3-szor fürdőt adnak 1½—2 font stassfurti sóval. *Fett* következőképen jár el: 5—8 nappal a láz megszünése után veszi kezdetét a forró levegővel való kezelés, még pedig 1 órás tartammal eleinte másodnaponként, később mindennap. A levegő hőfoka 100—120°, a végén 140°. Egy további hét mulva, ha a beteg a forró levegőt jól türte, hüvelyöblítéseket kezd (5—10 liter 45—50° C. hőmérsékü folyadék).

Merem állítani, hogy az említett eljárások nagyobb vértódulást létesítenek a lobos gócz felé, mint például a 28° R. hőmérsékü franzensbadi lápfürdők, és az eredmények mégis jók. Még ideiktatom, hogy *Prochownik* a méhkürtök gyuladása esetén 5—7 nappal a láz megszünése után egész- és ülőfürdőket rendel, és megjegyzi, hogy a kezelést fürdőkkel kell megkezdeni, és csak azután szabad áttérni a hüvely útján való orvoslásra. Igaz, hogy a klinikai kezelésben nagyon lényeges az ágynyugalom, a melyet *Prochownik* „Allheilmittel“-nek nevez. Mindazonáltal láttuk, hogy *Olshausen*, valamint *Prochownik* a láz megszünése után már a második hét kezdetén fürdőket alkalmaz, a mi pedig a beteg nyugalmának megzavarásával és a kóros részek vongálásával jár.

Arra nézve, hogy a láz megszünése után mikor engedjük a beteget felkelni, a subjectiv és objectiv fájdalmasságot a lobos góczban szokás útmutatónak használni. Én azonban azt hiszem, hogy ez a jel nem absolut értékü. A fürdőorvosoknak gyakran van alkalmuk hallani, hogy a beteg fájdalmait, a melyek otthon az ágyban gyötörték, elveszítette, mihelyest a vonatra ült. Még nagyobb a száma az olyan betegeknek, a kik a fürdőhelyre érkezve, panaszkodnak ugyan még fájdalmakról, az utazás azonban sem a lob fokozódását, sem a fájdalmak erősbödését nem okozta. A szegényebb néposztályokból való betegeknél a fájdalmak megszünése és igy a munkaképesség helyreállása a fődolog, s azért a klinikai eredményes gyógykezelés czéljakép ez szerepel. Ezt a czélt legrövidebben mindenesetre ágyban tartással érhetjük el. Azt sem szabad figyelmen kivül hagyni, hogy mily nagy mértékben érvényesül a suggestio, a mely mindennemü gyógyeljáráshoz hozzáfüződik, s a mely a müveltebb körökhöz tartozó betegeknél

nincsen meg annyira. Nem képzelhető el azonban, hogy a huzamosabb ágybantartás a jobbmódú betegeknél is ily kielégítő eredménynyel fog járni. Sőt ellenkezőleg! Az elgyengült, vérszegény, és ideges betegeknél, mint a milyenek a műveltebb osztályhoz tartozó betegek többnyire, a hosszas ágybantartás, függetlenül a gyuladásos folyamat viselkedésétől, a fájdalmak fokozódására vezethet, egyrészt autosuggestio útján, mert a beteg a huzamos, látszólag eredménytelen kezelésből a baj súlyosságára von következtetést, másrészt pedig a táplálkozás és a vérképződés rosszabbodása útján. Ilyen esetekben tehát a fájdalmasság ellenére is jó az ágybantartást rövidebb időre szabni, és a beteget minél előbb fürdőhelyre küldeni. *Veit* azt mondja, hogy ismételt fürdőhelyi orvoslás javalt kürtgyuladások azon eseteiben, melyek időnként kiújuló fájdalmakkal járnak.

Azt hiszem, elég érvet hoztam fel a mellett, hogy az utazás megengedését nem szabad egyedül a fájdalmak megszüneséhez kötni. A kórházi és a fürdőhelyi kezelés között az a különbség, hogy az előbbi a lobos góczot elkülönítés útján igyekszik ártalmatlanná tenni, míg a fürdőhelyi kezelés az egész szervezet erősítése útján akarja ezt a fertőzés legyőzésére képesíteni. Ismert dolog, hogy az orvostanban általában az utóbbi módszert tartják czélravezetőbbnek. A kórházi kezelés többnyire megelégszik a fájdalmatlanság elérésével, a fürdőhelyi orvoslás ellenben többnyire az izzadmány teljes felszívódására törekszik. Ennek megszívlelését kérném azon nőorvosok részéről, a kik nehezen határozzák el magukat arra, hogy betegeiket elég jókor küldjék fürdőhelyre. Megjegyzendő az is, hogy manapság az utazás és a fürdő használata nem olyan többé, mint hajdanában volt. Igy például a tolószék és a lift használatával a beteg legkisebb activ mozgás nélkül eljuthat ma a fürdőházba, a forrásokhoz, a szabad levegőre és így részese azon psychikai hatánynak is, a mely az emberek közé juthatással jár.

Irodalom. Baldini: Opuscoli di vario argomento. 1783. — *Barnes:* A clin. history of the med. and surg. diseases of women. 1873. — *Bertenson:* Ásványvizek, iszap- és tengeri fürdők (orosz). 1901. — *Boschan:* Die salin. Eisenmoorbäd. z. Franzensbad. 1850. — *Braun:* Syst. Lehrbuch der Balneotherapie. 1869. — *Bumm:* Die gonorrh. Erkr. Veit's Handbuch. — *Capuron:* Traité des malad. d. femmes. 1817. — *Conrath:* Über die n. Badeanstalt zu Franzensbad. 1830. — *Dührssen:* Über Heilerfolge v. Bädern bei Frauenkrankheiten. Deutsche Medizinal-Zeitung. 1893. — *Engelmann:* Kreuznach etc. 1857. — *U. a.:* Traitment of women diseases by baths. Brit. gyn. journ. 1899. — *U. a.:* Badeanzeichen. Sänger-Herff's Enzyklopädie. — *Fett:* Zur Behandl. d. chron. Salpyngo-oophoritis. Monatsschr. f. G. u. G. 1905. XI. — *Franqué:* Üb. oper. u. nichtoper. Behandl. entzündl. Adnexerkr. Deutsche med. W. 1905. — *Fränkel:* Allg. Ther. d. Krankh. d. weiblich. Geschlechtsorg. Eulenburg-Samuel's Lehrbuch d. allg. Therapie. — *Freund:* Über Resorptionskuren. 69. Naturforscher-Versammlung in Braunschweig. 1897. — *Glax:* Lehrbuch der Balneotherapie. 1897—1900. — *Henkel:* Beitr. z. Klinik u. z. chir. Behandlung chron.-entzündl. Adnexerkr. Zeitschr. f. G. u. G. 1905. — *Kisch:* Brunnen- und Badekuren bei Uterusmyomen. Therap. Monatshefte, 1899. — *U. a.:* Die Balneother. d. uterin. Herzbeschwerden. Prager med. W. 1900. — *U. a.:* Balneotherapie. Eulenburg-Samuel's Lehrb. d. allg. Therapie. — *U. a.:* Badekuren. Sänger-Herff's Enzyklopädie. — *Klein:* Gebrauch der Moorbäder bei Gebärmutterblutung. Cbl. f. Gynäk. 1883. — *Kleinwächter:* Wichtige gynäk. Heilfaktoren. Wiener Klinik. 1898. — *Köstler:* Erfahr. üb. d. Nutzen d. Moorb. Zeitschr. f. d. g. Med. 1843. — *Labadie-Lagrave:* Traité de méd. 1901. — *Leichtenstern:* Balneotherapie. Ziemssen's Handbuch d. allg. Ther. — *Lingen:* A méh myomái és a szív közötti viszony (orosz). Vracs, 1906. — *Loimann:* Kritische Studien über Moorbäder. Arch. f. Balneol. u. Hydrother. 1898. — *U. a.:* Die Heilmittel Franzensbads. Wien, Braumüller, 1900. — *Makawejen:* Ásványfürdők a hószám idején (orosz). Vracs, 1892. — *Meyer:* Anleitung zur Wahl des Kurortes. 1871. — *Nenádovics:* Über den Wirkungskreis der Balneotherapie in der Gynäkologie. Berlin. klin. W. 1905. — *U. a.:* Die Beziehung der Balneotherapie zu Gynäkologie. Wiener med. Presse, 1906. — *U. a.:* A női betegségek gyógykezelése Franzensbadban. Orv. Hetilap, 1901. — *U. a.:* A franzensbadi moorfürdők hatása az anyagcserére. Budapesti orv. újság, 1905. — *Prochownik:* Tuben-Entzündung. Sänger-Herff's Enzyklopädie. — *Reinl:* Untersuch. über d. Heilwirk. v. Mineralwasserkuren bei anämischen Zuständen. Prag. Zeitschrift für Heilk. 1888. — *Scanzoni:* Lehrbuch d. Krankheiten d. weibl. Sexualorg. II. Aufl. 1859. — *Schröder:* Handb. d. Frauenkrankheiten. II. u. X. Aufl. — *Sommer:* Kaiser-Franzensbad. 1848. — *Strassmann* u. *Lehmann:* Zur Pathol. d. Myomerkr. Arch. f. Gynäk. 1898. — *Sznegirew:* A méhvérzésekről (orosz). 1903. — *Veit:* Handbuch der Gynäkologie. 1897. — *Vetter:* Allg. Brunnen- und Badebuch. 1840. — *U. a.:* Handbuch der allgem. Heilquellenlehre. 1845. — *Winter:* Die wissensch. Begründ. d. Indik. z. Myomoper. Zeitschr. f. Geburtshülfe und Gynäkologie, 1905.

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

A gyermekkori szívburokösszenövés leggyakoribb alakjának kórjelzése és lényege.

Irták: *Flesch Ármin* dr. és *Schossberger Sándor* dr., kórházi segédorvosok.

(Folytatás.)

A *„Stefánia“* gyermekkórház nagy beteganyagában ép az említett okok miatt évek óta kiválóbb érdeklődés tárgyai voltak a jelzett klinikai tünetcsoportot feltüntető betegek. Az esetek nagyobb része hosszabb klinikai megfigyelésben részesült, a klinikai kórjelzést a boncolás, máskor a műtétnél eszközölt inspectio beigazolta, úgy hogy az eseteknek csak csekély töredékében szolgál a teljesen egyező tünetcsoport egymagában a kórjelzés felvételére. Részletesebben közöljük az elmult év folyamán észlelt és boncolással igazolt kórisméjű négy eset kórtörténetét és csak röviden a legfontosabb körülmények kiemelésével a többiekét.

Eseteink a következők:

1. eset.

Sz. Ilona, 9 éves. Felvétetett 1904. október 10. Meghalt 1904. november 24.

Négy hó előtt tüdő- és mellhártyagyuladást állott ki; három hét óta megdagadt a teste és baloldalt szúró fájdalmakról panaszkodik.

Ajkak cyanotikusak. Mindkét lapoczka csúcsa alatt tompult kopogtatási hang, gyengült légzés. Szívcsúcslökés nem látható és nem tapintható. Szívtompulat rendes nagyságú. Szívhangok tompák, de tiszták. Has erősen előmborodó; szabad folyadékgyülem. Máj a bordaív alatt négy ujjnyira tapintható. Tiszta vizelet. Könnyen elnyomható szabályos pulsus. Láztalan. Közérzet aránylag jó.

Október 13. Hirtelen cyanosis, eszméletlenség. Excitantiák alkalmazására nehezen magához tér.

November 20. Nem beszél. Jobboldali végtagok bénultak. Nyelési nehézség.

November 24. Exitus.

Bonczolási jegyzőkönyv (*Preisich* dr.) Tuberculosis miliaris subacuta. Meningitis tuberculosa. *Synechia totalis pericardii.* Pleuritis fibr. l. d. Tuberculosis miliaris pleurae d. Induratio cyanotica hepatis et renum. Ascites. Caries tibiae.

Agyconvexitáson bő genyes izzadmány. A bal gyrus centralis alsó részében, a gyrus angularisban egy-egy a lágy agyburkokból, a kéreg- és velőállományból beterjedő sajtosodási folyamat fillérnyi terjedelemben, mely körül az agyállomány lágyult, benne számos kölesnyi s kisebb friss vérzés. Igen csekély fokú hydrocephalus internus. *A zsigeri és fali pericardium egymással teljesen összenőtt, tetemesen megvastagodott és a kettő érintkezési helyén több cm.-nyi vastag sajtos tömeg.* Bal szívgyomor erősen hypertrophiás, jobb szívgyomor erősen tágult, fala vékony s a pitvar is erősen tágult.

2. eset.

V. Irén, 5 éves, felvétetett 1904. február 13.-án.

Három hó óta veszik észre hasának növekedését. Sárga sohasem volt. Szék, étvágy rendben. Luesre, tuberculosisra anamnesis nincs. Naponta 2—3 pohár asztali bort és kevés sört ivott. Morbillit, varicellát kiállott, különben semmiféle betegségére nem emlékeznek.

Közepesen fejlett és táplált leánygyermek. Csontrendszer ép. Bőr halvány. Ajkak, fülek kissé cyanotikusak. Torokképletek tiszták. Nyakon mirigyek nem tapinthatók. Mellkas dombordad. Légzésben mindkét fél egyenlően vesz részt. Szívcsúcslökés az ötödik bordaközben, a bimbóvonalban homályosan tapintható. Pulsus kis hullámú, perczenként 120, szabályos.

Has erősen előmborodó, feszes; rajta tágult venák látszanak. Legnagyobb körfogata 72 cm. A has annyira feszes, hogy áttapintása lehetetlen. Kopogtatáskor a tüdő és szív határai egy bordaközzel feljebb állanak, egyébként a rendestől eltérést nem mutatnak. Szívtompulat activ és passiv motilitása megtartott. Has

felett a középvonalban dobos a kopogtatási hang a proc. xiphoideus és köldök közti középtávolságig, oldalfelé a parasternális vonalak meghosszabbításáig. Innen le- és kifelé absolut tompa kopogtatási hangot kapunk, mely helyzetváltoztatáskor feltisztul. Fluctuatio könnyen kiváltható. Tüdők és szív hallgatódzási viszonyai egészen rendesek. Vizelet tiszta. A beteg láztalan. Közérzete elég jó.

Február 14. Punctio abdominis: három liter sárga savót bocsátunk ki. Közvetlenül utána a májat mint a bordaívet két harántujjnyival túlhaladó, sima felszínű, nem tömött, éles szélű testet tapintjuk. Lép nem palpálható. A savó fajsúlya 1012.

Február 16. Szülei kívánságára hazaeresztjük. A beteget egy év mulva, 1905. február 20.-án veszszük fel újolag a Stefánia-gyermekkórházba. Ekkor a szülők előadják, hogy hazamenetele után két héttel ismét észrevették haskörfogatának nagyobbodását, a mely azóta lassan, fokozatosan halad előre. Másfél hó óta köhög, naponként 5—6 vizes széklete van.

Közepesen fejlett, gyengébben táplált. Arczbőr kékes-rózsaszínű, sajátságos felfúvott kinézésű; ajkak kissé kékesek. Mellkason, hason a köztakaró halvány, rajta kitágult venák rendszertelen hálózata látható. Lábfejen, bokákon, lábszárakon kisebb fokú oedema.

Mellkas dombordad, légzésben mindkét fél egyenlően vesz részt. Szívcsúcslökés a bal negyedik bordaközben homályosan tapintható.

Has rendkivül elődomborodó. Legnagyobb körfogata 81 cm. Tapintáskor a májat mint a bordaív alatt három harántujjnyira leterjedő testet érezzük.

Kopogtatáskor jobboldalt t. é. n. d. a kopogtatási hang mindhárom kopogtatási vonalban az V. borda felső széléig, baloldalt a III. borda felső széléig. Az itt kezdődő szívtompulat kifelé a szívcsúcslökés helyéig tart, befelé absolut része alig éri el a bal, relativ része alig a jobb szegyszélt. Has felett a középvonalban dobos a kopogtatási hang a köldök feletti három harántujjnyi távolságig, kifelé a parasternális és mammilláris vonalak közti középtávolságig, e vonalaktól le, illetőleg kifelé absolut tompa hangot nyerünk, mely helyzetváltozáskor tisztul. E területen élénk fluctuatio váltható ki. Tüdők s szív felett hallgatódzásnál normális lelet. Vizelet tiszta, beteg láztalan, közérzete aránylag jó.

Október 23. Punctio abdominis. Kibocsátunk 5 liter világossárga savót; fajsúlya 1009, refractioja (*Engel* dr.) 1·3377.

Október 25. Cyanosis változatlanul fennáll az arczon. Máj jó tenyérnyire tapintható mint sima, kevéssé tömött, lekerekített szélü test. Lép is homályosan érezhető belégzéskor. Szívtompulat motilitása szabad.

A has körfogata lassan növekszik és márczius 7.-én *Talma-mütét* (Winternitz dr.) végeztetik, a midőn a májat mint nagy puha tömeget tapintjuk és igy pangásos májnak tekintjük. Tokja nem vastagodott.

Márczius 13.-tól kezdve 38°—39° C-t elérő hőemelkedések. Has körfogata újólag növekszik. Tüdő felett igen bő, vegyes hólyagú, nedves és száraz zörejek. Jobboldalt mellül hörgi légzés, néhány ropogó zörej. Cyanosis enged. Sebgyógyulás per primam.

Április 3. Punctio abdominis: 1500 cm³. Csekély hőemelkedések mellett változatlan physikális lelet.

Április 20. Punctio abdominis: 2000 cm³.

Április 27. Punctio abdominis: 3000 cm³.

Május 4. Punctionál 3000 cm³.

Május 12. Fokozódó elesettség, magas láz. Rohamosan növekvő ascites, e miatt újólag 7 liter folyadékot bocsátunk le (7 punctioval összesen 24·5 liter).

Egyre gyengülő szívmüködés mellett május 14.-én beáll az exitus.

Bonczolási jegyzőkönyv: Synechia pericardii totalis. Peritonitis purulenta ac. Bronchopneumonia tuberculosa lobi superioris et medii l. d. Pleuritis sero-fibrinosa eiusdem lateris. Degeneratio caseosa gland. lymphat. tracheobronch. l. d. Anasarca, hydrothorax mediocris gradus bilateralis.

Hasüregben körülbelül ½ liter zavaros genyes savó. Az omentum vastagodott, a colon transversumhoz felhúzódott, ennek magasságában a fali hashártyához szorosan odanött, a hasüregnek cseplesz feletti harmadában a hashártya sima, tükröző. A szív gyermekökölnyi. *A pericardium két lemeze mindenütt elválaszthatatlanul kötőszövetesen összenött.* Jobb szívgyomor izomfala kissé vastagodott, szívósabb. Jobb pitvarür kissé tágult, fala vékony. Máj körülbelül 23 cm. harántátmérőjü, 17 cm. széles, vagyis mintegy 1½-szer akkora, mint a rendes máj. Tokja a jobb karélyon tompa fényü, kevés genyes izzadmánynyal fedett. Máj felszinén néhány sekély vonalszerü behúzódás látható.

Szövettani vizsgálat (II. sz. kórbonczlani intézet):

A jelentékenyen megvastagodott *pericardium* górcső alatt tiszta hyalin kötőszövetből áll. Sem óriási sejtek, sem gümők benne nem találhatók. Imitt-amott egyes kötőszövetes kötegek behúzódnak a szív izomrostjai közé, melyek helyenként gömbsejtesen beszürődöttek.

A *máj* gerendázatát kitágult hajszálerek tolják szét. Helyenként a májsejtek annyira sorvadtak, hogy csupán a capillarisok láthatók. E kitágult hajszálerek körül helyenként gömbsejtes beszürődés, helyenként kötőszövetszaporodás észlelhető.

Lép kötőszövetes gerendázata erősen megvastagodott.

3. eset.

Á. Gyula, 3 éves. Felvétetett 1905 augusztus 24.-én. Meghalt 1905. szeptember 4.-én.

Négy hét óta veszik észre, hogy hasa növekszik. Keveset köhög, soványodott. Szülők részéről tuberculosisos terheltség.

Jól fejlett, gyengébben táplált. Csontrendszer ép. Arcz sajátságosan pöffedt, pastosus kinézésü. Mindkét pofa, fülek, ajkak szederjesek. Egyébként köztakaró feltünően halvány. Bokák, lábszárak kis fokban oedemásak. Mirigyek nem tapinthatók.

Mellkas felett, eltekintve a tüdők felett hallható gyér száraz zörejtől, sem kopogtatásra, sem hallgatódzásra eltérés nem mutatható ki. Szívhatárok rendesek, szívhangok tiszták. Pulsus könynyen elnyomható, kevéssé telt, perczenként 126, szabályos.

Has erősen elődomborodó, rajta kitágult venák hálózata látható, nem fájdalmas, kissé oedemás bőrtől fedett; nehezen áttapintható, a midőn a májat, mint a bordaívet jó három haránt-ujjal túlhaladó, egyenletes felszinü testet tapintjuk. Nagyfokú szabad folyadékfelhalmozódás a hasban. Vizelet tiszta. Beteg láztalan.

Rövid észlelésünk alatt a has körfogata rohamosan növekszik; az arcz sajátságos cyanotikus színezete mindinkább előtérbe lép.

Szeptember 4.-én. Mütétet szándékozunk végezni *Talma* szerint chloroform-narcosisban. Felületes bódulat. Bemetszés a linea albában és rétegenként előhaladás után kibocsátunk mintegy két liter szalmasárga zavaros savót. E közben a gyermek folyton izgatottan köhög; hirtelen ad maximum kitágulnak a pupillák hiányzó cornea-reflex mellett, s ezért a kosarat arczáról leveszszük és a további narcosistól teljesen elállunk. Ilyen izgatott köhögés közben hirtelen szívbénulás. A szokásos élesztési kisérletek eredménytelenek.

A savó kibocsátása után a peritoneum lemezein szétszórt gümök láthatók. A savó fajsúlya 1014, refractioja 1·3434.

Bonczolási jegyzőkönyv: Pneumonia interstitialis partis inf. lob. sup. l. d. Pleuritis adhaes. chr. bilat. *Pericarditis caseosa partim callosa.* Peritonitis tuberculosa. Induratio cyanotica hepatis et renum maximi gradus. Hydrothorax, anasarca.

A hasürben körülbelül három liter zavaros, fibrinczafatokban dús folyadék. A belek serosáján elvétve, a fali hashártyán nagy mennyiségben miliáris és submiliáris, szürke, kocsonyás belsejü göbök. *A szívburok zsigeri lemeze a fali lemezzel erősen összenött, helyenként 2—3 cm.-nyire megvastagodva sajtos, helyenként heges tömeget alkot.* A jobb tüdő felső karélyának alsó része belső felületén a jobb pitvarral hegesen összenött a vena cava beszájadzásánál. A máj megnagyobbodott, szívós, a metszési lapon helyenként törékeny, halványabb szigetekkel tarkázott.

A *szövettani vizsgálat* a 2. számú esetéhez hasonló eredményt adott. Eltérés csupán annyiban van, hogy a megvastagodott pericardium részben elsajtosodott tömegből, részben óriási sejtekben dús sarjszövetből áll.

4. eset.

G. József, 12 éves. Felvétetett 1905. április 21.-én. Meghalt 1905. szeptember 28.-án.

Hét hó óta veszik észre hozzátartozói, hogy hasa növekszik. Két nap óta lába is duzzadt. Néhány hét óta köhög, fogfájásról panaszkodik. Előrement lázas megbetegedésről nem tudnak. Tuberculosisra anamnesis nem nyerhető.

Gyengén fejlett és táplált. Csontrendszer ép. Bőrszín feltünően halvány. Ajk, arcz, fülkagylók szederjeskékes színüek. Zsírpárna hiányzik. Nyak mindkét oldalán néhány apró, babnyi, tömött, fájdalmatlan mirigy.

Légzés szapora, felületes. Légzésben mindkét mellkasfél egyenlően vesz részt. Szívcsúcslökés az ötödik borda felső szélén látható és tapintható, kissé körülirt és emelő. Tüdők felett normális lelet. Szívtompulat határai rendesek; activ és passiv motilitás szabad. Tiszta, tompa szívhangok. Aorta II. hangja kissé ékelt. Pulsus kevéssé telt, perczenként 116, szabályos.

Has hordóalakban maximálisan előmborodó. Feszes, fénylő köztakaró. Köldök körül tág venahálózatos caput Medusae. Has legnagyobb körfogata 97 cm. Köldök körüli, gyermektenyérnyi terjedelmü, dobos kopogtatási hangot adó terület kivételével az egész has felett resistens, intensiv tompa a kopogtatási hang, mely oldalfekvéskor a legmagasabb helyen feltisztul, majd hanyattfekvéskor újra előáll. Fluctuatio. A nagy fokban feszült has nem tapintható át. Vizelet tiszta. Beteg láztalan. Rossz közérzet, orrszárnyi, felületes, szapora légvétel, a nyaki izmok actioban vannak, orthopnoë, igen könnyen elnyomható pulsus azonnali punctio abdominist indikálnak. Kibocsátunk 11 liter szalmasárga savót (fajsúlya 1008).

Punctio után a hasfalak teljesen petyhüdtté válnak, és a besüppedt hason a bordaív alatt négy harántujjnyira leérő máj körvonalai élesen láthatók, és pedig a jobb és bal karély az incisurával. A máj mérsékelten tömött, szabad széle legömbölyített, bal karélya a bal bimbóvonalig terjed. Lép a bordaívet egy haránt-ujjnyival haladja túl. A punctio után a közérzet, légzés, pulsus lényegesen javul, a cyanosis azonban változatlanul fennáll.

Has rövid idő alatt újra erősen megnövekszik, s április 30.-án újabb punctio alkalmával 6 liter savót bocsátunk ki. A punctiót ezután rövid időközökben ismételnünk kell: május 9.-én 6 liter, május 13.-án 6 liter, május 20.-án 7 liter, junius 3.-án 8 liter, junius 16.-án 7 liter folyadék kibocsátása.

Junius 24.-én *Talma-mütét*. Chloroform-, majd aethernarcosis. Nagyfokú ascites. Altatást rosszul türi. A májat nagy, mérsékelten tömött, vérdús képletnek tapintjuk.

Sebgyógyulás per primam. Julius 2.-tól kezdve a has lassan növekszik, julius 11.-én 10 liter, augusztus 6.-án 11 liter folyadék kibocsátása. Alsó végtagok vizenyője növekszik. Augusztus 23.-án 11 liter, szeptember 5.-én 8 liter, szeptember 20.-án 10 liter savó kibocsátása. Összesen tehát 12 punctio alkalmával 101 liter folyadékot bocsátottunk ki, nem véve számításba a *Talma*-mütét alkalmával kibocsátott mennyiséget. Fajsúly állandóan 1008—1010 közt. Kisebb mennyiségü fehérje. Gyenge nucleoalbumin-reactio. Az utolsó izben kibocsátott folyadék refractioja 1·3381.

Diuresis állandóan csökkent és a legkülönbözőbb cardiacumokkal és diureticumokkal alig befolyásolható.

Ezen hosszú észlelési idő folyamán a gyermek fokozatosan gyengül. A physikális lelet csak annyiban változik, hogy az észlelési idő vége felé a szívcsúcslökés nem tapintható. Szeptember 21.-től szeptember 24.-ig subfebrilis állapot, különben állandóan láztalan. Szeptember 28.-án exitus.

Bonczolási jegyzőkönyv: A hasüregben mintegy 3 liter kissé zavaros sárga savó, a hashártya mindenütt vastagodott, kissé szürke, fényét elég jól megtartotta. Cseplesz a colonhoz felhúzódott és a hasfalon ejtett seb felső csúcsa magasságában részint a máj széléhez, részint a fali peritoneumhoz mintegy 5 cm.-nyi vonalban kötőszövetesen odanőtt. Máj méretei: 20 × 15 × 8 cm. Tokja foltonként kissé vastagodott, szürkés, helyenként kötőszöveti szalagok kötik össze a rekesz alsó felszinével. Állománya kissé szívós. Metszéslapja tarka. Az acinusok közepe sárgás-szürke, peripheriája sötét barnás-vörös. Kisebb és nagyobb erek körül mindenütt vastagodott a kötőszövetes fal. A lép környezetével részben szorosan összenőtt. Méretei: 10 × 7·5 × 5 cm. Állománya szívós, metszéslapja sötét barnás-vörös. A metszéslapról kiemelkedő gombostűfejnyi gümők. Mesenteriális mirigyek duzzadtak. Bennük szétszórt kölesnyi gümők. Vékonybél nyálkahártyáján több lencsényi-babnyi gümős fekély. Vesék valamivel nagyobbak, szívósak, halvány barna-vörösek. Mindkét mellürben körülbelül 1/2 liternyi tiszta sárgás savó. Mindkét oldali mellhártyán szétszórtan gombostűfejnyi és kisebb gümők. Az összes tüdőkarélyokban számos acut bronchopneumoniás gócz. A bal alsó tüdőkarély elülső szélével a szívburok csúcsi részéhez odanőtt. E helyen az összenövést okozó kötőszövetben borsónyi, sajtos tömeg. Jobb felső karély széli része a szívburok jobb oldalához kötőszövetesen odanőtt. *Viscerális és parietális szívburkot kocsonyás, sárgásszürke fibrinosus izzadmány tapasztja össze; ezen izzadmány körülbelül 1/2—1 cm.-nyi vastag tömeget alkot az egész szív körül.* Szív rendes nagyságú, kissé tágult jobb pitvar, szívgyomrok concentrikus ürkisebbedést mutatnak. Izomzat halvány barna-vörös, kissé szívós.

A *szövettani vizsgálat* eredménye, mint a 2. sz. esetben.

5. eset.

V. Mari, 11 éves. Felvétetett 1901. október 15.-én. Elbocsáttatott 1902. augusztus 26.-án.

Három hó óta veszik észre hasának növekedését. Tuberculosus anamnesis. A törzs elülső részén anastomáló tág venahálózat. Ajkak, ujjak kissé cyanotikusak. Nyakon nehány mirigy.

Tüdők felett gyér zörejek. Szívlelet teljesen normális. Has igen erősen nagyobbodott, köldök kissé előboltosuló. Szabad folyadékfelhalmozódás. Az igen feszes hasfalak mellett ballottement segélyével a máj mint a bordaívet jó három ujjnyira túlhaladó test tapintható. Vizelet tiszta. Beteg láztalan. Pulsus eléggé telt, perczenként 120, szabályos. Tuberculin-reactio negativ.

Október 22.-én. Punctio alkalmával három liter folyadék, fajsúlya 1017, fehérjetartalma 4% (*Esbach*). Közérzet jelentékenyen javult.

Az ascites fokozatosan növekszik. November 8.-án *Talma*-mütét. Nagymennyiségü hasvíz folyik el. Máj elülső széle erősen lekerekített, a máj domború felülete a rekeszhez kötőszövetesen odanőtt. Ez összenövés előtt, tehát még az elülső felszin alsó részén, közel a szabad szélhez, a ligamentum falciforme hepatis mellett több babnyi-galambtojásnyi, tiszta savós tartalmú cysta van, melyek subcapsulaer elhelyezésben, egész felületesen fekszenek. A cysták közötti területeken a máj tokja erősen megvastagodott, opák, szürkésfehér színü, több helyen csillagszerü és kissé behúzódott. A máj tapintata a rendesnél tömöttebb, szívósabb, de a mellett összenyomható, úgy hogy egyenletes nyomásra az elülső szél fillérnyi vastagságig comprimálható; az összenyomás hirtelen megszüntével a máj gyorsan eredeti térfogatára tér vissza, tehát teljesen *cavernosus* typusú. Ennek megfelelőleg ott, a hol a tok nincs megvastagodva, tehát áttünő, a *hepar moschatumnak* megfelelő rajzolat tünik át. Az egész máj tetemesen megnagyobbodott. Bal karélya mélyen be a bal hypochondrium alá követhető és itt kötőszövetesen a rekeszhez rögzített. A májkapu képződményei rendesek. Az epehólyag serosája kissé opák. Az egész hasürben úgy a fali, mint a viscerális serosa rendes.

Műtét után a has körfogata lassan növekszik, úgy hogy deczember 2.-án haspunctio válik szükségessé; három liter folyadék (fajsúly 1015).

1902. február 2.-án. Punctio: egy liter (fajsúly 1022). Február 25.-én. Punctio: egy liter (fajsúly 1021). Április 25.-én. Punctio: négy liter (fajsúly 1018). Jobb tüdőcsúcs felett tuberculosus infiltratio tünetei. Máj 5 ujjnyi. Has lassan növekszik. Augusztus 26.-án elbocsátjuk.

Ugyanez év november 30.-án újolag felveszszük. Ajk nem cyanotikus, has nem növekszik, bár benne kis folyadékfelhalmozódás kimutatható. Az időközben hernia umbilicalis miatt végzett műtétnél látható, hogy a csepleszen, s még inkább a vékonybelek serosáján számos kis gombostűfejnyi halvány gümő van.

1903. május 22.-én elbocsátjuk.

6. eset.

S. Andor, 8 éves. Felvettük 1902. augusztus 4.-én. Elbocsátottuk 1903. márczius 23.-án.

Öt hó előtt nálunk mellhártyalob és polyarthritis ellen kezeltetett. Állítólag egy hó óta szívdobogása van. Három hét óta veszik észre a has körfogatának növekedését. Tuberculosus anamnesis nincs.

Ajkak kissé kékesen színezettek. Tüdő- és szívlelet rendes. Has

mérsékelten elődomborodó, benne csekély mennyiségű szabad folyadék. Máj a köldökig ér, alsó széle éles, felülete sima. Vizelet normális. Beteg láztalan. Pulsus mérsékelten telt, kissé szapora, szabályos.

Augusztus 14.-én. *Talma-műtét.* Máj erősen hyperaemiás, tömött. Hashártya sima, fénylő.

Augusztus 29.-e óta az ascites — bár lassan — növekszik, de csak 1903. február 24.-én válik szükségessé a haspunctio, mely alkalommal 1½ liter világos-sárga savót bocsátunk ki. Fajsúlya 1020.

Márczius 23.-án elbocsátjuk.

7. eset.

H. Regina 9 éves. Felvétetett 1904. julius 27.-én. Elbocsáttatott 1904. október 13.-án. 2 év óta veszik észre hasának lassú növekedését. Néhány hét óta lábai is dagadnak. Előrement betegségről nem tudnak.

Cyanotikus ajkak. Mellkas felett normális lelet. Has nagyobb fokban elődomborodó, szabad folyadékfelhalmozódás. Három ujjnyi tömött, vaskos szélű, sima felületü máj. Lép nem tapintható. Beteg láztalan. Pulsus kissé szapora. Vizeletben fehérjenyomok; alakelemek nincsenek.

Augusztus 13.-án *Talma*-műtét: Máj nagy, tompa szélü és kifejezett moschatum-rajzolatot tüntet fel. Mérsékelt ascites. Hashártya sima, fénylő. Műtét után az oedemák csak lassan növekszenek.

8. eset.

T. István. 5 éves. Felvétetett 1903. junius 4.-én. Elbocsáttatott 1903. szeptember 3.-án. 2 hó óta növekszik a hasa, 1 hó óta scrotuma, penise, s végül a lába is megduzzadt.

Ajkak kissé cyanotikusak. Tüdőlelet normális. Szívtompulat a III. borda alsó szélén kezdődik és kifelé az V—VI. borda közt a bimbóvonalon túl egy harántujjal végződik, befelé mint absolut tompulat majdnem a jobb szegyszélig ér, mint relativ másfél harántujjal haladja azt túl. Szívhangok tompák. Az egész szív felett a szívműködéstől és a légzéstől függetlenül kaparó zörej hallható, mely magán viseli a pericardiális dörzsölő zörej összes jellegeit. Igen kisfokú szabad hasvízkór. Három harántujjnyi máj, két ujjnyi lép. Vizelet tiszta. Beteg láztalan. Pulsus kis hullámú, 118 perczenként. Diureticumokra az oedemák tünnek, s nehány nap mulva pericardiális zörej csak gyengén hallható. Majd ismét növekszik a has körfogata. Csekély dyspnoë. A pericardiális zörej eltünik.

Augusztus 6.-án *Talma*-mütét. Ezután a cyanosis csak kisfokú, hasvízkór alig mutatható ki, a májtumor növekszik.

(Folytatása következik.)

Az epekövek kórtanának mai állása és az epekőbetegség sebészi kezelésének javalatai.

Irta: *Pólya Jenő Sándor* dr, közkórházi rendelő orvos.

(Folytatás.)

A nyálkahártya egyszerű duzzanata, a nyálkahártyaredők simplex hypertrophiája már önmagában növeli azt a lehetőséget, hogy bakteriumok megtelepedjenek. Az ilyen nyálkahártya rücskös, ránczos, a bakteriumok ezen ránczok fenekén kiesnek az epeáramlás útjából, s azért itt kedvezők a viszonyok arra, hogy elszaporodjanak. Még nagyobb fontossággal birnak a hegek, melyek akár a lobfolyamat alkalmával képződött gangraenosus foltok, exulceratiók, akár az ez alkalommal létrejött vérzések nyomaként maradnak vissza. Már kis hegek is az által, hogy göröngyössé, egyenetlenné teszik a felszint, bakteriummegtelepedésre praedisponálnak, míg nagyobb hegek, különösen a hólyagnyakban, a cysticusban az epepassage tartós zavarára szolgáltathatnak ennek minden következményével egyetemben okot. Ugyanazt tehetik a hólyag testében is igen kiterjedt hegek, a minők különösen gangraenák után támadhatnak s a hólyagnak homokóraszerü formáját hozhatják létre. Tudnunk kell azonban, hogy az epehólyag ilyen homokóraformája congenitális is lehet.

A muscularisban lejátszódó lobfolyamat következtében az epehólyag fala vastag (néha 1·5—2 cm.-nyi is), kemény, merev lesz. Az izomelemek sorvadnak. Ezen változások egyaránt kedvezőtlenül befolyásolják úgy az epehólyag tágulékonyságát, mint összehúzódási képességét, valamint rugalmasságát is. Az újonképzett heges kötőszövettömeg, mely az izomrétegek közé lerakódott s azokat sorvasztja, egyfelől ellenáll a hólyag mindennemü térfogatváltozásának, másfelől lehetetlenné teszi az izomsejtek functioját.

Még inkább fokozza az epehólyag merevségét, ha akár perforatio következményekép, akár a gyuladásnak a nyirokpályákon át a hólyag serosájára való ráterjedése miatt has hártyaösszetapadások, pericholecystitikus adhaesiók állanak fenn. Ezek az epehólyagot rögzítik a legkülönfélébb szervekhez, a májhoz, epeutakhoz, csepleszhez, gyomorhoz, duodenumhoz, mesocolonhoz, vastagbélhez; néha az appendix, sőt az ovarium is az összenövések körébe van vonva. S míg az összenövések egyfelől ezen szervekben a legkülönfélébb zavarokat idézhetik elő, másfelől az epehólyagot az általuk való vongáltatásnak teszik ki, megtörik tengelyét, szükítik belvilágát, akadályozzák összehúzódását s ez által úgy teljes kiürülésének, mint tökéletes kitágulásának gátat szabnak. Hogy pedig ezzel mennyire előmozdítják a bakteriumok elszaporodását a hólyagban, azt már volt alkalmunk bőven kifejteni.

Az a kórboncztani kép, a melyet az ilyen sokszoros cholecystitisen és pericholecystitisen átment epehólyag nyujt, elég változatos. Már említettük azon eseteket, midőn a cysticus-elzáródás állandósulása folytán retentiós daganattá (hydrops, empyema) alakul a hólyag. Ilyenek csak addig keletkezhetnek, míg a hólyag tágulékonyságát, rugalmasságát még meglehetősen megőrizte; másodlagosan persze ezeknél is beállhat a falzat lobos elkérgesedése, a környezethez való odatapadása. A későbbi stadiumokban, midőn az epehólyag fala tetemesen vastagodott, heges, midőn mindenféle összenövések által rögzített, avagy épen callosus tömegekbe ágyazott, a cysticuselzáródás nem tudja többé a hólyag kitágulását előidézni, az empyemás hólyag kicsiny tyúktojásnyi, diónyi és még kisebb marad. Egyáltalán ezen időszakban a hólyag mindinkább a zsugorodásra mutat hajlamot, gyakran cseresznyényi, sőt babnyi nagyságúvá fonnyad össze. Kő ilyenkor akárhányszor már nincs is benne, sőt lumene teljesen eltünt, obliterált lehet; ismét más esetekben pedig az egész lument kitöltő s az epehólyag lenyomatát adó solitaer kő foglal benne helyet.

Gurdélyok (diverticulumok) képződése egy további vonása a régi cholecystitisek anatomiai képének. Ezek vagy úgy keletkeznek, hogy hegesedés által az epehólyag egyes részei lefüzetnek, vagy úgy, hogy valamely ulceratio helyén az epehólyagfal az intravesicális nyomásnak engedve, kiboltosul. Ezen diverticulumok oly nagyságot érhetnek el, hogy akár az egész epehólyagnak imponálhatnak, nyomást gyakorolhatnak az epeutakra, a kapugyüjtőére, s átfúródva különféle természetü hashártyagyuladásokat idézhetnek elő, a gyomorbéltractussal, az epeutakkal közlekedésbe léphetnek.

Az is megtörténik, és pedig elég gyakran, hogy az epehólyag falában, vagy a hólyag körül levő hashártyaösszenövésekben epeköveket találunk. Sokszor a hólyagot igazán nehéz ilyen elhúzódó esetekben felismerni, így ha callosus tömegek közé van ágyazva a teljesen kifekélyesedett falú, genyes folyadékkal telt epehólyag, mely az epehuzammal már rég nem közlekedik s inkább egy eltokolt tályogür, mint az epehólyag benyomását kelti. Végül a teljesség kedvéért újra említenem kell a chronikus cholecystitis kórboncztani sajátságai közt az epehólyagot más szervekkel összekötő fistulákat.

A nyálkahártya egyszer elvékonyodott, sima, egészen savóshártyaszerű, máskor meg sokszorosan kifekélyesedett, a fekélyek sarjai közé benött kövekkel. Ritkábban csak egyszerüen szemölcsös.

Néha jóindulatú polyposus, papillomatosus burjánzások indulnak ki a nyálkahártyáról, melyeknek *Mettenheimer* egy időben a kőképződés körül szerepet tulajdonított, melyek azonban úgy látszik inkább következményei az epekövek által fenntartott izgalomnak.

A legsúlyosabb jelentőségü változás azonban, mely az ilyen régi köves epehólyag nyálkahártyáján található, annak rákos degeneratioja, mely sokkal gyakoribb mint gondolnók. Még mielőtt makroskopice nyoma is volna a ráknak, már ki lehet néha az ilyen

epehólyagokban atypikus burjánzásokat mutatni (*Benda*, *Körte*), melyek a carcinomaképződés kezdeteit jelképezik, azonban kifejlődött typikus carcinomával is igen sokszor találkozunk epekövek mellett, úgy műtétkor, mint boncoláskor.

Az epekövek következtében keletkező rák typikus helye ugyanis az epehólyag, míg az epeutakban, a choledochusban és a papilla Vateriben a rák kőtől függetlenül szokott támadni. Az epehólyag carcinomája oly szorosan összefügg a kővel, hogy pl. a *Courvoisier* által összeállított 84 epehólyagrákeset közül 74-ben volt jelen kő. Más szerzők statistikái (*Siegert*, *Musser*, *Bayle*) hasonló eredményeket mutatnak. A rák különben képződhetik a kövek eltávolítása után is. Igy *Troje* egy *Kehr* által végzett cystostomia után 2 évvel látott papilláris növedékeket kiburjánozni a sipolynyiláson, a melyeknek histologiai vizsgálata carcinomát mutatott. Hasonló esetet ir le *Lawford Knaggs*, hol körülbelül 1 évvel a cholecystostomia után keletkezett a carcinoma. Fontos az is, hogy sokszor a rákképződés csak akkor indul meg, midőn a cholelithiatikus folyamat már hosszú ideje, igy *Körte* esetében 14 év óta, megszüntnek látszott.

Hogy a rák epekövek kapcsán sokkal gyakrabban fejlődik, mint azt a priori gondolnók, arra *Slade* vizsgálatai vallanak. Ő 180 sectio közül 33 ban talált epeköveket; ezek 17 esetben nem okoztak in vivo tüneteket, 16-ban többé-kevésbé súlyos zavarokkal jártak. A 17 latens eset közül 1-ben sikerült histologice rákot kimutatni, a tüneteket okozó 16 eset közül pedig 9-ben volt rák jelen. Az összes epekőeseteknek 30%-ában, a tünetekkel járóknak 56%-ában, s a lobos vastagodást mutató epehólyagok 58·8%-ában (12 közül 5-ben) volt rák kimutatható. Szerző a rák létrejövetelében az érdes idegen testek okozta izgalomnak s az infectiosus cholecystitisnek egyaránt tulajdonít szerepet.

Az epehólyagrák metastasisokat képezhet a májkapuban, a mesocolonban fekvő, továbbá a retroperitoneális nyirokmirigyekben, a májban, nem egyszer okoz súlyos icterust, és sokszor kiséri genyes gyuladás az epehólyagon belül.

Az acut és chronikus cholecystitis, úgyszintén a cysticuselzáródás az egyénre nézve csak olyan jelentőséggel bir, mint a hasür bármely bakterium-tartalmú üreges szervének az átfúródás veszedelmével járó, avagy hosszas fájdalmakat és egyéb nehézségeket okozó gyuladása, és e tekintetben sokkal kevésbé félelmetes, mint akár a gyomorfekély, akár az appendicitis, vagy a béltractus egyéb helyének lobos vagy fekélyesedő folyamata. Egy csapásra megváltozik a helyzet akkor, ha a kő a choledochusba kerül. A choledochuskő 2 újabb veszedelmet rejt magában. Ezek: 1. az epepassage teljes megakadása és az epében levő mérges anyagok felszivódása, 2. a fertőzés átterjedése a nagy epeutakból az epe csatornácskák hálózatára és magára a májra.

A choledochusba került kő vagy eltávozik a Vater-papillán át a bélbe, vagy a choledochusban visszamarad és ott tovább növekszik. *Langenbuch* és előtte mások (*Thudichum*, *Charcot* stb.) azt vették fel, hogy a kövek a choledochusból a hepaticusba vándorolhatnak akár oly módon, hogy csekély fajsúlyuknál fogva felemelkednek, akár úgy, hogy külső nyomás idehajtja őket, akár pedig úgy, hogy a máj valamiképen szivó hatást fejt ki rájuk. Ez azonban kevéssé valószinü. Azt pedig, hogy a choledochuskövek a cysticusba és hólyagba visszajutnának, egyenesen kizártnak tartjuk, bár *Laborde* experimentális vizsgálataiban azt találta, hogy ez nem lehetetlen, mert a kutya choledochusába tett 6 kő közül négyet a bélben, kettőt az epehólyagban talált meg.

Hepaticus-kövek rendszerint choledochuselzáródásnál, a choledochus nagyfokú szükületeinél találtatnak (*Courvoisier* 51 esete közül 45-ször), vagy legalább is oly jelek mellett, melyek bizonyítják, hogy a choledochuson valamelyes (köves) elzáródás már volt előbb. Ilyen körülmények közt joggal felvehető, hogy azok az epeútbeli puha bilirubinmészkövek, melyek normális viszonyok közt nehézség nélkül elhagyhatják a choledochust, megakadnak és tetemes nagyságra nőnek, és pedig ha az epepangás oly nagy, hogy a májbeli epeutak hosszabb ideig nem ürülnek ki, akár ott helyben nőnek meg nagyra s igy keletkeznek a choledochusbeli epepangás mellett a hepaticus és a májbeli epeutak kövei. Mindenesetre ezt kell általános szabálynak tekinteni, bár meglehet, hogy kivételes esetekben hólyagkövek is jutnak a hepaticusba és ágaiba, például olyankor, ha a choledochus elzáródott s ezen állapotában tömegesebben ürülnek belé az epehólyagból kövek; ezek akkor a kitágult hepaticust is megtölthetik, sőt kedvező viszonyok közt akár a májig is feljuthatnak.

Facettált kő jelenléte a májban — ezt is leirták már — mindenesetre a kőnek az epehólyagból való származása mellett szól, és ha nem perforatio útján került oda, akkor az epeutakon való feljutását kell feltételeznünk.

A choledochuskövek távozására a choledochus tágsága, izomereje s a kő nagysága és alakja bir befolyással. Az epe nyomása nem jöhet szóba, mert az, mint már említettük, addig a magasságig, hogy kihajtó erőként szerepeljen, sohasem emelkedhetik, hisz már jóval alacsonyabb intrahepatikus nyomás megszünteti az epesecretiót, s igy az epe nyomásnövekedésének határt szab.

A choledochus tágabb a cysticusnál (5·5—7·5 mm. átmérőjü). Minden choledochuselzáródás jelentékenyen tágítja a choledochus ürterét, úgy hogy extrem esetekben ez a vékonybél vastagságát is eléri, sőt gyermekfejnyi mekkoraságú és a hasfalon át kitapintható is lehet. A tágulás a choledochuskő eltávozása után is csak bizonyos mértékig fejlődik vissza, úgy hogy a kövek a choledochust tartósan tágítani képesek. Azonban állandóan visszamarad egy szük hely, s ez a papilla Vateri, továbbá a choledochusnak a duodenum falzatában lefutó darabja, melyet az *Oddi* féle sphincter vesz körül. Ezt a kövek nemhogy tágítanák, hanem rajta a kő áthatolása közben támadt berepedések, fissurák, excoriatiók és exulceratiók hegesedésének következményeképen inkább tartós szükületek keletkeznek, melyek azután a későbbi kövek áthatolását mind nehezebbé teszik.

Maga a choledochus izomzata, a kövek kihajtásának egyik főfactora, azonban csak egy ideig hypertrophizál; mennél több és mennél súlyosabb gyuladáson ment át a choledochus, annál jobban szenvednek izomelemei oly módon, mint a hogy azt az epehólyag izomzatára nézve cholecystitisnél leirtuk, s az epevezeték fala annál merevebb, a kövek kihajtására annál alkalmatlanabb lesz. Egyáltalán a kövek áthaladása a choledochuson át lobot idéz elő, melynek lehet egyszerü nyálkahártyaduzzadás, felületes exulceratio a következménye, de a mely odáig fokozódhatik, hogy mély fekélyedések, átfúródások keletkeznek a choledochus falzatában. Az ezáltal előidézett complicatiók száma legio, és a baj további lefolyása ez által kedvező vagy kedvezőtlen módon befolyásoltatik. Igy ha a fekély a bélbe, különösen a duodenumba tör át, és egy belső epefistula keletkezik, ezen át jelentékeny nagyságú kövek is nagy számban távozhatnak, vagy legalább az epe lefolyása a bélbe a papillának fennálló köves elzáródása ellenére helyreállhat. Ha ellenben a fekély a környezetbe perforál, pericholecystitikus és retroperitoneális tályogok keletkezhetnek minden várható, előbb vázolt következményeikkel együtt. Máskor a choledochusbeli lobfolyamat a vena portaera vagy annak valamely ágára (különösen a vena lienalisra) terjed át, genyes pylephlebitist idézve elő, sőt maguk a kövek is belétörhetnek a kapugyüjtőér ürterébe. Ugyancsak átterjedhet a lobfolyamat a choledochus mellett levő nyirokmirigyekre s ezeknek akut vagy chronikus megnagyobbodását, megkeményedését avagy genyedését idézheti elő, a mi által újra a choledochus, a vena portae összenyomatása, pericholecystitikus vagy pankreasbeli (*Körte*) genyedés jöhet létre. Ha a choledochusban diverticulumok jönnek létre (rendszerint egy-egy fekélyedés helyén), a melyek szintén igen nagy terjedelmet érhetnek el, akkor az epevezeték s a kapugyüjtőér összenyomatásának s a choledochus körüli genyedéseknek egy újabb lehetősége forog fenn.

A choledochuskövek általában véve nagyobbak a hólyagköveknél, és igen sokszor találunk oly concrementumot, melyről biztos, hogy a cysticuson át nem jöhetett, mely tehát a hólyagból odakerülve, ott helyben, a choledochusban nőtt meg. Nagysága néha szilva—tyúktojásnyi, sőt még nagyobb is lehet (pl. 12 cm. hosszú és 5 cm. széles *Courvoisier*-nál), de előfordul, hogy a choledochust nem is kő, hanem sürü sárszerü massa tömi el, mely iszapszerüen tömi be a csatornát; igy alkalmam volt ezt magamnak is egyik műtétemnél látni, a hol e sárszerü tömeg hónapokig tartó súlyos tüneteket, teljes choledochuselzáródást okozott.

A choledochuskövek nagysága átjuthatásuk szempontjából fontos. *Naunyn* szerint többnyire csak borsónyi, legfeljebb mogyoró nagyságú kövek hagyhatják el per vias naturales az epetractust. *Kraus* azonban 9 bonczleletet állított össze, a hol az életben elment galambtojásnyi kövek csak a normális utakon távozhattak el. Viszont máskor műtétnél 1 cm.-nél kisebb átmérővel biró kövek találhatók a choledochusban, melyeknek az anamnestikus adatok szerint hetek óta kellett ott heverniök (*Körte*, magam is láttam ilyen esetet). Mindenesetre igen sok függ a kő eltávozása tekintetében attól is, vajjon minő állapotban van a choledochusnyálkahártya. Ennek lobos duzzadása, exulceratioja, melyben a kő egy sarkával megakadhat, lényegesen megnehezítheti annak távozását.

Állatkisérletekben is tapasztalták különben, hogy nagy kövek kis kutyáknál 0·8, középnagyoknál 0·9 mm.-ig keresztül mentek, s apró porcellángolyók végül megakadtak oly állatokban, melyekben már több nagy kő távozott volt (*Ehret* és *Stolz*). Szóval az egyszerű mechanikus momentumokon kivül is vannak tényezők, melyeknek a kövek eltávolodásában szerep jut, s ezek minden valószinüség szerint: a choledochus összehúzódási képessége és complicált beidegzési viszonyai.

Egy további pont, melyre ki kell térnünk, a choledochusnak a kő által való elzáratása. Tulajdonkép a legkevesebb kő alkalmas már formájánál fogva is arra, hogy a choledochust teljesen elzárja; a kövek alakja rendszerint szabálytalanul szögletes, és így ha egyes élek és szögletek neki is feküsznek az epevezeték falának, a lapok mellett még maradnak rések, a melyek mellett az epe lecsuroghat. De azt is kell számba vennünk, hogy a choledochus igen tágulékony s azért ha gömbölyü felszinü tojásdad kő (epehólyagsolitaer, vagy a choledochusban megnőtt kő) ékelődik is belé úgy, hogy azt a falzat mindenütt egyenletesen körülveszi, ez a teljes beékelődés csak bizonyos rövid ideig tarthat. A kő felett meggyült epe ugyanis tágítja a choledochus falzatát, s a cső kitágulása folytán az előbb szorosan illő kő meglazul és újra rés keletkezik a falzat és a kő között, melyen át az epe a bél felé csuroghat. Igy érthető az, hogy igen nagy choledochuskövek mellett (pl. olaszmogyorónyi *Kehr* esetében) az icterus és az epeútobstructio egyéb következményei egyáltalán nem jelentkeztek. Teljes mechanikus obstructio leginkább akkor következhetik be, ha a kő a choledochus intraduodenális részében s a papilla Vateriben akad meg.

A choledochus elzáródásának következményei: az epealkatrészeknek a vérbe való felszivódása, az icterus, az epevezeték alsó részében rendszerint nagyobb számmal előforduló bakteriumok elszaporodása a májbeli epeutakban s az ezek által szitott gyuladás, a cholangoitis.

Tévedés volna azonban azt hinni, hogy ezen állapotok csupán a choledochus teljes obstructioja mellett állhatnak be. Sőt ellenkezőleg, míg a choledochust látszólag teljesen elzáró köveknél, mint fentebb hangsúlyoztuk, hiányozhatnak, fennállhatnak oly esetekben, hol a choledochusban csak apró concrementumok vannak jelen, melyek mellett az epének bő lefolyása lehetne, sőt fennállhatnak olyankor is, midőn a choledochusból az összes kövek eltávoztak (*Musser* és *Keen*), avagy müvi úton eltávolíttattak (*Riedel*, *Ehret* és *Stolz*), továbbá ott, hol choledochuskövek nem is voltak jelen, csupán csak az epehólyag volt megbetegedve.

Ezen tapasztalatok máris utalnak arra, hogy a kövek kapcsán támadó icterus és a vele együtt járó jelenségek nem egyedül a choledochus mechanikus obstructiojától függenek, s a kövek kapcsán keletkező icterus lefolyása, minősége már *Naunyn*-t annak a kijelentésére birták, hogy az irreguláris cholelithiasis kórképében az icterus nem irható egyszerüen az epepangás rovására.

S azért a legtöbb szerző különbséget tesz a mechanikus és functionális (*Leichtenstern*), a lokális eredetü és diffusionális vagy acachektikus (*Liebermeister*) s a valóban köves eredetü (reell lithogen) és lobos (*Riedel*) icterus között.

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

A német sebésztársaság, a német Röntgen-társulat és a német orthopaed-sebésztársaság ez évi congressusa.

(Folytatás.)

A német sebésztársaságnak *Körte* elnöklése alatt lefolyt XXXV. congressusán az egyik főtárgy a *hadi sebészet* volt, különös tekintettel a lefolyt orosz-japán háborúban tett tapasztalatokra. Érdekes, hogy ezen discussioban német orvosok vettek részt, a kik a német vörös-kereszt egylet részéről voltak kiküldve, hogy emberbaráti működés kifejtése mellett tudományos tapasztalatokat szerezzenek. Orosz részről is többen jelentek meg. Japán orvos vagy sebész nem mutatkozott a congressuson, pedig a ki ismeri a német egyetemek és kórházak viszonyait, jól tudja, hogy ott évek óta japán orvosok a legnagyobb szorgalommal, bámulatraméltó kitartással és ügyességgel tanultak, dolgoztak és sajátították el a sebészek müvészetét és tudományát. *Henle*, a breslaui sebész volt az egyedüli, a ki mint a vörös-kereszt egyletnek Tokioba küldött képviselője, a japán oldalon tett tapasztalatairól számolt be.

Zöge-Manteuffel nyitotta meg a hadi sebészeti előadások sorozatát. A harcztéren szereplő *első orvosi segélyről* értekezett. A katonaorvos működésének főrésze a lefolyt orosz-japán háborúban éjjelre esett, mert a tulajdonképeni ütközetek az éjjeli sötétség bekövetkezte után a futó árkokban játszódtak le. Nappal csak egy-egy karcsú füstfelleg jelezte a sivár rónákon a csapatok állását. Száz százhúz sérültet kellett ellátniok. A mai taktika szerint az első segélyadásra a harcztéren a „Regimentsverbandsplatz"-ot jövőre egy „Hauptverbandplatz"-nak kell pótolnia. A harczolók 3—7 kilometer távolsága mellett ezen téren belül alig lehet az orvosnak hasznos szolgálatot tennie. A modern lövegek nagy hordképességére való tekintettel a sérülteket a harczvonal mögé nagy távolságra kellett szállítani, hogy biztonságban legyenek. A legjobb szolgálatokat tették a vörös-kereszt berendezései a vasutak mentén, mert a sérült katonák maguktól is a vasúti állomások felé igyekeztek, továbbá a felvonulási vonalon. Az úgynevezett repülő kolonok, melyek csupán lovakat, illetőleg öszvéreket használtak a szállításhoz, Mandsuriának rossz utain igen beváltak. A ló és öszvér oda is eljutott, a hova kocsival eljutni nem lehetett. A finn rugós kocsik és az öszvér-hordszékek használhatósága különösen kiemelendő. Manteuffel a veszteségek összességét egy ütközet után a létszám egy harmadára, a veszteséget pedig sérülés következtében a tényleges létszám 1/4 ére tette. 100 harczolóra 1 orvost tart szükségesnek. Hogy a test milyen regioi sérültek, leggyakrabban, az a tereptől függött. A japán kis caliberü lövegek okozta sérülések határozottan jobb gyógyulási arányokat mutattak. A *koponyasérüléseknél* általában a régi Bergmann-féle elvet vallja: „noli me tangere", de *tangentiális* sérüléseknél csontszilánkokat távolított el, a sebet hajaktól a megtisztította, szóval *activabb* eljárást követett. Csatornás (Rinnenschüsse) lövéseknél a be- és kihatolási kaput trepanatióval egyesitette *Abscessusokat* megnyitott, bennmaradt lövegeket később, ha t. i. jelenlétök Röntgen-sugárral diagnostizálva volt és zavarokat okoztak, eltávolitani igyekezett. *Nyaki* és *tüdősérüléseknél* conservativ volt, a szív lött sebzésének 7 esete szintén conservativ kezeléssel gyógyult. A *gerinczoszlop* áthatoló lött sebénél ne operáljunk, csak ott, hol a löveg benn maradt. Kisértsük meg a szerencsétlen sérültet a löveg eltávolításával megmenteni. *Haslövéseknél* primaer ne avatkozzunk be, *májlövések* gyakrabban tamponadot tettek szükségessé, természetesen csak akkor, a mikor már megvolt az antiseptikus eljárásnak a lehetősége. *Végtagsérüléseknél* a gyps-kötések tették a legmegbizhatóbb szolgálatokat.

Schaefer, a kit a berlini Langenbeck-alapból küldtek ki hadi sebészetet tanulmányozni, a *harczképesség helyreállásának idejét* vizsgálta a *modern lövegek okozta sérülések* után. A mukdeni ütközet után 2 orosz orvossal 7000 esetet vizsgált meg e czélból. Ezen ütközetben nagy arányúak voltak a veszteségek, de érdekes, hogy a vion-villei, mars la touri, gravelotti ütközetek legalább is olyan véresek voltak, mint az orosz-japán ütközetek. Igen csekély azon esetek száma, melyek a sérüléseknek utólag estek áldozatul. A sérültek meglepően nagy száma vált igen gyorsan megint szolgálatképessé; 3 hónappal a mukdeni ütközet után a sérülteknek körülbelül fele megint a harczvonalban állott. Egyes ezredek-

ben körülbelül 70%-a a sérülteknek volt ilyen. Helyenként az előadó 500 ismét szolgálatot tevő sérültet látott. Az orosz törzskarban ezen tapasztalatok meglepetést okoztak, s egy tábornok az ezen irányban való kutatást meg akarta tiltani azon okból, mert tartott tőle, hogy a világ kineveti az oroszokat, hogy a japánok ily nyomorult fegyverekkel megverték őket. Az előadó szerint az arányok fényes bizonyítékai az orosz katona kitartásának és áldozatkészségének, de talán mégis inkább és első sorban a japán kis kaliberü-lövegeknek tulajdoníthatók. A tüzérség hatása súlyosabb és jelentékenyebb volt, mint 1870—71-ben. A sérültek aránya a holtakhoz képest a gyalogságnál 1 : 5, a tüzérségnél 1 : 9 volt. A halottak száma a megelőző háborúkhoz viszonyítva megkevesbedett, a könnyen sérülteké pedig erősen megnövekedett Az első segélyre szolgáló kötszer-csomag nagy értékéhez kétség nem férhet, a sebesüléseknél túlnyomó részben a csapatok maguk alkalmazzák az első kötést már a harczvonalban, úgy hogy a sérültek 1/3-a, legfeljebb fele jut a fő kötözőhelyre. Az operativ beavatkozások száma is rendkivül csekély. Schaefer azt tapasztalta, hogy ennek oka nem egyedül a lövegeknek bizonyos távolságból való kisebb hatásában, hanem a sérült szövetek consistentiájában is rejlik.

Közbevetőleg említem *Goldammer* (Hamburg) előadását, mely ugyan nem az orosz-japán háborúra, de szintén a hadi sebészetre vonatkozott, a mennyiben a délnyugat-afrikai háborúban szerzett tapasztalatait a *száraz sebkezelésről adta* elő. A rendkivüli vízhiány, mely a háborút is megnehezítette, természetesen nagyon érezhető volt az orvosi gyakorlatban is, különösen a sebkezelésben. Vászonba csavart jodoforme-gaze-zal, melyet magukkal hordtak, fedték a sebet s azt pólyával vagy tapaszszal rögzítették. Csontsérüléseknél (töréseknél) sín- és főleg gyps-kötéseket alkalmaztak. Ezen gyps-rögzítőkötések a törött végtagokon és különösen áthatoló izületi lőtt sérülések mellett rendkivül hasznos szolgálatokat tettek. Az ilyen kötéssel a betegek hosszú szállítást is jól elbirtak. Genyedés legtöbbször akkor támadt, ha a rögzítés hiányos volt. 104 esetből 87 elsődleges gyógyulást látott. 14 esetben genyedés, 3-ban pedig (rosszul rögzített csonttöréseknél) halál volt a kimenetel. Orbánczot 3 esetben látott. A sérültek közül 58 szolgálatképesen tért vissza a csapathoz.

Bornhaupt (Riga) az *izületek lőtt sebeiről* tett tapasztalatait adta elő. A charbini vasutállomáson levő kórházban, 6 nap járásra a tüzvonal mögött müködött, vagyis az első kötés eredményének megitélésére igen alkalmas helyen. 157 *izületbe hatoló* lőtt sebet kezelt, a mi az összes sérüléseknek 7%-át tette. A legtöbb a térdizületet illette (54%), 32% a könyökizületet, 12% a vállizületet. A csipő- és kéztőizület ritkán szerepelt. 108 esetben puskagolyó okozta a sérülést, 27-ben schrapnell, a többiben pedig gránát-szilánk. Genyedés leggyakrabban a bokaizületben támadt. A térdizület golyóokozta lőtt sebei zavartalanul gyógyultak. Schrapnell-lövések már inkább okoztak genyedést. Bármily löveg bennmaradása rendesen genyedésre vezetett. 44 esetben kellett operative beavatkoznia; genyedés miatt 14 amputatiót, 1 exarticulatiót a csipő, és 1-et a vállizületben végzett. A mortalitást (összesen 7) a csipő- és térdizület genyedése fokozta.

Brentano az *erek lőtt sebeit* tanulmányozta. A kis kaliberü lövegek használata óta ezen sérülések gyakoriak, mert az erek nehezebben tudnak kitérni e lövegek elől. Ennek ellenére az elvérzési halál a harcztéren ritkább, mert a be- és kihatolási nyilás rendesen kicsiny s azért könnyebben képződnek thrombusok. Az ereket a löveg vagy surolja, vagy átfúrja, vagy elszakítja. Ilyen esetekben természetesen az érvarrat volna a legmegfelelőbb, ez azonban a harcztéren alig vihető ki s azért az aseptikus compressiós kötés szolgál első segélyül, még a carotis sérülése esetén is. A további kezelés csak a kórházban vihető ki, a hova a sérültek rendesen haematomával jönnek, melynek spontan visszafejlődését legjobb bevárni. A gyakran igen gyorsan képződő aneurysmák kiirtandók; az arterio-venosus aneurysmákat át kell metszeni és az egyes ereket varrattal egyesíteni. Egy aortakészitményt áthatoló sebbel mutat be; az illető katona sérülésével még egy teljes napig élt.

Colmers a *csonttöréssel járó lőtt sebeknél*, melyeket Charbinban 6—7 napos szállítás után látott, azt tapasztalta, hogy legjobban azok gyógyultak, melyek minden előzetes fertőtlenítés nélkül egyszerüen asepticus száraz fedő és jól rögzítő gyps-kötéssel voltak ellátva. A tamponált, valamint a rosszul rögzített esetekben kivétel nélkül genyedés következett be. Az első kötést csak a kórházban változtassuk, szállítás közben ne nyúljunk hozzá.

Henle a *peripher idegsérülésekről* tett tapasztalatait mondta el. A német vörös-kereszt egylet Tokioban felállított kórházában 276 sérülés között 35 peripher idegsérülést látott. Ezek közül 23-ban végzett mütétet. 17 beteg beavatkozás nélkül gyógyult. Egy esetben aneurysma nyomása okozta a neuralgiát, egy másikban a zsugorodott pectoralis minor gyakorolt nyomást az idegre. Mindkét esetben sikerült az okot eltávolítani. 4-szer az ideget heges szövetből lágy szövetrészekbe helyezte át, ezen esetek közül 3 teljesen gyógyult. 4 esetben az idegvégeket később resekálta és összevarrta, a neuralgia megszünt. 2 esetben idegátültetést végzett jó eredménynyel. A hüdések miatt 29 esetben végzett mütétek eredménye kevésbé volt kedvező. 4 eset kezdettől fogva reménytelen volt, 8 nem véres beavatkozással gyógyult, 3 esetben nyomás alól szabadította fel az ideget, 2 esetben neurolysist, 8-ban felfrissítést varrattal, 6-ban pedig idegoltást végzett. 17 operált esete közül 2 teljesen gyógyult, 9 javult. Ezek azonban oly beavatkozások, melyeknek végső eredményét csak sokkal később lehet megállapitani s azt hiszi, hogy a javulások és gyógyulások esetleg csak hónapok mulva jelentkeztek. Kivánatosnak tartja, hogy a jövő háborúban az idegsérültek minél előbb a tartalék-kórházakba jussanak sebészi kezelés alá.

Oettingen a *has lőtt sebeinél* azt tapasztalta, hogy azoknak 300 meteren innen kis ki- és behatolási nyilásuk van ugyan, a hasürön belül azonban nagy roncsolást okoznak. 400 meteren túl azonban a viszonyok kedvezőbbek lesznek, a mennyiben a hasürön belül is kis átmérőjü csatornákat találunk. Az ilyen sérülések egy részében a lefolyás minden tünet nélkül történik, mások sipoly esetén is reactio nélkül gyógyulnak, egy harmadik csoportban eltokolt gyógyulást látunk s végre a negyedik csoport nem kerüli el az általános peritonitist. Az első segély nyujtásakor szigorú conservativ eljárást kiván, kivéve ott, hol teljes hasfali sérülést látunk prolapsussal. Az esetek csaknem 50%-ában intraperitoneális tályogok másodlagos megnyitására volt szükség.

Az előadásokat követő discussioban *Bergmann* is részt vett, kijelentve, hogy a mai előadásokban nem lát valami meglepő haladást a régebbi hadjáratokban tett saját tapasztalataival szemben. A fej sérüléseinél elsődlegesen ne operáljunk, s a végtagoknak csont- és izületi sérülésekkel járó lőtt sebzéseinél a gypskötéssel való pontos rögzítés a leghatalmasabb gyógyító eszköz. Bornhaupt-tal szemben, ki az izületek lőtt sebeinél mielőbb masszálást óhajt, óva int, nehogy a korai masszálás által a mikroorganismusokat új tevékenységre serkentsük. Brentanoval szemben kijelenti, hogy nem érti, miért ellenzi az érlekötést a harcztéren, mert ha valaki elvérzőben van, a vérzés csillapítandó, bárhol legyen is az.

Reger nagy elégtétellel veszi észre, hogy évekkel ezelőtt a congressuson jelzett, a kis kaliberü köpenyes lövegek emberséges voltára vonatkozó jövendölése beteljesedettnek látszik.

Erre csak *Wreden* orosz katonaorvos tette azon megjegyzést, hogy azért ezen lövegek emberséges volta a közelből vajmi kétséges. Mert az eddig referált hadi sebészek a harczvonal mögött teljesitették kötelességüket, neki azonban volt alkalma az orosz-japán háború harcztereit végigvizsgálni közvetlenül az ütközetek után, s ott látta az embereket fej nélkül, teljesen szétzúzott végtagokkal, s a lövegek *közeli hatását* minden szörnyüségével megitélhette.

Különösen kiemelendőnek tartom, hogy miután az összes referensek az első fedőkötés nagy jelentőségét kivétel nélkül elismerték, *Majevszky* a *Ludvik Endre* budapesti János-kórházi főorvos által ezen czélra ajánlott és használt 10%-os hydr. oxyd. fl. kenőcsös kötést legmelegebben ajánlotta.

Haberern J. Pál dr.

(Folytatása következik.)

Egészségügyi szolgálat az óczeánon.

— Különös tekintettel a magyar kivándorlási járatokra. —

(Folytatás.)

A betegek ellátását a magyar kivándorlóhajókon rendesen két orvos végzi. Az egyik az angol orvos, a másik a magyar orvos. Mindakettő a társaság orvosa, mindakettőt a társaság fogadja s a társaság fizeti.

Nézzük csak mindenekelőtt, van-e szükség a kivándorlóhajón két orvosra. Ugy az angol, mint a franczia és német kikötőkből induló hajók fedélzetén csak egy orvos van, pedig azokon a hajókon mindig nagyobb számmal vannak az utasok, mint a fiume-new-yorki vonalon. Ha ott el tudja intézni egy orvos az utasok egészségügyi gondozását, valószinü, hogy ezen az aránylag kisebb látogatottságnak örvendő járaton is elég volna egy orvos. Hogy az angol orvos nem tudja megértetni magát, vagy nem érti meg a beteget? Ezért nem kell aggódni, mert a magyar orvosok között is, azt hiszem, alig akad 1—2, a ki az összes nemzetiségek nyelvét beszéli, mert bizony a kivándorlók között igen sok olyan horvát, tót, szerb, ruthén, dalmata, lengyel, cseh stb. akad, a ki az anyanyelvén kivül más nyelven nem beszél, sőt akadt a nyáron még több nagyorosz kivándorló is, a kiknek a nyelvén senki sem beszélt a hajón és mégis el tudtuk intézni kivánságaikat. Ott vannak a tolmácsok, a kiknek segítségével igen könnyen lehet boldogulni. De ettől eltekintve, a nem is olyan régmultban a magyar kivándorlók nagy százaléka a német kikötőkből vonult az új hazába, azt pedig mindenki elhiszi nekem, hogy azok az orvosok nem tudnak magyarul. Sőt tovább megyek; a Cunard-társaságnak jogában áll a magyar kivándorlókat bizonyos esetekben Liverpoolban is behajózni; ott sem magyar, sem magyarul tudó orvos nincs és a kivándorlók mégsem szenvednek szükséget az orvosi ellátást illetőleg. Ebből a két szempontból tehát sem két orvos, sem magyarul tudó orvos nem feltétlenül szükséges a hajón. Előny, ha van, de nem szükséges.

Sokat gondolkodtam a felett, hogy miért kell a hajón mégis két orvosnak, vagyis magyar orvosnak is lenni? Mert az ezeren felüli száma a kivándorlóknak és a magyarul tudás, valamint a kivételes egészségügyi viszonyok mind csak nagyképüsködő paragrafustoldalékok, a melyeknek semmi értelmük sincs; különösen nincs értelme annak a nagyhangú, de üres frázisnak: *kivételes egészségügyi viszonyok*. Mi ez? hiszen azért van a behajózási eljárás, hogy csak egészséges embereket ereszszünk a hajóra; próféták meg talán még a belügyministerium egészségügyi osztályában sincsenek, a kik előre megjósolhatnák, hogy milyenek *lesznek* az egészségügyi viszonyok az óczeánon és hogy ott elegendő lesz e egy orvos, vagy kettő se fogja győzni a munkát?

Ezek az okok tehát egyáltalán nem követelik meg sem a második, sem a magyar orvost.

A magyar kivándorlók egészségügyi érdekeinek megóvása? Ez igen, ezt mint feltétlenül helyeset aláirom és az ellenőrzés szempontjából szükségesnek is tartom. De ebben az esetben a viszonyokon okvetlenül változtatni kell. A magyar hatóságok részéről kiküldött ellenőrző közeg, azt hiszem, józan gondolkodás mellett nem lehet a Cunard-társaságnak alkalmazottja.

Rendszeresítse a magyar kormány a kivándorlóhajókon a magyar orvosi állást; szerepeljen az mint ellenőrző és a magyar kivándorlók érdekeit képviselő kiküldött és a viszonyok azonnal gyökeresen megváltoznak. Akkor majd nem lesz a magyar orvos ötödik kerék a hajón és intézkedéseit, illetőleg javaslatait nem csak meghallgatják, hanem teljesíteni is fogják. Mert ma, valljuk meg őszintén — nem egyéni sympathiákról vagy antipathiákról beszélek — a magyar orvos nem szívesen látott vendég az angol hajók fedélzetén. És ezt nem is lehet rossz néven venni: az ő ellenőrzésükre van kiküldve és nekik kell őt fizetni; kérem, bolond dolog ez! Mert a Cunard-társaság nem látja be és teljes joggal, hogy miért kell neki a fiumei vonalon két orvost járatni, mikor a sokkal nagyobb liverpooli vonalon feltétlenül elegendő egy; mert neki nem imponálnak a B. M. szabályrendelet „*kivételes egészségügyi viszonyai*“. Egyedül magyar orvost alkalmazni a hajón lehetetlenség, mert nem tudna angolul, a ki pedig tud angolul, az nem vállal állandó alkalmazást a kivándorlóhajón; viszont azzal a feltétellel, hogy magyarul meg kell tanulnia, nem kapnak angol orvost. Mi más marad tehát hátra, mint az, hogy az angol orvosra szükség van a hajón; az a magyaroknak is eleget tud tenni, a munkát egymaga is el tudja végezni és igy felesleges dolog, hogy ők még egy másik orvost is fizessenek, főleg ha az ellenőrzi őket. Igy okoskodnak az angolok és valljuk be, hogy gondolatmenetükben van logika.

Ilyen körülmények között az illetékes körök sohasem fognak tiszta képet kapni a magyar kivándorlási vonalról és az ott uralkodó állapotokról, és ennek következtében nem lehet segíteni és javítani azokon a körülményeken, a melyek esetleg javításra szorulnak. Az útra vállalkozó orvosok legnagyobb részének — tisztelet a kivételnek — nem a kivándorlás és a tengeri egészségügy tanulmányozás a czélja, hanem az, hogy lássa Amerikát. És ezt, a mig igy tartanak az állapotok, nem is tudom rossz néven venni. Igy gondolják ezt az angolok is, a minek az az eredménye, hogy visszafelé jövet kiteszik kabinjából, mert azt eladták utasoknak, és helyet szorítanak neki vagy a másodosztályú dohányzóban, vagy a kórházban.

Ennek azután az az eredménye, hogy az orvos elkeseredik ezen a bánásmódon és egyrészt nem törődik semmivel, másrészről rémregényeket gondol ki az amerikai kivándorlás magyar járatairól. Csak úgy mellékesen jegyzem meg, hogy egyik sem olyan nagy szerencsétlenség. Ha a hajón nem törődik semmivel, annak a hajón örülnek; idehaza pedig senki sem kérdezi meg tőle, hogy mit látott, mit tapasztalt?

És ezek az állapotok mindaddig igy maradnak, a míg a belügyministerium nem biztosít olyan positiót a magyar orvosoknak, a mely egyrészről tiszteletet szerez az állásnak az angolok előtt is, másrészről módot és alkalmat nyújt arra, hogy véleményét és javaslatát meghallgassák ott is, a hol mód és alkalom van a hiányok pótlására és a hiányok javítására.

De mindezeknek főfeltétele, hogy a magyar orvos ne a Cunard-társaság alkalmazottja legyen.

VII.

Ha az egészségügyi szolgálat keretében valahol, úgy bizonyára a kivándorlási hajó fedélközi részében jut elsőrangú és fontos szerep a közélelmezésnek. Ha az előző fejezetekben letárgyalt egészségügyi kérdéseket és követelményeket a legnagyobb pontossággal és szigorúsággal viszszük is keresztül, csak félmunkát végeztünk, ha azokkal párhuzamosan nem fordítunk igen nagy gondot a közélelmezésre is, mely az óczeánt járó hajókon úgyszólván alapja az *egészséget fenntartó* intézkedéseknek.

Az angol tengeri hajókon, járják azok az óczeán bármelyik hajózási vonalát, a „*tömegélelmezés*“ elve jutott érvényre, még pedig mindig házi kezelésben. Évekkel ezelőtt valóságos háború tört ki az angol hygienikusok között, hogy egy bizonyos zárt területen (munkáskoloniák, gyár-cottage-ok, menházak, kaszárnyák stb.) hosszabb ideig együttlevésre kényszerített egyének táplálkozási és élelmezési viszonyait illetőleg melyik élelmezéssel lehet jobb eredményt felmutatni: a „*tömegélelmezéssel*“-e, vagy a „*cantinélelmezéssel*“? A harcz az előbbi mód győzelmével végződött, a mennyiben ma úgy Angliában és gyarmatain, valamint Amerikában is a tömegélelmezés elvének hódolnak. Az angol hajóstársaságok a hajók fedélközi részében, mint említettem, a tömegélelmezést, míg az első és második osztályon a cantinélelmezést vezették be. A német hajóstársaságok mind a három osztályon csak a tömegélelmezést ismerik.

A nélkül, hogy vitába bocsátkoznék ezen kérdést illetőleg, e fejezet folyamán olvasó collegáimnak módjukban lesz megismerkedni mind a két rendszerrel, és a hogy én megalkottam a magam véleményét, úgy bizonyára olvasóim is véleményt fognak formálni e kérdésről.

Mindnyájan nagyon jól tudjuk, hogy a mindennapi életben is milyen szoros kapcsolatban vannak az egészség és a táplálkozási viszonyok. A ki pedig csak egy kis fáradságot fordít arra, hogy megfigyelje e két tényezőnek kölcsönhatását, annak felesleges magyarázni, hogy e két tényezőnek a tengeren még szorosabb és bensőbb viszonyba kell lépni.

Természetes, hogy ebben a kérdésben első sorban félre kell tenni a kicsinyes akadékoskodást, a nagyhangú fennhéjázást, nemcsak, de háttérbe kell szorítani a tömeg megelégedésével

szemben egyes embereknek, nem mondom lehetetlen és kivihetetlen, de mindenesetre czélszerűtlen kívánságait. Egy tizenhat napot a tengeren töltő hajón sem a salonban, sem a fedélközben nem lehetséges azokkal a kívánságokkal fellépni, a melyek a szárazföldön teljesen jogosultak és helyén valók. A ki hajóra lép, az számoljon le azzal az igen egyszerű körülménynyel, hogy nem küldhet a henteshez 20 fillérért töpörtyüért, ha sokkal jobban szereti is, mint a mayonnaise es rákot, a mit vacsorára szolgálnak fel. Ezzel csak azon, azt hiszem jogos álláspontomat akarom illustrálni, hogy az óczeánt járó hajókon semmi körülmény között sem szabad számításba venni az egyéni izlést. Ha valaki egyéni szempontból, akár a magáéból, akár a máséból akarja elbirálni az óczeánjáró hajók közegészségügyi szolgálatát és élelmezését, az bizonyos, hogy hamis eredményre jut és esetleg úgy fordulhat a dolog, mint azt volt is alkalmam tapasztalni, hol negyven emberrel szemben egyedül áll a véleményével.

Ezeket a kérdéseket általános szempontból kell elbirálni. Azt kell tekintetbe venni, vajjon az intézkedések megfelelnek-e a közjónak, kielégítik-e az általános kívánságokat és főleg, megfelelnek-e ama szokásoknak és gondolkodásmódnak, a melyekhez az illetők egy életen át hozzátörődtek. De ebben az esetben is csak úgy lehet határozott véleményt alkotni és pártatlan itéletet mondani, ha az ember a tömeget magát is ismeri, de főleg azoknak az embereknek gyakran helyes, de még többször görbe úton járó psychologiájával is tisztában van. Ez pedig orvosnak, mondhatom, igazán nem nagy feladat.

Ha az ember összegezi azokat az élelmezésre vonatkozó panaszokat, a melyek a Cunard-társaság és így az Adria ellen is a levegőben úszkálnak és a melyeknek sohasem akad gazdájuk, arra az eredményre jön, hogy a panaszok jó része az élelmezés ellen irányul. E mellett az egyéb panaszok elenyésző kisebbségben vannak; nem csoda, hiszen benne fekszik az emberi természetben, hogy „*a gyomornak joga van minden ellen panaszkodni*“. A magyar kivándorlást lebonyolító Cunard-hajók élelmezését és ellátását illetőleg ki kell jelentenem, hogy az én véleményem és itéletem csak a társaság *Slavonia* nevü hajójáról szól, bár feltéteszem, sőt hiszem, hogy ugyanez áll a társaság többi, magyar vonalon járó hajójáról is, annál inkább, mert azonos viszonyokat volt alkalmam tapasztalni a liverpool—new-york—bostoni vonalon.

Az élelmezést illetőleg két dologra kell kiterjeszkedni: az egyik, vajjon megfelel-e a fentebb kifejtett követelményeknek; a másik, vajjon a nyujtott táplálék egyenértékü-e azzal az összeggel, a mit az utas a társaságnak ezen a czímen fizetett? Az egészségügyi követelmény ebben a dologban annyira nyilvánvaló, hogy nem is említem. És talán mondanom sem kell, hogy itt főleg és különösen a fedélköz utasainak az élelmezéséről van szó, mert hiszen a panaszok legnagyobb része is ez ellen irányul.

Kétségtelen, hogy egy idegen nemzetiségü hajónak vajmi nehéz feladat eltalálni egy olyan nemzetiségnek a szája ízét, a melynek soha és sehol nem főztek jól (ne értsük félre egymást: a magyarról beszélek). Hogy erre némikép szerződésileg is kötelezte magát, nem enyhít a helyzeten. Volt elég alkalmam tapasztalni a hat hónap alatt, hogy milyen szent borzalommal beszéltek a mi legjobban szeretett ételeinkről, de volt alkalmam tapasztalni azt is, hogy milyen szeretettel és féltő gonddal őrködtek azon, hogy az az étel úgy legyen elkészítve, hogy lehetőleg senkinek se legyen panasza.

Hogy a gulyást jobban kultiválták, mint mi, az utóvégre is nem hiba, legfeljebb ferde nézet. Én három napig feküdtem influenzában 39°-os lázban és gulyást küldöttek fel a szobámba, hogy talán az meggyógyít. Bár meg tudtam volna enni! A kérdés csak az, hogy jó e az a gulyás. Nem állom meg, hogy erre a kérdésre egy baranyamegyei magyar paraszttal ne feleltessek. Az óczeánon voltunk már, a mikor a mindennapi inspectio alkalmával megkérdeztem őt:

— Mondja csak barátom, hogy izlik a gulyás?

— Tekintetes úr! Ha csak hetenként egyszer ehettem volna ilyent odahaza, sohasem mentem volna ki Amerikába.

És nyugodt lélekkel mondhatom, hogy ez volt az általános vélemény. A Slavonia fedélközi utasai mindennap kaptak húst, vasárnap kétfélét is. Nap-nap után lenn voltam az ebédnél és részben kérdezősködés, részben megfigyelés útján iparkodtam magamnak fogalmat alkotni a nagy tömegnek a nézetéről. Nap-nap után láttam ezerkétszáz, ezerháromszáz embert enni jó étvággyal, úgyannyira, hogy bizony-bizony alig kellett volna a tányért elmosogatni. Hogy pedig elegendő-e? Mindenki kapott annyit, a mennyit akart; annyi bizonyos, hogy sohasem fogyott el az, a mit főztek, pedig a ki nem tudná, annak elárulom, hogy a kivándorlóknak igen jó étvágyuk van.

Úgy a hús, mint az egyéb ételek minősége minden alkalommal kifogástalan volt. De hiszen majdnem lehetetlen, hogy másképp legyen. Úgy Fiumében, mint New-Yorkban egészséges friss húst raktároztak be a hütő kamarákba; minden bővebb magyarázat nélkül megjegyzem, hogy a hütőkamarákban állandóan $+2^0$ hőmérséklet gondoskodott a hús épen tartásáról. De érdembe vágó panaszt nem is hallottam a hat hónap alatt. Relative, nem mondom, hogy egyik-másik nem panaszkodott. Hiszen ismerjük mindannyian a magyar ember természetét. Odahaza az üres gugyisüveg is jó reggelire, de bezzeg, ha esetleg napszámban szalonna jár ki, az ugyan a legjobb lehet, de egyik-másik mégis morog. Igy van ez a hajón is; morog ugyan, de maga sem tudja miért. Többnyire kicsinyes dolgokért esett a szó, a melyek bizony igen gyakran a többiek tréfájába fuladtak bele.

Az utolsó időben a férfiak pompás jó szalonnát kaptak reggelire, a mely, jól emlékezem, nagy örömet okozott különösen a paraszt munkások körében, a kik tagadhatatlanul ehhez voltak leginkább hozzászokva.

A mi a vacsorát illeti, az hetenként négyszer meleg étel volt, többnyire száraz főzelék bőséges hússal, míg a többi három napon az angol konyha hideg ételei szerepeltek. Tekintettel a társaság szabályaira, pénteken conserv hal, többnyire ton, volt az ebéd.

Günther József dr.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Ónodi und Rosenberg: Die Behandlung der Krankheiten der Nase und des Nasenrachens. Berlin. O. Coblentz. 1906.

Tudásunk és képességünk mai állásának vázolása mellett ki akarják szerzők a hézagot tölteni, mely az orvos és a leendő specialista kiképzésében eddig volt. Szép, de nehéz feladat, melyet az irodalmilag egyaránt érdemdús két szerző a tárgyhoz méltó buzgalommal igyekszik megoldani. A terjedelmes munka (468 lap) valóban hézagot pótol és egyes alább említendő fogyatkozásaitól eltekintve, melyeknek pótlása vagy megváltoztatása egy közelebbi kiadás feladata, azon jeles munkák közé tartozik, melyek díszére válnak a szakirodalomnak.

A munka két részből áll: az általános rész a bevezetést, az általános therapiát, a mütétek előkészítését, a vegyi edzéseket stb. tartalmazza, a speciális rész pedig az egyes betegségek gyógyitásával foglalkozik. A vállalkozásnak új neme és a két szerzőt elválasztó távolság kissé befolyásolta az anyag czélszerübb beosztását, egyes kérdések több fejezetben felaprózva irattak meg, például az érzéstelenítés és a vérzések, ezen kivül pedig még az igazán nagyon hiányos tárgymutató is némikép útjában áll annak, hogy a munka, mint a szerzők kivánják, a kezdő kezében vezető fonállá váljék.

A munka egyes fejezetei kimerítő, tömör, de azért könnyen megérthető előadási mód és szép irály által válnak ki. Ilyen mesteri kézzel vannak az orrbántalmak összefüggése a szervezet más betegségeivel, továbbá az adenoid vegetatiók, a galvanokaustika, az orr sérülései és a radikális Highmorüreg-mütétek megirva. Szépen, de helyenként nehezebben érthető formában tárgyalják a szerzők az egyes fejezetek megértéséhez szükséges anatomiai viszonyokat, és az itt oly gyakran előforduló rendellenességeket a mellékelt rajzok, melyeknek fénykép voltán a müvész keze is csiszolt, nem mindig teszik könnyebben érthetőbbé, főleg mivel a kisérő magyarázat is sokszor hiányos.

A szerzőktől el lehetett volna várni, hogy a munka egyes fejezeteiben említett sebészi eljárásokat összhangba fogják hozni

a modern sebészi elvek által vérünkbe ment követelményekkel, de épen ezen fejezetek olvasása győzi meg az olvasót arról, hogy mily távol áll ezen czélponttól a mai orrsebészet és mily égető szükség van itt az alapos reformálásra. Ha a modern sebészi elveket úgy akarnám általánosságban nagyon röviden összefoglalni, hogy absolut tisztaság, a szem és csak legvégsőbb esetben a tapintás ellenőrzése alatt végzett, de alapos műtét, steril eszközök és kötözőszerek, lehetőleg sima, metszett felületű, minél kevésbé zúzott vagy szakított sebek ejtése, a műtéti feladat megoldása egy ülésben, egyszerű de tiszta sebellátás és utókezelés kívánhatók meg, akkor csak néhány tételét a munkának kell idéznem, hogy az űr, mely sok még ma is végzett rhinologiai eljárás és a jelzett elvek közt tátong, szembetünővé váljék. Ilyen az endonasális sebészi beavatkozások felaprózása több „ülésre"-re, a vérzéstől való félelem, mely ma a cocain-adrenalin időszakában talán mégsem indokolt; a szerzők mégis azt ajánlják, hogy a nyálkahártyát vérzés elkerülése végett műtéteknél galvanokauterrel messük át, a mihez analogiát a nagy sebészetben vagy annak leányágaiban bajosan találnak. A műtét után beálló utóvérzéseknél sem sebészi dolog az orrot kitömni vaschlorid-vattával, mely mindent befen és összemar, vagy vatta-tampont használni, mely 24 óra alatt bomlásnak indul; de még rosszabb a vérző seb összeégetése pokolkővel, chromsavval vagy galvanokauterrel, mikor rendelkezésünkre áll a tamponálás steril és a bomlás ellen vegyszerekkel impregnált gaze zel. A submucosus injectiókhoz ajánlott Heryng-féle fecskendő nem sterilizálható és mint ilyen veszélyes. Sok helyen a műszerek megválasztása sem szerencsés, a hideg kacsok közül, melyekkel ma főleg metszeni szoktunk, főleg olyanokat ajánlanak, melyekkel csak szakítani lehet. Nem hangsúlyozzák, hogy az orrban a szem ellenőrzése nélkül nem szabad operálni, sőt olyan eljárásokat is ajánlanak, a hol a vaskos műszer kitölti az orrbemenetet és ki van zárva, hogy a műtő láthassa mit csinál. Ilyenek részben Ónodinak a középső orrjárat feltárására szolgáló tágító trocartja, főleg azonban Quinlam és még inkább Ónodi conchotomjai; az olyan betegek, kiknek orrába ezek a műszerek belefférnek, aligha szorulnak a hypertrophiák eltávolítására. Kár volt a szemmel szintén nehezen ellenőrizhető és ma már idejüket mult motorműtéteket ajánlani, melyekkel könnyen okozhatni nagy bajt. Talán felesleges az operált orrba a jodoformgazetamponade előtt dermatol-port befuvni; az állati parasiták eltávolítása is lehetséges a szem ellenőrzése mellett csípőfogóval, nem sebészi dolog ezt chloroform-belégzéssel vagy mérges oldatok befecskendésével, melyek a középfülbe is bejuthatnak, helyettesíteni, de még kevésbé sebészi dolog, és igazán kár volt fel is említeni, Bergeat eljárása, a ki nagy orrköveknél a feldarabolás elkerülése végett éresztéseket ajánl tömény nyers sósavval.

Sikerült fejezet a galvanokaustikai eljárások ismertetése, de talán kissé túlzó az utókezelésről szóló rész; a szerzők nagyon sok jóindulattal a postoperativ reactiót csökkenteni szeretnék, pedig végeredményében minden újabb beavatkozás új reactiót szül. Jó a figyelmeztetés, hogy nem szabad egyszerre mindkét oldalon égetni, de még jobb volna óvni mindenkit a galvanocauter gyakori alkalmazásától, a mely sokszor veszélyes és kevéssé sebészi eljárás. Lupus és tuberculosis eseteiben talán túlzott az az ajánlat, hogy kiterjedtebb folyamat esetén az orr felhasítása és széttárása útján kell a beteg részeket kikaparni, mert ez intranasal technikával is teljesen megoldható. Szépen, de kissé terjengősen ismertetik a paraffin-injectiók technikáját, két helyen is szólva róla; de tekintve azt, hogy ezen eljárások gyógyértéke nincs még véglegesen megállapítva, veszélyességét ellenben több esetben észlelték, kevesebb jóindulat a birálatban helyén való lett volna. A rhinitis atrophica és ozaena-fejezetek hűen tükrözik vissza az e kérdésekben még zavaros gyógytani viszonyokat.

Hiányos az érzéstelenítő eljárások ismertetése: a felületes érzéstelenítésnél nincs megemlítve a cocainspray, műtéteknél az érzéstelenítés morphin-cocainnal; az infiltratiós anaesthesiát csak a fossa canina felől ismertetik, holott Baumgarten és mások azt az orrüregben már régóta alkalmazzák. A rövid bódításoknál csak a bromaethylt és aethylchloridot ismertetik, nem szólnak az aetherbódításról és a somnoformról, valamint hézagos a hosszabb bódítások említése is. Nagyon gondosan kidolgozott fejezet foglalkozik a syphilissel, mégis kimaradt belőle a Lukasievicz-Irsai-féle sublimat-injectiók felemlítése, a combinált higany és jod-kezelés, e helyett a didaktikus beosztást kapjuk, mely szerint másodlagos tüneteknél higanyt, tertiaer tüneteknél pedig jodot kell rendelni, a mely szabály alól tudvalevőleg sok a kivétel.

Nagyon kívánatos volna, ha ezen terjedelmes munka újabb kiadásába felvennék a szerzők azon külső sebészi eljárásokat is, a melyeket ezen könyvben ma sajnálattal nélkülözünk, mint az atresiáknál, veleszületett orrhasadéknál és sipolyoknál végzendő plastikai műtéteket, az orrképlést, a felső állcsont időleges partiális és totális resectioját, a Partsch-féle műtétet stb., szóval mindazon eljárásokat, melyekre főleg daganatok eltávolítása czéljából van szükség, és melyeket a ma és holnap rhinologusa kell hogy végezni tudjon.

A könyv szövegét 209 rajz teszi megérthetővé, melyeknek túlnyomó részét teljes elismerés illeti. Kevésbé sikerültek azon rajzok, melyek műtéti beavatkozások érzékítésére valók, így a 90. rajzon az alsó kagyló resectioja ily módon csak hullán és felnyitott fejen vihető ki, élőn nem, mert az olló teste az orrcsonton és nem az orrbemenetben fekszik, élőn egész máskép fekszik a nyitott olló az orrban. Ugyanez a hibája a 104. rajzon mutatott idegen test- vagy orrkő-eltávolításnak, ilyen állásban a műszer élőben csak akkor állhat, ha az orrhátat meglékeljük. Új, de nem elfogadható a középső kagyló resectiojának a 147. és 148. rajzon mutatott módja, a szerzők a régi, teljesen bevált eljárást meg sem említik, ez az új mód pedig ismét csak hullán, felnyitott fejen vehető ki, és a rajz még akkor sem hű, mert tisztán látszik, hogy a kacsnak szánt szerepet is olló végezte. A 84. rajzon a nyeregorr gyógyítása van élő betegen két képen bemutatva, műtét előtt a bal, műtét után pedig a jobb oldalról.

A felsorolt megjegyzésekkel, melyeknek folytatását térhiány miatt mellőzöm, nem akartam ezen egészben véve nagyon érdemes irodalmi vállalkozásnak értékét elvitatni, czélom csupán az volt, hogy szolgálatot tegyek a rhinologia gyógytanának és a két érdemes szerzőt a tan egyes elavult fejezetei pótlására felhivjam; még ha nem is értenének mindenben egyet az itt felhozottakkal, azt bizonyára el fogják ismerni, hogy sok olyan részlete van az orrsebészetnek, mely távol áll a modern sebészet követelményeitől; ha ezen hiányokon, a mint nem kétlem, akarnak és fognak segíteni, munkájuk minden a tárgygyal foglalkozó szakember részére nélkülözhetlenné válik és kitüzött czélját, hogy a kezdőnek megbizható vezérfonalul szolgáljon, teljesen el fogja érni.

A könyv mintaszerü kiállításáért a kiadó czéget teljes elismerés illeti meg. *Polyák.*

Lapszemle.

Gyógyszertan.

Eutannin névvel új tanninkészítmény került forgalomba. Az eutannin a csersav condensatiós terméke, aromás nem telített oxysav, egyenlő mennyiségü tejczukorral keverve. Finom kristálytücskékből áll, fehéressárga színü, kissé édeskés izü, hideg vízben és aetherben nem oldódik, meleg vízben és alkoholban azonban igen. A gyomornedvben teljesen oldhatlan és csak az alkalikus bélnedvben esik szét, miközben csersav válik szabaddá. A teljesen ártalmatlan szerrel *Fuchs* nagyon jó eredményeket ért el hasmenés eseteiben. Az adag 0·25 gramm; csecsemőknek 1—2, felnőtteknek 3—4 ilyen adag adható naponként vízben, tejben, kávéban, teában stb. Az eutannin olcsó, 10 gramm ára 72 fillér. (Die Heilkunde, 1906. 4. füzet.)

Az alkoholezüstkenőcs ½% collargolt, 70% alkoholt (96%-os), natronszappant, viaszt és kevés glycerint tartalmaz. Sötétbarna színü, erősen alkoholszagú, puha anyag, a mely nem izgat s eleinte hüsítő, majd kissé melegítő, megnyugtató és fájdalomcsillapító hatású. Az alkoholezüstkenőcs egyesíti az argentum colloidale és az alkohol előnyeit s mint ilyen a legkülönbözőbb nem fertőző és fertőző lobos bántalmakban nagyon jó eredménynyel használják. Igy *Loewe* fagyásdaganatok, lábszárfekélyek, decubitus, izületi lobok, égett sebek, tendovaginitis, bursitis, phlebitis, panaritium, phlegmone, furunculus, bubo ellen használta, *Hotys* és *Winterberg* pedig erysipelas, periostitis, mastitis és neuralgia eseteiben is jó eredményt látott alkalmazásától. Legújabban *Ganz* számol be tapasztalatairól, melyeket 27 esetben (heveny izület-

csúz, panaritium, lymphadenitis, ulcus cruris, neuritis, distorsio, furunculus, epididymitis, bubo) tett s a melyek alapján nagyon gyorsan ható lobellenes és fájdalomcsillapító szernek tartja. Az alkoholezüstkenőcsöt késfoknyi vastagságban vászondarabkára kenve alkalmazzuk és légmentes kötéssel fedjük. A kenőcs szappantartalma miatt meleg vizzel könnyen eltávolítható. (Therapeutische Monatshefte, 1906. 3. füzet.)

Általános kór- és gyógytan.

Inoperabilis sarkomák gyógyítása Coley-féle folyadékkal. A Coley-folyadék következő módon készül. 450 gramm nyers vagdalt húst 1 liter vízzel 12 óráig áztatunk, azután 1 óra hosszat főzzük és flanellen átszürjük. A szűredékhez 10 gramm peptont és 0·3 gramm konyhasót adva, 10%-os natronlúggal alkalivá teszszük és főzéssel sterilizáljuk. E folyadék 25 cm^3-nyi mennyiségeit palaczkokba öntve, streptococcusokat oltunk belé és 3 héten át tenyésztőszekrényben tartás után bacillus prodigiosussal is fertőzzük. Szobahőmérsékén és sötét helyen 10 napig állás után 60°-ra hevítjük, s nehány köbcentimeter glycerint, valamint egy darabka thymolt adunk hozzá. Ezzel a folyadékkal, a mely tehát a streptococcus és a prodigiosus toxinjait tartalmazza, történnek a befecskendezések. Kezdetben nagyon kicsiny mennyiséget (1/4—1/2 csepp) fecskendezünk a daganatba, 1 cseppet pedig a daganattól távolabb eső helyen a bőr alá. Az adagot azután lassan növeljük rázóhideg beálltáig. Ha a beteg nagyon elgyengült, csak másodnaponként, egyébként pedig naponként végzendők a befecskendezések. Hozzáférhetlen daganat jelenléte esetén a glutaeusokba vagy a hasfalzatba fecskendezünk. Ellágyult daganatokat Coley megnyit és drainez; e mellett iparkodik a betegeket erősíteni (vas, chinin, arsen). A hatás már négy hét mulva szokott jelentkezni; a befecskendezések egy éven túl is folytathatók. Az anyag hűvös, sötét helyen tartva 1/2—1 évig is hatékony marad. Legjobbak az eredmények orsósejtes sarkoma eseteiben, legroszszabbak melanosarkomákban. A befecskendezések sarcoma-kiirtások után a recidiva megelőzése czéljából is használhatók. Coley maga 36 esetet kezelt anyagával és 70%-ban sikerült 3—12 1/2 éves gyógyulást elérnie; a meggyógyultak túlnyomó része a czikk megirásakor még élt. Mások 60 inoperabilis sarkomát kezeltek a Coley-féle szerrel és 86%-ban értek el kedvező eredményt. (The American Journal of Medical sciences, 1906. márczius.)

Indican a vizeletben *Gruber* szerint könnyen kimutatható a következő módon: kémlőcsőbe 1 rész vizeletet és 2 rész tömény sósavat öntünk, majd 2—3 csepp 1%-os osmiumsav-oldatot adunk hozzá és az egészet összerázzuk; indican jelenléte esetén nehány másodpercz mulva ibolya vagy kék színeződés áll elő indigokék képződése folytán. Hosszasabb álláskor az osmiumsav tovább bontja az indigokéket, ennek következtében a folyadék elszíntelenedik; ezért czélszerű az indigokéket kevés chloroformmal kirázni. A nagyon sötét vagy tömény vizeleteket a próba megejtése előtt plumbum aceticummal kezeljük és azután megszürjük. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1905. 33. szám.)

A formaldehydpróba diabetesben. Körülbelül egy év előtt közölte *Strzyzowski* azon észleletét, hogy czukrot tartalmazó vizelethez 5% formaldehydot adva, az esetek egy részében zöldes fluoreskálás jelentkezik és hogy ezen esetekben rossz prognosist állíthatunk fel. Ujabb közlésében már 49 esetre hivatkozik, a melyek közül 13-ban állott be a reactio és ezekben többnyire nemsokára coma jelentkezett. Közvetlenül a halál előtt a fluorescentia csökkenni szokott. A Gerhardt-féle vaschlorid-reactio és a formaldehyd-próba között bizonyos mértékben párvonalosság észlelhető: ha az egyik próba erősen positiv, a másik is többnyire az. A próba lényegére vonatkozó vizsgálódások eddig még nem vezettek kellő eredményre. (Pharmazeut. Post, 1906. 1. szám.)

Belorvostan.

A vesebajok diaetás gyógyításának néhány pontjával foglalkozott *Noorden* tanár a chicagoi német orvosok egyesületében mult év őszén tartott előadásában. Először is arról a kérdésről emlékezett meg, vajjon szabad-e vesebajosoknak úgynevezett „sötét“ húst adni. Ismeretes, hogy a sötét húst a vesebajosok diaetájából azért rekesztették ki, mert állítólag sokkal több kivonatanyagot tartalmaz s ezért izgatja a veséket. Ez az állítás azonban ma már megdöntöttnek mondható Offer és Rosenquist, valamint Walker Hall vizsgálatai alapján. A klinikai észleletek sem mutatták a sötét hús ártalmas voltát, a mint erre egyik esetét említi, a melyben 16 napon át naponként 400 gm. fehér húst, majd 15 napon át naponként ugyanannyi sötét húst adott, azzal az eredménynyel, hogy mig a fehér hús fogyasztásának idejében naponként átlag 1550 cm^3 vizeletet és 4·3 gm. fehérjét ürített az illető beteg, a sötét hús fogyasztásának idejében a vizelet napi mennyisége 1620 cm^3, fehérjetartalma pedig 4 gm. volt átlagban. A sötét hús ártalmatlanságának hangsúlyozása pedig azért fontos, mert egyrészt a sötét hús olcsóbb, másrészt a sötét hús engedélyezésével változatosabbá tehetjük a diaetát, a mi a beteg kellő táplálkozása szempontjából nagyon fontos lehet, mert a fehér húst egy idő mulva a legtöbb beteg megunja.

A továbbiakban az előadó arra hivja fel a figyelmet, hogy főleg a chronikus vesebajosok diaetotherapiájában az utóbbi időben túlságos sematizálás kapott lábra. Minden egyes beteget külön kell alaposan tanulmányozni és csak azután megszabni az illető esetnek megfelelő diaetát. Vesebajosok számára is nagyon szükségesek volnának tehát a speciális sanatoriumok.

Eltekintve azon esetektől, a melyekben már vizenyők vannak avagy ilyenek keletkezése fenyeget, úgyszintén az idült parenchymás nephritisektől, a konyhasó mennyiségére nem kell figyelnünk, hanem csak a N-tartalmú angyagokra és a vízre. A mi a N-tartalmú anyagokat illeti, minden egyes esetben tudomást kell szereznünk arról, hogy milyen mértékben tudják a vesék az anyagcsere N-tartalmú termékeit kiüríteni, tehát hogy mennyi N-tartalmú tápanyag engedélyezhető. Vesezsugorodás eseteiben lehetőleg sok fehérje bevitelét ajánlja, de csak azon határig, a melyen belül anyagcseremaradékok retentiojának veszélye még nem fenyeget; ez nem ellenkezik azzal, hogy minden Bright-kóros betegének évenként 3—4-szer olyan diaetát rendel 2—3 hétre, a melyben lehetőleg kevés a N-tartalmú anyag. Vesezsugorodás eseteiben a vízfelvétel megszorítása is rendkivül fontos. A szövetek kiöblítésére, az anyagcseremaradékok eltávolítására teljesen elegendő, ha a Bright-kóros beteg naponként 1 1/4—1 1/2 liter folyadékot vesz fel; az ezt meghaladó mennyiség már káros. Biztosság kedvéért különben hetenként egy ivónap engedélyezhető, a mikor a beteg 3 liter folyadékot vehet fel. Annak nincs semmi akadálya, hogy időnként 3—4 hetes ivókúrát végezzen a beteg, legczélszerübben valami olyan fürdőhelyen, a hol egyúttal a szíve tekintetében is kedvező befolyások érvényesülhetnek (Homburg, Nauheim).

Végezetül a heveny veselobról szól. Ilyenkor a minimumra szorítandók a fehérjét tartalmazó tápanyagok, mert leginkább ezzel teszünk eleget a minden heveny betegségben szükséges kiméléssnek. Előadó megkisérlette heveny veselobban szenvedő betegeknek kizárólagosan szénhydratokkal táplálását, vagyis nem kaptak mást, mint naponként 200 gm. nádczukrot vízben oldva és e mellett növénynedveket (szőlő, málna, czitrom nedve). A táplálásnak ez a módja 5—8 napig folytatható. A szénhydratok nagy mennyisége a fehérjeforgalmat tetemesen csökkenti, a fehérjeforgalom termékei (húgyanyag, húgysav, kreatin, phospatok stb.) erősen megkevesbednek, a vese munkája tehát a minimumra száll alá. Az eredményekkel nagyon meg volt elégedve; akárhány esetben a már kifejezett uraemiás tünetek is kizárólagos szénhydrat-diaetára — kapcsolatban erélyes vérbocsátással — visszafejlődtek. A mióta ezt az eljárást használja, nem volt kedvezőtlen lefolyású heveny veselob-esete. (Allgemeine Wiener medizinische Zeitung, 1906. 10. és 11. szám.)

Gümőkóros pneumothorax 10 gyógyult esetéről számol be *Spengler*. A czikk annál is inkább tarthat számot figyelemre, mert egyrészt az irodalomban eddig csak 38 gyógyult gümőkóros pneumothorax-eset volt említve; másrészt mert szerző 10 esete közül 6-ban a pneumothorax-szal egyidejüleg a tüdőgümőkór is meggyógyult. Minthogy a szerző eredményei jóval kedvezőbbek, mint más szerzőkéi (az eredmények eddig 1/2—16% gyógyulást tüntettek fel, mig Spengler 10 gyógyult esete összesen 33 esetből való, a mi 30% gyógyulásnak felel meg): nem lesz érdektelen kissé behatóbban ismertetni az elveket, a melyeket a szerző a gümőkóros pneumothorax kezelésében követ.

A gümőkóros pneumothorax kezelésére általános szabályt felállítani nem lehet. Néhány általános elv azonban mégis mindig szem előtt tartandó. Ilyen az, hogy első sorban a tüdősipoly elzáródására kell törednünk. Lényegesen elősegíti ezt az intrapleurális nyomás fokozódása folytán létesült összenyomatása a tüdőnek. Az intrapleurális nyomás fokozódásának azonban nem szabad túlságosan nagyfokúnak lenni, mert ez életveszélyes tüneteket okozhat; de nagyon kicsiny se legyen, mert akkor nem nyomhatja össze a tüdőt s így nem juthat a sipoly a gyógyulásához szükséges nyugalomba.

Az intrapleurális nyomás fokozódása a pneumothorax következtében azonban többnyire nem elegendő a tüdősipoly végleges elzáródásához. A mellürbeli levegő ugyanis a sipoly záródása után nagyon gyorsan felszívódik, ennek következtében a tüdő kitágul s így a sipoly, melynek elzáródása ezen rövid idő alatt nem válhatott még elég erőssé, ismét megnyilik. Sokkal kedvezőbbek a viszonyok, ha izzadmány társul a pneumothoraxhoz; ilyenkor ugyanis tartósabb összenyomatása keletkezik a tüdőnek s így hosszasabban nyugalomba jut a sipoly; másrészt a pleurára rakodó fibrin is elősegíti a sipoly záródását.

Nagyobb izzadmány többnyire a pleura reinfectioja útján keletkezik, vagyis a tüdősipolyon beáramló levegővel fertőző anyag jut a pleuraüregbe. Elősegíthető az ilyen exsudatum képződése, ha a pneumothoraxos beteget, mihelyest állapota megengedi, felkelni engedjük. Az ezzel egybekötött fokozatos mozgás mélyebb légzéssel jár s így könnyebben jut fertőző anyag a pleuraüregbe.

Ha már kifejlődött az exsudatum, a beteg ismét ágynyugalomra szorítandó. A további teendők tekintetében már most a hőmérsék viselkedése és az exsudatum természete lesz a mérvadó. Láztalan, vagy csak mérsékelten lázas állapot mellett a szerző még akkor sem végez operativ bavatkozást, ha az izzadmány genyes. Lehetőleg meg kell várni, a míg a sipoly jól záródik, és az izzadmányt azután ismételt punctiókkal eltávolítjuk. Tartós láz esetén meg kell állapítani, vajjon nem a tüdő megbetegedésére vezetendő-e vissza a láz. A pleurának csak súlyos genyes fertőzése esetén indokolt a tág megnyitás a tüdősipoly záródása előtt.

Az első punctiót csak 2—3 héttel a levegő teljes felszívódása után végzi (hacsak életveszélyes tünetek nem javalják a korábbi csapolást). Ilyenkor az a veszély fenyeget, hogy a tüdő kitágulása és az ezzel kapcsolatos köhögésrohamok miatt a sipoly ismét megnyilik. Ennek lehető elkerülése czéljából az első punctioval csak mintegy 500 cm^3 folyadékot bocsát ki, de már 8—14 nap mulva ismétli a punctiót (700—1000 cm^3). Egyébként a punctio idejének megállapításakor arra is tekintettel leszünk, hogy az exsudatum nyomása a tüdőbeli gümőkóros folyamatot is nagyon jótékonyan befolyásolhatja. Ha tehát egyéb okok nem javalják, ne siessünk a punctioval, annál kevésbé, mert a teljesen összenyomott gümőkóros tüdő kitágulásképessége sokkal hosszabb időre megmarad, mint a hogy általában felveszik. Szerző két esetében 10 illetve 12 hónapig volt teljesen összenyomva a tüdő és mégis gyorsan és teljesen kitágult.

Ezen általános elvek előrebocsátása után a szerző áttér az egyes esetekben teendők vázolására. Olyan tüdővészeseknél, kiknek mindkét tüdeje beteg, pneumothorax keletkezésekor alig tehetünk mást, mint a tünetek enyhítését. Megkísérthetjük azonkivül a levegő kibocsátását finom punctiós tü segélyével; a tűt vagy hosszabb ideig hagyjuk benn, vagy pedig a punctiót többször ismételjük. Aspirálás felesleges, sőt káros is lehet, mert az intrapleurális nyomás erős csökkenése eredményeképen az esetleg már záródott tüdősipoly ismét megnyilhatik. Az Unverricht-féle eljárást (tág mellkas-sipoly készítése vastag drain bevezetésével) nem tartja jónak, főleg a pleura-üreg fertőződésének veszélye miatt s azért is, mert az esetleg már képződött savós vagy steril genyes exsudatum levezetése következtében az exsudatumnak jótékony hatása megszünik.

Az egyik tüdő megbetegedése esetén is szükségessé válhatik pneumothorax képződésekor a punctio a levegő kibocsátása czéljából, ha a szomszéd részekre gyakorolt nyomás miatt életveszélyes tünetek jelentkeznek.

Ha már exsudatum képződött, az izzadmány természete és a hőmérsék viselkedése fogja megszabni a további teendőket. Ha már előbb magas láz volt, a mely a nagy exsudatum képződése után is megmarad, akkor az a kérdés döntendő el, vajjon nem indult e meg gümőkóros folyamat a nem pneumothoraxos tüdőfélben. Ha ez az ok kizárható, akkor valószinűleg a pleura súlyos fertőzéses folyamata forog fenn; ilyenkor, ha a működő tüdő ép vagy csak mérsékelten beteg, s a beteg erőbeli állapota megengedi, a pleuraüreg tág megnyitását kell végezni, esetleg thoracoplasticával és a tüdősipoly bevarrásával.

Végül azokat az eseteket hozza szóba szerző, a melyekben 3—6 hónap óta áll fenn a pneumothorax, exsudatum azonban nem képződik. Az ilyen betegek többnyire láztalanok, általános állapotuk elég jó. Ilyen esetekben exsudatum mesterséges létesítését ajánlaná gyenge argentum nitricum-oldat befecskendezésével. (Beiträge zur klinische Chirurgie, 49. kötet.)

Idegkórtan.

Az agy- és gerinczvelő arteriosclerosisának kórjelzéséről és gyógyításáról *Homburger* a következőket irja. Az idegrendszer arteriosclerosisának első tünetei a neurasthenia jelenségeinek képében jelentkeznek. A megkülönböztető kórjelzés ilyenkor nehézségbe ütközhetik. A 45—50 éves beteg fejfájós lesz, szédül, nyugtalan, izgatott, álmatlan, munkakedvét veszti, ínreflexei kissé élénkülnek, érverése kissé szapora lesz, szíve és erei látszólag rendben vannak. Ha ezek a tünetek ebben a korban olyan emberen támadnak, a ki soha fiatalabb éveiben ideges nem volt és most sem mutat más neurasthéniás tüneteket, úgy kezdődő arteriosclerosisra kell gondolnunk.

Az arteriosclerosis okozta *fejfájás* reggel fejnyomás érzéssel kezdődik és a nap folyamán valódi fejfájás lesz belőle, különösen szellemi munka után lesz erősebb, sokszor lehet tapasztalni, hogy olyan alkoholmennyiségre áll elő, a mely máskor ártalmatlan volt. Ilyen fejfájás refractiohiba után is támad, ezért ebben a tekintetben is vizsgálatra van szükség.

A *szédülés* nagyon hasonlít a neurasthéniás szédüléshez, a beteg hirtelen bizonytalannak érzi lábait, és e miatt félelem fogja el, néha fülzúgása is támad és a tünetek a Menière-szédülésre emlékeztetnek, sokszor a beteg még ágyban fekve is szédül.

Az *álmatlanság* és az elmondott bajok következtében deprimált kedélyhangulat és ingerlékenység fejlődhetik, a miáltal a kórkép még inkább hasonló lesz a neurasthéniához. Sokszor útbaigazít ilyenkor az arteriosclerosisra jellemző piros vagy kissé kékes arcz, vagy a túlságos halványság reggel, a piros arczszín este.

Mindezen tüneteknek oka az érműködésében beállott zavar, az ingadozás a vérnyomásban. Különösen előkészítő a bajra az érmozgató zavarokkal küzködő neurasthenia, mely már eleve nagyobb feladatot szab az ér rugalmassága elé. Aszonyokon az arteriosclerosis kezdete nem egyzser a climacteriummal esik össze, ennek tünetei elmosódottá teszi a képet.

A *gyógyításra* vonatkozólag a következőkre ügyeljünk. Sport, fárasztó gyaloglás és utazás tiltva van. Langyos teljes fürdők hűtősapkával jók, dust, ledörzsölést ne rendeljünk. A beteg pihenjen, sokat legyen ágyban, alkoholtól teljesen tartózkodjék, a dohányt lehetőleg kerülje. Az éjjeli munka nem való az ilyen embernek, de azért nem kell dologtalannak lennie. A táplálkozás főleg növényi legyen. A hízott beteget nem szabad hirtelen lefogyasztani, az óvatos fogyás ellenben hasznos, legjobb ha azt Noorden tanácsát követve félbeszakításokkal vitetjük végbe. A gyógyszerek közül a jod ebben a szakban keveset használ, jobb eredménynyel kecsegtet a brom adása és a valeriana. A mondott eljárások évekre megakaszthatják a baj előhaladását.

Sajnos, az arteriosclerosis nem mindig marad ilyen aránylag kedvező lefolyású, hanem az első tünetek jelentkezése után gyorsan halad előre. Igy támadhat agyatrophia az arteriosclerosis alapján, melynek elbutulás és korai öregség lehet a vége. Ilyen esetekben a szellemi képesség és a beteg érdeklődése többnyire észrevétlenül, néha fokonként sülyed. A korai öregedés nem ritkán büntettre vezet és összeütközésbe hozza a beteget a társadalommal is. Különös figyelemmel legyünk az arteriosclerosisra, ha balesetneurosis mellett áll fenn ez a baj. A tapasztalat ugyanis azt mutatja, hogy ilyenkor rohamosan halad előre.

Az arteriosclerosissal függnek össze a hátulsó kötegben az öregkorban támadó elváltozások, a melyek klinikai szempontból nem érdemelnek figyelmet. Annál fontosabbak ellenben az oldalsó

pamatok elváltozásai, melyek a paraplegia spastica senilis tüneteit adják. Ha öreg emberek izomzata atrophiás lesz, első sorban arteriosclerosison alapuló elülső szarvmegbetegedésre kell gondolnunk. (Medizinische Klinik, 1906. 8. szám.)

Kollarits Jenő dr.

Adjunk-e a gyermeknek alkoholt? *Hecker* Münchenben 4 elemi iskola 4652 tanítványát és egy középiskola 428 növendékét vizsgálta, a gyermekek szellemi képessége növekedésének viszonyát keresve az általuk rendesen élvezett alkohol mennyiségéhez.

Az elemi iskolai tanulók 55%-a rendesen ivott alkoholos italt, a legtöbben egyszer naponként, kevesebben kétszer. A tanulók 13·7%-a teljesen abstinens volt, 4·5%-a ½ liter sört ivott naponként, 6·4%-a pedig rendesen kapott pálinkát. Kiderült a tanítványok osztályzatainak átlagából, hogy minél több alkoholt fogyasztottak a tanulók, annál rosszabb osztályzatot kaptak úgy a szorgalom tekintetében, mint az egyes tantárgyakból; az alkoholt ivó tanulók felfogása is rosszabb volt, mint az abstinenseké. Kiderült továbbá, hogy a 11½ életév alatt levők közül az alkoholivók kisebbek voltak, de ezen adatnak nem sok a bizonyító ereje, mert a 12 éven felüli gyermekek közül épen az ivók voltak nagyobbak. (München. med. Wochenschr. 1906. márcz. 20.)

Kollarits Jenő dr.

Sebészet.

A Meckel-gurdélyon csomóképződést észlelt *F. J. Child* 17 éves fiúnál. A csomóképződés által a Meckel-gurdély, melynek csúcsa a hólyaghoz tapadt volt, csupán önmagát füzte le. Az ez által okozott klinikai tünetek az appendicitiséinek feleltek meg, a bélpassage sem volt megzavarva. A tünetek jelentkezése után egy héttel végzett műtét a gurdély eltávolításában állott. Zavartalan gyógyulás után 3 héttel jelentkezett ileus-tünetek újabb beavatkozást (enterostomia) tettek szükségessé. Az ileust a Meckel-gurdély helyén levő szükület okozta. A bélsársipoly elzárása a beteg leromlott erőbeli állapota miatt még két hó elteltével sem volt lehetséges. (The lancet, 1906. 4305. szám.) *Pólya.*

A colon ascendensben székelő rákok kiirtásakor *F. D. Bird* azt ajánlja, hogy a coecumot és az ileum végdarabját az ileocoecális szöglet nyirokmirigyeivel együtt következetesen távolítsuk el, s az ileum csonkját a colon transversumával közvetlenül egyesítsük. (Lancet, 1906. 4303. szám.) *Pólya.*

A jejunum kezdetével közlekedő nagy cystát ir le *E. Cantley* 5 hetes gyermekben. A cysta a gyomornál jóval nagyobb volt, s idült ileus képe alatt halálra vezetett. (Lancet, 1906. 4303. szám.)

Nagy teratomát irtott ki sikerrel egy három hetes gyermek nyakáról *Mac Gregor*. A jó ökölnyi daganat légzési nehézségeket okozott, s kiirtását teljes siker követte.

A duodenum első részletének tágulását észlelte *Ochsner* epekőműtétek kapcsán. Szerinte a duodenumon a közös epevezető benyilása alatt a körkörös izomréteg hypertrophiája folytán sphincterszerű berendezés van, melyet E. W. Thuerer hullavizsgálatainál állandóan ki tudott mutatni. Ezen sphincternek physiologiai czélja az volna, hogy az epének és a pankreasnedvnek az étellel való intensiv keveredését előmozdítsa. Az epekő ezen sphincternek olyan reflectorius összehúzódását hozza létre, mint a milyet gyomorfekély eseteiben a pyloruson lehet látni. (Annals of surgery, 1906. 157. füzet.) *Pólya.*

Sebészileg fontos duodenum-rendellenességekre tesz figyelmessé *J. G. Mumford*. Néha a duodenum nem végződik, mint rendesen, a gerinczoszlop bal oldalán, hanem annak jobb oldalán. Ha ilyen rendellenesség jelenlétében hátsó gastroenterostomiát készítünk rövid odavezető kacscsal, akkor ez a gyomortágulat megszüntével s a gyomornak a bal oldalra való visszahúzódásával annyira feszülhet, hogy a varrat szétválását fokozhatja. Ez történt a szerző esetében teljesen normális lefolyású gastroenterostomia után az 5. napon. Ezen halálos szövődmény elkerülésére ilyen esetekben az Y forma anastomosist ajánlja. Hogy a duodenum ezen rendellenessége nem nagyon ritka, azt *Dwight* anatomiai vizsgálatai bizonyítják, melyek szerint 54 duodenum közül 6 már a gerinczoszlop jobb oldalán végződött, 26 esetben pedig nem vonult az aorta előtt, hanem ennek jobb oldalán ment át a jejunumba. (Annals of surgery. 157. füzet.) *Pólya.*

Gyermekgyógyászat.

Halálos bélvérzés bujakóros csecsemőben. *Coulon* Swieten-oldattal eredményesen kezelt 10 hónapos luetikus csecsemőn vörheny s diphtheria után két héttel melaenát észlelt. A vörheny s diphtheria nem volt haemorrhagikus jellegü, úgy hogy a vérzést *Lop, Joly* s *Lepage* észleleteire támaszkodva bujakóros bélfekélyződésre vezeti vissza. (Arch. d. méd. d. enf. VIII. k., 2. f., 100. l. 1905.) *Deutsch Ernő.*

A természetes csecsemőtáplálásról értekezik *Friedjung*. Oly bábákat, kik a természetes táplálás érdekében munkálkodnak, meg kell jutalmazni. Oly jómódú anyák, kik nem szoptatnak, bár legszentebb anyai kötelességük teljesítésére alkalmasak, birságot fizessenek; ez összegből szegény szoptató anyák gyámolitandók. Hypogalaktia eseteiben az „allaitement mixte"-et kell ajánlani. A mesterséges tápszerek szemérmetlen reklámjának gátat kell vetni. Dajkának csupán azon esetben mehet egy nő, ha saját gyermekét már néhány hónapig szoptatta s saját kisdedét is magánál tarthatja. Gyárakban crêche-ek rendezendők be. (Wien. klin. Wochenschr. XVIII. k., 22. f., 1905) *Deutsch Ernő.*

Megalerythema epidemicum néhány esetét ismerteti *Moussous*. 13 éves fiúgyermeken mérsékelt általános rosszullét és fáradság érzete mellett, de hőemelkedés nélkül, az arczon s végtagokon különös jellegű kiütés jelentkezett. Az arcz bőre az orr, ajkak s áll kivételével egyenletesen élénkpiros, lobos tapintatú, mérsékelten pöffedt. A pirosság a fülekig s a nyakig terjed. A felső s alsó végtagokon symmetrikus elhelyezésü, mérsékelten kiemelkedő, élénkpiros, kerek, helyenként különálló, másutt összefolyó foltok láthatók; a különálló foltok mintegy 5 koronányiak. A törzs bőrén csupán néhány apró piros folt. Subjective az arczon kis feszülés és melegség érzete. Halvány torok, bevont nyelv. Hurutos tünetek és mirigyduzzanatok teljesen hiányzanak. A hasi szervek épek, a vizelet tiszta. A megbetegedés 3. napján a foltok közepe kissé halványodni kezd, széleik azonban még élénkpirosak. A kiütés teljes eltünése 12 napot vett igénybe; az egész lefolyás alatt zavartalan közérzet, teljesen láztalan állapot. Az elhalványodás időszaka alatt a kiütés az ágy melege és a hevesebb testmozgások következtében mulandóan élénkebb lett. Az első megbetegedést követő 10. napon a beteg el nem különített leánytestvére, az ezt követő 8. napon pedig a betegeket ápoló cselédleány betegedett meg teljesen hasonló tünetekkel. A lefolyás mindkét esetben a fiú megbetegedésével egyező volt. A szerző első esetét eleinte infectiosus illetve toxikus erythemának tartotta, de a 2. eset jelentkezésekor a megbetegedéseket az *Escherich* által ismertetett megalerythema epidemicum csoportjába osztotta be. A kórképet önálló bántalomnak tartja, mely mintegy összekötő kapocs az egyszerű infectiosus eredetü erythemák és a fertőző kiütéses bántalmak között. (Archives de médecine des enfants, 1906. 2. sz.)

Faludi Géza dr.

Húgyszervi betegségek.

Az alypinről mint érzéstelenítőről az urologiai gyakorlatban *H. Lohnstein* igen kedvezően nyilatkozik. Előnye a cocainnal szemben, hogy kevésbé mérgező, bomlás nélkül sterilizálható, ischaemiát nem okoz, még közepes adagokban sem befolyásolja a szívműködést és jóval olcsóbb. A vegyileg rokon stovainnál határozottan többet ér, ezenkivül nem savanyú, hanem közömbös kémhatású és vízben könnyen oldódik. Hogy némely szerző részben igen változó, részben pedig kedvezőtlen eredményeket ért el, azt Lohnstein annak tulajdonítja, hogy ezen kisérleteik bizonyára a kezdetben forgalomba hozott alypinum muriat.-ra vonatkoznak, a mely az esetek többségében egyidejüleg használt argent. nitric.-mal csapadékot ad s így érzéstelenítő hatását nem fejtheti ki. Kezdeményezésére a Bayer-czég most már az alypinnak légenysavas sóját is előállítja; az ő megfigyelései (120 eset 60 gm. felhasználásával) az alypin. nitric. 1%-os oldatára vonatkoznak, a melyet betegeinél cocainnal felváltva alkalmazva, az érzéstelenítés tekintetében különbséget alig észlelt s így fennebb emlí-

tett előnyei miatt az urologiai gyakorlatban melegen ajánlja. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1906. 13. szám.)

Drucker Viktor dr.

A húgycsőbe ékelt idegen testeket *J. Bogdanik* két csoportba sorozza; az elsőbe tartoznak a vese-, hólyag-, prostata stb. kövek, a melyek vizelés közben a húgycső valamelyik részében fennakadtak, a másodikba pedig azon idegen testek, a melyek a külső húgycsönyiláson át *a)* önfertőzés, *b)* más személy rosszakaratú manipulatioja következtében jutottak a húgycsőbe avagy *c)* mint orvosi műszereknek (katheter, bougie stb.) szerencsétlen véletlen folytán letört részei maradtak vissza a húgycsőben. Eltávolításukkor mindenekelőtt arra ügyeljünk, hogy a fennakadt testet ne toljuk vissza a hólyagba. A pars cavernosában beékelt test visszacsúszását azzal gátoljuk meg, hogy a penisnek az idegen test mögötti részét hüvelyk- és mutatóujjunkkal rögzítjük, de ha az obstructio már mélyebben székel, akkor a rögzítést a végbélbe vitt ujjunkkal kell megkisérelnünk. Kedvező esetben a beszorult tárgyat már puszta kézzel is kifelé csúsztathatjuk, ezt azonban sohasem erőltessük, nehogy ezen müvelettel a húgycső nyálkahártyáját megrepeszszük; ha első gyengéd kisérletünk meddő marad, igyekezzünk az idegen testet az urethrába vitt alkalmas fogóval megcsípni. Ha kisebb térfogatú, sokszögü testtel van dolgunk, e czélra a hosszúnyelű, vékony makkfogó lesz a legalkalmasabb; ezt csukott állapotban vezetjük be az urethrába, majd nyitott szárait az idegen test felett, a mennyire lehet, óvatosan előretolva, ezt megcsípjük és a fogóval együtt kihúzzuk. Nagyobb térfogatú avagy gömbölyü tárgyaknál makkfogóval nem érünk czélt; a szerzőnek ily esetekben hosszúnyelü fülkanál tett jó szolgálatot olyképen, hogy a míg bal kezével az idegen testet rögzítette, addig a jobbal igyekezett a műszert a tárgyra tolni, ha ez sikerült, a kanalat lassacskán kihúzta, miközben a bal kéz ujjaival a kanál mélyedésébe nyomott idegen testet mindjobban kifelé csúsztatta. Ily módon egy izben 18 mm. hosszú és 9 mm. átméretü, gömbölyü hólyagkövet húzott ki a húgycsőből. Ismét más az eljárás akkor, a midőn valamely hosszúkás, hegyes tárgy, teszem egy tompa végével előrecsúsztatott tű akadt meg az urethrában, a mi önfertőzés avagy gonosz szándék következményeként elég gyakran fordul elő. Ha sikerül a tű hegyét csipeszszel megragadnunk, kihúzása már nem jár nehézséggel; de ha a tű hegye már a nyálkahártyába befúródott, akkor az idegen test mögötti húgycsőrészlet összeszorításával mindenekelőtt további hátracsúszását kell megakadályoznunk, majd másik kezünk ujjaival addig nyomkodjuk a penist az idegen test felett, a míg a tű hegye a mony bőrén áthatol; ekkor csipeszszel még jobban kihúzzuk, miközben tompa végét a húgycsőnyilás felé fordítva most már addig toljuk előre, a míg az orificiumon kiemelhetjük. (Wiener med. Wochenschrift, 1906. 6. szám.)

Drucker Viktor dr.

A hímvesszőnek elég ritka fejlődési rendellenességét (glans penis duplex) irja le *H. Novotny*. Különben normális 27 éves fiatal emberről van szó, a kinek családjában semmiféle fejlődési rendellenesség nem fordult elő. Az egyébként rendes glans felső felén egy hasonló képlet — glans secundaria falsa — székel, a mely az egész terület jó negyedrészét elfoglalva, alapjával a glans verával teljesen egybeforrt; a képlet elülső szélén a corona glandis falsae határozottan kimutatható, míg hátulsó széle a glans vera felületében elvész, a mi által a carona glandis verae convexitása még jobban kifejezésre jut A glans falsa közepén hosszbarázda fut, a mely alsó harmadában 4 mm mély, húgycsönyiláshoz hasonló árokká alakul. Makroskopice a képlet szövete a glans veráéval teljesen azonos. A két glansnak közös a fitymája. Az orificium cutaneum urethrae verae és a frenulum közt vakon végződő nyilás van. A rendellenesség a nemi functiót semmiképen sem zavarja. (Wiener medic Wochenschrift, 1906. 10—11. szám.)

Drucker Viktor dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Cretinismus esetét közli *Göllner* (Nagy-Szeben). A 11 éves leánybeteg a Bayer-féle jodothyrin-tabletták használata után tetemesen javult úgy testileg, mint szellemileg, s szerző reméli, hogy az eljárás folytatásával sikerülni fog az illetőt az emberi társadalom teljesen használható tagjává tenni. A 0·3 grammos tablettákból eleinte felet, később 1-et, 1½ év mulva pedig 2-t kapott a beteg naponként. (Wiener klinische Wochenschrift, 1905. 52. szám.)

Erysipelas ellen *Noguera* a salicylsav helyi alkalmazását ajánlja. A következő linimentummal ecsetelteti be 3—4 óránként a kóros részt és környékét: Rp Acidi salicylici 10·0; Glycerini, Aquae rosarum āā 50·0. (Ref. Münchener medizinische Wochenschrift, 1906. 6. szám.)

Isoprallal szerzett tapasztalatait *Tauszk* a következőkben foglalja össze. Az isopral nagyon értékes hypnoticum, a mely javalt mindannyiszor, a mikor olyan altató szert kell adnunk, a mely a vérkeringésre és a lélegzésre ártalmatlan, vagy a mikor az addig használt hypnoticumot a beteg annyira megszokta, hogy hatás elérésére már olyan nagy adagot kellene használni, a mely mérgezhetne. Kellemetlen mellékhatásképen legfeljebb azt lehetne említeni, hogy nagyon sok beteg másnap erős fejfájásról panaszkodik. (Medizinische Blätter, 1905. 52. szám.) *Morselli*, a genuai egyetemi idegklinika igazgatója szintén nagyon dicsérően nyilatkozik az isopralról, a melyet nagyon sok elmebetegnél használt 0·25—2·0 grammos adagban. Más szerzőktől eltérőleg nem tartja azonban egészen közömbösnek a vérkeringési szervekre nézve s azért használatát szív- és érbajosoknál kerüli. (Deutsche Medizinal-Zeitung, 1905. 90. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Magyar orvosi archivum, 1906. 2. füzet. *Engel Károly:* Klinikai vizsgálatok a vérsavó fénytöréséről. *Alexander Béla:* Fejlődési rendellenességek a kéz és láb csontvázán. *Fenyvessy Béla* és *Kabdebó György:* Újabb adatok a kénsavas synthesis feltételeinek ismeretéhez. *Révész Géza:* A színküszöb viszonya az achromatikus folyamatokhoz. *Csillag Jakab:* Adatok az epithelioma adenoides cysticum ismeretéhez.

Budapesti orvosi ujság, 1906. 18. és 19. szám. *Gescheit József:* Az Erzsébet királyné-sanatoriumban gyakorolt diagnostikai és therapiai eljárások. *Sigmund József:* 100 somnoform-narcosis. „Közegészségügyi és törvényszéki orvostudományi szemle" melléklet, 2. szám. *Minich Károly:* Adatok a szív sérüléseinek törvényszéki orvosi jelentőségéhez. *Szigeti Gusztáv:* Iskola és egészség. „Diaetás és physikai gyógymódok" melléklet, 2. szám. *Áldor Lajos:* A gyomorbeli zsiremésztésről. *Beck Soma:* Az állandó vízágy alkalmazása a bőrgyógyászatban. *Jakab László:* A mesterséges szénsavas fürdők élettani hatása a vérkeringésre. *Farkas Márton:* Agyhyperaemiák és folyó lábfürdők.

Gyógyászat, 1906. 17. szám. *Papp Samu:* A légfürdőkről. *Mandl Ignácz:* Az iszákosok paranoid elmebajairól. 18. szám. *Feldmann Ignácz:* Adatok a b. fusiformisnak és a spirillum dentiumnak tulajdonítható betegségek ismeretéhez. *Weisz Ede:* A heveny köszvényroham kezeléséhez, különös tekintettel a citarinra. *Mandel Ignácz:* Az iszákosok paranoid elmebajairól. *Biró Ede:* A venerikus bajok elleni védekezésről. *Pfann József:* Subacut és acut fertőzések kezelése a vérbőség fokozásával.

Orvosok lapja, 1906. 18. és 19. szám. *Kallós Jenő:* Az ásványvizek radioactivitásáról. *Hertzka Imre:* A cholelithiasis kórismézése és gyógytana. *Glück Tibor:* Az inhalatiós és pneumotherapia módjai.

Vegyes hirek.

Kinevezés. *Blasich Mario* dr.-t Fiume város tiszti főorvosává nevezték ki.

Gáger Károly dr. királyi tanácsos fürdőorvosi gyakorlatát Gasteinban újból megkezdette.

Fornet Elemér dr. fürdőorvosi működését Marienbadban ismét megkezdte.

Turán Bódog dr. fürdőorvosi gyakorlatát Franzensbadban (Parkstrasse, Prinz Wales) újból megkezdette.

Rosenthal Béla dr. fürdőorvosi gyakorlatát Karlsbadban újból megkezdte.

Megbizás. A belügyminister a munkácsi állami gyermekmenhely igazgató-főorvosi teendőinek ellátásával megbizott *Markfeld Ignácz* dr.-t felmentette s helyette az igazgató-főorvosi teendők ellátásával *Nuszer Lajos* dr. munkácsi kórházi igazgatót újból megbizta.

A gyermekvédelem tárgyában három elvi jetentőségű ministeri határozatot közöl a „Belügyi Közlöny" legutóbbi száma. Az egyikben felmerült eset kapcsán figyelmeztet arra, hogy jótevőnek gyermeket a menhely feltételesen sem adhat ki, ebben csak az illetékes árvaszék határozhat. Módjában van azonban az árvaszék jogerős intézkedéséig a gyermeket jótevőnek ingyentartásba kiadni, de a gyermek továbbra is a menhely kötelékében marad és felette a felügyeletet a menhely továbbra is gyakorolja. A második határozat szerint az állami gyermekmenhely kötelékébe tartozó elhagyott gyermekeknek a nevelő szülőknél való elhelyezése és visszavétele kizárólag az igazgató-főorvos hatáskörébe

tartozik, s ebben a hatáskörben a rendőrhatóságokhoz intézett megkereséseit ezek esetleg karhatalom alkalmazása mellett is végrehajtani kötelesek. A harmadik határozat szerint magánegyénnél szülő által elhelyezett kiskorú gyermek tartásdíja az országos betegápolási alapból meg nem téríthető.

Meghalt. *Scheiber S. H.* dr. székesfővárosi idegorvos, a bukaresti egyetem volt boncztan-tanára e hó 7.-én 72 éves korában. — *B. S. Roseberry*, a gyógyszertan nyug. tanára Baltimore-ban. — *W. F. R. Weldon*, az összehasonlító anatomia tanára, ismert embryologus, Oxfordban.

A budapesti egyetemi I. számú női klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika április hóban 68 esetben nyujtott segélyt; a műtétek száma 54 volt.

A kolozsvári önkéntes mentőegyesület április hóban 178 esetben nyujtott első segélyt; azonkivül 24 esetben végzett betegszállitást, 43 esetben mint mozgóőrség teljesitett szolgálatot és 4-szer téves jelentés miatt vonult ki. Az április havi működési főösszeg tehát 249.

A szabadkai önkéntes tűzoltó-testület mentő osztálya április hóban összesen 79 esetben teljesített szolgálatot.

Kisebb hirek külföldről. *Bier* bonni tanár a heidelbergi sebészeti tanszékre való meghivást visszautasította. — Az újonnan épitett lipcsei kórboncztani intézetet e hó 5.-én adták át ünnepélyesen rendeltetésének. — Turinban a hatodik nemzetközi bűnügyi anthropologiai congressus megnyitásával kapcsolatosan *Lombroso* 50 éves tanári jubileumát ünnepelték, számos hirneves olasz és külföldi tudós jelenlétében. Az ünnepeltnek művészies kivitelü arany plakettát, arany érmet s tisztelőinek autogrammját magába foglaló albumot nyujtottak át. — A prágai német egyetem tanácsa, ellentétben az orvosi karral, a nők magántanári habilitatioja ellen nyilatkozott. — *Pick Ph. J.* tanár, a prágai német egyetem ismert dermatologusa, e félév végével nyugalomba vonul. — Tanári kinevezések: *J. Phillips* a nőorvostan tanárává Londonban; *Stirling* dr. a szemorvostan tanárává Montrealban.

A lissaboni congressusról. Míg a 3 év előtti madridi congressus alkalmával a következő congressusra egy állam meghivása sem érkezett be, s Lissabon csak az utolsó pillanatban vállalkozott a congressus befogadására, „pour sauver la situtation", mint Bombarda, a congressus főtitkára mondta: ezúttal öt helyre is hivták hivatalosan a következő congressust: Budapestre, New-Yorkba, Athenbe, Brüsselbe és Tokióba. A beadott 59 szavazat közül 32 esett Budapestre. Budapest legerősebb concurrense New-York volt, melynek különösen az olaszok és amerikaiak fogták pártját. A külföldi orvosi lapok valamenyien örömmel üdvözlik Budapestet, mint a legközelebbi orvosi congressus szinhelyét. Igy pl. a Deutsche medizinische Wochenschrift igy szól: Hogy a választás Magyarország szép fővárosára esett, az bizonyára általános örömet és tetszést fog kelteni. A Berliner klinische Wochenschrift már abból az okból is örvend e választáson, hogy ismét középeuropai helyen lesz a congressus, olyan helyen, melynek a meglátogatása nem jár annyi anyagi és időbeli áldozattal, mint Madridé és Lissaboné. Megemlitjük még, hogy a congressus az 5000 frankos moszkvai díjat Laverannak s a 3000 frankos párisi díjat Ehrlichnek itélte oda. Végül még megjegyezzük, hogy a lissaboni congressuson határozatba ment, hogy a legközelebbi congressusnak foglalkoznia kell azzal a kérdéssel, nem volna-e czélszerű a congressusok időközét 3 évről 5 évre meghosszabbitani.

A német orvosok és természettudósok ez idei 78. vándorgyülésüket Stuttgartban tartják meg szeptember 6.-tól 22.-ig. A gyermekgyógyászati szakosztály elnöke: *Fischer* és *Camerer* jr., titkára: *Heimann*, *Steiner* és *Einstein*. Előadásokat május 15.-ig lehet bejelenteni Fischer dr.-nál, Stuttgart, Herdweg, 89.

A második nemzetközi „Gouttes de Lait" congressus 1907. szeptember havában Brüsselben fog megtartatni *Albert Escherich* tanár elnöklése alatt.

A silkworm-gut készitésmódját bőven ismerteti *Triollet*. Ezt az anyagot a selyemhernyó fonál-készitő mirigyéből nyerik, olyankor a mikor a hernyó épen hozzálát a begubózáshoz. Már régóta ismerik ezt, de 1865-ig csak a horgászatban vették használt. Az emlitett évben alkalmazta Passavant frankfurti orvos először a sebészetben varratokra és érlekötésekre; világhódító útjára a silkworm-gut azonban Angolországból indult a 70-es években, különösen Bryant és Bantock közlése révén. Bár Olaszország nagy mennyiségben termeli ezt az anyagot a halászat czéljaira, a sebészetben használt silkworm-gut leginkább Spanyolországból, nevezetesen Murcia tartományából kerül a piaczra, hol a selyemhernyó-tenyésztés elterjedt házi ipar a nép közt. A selyembogár-petéket április és május hónapokban, a szederfalevelek fejlődésének idején, költik ki mesterségesen 22—30° C mellett, a mi egy hétig tart. A kis hernyók eleinte szabad szemmel alig láthatók, de 24 nap alatt elérik teljes nagyságukat, miközben többször vedlenek. A legnagyobb, legegészségesebb példányokat kiválasztják és gondos megfigyelésnek vetik alá. A mint észreveszik, hogy „fonni" kezdenek, leölik őket azzal, hogy eczettel vagy czitromsavval megsavanyított vizbe dobják, a melyben benn is hagyják a hernyókat 12—15 óráig. Azután erre begyakorlott asszonyok kipraeperálják az állatokban a selyemképző mirigyeket s forró vizben való áztatás után legombolyitják az egyetlen egy csavarodott mirigycsőből álló szervet. A silkworm-gut tehát nem selyemfonál, hanem maga a selyemképző mirigy-tubulus, melyben a falzaton belül még benn van a selyem-anyag. Az igy nyert hosszú mirigycső granit- vagy márványlemezre téve vöröses fonallá szárad össze. Ezeket a fonalakat összevásárolják a silkworm-gut ipari előállitásával foglalkozók s tovább kezelik őket, olyan módon, hogy lúgoldatban kifőzik a vér és zsir eltávolitására, portól védett helyen megszáritják a napon, azután gyengén beolajozott habkő s egy külön készülék segitségével simára csiszolják, majd kénsavval fehéritik és zergebőrrel erősen ledörzsölik a por eltávolitására, végül pedig vastagságuk szerint öt csoportba osztályozzák a fonalakat. A két szélső szám, a legvékonyabb s a legvastagabb, alig használható, a többi három fonálfajtának 2·5, 4 és 6 kgm. súlyt kell elbirnia. Sebészi czélokra rendesen a 30—32 cm. hosszú fonalakat dolgozzák fel. Ez a feldolgozás abban áll, hogy a fonalakat rendesen megfestik fuchsinnal vagy methylenkékkel, továbbá felpuhitásra körülbelül hat hétre gyenge carbololdatba teszik, melyhez kevés glycerin van keverve, s végül valamely antiseptikus oldatban sterilizálják 120°-ra való hevités által. A silkworm-gut minősége nagyon különböző, egyfelől az előállitás gondossága, másfelől meg a szerint, hogy milyen régi a készitmény: a fonalak ugyanis idővel szakadékonyná lesznek. Spanyolország évi termelése 150 millio fonál 2—3 millio frank értékben, melynek előállitása 4—5000 embert foglalkoztat. (Bulletin des Sciences Pharmacologiques, 1905. 5. szám.)

Lapunk mai számához
1. Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning czég Valyl
2. G. Hell & Comp. Lecithol-Malz-Extrakt
prospektusa van csatolva.

Ötödéves jó modorú keresztény medikus ajánlkozik négy hónapra **helyettes orvosnak**, esetleg beteget fürdőhelyre elkisérne. Sebészetben való jártasságot kórházban sajátított el. Czime W. Gy., Népszinház-utcza 36., III. em. 1.

Az orvos urak figyelmét azon kiáltó statistikai tényre hivjuk fel, hogy évenként hány millió vándorol ki a külföldre hatástalan gyógyszerekért annak ellenére, hogy ma már hazai gyógyszerspecialitásaink nemcsak kiállják a versenyt a külföldi készitményekkel, de ezeket egyes készitményeink hatalmasan felül is mulják. Ilyen pl. a **„Nervinol Barabás"** idegerősitő gyógyszerspecialitás, mely klinikai és kórházi kisérletezések szerint komoly és értékes készitménynek bizonyult mindennemű ideges bajok ellen, ú. m. neurasthenia, hysteria, álmatlanság, ideges gyomor- és bélbajok, epilepsia, vérszegénységből eredő fejfájások, tabes, férfigyengeség, éjjeli ömlés stb. eseteiben. Készíti és szétküldi: Barabás gyógyszertár Budapest, V., Nádor-utcza 3. szám.

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

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

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

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

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 vasúti összeköttetés. Kivánatra prospektus.

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

Van szerencsém az igen tisztelt orvos urak szives tudomására hozni, miszerint a

Dr. Theinhardt-féle

tápszertársulat vezérképviseleti irodáját f. évi május hó 1.-én

Rákospalota, Vasút-utcza 39.

szám alá helyeztem át. Bevált diaetetikai különlegességeinkből kisérleti anyagot s kellő irodalmat ezennel felajánlva, maradtam

mély tisztelettel **Benedek János.**

Városmajor-sanatorium és vízgyógyintézet bejáró betegek részére is). **Ujonnan épült magángyógyintézet belső-, anyagcsere- és idegbetegségek** számára. Mérsékelt árak. Budapest, II. Városmajor-utcza 64. Vezetőorvos **Dr. Surányi Miklós.**

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (XV. rendes tud. ülés 1906. évi május hó 5. én.) 539. l — Budapesti kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya. (I. rendes ülés 1906. január 30.-án). 542. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XV. rendes tud. ülés 1906. évi május hó 5.-én.)

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

Elnök az ülést megnyitja. Mult ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Torday Árpád, Vermes Mór, Rihmer Béla tagtársakat.

Jelenti, hogy Koller Gyula 400 koronát adományozott a Schuster-Bugát ösztöndíj-alapnak. Koller ezen adományával a nevezett alap 10,000 koronát tesz ki, úgy hogy ezentúl két ösztöndíj adható ki. Az orvosegyesület köszönettel veszi ez adományt.

Jelenti továbbá elnök, hogy az egyesület könyvtára számára beérkeztek: „A kolozsvári m. k. Ferencz József tudomány-egyetemnek emlékkönyve", továbbá különlenyomatok Liszt Nándortól és Gerlóczy Zsigmondtól. Köszönettel vétetnek.

Basedow-kórnak Moebius-féle serummal kezelt és lényegesen javult esete.

Vermes Mór: A Basedow-kór gyógyítása a legújabb időkig tüneti kezelésre szorítkozott. Az ezen betegség ellen alkalmazott szerek legtöbbje azonban, mint a jód, vas, arsen, a kór lefolyására inkább káros, mint előnyös hatással volt, és csak a vizgyógymód, valamint a Stiller által ajánlott középmagasságú (1000 m.-ig) hegyeken való hosszabb tartózkodás által sikerült az esetek egy részében kedvező eredményt elérni. A betegség gyógykezelésére új perspectivát nyitott a Lanz, Burghardt, Moebius, stb. által felállított azon elmélet, hogy a betegség oka a pajzsmirigy kóros hypersecretiojában rejlik, a mely utóbbi a szervezet intoxicatiojához vezet. A kezelés ez elmélet alapján két irányban indult meg. Minthogy a betegség okozója a kórosan elváltozott paizsmirigy, egyesek, mint Kocher, a részleges vagy teljes strumektomiát végezik. Maga Kocher azonban, ki ezen műtétet már 3000 esetben végezte és Basedow-kórban határozott eredményt látott, a műtét veszélyes voltát hangoztatja és azt ajánlja, hogy csak kivételes esetekben alkalmazandó. Az operativ beavatkozáson kivül a strumának Röntgen-sugarakkal való kezelését említhetem fel mint olyan eljárást, a melyről egyes észlelők mint lokális kezelési módról kedvezően nyilatkoztak. Lanz, Moebius, stb. kiindulva abból, hogy a pajzsmirigytől megfosztott szervezet oly védőanyagot tartalmaz, a mely alkalmas a Basedow-kórban képződött toxikus anyagok közömbösítésére, pajzsmirigyüktől megfosztott kecskék tejét, illetőleg ennek termékét a rodagent, valamint a pajzsmirigyüktől megfosztott ürük vérsavóját alkalmazták a kór leküzdése czéljából. Esetemben ez utóbbival elért eredményről akarok beszámolni.

T. R. 53 éves nőbeteg. Apja 69 éves korában halt meg tüdőgyuladásban, anyja 72 éves, egészséges. Neuropathikus terheltség nem forog fenn. A beteg sohasem szült, nem is volt terhes, súlyosabb természetű megbetegedésekre nem emlékszik, csak a menses alkalmával voltak nagyobb vérzései, a melyeket uterus-myomája okozott. Ezen 7½ kgm. súlyú tumort 2 év előtt távolította el Tauffer tanár. Ugy a műtét, mint az utána következő gyógyfolyamat zavartalan lefolyású volt. Érdekes, hogy jelenlegi betegségének első tünetei röviddel a műtét után mutatkoztak és psychikus alteratioban nyilvánultak, nemkülönben a pajzsmirigy megnagyobbodásában. Rövid idő mulva a Basedow-kór a maga teljességében bontakozott ki. A Tátrában való tartózkodás csekély javulást eredményezett. Ugyancsak eredménytelen volt a rodagen adagolása, melyet betegem hónapokon keresztül fogyasztott. Majd a többek által ajánlott Röntgen-kezelésre tértem át, a melyet Stein kartárs végzett. Betegem állapota a 15 expositio után, a melyek mindegyike 15 perczig tartott, határozottan javult, igy a struma körfogata 2 cm.-rel kisebbedett. Csakhogy a további expositiokat a fellépett dermatitis folytán be kellett szüntetni, mire a beteg állapota ismét rohamosan rosszabbodott. Tachycardia, oedemák a végtagokon, az aorta abdominalis nagyfokú pulsatioja, protrusio bulbi, izzadás, forróság érzete, nagyfokú lesoványodás és reszketés, Graefe-féle tünet, Stellwag-tünet jelenléte, izgatottság, álmatlanság képezték a betegség tünetcsoportját. Ily kétségbeejtő állapotban kezdtem meg nála Eulenburg és mások közleményei nyomán a Moebius-féle serum adagolását, a mely szerből háromszor napjában 10—10 cseppet kapott, minden 3. nap 5—5 cseppel többet egész 30 cseppig. A tizennegyedik naptól kezdve harmadnaponként 5—5 cseppel kevesebbet vett be mindaddig, míg ismét a legkisebb napi adaghoz jutottunk. Az üveg elfogyasztása után betegem egy heti szünetet tartott, majd pedig ismét 5 üveggel fogyasztott el a már előbb leirt fokozódó adagolás szerint. Az elért eredmény valóban teljes mértékben kielégítő volt. Az összes tünetek részint visszafejlődtek, részben javultak. Testsúlya gyarapodott, kedélyállapota jó, pulsusa, a mely a serumkezelés előtt 140 volt, jelenleg állandóan 80, strumája 2½ cm.-rel lett kisebb, az izzadás és az ujjak reszketése jóformán teljesen megszünt.

Kétly Károly: Nagyon érdemes és nagyon érdekes ezen nehezen gyógyítható betegségnek bármely úton és elég rövid idő alatt való javítása. Ezért elismeréssel tartozunk bemutatónak a félig gyógyult beteg bemutatásáért. Azonban a rövid idő óta tartó javulás és az egy eset óvatosságra int az eljárás birálatában és ezért végleges itélet nem mondható.

A mit bemutató mondott, hogy nincs eljárás, mely a Basedow-kórt meggyógyította volna, az a megjegyzésem, hogy ritkán bár, de vannak esetek, melyek a különböző eljárásokra tartósan javultak. Igy a magaslati égaljra, melyet magam is az elsők között ajánlottam, máskor — és különösen ezek a tartós eredmények — a struma részleges kiirtására.

Meg kell még jegyeznem, hogy a bemutatott javult esetben talán az előrement röntgenezés utóhatásának is van némi szerepe.

A kezelési idő is rövid még, a végleges eredmény csak hónapok vagy egy év mulva várható.

Elischer Gyula: Egy Basedow-kórban szenvedő beteget röntgenezéssel kezelt. 12 ülés után még nem volt eredmény, de a 18. ülés után a tünetek gyors javulása következett be úgy, hogy a röntgenezés jótevő hatását tagadni nem lehetett.

Vermes Mór: Nem minden esetre vonatkozólag állította az eddigi kezelési módoknak eredménytelenségét, hanem csak a súlyos esetekre nézve. A röntgenezést folytatta volna szóló, de a dermatitis meggátolta a további kezelést. A röntgenezés egyébként különösen intrathorakális strumáknál indikált.

Strumectomiával gyógyított Basedow-kór esete.

Torday Árpád: A Basedow-kór kóroktanában mindinkább előtérbe nyomul a thyreoidea-elmélet, a mely a bántalom okát a kórosan megnagyobodott mirigy túlbő és kóros összetételü váladékában keresi s a hypersecretio toxikus hatásából magyarázza a tünetek nagy részét. A Möbius-féle theoria a therapiában is érvényre jutott, a mennyiben a *Möbius*-féle antithyreoidin-serumot, továbbá a *Burghardt*- és *Blumenthal*-féle rodagent adják a betegeknek. Ezen gyógyszerekkel azonban csak múló eredmény érhető el, mert e szerek csupán a szervezetben keringő kóros anyagot közömbösítik, illetve teszik ártalmatlanná, azonban a pajzsmirigy működését nem befolyásolják, nevezetesen annak váladékát nem csökkentik s annak összetételét sem változtatják meg. Ha tehát a Möbius-féle thyreoidea-elméletet elfogadjuk s azt therapiailag értékesiteni akarjuk, akkor hamarabb és tökéletesebben fogjuk czélunkat elérni, ha a pajzsmirigy egy részét kiirtjuk s a hypersecretionak ez által gátat vetünk.

Ezen eljárás különösen indikált azon esetekben, a melyekben a túlnagy pajzsmirigy lélegzési, nyelési és vérkeringési zavarokat okoz. Az ezen esetekben elért eredmény buzdította a sebészeket arra, hogy a makacs, progrediáló s minden egyéb eljárással daczoló esetekben a műtéti eljárást megkisértsék.

Mi betegünknek a túlnagy struma által okozott tünetek és a belső gyógykezelés sikertelensége miatt ajánlottuk a műtétet, a melyet Dollinger tanár volt szives végezni. Esetünk a következő:

31 éves nőbeteg, kinek családjában idegbaj nem fordult elő. Három izben volt terhes, egy gyermeke él és egészséges, kettő halt el. Bajára vonatkozólag előadja, hogy 1901. deczember 20.-án a második terhessége hirtelen szüléssel végződött, ő magányosan volt otthon, a szülésznő későn érkezett s ez alatt gyermekét a szoba közepén a földön szülte. Elhagyatottságában nagy félelem fogta el; leginkább az aggasztotta, hogy segítség hijján újszülött gyermeke elpusztul. Más napra azt tapasztalta, hogy nyaka hirtelen megdagadt, szeme ekkor nem volt kidülledve, szivdobogást nem érzett. A strumától eltekintve teljesen jól érezte magát 1905. január 1.-ig, férje haláláig, a mikor el kezdett bánkódni, akkor érzett először kinzó szivdobogást és szemei is akkor kezdtek kidülledni. Közben még legkisebb gyermekét is szoptatni kellett. Általában ereje fokozatosan gyengül úgy, hogy még a járás is fárasztja. Mindezekhez járult, hogy férje halála óta gyermekeivel magára hagyatottan sanyarú viszonyok között tengődött, sokszor hétszámra nem evett főtt ételt. 1905. szeptember közepe óta lábai térdig megdagadtak, de a fekvés alatt a daganat rendesen eltünt. Nyugtalanul alszik.

A beteg 1905. október 17.-én vétetett fel a II. belklinikára, a következő felvételi állapottal: A középtermetü lesoványodott nőbeteg bőre nyirkos tapintatú, helyenként verejtékes. A szemek kidülledtek, feltünik, hogy a beteg a szokottnál ritkábban pislog. Lefelé nézetéskor a szemhéjak renyhe működése miatt a sclerából egy-egy fehér segmentum látható. Convergentiánál a bal szem csakhamar az egyenes állásba tér vissza. Egyébként a pupillák egyenlők, fényre és alkalmazkodásra jól hatnak vissza. A nyak hosszúkás, körfogata 38 cm. A pajzsmirigy mindkét lebenye megvastagodott. A jobb, mintegy lúdtojásnyi, a bal pedig férfiökölnyi, tömött lószőrpárnatapintatú, felette feltett tenyerünkkel gyenge surranást érzünk. Szivcsúcslökés az V. bordaközben a bimbóvonalban tapintható, kissé emelő. A szivtompulat egyébként normális. A szivműködés szapora. A systolés hang úgy a szivcsúcs, mint az aorta felett kissé megnyúlt. A pulsus kis hullámú, mérsékelten telt, szapora, száma perczenként 120. A kinyújtott karok mellett szétterpesztett ujjakon igen finom oscillatorius remegés indul meg. Talp-, hasbőr-

valamint patellar-reflexe igen élénk. Testének villamárammal szemben tanúsitott ellentállása gyengült, vagyis villamvezető képessége fokozott.

A beteg szivdobogása ellen jégtömlőt, álmatlansága ellen 0·5 isopralt kapott, azonfelül langyos fürdőket (35—36°). Majd rodagent adtunk neki és pedig kezdetben 3 × 2·0 gm.-ot s azután naponta 1—1 grammal többet, a mig pro die 30·0 gm.-ig emelkedett, s azután lassan csökkentettük az adagot. Október hó 19.-től november hó 20.-ig szedte a rodagent a nélkül, hogy állapotában lényeges javulás állott volna be. Nevezetesen pulsusa állandóan 100—120 között volt. A rodagenről azután tinct. veratr. virid.-re tértünk át s sympathicusát galvanizáltuk. Deczember havában a beteget kinzó hasmenés gyötörte és gyomorgörcsökben is szenvedett, szivdobogása és fejfájása is gyakran volt.

Ilyen körülmények között határoztuk el magunkat a struma részleges kiirtására, a mely miatt a beteget Dollinger tanár klinikájara tettük át. 1906. január 30.-án a struma vasculosából mindkét oldalt kivágtak egy-egy darabot, úgy hogy csak egy-egy kis tyúktojásnyi maradt vissza. A II. belklinikára márczius 3.-án került vissza. A műtét helyén jelenleg egy kb. 10 cm. hosszú operatiós heg látható. A gyógyulást a fonalgenyedés kissé hátráltatta. A műtét után a beteg baloldali lebenyes tüdőgyuladáson esett keresztül. A műtét után a Basedow-kór tünetei részben lassan visszafejlődtek. Nevezetesen a közérzet tetemesen javult, az étvágy megjött és a testsúly rohamosan gyarapodik. Azelőtt 45·80, most 61 kgm. Izzadása elmult, bőre többé nem nedves tapintatú. Pulsusa, a mely a műtét után három hónapig állandóan 120 körül volt, jelenleg 92—98 között ingadozik; szivdobogasról a beteg egyáltalában nem panaszkodik. Exophtalmusa is tetemesen kisebb fokú. A Stellwag-féle tünet alig váltható ki, valamint a Moebius-féle tünet is. Kezei alig reszketnek.

Dollinger Gyula kiemeli a Basedow-kórban szenvedők csekély ellentállóképességét, a mely a betegség magasabb fokában a műtétet kontraindikálja, és a mely egyszersmind oka a műtét utáni jelentékeny halálozásnak. Ezért is kivánatosnak tartja, hogy az olyan betegeket, a kiknél a belső kezeléssel boldogulni nem sikerül, minél korábban, és ne a betegség nagyon előrehaladott stadiumában küldjék a sebészhez. A halálozási százalékot a műtét után valamivel leszállitja azon körülmény, hogy a műtétet nem általános narcosisban, hanem helybeli érzéstelenítéssel végezzük.

Noha a bemutatott beteget csakis helybeli narcosisban operáltuk, mégis kisebbfokú pneumoniát kapott, a mi szintén bizonyitéka a csökkent ellentállóképességnek. A műtét január 30.-án történt és a tetemesen megnagyobott és lüktető pajzsmirigy mindkét felének resectiojában állott a mindkétoldali felső és alsó pajzsmirigyverőér előzetes lekötése után. Feltünt, hogy mindegyik alsó pajzsmirigyverőér olyan vastag volt mint egy-egy közös fejverőér. A mint a pneumonia elmult, a beteg javulni kezdett, erőbeli állapota emelkedett és a mikor márczius hó 5.-én a klinikát elhagyta, hogy Kétly tanár klinikájára visszatérjen, szivdobogási rohamai csak 4—5 naponként jelentkeztek, exophthalmusa a jobb szemén majdnem teljesen elmult, a bal szemén javult. D. még megemlíti, hogy a Röntgen sugarakkal elért sikerek bátorítók a további vizsgálatokra.

Jendrássik Ernő: A belorvos szempontjából szólalok fel. A betegség megitélése kissé egyoldalú és főleg Dollinger azon kijelentése, hogy korán kell operálni, nem egészen helyes. Hogyan vagyunk az operálással? Dollinger szerint a mortalitás jelentékeny, és pedig ennek nem a chloroform az oka, hanem az a nagyfokú gyengeség, mely a Basedow-kórnak tünete; igy egy erőteljesnek látszó Basedow-kóros leány klinikámon angina follicularisba halt bele.

A sebészi eljárásnak gyors jó hatása tévedésen alapul. A mig életben marad a beteg, hónapok vagy évek mulva is egészségesnek érzi magát. Ezt az eredményt sebészi eljárás nélkül is el tudjuk érni, a mennyiben a természet segit. Régen borzasztó betegség volt, mely cachexiával járt, és az esetek nagy része mégis szépen javult és a legnyomorultabbnak látszó esetek is fényesen összeszedték magukat.

Egyszóval a belorvosi kezeléssel vagy kezelés nélkül is a betegek egy jelentékeny része tünetileg meggyógyul. És ezt feledni nem szabad. A Moebius-féle vélemény szerintem el van hibázva és a serum vagy rodagen-kezelést nem lehet készpénznek venni, hanem össze kell hasonlitani nem kezelt esetekkel. Thyreoidin-tabletták adása czéltalan és veszélyes. Az operálásnak nem vagyok barátja és óva intek ettől, kivéve akkor, ha a struma légzési nehézséget csinál, a hol tehát indicatio vitalis forog fenn.

Dollinger Gyula: Csak azon eseteket kivánja a sebészhez utasittatni, a melyekben a belgyógyászati kezelés nem vezet czélhoz és a melyek még nem romlottak nagyon le.

A bemutatott esetben a javulás és a műtét között feltünő az összefüggés, mert a műtét után a tachycardia és az exophthalmus lényegesen javult.

Jendrássik Ernő: Hasonló eredményt belorvosi kezeléssel is lehet elérni. Majdnem biztos sikert hoz a magaslati égalj, melynek ajánlása a Stiller érdeme. De a tengerpart is néha hasonló csodás javulást hoz. T. i. a helyváltozás. Talán ugyanigy hat, ha a sebészeti klinikára helyezik át a beteget operatio nélkül is.

Kétly Károly: A bemutatott esetet felkérésemre Dollinger tanár operálta és az eredmény valóban eléggé kielégitő. Helyreigazitásul csak azt akarom megjegyezni, hogy bár a közérzet, a palpitatio és az exophthalmus az operatio után rövidesen javult, de a tachycardia a betegnek a belklinikára visszakerülése után 12 nappal engedett csak annyira, a mint most van, t. i. 92—98 perczenként.

Wenhardt János: A mig a Basedow-kóros beteg magára van hagyva, vagy belorvosi kezelés tárgya, addig csak a pajzsmirigy betegségében szenved; a mint azonban sebészeti kezelésbe veszik, az előbbi bajához könnyen csatlakozik egy újabb: a mellékpaizsmirigyek (gl. parathyreoideae, epitheltestek) betegsége. A legújabb időkig ugyanis a pajzsmirigy és epitheltestek működését és betegségeit összezavarták. Most azonban Landström, Nicolas, Kohn, Biedl és Pineles vizsgálatai alapján nagyon is valószinű, hogy a pajzsmirigy kiirtása cachexiát, az epitheltestek eltávolitása pedig tetaniát okoz. Tehát az epitheltestek exstirpatioja a veszélyesebb, mert hamarább vezet halálhoz. A mióta ez ismeretessé vált, azóta a sebészek csak partiális strumektomiát végeznek, különösen ügyelve az epitheltestekre. Ezek előrebocsátása után bátorkodom Dollinger tanár hozzászólásához egy megjegyzést fűzni. Ő ugyanis azt mondotta, hogy mióta újabban a struma kiirtásakor a betegeket nem altatják chloroformmal, azóta a halálozás tetemesen csökkent. Az újabb jobb eredményeknek az is lehet az oka, hogy jobban vigyáznak az epitheltestekre (kiirtás, nyomás, zúzás). Lehetséges az is, hogy mindkét oknak van szerepe a mortalitás leszállitásában.

Dollinger Gyula megjegyzi, hogy ezen esetben a műtét előtti gyógykezelés sikertelenségét tekintve, a tünetek javulása és a műtét közötti összefüggés nyilvánvaló. Wenhardt felszólalására pedig felhozza, hogy a négy chromatintest, a melynek eltávolitása tetanust okozhatna, a pajzsmirigy azon részei alatt fekszik, a melyeket a resectionál nem távolitunk el, s igy a műtét alatt eléggé meg vannak védve.

Priapismus esete.

Torday Árpád: A beteg, kit a II. belklinikáról bemutatok, 34 éves, gyenge, vézna ember, kinek az alkohol túlbő élvezetétől származó gyomorhuruton kivül egyéb baja nincs. Nemi betegségben sohasem szenvedett. 24 éves korában nősült, öt gyermeke él és egészséges. Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy f. évi április hó 12.-én részeg állapotban közösülést kisérlett meg, s bár az szokatlanul hosszú ideig tartott, s bár a magömlés állitólag megtörtént, hímtagja merev maradt, s azóta folyton egy állapotban van. A tartós merevedés alatt egy izben közösülést kisérelt meg, azonban a negyed óráig tartó próbálkozás ellenére valódi kéjérzése nem volt, magömlés nem következett be. Szuró, hasító fájdalmat leginkább este és éjjel érez hímtagjában, vizeletét nagy erőlködés közben vékony sugárban bocsátja ki, s ilyenkor a makk tájékán égető fájdalmat érez. Baja kezdetén állitólag két izben vizelt véreset. A beteg szervezete ép, vizelete világos borsárga, fehérjét nyomokban tartalmaz. Reflexei élénkek, a cremasterreflex mindkét oldalon kiváltható.

Kutatva a bántalom okát, ezt nem találjuk meg a genitaliákban, mert a betegnek gonorrhoeája vagy cystitise nincs, s prostatája sem nagyobbodott meg kórosan. (Guszman tanársegéd úr volt szives e tekintetben a beteget megvizsgálni.)

A priapismus leggyakoribb oka a leukaemia. A vérvizsgálat a betegnél azt mutatta, hogy a pirosvérsejtek száma 3.800,000, a fehérvérsejteké 13,400, haemoglobin 64%, fajsúly 1065, úgy hogy a leukaemia kizárható. A polynuclearisok az összes fehérvérsejtek 77%-át teszik ki, a lymphocyták 23%-át. Idegbaj sem okozhatta a priapismust (hysteria, gerinczvelővérzés), mert az idegvizsgálat semmi oly tünetet sem tudott kideriteni, a mely miatt tabesre vagy myelitisre gyanakodhatnánk.

Gerinczvelővérzés, köszvény, pyaemia, phimosis, hólyagkő, bélfene, cantharis intoxicatio, a perineum sérülése stb. után is láttak priapismust; ezen okok is kizárhatók. Minthogy a nervi erigentes isolált izgalmi állapota tartós priapismust sohasem okoz, azt tételezzük fel, hogy az erectio alatt consecutiv thrombosis keletkezett a corpus cavernosumban, a mely a vér lefolyását akadályozza. Hosszan tartó priapismus minden esetében a corpus cavernosum abnormis túltelődését mutatták ki. Leukaemiánál a corpora cavernosa-t fehér thrombus töltötte ki (Kust, Longuet, Neidhardt, Matthias, Adams, Schultze stb.) A priapismus általában gyakoribb a vérzéses diathesisban szenvedő egyéneknél. Ezeknél a székeléskor való erőlködés vagy megerőltető coitus után könnyen támad vérömleny és consecutiv thrombosis és ez tartja fenn a priapismust, a mely több hétig fennállhat. Goebel Alexandriában (Mittheilung aus d. Grenzgebieten XIII. k. 4 és 5 f.) 8 hétig tartó priapismust észlelt, a mely szintén a coitus alatt elszenvedett könnyebb sérülés miatt támadt; 8 hét elmultával a jobb corpus cavernosum penisből coagulum ürült, s a beteg meggyógyult. A tapasztalat azt mutatja, hogy a betegség kezdete után három-négy hét mulva spontan relaxatio szokott bekövetkezni.

Ha tehát más okok nem kényszeritenek, ennyi ideig várhatunk az incisióval.

Extragenitális luesinfectio.

Justus Jakab: 30 éves férfi e héten jelentkezett rendelésén azzal a panaszszal, hogy körülbelől egy hónap óta bal álla alatti mirigyei megdagadtak. Az áll alatt majdnem ökölnyi mirigycsomók tapinthatók, melyek fájdalmatlanok, egymástól elkülönithetők, tömött tapintatúak. A test többi mirigyei, igy a jobb áll alattiak is csak kevéssé, vagy egyáltalán nem duzzadtak meg. Az extragenitalis infectio iránt felmerült gyanú a szájüregnek pontos vizsgálására indított, de sem az ajkakon, sem a mandolákon fekély található nem volt. Tüzetes inspectióra a bal utolsó molaris fog mögött, attól részben fedve a pofa nyalkahártyáján egy fillérnyi fehéres folt volt látható, mely középütt kissé erodált és csak fényével különbözött egy plaque-tól. Tapintáskor azonban pergamentszerű éles határú induratio volt érezhető, a mi a diagnosist biztossá tette.

A vesetuberculosisról.

Rihmer Béla: Az előadást eredeti közleményeink között egész terjedelmében közölni fogjuk.

Krompecher Ödön: 75 állatkisérletet végzett. Ezek közül 37-ben Rihmer adta a vizeletet, 18 esetben pontosan észlelték a klinikai magatartást is. Két kérdés merül fel: 1. Mennyiben van szükség állatkisérletre? 2. Ha az állatkisérlet positiv eredményt adott, mennyiben utal ez vesetuberculosisra?

A technikára nézve megjegyzi, hogy a 0·5 liter vizeletet villamos centrifuggal leülepitette és az üledéket megvizsgálta. Ezután 2—3 tengerimalaczot oltott subcutan és intraperitoneálisan. Subcutan oltásnál kifejlődik a fekély, a nyirokmirigyek megduzzadnak, az intraperitoneális oltásnál (0·5—2 cm³) generális tünetek fejlődnek ki. Alkalikus vizeletből nem szabad sokat oltani, mert a sók miatt reflex szivparalysis áll be. Ezért higitani kell a vizeletet.

75 eset közül 29-ben (38%) positiv volt az eredmény. Ha elegendő tbc.-bacillus volt a vizeletben, 3—4 hét alatt kifejlődött a tbc., melyet a boncz lás is igazolt. Két hét alatt fekély képződik, majd a mirigyek is megduzzadnak és 5 hét mulva a belső szervekben is kifejlődik a gümőkór. Ha kevés a bacillus a vizeletben, akkor csak 8—10 hét mulva fejlődik ki a tbc. és néha csak a mirigyekben; ezért ezek pontosan vizsgálandók. Néha csak a tüdőben localizálódik a tuberculosis, ilyen volt két esete, és pedig a gümős folyamat a jobb tüdőnek felső lebenyében volt, mely a szivre reáfekszik.

Mennyiben helyettesithető az állatkisérlet más eljárással? Pl. festési, tenyésztési eljárással, avagy superinfectioval (Detre)?

A festési eljárás, ha sok a tbc.-bacillus és morphologiailag is úgy viselkednek mint a tbc.-bacillusok (Holländer-eljárás stb.), akkor ez gümőkór mellett szól. Kevés bacillus mellett nem lehet eldönteni a kérdést, mert ha nem találunk tbc.-bacillust, ez nem szól ellene.

Kilencz esetben festés nem mutatott tbc.-t és mégis 8—10—12 hét alatt tbc.-ban elpusztult az állat.

A vizeletből csak akkor lehet kitenyészteni a gümőbacillust, ha steril katheterrel fogjuk fel a vizeletet. Négy esetben glycerines burgonyán tenyésztette ki a tuberculosis-bacillust. A Hesse-féle táptalajon is sikerül a tenyésztés, ha sok a bacillus.

A Detre által ajánlott superinfectiót három esetben próbálta ki. Csak akkor értékesithető, ha számos bacillus van. Tuberculosus tengerimalaczokat oltunk be a kérdéses vizelettel, és ha tuberculosis-bacillus van benne, az állat lázzal és helybeli oedemával reagál.

Vannak mégis tuberculosis-esetek, melyekben a vese kiválasztja a tuberculosis-bacillust a nélkül, hogy maga beteg lenne, de ha súlyos tuberculosis nem forog fenn és bacillus van a vizeletben, majdnem biztosan van veset berculosis. Azt is lehetne mondani, hogy spontan tuberculosisban pusztultak el az oltott malaczok és nem az oltás folytán. Spontan tuberculosist sohasem láttam, erre Koch is utal. Előfordulhat spontan etetési tuberculosis együtt tartott tengerimalaczoknál, de a boncz lelet különbözik az oltási tuberculosistól. Különben el is lehet különiteni őket.

Detre László: Először is a Krompecher tagtárs által emlitett superinfectiós reactioról kivánok szólani pár szót. Maga az a tünetcsoport, melyet én superinfectiós reactio neve alatt körülbelül 2 év előtt leirtam, azóta már mások által is észleltetett, úgy hogy azt ma már az autorok elfogadott igazságnak irják le. Bail például 1 héttel erről szóló dolgozatom megjelenése után közölte ugyancsak a Wiener klinische Wochenschrift-ben erre vonatkozó vizsgálatainak eredményét, a melyben észleletemmel teljesen analog viszonyokról számol be. A tény maga a következő. Ha néhány hét előtt gümőbacillusokkal subcutan módon fertőzött tengerimalaczokat, a melyek a bőralatti fertőzésnek rendes képét, azaz a tályogot és a megfelelő bubót mutatják, gümős anyaggal fertőzünk másodizben, akkor a második fertőzéshely az elsőtől egészen eltérő képet mutat. Ugyanis pár óra alatt a superinfectio helye megduzzad, óriási oedema fejlődik ki és e mellett az állat hőfoka 1·5—2°-nyi és még nagyobb hőemelkedést mutat. Kérdés most, mennyiben értékelhető e reactio a gyors diagnosis szempontjából. E tekintetben utalhatok egy esetre, a melyet Lakatos kartárs irt le jelen évben a Budapesti Orvosi Ujságban (Urologia, 1906. 1. sz.) és melyben a diagnostikai superinfectiós reactio a lehető legpontosabban bevált. Ez esetben a saválló bacillusokat bőven tartalmazó vizelet üledékéből 2 cm³-t beoltottam egy 20 nap előtt gümőbacillusokkal fertőzött tengerimalacz bőre alá. 5 óra mulva óriási oedema volt jelen; a test hőmérséklete 38·5°-ról 40·6°-ra szökött fel; a reactiót jellegesnek találtam és valóban ugyanazon üledékből beoltott más, addig ép malacz 10 nap mulva már jelleges gümős infiltratiót és 2 bubót mutatott. Ugyanazon egyén vizeletéből másodizben 0·3 cm³ üledékkel 5 óra alatt újra jellegző reactiót kaptam (1·5° hőemelkedés, typikus oedema). Kezdetben ily esetek nyomán azt hittem, hogy a superinfectiós reactio helyettesiteni fogja tudni a csak hosszú idő (hetek) alatt eredményre vezető inoculálási kisérletet, ma azonban azon az állásponton vagyok, a melyet Krompecher is nyilvánitott, hogy csakis oly esetben vezet ez eljárás czélhoz, a mikor a bacillusoknak bizonyos elég nagy számát juttatjuk be a gümős állatba. A Lakatos-féle esetben például a geny látóterenként 5—10—20 bacillust tartalmazott és ezért sikerült oly szépen a reactio. Eljárásom természetesen más gümős váladékok diagnostikájában is sikeresen alkalmazható. Épen tegnap volt alkalmam egy Berend kartárs által vizsgálat czéljából hozzám utasított cereprospinális folyadéknak elég sok saválló bacillust tartalmazó üledékével jelleges superinfectiós reactiót nyernem, a melynek az állat — hasonlóan az ú. n. tuberculin-halálhoz — áldozatul is esett. Ha azonban kevés a bakterium, akkor csakis az infectiós kisérlet vezet czélhoz, a melynek kivitelére nézve és e tekintetben utalhatok a mult évben a Bp. O. U. Urologia mellékletében „A gümőbacillus kimutatása a vizeletben" czimmel megjelent dolgozatomra — a Rihmer és Krompecher tagtársak által kifejtett alapelveket magam is vallom és gyakorlom.

Ha a gyanunak csak árnyéka is van jelen, meg kell ejteni az állatkisérletet. Emlékszem például egy esetre, a melyet tuberculosis diagnosissal Feleki tagtárs utasitott hozzám vizsgálatra, a hol is a jelenlevő pyelo-nephritis okaként a friss vizelettel is töménytelen menynyiségben kiürített colibacillust vettem fel, annál is inkább, mivel az üledékben tuberculosis-bacillust kimutatnom nem sikerült. Ismételt felszólitásra azonban, bár fölöslegesnek tartottam, az üledékkel állatkisérletet is végeztem, természetesen subcutan módon, mert fertőzött vizeletet a hasűrbe oltani nem szabad. Az eredmény pár hét mulva kifejezett gümősödés volt. Utólag kiderült, hogy a beteg vizelési zavarai miatt hónapokig katheterezte magát és a maga hólyagját is igy fertőzte colibacillussal másodlagos úton.

Még egy tanulságos esetről emlékezem meg ezen a helyen, a mely például szolgálhat arra nézve, hogy miként azt az előadó igen helyesen hangsúlyozta, sohase mulaszszuk el a kétoldali ureterkatheterezést, ha még oly biztosak is volnánk a bajnak localisatiojában. Az előbb emlitett Lakatos-féle esetről van szó. Miután megtörtént a tuberculosus folyamat diagnosisa, el kellett dönteni a folyamat székhelyét.

Rendkivül erőteljes, fiatal egyénről volt szó, a ki gyermekkorában sziklacsont-cariesben szenvedett; majd kb. 2 évvel a vizsgálat előtt labdarugás közben erős rugást szenvedett el jobb oldalán, a mely után 3 hétig véres vizelése volt. Az anamnesisből joggal lehetett arra következtetni, hogy a megrugott jobb vese a beteg, a locus minoris resistentiaenek theoriája alapján biztosra vettük, hogy a laesiót szenvedett vese a vérkeringés útján fertőződött a gümős csirákkal és gümőssé lett. Az Illyés kartárs által végzett kétoldali uretherkatheterismus folyamán azonban kiderült, hogy a megrugott jobb vese ép, ellenben a másik, a bal vese a beteg. E ténynek konstatálása természetesen erősen befolyásolta a további orvosi működést: mert senki sem kezeskedhetett a tekintetben, vajjon fog-e a traumát szenvedett vese kielégitően működni a beteg, akkor azonban még meglehetősen jól működő vese kiirtása után. E felelősséget a consiliariusok egyike sem vállalta magára és igy benn kellett hagyni a beteg szervet; a beteg délvidékre küldetett, a honnan vagy 8 kilóval meghizva érkezett vissza. Azóta állandóan észlelés alatt van: ma kitünően érzi magát, panaszai vizeletének nem nagyfokú genytartalmán kivül nincsenek, úgy hogy a természetes gyógyulás lehetőségét nem tartjuk kizártnak. Természetes, hogy minden aggályunk ellenére azonnal operatio alá fog kerülni a beteg, a mint a bántalom előhaladásának valamelyes jele jelentkezik.

Korányi Sándor: Az érdekes előadáshoz hozzászólok, mert nem volna helyes, ha a fontos themához belgyógyász nem szólna hozzá. Mert először belgyógyászhoz mennek a betegek és ennek tájékozódottságától függ, hogy a beteg oda tereltessék, a hol meggyógyulhat. Nem sok hozzátenni valóm van az előadáshoz. A vesetuberculosis gyakori betegség, és mihelyt ez a köztudatba átmegy, a korai diagnosis gyakoribb lesz. A tuberculosis-bacillus morphologiai diagnosisát még kevésbé tartom megbizhatónak, mint az előadó és a hozzászólók. Egy esetben, melyben a bakteriologiai vizsgálat eredményében senkinek sem jutott eszébe kételkedni, olyan helyről jött, és mert saválló volt, elrendeződése is olyan volt, mint a tuberculosis-bacillusé, a következmények azt mutatták, hogy mégsem volt tuberculosis. Ebben az esetben tisztázódott a dolog.

A mit Detre mondott, arra akarok még reflektálni. Az ilyen esetekben nagyon nehéz végigmenni az összes vizsgálatokon, a beteg se, az orvosa se igen áll reá. Egy esetet együtt észleltünk Dollingerrel, egyszerű profus haematuria volt, melyet régebben vesehaemophiliának tartottak volna. Ureterkatheterezés végett jött a fővárosba és mikor megérkezett, elállt a vérzés és nem engedett magához nyúlni. 5—6 év mulva vesetuberculosis és hólyagtuberculosis fejlődött ki nála.

Dollinger megoperálta, a beteg még él, de rossz bőrben. Ilyen esetek elkerülhetők a ma rendelkezésünkre álló vizsgálati módokkal. Tehát a vesetuberculosis gyakori. A beteget a rendelkezésünkre álló összes methodusokkal meg kell vizsgálni, hogy kellően informálhassuk.

Illyés Géza: A vesetuberculosis gyakori. Baumgarten kimutatta, hogy főleg a nyiroklefolyás irányában terjed, tehát a veséből descendál, a here felől ascendál. A spontán cystitiseket méltán veszszük gyanuba, hogy vesetuberculosison alapulnak.

A diagnosist illetőleg fontos a kétoldali ureterkatheterizálás, mert Albarran kimutatta, hogy az egyik oldali vesefolyamat a másik vesére is toxicus hatással van és ha más szervben van tuberculosis, tudvalevő, hogy toxinos chronikus nephritis támadhat.

Fontos, hogy milyen állapotban van a vese, és emlékszem, hogy a Detre által emlitett esetben azért nem javasoltuk a műtétet, mert három parallel functionális vizsgálat (ureterkatheterezés, phloridzinpróba, higitás) azt mutatta, hogy az épnek supponált vese vizeletében fehérnye van, tehát kezdődő nephritis. De most, hogy 10 kgm.-ot hizott, újból meg kellene vizsgálni, milyen állapotban van.

Róth-Schultz Vilmos: A tuberculinreactio a vesetuberculosis diagnosisában fontos, mert a zárt tuberculosis diagnosisában értékesithető, mikor bacillust kimutatni nem lehet. Előadó is súlyt helyez erre. A

lokális reactio kimutatása nem a legkönnyebb. Nyilt sebészi esetekben, pl. ulcus rodensnél, jellemző, de itt se mindig. Ha lokális reactio van, jó, de az általános reactio értékét háttérbe szorították azon statistikák, melyek katonáknál 60% általános reactiót mutattak.

Klinikai esetekben a tuberculint a tuberculosus érzékenység mérésére használhatjuk fel. Az eredeti Koch-ajánlat, hogy 10 mgm. 0·5° hőemelkedést idéz elő, nem ér semmit, mert ilyen reactiót sok ember ad. A tuberculosis érzékenység nagyobb fokban tuberculosus betegnél vagy activ tuberculosisú betegnél megbizható. 1000 eset közül 95% zárt tuberculosis 2·5 mgm. maximális dosisra reagál. Ha tehát nem sematikusan fogjuk fel, hanem mérjük a tuberculin érzékenységet, akkor az egyéb klinikai tünetekkel együtt értékesithető.

A vesetuberculosisnál az általános hatás a fontos, mert a lokális reactio chanccai rosszabbak és ha kis adag tuberculinra nagy általános reactio áll be, nem döntő, de a diagnosis valószinűségét nagy fokban képes emelni.

Ráskai Dezső: Két esetet emlit. Néhány hónappal ezelőtt a kerületi betegsegélyző pénztár ambulatoriumába jött egy beteg vizeletcsurgás, cystitis miatt. Sokfelé járt már és centrális bajra gondoltak. Szóló többször vizsgálta, a hólyagban nem talált betegséget. Az ureterkatheterezés a bal veséből tiszta genyet hozott ki, melyben tuberculosis-bacillusok voltak. Nephrectomia történt és 3—4 hét mulva a cystitises tünetek mind megszüntek.

Tehát ilyen esetekben tuberculosisra gondolnunk kell.

Egy másik eset bizonyítja, hogy többször kell vizsgálni. Egy beteg sokfelé járt hólyagzavaraival. Kis kapacitású hólyag; a vizeletben Krompecher se talált tuberculosis-bacillust. Egy súlyosabb roham alkalmával a hólyagból nyert genyben tuberculosis-bacillus volt kimutatható és az oltás is positiv volt. Vesetáji fájdalmasság a jobboldali vese secundaer megbetegedésére utalt, de ureterkatheterezés lehetetlen volt, ezért nem operálták.

Tehát eltokolt megbetegedés mellett a lelet többször negativ, míg végre egyszer positiv lesz.

Rihmer Béla: Az összes hozzászólók kiemelik a korai diagnosis fontosságát. Miként Róth-Schultz, úgy magam is híve vagyok annak, hogy a kis adag tuberculinra beálló reactiót tekintsem inkább positiv jelentőségűnek.

Budapesti kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya.

(I. rendes ülés 1906. január 30.-án.)

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

A középső orrjárat hártyás fala.

Ónodi A.: Vizsgálatainál két esetben az egész hiatus semilunaris 11 és 12 mm. hosszúságban belenyúlt a Highmor-üregbe, egy esetben hiányzott a processus uncinatus, a bulla ethmoidalis és a hiatus semilunaris és egy 2 mm. kerek nyilás vezetett a középső orrjárat közepéből a Highmor-üregbe. A középső orrjáratnak *Zuckerkandl* által fontanellának nevezett hártyás része *Ónodi* vizsgálatai szerint különböző kiterjedést mutathat. A processus uncinatus mögött levő hátulsó fontanella hossza 1 és 15 mm., magassága 1 és 12 mm. között változik; a processus uncinatus felett fekvő fontanella hossza 5 és 17 mm., magassága 2 és 5 mm. közt ingadozik; a processus uncinatus alatt hátul fekvő fontanella hossza 3 és 20 mm., magassága 3 és 15 mm. között váltakozik, a hiatus semilunaris alatt fekvő elülső fontanella hossza 1 és 16 mm., magassága 1 és 6 mm. között ingadozik. Egy esetben a processus uncinatus alatt 31 mm. hosszú és 10 mm. magas fontanella volt. Egy-egy hátulsó és elülső fontanella mellett egyes esetekben az elülső alsó fontanellák kettesével, hármasával voltak jelen. Három esetben észlelt csontos falat a középső orrjáratban, ezen esetek megdöntik Hajek azon állitását, hogy minden esetben egy hátulsó fontanella van jelen. A Highmor-üreg járulékos nyilásait találta a fontanellában hártyás szélekkel 1½ egész 6 mm.-nyi nagyságban, csontos szélekkel 1½ egész 5 mm.-nyi nagyságban, és részben csontos, részben hártyás széllel 4 mm.-nyi nagyságban. Egy, két, sőt három vagy négy járulékos nyilás is előfordulhat.

Primaer gümős orrsövény.

Ónodi A.: Az esetet tanulságossá teszi, hogy a klinikai kép és a kimetszett részek górcsövi vizsgálata az orrsövény rákos elváltozása mellett szólt és a gyökeres sebészi beavatkozás is ezen az alapon történt. Az orrhát felhasitásával kimetszett orrsövényrészlet 38 mm. hosszú, 30 mm. széles és körülbelül 12 mm. vastag. Az újból végzett górcsövi vizsgálat az orrsövény tuberculomáját állapitotta meg. A 60 éves férfibetegen különben a gümőkór semmi tünete sem volt kimutatható. Az orrüreg feltárásakor egy rejtett gümős góczot is találtak. Felhivja a figyelmet az orrsövény elsődleges gümős elváltozásai eseteiben a gyökeres feltárásra és a resectióra.

Ujabb orrgyógyászati műszerek.

Ónodi A.: Bemutatja az általa szerkesztett *conchotomot*, egyet az alsó kagyló elülső vége, egyet az alsó kagyló egész hossza és egyet a középső kagyló elülső vége számára. Az eszközök megfelelő esetekben jól használhatók.

Bemutatja továbbá *a Highmor-üreg széles megnyitására szolgáló műszerét*, mely a trocart és a csontzúzó (Stanze) elvét jól egyesíti és az alsó orrjáratban az alsó kagyló elülső végének resectioja mellett, vagy kedvező esetekben a nélkül is a Highmor-üreg megnyitását és a csontfal resectioját jól és könnyen végzi. Eseteiben eddig jól bevált.

Uj belégző készülék illó olajok és sóoldatok egyidejű belégzéséhez.

Polyák Lajos: A készülék tulajdonképen a Siegle-féle inhalator átalakitása oly módon, hogy előbbinek kazánja két részre oszlik; a külső kazánba jut a belégzésre szánt illó olaj vagy szer (ol. pini, menthol vagy egyéb illó anyag), melynek gőzei innen egy külön csövön át vezettetnek a Siegle-porlasztó által nyert párákhoz, melyekkel keveredve, a beteg együtt kapja őket belégzés végett.

A Bier-féle fokozott vérbőség alkalmazásáról a felső légutak betegségeiben.

Polyák Lajos. (Eredeti közleményeink során hoztuk.)

Donogány Z.: Tonsillitis phlegmonosa egy esetében és oryzánál jól bevált a Bier-féle kötés. Kérdi, hogy arteriosclerosis esetén nem veszélyes-e az eljárás?

Zwillinger H.: Szigorú kritika gyakorlását kivánja az elért eredményeken.

Baumgarten E.: Műtéti eljárások elkerülése czéljából alkalmazandónak véli a Bier-féle kötést.

Polyák L.: Előadását csak előzetes referálásnak tekinti, ajánlja a további kisérleteket; arteriosclerosisnál nem irnak le kellemetlen szövődményeket.

Gégelégcső-szűkület esete, tracheotomia, intubatio.

Lipscher Sándor: N. B. 22 éves nőcseléd előadja, hogy mindig egészséges volt. Jelen baja 1½ év előtt támadt erős meghűlés után, midőn rekedt lett és csak nehezen tudott valamit felköhögni; lázas nem volt, fájdalmak nem jelentkeztek. Belégzéseket használt, de nem sok eredménynyel, légzése mindinkább nehezebb lett, úgy hogy 1905. deczember 4.-én osztályunkat kereste fel.

Felvétele után jobban érezte magát, hőemelkedés nem mutatkozott, a mellkasi szervek épnek mutatkoztak. Az orr-garatban rendellenesség nincsen, a hangszalagok épek, jól működnek, alattuk a légcsőben egyenetlen felületű, nyálkával fedett diaphragmaszerű szűkület látható, melynek közepén egy kis kulcslyukalakú nyilás van. A légzés nehezített, különösen alvás közben, a mi annyira fokozódott, hogy deczember 11-én tracheotomia inferiort kellett végezni. Az érzéstelenités Richter-féle tonocaininjectiókkal történt. Kisfokú hőemelkedés és bronchitis jelentkezett, a mi nehány nap alatt megszünt.

Deczember 17.-én a fonalak eltávolittattak, a seb minden reactio nélkül gyógyult.

Két hét mulva a szűkületet O'Dwyer-féle tubusokkal kezdtük tágitani és nemsokára a 12. számú tubus könnyen volt bevezethető; a diaphragma tágult és január 5.-én a 17. számú tubust a beteg könnyen tűrte. Ekkor már a diaphragmából csak az elülső falon levő kis maradvány volt látható. Ezentúl a beteg már bedugott canule mellett tudott lélegzeni, úgy nappal mint éjjel. Január 22.-én a canult eltávolitottuk és ragtapaszcsikokkal a sebet összehúztuk, mely nehány nap alatt teljesen meggyógyult.

Jelenleg a beteg teljesen jól légzik, hangja mindinkább javul, a hangszalagok az intubatiós trauma következményeképen még kissé bővérűek.

Módositott gyűrűkés.

Zwillinger Hugó: Midőn a túltengett tonsilla pharyngea operálásának néhány vitás kérdését volt alkalmam a tisztelt szakosztály előtt tárgyalni, kiemeltem, hogy a gyűrűkést, még pedig tapasztalataim szerint a Bekmann-félét, tartom ha nem is tökéletesnek, de a mostanig rendelkezésre álló műszerek között a legczélszerübbnek. Mi az oka mégis annak, hogy ma a Bekmann-féle kés egy módositását bátorkodom bemutatni? Egyszerűen az, hogy tapasztalat szerint nagyon gyakran megesik az, hogy a kés exact vágása ellenére a levágott túltengett tonsilla vagy egészében, vagy kisebb-nagyobb részében, nyálkahártyaczafaton lógva marad s kénytelenek vagyunk azt vagy megfelelő kocsfogó (Heyman), vagy a Sehmeden által külön e czélra szerkesztett műszer segitségével levágni s igy az öklöndöző, sőt néha fuladozó beteget megszabaditani. Egy további ok az, hogy kiküszöböljük a lehetőségét annak, hogy a levágott részletek az aditus ad laryngemre essenek, mint a milyen eseteket más alkalommal emlitettem. Nem utolsó ok az sem, hogy azon helyzetben legyek minden esetben, hogy az operált egyén hozzátartozóinak a levágott tonsillát megmutathassam, mert ezek bizonyos gyanakvással nézik, ha az orvos azt jelenti, hogy az operált a levágott részletet lenyelte, a mi néha megtörténik, igaz, hogy épen a Bekmann-féle eszközzel való operálásnál ritkán. Ezen gondolatmenet volt valószinűleg az, mely Clair Thomsont is vezette, hogy Bekmann eszközét módositsa, a gyűrű alá felfogó készüléket alkalmazva. E módositás elvben hasonlit eszközömhöz, különbözik azonban tőle abban, hogy a kanál csak keret alakjában van meg s igy a részletek keresztülesését nem akadályozhatja meg oly mértékben, mint az általam bemutatott műszeren alkalmazott felfogókészülék. Van szerencsém ezúttal Siebenman curettjét is bemutatni, mely hasonló elven alapszik. Siebenman azonban egészen más alakot adott curettjének, én pedig épen a Bek-

mann-féle eszköz alakjában is előnyt látok annyiban, hogy ez az orrgaratűr alakjához jobban hozzásimul s azért a túltengedt mandola levágása tökéletesebb. Ez vezetett arra, hogy épen a Bekmann-eszközt módosítsam. Fein anatomiai okokból lehetetlennek tartja az orrgaratűr gyökeres kitisztítását egyenes nyelű curettekkel s azért külön műszert készített. Tapasztalataimra támaszkodva azonban, ha érvelésének helyes voltát nem is tagadom, igazat mégsem adhatok neki. Azon véleményen vagyok, hogy az általam módosított curette igen megfelelő műszer, melynek segítségével a kevésbé gyakorlott is czélt fog érni. Figyelmeztetni kívánok még arra, hogy ezen műszernél a kés pengéje pontosan vizszintesen áll, a kanál ületében igen könnyen mozog s hogy az annak elülső peripheriájában alkalmazott két rövid horog egymástóli távolsága s iránya pontosan meg van határozva, s a mire a fősúlyt fektettem, a kanál elülső része, mely közvetlen a penge alatt van, igen sekély, nem bir oly nagy convexitással lefelé, mint az eddigi curettek, miáltal lehetségessé válik az, hogy a pengét pontosabban lehet a vegetatio elé illeszteni. A műszert a Garay és társa czég készíti az eredeti négy nagyságban, kivánatra azonban egy még kisebb gyűrűkést is készít s lát el megfelelő kanállal csecsemők számára.

PÁLYÁZATOK.

293/1906. szám.

Arad-Szent-Márton községben megüresedett **községi orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A községi orvos javadalmazása: 1800 korona törzsfizetés, természetbeni lakás (1 szoba, konyha, kert stb.) A látogatási díjak nappal 60 fillér, éjjel 1 kor. A megválasztandó községi orvos kézi gyógytár tartására jogot kaphat.

Pályázni szándékozók felhivatnak, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket hozzám **május hó 16.-áig** terjeszszék be. A választást május 17.-én d. e. 10 órakor fogom Arad-Szent-Márton községházánál megejteni.

Elek, 1906. évi május hó 1.-én.

Mladin Miklós, főszolgabiró.

Békés vármegye közkórházának sebészeti osztályán üresedésbe jött **segéd-orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: 1000 kor. készpénzfizetés, lakás, fű és, világitás és I. oszt. élelmezés.

Pályázni kivánókat felhivom, hogy képesítésüket, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos Fábry Sándor dr. Békés vármegye főispánjához czimezve hozzám legkésőbb folyó évi **május hó 22.-ig** küldjék be.

A mennyiben gyakorlatra jogosított pályázó nem folyamodna, orvosgyakorlatra utalt orvosszigorló is ki fog neveztetni.

Gyula, 1906. évi május hó 7.-én.

2—1 *Berkes* dr., kórházi igazgató.

227/1906. szám

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

Ezen állás évi 1600 korona fizetéssel, két szobából álló butorozott lakással, fütés és világitás élvezetével javadalmaztatik.

Felhivom mindazon orvosdoktorokat, a kik legalább két évi gyakorlatot kimutatni képesek, hogy szabályszerűen felszerelt, Csik vármegye főispánjához czimzett kérvényeiket 1906. évi **május hó 31.-ig** alantirt igazgatóhoz küldjék be.

Gyergyó-Szentmiklós, 1906. évi május hó 5.-én.

2—1 *Dobribán Antal* dr., kórházi igazgató.

Ő Méltósága gróf Apponyi Géza úr megbizásából a jószágfelügyelőség a **hőgyészi uradalmi orvosi állásra** pályázatot hirdet. Az alkalmazandó orvos:

a) a kastély lakóit,

b) a Hőgyész községben és hőgyészi majorban lakó uradalmi,

c) végre a Szállás, Kalamó, Csernyéd, Nána és Zuhé-Adányi majorokban alkalmazottakat tartozik orvosi ellátásban részesiteni.

A külső majorokra kocsi áll rendelkezésére.

Ezen orvosi teendők lelkiismeretes végzése évenként 1000 (egyezer) koronával díjaztatik, valamint a szabad orvosi praxis engedélyeztetik.

Pályázók jól felszerelt, kis fényképpel ellátott kérvényeiket f. é. **május 20.-ig** a jószágfelügyelőséghez szíveskedjenek benyujtani.

Tolna-Hőgyész, 1906. évi május hó 5.-én.

Az urad. felügyelőség.

1902/1906. szám.

Alsófehér vármegye kisenyedi járásában a **vingárdi körorvosi állás** Vingárd község székhelylyel üresedésben lévén, arra pályázatot hirdetek.

Az egészségügyi körhöz 6 község tartozik 8242 lakossal.

A körorvos évi javadalmazása havi előleges részletekben fizetendő 1700 kor. fizetés és 300 kor. utazási átalány.

Hivatalos kiszállásokkor a kör székhelyén kivül egy vényért 1 kor. díj szedhető és ugyanannyi szedhető a kör székhelyén.

Hivatalos kiszállásokon kivül 2 kilometeren túl kilometerenként 30 fill. fuvardíj vagy természetbeni fuvar követelhető és azonfelül nappal 2 kor., éjjel 4 kor. rendelési díj számitható fel.

Műtétekért az érvényes dijszabályzat legkisebb tétele igényelhető. A megválasztandó körorvos kézi gyógyszertár tartására fel lesz jogositva.

Az orvosi képesitést és az eddigi alkalmazást igazoló okmányokkal felszerelt kérvények hozzám f. év és hó 30.-ig benyujtandók.

A választás folyó évi május hó 31.-én d. e. 10 órakor Vingárdon a körjegyzői irodán fog megtartatni.

Kisenyedi járás főszolgabirája.

Koncza, 1906. évi május hó 3.-án.

3—1 *Szabó Lajos*, főszolgabiró.

1621/1906. szám.

Évi 1200 korona fizetéssel és az ambulans betegektől nappal 60 fillér, éjjel 1 korona látogatási díjjal, továbbá a halottvizsgálatért esetenként fizetendő 40 fillérrel és a hússzemle elvállalása esetén a község által megállapított szemledíjakkal javadalmazott megyesegyházai **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Megjegyeztetik, hogy mindaddig, míg a megyesbodzási közegészségügyi körben, melyhez Megyes-Egyháza az elkülönités előtt tarto ott, a jelenlegi orvos működik, annak szerzett jogai az 580/889. sz. belügyministeri rendelet értelmében érvényben maradnak, de ezen megszoritás az orvos fenti javadalmazását nem érinti.

A pályázati kérvények **május 25.-ig** küldendők be.

A választást május hó 26.-án fogom Megyes-Egyháza községházánál megtartani.

Elek, 1906. évi május hó 7.-én.

A főszolgabirói hivatal.

1016/1906. szgb. szám.

Fogaras vármegyének **alsó-árpási** járásában megüresedett alsó-visti 13,436 lélekszámmal biró körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek és az ezen állást elnyerni óhajtókat felhivom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában, illetve az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket **f. évi május hó 19.-éig délután 1 óráig** hivatalomhoz annál inkább benyujtsák, mert később érkező folyamodványok nem lesznek tekintetbe véve.

A választás 1906. évi május hó 22.-én d. e. 10 órakor fog az alsó-visti jegyzői hivatalban megtartatni.

A körorvosi székhely Alsó-Vist.

Javadalmazás 1600 kor. évi fizetés, 400 kor. úti átalány és 400 kor. lakbér, mely összeg az állampénztárból utólagosan fizettetik, továbbá a szabályrendeletileg megállapitott látogatási díjak.

Köteles azonban a körorvos a községeket havonként kétszer rendesen látogatni és a vagyontalan betegeket ingyen gyógykezelni.

A román nyelvnek tudása feltétlenül megkivántatik.

A megválasztott körorvos köteles állását 8 nap alatt elfoglalni

Alsó-Árpás, 1906. évi április hó 21.-én.

2—2 *Urdea György*, 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 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.

A mélyen tisztelt kartárs urak figyelmébe.

SCHWARZ ALAJOS dr. fürdőorvos folytatja orvosi gyakorlatát 1844

Pőstyénben, Ferencz József-út 42. szám alatt.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górcsői és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN mindennemü ép és kóros váladéknak

(ú. m.: vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum stb.), továbbá szöveteknek, daganatoknak úgy vegyi, mint górcsői bacteriologiai vizsgálatára vállalkozik a laboratorium vezetője.

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

Telefon 90—46.

Kaliforniai füge-szörp

CALIFIG

(Név védjegyezve.)

A

California Fig Syrup Company

ismert (Syrup of Figs) készítményeinek újonnan bevezetett és védjegyezett elnevezése.

Kellemes és hatásos rendkivül jóizű hashajtó felnőttek és gyermekek részére.

„CALIFIG"-et a legtapasztaltabb orvosok melegen ajánlják, miután mindenkor enyhe, ártalmatlan és biztosan ható hashajtószernek bizonyult. Tisztaságánál és kiváló tulajdonságánál fogva a **„CALIFIG"** szivesen és gyakran rendeltetik.

Eladási árak: 1/1 üveg 3 K; 1/2 üveg 2 K.

California Fig Syrup Co., San Francisco, Cal.

Európai vezérképviselőség:

Fassett & Johnson, LONDON, Snow Hill 32.

Főraktár Magyarország részére:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertára **BUDAPESTEN,**

VI., Király-utcza 12.

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.

LEGTÖKÉLETESEBB, ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

LYSOFORM

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

Egy kies fekvésű, berendezett, jó hírnevű

vízgyógyintézet és szanatorium

a tulajdonos nyugalomba vonulási szándéka miatt, előnyös feltételek mellett, **jutányosan eladó.** Átvehető azonnal is. Czim megtudakolható: **Blockner J.** hirdetőirodájában, Budapest, IV., Sütő-utcza 6. Telefon 17—02.

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.

SANATOGEN

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

BAUER & CIE.

Sanatogenwerke,

Berlin SW. 48.

Rohitsch-Sauerbrunn

Stájerország.

1664 Vasút, posta és táviró. Prospektus ingyen.

Feuséges fekvés, élenyben gazdag, teljesen pormentes levegő. Modern kényelem, élénk társaséiet.

Új hydro-elektro-mechano-therapeutikai gyógyintézet nagy és modern stilben. Hidegvízgyógymód, villamos fény- és kádfürdők, inhalatorium, forró lég- és gőzfürdők, villamos masszás, napfürdők, gyógytornászat. Világhirű gyógyhely gyomor-, bél-, máj- és vesebajok, idült székrekedés, aranyér, epekő, elhizás, czukorbetegség, köszvény, gégegyógyforrások, hasonlók Karlsbad és Marienbad forrásaihoz. **1906: Új szálloda megnyitása** diaetetikus vendéglővel és új ivóvízvezetékkel kitünő édesvízzel.

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: 1392

BRÁZAY KÁLMÁN BUDAPEST, József-körút 37.

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

PANHANS szálloda és gyógyintézet „Erzherzog Johann“ szállodával Semmering, Wien mellett, magaslati hely, 1025 m. a t. sz. f. Elsőrangú lakházak, legmodernebb berendezéssel, összesen 260 szobával. **Gyógy- és fürdőintézet** az **összes vízgyógyeljárás** részére, **villamos fürdők, villamos massage, inhalatorium (Bulling-rendszere), 2 házi orvos, házi gyógytár** stb. Legjobb tartózkodás magaslati kúráknál.

Közelebbit a prospektusokban.

VIZGYÓGYINTÉZET

VÖSLAU-GAINFARN.

Déli vasúttal 1 órányira Bécstől. Egész éven át nyitva.

Vasuti, posta-, távirda- és telefon-állomás (Vöslau 1/2).

Valamennyi természetes diaetetikus gyógymód. — Négy külön szakmára oktatott segédorvos.

Prospektusokat küld az intézet vezetősége vagy a vezető-tulajdonos:

Dr. THEODOR FRIEDMANN, WIEN, I., Operngasse 16. — Telefon 7274.

Az intézetben egy magyar ajkú segédorvos is van.

LASSNITZHÖHE Graz mellett az államvasút mentén.

Gyógyintézet idegbetegek és belső bajokban szenvedők, továbbá lábbadozóknak. Remek fekvés, számos gyógyeszköz, mérsékelt árak, állandó orvosi felügyelet. A dependence-okban nyári lakók is felvétetnek. Téli és nyári sport, mozgási játékok a szabadban, munkálkodás a kertben és a mezőgazdaságban. Felvilágosítással szívesen szolgál a kezelőség. Prospektusok díjmentesen.

AZ OCULARIUMBAN,

szak-intézet szemüvegek részére

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

Telefon 86—28

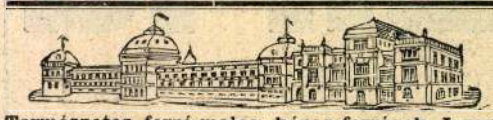
biztosság nyujtatik kliensük részére a t. orvos uraknak, hogy minden szemüveg csakis szemorvosi vizsgálat alapján szolgáltatik ki.

Pápaszemek és orresiptetők **3 koronától** feljebb.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER

Indicatiói: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.

Kapható minden gyógyszertárban.



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.

LEGTÖKÉLETESEBB, ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

LYSOFORM

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

TARCSA GYÓGYFÜRDŐ VAS VÁRMEGYÉBEN.

Glaubersótartalmú szénsavdús vas-források.

A legújabb módszerek szerint berendezett **pezsgő- és ásványvíz-**, valamint **vasláp-(Moor)-fürdők. Újonnan épült hidegvízgyógyító-intézet** férfi- és női osztálylyal. Kellemes, hüvös éghajlat, a kényelem minden igényeinek megfelelő olcsó lakások, villamvilágitás, jó vendéglők, gyógyszertár, naponta kétszer zene, szép kirándulások. **A női szervek bántalmai, sápkór, vérszegénység, szívbajok, csúzos bántalmak,** továbbá **a légzési és emésztési szervek** bajai ellen kiváló orvosi tekintélyek ajánlják.

Évad május hó 20.-tól szeptember hó végéig

Az évad kezdetétől junius 15.-éig és augusztus 20-.ától szeptember végéig tetemesen olcsóbb árak. Felvilágositással szolgál és kivánatra prospektust küld a **fürdőigazgatóság.** Állandó fürdőorvos: **dr. Barta Kornél,** v. tanársegéd és **dr. Glück Gyula** a vízgyógyintézet vezetője. **Tarcsai Károly-forrás** különösen mint ivószer járvány esetén kitünő ivóvizül ajánlható. Megrendelések Tarcsa fürdőigazgatóságához intézendők. Vidéki városokban és nagyobb helyeken, minden ásványvizkereskedésben és jobb fűszerüzletben kapható. **Vasúti állomás, posta és távirda helyben. Budapestről és Győrből naponta Tarcsa-fürdő föliratú közvetlen I. és II. osztályú kocsik közlekednek oda-vissza.**

Vegyi, górcsövészeti és bakteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

Telefon-szám 26—96. VI., Andrássy-út 50. (Oktogon-tér).

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

Dr. MÁTRAI GÁBOR v. egyetemi élet- és kórvegytani tanársegéd.

PARÁD gyógyfürdő

megnyilik május 15.-én.

Gróf Károlyi Mihály tulajdona, Hevesmegyében, vastimsós fürdőkkel és hidegvízgyógyintézettel, égvényes kénes savanyúvíz és természetes arzén-vastartalmú vizekkel. 1635

Fürdőkabinok gőzfűtéssel ellátva.

Lakások kényelmes szállodákban, 153 szobával, uradalmi kezelés alatt állanak; a vendégek élelmezése diszes külön csarnokban bérlet útján Verseghy István jóhirnevü konyhájára bizatik. Az évad **május 15.-től szeptember végéig** tart és pedig előévad május 15.-től junius 20.-ig, főévad junius 21-től augusztus 20-ig, utóévad augusztus 21-től szeptember végéig. **Ingyen prospektussal és minden felvilágosítással** készségesen szolgál **a fürdőigazgatóság.**

Elő- és utóévadban lakások 50%-al olcsóbbak

Idegmegbetegedéseknél és neurastheniánál hat év óta legjobb eredménnyel használják a

Syrupus Colae comp. „Hell“.

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

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

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

Egy pilula egy kávéskanálnyi szörp hatékony alkatrészeit tartalmazza. 1774

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

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

Ötvenedik évfolyam. 20. szám. *Budapest, 1906. május 20.*

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. GYNAECOLOGIA 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.

Zirkelbach Antal: Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. egyet. ny. r. tanár, m. kir. udvari tanácsos.) Adatok a gyomorrák diagnosisához. 545. lap.

Flesch Ármin és Schossberger Sándor: Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekkórházból. (Igazgató: Bókay János dr., egyetemi tanár.) A gyermekkori szivburokösszenövés leggyakoribb alakjának kórjelzése és lényege. 546 lap.

Pólya Jenő Sándor: Az epekövek kórtanának mai állása és az epekőbetegség sebészi kezelésének javalatai. 548. lap.

Tárcza. Haberern J. Pál: A német sebésztársaság, a német Röntgen-társulat és a német orthopaed-sebésztársaság ez évi congressusa. 550. lap. — **Günther József:** Egészségügyi szolgálat az óczeánon. 552. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. It Lépine:* Les complications du diabète et leur traitement. — *Lapszemle. Belorvostan. Jaksch:* Az alimentaris pentosuria. — *Flerow:* A pericarditis diagnosisa. — *Gyermekorvoslás. Aviragnet* és *Apert:* Két rubeola-járvány. — *Thursfield:* Az enuresis gyógyitása. — *Idegkórtan. Cruchet:* A rythmusos fejmozgásokról gyermekeken alvás közben. — *G. Voss:* A hysteriás eredetü hőemelkedés. — *Sebészet. M Willis:* Az appendicostomia kedvező eredményei. — *Alessandri:* Az agytuberculosis sebészi kezelése. — *Húgyszervi betegségek. I. Posadas:* Leukoplakia vesicae — *Jullien:* A kankónak szokatlan helyen való jelentkezése. — *Schwarcz:* A novargan. — *F. Fuchs:* Az állandó katheter. — *W. Richter:* A prostatitis kezelése jodipinnel. — *Bőrkórtan. Rockstroh:* Bromotan. — *Fauconet:* A bőr felszivó képessége. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Gumpert:* A sanatogen. — *Eckert* A styracol. — *Küttner:* Oxygenes konyhasóoldat intravenosus befecskendezése. — *Sternberg:* Szappanos klysma 554—556. lap.

Vegyes hirek. Kinevezés. — Magántanári jutalmazások. — Egyetemi alkalmazások. — Jubileumok. — Választás. — Ösztöndijak az orvosi karon. — Fürdőorvosok. — Magyarország szemorvosainak egyesülete. — Pöstyén fürdő személyforgalma — Az I. számú női klinika. — A budapesti önkéntes mentőegyesület. — Meghaltak. — A II. nemzetközi iskolaegészségügyi congressus. — Kisebb hirek külföldről. — Érdekes pör. — Pályázatok. — Hirdetések. 557. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. Orvosegyesület. 558. lap. — A Budapesti kir orvosegyesület sebészeti szakosztálya. 560 lap. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 560. lap.

Mellékletek. F. Hoffmann-La Roche & Cie Thiocol, Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning czég Tumenol, Barabás-féle Szt. István-gyógyszertár Nervinol prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. m. tud. egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. egyet. ny. r. tanár, m. kir. udv. tanácsos.)

Adatok a gyomorrák diagnosisához.

Irta: *Zirkelbach Antal* dr. I. tanársegéd.

A gyomor megbetegedéseinek felismerése csak azóta nyert positivebb alapot, a mióta *Kussmaul* a gyomorcsövet 1869-ben, a feledés homályából kiemelve, a therapiába újból bevezette. Utána csakhamar nemcsak gyógyczélból használták a gyomorcsövet, hanem *Leube* kezdeményezésére a diagnostikában is alkalmazták. E téren is csakhamar elfoglalta az őt megillető helyet, a mennyiben segélyével alkalom kinálkozott arra, hogy betegeinktől az emésztés különböző phasisaiban nyerjünk gyomorbennéket a legkülönfélébb mikroskopiai, chemiai stb. vizsgálatokra, mely körülmény ismét lehetővé tette azt, hogy a gyomoremésztés ép és kóros viszonyaiba bármikor betekintést nyerhessünk. A gyomorcső alkalmazásának egyszerüsége a kutatók nagy számát serkenté a gyomordiagnostikában való munkálkodásra, s az általuk rövid idő alatt elért eredményeknek köszönhetjük, hogy napjainkban a gyomorbajok diagnostikája már is oly magas fokon áll, hogy méltán vetekedhetik a physikális vizsgálatoknak aránylag könnyebben hozzáférhető mellkasi szervek diagnostikájának biztonságával.

A gyomorbajok felismerésében elért haladás szükségképeni következménye volt első sorban a gyomorcső segélyével könnyen kivihetővé vált élettani kisérletek eredményeinek, másodsorban pedig vegyi ismereteink fokozatos fejlődésének. A gyomordiagnostikában tehát a vezérszerep, a gyomorcső alkalmazása óta, a physiologiai buvárlatoknak s a chemiai vizsgálatoknak jutott. Míg a gyomorelváltozások egyik része (pl. hypersecretio, hyperchlorhydria stb.) e két utóbbi tényező által már az élőben is biztonsággal felismerhető, addig a gyomorbetegségek egy másik részében a diagnosis az előbb emlitettem segédeszközök ellenére is csak valószinűséggel állítható fel. Az utóbbi csoportba tartozik a többi közt a carcinoma ventriculi is. Tudjuk, hogy ismereteink jelen állása alapján, ha egy a gyomortájon székelő tumor mellett a gyomornedvből a sósav hiányzik, ellenben tejsav van jelen, az esetek legnagyobb részében a gyomorrák felvétele jogosult, és ha, a mi ritkán észlelhető, a gyomortartalomban még rákos elemek is találhatók, úgy ez a carcinoma ventriculi kórismejének leghathatósabb támasztéka. Igen ám, de a tapasztalat azt mutatja, hogy vajmi ritkán vagyunk ama helyzetben, hogy az említett cardinális symptomákat együttesen találjuk s így azokra támaszkodva állíthassuk fel a diagnosist; sokkal gyakoribb amaz eshetőség, hogy a gyomorrákra jellegző tünetek egyike vagy másika hiányzik, mi azután a kórisme felállítását nemcsak megnehezíti, de kétségessé is teszi. Az elmondottakból kifolyólag érdeklődéssel kell fogadnunk minden oly új eljárást, melytől csak némileg is várható, hogy segélyével a carcinoma ventriculi megállapítása, egyes charakteristikus tünetek hiánya ellenére is, az eddigieknél nagyobb biztonsággal történhetik. Ezért vettem én is szivesen *Salomon*[1] közlését *Noorden* osztályáról, ki az éhgyomor kimosása által nyert folyadék fehérje- és nitrogen-tartalmából nyert eredmények alapján igyekezett a gyomorrák korai diagnosisát lehetővé

[1] *Salomon:* Zur Diagnose des Magencarcinoms. Deutsche med. W. 1903. 31. sz.

tenni, a mi hogy legtöbbször sikerül is, azt *Siegel*,[2] *Berendt* és *Gutmann*[3] későbbi vizsgálatai igazolták.

Az említett szerzők egybevágó jó eredményei késztettek engem is a módszer kipróbálására s az alábbiakban az általam elért eredményekről akarok röviden referálni, előrebocsátva azt, hogy vizsgálataim menete nagyjából a *Salomon*-éval egyező volt. Betegeim előző esti gyomormosás után próbareggelit kaptak, melynek sósav- és tejsav-tartalmát, valamint összaciditását meghatároztam; az illetők aznap lehetőleg fehérjeszegény étrenden éltek s este 9 órakor gyomrukat lehető tisztára mostam. Ez időponttól kezdve másnap reggelig betegemeit minden étel és ital élvezetétől eltiltottam, hogy azután reggel éhgyomorra 400 cm³ physiologiai konyhasóoldattal gyomrukat több izben kiöblítsem. Már most az így nyert, majd átszűrt mosóvíz fehérjetartalmát *Esbach*-reagenssel, nitrogentartalmát pedig *Kjehldal* szerint meghatároztam.

Megjegyzem, hogy a mosóvízben esetlegesen jelenlevő mucint akként igyekeztem elkülöníteni, hogy a mosóvízhez eczetsavat adva, hideg helyen hagytam állni; míg a vért akként küszöböltem ki, hogy a mosóvízhez kevés konyhasót adva, centrifugálás után többszörös filterpapiron szűrtem át. Vizsgálati eredményeimet e táblázat mutatja:

Szám	Név	Diagnosis	Sósav	Tejsav	Összaciditás	Esbach-reactio	N.-mennyiség 100 cm³ mosóvízben	Megjegyzés
1	K. J.	Cirrhosis hepatis	0·01	—	56	—	0·0061	Vizeletben nyomokban fehérje és epefesteny
2	N. H.	Gastritis chronica	0·07	—	48	—	0·0027	—
3	H. M.	Enteroptosis	0 12	—	59	—	0·0069	Gyomor alsó határa felfúváskor majdnem a symphisisnél
4	Sz. L.	Strictura pylori	0·02	—	60	—	0·0083	Élénk gyomorperistatica. Műtét általigazolt strictura
5	I. I.	Carcinoma ventriculi	—	+	18	megközelítőleg 3/40/00	0·0083	Tapintható tumor a nagy görbületen
6	Cs. A.	Gastritis chronica	0·06	—	38	—	0·0045	—
7	Gy. J.	Gastritis Anaemia	0 017	—	45	kis zavarodás	0 0097	Vér f. s. 1042, haemogl. 30%. Vörösvérsejt 1.455,000. Poikilocytosis.
8	Z. N.	Gastritis chronica	0·015	—	37	—	0·0034	—
9	K. J.	Sine morbo	0·20	—	68	—	0·0041	—
10	T. B.	Sine morbo	0·17	—	70	—	0·0029	—
11	Cz. K.	Strictura pylori	0·01	—	50	—	0·0078	—
12	R. J.	Carcinoma ventriculi et hepatis	—	+	14	1/40/00	0·0053	Bonczolat által igazolva
13	Z. F.	Gastritis chronica	—	—	17	kissé zavaros	0·0038	—
14	L. H.	Gastritis chronica	0·018	+	26	—	0 0045	—
15	S. N.	Polyarthritis rheumatica	0·12	—	45	—	0·0027	Lázas
16	R. A.	Insuff. v. s. aortae	0·014	—	52	—	0·0072	—
17	J. J.	Cirrhosis hepatis	—	—	18	kissé zavaros	0·0093	Hydrops ascites. Mosóvizben nyomokban vér
18	V. Gy.	Dilatatio ventriculi	—	+	27	alig zavaros	0·0125	—
19	Zs. B.	Carcinoma ventriculi	—	+	9	majdnem 1/20/00	0·0685	—
20	O. G.	Carcinoma recti	—	+	—	minimális zavarodás	0·0077	Műtét által igazolva
21	B. Z.	Insuff. v. bicuspidalis	0 09	—	35	—	0·0044	Nagy máj
22	J. M.	Carcinoma ventriculi	—	+	9	3/40/00	0 0817	Tapintható tumor a pyloruson
23	G. L.	Carcinoma ventriculi	—	+	16	Jó 1/20/00	0·0711	Bonczolat által igazolva
24	B. E.	Dilatatio ventriculi. Gastritis	0 17	—	39	—	0·0043	—
25	F. A.	Cirrhosis hepatis	0·11	—	46	—	0·0102	Tapintható máj és lép
26	D. R.	Enteroptosis	0 08	—	38	—	0·0089	Gyomor alsó határa 3 harántujjal a köldök alatt
27	M. L.	Enteroptosis	0·036	—	10	—	0 0067	A gyomor alsó határa majdnem a symphysisnél
28	K. J.	Dilatatio ventriculi	0 12	—	47	—	0 0049	1 év előtt gyomorfekély vérhányással
29	M. V.	Tabes dorsalis. Crises gastriques	0·17	—	58	—	0·0023	—
30	B. J.	Hyperchlorhydria	0·27	—	78	—	0·0019	—
31	F. A.	Carcinoma ventriculi	—	+	38	több 3/40/00-nél	0·0832	—
32	V. L.	Gastritis acuta	0 17	—	60	—	0·0070	Lázas
33	M. J.	Carcinoma ventriculi	—	+	11	Erős zavarodás	0 0328	—
34	K. O.	Cirrhosis hepatis	—	+	14	—	0 0121	Ascites. Többször volt előzőleg vérhányás
35	M. H.	Insuff. v. bicuspidalis	0·03	+ (?)	28	—	0·0037	Nagy máj
36	B. M.	Carcinoma ventriculi	—	+	9	1/40/00	0·0321	Tapintható tumor
37	Sz. J.	Carcinoma ventriculi	—	+	7	1/20/00-nél több	0 0731	Homályos resistentia a pyloruson
38	J. G.	Hyperchlorhydria	0·29	—	82	—	0·0018	—
39	L. J.	Tuberculosis pulmonum	0 012	—	36	—	0·0075	Lázas
40	K. M.	Carcinoma cystae felleae et hepatis	—	+	26	kis fokú zavarodás	0·008	Bonczolva
41	L. J.	Gastritis chron.	0·13	—	58	—	0·003	—
42	B. R.	Gastritis chron.	0·07	—	46	—	0·007	—
43	H. P.	Insuff. v. bicuspid.	0·18	—	64	—	0 0018	Kompenzált
44	R. K.	Carcinoma ventric.	—	+	17	erős zavarodás	0·0351	—
45	N. Gy.	Dilatatio ventric.	0·005	+	23	—	0·0063	—
46	L. Á.	Polyarthritis rheumat.	0 11	—	65	—	0 0057	Lázas
47	K. K.	Hyperchlorhydrin	0·27	—	87	—	0 0027	—

[2] *I. Siegel:* Zur Diagnose des Magencarcinoms. Berliner klin. W. 1904. 12—13. sz.

[3] Dr. *W. Berendt* und Dr. *P. Gutmann:* Über vermehrten Stickstoff- und Eiweissgehalt der Magenflüssigkeit und seine diagnostische Bedeutung. Deutsche med. W. 1904. 28. sz.

Vizsgálataim tehát 4 dilatatio ventriculira, 3 enteroptosisra, 9 gastritisre, 3 hyperchlorhydriára, 10 carcinoma ventriculira, 2 strictura pylorira, 3 lázas betegre (2 polyarthritis, 1 tuberculosis pulmonum), 1—1 crises gastriques-ra, carcinoma recti-re s carcinoma cystae felleae-re terjedtek ki, e mellett két egészséges gyomrot is vizsgáltam s 8 olyat, hol nagy valószínűséggel volt felvehető, hogy nem annyira a gyomor nyálkahártyájának hurutja, hanem inkább valamely más ok (4 cirrhosis hepatis, 4 vitium cordis által előidézett pangásos vérbőség) volt jelen.

Ha összehasonlítjuk a fenti táblázatban a mosóvízben talált fehérje- s nitrogenmennyiséget, feltünik, hogy mindkettő aránytalanul nagyobbb carcinoma ventriculiban, mint a gyomor bármely más hurutos vagy pangásos bántalmában, a mennyiben 100 cm^3 mosóvízben a fehérjemennyiség az erős zavarodás s a $^3/_4‰$ *(Esbach)* közt ingadozott, a nitrogenmennyiség pedig 30—80 mgm.-ot tett ki. Egyéb eseteimben mindkét érték elenyészően csekély volt, s ha elő is jött néhányszor (pl. 7, 13, 17, 18. szám), hogy *Esbach* reagensre kisfokú zavarodást láttam, az a nitrogenmennyiségnek számbavehető növekedésével összekötve nem volt. Ez utóbbi körülmény azt látszik bizonyítani, hogy a gyomornak sem hurutos, sem pangásos folyamatai nem tudják a mosóvíz fehérje-, még kevésbé nitrogentartalmát emelni, hanem egyedül csak a gyomor-nyálkahártyának ulcerosus elváltozásai folytán feltételezett izzadmányok tudják azt létrehozni; az ulceratiót ismét első sorban a rák, másodsorban pedig a kerek fekély szokta előidézni. Vizsgálódásaimat a kerek gyomorfekélyre már a baj természeténél fogva sem bátorkodtam kiterjeszteni, félve a gyomorcső bevezetése folytán beálló mechanikus inger súlyos következményeitől, különben is ez utóbbi betegséget a ráktól legtöbbször a klinikai tünetek alapján is el lehet különíteni.

Ha felvetjük azt a kérdést, hogy mennyi a mosóvíznek ama kimutatható legkisebb fehérje- s nitrogentartalma, mely kétes esetekben rák mellett szólna, erre határozott számmal nem felelhetek, mivel részint az eddigi még kis számú észleletek erre elég adatot nem szolgáltatnak, részint pedig mivel a fehérje- s nitrogenmennyiség még egy és ugyanazon betegnél is különböző időben különböző; úgy látszik, hogy az bizonyos határokig növekszik, még pedig annál nagyobb fokban, minél kiterjedtebb a fekélyesedés. Az eddigi vizsgálatokból kiviláglik, hogy a mosóvíz erős zavarodása, még inkább annak legalább is 30 mgm.-nyi nitrogentartalma gyomorrák mellett bizonyít. Kétes esetekben e diagnostikai jel egymagában, mint *Reichenstein*[4] is mondja, biztos tájékozást ugyan nem ad, de egyik vagy másik tünet társaságában (ama felette ritkán előforduló rákesetek kivételével, hol fekélyesedés nincs) igen megbizható segédeszközt nyujt a rák esetleges korai felismerésére.

Végül nem mulaszthatom el, hogy hálás köszönetemet ki ne fejezzem mélyen tisztelt főnökömnek, *Kétly Károly* dr.-nak az anyag szíves átengedéséért s *Farkas Géza* dr. állatorvosi főiskolai tanárnak ama szívességéért, hogy a nitrogenmeghatározásokat a vezetése alatt álló élettani intézetben végezhettem.

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

A gyermekkori szívburokösszenövés leggyakoribb alakjának kórjelzése és lényege.

Irták: *Flesch Ármin* dr. és *Schossberger Sándor* dr., kórház segédorvosok.

(Folytatás.)

9. eset.

T. Dániel, 7 éves. Felvétetett 1903. junius 7.-én. Elbocsáttatott 1903. junius 17.-én. Állitólag pár hét előtt izületi fájdalmai voltak. Két hét óta hasa növekszik.

Arcz kissé pöffedt. Ajkak cyanotikusak. Légzés kissé orrszárnyi jellegü, szaporább. Tüdőlelet rendes. Szívcsúcslökés nem látható. Szívtompulat a III. borda felső szélén kezdődik, kifelé az 5. és 6. borda között a bimbóvonalon kissé túlterjed, befelé mint absolut majdnem a jobb szegyszélig ér, mint relativ ezt $1^1/_2$ ujjal túlhaladja. Szívhangok tiszták. Hasban csekély folyadékfelhalmozódás. Máj jó két harántujjnyi. A lép nem tapintható. Érverés eléggé telt, feszes, perczenként 120. Vizelet tiszta. Beteg láztalan.

10. eset.

P. János, 6 éves. Felvétetett 1903. junius 22.-én. Elbocsáttatott 1903. junius 29.-én. Három hó óta növekszik a hasa, lábai hol megpöffedtek, hol lelohadtak. Két nap óta ismét erősen dagadtak. Tuberculosus anamnesis nincs.

Arcz, ajkak cyanotikusak. Alkarokon kiemelkedő, telt gyüjtőerek. Mindkét lábszár mérsékelten vizenyös. Jobboldalt kis exsudatum pleuriticum. Rendes szívlelet, csak kissé tompa szívhangok.

Has megnagyobbodott, benne szabad folyadék. Máj tenyérnyire haladja meg a bordaívet. Vizelet tiszta. Pulsus filiformis, 120. Láztalan.

Junius 25.-én 5 liter savó kibocsátása. Has ismét növekszik.

11. eset.

T. György, 13 éves. Felvétetett 1903. szeptember 13.-án. Elbocsáttatott 1903. szeptember 29.-én. Állitólag háromnegyed év előtt szivtáji fájdalmai, szúró érzései voltak. Hét hét óta hasa és lábai meg vannak dagadva. Néhány nap óta scrotuma is megdagadt. Fél év előtt kétoldali mellkasi szúró fájdalmai voltak.

Ajkak cyanotikusak. Nyakon, has bőrén tágult venák. Jobb III. borda felső szélétől és hátul a spina scapulaetől alófelé tompult kopogtatási hang, gyengült légzés. E tompulat összefolyik a szívtompulattal. Bal lapoczka csúcsa alatt tompulat, hörgi légzés. A szívtompulat külső határa a szívcsúcslökés helyéig ér, mely a IV. bordaközben, valamivel a bimbóvonalon belül homályosan látható és tapintható. Szívhangok tiszták, tompák.

Has erősen előbomborodó, benne szabad folyadék. Négy ujjnyi, kissé tömött máj. Pulsus 126, kissé arhythmiás. Vizeletben kevés fehérje, alakelemek nincsenek. Láztalan. A lefolyás alatt különböző diureticumokkal az oedemákra csak kevéssé sikerült hatni.

* * *

Tizenegy esetet vázoltunk, melyekben kétségtelenül szívburokösszenövés volt jelen, lehetőleg röviden, csupán a kórjelzés szempontjából fontos mozzanatokra szorítkozva, alig említve az anamnesisben adódó negativumokat, a belső szerelés módját, annak a diuresisre való hatását stb., stb. Ezek közül négyben az autopsia igazolta a kórjelzést, négy esetben a *Talma*-műtét alkalmával eszközölt inspectio támogatta kórjelzésünket, három esetben pedig a többiekével teljesen egyező tünetcsoport jogosított fel ugyanazon kórfolyamat felvételére. Ezen itt közölt eseteken kivül még többször volt alkalmunk részben a kórház járóbeteg-rendelésén és kórházunk fekvő anyagában, részben a bonczolóasztalon a szívburokösszenövés klinikai, illetve kórboncztani képét szemlélni. Felemlítjük ezen eseteket is, nehogy valaki téves következtetéseket vonjon a szívburokösszenövés gyakoriságára; rájuk azonban bővebben nem terjeszkedhettünk ki, mert jó részükben az endocardium is bántalmazva volt, mi által a kórfolyamat klinikai képe is módosult, vagy pedig mert a külső körülmények nem engedték meg a hosszabb rendszeres észlelést; más részükben viszont a klinikai képben egyetlen tünet sem utalt szívburokösszenövés jelenlétére, s csak a bonczolás derítette fel a latens synechiát.

Csaknem összes eseteinkben a szülők azon panaszszal hozták a kórházba gyermeküket, hogy rövidebb hosszabb idő óta feltünt nekik a gyermek hasának lassú, fokozatos növekedése. Hét esetben teljesen lappangva, minden különösebb észrevehető előzetes betegség nélkül köszöntött be a has nagyobbodása, csupán négy esetben szolgáltathat a kórelőzmény némi gyanút esetleges szívburoklobra. Az 1. sz. esetben ugyanis tüdő- és mellhártyalobról, a 6. számúban sokizületi- és mellhártyalobról, a 9. számúban izületi fájdalmakról, a 11. sz. esetben pedig mellkasi és szivtáji szúró fájdalmakról van szó a kórelőzményben. Kiemelendő továbbá, hogy a has körfogatának megnagyobbodása, tehát az ascites, valamennyi esetben az első és legfőbb tünet volt; ezt egyszer sem előzték meg más oedemák, hanem ezek csak azután váltak észrevehetővé, s általában kisebb fokúak és labilis jellegüek

[4] *Reichenstein*: Über die Stickstoff- und Eiweissbestimmung im Mageninhalt als diagn. Mittel. Prseglad. lekarski. Ref. Boas, Archiv f. Verdauungskrankh. XI. kötet, 1. sz.

voltak, szemben az egyre fokozatosan növekvő ascitessel. *Eseteinkben tehát a kórjelzés felállításánál a kórelőzményben Pick által különösebben hangsúlyozott két mozzanat: az előzetes szívburoklobra utaló panasz csaknem mindig, a hasvízkórt megelőző végtag-vizenyő pedig minden alkalommal hiányzott.* Az előbbi körülmény könnyen válik érthetővé, ha meggondoljuk, hogy minden egyes esetben a szegényebb néposztály gyermekéről van szó, kinél hiányos megfigyelés folytán obliteratiohoz vezető, kisebb exsudatioval járó, esetleg csak rostonyás jellegü szívburoklob a szülők előtt észrevétlenül folyhatott le. Ha esetleg mégis okozott némi tüneteket, mint egyik-másik esetünkben, a mellkasi szúró fájdalmak miatt tüdő- illetőleg mellhártyalobot vettek fel. Mindenesetre bizonyos, hogy előbbi szívburoklobra vonatkozó panaszok a kórjelzés felállításánál nagyon értékes jelet alkotnak, hiányuk azonban mit sem jelent. A mi pedig a végtag-oedemák megjelenésének idejét illeti, ki kell emelnünk, hogy hiányos megfigyelés mellett is ott, hol mérsékeltebb hasvízkór nem kerülte el a figyelmet, már kisebb fokú láb- és lábszár-oedemát észre kellett venni. Ezen anamnestikus adatok megbizhatóságát tehát teljesen el nem vitathatjuk s így ezen eseteink figyelembe vételével jogosan helyezkedhetünk arra az álláspontra, hogy *az ascites rendszerint megelőzi a végtag-vizenyőt.* Megjegyezzük még, hogy szorgos kutatás mellett alkohol-abusust is sikerülhet kimutatni, s így — ha e körülményt mindjárt a véletlennek tulajdonítjuk is — ismét nem jutunk a *Pick* helyzetébe, kinek eseteiben a cirrhosis hepatisra utaló anamnestikus adatok nem találhatók fel.

A mennyire egyezők eseteink kórelőzményei, annyira hasonló, szinte sémás a képük is.

Feltünik mindenekelőtt az arcz sajátos jellege. Pastosus, kissé megduzzadt arcz, különösebben nem localizált vizenyőtől okozva, sajátos fakó halványság, melylyel feltünően ellenkezik a kifejezetten szederjes ajk s fülkagyló. Az egész oly jellegzetes, hogy az észlelő mintegy ugyanazon arczkifejezést látja minden egyes esetben maga előtt. Ezen cyanosis mellett a légzés általában nem mutat eltérést a rendestől, legfeljebb csak annyiban, a mennyiben a nagyfokú hasvízkór befolyásolja. Már e helyen hangsúlyozzuk, hogy a cyanosis a hasüri folyadék lebocsátása után alig vagy egyáltalán nem mutat változást. *Az arcz ezen typusos képére, mint igen fontos diagnostikai jelre teljes nyomatékkal hivjuk fel a figyelmet.*

Ezen az arczra lokalizált kisfokú vizenyőn és cyanosison kivül feltünnek, de már nem oly szabályszerüen, a tágult gyüjtőerek a hason (egyik esetben caput Medusae alakjában), esetleg a mellkason, a felső végtagokon is. Kisfokú boka- és lábszárvizenyő egyik-másik esetben észlelhető, esetleg a has s mellkas köztakarója is megtartja az ujjbenyomatokat. E vizenyők általában múló jellegüek, a folyadék lecsapolásával rendszerint engednek s a növekvő szívgyengeséggel mindinkább állandósulnak.

Uralja az egész kórképet úgy az észlelő, mint a beteg szempontjából az ascites. Az általában gyengébb fejlettségü, lesoványodott testtel, az alófelé szélesbedő keskeny mellkassal ellentétben áll a hordóalakban kiemelkedő óriási has. Ez utóbbi egyenletesen előmborodó, rendkivül feszes, fénylő, nem fájdalmas; térfogatának nagyobbodása minden egyes esetben szabad folyadékfelhalmozódás által idéztetik elő. Nagyfokú feszülése miatt az áttapintás legtöbbször kivihetlen s csupán ballottement útján győződünk meg a *több harántujjnyi májtumor* jelenlétéről. A máj sima, mérsékelten tömött, a miről még jobban meggyőz a lecsapolás utáni vizsgálat, midőn még a májnak normális viszonyok között éles alsó széle is erősen lekerekitettnek érezhető. A lép rendszerint nem mutat eltérést a normálistól.

A mellkas vizsgálata valami feltünő eredményt nem szolgáltat. Eseteink kis részében kisebb mellhártyaizzadmány volt kimutatható, egyiknél-másiknál mérsékeltebb tüdőelváltozások voltak jelen. Legfontosabb azonban, hogy *a szív physikális vizsgálatának eredménye egy esetben sem szolgáltatott olyan leletet, melynek alapján figyelmünk különösen a szívre, mint a kórkép középpontját alkotó szervre irányulhatott volna.* A szívcsúcslökés legtöbbször rendes helyén homályosan volt látható és tapintható. A tompulati viszonyok legtöbbször a normálisnak megfelelők voltak, olykor ennél valamivel kisebb, máskor valamivel nagyobb szívtompulatot nyertünk. Szívhangok tiszták, csak általában tompábban hallhatók. Egyik esetben (8. sz.) a már kifejlődött kórkép mellett pericardialis zörejek voltak hallhatók, a melyek a további észlelés alatt eltüntek. Activ és passiv motilitas szabad. Pulsus általában kis hullámú, kevéssé telt és feszes, szaporább, szabályos. A vizelet mennyisége rendszerint csökkent, s miként az ascites, diureticumok által alig befolyásolható. Fehérjét nem, esetleg a pangásnak megfelelőleg csak nyomokban tartalmaz. Alakelemek ki nem mutathatók. A lefolyás rendszerint láztalan, hacsak valamely szövődményes bántalom lázas állapotot elő nem idéz. A közérzet aránylag elég jó s csupán az ascites rohamos növekvése esetén megfelelőleg befolyásolt.

Oly kórképet látunk tehát magunk előtt, melynek kimagasló tünetei: izolált ascites, nagy máj, sajátosan pöffedt arcz, kis fokban cyanotikus ajak s e mellett körülbelül normális szívlelet és szaporább pulsus. Teljesen találó tehát e kórképre *Weill* jellemzése: „*Elle peut se résumer en un mot: c'est de l'asystolie périphérique sans participation du coeur.*“ Azon esetekben, a melyek ezen tünetcsoportozat mellett boncolásra kerültek, mindig jelen volt egy obliteratio totalis pericardii, induratio cyanotica hepatis mellett, a laparotomizált esetekben is a máj jelzett elváltozása volt észlelhető sima hashártya mellett, miért ez esetekben is a nagy fokban pangásos máj legvalószinübb okául per analogiam szívburokösszenövést kellett feltételeznünk. Mindezek alapján az említett tünetek összessége minden esetben feljogosit a szívburok-összenövés kórjelzésének a felállítására.

A megkülönböztető kórjelzés szempontjából figyelembe veendő mindenekelőtt a peritonitis tuberculosa. Az arcz sajátos pöffedtsége, az ajkak cyanosisa, a mellkas és alkar tágult venái azonban fontos útbaigazitással szolgálnak. Ha e mellett még nagyobb fokú májtumort találunk, a mely különben kivételesen és kisebb fokban peritonitis tuberculosában is észlelhető, vagy a hasi folyadék lebocsátása után az ajk cyanosisát változatlanul észleljük, kórjelzésünk még biztosabbá válik. Kisegítő tájékozást nyujthatna a kibocsátott folyadék fajsúlyának, fehérjetartalmának (refractio) vizsgálata és esetleg a tuberculin-reactio. Értékes mindkettő, ha a folyadék transsudatum jellegét mutatja és a tuberculin-reactio negativ. Ez esetben ugyanis a concretio pericardii kórjelzése szilárdan áll. De jelentékenyen megnehezíti az eset elbirálását, ha a punctiós folyadék exsudatum kriteriumait tünteti fel. Lehet ugyanis concretio pericardii mellett gümös hashártyalob, a mire példát eseteink közt is találunk. A jelzett tünetek összessége s a folyadék exsudatum-jellege kell hogy a kettő együttes fennállásának lehetőségére irányitsa figyelmünket. A tuberculin-reactio positiv volta azon esetekben, melyekben a helyi reactio nehezen itélhető meg, csupán tuberculosus folyamat jelenlétére utal, a nélkül, hogy bővebb útbaigazítással szolgálna, mert — egyébtől eltekintve — maga a synechia a legtöbb esetben tuberculosus alapon fejlődik. S végül világosságot vet a kórképre a mütét alkalmával eszközölt inspectio, midőn hepar moschatum s a hashártya sima volta vagy disseminált tuberculosisa oszlatja el kétségeinket. Hogy a gümös hashártyalob egyik-másik esetben csak utólagosan társul a szívburok-összenövéshez, arra szép példát nyujt 5. számú esetünk, melyben a synechia pericardii miatt végzett *Talma*-mütétnél még teljesen sima volt a hashártya, s egy évvel később a más okból végzett hasmetszésnél már gümökkel behintve találtuk. Ugyancsak ily értelemben kell felfognunk 3. számú esetünket, hol a szívburok régi vaskos, rostos összenövése mellett a hashártyán egész friss gümök voltak láthatók, s a hasüri folyadék a vizsgálat eredményeképa trans- és exsudatum határán állott. Nyilvánvaló, hogy ez esetben régi transsudatum állott fenn, melyhez utólag vegyült a friss exsudatiós folyadék.

A második kórkép, melylyel számolnunk kell, a cirrhosis hepatis. A *Laënnec*-féle alaktól az elkülönítés aligha ütközik nehézségekbe; ennél ugyanis az izolált ascites stadiumában már atrophiás májjal és nagy léppel találkozunk. Szóba jön az elhatárolás a vegyes alaktól. Kiemelendő mindenekelőtt, hogy a májzsugorodás összes alakjai, főleg a vegyes alakok, a gyermekkorban a legnagyobb ritkaságok közé tartoznak. Aetiologiai momentum hiánya, a cyanotikus ajkak, pöffedt arcz, esetleg a mellkas bőrének kis-

fokú oedemája, végül pedig a máj tapintata fogják számunkra a kellő útmutatást megadni. Az ascites általában nem jelentékeny mennyiségű a májcirrhosis vegyes alakjában,[1] míg synechia esetén rendesen nagyobb, olykor enormis fokot ér el és a beteg panaszainak legfőbb tünetét képviseli. Igy 4. számú esetünkben tizenkét punctio alkalmával száz liternél több folyadékot bocsátottunk le öt hónapi időközön belül. A lép megnagyobbodott a májzsugorodás vegyes alakjában, míg szívburokösszenövésben a megnagyobbodás kisfokú, vagy nem is észlelhető.

A csalódásig híven előállhat azonban a szívburokösszenövés jelzett kórképe, ha valamely kóros képződmény (pl. tumor) nyomást fejt ki a vena cava inferiorra. Különösen felhivja erre a figyelmet *Imerwol*,[2] ki egy esetében a leirt tünetcsoportozat jelenléte alapján per analogiam szívburokösszenövés kórjelzését állította fel; a boncolat kideritette, hogy a szívburok ép, míg a vena cava inferiort és a vv. hepaticaet nagy sajtos mirigytömeg nyomta össze, s ez idézte elő a portális pangás összes tüneteit Az arcz cyanosisát s a dyspnoét a mediastinális és pulmonális mirigyek megnagyobbodására lehetett visszavezetni. A tévedés szerinte alig kerülhető ki, hacsak az alsó végtagok nagyobb fokú cyanosisát differentialdiagnostikai mozzanatként figyelembe nem veszszük, a mennyiben ezen tünet a szóban forgó esetben kifejezetten volt észlelhető, míg szívburokösszenövésnél alig, vagy egyáltalában nem látjuk.

Azon billentyübántalmaktól, melyek — miként az insuff. valv. tricuspid. — hasonló klinikai képet nyujthatnak, az elkülönítés különösebb nehézséggel aligha járhat, mivel a gondos szívvizsgálat e tekintetben a kellő felvilágositást megadja.

Sokkal fontosabb, és nem csupán diagnostikai, de pathologiai szempontból is jelentősebb, vajjon klinice elhatárolható-e a synechia pericardii a „polyserotitis“ kórképétől, illetőleg a „Zuckergussleber“ től.

Egységes aetiologiai alap nélkül különböző infectiós vagy intoxicatiós ártalmak folytán kifejlődhetik ugyanis — miként rámutattunk — a savós hártyáknak egyidejü, vagy egymás után keletkező lobja, melynek következményeként a különböző savós hártyáknak exsudativ, avagy fibrosus kérges lobtermékei képződnek. Ha a folyamat főleg a máj savós burkára vonatkozik, akkor fibrosus hyperplastikus perihepatitis fejlődik ki, a máj tokjának jelentékeny megvastagodásával Az előálló hasüri folyadék felhalmozódása a szerint, hogy tiszta perihepatitis által feltételezett májbeli pangás van-e jelen, vagy exsudativ peritonitis volt-e előzetesen, transsudatum vagy exsudatum, illetőleg a kettő keverékének jellegével bir. Ez eseteket *Rose*[3] szerint jellemzi először a májat összezsugorító kérges perihepatitis, másodszor ép (különösen cirrhoticus elváltozásoktól ment) májparenchyma, harmadszor makacs ascites, negyedszer más savós hártyák bántalmazottsága. Minthogy mindezen esetekben — a *Hübleré* kivételével — synechia pericardii is jelen volt, első sorban azon kérdésre kell a választ megadnunk, hogy jogosultak vagyunk-e a synechia pericardiit önálló kórfolyamatnak tekinteni, vagy pedig csakugyan csupán a polyserositis részjelenségét alkotja e. Hogy a polyserositis mint önálló kórkép létezik, az vita tárgya nem lehet. Az is kétségtelen azonban, hogy eseteink nem alkotják a polyserositis egy alfaját, hanem tőle teljesen elkülönítendők. Feltünő mindenekelőtt, hogy míg a polyserositisnél s különösen egyik lokalizált alakjánál, a „Zuckergussleber“-nél a tuberculosis mint aetiologiai momentum sohasem szerepel, addig úgy a saját eseteink, valamint az irodalomban közölt analog esetek legnagyobb része tuberculosus alapon fejlődtek ki. Eseteink nagyobb részében a szívburoknak obliteráló gyuladásán kivül a többi savós hártya lobját nem észlelhettük. Azon kevés számú esetben pedig, a hol vagy a mellhártyának, vagy a hashártyának lobja jelen volt, ide nem számitva a 3. sz. esetben a betegség végén kifejlődött acut purulens peritonitist és serofibrinosus pleuritist, a savós hártyák lobja is a szívburokéhoz hasonlóan tuberculosus eredetünek bizonyult. Azon a diaphragma mentén kúszó adhaesiv fibrosus lobot, melyet az összes szerzők a polyserositisre, illetőleg a „Zuckergussleber“-re annyira jellemzőnek tartanak, egyetlen egyszer sem láttuk sem az operáló, sem a bonczoló asztalon. Szóval minden a mellett szól, hogy *bár a polyserositisnek részjelensége a synechia pericardii, az általunk leirt esetek ezektől teljesen elkülönítendők.*

(Folytatása következik.)

[1] *Quincke* und *Hoppe-Seyler*: Die Krankh. der Leber. Nothnagel's Spec. Path. u Therap. XVIII. kötet, 407. oldal.
[2] *Imerwol*: l. c.
[3] *Rose*: l. c.

Az epekövek kórtanának mai állása és az epekőbetegség sebészi kezelésének javalatai.

Irta: *Pólya Jenő Sándor* dr, közkórházi rendelő orvos.

(Folytatás.)

Rendkivül érdekesek és tanulságosak e tekintetben azon tapasztalatok, melyeket *Ehret* és *Stolz* ezen kérdésre vonatkozólag kutyákon tett. Kiderült ugyanis, hogy a choledochusban megakadt idegen testek (kvarczkövek, vattacsomó) mellett icterus egyaránt beáll, akár látszólag teljesen szabad az epelefolyás a bélbe, akár pedig részben avagy teljesen akadályozott; hogy sokszor nagy kövek mellett nincs, és egész apró kövek mellett van icterus; hogy oly esetekben is, a hol a székletét teljesen acholikus volt, a legnagyobb könnyüséggel sikerült autopsia alkalmával a choledochus tartalmát a papillán át a bélbe kinyomni. *Annak tehát, hogy epe nem került a bélbe, a kő nem képezte absolut mechanikai akadályát,* és azon körülmény viszont, hogy az epelefolyás a bélbe nem volt akadályozott, nem zárja ki az icterus létrejöttét. Az icterus oka tehát nem egyszerü mechanikai akadály (ilyet a kő beékelődése legalább hosszabb időre nem is képezhet, kivéve persze a papilla Vaterit), hanem

1. lehet beidegzési zavar, melynél fogva az epe áthajtása a papillán keresztül megakad,

2. legtöbbször pedig az epeutak infectiosus gyuladása, mikor is ezek genynyel teltek és az epeút infectioja folytán képződött váladék oly feszülés alatt áll, hogy a csekély nyomás alatt elválasztott epe beömlését az epeutakba meggátolja, mint a hogy genynyel telt epehólyagba sem ömölhet be a cysticus teljesen szabad volta ellenére sem epe.

A choledochuselzáródás kettős következményének: az icterusnak és cholangoitisnek befolyása a beteg sorsára közismeretes. Azt hiszszük, felesleges bővebben részleteznünk, minő jelentőséggel bir az epe elvonása a bélcsatornára a bélmozgás, a bélbeli felszívódás és a bélbeli rothadás megváltozása folytán, minő káros hatása van az epealkatrészek felszívódásának az összes parenchymás szervekre, az idegrendszerre, minő súlyos septikus jelenségeket tud a felszálló cholangoitis előidézni, s minő gyorsan tudja az ezen viszonyok által létrehozott tünetek összesége a legerőteljesebb szervezet életerejét is aláásni.

Az elhúzódó icterus által okozott jelenségek közül csak egyet óhajtok különösen kiemelni, mely a sebészi indicatiók felállítása szempontjából különösen fontos, és ez a vérzésre hajlamosság, mely különösen 2—3 hónapon túl elhúzódó sárgaságnál valóban félelmetes. De nemcsak postoperativ vérzésekre vezethet az elhúzódó sárgaság, hanem spontan vérzésekre is. A cholelithiasis folyamán észlelhető gyomorbélvérzéseknek, melyek néha igen profusak, sőt halálra is vezetnek, többnyire az icterus az oka, bár más okból is származhatnak. Igy epekő átfúródása a bélbe vagy gyomorba, pylethrombosis, epehólyagvérzés a hólyag súlyos gyuladása, vagy arteria cystica-, illetve hepaticaaneurysmák áttörése (*Lebert, Chiari, Kehr*) folytán idézhet elő gyomorbélvérzést, úgyszintén az is, ha az epekő miatt peritonitis keletkezett. Máskor elhúzódó icterusnál a bőrben támadnak vérzések, számtalan patécs, ecchymosis, melyek természetesen mindenféle műtétnek contraindicatioját képezik.

Szerencsére azonban az esetek egy részében septikus tünetek a choledochus-elzáródás ellenére is alig jelentkeznek, a minek oka a fennálló fertőzés enyhe virulentiájában, vagy a jelen volt virulens bakteriumok tönkremenésében, illetve a szervezet védőberendezései által való legyőzetésében rejlik; vannak, kik a súlyos icterust, az epének a bélben való teljes hiányát is igen soká, hónapokig, sőt évekig (*Murchison* betege 6, *Kehr*-é 12 évig) jól elviselik.

Csak még egy szót a cholangoitis ascendens okozta hely-

beli anatomiai elváltozásokról. Az esetek különfélesége szerint az epe egyszerűen zavaros, máskor genynyel kevert, és végül vannak esetek, a hol a hepaticust és összes ágait tiszta geny tölti ki. Ilyenkor a májnak metszéslapján ezer és ezer apró tűszúrásnyi pontból ürül ki nyomásra a geny. A pangás és genyedés folytán a májbeli epeutak kitágulnak, máskor a genyedés elhagyja az epeutak határait és egy genyesen szétesö pericholangoitis keletkezik, melynek következtében kisebb-nagyobb, sokszorosan összefolyó genyüregek és járatok támadnak a májban. Ha ilyen módon a serosa alatti májrészletekben is keletkeznek kisebb-nagyobb gyülemek, akkor már a máj külső megtekintése alkalmával is felismerhetővé válik a májbeli epeutakban és körülöttük lefolyó genyedés.

A legsúlyosabbak közé tartoznak azon esetek, a melyeket *Mayo* ir le, midőn a choledochusban műtétkor egyáltalán nem találunk epét, csak tiszta folyadékot. Ilyenkor *Mayo* szerint az epeelválasztás a májsejtek lokális laesioja miatt szünetel. Egy előző stadiuma ezen állapotnak az, ha az epeutakban erősen sötétzöld epe, a milyen friss cysticus-elzáródáskor szokott a szerző tapasztalata szerint az epehólyagban lenni, foglal helyet. Ezen esetek fele műtéttel még megmenthető.

Egy további oka annak, hogy a nagy epeutakba nem kerül epe, az lehet, hogy az apró epeutakat az exsudatum eltömi (angiocholite obliterante *Gilbert*), ilyenkor is az ezen epeutakban összegyülő epe nem folyhat tovább, s az ennek következtében hamar beálló nyomásnövekedés az epe további elválasztására bénítólag hathat. Mindkét esetben előáll a májműködés kiesése által okozott autointoxicatio, mely a súlyos septikus folyamat okozta mérgezéssel egyetemben hamarosan véget vet az életnek, hacsak az infectiót akár műtét közbejöttével, akár a nélkül a szervezet le nem küzdi.

Ezekben foglaltam volna röviden össze az epekövek által az epehuzamban okozott legfontosabb boncztani változásokat s azoknak kórtani jelentőségét. De tökéletlen volna a kép, ha nem említeném fel amaz elváltozásokat is, a melyeket a kő az epehólyag és epeutak anatomiai szomszédságában fekvő szerveken előidéz. Az itt szóbajövő képletek a máj, a hasnyálmirigy, a gyomor, a duodenum, a colon transversum, továbbá a vena portae és ágai.

Szabadjon a következőkben az ezeken az epekövek által létrehozott elváltozásokat egybefoglalni.

A *májon* a cholelithiasis a következő változásokat hozhatja létre:

1. egyszerű epepangásos duzzanat;

2. a májszövet atrophiája a kitágult intrahepatikus epeutak által;

3. diffus hepatitis, a minőt kisérletileg a ductus choledochus lekötése által *Meyer* és *Legg*, továbbá *Charcot* és *Gombault* tudtak előidézni. Klinikai jelentőségre az epekövek által létrehozott cirrhosis ritkán emelkedik (*Naunyn*), de azért ez mégis megtörténhetik, s az így keletkezett cirrhosis halálra is vezethet (*Litten*);

4. májtályogok, a melyek *Naunyn* egybeállítása szerint keletkezhetnek

a) epehólyagempyemának vagy pericholecystitises tályognak a májba való direct áttörése által. A hólyagperforatio által okozott májtályog a jobb lebenyben fekszik és sokszor köveket is tartalmaz;

b) cholangoitisből, midőn a genyedés átcsap az epeutak nyálhahártyájáról a máj szövetére;

c) a májsejtek a lebeny szélén elhalnak (hepatitis sequestrans) és azután genyesen beolvadnak (*Schüppel*);

d) pylephlebitis alapján, midőn a vena portae gyuladása, mely rendszerint choledochuskövekkel áll összefüggésben, annak májbeli ágaiba terjed.

Körte arra is figyelmeztet, hogy a genyedés a vena cysticán is terjedhet a vena portaeba, úgyszintén az epehólyagból a májba direct menő kis venák is lehetnek terjesztői a gyuladásnak.

Úgy a phlebitikus, mint a cholangoitikus tályogok rendszerint aprók és sokszorosak, azonban sok kisebb tályog összefolyhat egy nagyobbá, s ilyenkor ez a sebészi kezelésnek inkább hozzáférhető.

A *pankreas-betegségek* a legkiválóbb sebészek (*Halsted, Mayo Robson, Körte, Hahn, Mikulicz*) észleletei szerint sokkal gyakrabban függenek össze az epehuzam lobos bántalmaival és első sorban az epekövekkel, mint azt gondolták.

A gyuladás az epehuzamról három úton terjedhet rá a pankreasra:

1. a choledochus-falon át; a choledochus supraduodenális része ugyanis mindig szoros viszonyban áll a pankreassal, s az esetek egy részében (*Büngner* szerint 95%, *Wyss, Helly* szerint 22—23%) teljesen a pankreas állományába van ágyazva, vagy legalább is annak egy mély barázdájában fut le;

2. a kivezető csövek útján; a ductus choledochus és Wirsungianus ugyanis közösen nyílnak a papilla Vateribe, vagy legalább is egymás közvetlen szomszédságában, úgy hogy a choledochuskő a pankreas kivezető csövét teljesen comprimálhatja. Ha pedig a papilla csúcsában akad meg a kő, arra is alkalom nyilik, hogy epe folyjék a pankreasba (*Opie*), sőt epekövek is juthassanak a ductus pancreaticusba *Lubarsch-Dieckhoff, Simmonds*). Az először *Vater* által végzett és *Körte* által megismételt kisérlet, hogy t. i. a papilla Vateri lekötése után a ductus choledochusba injiciált berlini kékkel a pankreas kivezető csövét meg lehet tölteni, anatomiai bizonyítékát adja annak, hogy az epe a pankreasba ezen az úton valóban bejuthat.

3. A nyirokpályákon át is inficiálódhatik a pankreas úgy a choledochust környező nyirokmirigyek (*Körte*), mint a duodenum felől (*Bartels*).

Az epekő a pankreasban a következő változásokat hozhatja létre:

1. tályogokat áttörés folytán (*Körte*),

2. zsírszövetnekrosisra vezető akut pankreatitiseket. Több ilyen esetet közöltek már az irodalomban s magam is leirtam ilyet. Azon körülményből, hogy az idevágó eseteknek körülbelül felében a zsírszövetnekrosisra vezető pankreasbántalom *pankreas-nekrosis* volt, ama valószinüség folyik, hogy a pankreasba jutott epe valamikép a pankreas önemésztését előmozdítja. *Opie*-nak sikerült is epének a pankreasba való fecskendésével kutyákon haemorrhagikus pankreatitist előidézni;

3. chronikus interstitialis gyuladásra vezethet a pankreas fejében, mely a maga részéről a choledochust comprimálhatja és teljes epepangásra vezethet. A pankreasfej keménysége ilyen esetekben a műtétkor carcinoma gyanuját is keltheti. Az epeutak szabaddá tétele és az epepassage helyreállítása után ezen tumorok szépen felszívódnak (*Robinson, Mosetig-Moorhof, Robson*).

A *gyomor* az epekő miatt súlyos anatomiai változásokat szenvedhet. Pericholecystiticus összenövések leszoríthatják a pylorust, továbbá megtörést idézhetnek elő a pyloruson a gyomor és duodenum tengelyében; a kövekkel telt epehólyag szintén tetemesen szükítheti a pylorust avagy a duodenumot összenyomás által. Ritkábban okozzák maguk a kövek a passagezavart, akár compressio által, úgy hogy a gyomor- és epehólyag közt obsolet pericholecystitikus tályogban feküdve összenyomják a pylorust vagy duodenumot, akár úgy, hogy egy fistulán át direct a gyomor vagy duodenum ürébe kerülnek. Ezen utóbbi esetekben a betegek a követ kihányhatják (*Miles*), vagy a kő per anum távozik (*Fiedler, Ross*) s ily módon teljes gyógyulás állhat be; más esetben a kő a gyomorból operative távolíttatott el (*Mikulicz*). A pericholecystitikus folyamatok által okozott pylorus-szükületek sok esetben szolgáltatnak okot sebészi beavatkozásra. *Kehr* 1000 epekőmütéte kapcsán 87-szer volt kénytelen gastroenterostomiát, 28-szor pyloroplasticát és 10-szer egyéb gyomorműtétet végezni. *Petersen* szerint a heidelbergi klinikán operált 102 jóindulatú gyomorbántalom miatt operált egyén közül 12-nek baja biztosan, 5-é valószinüleg epekő folytán származott.

A *béltractus* részletei közül különösen a duodenum és a haránt vastagbél szenved az epekő által. Az anatomiai változások közül már az egyszerű összenövések is bizonyos fokú passagezavart idézhetnek elő, melyek teltségérzés, szélkólikák és hasonló sensatiók alakjában okozhatnak a betegnek kellemetlenséget. A legfontosabb elváltozások azonban mindenesetre a bélhuzam és epetractus közt létrejött fistulák. Ezek különösen a duodenum és a choledochus közt elég gyakoriak, és szerencsés esetekben alkalmat szolgáltathatnak arra, hogy a pangó epe és a kövek levezetése a bélbe biztosittassék s így gyógyulásra vezetnek. Azonban másfelől igen nagy kárára lehetnek az egyénnek kétféle módon:

1. Tág és sphincter nélküli nyilást képezvén az epehuzam és bél között, alkalmat szolgáltatnak arra, hogy a bélben levő virulens infectiosus anyag eláraszsza az epetractust; különösen akkor fenyeget ez, ha a vastagbél lép communicatioba a hólyaggal vagy a choledochussal, a mint arra *Radziewski* experimentális vizsgálatai utalnak.

2. Az epeköileus előidézése által. Igaz, hogy néha colossális kövek távoznak minden különösebb nehézség okozása nélkül a bélhuzamon ($4 \times 9^1/_2$ cm. nagyságú kő, *Blackburne*), máskor azonban a kő többnyire a valvula Bauhini közelében, vagy a vékonybélben, ritkábban a vastagbélben megakad és bélelzáródásra vezet. A kövek, melyek ileus létrehozására alkalmasak, az esetek túlnyomó többségében az epehólyagból származnak. A fistula bélbeli nyilását tekintve, az egyénre nézve a legkedvezőbb, ha a vastagbélben van, mert így távozhatik legkönnyebben a kő. *Naunyn* összeállítása szerint halálosan végződő 30 epeköileus közül a fistula helye 28 szor a duodenumban volt s csak 2-szer a vastagbélben. A kő megakadásának helye pedig 75 eset közül 10-szer a Bauhin-billentyün, 13-szor a Bauhin-billentyütől legfeljebb 1 m.-nyire felfelé volt s csupán 6 esetben a vastagbélben. A bélbe jutott kő sokszor hosszabb ideig időzik ott, a míg ileusra vezet. A bélpassage akadálya vagy a bél megtörése az által, hogy a kő az őt tartalmazó bélkacsot súlyánál fogva a medenczébe húzza (*Czerny*), vagy pedig a bél spastikus összehúzódása a kő körül (*Körte*). A kő megakadását a bélben a bélfal lobja gyorsan követi; az innen kiinduló peritonitis egyfelől az ileus spontan megoldódását nehezíti, másfelől általánossá válás által az egyén életét közvetlen veszedelembe hozza.

Az epekő okozta ileus lehet teljes és lehet részleges. Igen nevezetes vonása az, hogy sokszor minden előzetes epekötünet, sőt néha minden elörement abdominális panasz nélkül köszönt be. Igy *Körte* 15 esete közül csak 7-ben ment előre epeköre vonatkoztatható tünet, 6-nál homályos hasi panaszok (gyomorbántalmak, állitólagos vakbélgyuladás, taenia) állottak fenn előzőleg, s volt olyan beteg is, a ki azelőtt soha semmiféle baját nem érezte.

A vena portae-be 1. a kövek direct áttörhetnek. Igy történt ez *Realdus Columbus* tanúsága szerint a hires *Loyola Ignácz* jezsuita generálisnál, azonfelül még több eset van az irodalomban feljegyezve (v. ö. *Langenbuch*).

2. Thrombosis keletkezhetik benne egyszerű nyomás folytán.

3. Végül genyedés, thrombophlebitis akár a tályognak a vérérbe való közvetlen áttörése folytán, akár pedig úgy, hogy a gyuladás a vena valamelyik ágának (lienalis, cystica) falzatára reáterjed s innen kúszik fel a vena portae törzsébe.

Áttekintve az epekövek imént vázolt rövid kórboncztanán és általános kórtanán, gyakorlati szempontból a következő megszívlelésre érdemes pontokat állapithatjuk meg:

1. Az epekövek okozta kóros jelenségek túlnyomó részben az általuk fenntartott bakteriumos fertőzés következményei és súlyosságuk első sorban ezen fertőzés localisatiojától és virulentiájától függ.

2. A betegre nézve legkedvezőbb az, ha a kövek az epehólyagban feküsznek. A mint a kő elhagyja e helyet s az epeutakba jut, ezek mechanikai obstructiojára s ezzel vagy e nélkül is az epe huzamban tartózkodó vagy oda a bélhuzam és vérpálya felől belékerült bakteriumok elszaporodására, szóval a fertőző lob újabb fellángolására nyilik alkalom.

3. Minden az epehólyagban és az epeutakban előrement gyuladás növeli egy következő bakteriumos infectio lehetőségét és csökkenti az ezen bakteriumos fertőzés okozta gyuladás spontan gyógyulására való esélyeket.

4. Mentől többször ismétlődnek az epekő okozta gyuladások, rendszerint annál súlyosabb elváltozásokra vezetnek nemcsak magában az epetractusban, hanem a szomszéd és a távolabb eső szervekben is.

5. A szövődmények, melyek által az epekő az életet közvetlenül fenyegeti: a peritonitis, a sepsis, a cholangoitis és a rák.

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

A német sebésztársaság, a német Röntgen-társulat és a német orthopaed-sebésztársaság ez évi congressusa.

(Folytatás.)

Ezek után *Kocher* számolt be tapasztalatairól, melyeket harmadik ezer *golyva-műtéténél* szerzett. Betegei közül 7 halt meg, még pedig 4 struma malignában és Basedow-kórban szenvedő és 3 olyan, kinek jóindulatú golyvája volt; ez utóbbiak közül az egyik szívhüdésben, a második tüdőgyaladásban, a harmadik pedig cachexia strumiprivában. Ezen utóbbi esetben csak részleges excisiót végzett s mégis bekövetkezett a cachexia strumipriva, úgy hogy ezen eset alapján szükségesnek tartja, hogy féloldali excisio esetén meggyőződést szerezzünk arról, vajjon a pajzsmirigynek másik fele elegendő lesz-e a mirigy functiojának teljesítésére, mert különben az enucleatio vagy resectio kérdése lép előtérbe. Hogy ilyen kitünő gyógyulási eredményeket érhessünk el, a legnagyobb pontossággal kell az asepsist keresztülvinnünk. Tisztogatásra meleg vizet és szappant használjunk s utána 75%-os alkoholt. Fertőtlenitő szert nem használ, csak a varratra és lekötésre használt selymet főzi ki sublimat-oldatban. Pontosan csillapítja a vérzést, a draincsövet az I. vagy II. 24 órában távolítja el. A műtét előtt a beteg általános állapotát gondosan meg kell vizsgálni, mert régen fejlődött golyva mellett a szív működése gyakran válik elégtelenné, a mi különösen Basedow-kórban tapasztalható. Joddal és pajzsmirigykészítményekkel ne kisérletezzünk sokáig, mert különösen az utóbbiak káros hatásúak a szív izomzatára. Általában csak akkor operáljunk, ha a szív a műtétet előreláthatólag kibirja A betegeket ezen utolsó ezer esetében sem narcotizálta, részben hogy pneumoniák fejlődését elkerülje, részben hogy műtét közben a beteggel hangosan „á"-t mondasson, mert így kerülhetjük el legjobban a recurrens megsértését.

Krönlein 2000 golyva-műtéte alapján a Kocher által követett elveket helyesnek tartja.

Krause a *hátulsó koponyagödörben* 9-szer végzett műtétet daganatok, a IV. agygyomor hydrokephalusa s a sziklacsont hátulsó felületén ülő tályogok miatt. A beteget ülő helyzetben operálja. Altatás közben a légzést és a szívműködést külön segéddel ellenőrizteti. Olyan nagy bőr- és csontlebenyt képez, a mely megfelel a sinus transversusnak, sigmoideusnak és occipitalisnak. A csontot a Doyen féle fraise-zel átlyukasztva, a Dahlgreen-féle csipővel metszi át. A durát szintén átmetszi és lefelé fordítja. A kisagyat fel és befelé emeli s ezzel az agyalapot a sziklacsont pyramisáig áttekinthetővé teszi. Az arachnoideán ülő daganatok könnyen kihámozhatók. Egy esetben azonban a daganat nagy kiterjedése miatt a teljes kiirtás nem sikerült s a beteg meghalt. Tanulságos azon esete, melyben kisagydaganat tüneteit találták, de topikus diagnosis hiányában mindkét kisagyfelet tette hozzáférhetővé; daganatot azonban nem talált, a IV. agygyomornak hydrokephalusa volt az, a mely a tüneteket okozta. A beteg a mütét után még $3^1/_2$ évig élt lényegesen javult állapotban. Ilyen esetekben a IV. agygyomor csapolását ajánlja.

Braun a IV. agygyomor hydrokephalusát egy esetben szintén megpungálta és a beteg még 8 évig élt.

Rötger beteget mutatott be, a ki agyrázódás után $1^1/_2$ év óta alszik. Simulatio ki van zárva, *stupor traumaticusnak* nevezi ezen állapotot. A beteget felültetve, visszahanyatlik; a hólyag- és bélkiürítést éjjeli edényre ültetéskor végzi, sohasem ereszt maga alá. A nyújtott táplálékot megeszi.

Sauerbruch koponyamütéteket végzett állatokon teljesen vértelenül sürített levegő használata mellett; emberen még nem használható ezen eljárás.

Rehn a *thymus stenosisról és thymus-halálról* értekezett. Öt esetet észlelt. Hármat nem operált, ezek elpusztultak, kettőt pedig megoperált. Nagy thymus kétségtelenül okozhat trachea-stenosist, különösen kilégzéskor, mert ilyenkor a le- és felfelé mozgó mirigy szelepszerűen fekszik a légcsőre. A diagnosisban segitségünkre van a Röntgen-kép s azon tünet, hogy a jugulumban kilégzés alkalmával kis daganat jelentkezik. Ilyen esetekben nem a tracheotomia jön szóba, hanem a thymus legalább egy részének kiirtása. Extracapsulaer ez nem vihető ki, mert sokszor vannak összenövé-

sek a szívburokkal és hátrafelé is. Hozzáférhető a thymus a jugulum felett végzett bemetszéssel. A szegycsontot az eddigi esetekben nem kellett resekálni.

König jun. nemcsak elegendőnek tartja a részleges resectiót, de óva int a nagyobb részlet kiirtásától, mert 3 hónapos gyermeken végzett ilyen műtét után súlyos rhachitis fejlődött.

Második főtárgy *a gyomorfekély operativ kezelése volt.* Mint referens *Krönlein* szerepelt, a ki eléggé nem dicsérhető módon referatumának kivonatát nyomtatásban bocsátotta a tagok rendelkezésére.

A referatum főpontjai ezek:

1. Az bizonyos, hogy a *gyomorfekély* belső orvoslásra az esetek jelentékeny számában nem gyógyul meg, hogy a belső orvoslás közvetlen kedvező eredményét később a betegség tüneteinek újból jelentkezése vagy egynémely komoly következmény megzavarja. Eredménytelen a belső orvoslás az esetek egy negyed részében és körülbelül 10—13% halálozással jár.

2. Bizonyos továbbá az is, hogy belső orvoslásra nem gyógyult sok beteg utólag *operativ kezelés* mellett meggyógyul, vagy állapota legalább is lényegesen megjavul.

3. A gyomorfekély sebészi kezelésének *közvetlen műtéti veszélyessége* az utóbbi években jelentékenyen csökkent és jelenleg körülbelül 8—10%-ot tesz.

4. *A késői eredmények* nagyon örvendetesek; *teljes gyógyulás* 61%-ban, *tetemes javulás* 24%-ban, tehát határozott positiv eredmény 85%-ban mutatható ki évekre kiterjedően. A *késői veszteség* nagyon csekély, és nagyobbrészt az aránylag ritkán keletkező ulcus-carcinoma következménye (3%).

5. Műtéti kezeléskor a gyomorfekély gyógyulása egyrészt a *nyilt fekély behegedésére*, másrészt a *gyomor motorius és secretorius működésének helyreállására* vonatkozik.

6. *Kreuzer* vizsgálataiból erre vonatkozólag a következők (zürichi sebészi klinika) tünnek ki:

a) A műtét előtt fennállott *gyomortágulat* majdnem teljesen visszafejlődik, még pedig annál lassabban, minél nagyobb fokú volt a tágulat.

b) A műtét előtt megvolt *secretorius működészavar* az operált esetek legnagyobb számában egy idő mulva megszünik.

c) *A fokozott aciditás* minden esetben csökken, még pedig az esetek nem csekély számában a normális alá sülyed, később azonban normális lesz.

d) Ha az *aciditás* a műtét előtt normális volt, akkor a műtét után a normális alá sülyed, de utóbb újból a normálisra emelkedik.

e) Ha az *aciditás* a műtét előtt *csökkent* volt, akkor a műtét után normális lesz vagy kissé emelkedik; ritkán marad ugyanolyan vagy lesz még alacsonyabb.

f) *Szabad sósav* az esetek legnagyobb számában műtét után is található, többnyire kisebb mennyiségben mint a műtét előtt; az esetek csekély számában a műtét utáni első időben hiányzik, hogy később újból megjelenjék.

g) Azon esetekben, a melyekben a műtét előtt *sósav nem volt*, ez a műtét után többnyire kimutatható, s csak ritka esetekben hiányzik ekkor is. *Subnormális aciditás és szabad sósav hiánya* nem kell hogy subjectiv alkalmatlansággal járjon és nem is tekinthető a műtevés hátrányának, mert ez csak annak a következménye, hogy a műtét folytán a gyomortartalom gyorsabban jut a bélbe.

h) *Az epének a gyomorba való* gyakran észlelhető *visszafolyása* nem okoz semmi különös alkalmatlanságot, és úgy látszik, hogy hosszabb idő mulva eltünik.

i) *A pankreas váladék visszaömlése a gyomorba* relative ritkán mutatható ki.

7. A gyomorfekély műtéti kezelésekor nem annyira a fekélynek késsel való eltávolításáról van szó, mint inkább arról, hogy a *fekély gyors behegedésére és a gyomor normális működésére kedvező feltételeket visszaállítsuk.*

8. Ezen feltételek azáltal teljesülnek, hogy *a gyomortartalom* pangását, bomlását megakadályozzuk.

9. Ennek a javalatnak azonban egy műtét sem felel meg olyan teljes mértékben, mint a manapság már oly csekély veszedelemmel járó *gastro-enterostomia*, különösen pedig a *Hacker*-féle gastroenterostomia posterior retrocolica.

10. Ezért a gyomorfekély műtéti kezelésében a *gastro-enterostomia* a *normális eljárás.* A vele elért eredmények annál fényesebbek, minél inkább *complicálják* a fent említett gyomormüködési zavarok (gyomortartalom felhalmozódása és bomlása, motorius elégtelenség, gastrektasia) a gyomorfekély kórképét, még pedig kifejezett *pylorusstenosisnál, a gyomornak a szomszédos szervekkel* (a *májjal, pankreassal* stb.) való kiterjedt *kérges összenövéseinél.*

11. De más szövődmények jelenléte esetén is sok esetben hathatósnak bizonyult a gastro-enterostomia, így *ulcus-vérzésben* és különösen az úgynevezett *callosus gyomorfekélyben.*

12. A gyomorfekély *excisioja* csak nagyon kivételes esetekben végzendő. Már maga az a körülmény, hogy a gyomorfekély gyakran keletkezik *többes számban*, továbbá, hogy a *topikus diagnosis* felállítása sokszor még a szabadon fekvő gyomron is teljesen lehetetlen, és végül, hogy az excisio műtéte *legyőzhetlen nehézségekbe* ütközhetik, kell hogy ezen eljárás kivitelével szemben tartózkodóvá tegyen. Azonkivül az oki javalat műtéte kevésbé kielégítő, mint a gastro-enterostomia, és azt, hogy legalább valamennyire észszerünek legyen mondható, mindig ez utóbbi műtéttel együtt kellene végezni.

13. A *pyloroplastikának* és a *gastrolysisnek* nincs már semmi jogosultsága.

14. Pylorusstenosis és pylorusulcus eseteiben a *pylorus resectioja* akkor jogosult, ha az induratio, a callosus tumor rák gyanuját kelti. Különben itt is csak a gastro-enterostomia jöhet szóba.

15. A *Mikulicz* által még 1897 ben felállított *alapelv* még ma is érvényes és így szól:

A gyomorfekély sebészi kezelése akkor lehet megfontolásunk tárgya, „ha következetes, esetleg ismételt belső kezelés semmiféle, vagy csak múló eredménynyel jár és a beteg súlyos zavarok, fájdalmak, hányás, dyspepsia folytán munkaképességében vagy életkedvében súlyosan befolyásoltatik. A beteg külső életviszonyai szintén befolyásolhatják elhatározásunkat.

Ezen általános elvhez mi a következő *szorosabban körülirt elveket csatoljuk:*

16. Minden biztosan kimutatott, akár kisebb, akár nagyobb *pylorus-stenosis* műtevéssel kezelendő.

17. *Nagyobb fokú functionális, motorius elégtelenségnél (atonikus gastrectasia, gastrectasia és gastroplosis)* szóbajöhet a műtéti beavatkozás (gastro-enterostomia), ha a belső kezelés nem járt számbavehető eredménynyel és ha a betegnek sociális állása sürgősen megköveteli állapota javulását.

18. A gyomorfekély fennállásának tartama alatt támadó *kisebb, de gyakran ismétlődő vérzések* megerősítik a 15. pont alatt körülirt általános javalatot és szükségessé teszik a *gastro-enterostomiát.* Más műtéti módszer elvetendő.

19. *Életveszélyes foudroyans vérzéseknél* az azonnali műtéti beavatkozásnál előnyösebbnek látszik várakozni és a műtétet addig elhalasztani, míg a beteg a vérveszteség után némileg magához tért. Ha azonban műtétre kerül az eset, akkor is a *gastroenterostomia* többnyire eléje helyezendő a közvetlen vérzéscsillapítás kisérletének.

20. Az újabban egyszerü gyomorfekélynél néhány sebész által ajánlott *korai műtevés* minden komoly alapot nélkülöz.

E referatumhoz elsőnek *Rydigier* szólt. Krönleinnel ellentétben az ulcus kimetszését, a pylorus resectioját tartja a helyesebb eljárásnak. Ezzel normálisabb élettani viszonyokat teremtünk, a callosus fekélyszéleket eltávolítjuk s így a későbbi carcinomaképződésnek elejét veszszük és *peptikus fekélyek* sem fejlődhetnek. A resectio mortalitása nem lényegesen nagyobb, mint a gastro-enterostomiáé. Utóbbi műtét után 2 betege halt meg profus vérzés, kettő pedig perforatio következtében.

Kümmel azt tartja, hogy a carcinoma-képződés veszélye nagyrészt elmúlik, ha gastroenterostomia után az izgató hatások nem ismétlődnek.

Nagy súlyt kell helyeznünk a kimerült betegek táplálására. Megbizható varratok alkalmazása után a táplálást már az első napon megkezdjük tejjel, tojással. Ulcus miatt 80-szor operált, 60-szor gastroenterostomiát végzett. Hátulsó perforatio miatt 14-

szer kellett operálnia; az operáltak közül csak azok gyógyultak meg, a kiken az átfúródást követő első 15 órában hajtotta végre a műtétet. A bismuth oldattal megtöltött gyomor Röntgen-képét fontos *diagnostikai* útbaigazítónak tarja.

Kelling is gyomorfekélyben szenvedő 74 betegének többségében a gastroenterostomiát végezte.

Kocher 92 gastroenterostomiát végzett ulcusos betegeken s szintén ezen műtétet tartja normálisnak, a resectiót csak carcinomára gyanus esetekben végzi. Különösen hangsúlyozza, hogy az egyszerű műtéti eljárások ajánlatosabbak, mert legkevésbé okoznak összenövéseket, és hogy a legjobb eredményeket a *gastroenterostomia antecolica anterior* után látta, s csak ezután következik a Hacker-féle retrocolica inferior.

Kausch a gastrolysist és pyloroplastikát nem szeretné teljesen háttérbe szorítani.

Noetzel 13 esetben excisioval operált különböző idővel a gyomorfekély átfúródása után, összesen 6 halálesettel.

Körte gyomorfekély 155 esetében végzett műtétet. 12-szer reesekált, 2 halállal. A 84 gastroenteroanastomosisnál 17·8% volt a mortalitás. Fekély-recidivát resectio után is látott. Átfúródás után az első 12 órában ulcus-kimetszéssel és varrattal végzett műtétek adják a legjobb eredményt.

Katzenstein a gastroenterostomia befolyását kutyákon tanulmányozta, melyeken gyomorsipolyt képezett. Akármelyik módszerrel végezte a gastroenterostomiát, vékonybéltartalom folyt a gyomorba, még pedig legtöbb az antecolica anterior után. Igy a hyperacid gyomornedv közömbösítve lesz, úgy hogy nem egyedül a gyomor gyorsabb kiürülése okozza a műtét kedvező hatását. Az ilyen gyomorban különösen a zsírok emésztése történik kedvező körülmények között, a fehérjék emésztésére a viszonyok kedvezőtlenebbek. Ulcus miatt végzett gastroenterostomiák után tehát a zsírokkal való táplálásra fektessünk súlyt.

Clairmont az Eiselsberg-féle klinikán tett tapasztalatok alapján a gastroenterostomia mellett a kombinált műtevési módoknak is helyet szeretne biztosítani, így a gastroenteroanastomosist enteroanastomosissal, pyloruskirekesztéssel, jejunostomiával stb. kombinálja. A gastrolysist, pyloroplastikát, gastroduodenostomiát elveti.

Barth az ulcus duodeni diagnosisának nehézségeire utalt s ezen esetekben is a gastroenteroanastomosist ajánlja.

Lényegesebb jelentőségű vagy újabb nézetet ide vonatkozólag a többi hozzászóló részéről nem hallottunk, úgy hogy ma Krönleinnel egyetértőleg a gyomorfekély sebészi kezelésében normális eljárásnak a *gastroenterostomiát* kell elfogadnunk.

Haberern J. Pál dr

(Folytatása következik.)

Egészségügyi szolgálat az óczeánon.

— Különös tekintettel a magyar kivándorlási járatokra. —

(Folytatás.)

Ha már most összegezzük a részleteket, a következő eredményre jutunk: délben a hét hat napján, este pedig a hét négy napján szerepelt húsétel az étlapon; vagyis egy héten négy izben kétszer kaptak húst a kivándorlók. Ha nem is említem, magától értődnek az ebédhez, vacsorához és reggelihez járó mellékes dolgok, mint leves, tészta, édesség és kenyér. A mi a kenyeret illeti, meg kell jegyeznem, hogy reggelire többnyire kétszersült, míg ebédre és vacsorára mindig friss kenyér került az asztalra.

A mi az étkezés mennyiségét illeti, ahhoz nem kell commentár; a mi pedig a minőséget illeti, arra nézve nyugodt lélekkel merem állítani, mint orvos, hogy az egészséges és tápláló, és hogy a kényes gyomrú emberek sem kifogásolhatják, arra nézve nem egy lelkészre tudok hivatkozni. A panaszokra pedig, a melyek a levegőben úszkálnak, csak az a szerény megjegyzésem van, hogy a ki csak némileg is ismerős a kivándorlási viszonyokkal és alkalma volt egyéb hajókon is tapasztalni a viszonyokat, az ezeket az amúgy sem reális panaszokat egyszerüen nevetségesnek tartja.

De a ki ismeri a viszonyokat, annak számolni kell azzal a körülménynyel is, hogy 1200—1500 embernek napi ellátásáról gondoskodni még úgyis nehéz, ha, a mint említettem, csak az általános követelményeknek akar megfelelni; hogy egyéni nézetek és kivánságok itt tekintetbe nem jöhetnek, az kétségen felül áll. Bár, a mennyire lehetséges, a társaság ezek elől sem zárkózik el. A kivándorlók között igen gyakran akad orthodox izraelita, a ki nem hajlandó az étkezésben részt venni. Hogy ezeknek rituális konyhát berendezni nem lehet, arról, azt hiszem, beszélni sem kell. De hogy ezeknek az igényei is kielégitést nyerjenek, a hajó élelmi kamarájában elegendő mennyiségü kóser conservhús van felhalmozva számukra; és a ki szólt, kapott is. Azonkivül ezek az utasok elegendő mennyiségü tojást is kaptak, kivánságuk szerint elkészitve.

A ki csak panaszkodott és a panasznak csak némi jogosultsága is volt, az bouillont, tejet és tojást is bőven kapott. A gyermekek négy éves korig mindennap kétszer kapnak tejet a rendes étkezésen kivül, míg a csecsemőknek sürített édes tej járt ki, mondhatom annyira bőségesen, hogy azok a szegény, csenevész parasztgyermekek a tizenhat napi utazás után rendesen jobb bőrben szállottak partra, mint a hogy a hajóra jöttek.

Azt hiszem, hogy az előadottakból kiderül, hogy a magyar kivándorlási vonalon a fedélközi utasok élelmezése megfelel az egészségügy követelményeinek, és a panaszok, a melyeket akár a minőség, akár a mennyiség ellen hoznak fel, meg nem állhatnak.

A magam részéről nem egyszer csodálkoztam, hogy ezek a mindig általánosságban mozgó panaszok egyáltalában létezhetnek. Mióta Magyarországon nagyobb rajokban megindult a kivándorlás, annak legnagyobb része évek hosszú során keresztül leginkább a Bréma-Hamburg-Amerika-vonalon bonyolódott le. E hosszú idő alatt nem halmozódott össze annyi panasz — vagy csak mi nem vettünk azokról tudomást? — a kivándorlást teljesitő idegen hajóstársaságok ellen, mint a mennyi panasz két év alatt merült fel a Cunard-társaság ellen, vagyis azóta, a mióta a magyar kormány e társasággal szerződést kötött.

A továbbiakban iparkodni fogok kimutatni egyrészről azokat a különbségeket, a melyek a kivándorlási szolgálat tekintetében az egyes társaságok között fennállanak; másrészről meg akarom világítani a panaszok keletkezésének és fennállásának okait.

A Slavonia kivándorlóhajó minden útjában, átlagos számot véve alapul, 1000—1300 kivándorlót szállított azon idő alatt, a mig én a hajón szolgálatot teljesitettem. Fejtegetéseim alapjául is ezt a számot veszem, a mely csekély ingadozással az év különböző szakainak is megfelel.

A Slavonia fedélközi utasai azon sectioban kapták reggelijüket, ebédjüket és vacsorájukat, a melybe be voltak osztva. A sectiók elég nagyok és tágasak arra, hogy középrészükön kényelmesen elférjenek az asztalok. Az első fedélzeten levő két nagy férfisectionak ebédlőhelyisége pedig a hajó középrészét foglalja el és sem tágasság, sem szellőzés tekintetében nem hagy fenn kivánni valót.

A társaság szabályai szigorúan örködnek a felett, hogy mindenki abban a sectioban kapjon enni, a melyben különben is tartózkodik, és ezt keresztül is vitték annyira, hogy némelyik kisebb sectioban kétszer terítettek, bár más sectioban lett volna hely. Igaz, hogy ez körülményesebb és több munkával járó dolog, de viszont nem történhetik meg, hogy egyik vagy másik utas tévedésből nem kap enni. A müvelet nagyon egyszerü: minden sectioban annyinak terítenek, a hányan oda beosztva vannak. Ezt rendkivül könnyü ellenőrizni és a társaság nem is teszi ki magát kellemetlen rekriminatióknak, mint a hogy a hat hónap alatt nem is merült fel egyetlen eset sem.

A keskeny hosszú asztalok mellett rendesen 20—24 utas foglal helyet. Mindegyik utasnak fehér tányérja, csészéje és rendes evőeszköze van. Minden asztalt két fedélközi pinczér lát el tehát még a kiszolgálás ellen sem lehet panasz. Az ételeket az utasok az asztalra kapják és nem maguknak kell értük menni. Ezek a dolgok csekélységnek látszanak, de kénytelen vagyok felemliteni, mert a későbbiekben a panaszokat és az összehasonlításokat illetőleg szükségem van reájok.

Úgy az asztalok, mint az étkezéshez szükséges egyéb tárgyak tisztasága tekintetében panasz az én időmben egyetlen egyszer sem merült fel és én sem találtam kifogásra okot. Az asztalokat, valamint a sectiot is, mindennap az esti étkezés után le, illetőleg felsikálták; ugyancsak minden étkezés után rendes tisztogatás alá kerültek a csészék, tányérok és evőeszközök Mindezt a

munkát, talán felesleges is megjegyeznem, kizárólag a hajó szerződtetett személyzete végezte.

És mindezek a dolgok egyformán folytak a hat hónapon keresztül, olyan pontossággal és minden kellemetlenség nélkül, mintha az utazó közönség állandóan egy és ugyanaz maradt volna. Pedig mondhatom, hogy általánosságban véve a fedélközi utasok zöme nem abból a fajtából való, a melynek kis ujjában van az illemtan és az intelligentia. A legnagyobb része azokból az elemekből kerül ki, a kik igazán a remény utolsó horgonyát eresztik az óczeán hullámaiba, és nagyon könnyen megérthető, hogy elenyésző azoknak a száma, a kiknek horgonya kapaszkodásra alkalmas talajra talál. És mégis úgy tódulnak Amerika partjai felé, mint a lepkék a fény köré. Pedig egyik sem tud ám egyebet, csak annyit, hogy „*Amerikába*“ megy; tudományuknak ez az *alfája* és *omegája*. Képzettségük nincs, intelligentiájuk nincs, pénzük nincs; becsületük odaát maradt az ó-világban, angolul nem tudnak és ők mégis mennek; phantomok után-e, vagy illuziók csalogatják e öket, fogalmam sincs róla, de mennek. Odaát azok a hatalmas hullámok pedig ezer meg ezer szipolyú karjaikkal készen várják áldozataikat, a kik a nélkül, hogy észrevennék, mindig mélyebben és mélyebben merülnek el a habokban, mig végre épen úgy, mint az ó-világban történt velök, itt is összecsap fejük felett az ár és elnyeli öket, de most már véglegesen.

Sem sentimentalismus, sem psychologiai értekezés nem akar lenni e nehány, tulajdonképen nem is e tanulmány keretébe tartozó sor. Csak megközelítőleg óhajtottam képet nyujtani az olvasóknak azokról az elemekről, a melyek a fedélközi utasok zömét alkotják.

Hogy ezekkel az emberekkel nem lehet lóhátról beszélni, azt azok, a kik a tömeg psychologiájával csak némileg is tisztában vannak, nagyon jól tudják. De az angolnak természetében nincs is meg a durvaság. Jó szóval, nyugalommal igen sokra lehet menni, különösen, ha ezekhez még az imponálni tudás is párosul. A mennyire én nekem volt alkalmam tapasztalni, láttam, hogy az angol tengerésztisztek előtt nem „*árú*“ és nem „*állatok*“ a fedélköz utasai. Ők nagyon jól tudják, hogy azok az emberek nem mulatságból mennek új hazát keresni, hanem mert legnagyobb részök szerencsétlen, a ki szánalmat és gondoskodást érdemel.

Ez a gondoskodás leginkább megnyilvánul akkor, a mikor vihar van. A mi szegény magyarjaink bizony nagyon nehezen türik a tengeri betegséget. A hajó legcsekélyebb ingására betegek lesznek és a kitörő baj napokra elcsigázza öket. Ilyenkor azután az étkező asztalok körül csakúgy támolyog egynehány alak, míg a többi elgyötörve fekszik ágyán. A legnagyobb részének eszébe sem jut az evés. De egy rész még mindig van, a melyik enni szeretne, de fel nem mer kelni ágyáról. Ezeknek, ha kivánták, mindig az ágyukhoz vitték az ételt a pinczérek Hogy ez nem kis dolog, azt mindeki belátthatja. Ilyenkor bizony a személyzetnek sem éjjele, sem nappala, és én magam nem egyszer zavartam ki azokat a honfitársaimat az ágyból, a kik csupa lustaságból szolgáltatták ki magukat.

Az egyéb bajban szenvedők, valamint a kórházba internált betegek élelmezését illetőleg utalok e tanulmány megfelelő fejezetére, a hol azt bőven tárgyaltam.

Igy állanak az egészségügyi viszonyok a Cunard-társaság *Slavonia* hajóján az élelmezést és az ellátást illetőleg. A miket elmondottam, azok nem egyebek, mint száraz tények, a melyek közvetlen tapasztalaton nyugosznak. Ezek ellen az intézkedések ellen reális alapon panaszkodni nem lehet. Évek hosszú során keresztül éltem a nép között, meglehetősen ismerem életmódjukat, szokásaikat és táplálkozásukat s épen ezért nem egyszer jutott eszembe az a kívánság: bár az új világban is ilyen ellátást tudnának megkeresni maguknak és családjuknak.

Ha akár Fiumében, akár New-Yorkban panaszt hallottam az élelmezést és ellátást illetőleg, komolyan foglalkozván ezekkel a dolgokkal, magam jártam utána. De a panaszok minden esetben olyan általánosságban mozogtak, annyi járatlanságot és még többször annyi rosszhiszeműséget árultak el, hogy a magam részéről később nem tartottam érdemesnek velök komolyan foglalkozni. „Nem lehet az az étel jó, a mit gőzzel főznek.“ „Persze, hogy szagos az a hús, a mit tizenhat napon át kamarában tartanak.“ „Soha sem adnak friss halat, csak olyant, a mi pléhskatulyában van.“ „Nekem paprikás csirkét és túrós tésztát igértek.“ „Kutyának kell az olyan kenyér, a mit géppel dagasztanak“ és a többi és a többi. Az ilyenfajta „*panaszokkal*“ két nyomtatott hasábot tudnék megtölteni, minden megerőltetés nélkül. Ezek a panaszok nagyon hasonlítanak az én kivándorló tótomhoz, a ki megérkezvén Fiumébe, semmi áron nem akart a Slavoniával menni, mert annak nincs „*csetir kemenyu*“. A hamburgi proviziós kivándorlási ügynök ugyanis négy kéményü hajóról regélt.

Hogy ezek az úgynevezett *panaszok* nem panaszok, azt hiszem felesleges magyarázni. Én csak annyit tudok mondani, ugyancsak közvetlen tapasztalat alapján, hogy a *Slavonián* a salonban ugyanabból a húsból ettek, a miből a fedélköz utasainak ebédje meg vacsorája készült és az egész hajó számára egyféle lisztből sütöttek kenyeret. Sőt az érdeklődőknek azzal is eldicsekszem, hogy az amerikai első osztályú utasoknak én rendeltem nem egyszer fedélközi gulyást, a mit azok igen jó étvággyal fogyasztottak el, csak egy kicsit — erősnek találták. De az ebédhez járó bor is csak egy hordóból került ki mind a három osztályra és ennek minőségét illetőleg is tudok papokra hivatkozni, a kik nekem négyszem között bevallották a bor legnagyobb hibáját: a félliteres üvegek kicsinységét.

Még egy „*panasz*“ állana fenn a *Slavonia* élelmezési viszonyait illetőleg, a melyre, bármily gyerekesnek látszik is, mégis felelni akarok. Szándékosan hagytam utoljára, mert amúgy is a kiszállással van szoros összefüggésben. Arról van ugyanis szó, hogy a fedélköz utasai, ha panaszuk van, nem tudván angolul, nem tudják azt előadni; vagy — és ez a gyakoribb — *nem merik* előadni, mert félnek, hogy akkor *még rosszabb dolguk lesz*. Az elsőre vonatkozólag csak annyit mondhatok, hogy mindegyik kivándorlást teljesítő hajón magyar orvos és magyar tiszt is van, nem is szólva arról, hogy például a *Slavonia* harmadosztályú személyzete legnagyobbrészt magyar. Már most én a magam részéről kizártnak tartom, hogy ez a magyar orvos és magyar tiszt szerencsétlen honfitársai igazával *szemben* foglaljon állást, annál kevésbé, mert személyes tapasztalat alapján mondhatom, hogy engem mindig meghallgatott a hajó parancsnoka és a legnagyobb előzékenységgel teljesítette kívánságaimat a harmadosztályú utasok érdekében. Ez a panasz tehát semmiképen sem áll meg. A második részre vonatkozólag a következőket jegyzem meg. Valahányszor New-Yorkba érkeztünk, másod- vagy harmadnap rendesen felkerestem azokat a tanyákat, a hol a kivándorlók nagy része tartózkodni szokott addig, a míg végleg el nem hagyja a várost. Itt is kérdezősködtem és mondhatom, panaszt soha sem, de annál több megelégedést hallottam. Pedig Amerikában csak nem félnek már a Cunard-hajók tisztjeitől!? Engem pedig azért érdekelt a dolog, hogy ha érdembe vágó panaszt hallok, azt lehetőleg megszüntessem. Igy tehát ez az utolsó, legtöbbször hangoztatott panasz is odakerül, a hová a többi, és bizonyára forrását is ott kell keresni, a hol a többi semmitmondó panaszét

Günther József dr.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

R. Lépine: Les complications du diabète et leur traitement. Paris, 1906. Baillière et fils. 96 lap.

Lépine, kinek nevét a diabetes kórtanának kutatása körül szerzett érdemei alapján ismerjük, jelen munkájában a czukorbetegséghez szövődő bántalmakat foglalja össze. Tárgyát a diabetes leggyakoribb szövődményének, az acetonaemiának megbeszélésével kezdi, majd a diabetes egy ritkább szövődményét, a lipaemiát ismerteti s Fischer nézetéhez csatlakozik, hogy t. i. a zsírvérűség oka a vér normális lipolytikus képességének csökkenésében keresendő. A vese részéről jelentkező szövődmények tárgyalásánál, hivatkozással bonczolásra került 35 diabetes-esetében szerzett tapasztalataira, a puszta szemmel épnek látszó vesét is csak kivételesnek tartja diabetesben. Bonczolásra került 45 diabetes-esetem alapján Lépine állítását kissé túlzottnak kell tartanom. Eseteimben, melyek közül huszat klinikailag is hosszú időn át volt alkalmam észlelni, gyakran láttam ugyan csak minimálisnak mondható, de azért állandó fehérjevizelést, kifejezett veseelváltozásokat

ellenben aránylag ritkán, összesen 6 esetben kaptam, míg a többi alkalommal a vesék mikroskopi vizsgálatkor is épnek bizonyultak. A található elváltozások közül leggyakrabban a kanyarulatos csatornák hámbélésének parenchymás duzzadását láttam.

A továbbiakban a szív részéről jelentkező s az erek megbetegedése következményeképen támadó elváltozásokat (gangraena diabetica) tárgyalja a szerző. Az ideges szövődmények felsorolásakor Pitres érdekes táblázatával igazolja, hogy diabetes mellett mennyivel gyakrabban hiányzanak a bőrreflexek, mint a mély (in) reflexek. A régi Frerichs-féle felfogásnak megfelelően kétféle comát különböztet meg: az egyik a coma cardiaque, a másik a coma acetonémique. A coma cardiaque illustrálására egy 50 éves czukorbetegének kórtörténetét ismerteti, ki szívgyengeség és aluszékonyság tünetei között pusztult el: vizeletében azonban aceton vagy diaceton nem, csak 5% czukor volt kimutatható. Más két alkalommal coffein és digitalis adagolásával sikerült a már aluszékony betegeket megmenteni.

Az acetonaemia mellett jelentkező comát nem tartja a szerző egyszerű savmérgezésnek, mert akkor több eredménye volna az alkali-therapiának; a savmérgezés mellett az általa és Boulud által diabetesben szenvedők vérében kimutatott leukomainoknak tulajdonít fontos szerepet.

Kimerítő részletességgel tárgyalja a czukorbetegek szemének és bőrének megbetegedéseit. A mikroorganismusok okozta szövődményes bántalmak sorában a phlegmonékat, a furunculosist, az anthraxot, a tüdőüszköt, az üszkös méhgyuladást, nemkülönben a tüdőgümőkórságot említi; szerinte diabetikusoknál igen ritka a vérköpés. Némely esetben a czukorbetegek gümőkórja igen jóindulatúnak látszik. A véletlen révén társuló bántalmak sorában a rák- és czukorbetegség coincidentiájával foglalkozik s a két bajt bizonyos fokig antogonistikusnak tartja, a mennyiben rákos betegnél csökken a glycosuria, sőt a beteg szénhydrat-tolerantiája is emelkedhetik. (Részemről mindezt nem annyira a két baj antagonismusával, mint inkább a rákos megbetegedés okozta kimerüléssel magyarázom, s saját észleleteim köréből magam is tudok esetet említeni, melyben a végkép elgyengült czukorbeteg vizeletéből az utolsó hetekben teljesen eltünt a czukor, sőt 100 gm. dextrose adagolására sem volt kiváltható a glycosuria, pedig az illetőnek, a mint a bonczoláskor kiderült, mód felett sorvadt — alig 25 gm. nyi — volt a hasnyálmirigye. Diabetes mellett elég gyakran észlelhetni luest, melynek — tekintettel a lues mellett korán jelentkező érelváltozásokra — bizonyos fokig oki jelentősége is lehet a czukorbaj kórtanában.

A mint a mondottakból láthatni, Lépine munkája mindazt felöleli, a mi tárgya keretébe tartozik. A kórtani fejtegetésekhez mindenütt külön therapiás fejezetet csatol. Stylusa élvezetes, világosan ir. A tárgy könnyű áttekinthetősége és a tárgyalás rövid volta miatt főképen a gyakorló orvos — kinek részére a mű iródott — haszonnal fogja forgatni Lépine könyvét.

Halász Aladár.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az alimentáris pentosuria eddig nem ismert forrásáról ir *Jaksch*. 1—1·5 liter gyümölcsnedv élvezete után úgy egészséges, mint beteg embereknél gyakorta észlelhetni alimentáris pentosuriát. A szóbanforgó esetben inactiv arabinoset vizelt hosszú időn át az illető. Minthogy ily esetekben a Trommer-próba positiv, a pentosuria könnyen diagnostikai tévedésre, nevezetesen diabetes felvételére szolgáltathat okot, miért is kétes esetekben pentose-próbák megejtése s az erjesztő eljárás megkisértése ajánlatos. (Centralbl. f. innere med. 1906. 6. sz.)

Jaksch észlelése egyébként nem valami új: évekkel ezelőtt Klug tanár személyes közléséből tudtam meg, hogy gyümölcs — nevezetesen dinnye és szőlő — bő élvezete után a normális vizelet is szembetünően redukál, a mely reductio pentosektől származik. Földi eper s másféle gyümölcs élvezete után különben *Blumenthal* is észlelt pentosuriát. *Halász Aladár*

A pericarditis diagnosisáról ir *Flerow* a moszkvai Sokolnoki-kórházban végzett vizsgálatok alapján. *Ewart* a szívburokgyuladásra s főleg a szívburokbeli exsudatumra az auscultatiós tünetek mellett a következőket tartja jellemzőnek: 1. A szívtompulat harántátmérőjének növekedése. 2. Az absolut tompulat növekedése jobbra. 3. A májtompulat letolódása, a máj alsó széle a bordaív alatt tapintható. 4. A jobb V. bordaközben beálló tompulat. 5. A szív-májtompulati szög jobbra eltolódása. 6. A szívcsúcslökés ismert viszonya a szívtompulathoz. 7. Normális viszonyok közt az I. borda — a clavicula által fedetvén — nem tapintható. Nagy izzadmányoknál az I. borda a sternális tapatapadástól a porcz-csonti egyesülésig tapinthatóvá lesz, a bal kulcscsont erősebb emelkedése és a borda és clavicula közötti összeköttetés lazulása miatt. 8. A tüdő hátulsó széle, nem mint a tankönyvek állítják a X., hanem a XII. bordáig terjed. Nagy pericard. exsud.-nál baloldalt hátul tompulat keletkezik, a mely felfelé a IX—X. bordáig, kifelé rendesen a scapuláris vonalig követhető. A scapula-csúcs alatt, attól kissé balra pár ujjnyi kiterjedésben bronchiális légzés és aegophonia hallható. 9. Typusos pulsus celer.

A tüneteket 35 éves férfinál tanulmányozta, kinél (bonczolás által is bebizonyítva) pericarditis tuberculosa, e mellett pleuritis és peritonitis tuberculosa és általános tuberculosis miliaris állott fenn. Az Ewart által felsorolt tünetek közül hiányzott a máj tapinthatósága, az első borda tapinthatósága és a 8 pontban jelzett bronchiális légzés és aegophonia, a szívcsúcslökés viszonyai pedig nem voltak megállapíthatók. (Wier. klin.-therap. Wochenschr., 1906. 13. és 14. szám.) *R. Zs.*

Gyermekorvostan.

Két rubeola-járványt: egy kórházbelit s egy a magángyakorlatban előfordultat 10—10 esettel ismertet *Aviragnet* és *Apert*. A bántalom incubatiós ideje leginkább 16 nap volt, kivételesen azonban 21 napig is elhúzódott. A betegség hirtelen lázzal kezdődik, jelentősebb hurutos tünetek nélkül; 24 óra mulva a kiütés jelentkezik, a mely gyorsan terjed, úgy hogy ellentétben a morbillivel, 24 óra alatt az egész bőrfelületet ellepi s mindenütt egyidőben van virágzásban A halványvörös foltocskákat rendszerint néhány mm. széles anaemiás övecske veszi körül. A tarkómirigyek legtöbbször beszűrődöttek, sőt ez a tünet néha egy-két nappal meg is előzi a kiütést. Mint ritka, eddig még nem észlelt szövődményt említik, hogy egyik esetükben garatmögötti tályog fejlődött. Az esetek nem voltak enyhe lefolyásúak; legtöbbször aránylag magas (39—40°-nyi) hőemelkedés kisérte a kiütést, két esetben pedig halálosan végződött a baj. Egyik esetben a fertőzés már elgyengült gyermeket (empyema thoracis) ért s három nap alatt halálhoz vezetett; a másikban a rubeolához társult bronchopneumonia volt a halál oka. A kanyaróra jellegzetesnek tartott *Koplik*-foltokat egy esetben észlelték, még pedig a kiütés virágzásának második napján. (Bulletins de la société de pédiatrie de Paris, 1906. 2. sz.) *Faludi Géza* dr.

Az enuresis gyógyításáról a British Medic. Journal április 21.-i száma két czikket közöl. Az első czikk szerzője, *Thursfield*, a betegséget nem tartja helyi természetű bajnak, hanem az idegrendszer hibájának. A baj lassú és türelmes kezelést igényel. Minthogy az ágybavizelés az elalvás utáni két első órára szokott esni, a gyermeket egy vagy másfél órával a lefekvése után fel kell kelteni s a hólyagja kiürítésére szorítani. Gyakran már ez elegendő az enuresis megakadályozására; súlyosabb esetekben többször kell a gyermeket felkelteni. A gyermeket továbbá arra kell szoktatni, hogy napközben csak bizonyos meghatározott időközökben, s sem nagyon gyakran ürítse ki a hólyagját. A táplálkozásból ki kell rekeszteni minden olyan ételt és italt, a mely izgatja a veséket és húgyhajtó hatású, ilyen a tea és kávé, ilyenek az édességek. Vizet és tejet a gyermek annyit ihat, a menynyit akar, a hús megvonásának sincs semmi czélja. Az utolsó étel- és ital-felvétel legalább egy órával a lefekvés előtt történjék. Ideges, izgékony gyermekeket a gyógyítás idejére fel kell menteni az iskolába járás alól. Mindent, a mi a gyermeket izgatja, tartsunk töle távol. Fontos a gyermek tisztántartása, ha adenoid növedékei vannak az orrában, ezek eltávolítása, az anaemia gyógyítása, a friss levegőn való mozgás, a giliszták elhajtása. A sok ajánlott orvosság közül a szerző leginkább a belladonnától látott hasznot, akár extractum, akár tinctura alakjában. A tinct.

fol. belladonnae ből eleinte napjában háromszor 10 cseppet ad, később tetemesen fokozza az adagot. Ha javulás mutatkozik, nem szabad egyszerre beszüntetni ezt a kezelést, hanem lassan kell vele felhagyni. Jó hatásúnak bizonyult az urotropin is, különösen, ha bakteriuria van jelen; erősen felhígítva kell adni, mert töményen bevéve vérvizelést és a vizeléskor fájdalmakat okozhat. Nagyon ideges gyermekeknek bromkáli, roszszul tápláltaknak vas és strychnin is adható. Sem egyéb szerektől, sem az elektromos helyi kezeléstől eredményt a szerző nem látott. A betegség meggyógyítása rendesen 3—6 hónapot vesz igénybe, ha ez idő alatt se mutatkoznék javulás, a beteget más környezetbe kell vinni, lehetőleg olyanba, hol szigorubb ellenőrzésben és gondosabb ápolásban van része. A betegség prognosisa általában véve jó; a szerző esetei közül 70—80% 3 hónap alatt, 10—16% 8 hónap alatt meggyógyult s csak 1—2%-nál nem sikerült eddig javulást elérni. A fiukat könnyebb kigyógyítani, mint a leányokat.

A második czikk szerzője, *P. G. Lewis* szerint az enuresis kezelése különböző kell hogy legyen az egyes esetek szerint. Ha a betegség oka az idegrendszer általános atoniája, tonikus szerekkel (vas, strychnin) való gyógyítás, hidegvízkezelés, légváltozás van a helyén. A beteg többszöri felkeltése éjjel inkább csak tisztasági intézkedés, mint gyógyító eljárás. Az esetek egy nagy részében a baj oka bélbeli folyamatokban rejlik. Ilyenkor kellő diaetával lehet a betegséget kigyógyítani; ha savanyú a vizelet, gyakran már a hús megvonása elegendő, ha alkalikus, a tésztaneműeké. Fontos ilyenkor a rendes bélürülésekről való gondoskodás; a gyermeknek e mellett olyan szereket adhatunk, a melyek csökkentik a bélrothadást. E mellett az előbb említett tonikus eljárás is alkalmazható. Ha a bajt giliszták, végbélfissurák, odanött praeputium vagy hasonló helyi körülmények okozzák, első sorban ezek ellen kell irányítani a kezelést. A sokaktól ajánlott helyi kezelés (hólyaghúzók alkalmazása a kereszttájékra vagy penisre, bougiek a húgycsőbe, elektromozás stb.) csak annyiban használ, hogy a betegy figyelmét elvonja a bajától és az álmát felületesebbé teszi. Gyakran már ezen eljárások tervbevételének a megemlítése a gyermek előtt is használ. A víz elvonása a betegtől nemcsak hogy nem segít rajta, de épenséggel árt neki, mert növeli a bélzavarokat. Belladonna kis adagokban jó hatású. Chloralhydrat és bromkali csak symptomatikus hatású, magát a bajt nem gyógyítja meg.

Idegkórtan.

A rythmusos fejmozgásokról gyermekeken alvás közben ir *Cruchet*. A csendesen fekvő alvó gyermek fejét lassú rythmusban jobbra-balra mozgatja, néha a vállak és felső végtagok, ritkán a törzs és alsó végtagok is mozognak. Egy esetben a beteg e közben két kezével fogta a fejét, egy másikban a fülét fogta meg, egy harmadikban jobb kezét homlokára tette, a ballal az orrát fogta. Néha a beteg hangokat is hallat, melyeknek rythmusa a mozgásnak megfelel. Az egyik beteg, a ki ülve aludt el, fejével bólintgatott. A mozgás nem egyszer egész éjjelen át tart, máskor az elalvás után két órával jelentkezik, egynehány perczig tart és többször ismétlődik. A mozgás gyorsasága ugyanazon az egyénen egyenlő szokott lenni a különböző rohamok alatt, átlag 30—40 mozgás történik egy perczben. Ezek sokszor az órainga szabályosságával mennek végbe. A kimozdulás nagysága egyénenként különböző és ugyanazon a betegen körülbelül egyenlő szokott lenni. A mozdulatok gyorsabbak, ha kicsinyek, és lassubbak, ha nagyok. Néha olyan heves ez a rángás, hogy az ágy is megmozdul, sok beteg a falhoz üti a fejét úgyannyira, hogy nem egyszer azon a helyen, mely rendesen a falhoz surlódik, lekopik a haj. Félálomban és ébredés közben a tünetek élénkülnek. Egyik-másik beteg éber állapotban sem nyugodt; ha éber állapotban jelentkezik a baj, hevesebb mint az álomban. Néha a mozgás gyors be- és ki légzésben, fújásban, szaglászó mozdulatokban áll.

Ha az ilyenkép mozgó gyermek fekvő helyzetét változtatjuk vagy bármikép felébresztjük, abbamarad a dolog és kiderül, hogy a beteg semmit sem tud az egészről, boszankodva kérdezi, hogy miért ébresztették fel, sőt reggel többnyire azzal a tudattal ébred, hogy igen jól aludt, sem fejfájásról, sem fáradtságról nem panaszkodik. Az eddigi tapasztalatok szerint igen kivételesen fordul elő ezeknek a tüneteknek a kapcsolódása pavor nocturnus-szal.

A betegek kora eddig 1—14 év között ingadozott, többnyire eszes, néha nyugtalan, máskor csendes gyermekek betegesznek meg. Néha van ideges terheltség a családban, máskor nincs. Ismeretes egy család, melyben 6 gyermek közül hármon jelentkezett a baj. Ágybavizelés nem igen szokott vele járni.

E tünetek kórjóslatában semmi komolyság nincs, a mennyiben azok kezelés nélkül is hosszabb-rövidebb idő alatt elmulnak, de a környezetet sokszor feligazgatja a dolog. Ezért többen megkisérlették gyógyítani brommal, antipyirinnal, suggestioval, hypnosissal siker nélkül. Egy párszor a véletlenül azzal együtt támadt adenoid vegetatiokat távolították el abban a reményben, hogy a mozgás elmarad, de csalódás volt az eredmény. Az egyik gyermeket az anyja éjjel lefogta, mire a mozgás elmaradt, a míg a fejet tartotta, de újra jött, a mikor elhagyta.

Az a kérdés, hogy hova tartozik ez a jelenség, mely a tic-ra és a stereotypiákra emlékeztet, de azoktól különbözik is. *Cruchet* egy külön csoportot akar felállítani *rythmiák* neve alatt, melyhez a szokásból támadó rythmusos mozgásokat is akarja a megbeszélés tárgyát képező betegségen kivül számítani. (Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux, 1906. február 18.)

Kollarits Jenő dr.

A hysteriás eredetű hőemelkedésről szerzett tapasztalatokat közöl *G. Voss*. Ez a búvár annak a nézetnek ad kifejezést, hogy Németországban kevesebb a súlyos hysteria, mint Franczia- és Oroszországban, és ez az oka, hogy a németek tagadják a hysteriás láz lehetőségét. *Voss* Pétervárott 130 hysteriás beteg közül két esetben észlelt szerinte kétségtelenül hysteriás eredetü hőemelkedést. Az egyik beteg hőmérséke a hysteriás görcsök alatt 41°-ra is emelkedett és 40·1° mellett érverése 104 volt. Hőemelkedés azonban görcsök nélkül is volt. A végbélben mindig egynehány tized fokkal alacsonyabb volt a hőmérséklet. A második esetben csak a rohamok alatt ment a hőmérsék magasabbra. A rohamok egymást követték és ez alatt két héten át 38·5 és 39·5 között ingadozott a hőmérsék, mialatt az érverés 90 és 106 volt. A vizelet napi mennyisége 3—4 liter volt. A hószámmal kapcsolatosan reggelenként oedemák támadtak, melyek délben elmultak. A beteg perczenkénti lélegzési száma egyik esetben sem szaporodott a hőmérsékkel arányosan.

Nevezetes, hogy Voss egyik betege a lázas időszakban egy hét alatt két kgm. ot hízott. A betegek a hő magassága alatt izzadtak, az orruk piros volt, közérzetük tiszta maradt. (Deutsch. Zeitschr. für Nervenheilk. 1906. márczius 22.)

Kollarits Jenő dr.

Sebészet.

Az appendicostomia kedvező eredményeiről mind többen számolnak be Angliában és Amerikában. Legutóbb *M. Willis* közölt egy idetartozó esetet a nottinghami orvos-sebészi egyesületben. Az operatiót két év óta fennálló, s a 32 éves nőbeteget a sír szélére vitt colitis miatt végezte. A féregnyúlványt a has sebéhez varrta s három nap mulva megnyitotta. Egy héttel reá hozzáfogtak a colitis gyógyításához, olyan módon, hogy vékony katheteren át naponként 2—3 liter szappanos vizet öntöttek be a féregnyúlványon át a vastagbelébe; a víz rendesen 20 percz mulva távolodott el a végbélen keresztül. Háromheti kezelés mulva a nő meggyógyult. A sebből bélsár sohasem ürült ki. (British med. journal. 1905. április 28. 981. l.)

Az agytuberculosis sebészi kezeléséről ir *Alessandri*. Gümős meningitis eseteiben a sebészi kezelést elvetendőnek tartja, az egyedül ajánlatos beavatkozás a lumbalpunctio, már egyszerüsége és diagnostikai értéke miatt is. Solitaer tuberculumok mütéte ellenben, különösen az agyállományban, szép sikerrel kecsegtet, természetesen csak akkor, ha pontosan localizálhatók, és ha sebészileg megközelíthető helyen vannak. A szerző által összeállított 22 agytuberculum közül mütéti gyógyulás 19 esetben állott be; a javulás azonban sok esetben nagyon mérsékelt volt, vagy egyáltalában nem jelentkezett. Több eset rövidesen a sebgyógyulás után multiplex tuberculumok vagy meningeális átterjedés folytán végződött halálosan. Mindazonáltal tartósabb jó eredményről is

van értesítés; többen számolnak be hosszabban megfigyelt esetekről, így *Macewen* (8 hó), *Horsley* (6 év), *Czerny* (4 év), *Krönlein* (6 év), *Roux* (3 év), *Alessandri* (1 év), a hol az észlelés tartama alatt véglegesnek látszó gyógyulás állott be. (Ann. of surgery, 1906. február.) *Pólya.*

Húgyszervi betegségek.

Leukoplakia vesicae érdekes esetét észlelte *I. Posadas*, a melyben a diagnosist egyedül a cystoskopia döntötte el és a mely antiluetikus kezelésre lényegesen javult. Szerző ezen eléggé ritka észleletből a következő tanúságokat vonja be: 1. A hólyagból eredő és lázzal járó haematuria biztos jele a leukoplakiának. 2. A leukoplakia azon alakja, a mely higanykezelésre kedvezően reagál, feltétlenül luetikus fertőzésen alapul. 3. Ha mindazon esetekben, a melyekben a lázzal járó vérvizelés és a nagy tömegekben kiömlő genyes czafatok minden kétséget kizáróan a hólyagból erednek s a szokásos eljárással a beteg állapotában lényeges javulást nem érnénk el, akkor mielőtt a hólyag megnyitására határoznók el magunkat, tegyünk még egy utolsó kisérletet a higanykezeléssel. (Annal. des mal. des org. gén.-urin. 1906. 1. f.) *Drucker Viktor* dr.

A kankónak szokatlan helyen való jelentkezéséről értekezve *Jullien*, mindenekelőtt megállapítja azt, hogy azon felfogás, mely szerint a blennorrhoea csakis hengeres hámmal bélelt nyálkahártyán prosperálhat, már régen tévesnek bizonyult. Első sorban a praeés paraurethrális szövődményeket tárgyalva, ez esetekben a csatornák és a mirigymeneteknek thermocauterrel való alapos kiégetését javasolja. A következő fejezetben az oly gyakori rectalis gonorrhoea kórok-, kórboncz- és tünettanát irja le; ezen betegség igen hosszadalmas, a bonyodalmak közül első sorban a strictura itt is fenyeget; ez ideig kal. hypermang. 2—4 : 1000 oldattal való öblítések váltak be legjobban. A száj, a torok és az orr nyálkahártyájának kankós fertőzése igen ritka, bár egyes eseteket teljes biztossággal megállapítottak; a csecsemőknél közvetlenül születésük után jelentkező oly gyakori coryzát is meg kellene ez irányban vizsgálni. Ilyenkor a 2—3%-os protargol-öblítések és az 1% arg. nitr. + talc. befuvások ajánlatosak. (Annal. d. malad. d. org. génit-urin. 1905. 15. füzet.) *Drucker Viktor* dr.

A novargan *Schwarez* megfigyelései szerint magas ezüsttartalmánál fogva igen alkalmas szer a gonococcusok elpusztítására; további előnye az, hogy könnyen oldódik, hogy magasabb százalékos oldatai sem izgatják a nyálkahártyát, és mert sem savban, sem lúgban ki nem csapódik, a szövetek mélyébe is hatol (Therap. Monatsh. 1906. 1. sz.) *Drucker Viktor* dr.

Az állandó katheter leszerelése után *F. Fuchs* spontan látott a hólyagból távozni egy nagyobb követ, és ezen körülményből, a melyet sehogy sem tud be a véletlennek, azon következtetésre jut, hogy mindazon esetekben, a melyekben akár a vizelet minősége és összeállása, akár a cystoskopia, akár a gyakoribb vizelési inger avagy más jelek apróbb kövek jelenlétére utalnak, sohase mulaszszuk el, hacsak nehány napra is, az állandó katheter bevezetését, mert ezzel az izgatott hólyagot megnyugtatva, nagy könnyebbülést szerzünk betegünknek, fokozzuk a hólyag kilövelő képességét, és nemcsak az urethrát, hanem az orif. vesicae internumot is kitágítva, lehetővé teszszük, hogy még aránylag nagyobb kövek is per vias naturales ürüljenek ki. (Centralbl. f. d. Krankh. der Harn- und Sexualorgane, 1906. 1. füzet.) *Drucker Viktor* dr.

A prostatitis kezelésében jodipinnel igen szép eredményeket ért el *W. Richter*. Sok oldalról történtek kisérletek az irányban, hogy az akár gonorrhoea, akár más lobos folyamatok következtében nagyobbodott prostatát jod-végbélkúpok, avagy nagyobb klysmák segélyével megpuhítsák, az eredmény azonban nem volt biztató, mert a nem elég töménységben használt gyógyszerek hatástalanok, a töményebbek pedig oly izgalmat váltanak ki a végbélben, a mely miatt gyorsan kiürülnek és pedig legtöbbször már oly időben, a mikor a végbélkúpok még jóformán el sem olvadtak. A szerző sikerei alapján a jodipinben véli feltalálni azon jodkészítményt, a mely a therapia szempontjából kivánatos nagyobb töménységben elég kényelmes, kevéssé feltünő és minden nagyobb előkészületet feleslegessé tevő módon a végbélbe vihető s abban meg is tartható. E czélra legalkalmasabb a közönséges glycerin-végbélfecskendő, a melylyel kezdetben 10%-os jodipin és oleum olivarum egyenlő mennyiségeiből készült folyadékból naponta kétszer lövelt be fél fecskendővel, később pedig már tisztán 10%-os jodipin-oldatnak teljes fecskendővel való adagolásáig emelkedett. Az elért eredmények mindenképen sikereseknek mondhatok; heveny esetekben a prostata 8—10 napon belül teljesen felpuhult és lelohadt, az idült folyamatokban pedig csakhamar részleges felpuhulás következett be és a javulás további jodipin-befecskendezésekre s a felpuhult góczok kisajtolása után szépen haladt előre. (Monatsschrift für prakt. Dermatologie) *Drucker Viktor* dr.

Bőrkórtan.

Bromotan elnevezéssel új bromtannin-készítmény került a forgalomba, a mely formaldehydnek bromtanninra és húgyanyagra behatásakor keletkezik. Finom, sárgásbarna, szag- és ízinélküli, vízben oldhatlan por, a melyet *Rockstroh* nagyon jó eredménynyel használ nedvező eczema eseteiben, valamint viszketés ellen. Talcummal és zinkoxyddal keverve alkalmazandó: Rp. Bromotani 10·0; Talci, Zinci oxydati āā 45·0. M. D. S. Bromotan-hintőpor. (Therapeutische Monatshefte, 1906. 4. füzet.)

A bőr felszívó képességét vizsgálta *Fauconnet* és igen tanulságos tapasztalatokat tett. Különös tekintettel volt a jodkalikenőcsök viselkedésére, úgy ép, mint kóros viszonyok között. A vizsgálatok a hüvelynyálkahártyán is történtek. Szerző kisérleti eredményeit a következőkben foglalja össze: 1. Jodkaliumnak naftalan, nafalan, unguentum refrigerans, glycerini, cereum, ceratum cetacei keverékében való alkalmazása jod felvételére vezet. A felszívódás mértéke a kenőcsconstituens (és a beteg individualitása?) szerint igen változó. A fetron e tekintetben úgy viselkedik, mint a lanolin, adeps lanae, rosorbin, azaz jodfelszívódásra nem ad alkalmat. 2. A különböző okok miatt gyuladásos bőr (psoriasis, acut eczema, ulcus cruris, cantharides által felsértett bőr) jodkaliumlanolinból és jodkaliumos párakötésből jodot fel tud venni. Ez valószinüleg a jodkaliumnak hasadása útján történik. A jodkaliumos lanolin dolgában a beteg bőrrel egészen analog módon viselkedik a vagina nyálkahártyája. Ez felszívja a jodot a jodkaliumnak hasadása folytán. A beteg bőr vizes oldatból és lanolinos kenőcsből salicylsavas natriumot is fel tud venni. (Deutsch. Archiv f. klin. Medizin. 86. k. 1—3. f.) *Guszman.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A sanatogen nevü, organikus phosphorban rendkivül dús fehérjekészítménynyel pontos anyagcserevizsgálatokat végzett *Gumpert*, a melyek alapján oda nyilatkozik, hogy a sanatogen a szervezet által teljesen kihasználtatik, az anyagforgalmat nagy mértékben emeli s a többi tápanyag kihasználását elősegíti; a sanatogenben levő phosphor teljesen felszívódik.

A styracol, mely guajacol összeköttetése fahéjsavval, szag- és íz nélküli por, a mely vízben és híg savakban nem oldódik s azért a gyomron változatlanul halad át, a gyomor nyálkahártyáját nem izgatja s csak a bélben bomlik guajacolra és fahéjsavra. *Eckert* szerint tüdőgümőkór eseteiben nagyon jó eredménynyel használható, a mennyiben a creosot és guajacol hatását fejti ki, a nélkül, hogy ezeknek kellemetlen mellékhatásaival birna. A közepes adag felnőtt részére 1 gramm 2—3-szor naponként. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1905. 41. szám.)

Oxygenes konyhasóoldat intravenosus befecskendezését ajánlja *Küttner* marburgi tanár súlyos vérvesztések után; utána a test állandóan melegen tartása mellett a befecskendezés hatását órákon át folytatott oxygen-belégzéssel növeli. Az oxygenes konyhasóoldat befecskendezésére nagyon könnyen kezelhető készüléket is szerkesztett, a melyet Büchler készít Tübingenben. (Zeitschrift für physikalische und diätetische Therapie, 1906. február.)

Szappanos klysmákat *Sternberg* szerint csak közönséges házi szappannal szabad készíteni. A szappanok szagosítása ugyanis sokszor olyan anyagokkal történik, a melyek felszívódva, mérgező hátást fejthetnek ki. (Ref. Medizinische Klinik, 1906. 12. szám.)

Vegyes hirek.

Kinevezés. *Móricz Ernő* dr. pocsaji községi orvost Biharmegye tiszti főorvosává, *Gedeon Kálmán* dr.-t Esztergommegye tiszteletbeli főorvosává, *Schwarz Gusztáv* dr.-t pedig a miskolczi „Erzsébet"-kórház alorvosává nevezték ki.

Magántanári jutalmazások. Az orvoskari magántanárok közül a tanártestület a következőket ajánlotta jutalmazásra: Csapodi István, Terray Pál, Schaffer Károly, Tellyesniczky Kálmán, Székely Ágoston, Tóth István, Vámossy Zoltán, Kétly László, Krompecher Ödön, Nékám Lajos, György Tibor, Ráthonyi Reusz Frigyes dr.-ok.

Egyetemi alkalmazások. Az orvoskari tanártestület az egyetemi orvoskari intézeteken üresedésben levő állásokat a következőkkel töltötte be. Az I. sz. kórbonczolástani intézeten: Telegdi Róth Lajos dr. díjazott gyakornok (meghosszabbítás); a gyógyszertani intézeten: Fenyvessy Béla dr. adjunktus; a bőrkórtani intézeten: Kollarits Béla dr. díjazott gyakornok (meghosszabbítás); az idegkórtani klinikán: Hammer Dezső dr. díjazott gyakornok (meghosszabbítás); a II. sz. sebészeti klinikán Demeczky Ödön dr., Fáykiss Ferencz dr., Lobstein Leo dr., Ofner Oszkár dr. díjazott és Bradách Emil dr., Salgó Ernő dr., Kortsák Rezső dr. és Mutschenbacher Tivadar dr. díjtalan műtőnövendékek.

Jubileumok. *Hirkó László* dr. és *Koller Gyula* dr. legközelebb ünneplik 50 éves orvosdoktori jubileumukat. A orvoskari tanártestület elhatározta, hogy az ünnepelteknek ez alkalommal díszoklevél kiállítását javasolja az egyetemi tanácsnál.

Választás. *Somogyi Dezső* dr.-t Basahid község orvosává választották

Ösztöndíjak az orvosi karon. A orvoskari tanártestület legutóbbi ülésén a következő orvostanhallgatóknak ítélte oda a rendelkezésre álló ösztöndíjakat: a 800 K-ás Fischhof-félét Keppich Józsefnek, a 300 K-ás Andrássy Szerafin-félét Kiss Bélának, a 100 K-ás Barna Ignácz-félét Máthé Lajosnak, a 200 K-ás Csausz-féle segélydíjat Pasteiner Jenőnek és Rosenthal Felixnek.

Jármay László dr., Szepesmegye tiszteletbeli főorvosa, fürdőorvosi gyakorlatát Tátrafüreden e hó 22.-én kezdi meg.

Czirfusz Dezső dr. királyi tanácsos junius hó 1.-től Bártfa-fürdőn folytat orvosi gyakorlatot.

Hasenfeld Oszkár dr. fürdőorvosi működését Franzensbadban e hó 15.-én ismét megkezdte.

Tuszkai Ödön dr. fürdőorvosi működését Marienbadban ismét megkezdte.

Magyarország szemorvosainak egyesülete junius 3.-án és 4.-én tartja a budapesti k. m. tud.-egyetemi szemklinika tantermében második közgyülését következő tárgysorozattal: I. Junius 3.-án 1/2 9 órakor. *A*) Ügyviteli közgyülés. *a*) A titkár jelentése. *b*) Két választmányi tag választása. *B*) Tudományos ülés. *a*) Előadások: 1. *Grósz Emil:* A glaucoma gyógyitásáról (referáló előadás). 2. *Goldzieher Miksa* (vendég): A trachoma kórbonczlana, készitmények bemutatásával. 3. *Scholtz Kornél:* A cornea-fekélyek sero-therapiájáról, tekintettel a pneumococcus-agglutinatiora. 4. *Török Ervin:* A szem tuberculosisáról. 5. *Siklóssy Gyula:* A szorzatgörbéről. 6. *Szily Adolf:* A szemorvosnak feladata gyógyithatatlanul megvakultakkal szemben. (Ezzel kapcsolatban: nevelésben részesülő siketvak gyermek bemutatása.) 7. *Vermes Lajos:* A bulbaris conjunctiva cystáiról több eset kapcsán és kisérleti alapon. 8. *Paunz Márk:* A phlegmone orbitalis aetiologiájáról. 9. *Falta Marcel:* A trachomások ködös látása. *b*) Bemutatások: 1. *Szily Adolf:* Bujakóros iritis utáni állapotnak klinikai észlelése. 2. *Fejér Gyula:* I. A reczehártya centrális verőerének részleges emboliája. II. Ptosis congenita műtéte Hess szerint. 3. *Schwitzer Hugó:* I. Betegek bemutatása. II. Embolia arteriae centralis retinae képe alatt megvakult szemnek kórtörténete és górcsői készitményei. 4. *Barlay János:* Klinikai betegek bemutatása. 5. *Schulek Alfréd* és *Weinek Gusztáv:* Kórszövettani készitmények bemutatása a k. m. tud.-egyetemi szemklinika laboratoriumából. II. junius 4.-én 9 órakor. Előadások: 1. *Goldzieher Vilmos:* A conjunctivitis vernalis kórbonczlana. 2. *Ónodi Adolf:* Az orrbajokkal összefüggő ellenoldali látási zavarok és vakság kóroktanáról. 3. *Blaskovics László:* A canthoplastica újabb módosítása. 4. *Leitner Vilmos:* I. A myopia therapiájáról. II. Az ulcus corneae kezeléséről. 5. *Csapodi István:* I. Iritis glaucomatosa. II. A hyalitis entoptikai vizsgálása. 6. *Fejér Gyula:* Adatok a látóidegsorvadás higanykezelésének kérdéséhez. (Az előadó kisérleti tanulmányának bevezető részlete.) 7. *Pap Dezső:* Katonai trachoma-ügy. 8. *Herczogh Irma:* Tapasztalatok a trachoma gyógykezelése körül. A közgyülés mindkét napján d. u. 1/2 2 órakor közös ebéd lesz a budapesti Orvosklub (VIII., Szentkirályi-utcza 22.) helyiségeiben.

Pőstyénben a téli évadban május 5.-éig összesen 464 fürdővendég tartózkodott.

Az I. sz. női klinikán április hóban a szülések száma 125 volt (56 először szülő és 69 többször szülő). A született magzatok száma 127, közülük élő 119, halott 6, maczerált 2; érett 106, kora 16, éretlen 5; fiú 63, leány 62, kérdéses nemű 2; törvényes 41, törvénytelen 86. Halálozás a szülőnök között nem fordult elő. A nőbeteg-osztályon 88 beteget ápoltak, a kik közül egy sem halt meg.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület április hóban 690 esetben nyujtott első segélyt, ezenkivül 528 szállitást végzett, 60 esetben mint mozgóőrség működött és 28 esetben vaklárma miatt vonult ki. Az április havi működési főösszeg tehát 1306.

Meghalt. *Hecht L. H.* dr., a nancy-i egyetem orvosi karának nyug. tanára 75 éves korában.

A II. nemzetközi iskolaegészségügyi congressus magyar bizottsága e hó 20.-án, vasárnap d. e. 11 órakor tartja az egyetem közegészségtani intézetében (VIII., Eszterházy-utcza 5) alakuló ülését, a melyre *Liebermann Leó* egyetemi tanár és *Schuschny Henrik* iskolaorvos, mint a congressus nemzetközi állandó bizottságának tagjai az érdeklődöket ez úton is meghivják.

Kisebb hirek külföldről. A dorpati egyetem sebészeti tanszékét *Zooge v. Manteuffel* tanár nyerte el. — *Bäumler* freiburgi tanár, az ismert belklinikus, e hó 13.-án ünnepelte 70. születésnapját. — *O. Büttner* dr., a szülészet docense, Rostockban, a tanári czimet kapta.

Érdekes pört tárgyaltak e hó 2.-án Bécsben. Egy betegnek, a ki psoriasisban szenvedett, egy nagynevű bécsi dermatologus, L. tanár Röntgen-kezelést ajánlott és őtennek kivitelére H. docens röntgenologushoz utasitotta. A röntgenezés közben a beteg súlyos égést szenvedett, minek következtében hónapokon át élet és halál közt lebegett és egészsége még most sem állott teljesen helyre. A beteg úgy L. tanárt, mint H. docenst bepörölte és 40,000 k. fájdalomdíjat követelt, valamint 5232 k.-t gyógyitásköltség czimen és azért, mert hosszabb időn át keresetképtelen volt. L. tanárt azért kérte elmarasztaltatni, mert a röntgenezést ajánlotta baja ellen, noha ez az eljárás akkor (1902-ben) még csak megbizhatlan és veszedelmes kisérlet számba ment; H. docenst pedig azért, mert a Röntgen-sugarak helytelen adagolása folytán súlyos sérülést okozott; mindkettőjük ellen még azt is felhozta, hogy nem figyelmeztették a röntgenezés veszélyes voltára. A törvényszék a vádat L. tanár ellenében elvetette, H. docenst azonban 30,000 k. fájdalomdíj és 5237 k. gyógyitási és keresetpótlási díj megfizetésére itélte.

Lapunk mai számához
1. F. Hoffmann-La Roche & Cie. Thiocol
2. Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning czég Tumenol
3. Barabás-féle Szt. István-gyógyszertár Nervinol
prospektusa van csatolva.

Daruvár-fürdő, e kies fekvésű hazai vasas és iszapfürdő a lefolyt évadban ismét örvendetesen fellendült, a mi a kényelem tekintetében eszközölt újitásokon kivül első sorban a női bajoknál, köszvénynél, csúznál, különösen pedig ischiásnál elért kitünő gyógyeredményeknek tudható be.

Dr. **Szigeti Márton** Abbaziából Gleichenbergbe érkezett és fürdőorvosi működését ismét megkezdte.

Dr. **Cukor Miklós** nőorvos, ki a télen át az aradmegyei közkórházban mint alorvos működött, ismét megkezdte működését Franzensbadban, hol ezentúl a szivbajok fürdőgyógykezelésével is foglalkozik.

Dr. **Ballman**, azelőtt a Semmeringen, **május közepe tájáu** átveszi a **St. Margarethenbad gyógyintézet** (Prachatitz m. Csehország) vezetését. Állomása a Budweis m. **Wien—Marienbad** vasúti vonaltól elágazó Wodnian—Prachatitz nevű helyi érdekű vasútnak.

Physiologikus sókeverék ivógyógymódhoz, 20 napi adag 3 kor. Zoltán gyógyszertár, Budapest, V., Szabadság-tér.

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.

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

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

Városmajor-sanatorium és vízgyógyintézet bejáró betegek részére is). **Újonnan épült magángyógyintézet belső-, anyagcsere- és idegbetegségek** számára. Mérsékelt árak. Budapest, II. Városmajor-utcza 64. Vezetőorvos **Dr. Surányi Miklós.**

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (XVI. rendes tud. ülés 1906. évi május hó 12. én.) 558. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (III. rendes ülés 1906. február 15.-én). 560. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 560 l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XVI. rendes tud. ülés 1906. évi május hó 12.-én.)

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

Az elnök az ülést megnyitja. A mult ülés jegyzőkönyvét hitelesiti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Balás Dezső, Szontagh Félix, Picker Rezső tagtársakat.

Jelenti, hogy az *Iványchich-alap kamatai* junius végén kiosztásra kerülnek, valamint a *Schuster-Bugát*-alapitványból két gymnasiumi ösztöndij üresedett meg. Az egyesület tagjai a hó végéig ajánlhatnak pályázókat.

Majd igy folytatja: „Tisztelt Orvosegyesület! Még egy szomorú kötelességet kell teljesitenem, midőn bejelentem, hogy egyesületünknek és orvosi rendünknek igen tiszteletreméltó és nagy tudományú tagja, *Scheiber Sámuel* elhalt 72 éves korában. Hosszú életpályája gazdag volt ideális törekvésekben, de tán még gazdagabb volt családásokban és ezek ellenére utolsó leheletéig megőrizte fenkölt gondolkodását és az orvostudomány iránt való lelkesedését. Tudományos működésének egyesületünk tanuja volt: betegbemutatásokkal és előadásokkal emelte egyesületünk tudományos tartalmát. Felkérem az egyesületet, hogy Scheiber Sámuel érdemeit a jegyzőkönyvben megörökittetni és az elhunyt iránti tiszteletét felállással kifejezni kegyeskedjék.“ (Megtörténik.)

Traumás eredetű teljes skalpozás esete.

Balás Dezső. (Eredeti közleményeink között egész terjedelmében közölni fogjuk.)

Steiner Pál: A mult hónapban a lipcsei orvosegyesületben mutattak be egy hasonló esetet. Valamivel hosszabb idő mulva hozta egy rendőr a skalpot, melyet megkiséreltek 4—5—10 cm²-es darabokban replantálni a fejre. A homloki részen megtapadtak a Krause-féle lebenyek, a hajas fejrészen azonban nem, úgy hogy utólag Thiersch-féle lebenyeket kellett transplantálni.

Balás Dezső: A Reverdin-féle bőrlebeny-transplantatiókat már régen megpróbálták. De ezek hajzatosak és ha megtapadnak is, kosmetikai szempontból még kevésbé szépek, mert szigetekben van meg a haj. Ezért czélszerübb a Thiersch-lebenyekkel való befedés, mert ezen parókát hordhat az illető.

Sokszor recidiváló izületi lobokkal és iritissel járó kankó esete és a belőle tenyésztett gonococcus-telepek.

Picker Rezső: A 37 éves férfi 6 év előtt szerezte első kankóját, melynek 3. hetében izületi elváltozások jelentkeztek. Mindkét lábtőizület, a nyaki csigolyaizületek, a jobb térdizület, a bal csipőizület, a jobb láb kis izületei és a jobb Achilles-in voltak megtámadva. Ezen kankójából kb. 6 hó alatt gyógyult ki. Egy évvel később újabb gonorrheás infectio folyamán, mindjárt a betegség elején, az imént felsorolt izületek, azonkivül a bal felső végtag összes izületei és a bal térd betegedtek meg. Orvosa ekkor hátulsó kankót állapitott meg és maszszálást is alkalmazott. Ezen betegség kapcsán iritis is támadt, mely 3 hét alatt zajlott le. A kankó maga $2^1/_2$ hó alatt gyógyult, az izületek baja is eléggé javult. Azonban még 2 év mulva is érzett a jobb Achilles-in mögött fájdalmakat.

13 hónappal ezelőtt újabb kankót szerzett, melynek 3. hetében újból mutatkoztak zavarok az izületek részéről s ekkor még a jobb kar, a jobb csukló és az összes ujjak izületei is bele voltak vonva a bántalom körébe. Őszszel a húgycső instrumentális kezelése ismét megkezdődött; ekkor vizeletének első részletében elég sok nyálkás czafat volt, melyben kezelő orvosa szerint állitólag nem voltak gonococcusok. A 4. instrumentális kezelés után izületei ismét fájni kezdtek. Deczember elején izületei annyira javultak, hogy ismét foglalkozása után láthatott, mig ez év márczius végén az első izben beteg volt bal szemén iritise támadt, mely remissiókkal április végéig tartott. Ekkor látszólagos javulás után nagymérvü visszaesés állott elő, úgy hogy szemorvosa nem zárkózhatott el azon felvétel elől, hogy a kórokozó még a szervezetben lappang. Felszólitására én végeztem a húgyszervek vizsgálatát. A húgycsőből nyomásra szürkés, nyálkás váladék ürül, a vizelet I. része nyálkásan zavaros és czafatos, a II. és III. részlet tiszta, azonban a kálilúgpróba positiv. A prostata normális, mindkét ondóhólyag, de főleg a jobb érzékeny, nyomásra hig, nyálkás, genycsikokkal tarkázott váladék ürül. Az öblitő viz I. részlete zavaros, nyálkás és czafatos, II. és III. részlete tiszta.

A nyomásra ürült húgycsőváladékban igen sok a gonococcus, de csak kis részben intracelluláris; a tenyészetben igen sok apró telep nő; az ondóhólyag váladékában elvétve találni leginkább a hámsejteken nagyobb csoportokban gonococcust, a minek megfelelően a tenyészetben is egy-egy czafatból 3—4 nagyobb telep nőtt.

A beteget ezután masszálással kezelték, s ma, két hét mulva, arról számolhatok be, hogy az iritis azóta lassan, de állandóan javul és az izületek részéről sem mutatkozik rosszabbodás.

Esetem több szempontból érdekes.

I. Bakteriologiai szempontból: 1. chronikus (13 hónapos) bántalomból gonococcusok nőttek;

2. a gonococcusok a serumot nem tartalmazó Thalmann agaron fejlődtek;

3. azt mutatja az eset, hogy az ilyen betegek épen úgy tartozhatnak a „chronikus bacillusgazdák“ közé, mint a typhust, a diphtheritist stb. kiállott egyének egy része és ép úgy alkalmasak a fertőzés továbbvitelére, mint ezek.

II. Kórtani szempontból: 1. Érdekes az eset a kankós metastasisok pathogenesisének szempontjából. Fuller (Annals of Surgery, 1905.) 15 esetét közli a kankós izületi lobnak, melyekben a bántalom kútforrása az ondóhólyag izolált gonorrhoeájában volt meglelhető. 4 betege az ondóhólyag drainezése után rohamosan javult. Esetem is ezen hypothesist támogatja, valamint más idevágó tapasztalatom is, úgy hogy szintén azokhoz csatlakozom, kik a kankós metastasisokat leginkább a hátulsó húgyeső mirigyes függelékeinek kankós megbetegedéséből származtatják.

2. Érdekes az eset a hátulsó kankónak differential-diagnosisa tekintetében is. A kórtörténetből láttuk, hogy a vizelet a szövődmény nélküli mellső kankó képét mutatta és hogy csak a pontos helyi vizsgálattal lehetett a fertőzés tulajdonképeni, állandóvá vált góczát kimutatni.

Pneumobacillus Friedländer okozta elsődleges húgycsőlob.

Picker Rezső: A 21 éves fiatal ember coitus után 5 nappal reggel bő fehéres váladékot észlelt. Délben váladék csak erősebb nyomásra nyerhető és főképen genysejtekből áll; a váladékban igen sok részben intracelluláris bacillus és diplobacillus látható. A tenyészetek másnap igen bőven mutattak irizáló, lapos, fehér, átlátszatlan telepeket, melyeknek behatóbb bakteriologiai vizsgálata a Friedländer-féle pneumobacillusra jellegzetes tulajdonságokat engedte felismerni.

Az urethritis $^1/_{20}$%-os lapis-oldattal végzett néhány húgycsőöblitésre meggyógyult.

A csecsemő táplálásáról szóló tan néhány kérdéséről.

Szontagh Félix: Előadó legelőször is a szopós csecsemő táplálékszükségletének kérdésével foglalkozik. A tápláló quotiens nem lévén eléggé szabatos fogalom, a Feer ajánlotta tökéletesebb fogalomnak, az ú. n. gyarapodási hányadosnak definitioját adja, mely a súlynövekedést egy kgm. tejbevitel mellett egy kgm. testsúlyra vonatkoztatva fejezi ki. Hangsúlyozza végül, hogy ez a hányados legjobban fejezi ki a tej valóságos haszoneffectusát. Ezután a Heubner-féle energia-quotiens fejtegetésére tér át és felemliti mindazok dolgozatait, kik adatokkal ezolgáltak a csecsemő táplálék-szükségletének ismeretéhez. Heubner felfogásával szemben Czerny és Keller tapasztalatait ismerteti, melyek szerint nagyon nehéz vállalkozás ismeretlen élettani értékek számára határozott maximális és minimális számokat felállitani akarni. Ezután az anyatej energia-tartalmának a kérdésére tér át és ennél a pontnál különösen Schlossmann idevágó dolgozatait ismerteti behatóbban, a melyeknek értelmében a tej alkotórészeinek kiszámitott caloria-értékei és a calorimetrikus módszerrel (a Hampel-féle készülék segitségével) meghatározott energia-értékek szépen egyeznek egymással. Ezen dolgozatok egyszersmind megerősitik Camerernek azon felvételét, hogy a női tejben ismeretlen természetű, N-ben szegény testek foglaltatnak. Schlossmann különben Heubner energia-quotiensét nem 100, hanem 110 caloriában állapitja meg. Előadó a csecsemő mesterséges táplálékánál az energia-quotiens mint standard szám felhasználhatásának kérdésében Selter véleményéhez csatlakozik, mely szerint ezen szám egészen általános érvényü, tehát nem oly középérték, mely a szükséges energia-bevitelt szabatosan megjelölné. A gyakorlatban tehát óva int a sematizálástól.

A tehéntejben higitás által előálló zsirhiány pótlásának kérdésében Biedert elvére, a tejszinkeverékekre és a tejszinconservre, a ramogenre terjeszkedik ki részletesen. Ép úgy mint Biedert, Selter, Schlossmann stb. azon a véleményen van, hogy a női tej caseinjét a csecsemő könnyebben tudja megemészteni, mint a tehéntej caseinjét, noha a tehéntejjel táplált csecsemőkön végzett anyagforgalmi vizsgálatok azt látszanak bizonyitani, hogy a csecsemő a tehéntej fehérjeanyagait majdnem olyan jól kihasználja, mint a női tej fehérjeanyagait. Ebben a kérdésben felsorolja mindazokat az érveket, melyek az anyatej könnyebb emészthetősége mellett szólanak. A fehérjekérdésben Czerny és Keller egészen kivételes álláspontját ismerteti. Ezen szerzők szerint ugyanis a táplálék fehérjetartartalmából a csecsemőre kár nem háramlik és túltáplálás esetében egyedül a zsir az, melyet a kóros tünetek előidézésével vádolni kell. Épen ezért ezen szerzők Biedert ajánlatát, hogy a fehérjeemésztés elégtelensége esetében ramogennel avagy iróval kisérletezzünk, egyenesen érthetetlennek minősitik; mert a fehérjeemésztés elégtelensége tulajdonkép a zsir emésztésének elégtelensége, fokozott zsirbevitel tehát csak kárt okoz. Mielőtt az előadó ebben a kérdésben állást foglalna, a Biedert-féle tejszinconservnek, a ramogennek elvét ismerteti. Nemkülönben közli a készitménynek Zaitschek dr. kir. vegyész által

végzett analysisét is. A készitmény előnyét annak állandó összetételében látja. Röviden vázolja a vele végzett kisérleteit. Behatóbban foglalkozik a zsirdús táplálék nyujtásának javalataival az ú. n. szappanszék (Seifenstuhl) esetében. Minthogy nem látja bebizonyitottnak, hogy a szappanszék oka csak a zsiremésztés zavarában lelné magyarázatát, megengedhetőnek tartja ily székletét esetén zsirnak keverését a tehéntejhez, noha a ramogen ellenlábasával, az iróval is boldogulunk ilyenkor. Esetet közöl, mely bizonyitja, hogy a csecsemő nagy mennyiségű tehénzsirbevitellel is meg tud birkózni. Ezzel kapcsolatban az ú. n. zsirdiarrhoea kérdését tárgyalja. Ezután Salge azon dolgozatát birálja, a melyben ezen szerző bizonyitgatni igyekszik, hogy a csecsemők enterocatarrhusának diaetás therapiájában a női tejnek elég gyakran tapasztalt elégtelenségét a magas zsirtartalom okozza. Az acidosis mai elméletét fejtegetve, kinyilvánitja, hogy Salge felfogását nem teheti magáéva. Kétségtelennek tartja, hogy ezek a csecsemők leküzdhetlen intoxicationak esnek áldozatul, de hangsúlyozza, hogy az iránt még homályban vagyunk, hogy milyen természetű mérgek játszanak itt szerepet.

Véleménye szerint, ha a táplálószerek egyes alkotórészeiben véljük azt a mérget feltalálhatni, a mely a súlyos tünetcsoportok előidézésével vádolható, mégis inkább a fehérjére, mintsem a zsírra kellene gondolni első sorban. Ennél a pontnál emlékezetbe hozza Behring felfogását a caseinről mint esetleges vérméregről, és Hamburger véleményét az idegen fehérje toxicitásáról. Behatóbban foglalkozik ezen hypothesisekkel. Idézi Schlossmannt, a ki hangsúlyozza annak lehetőségét, hogy bizonyos körülmények között az idegen fehérje a vérpályába bejuthat, és ismerteti azon kisérleteit, melyek szerint lehetséges volna csecsemőket marhavérsavó befecskendezése által tehéntej ellen immunizálni. Előadó azonban Salge oly irányú kisérleteit is ismerteti, melyek Schlossmann következtetéseit lerontják, és hangsúlyozza, hogy azon tünetcsoport, mely mint a tehéntejjel szemben való idiosyncrasia ismeretes, lényegében még ninesen felderitve. De minthogy legalább is nem tudja kizárni, hogy az idiosyncrasiás tünetcsoport előidézésében az idegen fehérjének is lehet része, oda kénytelen következtetni, hogy a csecsemőre nem lehet közömbös az, hogy mesterséges táplálászkor mennyi idegen fehérjét viszünk be.

Ezután még az iróval foglalkozik. Megengedi az iróconserv használatának jogosultságát, minthogy különösen nagy városokban kifogástalan minőségű iró nehezen szerezhető be. Az előadó osztályán a Bu—Co zwingenbergi tejművek jelzésű készitményt használják. A gyakorlat számára röviden akképen formulázza az iró javalatait, hogy különösen idült emésztési zavarokban, első sorban atrophiában alkalmaztassék, ellenben kerüljük heveny gyomor- és bélmegbetegedésekben.

Berend Miklós: Az előadásra, mely felöle i az egész modern gyermekgyógyászatot, néhány megjegyzést kiván tenni. Egy most $2^3/_4$ éves gyermeket említ, a kit 4 hónapos korában elválasztottak és 7 hónapos koráig tejen tartottak. Ekkor fejlődésében visszamaradt és $^1/_2$ év mulva is akkora volt súlya, mint 7 hónapos korában, vagyis 7 kgm.-ot nyomott. A hasa bélatonia folytán ballonszerűleg felfúvódott volt, 1 l. vizet bele lehetett önteni, de széke nem volt. Egy évig naponta vagy másodnaponként 15—20 gm. ricinus-olajat kapott, különben nem volt széke. Széke zsirszékletét. Felényire higitott tej mellett 30—40% volt székeletében a zsír. A hiányos zsírkihasználás javalatának alapján malátalevesre fogta a szóló, mire két hónap alatt 3 kgm.-ot hízott. A caseinintoxicatio kérdésében nem tud határozott álláspontot elfoglalni. Az előadó által említett esetben hónapokon át mesterségesen táplált beteg esett casein-intoxicatioba; ezt nem tudja megérteni. Egészen más a természetesen táplált gyermek, a kit hirtelen mesterséges tápszerre fognak. Igy egy szopós atrophiás gyermek súlyosan megbetegedett, a mint egy kanál tehéntejet kapott. Ez többször megismétlődött.

Még egy pontra akar kitérni. Tejszintartalmú tejet adjunk-e vagy lisztes táplálékot kevés zsírral? Az előadó inkább a zsírok mellett foglal állást, míg a hozzászóló nem talál olyan érvet, melynél fogva a gyermek korának, súlyának, állapotának megfelelő fehérjét kórokozónak lehetne mondani. Nem a fehérje hiányos kihasználása, nem a fehérjeintoxicatio, hanem más ismeretlen tényezők és a zsirnak hiányos kihasználása az, a mely ilyen megbetegedési formákat okoz.

Schütz Aladár: „A caloria-elmélet térfoglalása a csecsemő-diaetetikában" czímmel 3 év előtt az Orvosi Hetilap „Gyermekgyógyászat" mellékletében értekeztem. Akkor jártam Berlinben, a hol tanuja voltam a nagy lelkesedésnek, a melyet a Heubner által a csecsemő diaetetikába bevitt caloria-elmélet keltett. Heubner oda törekedett, hogy ne a volumen legyen a bevitt tápanyag mértéke, hanem a caloria, azaz a Berthelot-bombában elégetett tápszer súlyegysége adta melegmennyiség. Összehasonlításokhoz az absolut napi bevitel helyett mértékül Heubner egy állandó viszonyt ajánl, az energia-quotienst (EQu), mely az 1 kgm. testsúlyra bevitt caloriák számát adja. Heubner azt vélte, hogy ezzel a csecsemő-diaetetika szövevényes és sok tekintetben még teljesen homályos tanát sikerült megoldania. Azóta Heubner nézete is megváltozott, bár még mindig ragaszkodik a caloria-tanhoz. Én időközben Czerny álló pontjára helyezkedtem, hogy t. i. a caloria-tan a csecsemő-táplálás kérdését vajmi kevéssé vitte előbbre, mert a csecsemő anyacseréjébe sehogy sem tudott bevilágitani. Heubner az asszonytej égésmelegét Rubner két kisérlete alapján 650 caloriában állapitotta meg literenként, Schlossmann 218 analysis középértékeül 782 caloriát vesz fel.

Ily nagy különbségeket adnak az asszonytej caloria-értékei, s ez természetes is, ha tudjuk, hogy az asszonytej egyénenként s egy egyénen is különböző időben igen különböző összetételű. Heubner és Rubner 2 esetben megvizsgálta egy szópos s egy mesterségesen táplált csecsemőgyermeken az energiaforgalmat. Ezen kisérlet azonban nem tekinthető physiologiainak, mert Heubner maga beismeri, hogy mig a szopós tápláléka qualitative és quantitative hiányos volt, addig a mesterségesen táplált gyermek túltápláltatott. Már pedig az anyag-energia-vizsgálatokat physiologiai viszonyok közt kell végezni, a pathologiai eredményeket a physiologiába átvinni nem szabad. Ezen hibában leledzik az előadó által említett Tangl-féle anyagcserekisérlet is. Az illető gyermek rövid idővel a kisérlet után eklampiás görcsökben betegedett meg, mely körülmény kétségtelenül azt bizonyitja, hogy qualitative és quantitative nem megfelelő táplálékot kapott.

Az energia tana még sok más tekintetben is hiányos. A vizet és a szervetlen sókat, melyek szintén fontos alkatrészei a csecsemőtáplálásnak, caloriákban nem fejezhetjük ki

Ha meg is határozhatjuk a bevitt energiamennyiséget, azt nem tudjuk meg ebből az energiából, hogy mennyit értékesit a gyermek, mennyi szivódik fel, s mi történik az energiával az intermediaer anyagcserében. Még egészséges gyermek súlygyarapodása sem függ tisztán a táplálék mennyiségétől illetve az energia beviteltől. Ezt bizonyitják Czernynek különböző gyermekeken végzett, a súlygyarapodást a tápfelvétellel összehasonlító számitásai.

Tehát a qualitativ összetétel a lényeges, e szerint megkülönböztetünk fehérjében, zsírban és szénhydratban dús vagy szegény táplálékokat. Azt, hogy megbetegedés esetén melyik tápszert adjuk, az anamnesis dönti el. A megbetegedéseket Pawlow kisérletei óta nem oszthatjuk gyomor- és bélbetegségekre, mert az egész emésztő csatorna többékevésbé részt vesz a betegségben. Szólhatunk heveny, chronikus, infectiosus vagy itoxicatiós betegségekről. Nézetem szerint a csecsemőgyermekek anyagcserebetegségeit legczélszerűbben Czernyvel oszthatjuk fel: a betegségek ex alimentatione et infectione, s fejlődési, constitutionális alapokon keletkeznek. A diaetás kezelésnek főképen az alimentatiós betegségekben van tere.

A gyermekek rosszul használják ki a zsírt vagy a szénhydratot; fehérje okozta betegség nem ismeretes, az előadó által említett casein okozta lázak eddig még nem magyarázható kivételes esetek.

Az anamnesis szerint a gyermekeket diaetetice zsírban vagy szénhydratban szegény táplálékkal kezeljük. Csecsemőtápláléknak csak azt ismerjük el, mely összetételében az asszonytejhez hasonló. Az iró azonban az asszonytejnek egy fontos alkatrészét (zsír) alig, egy másikát pedig túlnagy mennyiségben tartalmazza, s igy nem tekinthető tápszernek, hanem csak gyógyszernek, mely akkor jön alkalmazásba, ha a csecsemő zsirkihasználása kóros. Az iróval nem azért érünk el jó eredményeket, mert a benne lévő fehérjék finom pelyhes megalvadásuk következtében jobban emésztetnek, hanem azért, mert az iró zsírban szegény tápszer. Igen sajnálom, hogy az előadó a fehérjéknek durva vagy finom pelyhes alvadásából magyarázza a fehérjék könnyű vagy nehéz emészthetőségét.

Hiszen tudjuk, hogy a tehéntej-fehérje a gyomorban nem úgy alvad meg mint in vitro, a forralt tej már nem képez oly merev összeálló alvadékot mint a nyers tej. A tehéntejet a csecsemő rendesen higitva kapja. Ezen körülmény, valamint az, hogy a gyomorban az alvadás közben a tej folyton mozgásban van, eredményezi azt, hogy in vivo a tehéntej korántsem alvad meg oly durván, mint in vitro. Tápfelvétel után egy órával a gyomorból kiszivattyúzott bennékben a caseinrögök nagyságából igen nehezen tudjuk eldönteni, vajjon tehén- vagy asszonytejet ivott-e a gyermek, annyira hasonló csapadékot ad a két tej fehérjéje.

És hogy nem a fehérje finom pelyhes alvadása oka a jó eredménynek, bizonyitja azon tapasztalat, hogy liszfőzettel higitott rendes tehéntej is finom pelyhesen alvad meg. Hogy a tehéntej fehérjéi a csecsemőre nem károsak, azt újból az iróval egészséges és beteg csecsemőkön elért fényes eredmények bizonyitják, pedig az iró az összes mesterséges tápkeverékek közt legtöbb, a tiszta tehéntejnél is jóval több fehérjét tartalmaz.

A ramogen conserv, s igy egészséges gyermekeknél tápszer gyanánt nem használhatjuk. A vele elért eredmények korántsem hasonlithatók az asszonytej nyujtotta eredményekhez, sőt az irodalom bizonyitja, hogy a ramogen használata gyakran nagy veszélyekkel jár. A zsirdús tápkeverékek korántsem oly ártalmatlanok, mint azt az előadó említi. A breslaui gyermekklinika 10 év alatt a zsiranyagcsere tanában korszakalkotó eredményekhez jutott. Kimutatta, hogy mily veszélyeket rejt magában az asszonytejétől különböző zsír a csecsemőgyermekre nézve. Az acidosis tana, melyet Czerny és Keller fejtettek ki, klinikai értékében teljesen jogérvényes, ha theoretikus magyarázata az idők folyamán némi változást szenvedett is. Mig Czernyék eleinte azt hitték, hogy zsirtúltáplálás mellett diabeteshez hasonló intermediaer acidosis fejlődik, addig ma Skinitz vizsgálataiból (Czerny-klinika) tudjuk, hogy tulajdonképen relativ acidosissal van ilyenkor dolgunk. A szervezetből a bél felé rendellenes mennyiségű alkali vonatik el az ott fejlődő zsirsavak által s igy a szervezetben lassanként alkali-hiány fejlődik ki. Zsírdús táplálék még egészséges gyermeknél is fix alkalit von el a bél felé. Ezen körülmény a táplálás folyamán nem lehet közömbös, mert a mint Skinitz csecsemőhullák vegyi analysisével kimutatta, a csecsemő vegyi alkatrészeinek egymáshoz való viszonya, azaz a szervezet relativ összetétele a fix alkali-veszteség ellenére sem változik meg, a csecsemő az alkalival együtt arányosan veszit a szervezetet felépitő többi vegyi alkatrészből is.

Az iróval elért jó eredmények különösen az ilyen relativ acidosisban szenvedő gyermekeknél szembeszökők. Mert ilyenkor direct javalatnak felelünk meg. A zsirdús táplálék folytán fejlődik ki a betegség, melyet zsírban szegény diaetás gyógyszerrel (iróval) kezelünk. Az acidosis tanát nem értik azok, a kik az iróval, ezen par excellence

savanyú tápszerrel az acidosisban elért jó eredményeket hozzák fel érv gyanánt az acidosis ellen. Az író szerves savai a szervezetben elégnek, az író minimális zsírtartalma pedig nem von el az alkaliban megfogyatkozott szervezettől újabb alkalit. Ezen szempontból a Keller-féle malátaleves még jobban megfelel a követelményeknek, mint az író, mert az alkalizált malátalevessel a szervezet elveszett alkaliáit is pótolni igyekszik, s mert a malátaleves állandó összetételű s megbízható jóságú, míg ellenben az író jósága s összetétele igen változó.

Heim Pál: Az előadónak azon nézete ellen foglal állást, hogy a tehéntej zsírja nem okozza azon ártalmakat, melyeket Czerny és iskolája állított. Czerny és iskolája nem azt mondja, hogy a tehéntej zsírja minden gyermekben és minden körülmények között okoz zavarokat, hanem csak bizonyos gyermekekben és bizonyos körülmények között. Ugyanis ha minden ok nélkül emeljük bizonyos gyermekeknél a tehéntej mennyiségét, akkor egy idő mulva egy tünetcsoport jelentkezik, melynek egyik tünete a szappanszék. De hozzátartozik még a kiválasztott ammoniak mennyiségének fokozódása, aceton stb. kiválasztása. A szappanszék az első tünet, egy idő mulva megáll a súlygyarapodás, majd lassanként kifejlődik az atrophia. Ennek oka az intermediaer acidosis. A táplálék zsirja alkaliákat von el a táplálékból, illó zsírsavak keletkeznek, a melyek felszivódnak. Nem a zsírfelszivódás hiánya, de az intoxicatio az atrophia oka. E gyermekek úgy gyógyithatók, hogy kezdetben a tejet erősebben higitjuk, s haladottabb esetekben valamely szénhydratot adunk a tejhez. Vannak csecsemők, kiket tisztán anyatejjel sem lehet táplálni, kiknek, hogy súlyban gyarapodjanak, az anyatejen kivül szénhydratot is kell adni.

Szontagh Félix köszöni a hozzászólásokat. A kóros állapotokra az előadásában nem kivánt részletesen kiterjeszkedni. Röviden egy esetet emlit, a melyben nagy mennyiségű zsírbevitel ellenére szappanszék nem fejlődött, de kifejlődött hetek mulva a zsiremésztés elégtelensége, mely jellegzetes mikroskopi képet nyujtott.

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(III. rendes ülés 1906. február 15.-én.)

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

Az orr melléküregeinek gyógyításáról.

Paunz Márk: Az orr melléküregeinek gyuladásos, genyedő folyamatai csak az utolsó 15 év óta, a mióta a rhinologia fejlettebb vizsgálati technikája a diagnosist biztosabb alapokra fektette, képezik behatóbb vizsgálatok tárgyát. Sorozatos boncztani vizsgálatok kimutatták, hogy a kórházban elhaltak közül az esetek 25—40%-ában genyes gyuladások találhatók egy vagy több melléküregben. A klinikai megfigyelés alá kerülő, többnyire ambuláns beteganyagon ily gyakoriságban e bántalmak nem mutathatók ki, mindazonáltal sokkal több eset van, mint a mennyit általában kórisméznek. Az előadó az utolsó öt évben az „Ált. munkásbetegsegélyző pénztár" orr-, torok- és gégeosztályán 9969 új beteg közt 127 oly beteget talált, a kinél egy vagy több melléküregnek gyuladása avagy kifejezett empyemája forgott fenn.

Leggyakrabban a sinus maxillaris betegszik meg, azután a sinus sphaenoidalis. Több üreg együttes megbetegedése nem ritka. Leggyakoriabbak a heveny nátha, azután a heveny fertőző betegségek kapcsán fejlődő esetek; tüdővészesek is gyakran szenvednek e bántalmakban. A Highmor-üregnél speciális ok gyanánt gyakran szerepelnek a felső állcsont molaris és praemolaris fogai, melyeknek carieséhez gyakran társul a sinus maxillaris empyemája. A bántalom lehet heveny és idült lefolyású.

A diagnosist anatomiai alapon kell felállitani. Az orrüregen megjelenő genyet forrásáig kell követni, csak igy tudhatjuk meg, hogy honnan jön. Az összes üregek anatomiailag két nagy csoportba oszthatók. Az első csoportba tartoznak a sin. maxillaris, a sin. frontalis és az elülső rostasejtek. Ezek szájadékai mind a középső orrjáratba nyilnak. A második csoportba tartoznak a sin. sphaenoidalis és a hátulsó rostasejtek. Ezek szájadékai mind a felső orrjáratba nyilnak. Az előbbi csoportban a geny a középső kagylótól kifelé a középső orrjáratban fog megjelenni, az utóbbi csoportban a középső kagylótól median felé, a septum és a középső kagyló között, a szagló részben kerül szemünk elé a geny. A részletesebb diagnosist azután már elég könnyű megállapitani. A Highmor-üregben levő genyet a középső vagy alsó orrjáratban végzett próbapunctio fogja kimutatni. A sinus frontalisból jövő geny mindig elülről-felülről jön lefelé; a sinus frontalis gyakran sondázható és kifecskendezhető. Jellegzetes egyébként az igen erős homloktáji fájdalom, különösen heveny esetekben. A mellső rostasejtekből jövő geny a középső kagyló mellső rétegének eltávolitása után a rostasejtek meg nyitása után tisztán látható. A sinus frontalis empyemája különben mindig együtt jár az elülső rostasejtek genyedésével (Killian, Hajek).

A hátulsó csoportban is igen gyakori a sin. sphaenoidalis empyemájánál a hátulsó rostasejtek genyedése. A sin. sphaenoidalis szájadéka néha szabadon látható, azon át az üreg sondázható és kifecskendezhető. Ha ez nem lehetséges, az egész középső kagyló, vagy még helyesebben hátulsó felének resectioja által teszszük szabadon hozzáférhetővé úgy a sinus sphaenoidalist, mint a hátulsó rostasejteket, és igy ezen üregek empyemájának kórismézése nem ütközik nagyobb nehézségekbe. A mi a gyógykezelést illeti, a heveny eseteket külön kell választani az idült esetektől. Heveny esetek gyakran maguktól gyógyulnak, avagy egyszerű gőzölésre. Heveny esetekben külső műtétekre csak a szemgödörbe, az agyüregbe, avagy kifelé való áttöréskor van szükségünk. De ilyenkor a nagyobb beavatkozásoktól sem szabad visszariadnunk. Előadónak kétszer kellett ily esetekben a koponyaüreget is megnyitni. Az egyik esetben az agytályogot megtalálta, a másikban csak a meningeális tályogot, a mélyebben fekvő agytályogot nem. Mindkét eset halálosan végződött.

Idült esetekben két feladat előtt állunk. Ha lehet, a baj gyökeres meggyógyítására kell törekednünk; ha ez nem lehetséges, akkor megfelelő levezető nyilások készitése által a geny állandó és zavartalan lefolyását kell biztositanunk.

Az előbbi eshetőség ritka, mert tulajdonképen csontos, merevfalú tályogokról van szó, melyek csak úgy gyógyulnak, ha a csontos falat mobil fallá alakítjuk át. A homloküregnél elérjük ezt a Kuhnt-féle műtéttel, mely abban áll, hogy az elülső csontos falat teljesen eltávolítjuk, nagyobb üregeknél pedig a Killian-féle műtéttel, melynél a homloküregnek elülső és alsó falát távolítjuk el és egyúttal a rostaüregeket is kitakarítjuk.

Ugyancsak gyökeres műtétnek tekinthető, a mikor körülirt rostasejt-genyedés eseteiben, ha csak egy-két üreg betegszik meg, ezeket egészen eltávolítjuk endonasális úton. Legjobban sikerül ez a középső kagylóban található csonthólyagoknál, a melyek néha valóságos empyemákat képeznek. Az előadó több ilyen esetet operált teljes sikerrel.

A Highmor-üregnél legczélszerübb a kezelést a II. praemolaris, vagy az I. és II. molaris fog alveolusán át végzett megfúrással bevezetni és rendszeres öblitések által a genyedést megszüntetni. Ha ez hónapok mulva sem sikerül, akkor a fossa caninában készitett széles résen át az üreg teljes kikaparását végezhetjük és ellennyilást készítünk a középső vagy alsó orrjáratban.

A rostasejtekhez legjobban endonasális úton férünk; a középső kagyló resectioja után azok jól megnyithatók. Hasonlóan endonasális úton férünk az iköbölhöz is, vagy a középső kagyló hátulsó részének resectiojával (Hajek), vagy pedig a középső kagyló meghagyásával a bulla ethmoidalison és a rostasejteken át, mint azt Killian ajánlja.

Tendinitis achillea traumatica 2 esete.

Gergő Imre: Mindkét eset az I. sebészeti klinika járóbetegrendelésén a napokban került észlelés alá.

Mindkét betegnél közvetlenül ugrás után a jobb Achilles-in felső fele fájdalmasan megduzzadt; a megbetegedett inrészlet a bursa subachillea táján egészen felül esik.

A gyógykezelés a láb rögzitéséből állott gyenge lólábállásban, ragtapaszkötés segélyével. Az eredmény igen jónak mondható. A fájdalmak azonnal szüntek, a betegek ismét könnyen jártak és a duzzanat apadt. Főleg az egyik esetben volt ez szembetünő, hol a fél éve fennálló bántalom ellen a beteg eddigelé többféle kezelést kisérelt meg sikertelenül. (Több hétig pihent, jódtinctura-ecseteléseket végzett, meleg fürdőket használt, lábát masszirozta tta, stb.).

Ujabban Dollinger tanár ajánlatára a kezelés még egyszerübbé vált az által, hogy a láb equinus állását, illetve az Achilles-in ellazítását a czipő sarokrészének belső emelésével érték el. Mindkét beteg jelenleg ily czipőt hord, és fájdalmuk, panaszuk nincs.

Ileocoecális invaginatio.

Winternitz M. Arnold: 2½ hónap óta fennállott ileocoecális invaginationak resectioval nyert készitményét mutatja be. Szépen láthatók az intussusceptum végén és a nyak körül keletkezett elhalás viszonyai, valamint a hüvely nyálkahártyáján az elhalt részek contact fertőzése által okozott diphtherikus fekélyek. A resekált bél hossza 80 cm. A műtétet a 6 éves gyermek jól állotta ki.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Gümőkór eseteiben a kóros góczok elmeszesedésének elősegitése czéljából mészsókat (carbonatokat és phosphatokat), valamint mésztartalmú kettedszénsavas ásványvizeket használ *Ferrier*, a mint azt a párisi „Académie de médecine" márczius 30.-án tartott ülésén előadta. Azonkivül a táplálékból kirekeszti mindazon anyagokat, a melyek calciummal nem telített savakat tartalmaznak, vagy pedig ilyen savak termelődésére vezetnek és a szervezet mész- és phorphorveszteségét növelik. *Sergent*, valamint *Rénon* szintén dicsérően nyilatkozott ezen gyógyitásmódról; az utóbbi szerint a mészégetéssel foglalkozók között a gümőkór ismeretlen betegség.

Az „Anker" élet- és járadékbiztositó társaság Bécsben április 11.-én tartotta 47. rendes közgyülését gróf Prokesch Osten Antal úr elnöklete alatt. Mint a számadási jelentésből kitünik, az 1905. évben 8876 ajánlat nyujtatott be 53.055,355 K tőkére és 124,241 K járadékra és 7280 szerződés 43.636,027 K tőkére és 123,470 K járadékra létesittetett. A halálesetre nyereményosztalékkal biztositottak mint nyereményosztalékot az „A" osztalékterv régi részesedési mód szerint 25%-át, új részesedési mód szerint 20%-át a „B" osztalékterv (emelkedő osztalék) szerint pedig a biztositás tartama arányában az évi díj 30, 27½, 25, 22½, 20, 17½, 15, 12½, 10 és 9% kapják. Magyarországon 1906-ban 6331 biztositott fél 174,395.97 K-t kap ezen módozatok szerint nyereményosztalék fejében kifizetve. A társaság összes vagyona 168,431.475 K. Ebből Magyarországon 23.421,109.08 K van elhelyezve és pedig magyar értékpapirokban 10.729.418 K, ingatlanban (társasági ház Budapesten) 1.063,768.80 K, jelzálogkölcsönökben 11.278,085.16 K, követelés

bankoknál 49,836.52 K, letétek 300,000 K. Összesen 23.421,109.08 K. A részvényeseknek osztalék és felülosztalék gyanánt 400,000 K osztatik ki ; az elélés és halálesetre nyereményrészesüléssel biztositottak osztalékalapja javára 212,000 K utaltatik, s a rendkivüli tartalékok emelésére 165,000 K fordittatik. Az 1905. évben a nyereséggel biztositottak között és az esedékes kölcsönös túlélési csoportbiztosítások után 938,130 K nyereségrészesedés fizettetett ki. Az 1905. évi részvényszelvény a társaság bécsi és budapesti pénztáraínál április 12.-től kezdve 200 K-val váltatik be.

Az Első Leánykiházasító Egylet m. sz. Gyermek- és életbiztositó intézete Budapesten, VI., Teréz-körút 40—42. sz. Alapittatott 1863. Folyó év április havában 1.411,000 k. értékü biztositási ajánlat nyujtatott be és 1.228,600 k. értékü új biztositási kötvény állittatott ki. 1906 január 1-től április 30-áig bezárólag 5.550,300 k. értékü biztositási ajánlat nyujtatott be és 4.826,900 k. értékü új biztositási kötvény állittatott ki.

PÁLYÁZATOK.

10482/1906. szám.

Somogy vármegye kaposvári közkórházánál évi 1000 korona törzsfizetés, lakás, fütés, világitás és teljes ellátással, bent lakás kötelezettsége mellett rendszeresített **alorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok

A pályázni kivánókat felhivom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 63. §: 3. bekezdésében előirt minősitésüket, valamint eddigi alkalmaztatásukat és életkorukat igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket, Somogy vármegye főispánjához czimezve, hozzám **f. évi junius hó 6.-ig** mint záros határidőig nyujtsák be.

Megjegyzem, hogy ha orvostudori oklevéllel biró egyén nem jelentkeznék, azon esetben belügyministeri jóváhagyástól feltételezetten szigorló orvossal is be fog az állás ideiglenesen töltetni. A kinevezés ideiglenesen és 2 évre történik.

Ezen állásra csak nőtlen orvos pályázhatik. Magángyakorlat megengedve nincs ; végül az inspectiós szolgálatot az alorvosok felváltva teljesitik.

Kaposvár, 1906. évi május hó 15.-én.

Sárközy Béla, alispán.

Pozsony vármegye nagyszombati nyilvános jelleggel felruházott kórházánál lemondás folytán üresedé be jött **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: 1200 kor. fizetés, lakás, fütés, világitás, élelmezés (vagy 730 kor., mint utóbbinak ellenértéke). Pályázni kivánókat felhivom, hogy minősitettségüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényöket Bittó Dénes dr., Pozsony vármegye főispánjához czimezve, hozzám legkésőbb **1906. évi május hó 31.-ig** nyujtsák be.

Szigorló orvos is pályázhatik. Nyelvismeret közlése kivánatos.

Nagyszombat, 1906. május 15.

Pozsony vármegye nyilv. jellegü kórházának igazgatója.

787/1906. szám.

Az elhalálozás folytán megüresedett almás-kamarási **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A körorvos székhelye Almás-Kamarás s ide tartozik még Nagy-Kamarás község, melyet a körorvos hetenként kétszer tartozik látogatni.

A körorvos javadalmazása 1400 korona törzsfizetés, 200 korona lakbér és 164 korona fuvarátalány. A látogatási díj nappal 40, éjjel 80 fillér.

Pályázni szándékozók felhivatnak, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket hozzám **junius 5.-ig** nyujtsák be.

A választást junius 6.-án d. u. 4 órakor fogom megtartani.

Elek, 1906. évi május hó 14.-én.

Mladin Miklós, főszolgabiró.

Az alsó-visti **körorvosi** választást 1906. évi május hó 27.-én d. u. 3 órára halasztottam el.

Alsó-Árpás, 1906. évi május hó 10.-én.

Urdea, főszolgabiró.

1001/1906. ig. szám.

A pécsvárosi közkórháznál megüresedett **2 másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az állások javadalmazása egyenként 1200 kor. fizetés és I. oszt. élelmezés. A kórh. alapszabályzat 47. §-a értelmében a másodorvosok ideiglenesen két évre neveztetnek ki, mely idő az igazgató előterjesztésére egy évvel meghosszabbitható. Oly másodorvosok, kik ezen idő alatt kiváló szakértelmet, rátermettséget, rendkivüli szorgalmat tanúsitottak, a főispán által, a kórházigazgató meghallgatásával, illetve annak előterjesztésére véglegesithetők.

Felhivom a pályázni kivánó orvostudorokat, hogy az 1876. évi XIV. t.-czikkben előirt minősitésüket igazoló okmányaikkal felszerelt és méltóságos Erreth János úrhoz, Pécs szab. kir. város főispánjához czimzett pályázati kérvényüket nálam legkésőbb **folyó évi május hó 30.-ig** nyujtsák be.

Pécs, 1906. évi május hó 14.-én.

2—1 *Kórházi igazgatóság.*

5813/1906. szám.

A lipótmezei m. kir. állami elmegyógyintézetnél egy **másodorvosi állás**, a mely 1200 korona évi fizetés, I-ső osztályú élelmezés, egy butorozott szobából álló szabad lakás, továbbá fütés és világitás élvezetével van egybekötve, két évi időtartamra betöltendő.

Felhivatnak azon orvostudor urak, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy egy koronás bélyeggel ellátott, s keresztlevél vagy születési bizonyitvány, továbbá orvostudori oklevél és eddigi alkalmaztatásukról szóló egyéb okmányokkal felszerelt s a Nagyméltóságú m. kir. belügyminister úrhoz czimzett folyamodványaikat **1906. évi május 30.-áig** az alulirt igazgatóságnál nyujtsák be.

Budapest, 1906. évi május hó 10.-én.

A budapest-lipótmezei m. kir. állami elmegyógyintézet igazgatója.

2805/1906. szám.

Szeged szab. kir. város hatóságánál üresedésben levő Szeged felsőközponti II. kerületi, esetleg megüresedő még egy külterületi **tisztiorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az 1886. évi XXI. t.-cz. 80. §-a értelmében főispáni kinevezés útján élethossziglan betöltendő ezen külf. t. orvosi állások mindegyikével 1600 kor. évi fizetés 800 kor. évi napidij és fuvarátalány, 4 szoba, előszoba és mellékhelyiségekből álló természetbeni lakás, istálló, kocsiszin, jégverem és 2 hold föld használata, valamint magángyakorlatra való jogosultság van egybekötve. A kinevezendő tiszti orvos a szabályszerű szolgálati idő leteltével a t. nyugdijalap részese.

A szegényeket ingyen tartozik gyógykezelni, a fizetőképesektől ellenben a 132/901. sz. kgy. határozattal alkotott s kormányhatóságilag jóváhagyott szabályrendeletben megállapitott dijakat szedhet.

Felhivom mindazokat, a kik a t. orvosi állásokat elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. által előirt t. orvosi minősitettségüket, esetleg eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt folyamodásukat Szeged város főispáni hivatalához, városháza I. emelet **f. é. május hó 29. napjának déli 12 órájáig** nyujtsák be. Ezen határidőn túl elkésve érkező folyamodások figyelembe nem vétetnek.

Szeged, 1906. május 12.-én.

2—1 *Lázár György* dr., polgármester.

2371/1906. szám.

Hódmezővásárhely város nyilvános jellegü kórházánál rendszeresitett **alorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok.

A betöltendő alorvosi állás 1500 korona azaz egyezerötszáz korona évi fizetéssel s egy szobából álló természetbeni lakás, továbbá fütés, világitás és első osztályú élelmezéssel van egybekötve.

Felhivatnak azért mindazok, a kik pályázni óhajtanak, hogy az 1883. évi I-ső t.-cz.-ben előirt elméleti és gyakorlati képzettségüket, életkorukat, egészségi állapotukat, erkölcsi magaviseletüket s esetleges előbbi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket a **folyó év május hó 26. napjának délutáni 5 órájáig** a polgármesteri hivatalhoz nyujtsák be, illetve küldjék meg.

A kinevezés két évi időtartamra szól, s az osztályos orvos ajánlatára egy-egy évre meghosszabbitható. Magán gyakorlat nincs megengedve. Az állás a kinevezési okmány kézhez vételétől számitott 8 napon belől elfoglalandó.

Hódmezővásárhelyen, 1906. évi május hó 10.-én.

2—1 *Juhász Mihály*, kir. tanácsos, polgármester.

1951/1906. szám.

Arad vármegye pécskai járáshoz tartozó Szemlak községben üresedésbe jött **községi orvosi állás** választás útján leendő betöltésére határidőül f. évi május hó 31. napjának d. e. 9 óráját Szemlak községházához kitüzöm.

Az állás javadalmazása 1600 korona évi fizetés, 40 fill. nappali és 80 fill. éjjeli látogatási dij.

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

Pécska, 1906. évi május hó 12.-én.

2—1 *Senk Ferencz*, főszolgabiró.

1562/1906. szám.

A Szurdok község székhelylyel rendszeresitett **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhivom ezen okból mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143., illetve az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám folyó évi junius hó 5.-ig annyival inkább nyujtsák be, mert a később beérkezetteket figyelembe venni nem fogom.

Az orvosi körbe: Batiza, Barczánfalva, Disznópatak, Glód, Mikolapatak, Nánfalva, Rozália, Sajó, Sajómező, Izasópatak, Szurdok és Váncsfalva község van beosztva.

A körorvos javadalmazása 1460 kor. fizetés és 200 kor. úti átalány, a mely előleges havi részletekben szolgáltatik ki.

A körorvos köteles községeit havonként 2-szer látogatni, a vagyontalan betegeket ingyen gyógykezelni, és ezzel szemben jogosult a vagyonos betegek gyógykezeléséért nappal 60 fillér, éjjel 1 korona dijat felszámitani és a batizai gyári betegsegélyző pénztári orvosi állással egybekötött teendőket a megállapitandó dijazás mellett ellátni.

A választást Szurdokon, a községházánál **folyó évi junius hó 7.-én d. e. 10 órakor** fogom megtartani

A megválasztott körorvos állását 8 nap alatt elfoglalni köteles.

Dragomérfalva, 1906. évi május hó 10.-én.

2—1 *Solcz Béla*, főszolgabiró.

A szekszárdi „Ferencz“ közkórházban egy **alorvosi állás** megüresedvén, felhivatnak az arra pályázni óhajtók, hogy eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat **folyó évi junius hó 1.-ig** méltóságos gróf Aponyi Géza úrhoz, mint Tolna vármegye főispánjához czimezve, alulirott kórház igazgatóságánál nyujtsák be.

Az alorvos javadalmazása 1200 korona évi fizetés, teljes ellátás, lakás a kórházban, fütés és világitással, a kinevezés 3 évre történik s csak nőtlen orvostudorok pályázhatnak.

Az itt töltött alorvosi szolgálat a kötelező orvosi gyakorlatnak beszámittatik.

Szekszárd, 1906. május hó 9.-én.

2—1 *Tanárky Árpád* dr., igazgató-főorvos.

227/1906. szám.

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

Ezen állás évi 1600 korona fizetéssel, két szobából álló butorozott lakással, fütés és világitás élvezetével javadalmaztatik.

Felhivom mindazon orvosdoktorokat, a kik legalább két évi gyakorlatot kimutatni képesek, hogy szabályszerüen felszerelt, Csik vármegye főispánjához czimzett kérvényeiket 1906. évi **május hó 31.-ig** alantirt igazgatóhoz küldjék be.

Gyergyó-Szentmiklós, 1906. évi május hó 5.-én.

2—2 *Dobribán Antal* dr., kórházi igazgató.

1902/1906. szám.

Alsófehér vármegye kisenyedi járásában a **vingárdi körorvosi állás** Vingárd község székhelylyel üresedésben lévén, arra pályázatot hirdetek.

Az egészségügyi körhöz 6 község tartozik 8242 lakossal.

A körorvos évi javadalmazása havi előleges részletekben fizetendő 1700 kor. fizetés és 300 kor. utazási átalány.

Hivatalos kiszállásokkor a kör székhelyén kivül egy vényért 1 kor. dij szedhető és ugyanannyi szedhető a kör székhelyén.

Hivatalos kiszállásokon kivül 2 kilometeren túl kilometerenként 30 fill. fuvardij vagy természetbeni fuvar követelhető és azonfelül nappal 2 kor., éjjel 4 kor. rendelési dij számitható fel.

Mütétekért az érvényes dijszabályzat legkisebb tétele igényelhető. A megválasztandó körorvos kézi gyógyszertár tartására fel lesz jogositva.

Ötvenedik évfolyam. 21. szám. *Budapest, 1906. május 27.*

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.

Bókay János: A tubus-bevezetés technikája az O'Dwyer-féle eljárásnál. 563. lap.

Flesch Ármin és Schossberger Sándor: Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekkórházból. (Igazgató: Bókay János dr., egyetemi tanár.) A gyermekkori szivburokösszenövés leggyakoribb alakjának kórjelzése és lényege. 567. lap.

Pólya Jenő Sándor: Az epekövek kórtanának mai állása és az epekőbetegség sebészi kezelésének javalatai. 568. lap.

Tárcza. Grósz Emil: Elnöki beszéd a XII. szünidei orvosi crrsus megnyitó ülésén. 571. lap. — **Temesváry Rezső**: Titkári jelentés a XII. szünidei orvosi cursus megnyitó ülésén. 572. lap. — **Haberern J. Pál**: A német sebésztársaság, a német Röntgen-társulat és a német orthopaed-sebésztársaság ez évi congressusa. 573. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Hugo Magnus:* Die Volksmedizin, ihre geschichtliche Entwickelung und ihre Beziehungen zur Kultur. 574. lap. — *K. Ewald:* Albert's Diagnostik der chirurgischen Krankheiten. 574. lap. — *Lapszemle. Belorvostan. Hirschfeld:* Az arteriosclerosis és a vesegyuladások közötti viszony. — *Holmgren:* Az Ehrlich-féle diazoreactio prognostikai értéke tüdőgümőkórban. — *Labbé:* A gümőkórosak anaemiája. — *Classen:* Tussis convulsiva súlyos esete felnőttben. — *N. Raw:* Endocarditis maligna. — *Arneth:* A gyomornedv viselkedését chlorosis eseteiben. — *Orlovsky:* A chlorbaryum használata szivbajokban. — *Általános kór- és gyógytan. Simrock:* A czukor kimutatása a vizeletben. — *Sebészet. Lennander:* A hasban érzett fájdalmak. — *W. H. Bennet:* Az appendicostomia. — *B. J. Busfield:* Bilharziosis az appendixben. — *Carrel* és *Guthrie:* A vérkeringés megfordításáról valamely végtagban. — *Maynard Smith:* Duodenum-átfúródás. — *Lejars:* A typhlitisről és perityphlitisről. — *Willems:* Kiterjedt pleura összenövések esetén thoracotomia. — *Gyermekorvoslás. Bloch:* Paedatrophia. — *Hamburger:* A mellhártyagyuladmány eseteiben észlelhető paravertebralis tompulat és feltisztulás. — *Anatomia. E. Hardmann:* Az agyvelő súlyáról. — A nyak szemölcsszerű függelékeiről. — *Idegkórtan: Hübner:* A prostituáltak tabesének és dementiájának kérdése. — *Machado:* A Basedow-kór pajzsmirigyelmélete. — *Kaiserling:* Idegesség női bajok műtevése után. — *Hügyszervi betegségek. S. Askanazy:* A haematuriáról — *J. de Arrese:* Az incontinentia urinae idiopathica. — *H. Kümmel:* A hypertrophia vagy carcinoma miatt végzendő prostataműtétek. — *Bőrkórtan. F. R. Paulus:* A favus klinikája. — *Joseph:* A „javol" nevű titkos szer veszedelmeiről. — *Venereás bántalmak. Dreyer* és *Toepel:* Spirochaeta pallida a vizeletben. — *Roorda Smit:* Az agyvelő syphilises betegségéről. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Olshausen:* Pruritus vulvae. — Végbélhurut. — Tüdőgümőkóros betegek hasmenése. — *Dunlop:* Eklampsia kezelése. — *Mendelsohn:* Szivdobogás. — *Gasiorowsky:* Sorisin

Magyar orvosi irodalom. Budapesti orvosi ujság. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. 580. lap.

Vegyes hirek. Rovás. — Kinevezés. — Adományok a Semmelweis-emlékserlegre. — A „Stefánia-gyermekkórházegylet" közgyülése. — A budapesti poliklinika kimutatása. — A kolozsvári egyetem klinikáinak és a „Karolina" országos kórház kimutatása. — Megjelent. — Meghalt. — Kisebb hirek külföldről. — A spárga tápláló értékéről. — A világ két legnagyobb jövedelmű orvosa. — Pályázatok. — Hirdetések. 580. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. Orvosegyesület. 582. lap. — A Budapesti kir. orvosegyesület orr- és gégészakosztálya. 585. lap. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. 585. lap. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 585. lap.

Mellékletek. *Friedrich Vilmos* és *Jurkiny Emil* dr.-ok: A gümőkór nagy városokban (statistikai alapon) tekintettel Budapest ipari lakosságára. — Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning czég Tussol prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

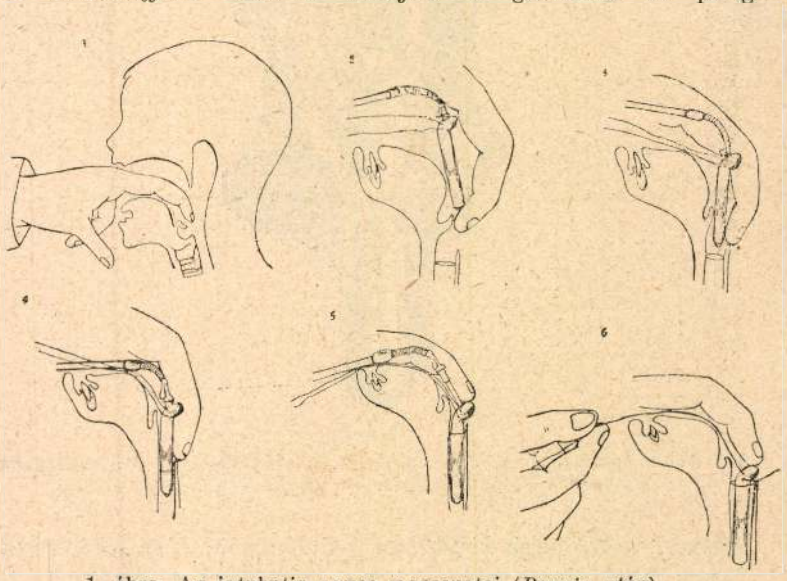
A tubus-bevezetés technikája az O'Dwyer-féle eljárásnál.

— Klinikai előadás. —

Bókay János dr. egyet. ny. rk. tanártól.

Uraim!

Hogyan végezzük az intubatiót az *O'Dwyer*-féle eszközzel? A felső légútstenosis súlyos tüneteit mutató gyermeket az ápoló ölbe veszi s ülő helyzetben a műtővel szemben helyezkedik el. Az ápoló a gyermek lábait a saját lábai közé veszi s egyik kezével a beteg két kezét rögzíti a beteg törzse mellett, a másik kezével pedig a gyermek fejét tartja a vertikális síkban, az által, hogy a tenyerét erősen a gyermek homlokára illeszti. A segéd az etui terpesztőjével a bal szájzugból kellőleg terpeszti a beteg száját, mire megkisértjük a tubus bevezetését. Kikeressük a fémscála segélyével a beteg korának megfelelő tubust, felszereljük megfelelő mandrinjével, a tubus cravattján a lyukon keresztül középvékonyságú erős, körülbelül 0·60 m. hosszú selyemfonalat húzunk, melyet két végén összecsomózunk[1] s a tubust a mandrin folytatását képező sonda segélyével beillesztjük az intubatorba. Bal kezünk mutatóujját erre mélyen bevezetjük a garatűrbe s előtoljuk a gégebemenetig. Az epiglottist meggörbített ujjunk hegyével felkeressük s megtalálva, ujjunk hegyével elemeljük s előre, a nyelv gyöke felé vonva, szabaddá teszszük az aditus laryngist (lásd 1. ábra). A tubust az intubator segélyével, melyet úgy markolunk meg jobb kezünkkel, mintha pisztolyt fognánk, bal mutatóujjunk mentén vezetjük a garatűrbe és pedig

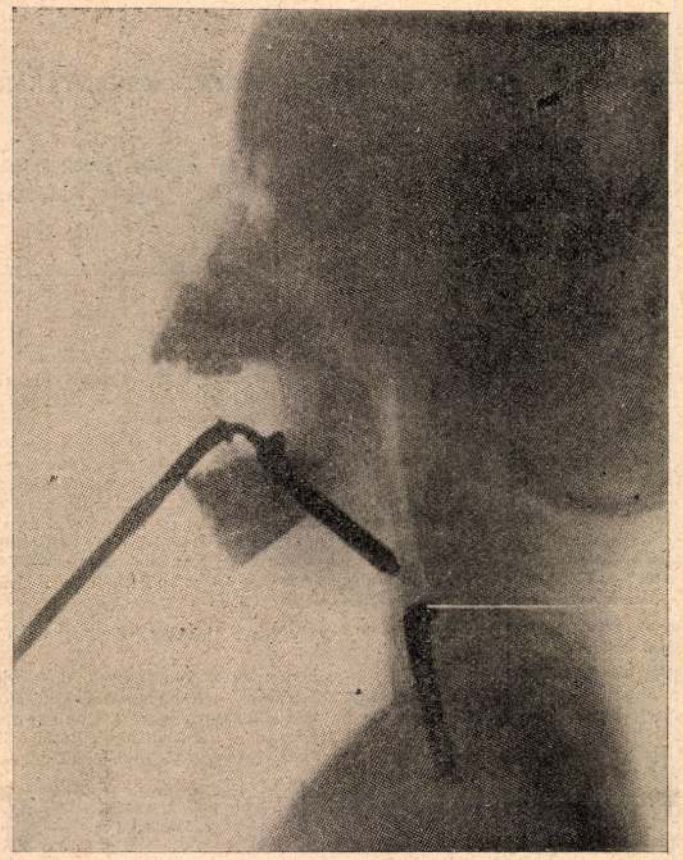


1. ábra. Az intubatio egyes mozzanatai (*Bonain* után).

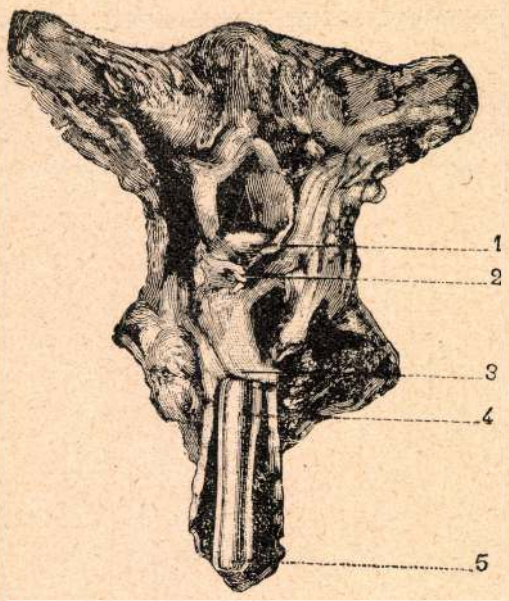
olykép, hogy a tubus előtolása közben mindaddig, a míg vége a garat hátulsó falzatát meg nem közelíti, az intubator fogantyúját a beteg törzsével lehetőleg párhuzamosan tartjuk. Erre az intubatort a vertikális síkból a horizontális síkba s kissé azon túl emeljük, miáltal a tubus szabad vége a gége fölé kerül. A tubus

[1] *Schlatter* (1892) azt ajánlja, hogy a fonál már a tubus cravattja felett csomóztassék, hogy azon esetben, ha a fonál egyik szárát a beteg átrágja, a másik fonálvég az extubatiokisérletnél ne csúszhassék át a cravatt nyilásán.

szabad végét ekkor mutatóujjunk hegye mellett vagy előtt a hangszalagok közé toljuk a fogantyú csekély sülyesztése mellett s az intubator villás készülékének előtolása által felszabadítva mandrinjétől, az így szabaddá tett tubust bal mutatóujjunk hegyével, melylyel eddig az epiglottist rögzítettük, letoljuk a gégébe a tubus cravattjáig (lásd 2—3. ábra). A tubus bevezetésének



2. ábra. (*Northrup* után.)



3. ábra.

1. = tubus cravatt, 2. = ary-dudorok, 3. = cricoideális gyűrű alsó széle, 4. = tubus hasas domborodása, 5. = tubus-vég. (*Bayeux* után.)

gyorsan, enyhén, tehát *kiméletesen* kell történnie. *O'Dwyer* s *Dillon Brown* megkívánja, hogy a tubus beillesztése a gégébe *5—10 másodpercznél hosszabb időt ne vegyen igénybe* [1]

Hogy *sikerrel,* tehát *jól* intubálhassunk, természetesen nemcsak alaposan tájékozva kell lennünk a műtői eljárás felől, hanem már előzőleg törekednünk kell arra, hogy a *műtétet begyakoroljuk* s ne a fuladással küzdő betegnél tegyük meg az első gyógykisérletünket.

Begyakorlásra *O'Dwyer* és társai már alapvető közleményükben a hullán való kisérletezést ajánlották; később *O'Dwyer* azt tanácsolta, hogy kisebb állatokon, így macskán vagy kutyán tegyük meg első kisérleteinket s csakis ily begyakorlás után nyúljunk műszerünkkel stenotikus beteghez. *Schlossarek* (Bécs) és *Heubner* tanár phantomja szintén alkalmas lehet arra, hogy az eljárást betanuljuk; *Schlossarek* phantomját azonban nem tartom jónak azért, mert nagyon tömött kaucsukból készülvén, a phantom gégéje csak nagy erő kifejtésével intubálható s így a kezdőt erőszakos bevitelhez szoktatja. Nézetem szerint legjobb, ha nem stenotikus élő egyénen, kórházi gyakorlatban — ha kéznél van — *tracheális sipolylyal (gégemetszés utáni fistulával)* biró betegen végezzük *első* kisérletünket, melyet jó, ha megelőz *a gégének a szájürön keresztül történő palpatiojában való gyakorlás (epiglottis és ary-dudorok kitapintása s a gégefedő elemelése).*

4. ábra.

A tubus bevezetés alatti helyzete a betegnek. (*Variot* után.)

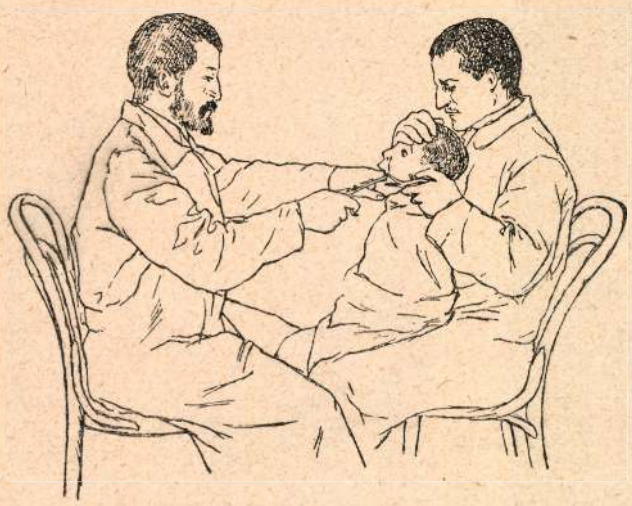
Én az intubatiót, melyet előzőleg mástól sohasem láttam, gégefistulás gyermeken tanultam meg, magam hullán sohasem gyakoroltam, s kórházi segédeimet, valamint mindazokat ügytársaim közül, kik az *O'Dwyer*-eljárás begyakorlása czéljából felkeresték kórházamat — s ezek száma ma már eléggé tetemes —, úgy vezettem be az intubatio technikájába, hogy először a gége tapintásában gyakoroltattam be őket s csak azután végeztettem velök kellő felügyelés mellett az első kisérleteket javulófélben levő stenotikus betegeken.

„Nincsen tévesebb felfogás — mondja *O'Dwyer* — mint az, hogy a tubus élő egyén s még hozzá stenotikus beteg gégéjébe könnyen bevezethető; ha valaki intubatiót lát gyakorlott műtőtől, könnyen esik eme tévedésbe s adandó alkalommal elcsábíttatja magát és merészen, előzetes gyakorlat nélkül teszi meg az első kisérletet. Ezen kisérlet azonban, mely rendszerint sikertelen leend, csakhamar meggyőzi őt tévedéséről.“ *Waxham* szerint: „hogy igazán kielégítő eredményt érhessünk el, a műtétet csak olyanok végezzék, kik különös képesség és alapos begyakorlás után azt gyorsan, ügyesen és gyengéden képesek végrehajtani“, s hogy *gyorsan, ügyesen* és *gyengéden* operálhassunk, erre az előzetes gyakorlás okvetlenül szükséges. A mily könnyen sikerül a műtét annak, ki azt előzetesen begyakorolta, oly nehéz lesz a tubus bevezetése annak, ki a műtétet gyakorlati és theoretikus készültség nélkül kisérti meg, s találóan jegyzi meg *Dillon Brown,* hogy „nem ismerek brutálisabb és visszataszítóbb sebészi beavatkozást, mint az ügyetlen egyén intubatio-kisérletét“.[1]

[1] Sikeres intubationál, mint azt *Ganghofner* is megjegyzi, apnoe, mint légcsőmetszés után, nem észlelhető.

[1] A fent elmondottakat tekintetbe véve érthetetlen előttem az, hogy *Kohts* tanár a Handb. der Physikal. Therap. czimű műben (Theil II. Bd. I. Leipzig, 1902.) az intubatiós eljárás érzékitésére oly ábrát mellékel czikkéhez, hol ápoló testvér (!!) operál.

Arra, hogy a tubust könnyedén bevezethessük a gégébe s hogy a felső légutak a tubus bevezetése alatt traumát ne szenvedjenek, mindenekelőtt fontos a beteg elhelyezése. A beteg ülve, k sebb gyermek, mint fentebb láttuk, az ápolónő ölében ülve foglal helyet a műtővel szemben. Az ápoló a beteg törzsének két oldalán a kezeket erősen tartja s a segéd, ki a *O'Dwyer-Denhard*-féle szájterpesztőt kezeli, a fejet egyenes helyzetben rögzíti[1] (lásd 4. ábra). Én műtéteimnél rendszerint oly magasságú széken ülök, mint a velem szembenülő ápolónő (lásd 5. ábra). *Northrup* (lásd 6—7. ábra) álló helyzetben intubál; *Marfan, Variot, Sevestre* szerint a műtő alacsonyabban üljön, mint a beteg (lásd 8. ábra), *Perez Avendano* szerint pedig kissé magasabban. Az erős szájterpesztés szükségessége kitetszik a mellékelt ábrából (lásd 9. ábra), ha szemügyre veszszük az erősebb vonallal kihúzott *bucco-*



5. ábra. (Trumpp után.)

6. ábra. A tubus megközelíti a gégebemenetet (*Northrup* után).

pharyngeális átlókat (conduit bucco-pharyngo-laryngien) és tekintetbe veszszük, hogy az intubatorra a tubus körülbelül derékszögletben van rögzítve s így a horizontális síkon kissé túl kell emelnünk az intubator fogantyúját, hogy a tubus vége a larynxbemenet fölé kerüljön, a mi természetesen csak akkor végezhető, ha a száj *ad maximum* ki van terpesztve. A fogantyú túlságos megemelése *kerülendő*, mert *Rabot* hullakisérletei szerint beállhat az *álútkészítés* lehetősége, különösen ha túlságos erővel igyekszünk bevezetni a tubust.

Heubner, mint azt *Cartens* czikkében (1894) olvassuk, a vezetése alatt álló klinikán a tubus bevezetését olykép eszközölteti, hogy a beteg ágyban fekve rögzíttetik. *(Cartens: „Der Arzt kniet mit dem rechten Beine auf der rechten Bettkante und kann dann die Intubation gut ausüben“). E. G. Bryant, Casselberry* (Chicago) s *Louis Fischer* (N.-Y.) hasonlókép előnyt adnak a *„dorsális módszer“-nek* (lásd 10—11. ábra). Nézetem szerint azonban könnyebben intubálhatunk, ha *O'Dwyer* ajánlata szerint ülőhelyzetben rögzíttetjük a beteget, s különösen tartok attól, hogy a betegnek fekvő elhelyezése mellett az intubator fogantyújának kellő megemelése nehezen megy végbe, ezért a tubus bevezetése nehezebb lesz s a bevezetés momentumában a beteg inkább ki van téve az intubatiós traumának.[1]

A műszer kiválasztása, nevezetesen a megfelelő tubusnak kiszemelése, pontosan kell hogy történjék; a műtét előtt győződjünk meg arról, hogy az intubator jól működik-e, hogy a tubus mandrinjének izülete nem hibás-e? *O'Dwyer* különösen hangsúlyozza annak szükségességét, hogy az obturator vége *jól fedje* a tubus alsó nyilását, mert ha az obturator gombos vége nem jól illeszkedik a tubusvéghez, az éles szélek fedetlenül maradnak és sérteni fogják a szöveteket, mialatt a szűkült hangrésen keresztül hatolnak.

Mindenesetre nagy fontosságú az intubationál, hogy a műszereket *steril* állapotban (kifőzés szódaoldatban) vegyük használatba; részemről, ha kórházi viszonyaim megengedték volna, szíve-

7. ábra. A tubus beilleszkedik a gégébe (*Northrup* után).

sen követtem volna *Edwin Rosenthal* (Philadelphia) példáját, ki az aranynyal bevont bronztubusokat minden használat után újból aranyoztatta (egy-egy aranyozás 75 centbe = 3·50 koronába kerül). A diphtheria-gyakorlatban ma használatos ebonit-tubusok is természetesen minden használat előtt kifőzendők s ezt annál inkább meg lehet tenni, mert a kifőzés által a tubus-felület simasága egyáltalában nem szenved kárt.

A tubus behelyezése előtt ajánlatos a garatűrt valamely antisepticummal, pl. 4%-os bórsav-oldattal kimosni (a franczíák *„lavage antiseptique“*-je); ajánlatos ezen eljárás, mert ezáltal is megközelítjük a modern értelemben vett *sebészi* tisztaságot; a legtöbbször azonban sajnálatunkra ezen eljárást nem alkalmazhatjuk, mert vesztegetni való időnk nincsen, de másrészről, mert félünk attól, hogy a fennáló, már súlyos fokú stenosist ily művelet által (*„irrigation pré-operatoire“*) csak fokozzuk. *E. Rosenthal* (Philadelphia) intubatio előtt spray t alkalmaz 30%-os hydrogenium hyperoxydatummal. Az így keletkezett hab csúszóssá teszi a tubust, úgy hogy könnyen becsúszik a gégébe, vagyis az intubatio művelete jelentékenyen meg van könnyítve. Ujabban (1903) *Rosenthal* a hydrogenium hyperoxydatumot elhagyta, mert utólagos

[1] *Burt Russel Shurly*: „held as if hung from the head“.

[1] Három év óta *Ganghofner* klinikáján (Prága) rendszerint a beteg fekvő helyzetében végezik a műtétet, míg azelőtt a beteget ülő helyzetben operálták s a műtő álló helyzetet foglalt el. *Marfan* (1905) mindazon esetekben, midőn croup-betegek az asphyxia igen előhaladt szakában kerülnek az intubáló orvos elé, czélszerűbbnek tartja, ha dorsalhelyzetben végezik az intubatiót.

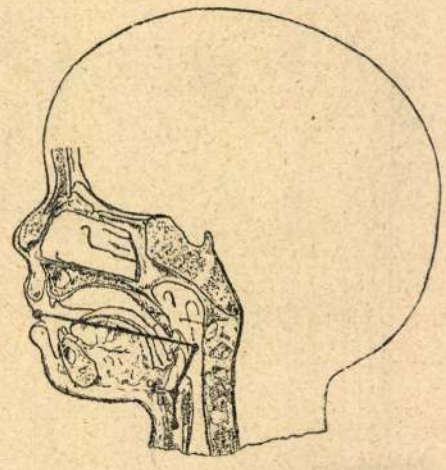
oedemától tart, s a prolongált intubatiotól fél. Egyes intubatorok menthol-olajba mártják a tubus végét, hogy az könnyebben átcsúszszék a rima glottidison. A francziák azon ajánlatát, hogy valamely antiseptikus oldattal megitatott gyapot-tamponnal a gégebemenetet is letöröljük műtét előtt (*Gillet*: Acid. carbol., Cocain. hydrochlor. āā *1·0*, Aqu. dest. *10·0*), részemről nem tartom szükségesnek. *Ferroud* kivételes esetekben, ha igen izgékony gyermekkel van dolga a műtőnek, nehány csepp chloroform belégeztetését ajánlja.

Tubusbevezetés előtt a gégét, az aryepiglottikus redőket, az aryporczokat s az epiglottist *jól* ki kell tapintanunk, a gégefedőt a *nyelv gyökéhez pontosan* oda kell húznunk, mert hogyha az epiglottis nincs jól rögzítve, a tubus vége könnyen beleakad a glosso-epiglottikus redőkbe s nagyobb erőszak kifejtése mellett a tubus perforálhatja ezen redőket. (*Variot* egy esete.)

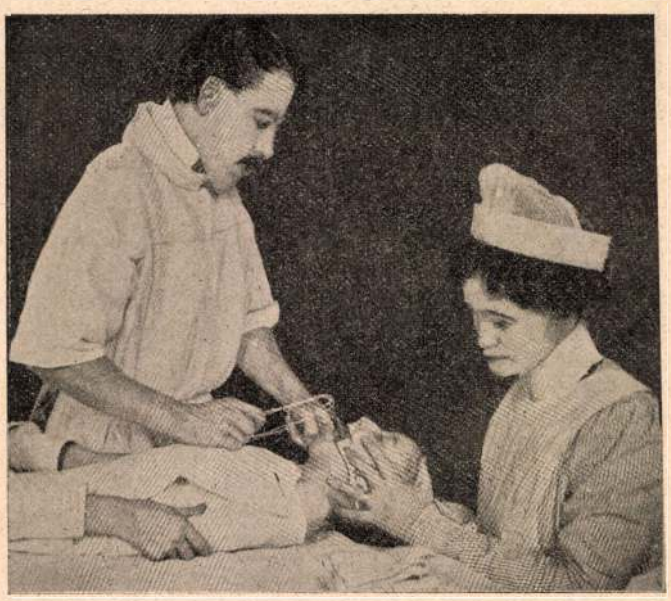
A tubus bevezetése pontosan a középvonalban kell hogy történjék (*Fr. Huber, 1887: „The instrument should be worked in the median line“*) s ha a bevezetés kezdetén a középvonaltól el is kell térnünk, később, midőn a tubusvég már megközelíti a gége bemenetét, tehát midőn a fogantyút a vertikális síkból a horizontálisba emeljük, vissza kell térnünk a középvonalba, nehogy a tubus beleakadjon az aryepiglottikus redőkbe, vagy bejusson a *Morgagni*-tasakokba. *Ferroud* idevonatkozólag a következőket mondja: „tapasztalataink alapján állíthatjuk, hogy ezen szabályt szószerint betartani jóformán lehetetlen; leggyakrabban az elődomborodó nyelv és a bal mutatóujj helyzete arra kényszerítik a műtőt, hogy kezdetben a jobb oldalon vezesse a szájürbe eszközét; a mikor azonban a tubus vége a glottis magasságába jutott, a középvonalba kell azt hoznia“. (L'intubation du larynx). Kezdők különösen könnyen belekerülnek a lig. glosso-epiglottic. med. oldalán a nyelvgyök s az epiglottis között fekvő valleculákba. Megjegyezzük e helyen, hogy *Galatti* hullavizsgálatai szerint gyermekeknél a *Morgagni*-tasakok szükebb nyilással birnak ugyan, de aránylag mélyebbek mint felnőtteknél. *Burt Russel Shurly* szerint legjobb, ha a tubusbevezetést mély inspiratio alatt végezzük.

Szem előtt tartva a bevezetés momentumában keletkezhető traumákat, fontos, mint azt *O'Dwyer* ismételten hangoztatta, hogy a tubusnak felszabadítása mandrinjétől *ne túlkorán* történjék, vagyis csak akkor toljuk le a tubust a villával, midőn a mandrinnel ellátott legömbölyített tubusvég a glottison már keresztülhatolt, mert ellenkező esetben a tubusvég éles széle a nyálkahártyának erősebb laesioját okozhatja. Ezen oknál fogva azon intubatiós műszereket, melyeknél a tubus pince segélyével vitetik

8. ábra. (Egy francziа festmény reproductioja.)



9. ábra. A bucco-pharyngo-laryngealis átló.

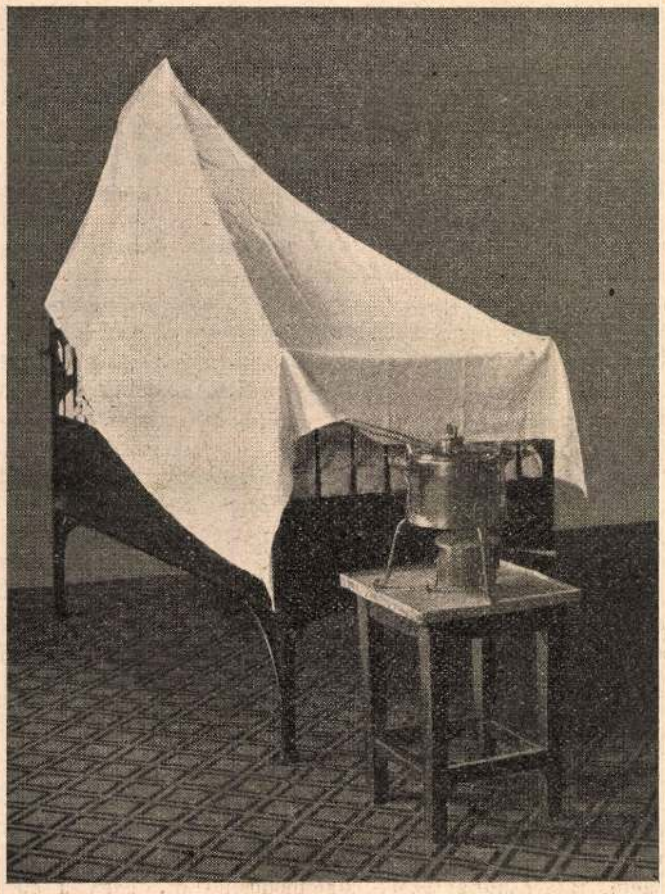


10. ábra. Tubus-bevezetés (*Northrup* után).

11. ábra. Tubus-beillesztés (*Northrup* után).

a légutakba (franczia és olasz müszerek), nem is tarthatjuk ideálisoknak.

A tubusvezetésnek mint már fentebb említettük, *gyengéden*, nagyobb erőszak nélkül kell történni; mint *Hugues* mondja: „gyengéden hatoljunk át a glottison"; *Ferroud* szerint: „kiváló gyengédséggel dolgozzunk:" *Trumpp* szerint: „az eszközt könnyedén kell kezünkben tartani s oly gyengéden kezelni, mintha fogantyúja törékeny üvegből volna készítve"; ha oly esettel találkozunk, hol erősebb subglottikus beivódás folytán a kornak megfelelő nagyságú tubus nem vezethető be, a tubus bevitelét ne erőltessük, hanem kisebb számú tubussal tegyünk újabb kisérletet. Jól hasonlítják össze egyes orvosirók a tubus-bevezetést a hólyag katheterisatiojával; ép úgy mint itt az erőszakoskodás súlyos következményekkel járhat, úgy ott is az erőszakos bevezetés bajt, esetleg nagy bajt okozhat. *Hugues* szerint a tubust „oly könnyedén kell bevezetnünk, mint a hólyagkathetert"; *Ferroud* szerint pedig: „a larynx katheterisatioja oly óvatossággal és ügyességgel kell hogy végeztessék, mint a hólyag katheterisatioja".



12. ábra. A kórház gőzsátora.

Megjegyezzük, hogy kivételesen ép boncztani viszonyok mellett a cricoideális gyürünek oly szükületét találhatjuk, hogy ezen körülmény folytán a tubusbevitel a legnagyobb mérvben megnehezített. Ily *congenitalis* gégeszükületet találtam egy 14 hónapos gyermeken, hol laryng. crouposa miatt intubatiót óhajtottam végezni, de a tubus bevezetése a cart. cricoidea magasságában oly ellentállásra talált, hogy a tubust lehetetlen volt letolni, s légcsőmetszést kellett végeznem, hogy a fuladást szüntessem. A beteg bronchitis crouposa tünetei között halt el, s a bonczolás azt mutatta, hogy a gyürüporcznak megfelelően az átlagnál észrevehetően *szükebb* volt a gége lumene, mely ezen körülmény folytán némileg a *homokórára* emlékeztető alakkal birt. *Burt Russell Shurly* (1904) esetet közöl, a hol veleszületett stenosis folytán az intubatio kivihetetlen volt. A gyermek másfél éves volt. Csak nemrég (1905) *Caravasilis* Athenből referált egy esetről, hol az epiglottisnak sajátszerü *veleszületett alaki elváltozása* folytán volt lehetetlen az intubatio végzése.

A sikeres tubus-behelyezésnek *jellegzetes* tünete az a sajátszerü *csőhang* (*Bouain*: „*timbre particulier tubaire*"), mely a sikerült intubatiót követő köhögés alatt hallható. A légzés néhány erős köhögési roham után beállott bő expectoratiora (hártyák ürülése vagy szívósgenyes váladék felköhögése) felszabadul, s alig egy-két percz után, olykor már pillanatok multával nyugodttá válik, a beteg arczkifejezése derültté lesz, s a látható nyálkahártyák szederjes színe eltünik.

A tubus behelyezése után — s ezt *szabályul* állitjuk fel — bal kezünk mutatóujjával még egyszer mélyen behatolunk a garatürbe (a terpesztő védelme mellett) s ujjunk hegyével felkeressük az aditus laryngist, s itt körültapintjuk a tubus kiálló cravattját, mely *control-tapintás* nemcsak azért fontos, hogy meggyőződést szerezzünk arról, vajjon a tubus *csakugyan* a gégébe jutott-e, hanem fontos azért is, hogy tudomást nyerjünk arról, vajjon a tubus a cravattjáig sülyedt-e be a gégébe? Ha a tubus a gége hátulsó fala felett elcsúszva, a bárzsingba került, ez azonnal szembetünővé válik az által, hogy a tubust rögzítő fonál szabad vége feszülni kezd s fokozatosan rövidül.

Azok, kik a fonalas extubatio ellenzői, s müszerrel végezik az extubatiót, ezen momentumot használják fel arra, hogy a fonalat elvágva, *óvatosan* kihúzzák a tubus cravattjának nyilásából, mialatt a garatürbe vezetett ujj a cravattra *gyengéd* ellennyomást gyakorol, nehogy a tubus helyéből kimozduljon.

13. ábra. Könyökbandage.

Én, ki a fonalas extubatio híve vagyok, intubatiós praxisom óta a control-vizsgálat után a fonalat, melynek szárai összecsomózva maradnak, a nyak körül vezetett gaze-kötelékre erősitem (mások a fülkagylóra vagy a pofafélre rögzitik ragtapasz csikkal), ügyelve arra, hogy a fonál ne *feszülhessen s ne feszüljön*, s gondoskodom arról, hogy a segéd vagy ápoló, ki a beteget ölében tartja, a beteg kezeit folyton rögzítse, nehogy a beteg megránthassa a fonalat s akaratlan autoextubatiót végezzen.

A sikeres intubatio után a croup-beteget a gőzsátorrá átalakított ágyba (lásd 12. ábra) teszszük, miután mindkét könyökizületére reáhelyeztük az úgynevezett *Eversbusch*-féle *könyök-bandage*-t (lásd 13. ábra), mely négy halcsontnak a bandage szövetébe való befoglalása által meggátolja az alkarok mozgását a könyökizületben s az alkart teljesen extendált helyzetben tartván, eléggé kiméletes módon elejét veszi annak, hogy a beteg kiránthassa tubusát. *Escat* a fonal szárának a fogsorok közé eső részét vékony drain-cső felhúzásával kivánja megvédeni az átvágástól.

Az intubatiót rendszerint követő köhögési inger szüntével a beteg simán lefolyó esetekben csakhamar elszunyad, s a vízpárával telített gőzsátorban nyugodt, csendes, alig hallható légzéssel piheni ki az átszenvedett kínos órákat.

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

A gyermekkori szívburokösszenövés leggyakoribb alakjának kórjelzése és lényege.

Irták: *Flesch Ármin* dr. és *Schossberger Sándor* dr., kórházsegédorvosok.

(Vége.)

Ezen elkülönítésnél figyelembe veendő, hogy míg a polyserositis legtöbbször gyomor- és májtáji fájdalmakkal, esetleg rázóhideggel, mindenesetre azonban lázas mozgalmak kiséretében kezdődik, addig a synechia pericardii legtöbbször lappangva, minden különösebb kimagasló tünet nélkül fejlődik ki. Ha a polyserositis descendáló typusával állunk szemközt, mely pericarditissel kezdődik, akkor ez hevesebb subjectiv és megfelelő objectiv tünetekkel jár, úgyszintén ha a pleura megbetegedése is jelen van Másfelől a dominálo tünet, az izolált ascites csak akkor állhat elő, ha a folyamat a hashártyára is ráterjedt. Egyrészről ezen adatok, másrészről ascendáló typus jelenléte esetén a „Zuckergussleber" eltérő klinikai tünetei útbaigazítással szolgálnak. A kezdetben nagy, majd egyre kisebbedő, rendkivül tömött, dudoros máj, a legtöbbször nagy, tömött lép, továbbá a cyanotikus ajkaknak és pastosus arcznak hiánya, esetleg a folyadékszaporulat kétségtelen exsudativ jellege, végül pedig a betegség hosszú (esetleg egy évtizeden felüli) tartama a polyserositis, illetőleg a „Zuckergussleber" javára döntik el a kérdést.

Eddigi fejtegetéseink nyomán láttuk, hogy *bár vannak a szívburokösszenövésnek tünet nélkül lefolyó, s így természetesen fel nem ismerhető, avagy szövődményes kórfolyamatok mellett burkolt alakjai, s e miatt a leirt tünetcsoportozat az eseteknek csak egy részében áll elő, épen ezen esetekben tünetei alapján a szívburokösszenövés teljesen körülirt és klinikai biztossággal felismerhető bántalmat képez. Távolról sem akarjuk azt állitani, hogy minden szívburokösszenövés a jelzett tünetekkel jár, de hangsúlyozzuk, hogy e tünetcsoportozat jelenléte esetén szívburokösszenövés kórismézendő.* Nem egyezik tehát nézetünk *Rosenbach*-éval, ki tapasztalatai alapján a következő álláspontot foglalja el:[1] *„Wir haben uns nie davon überzeugen können, dass die totale oder theilweise Obliteration des Pericards ein in sich nur einigermassen abgeschlossenes, als selbstständig zu betrachtendes Krankheitsbild zu repräsentiren vermöge"*.

Egyfelől azon tény, hogy a különböző szerzők által és az általunk észlelt esetek egy részében a szívburokösszenövés mellett más szervek megbetegedései is jelen voltak, másrészt a szívburok összenövésnek az esetek egy részében a polyserositishez, illetőleg a „Zuckergussleber"-hez az előbbiekben részletezett vonatkozása a *kórlényeg* magyarázásában különböző felvételekre vezettek. Ezeket részletesen kifejtettük tanulmányunk első részében. Kitünik az ott előadottakból, hogy a szerzőknek csaknem mindegyike a sajátos pangás létrejöttének okát *nem a szívben*, hanem a szíven kivül eső szervek kóros elváltozásaiban keresi. Ilyenek a vena cava megtöretése, vongálása, heges gyűrű által szükítése, jobboldali mellhártyalob, cirrhosis cardiaca kifejlődése, perihepatitis stb. Minthogy csaknem valamennyi szerző felvételét elég plausibilis érvekkel iparkodik támogatni, s minthogy másfelől mégis csak valószinű, hogy ezen esetek közül legalább is a legtöbbnek kórlényege egységes alapon nyugszik, az eligazodás pusztán az egyes felvételek mérlegelése alapján lehetetlennek látszik. Nem tartottuk ennélfogva feleslegesnek, ha a kórlényeg tisztázása szempontjából *kisérleteket végzünk*, annyival is inkább, minthogy *Rosenbach* említett, s egészen más czélból végzett kisérletei a *kérdés megvilágítására távolról sem alkalmasak*. *Rosenbach* ugyanis — miként már mondottuk — nehezen felszívódható anyaggal töltötte meg a jobb mellhártyaüreget, s ez által a vena cava inf. megtöretését és a vv. hepaticae duzzadásig való megtelését idézte elő; ebből következtet a szívburokösszenövéseknél sokszor jelenlevő jobboldali mellhártyaizzadmányoknak a vérkeringést befolyásoló szerepére.

Ezzel szemben a mi igyekezetünk oda irányult, hogy arra alkalmas, egészséges állatnál az elbirálást megzavaró összes mozzanatokat lehetőleg kiküszöbölve, izolált, s nem fertőzésen alapuló szívburokösszenövést hozzunk létre, s az ily módon előálló kórképet megfigyelésünk tárgyává tegyük. Ezért chemiai úton törekedtünk a szívburok lemezeiben exsudativ, majd adhaesiv lobot előidézni. E czélra legalkalmasabbnak véltük a jodtinctura használatát, abból indulva ki, hogy e chemiai agenst a hydrocelek gyógyításánál hasonló folyamat létrehozására, különösen régebben, gyakran sikerrel vették igénybe. Midőn ezen állatkisérletekhez folyamodtunk, tudatában voltunk annak, hogy eredményük — bármilyen is — emberre a maga teljességében át nem vihető, mert egyébtől eltekintve, már maga a cardiális pangás minősége is más az állatnál, mint az embernél. Állatoknál t. i. szívbajok esetén a hasvízkór rendesen megelőzi a végtagvizenyőt. Mindazonáltal fontosnak tartottuk már előre is e kisérleteket, mert alkalmasnak mutatkoztak azon kérdés megvilágítására, vajjon a *concretio pericardii cum corde egymagában* képes-e előidézni valamelyes és minő cardiális pangást.

Kisérleteinkhez kutyákat használtunk, mert ezek általában ellentállóbbak és könnyebben észlelhetők. E kisérleteket az állatorvosi főiskola belklinikáján *Marek József* dr. tanár intézetében végeztük; ezen munkánk közben oly sürün vettük igénybe az intézet érdemes vezetőjének és segédeinek szives támogatását, hogy csak kedves kötelességet teljesítünk, midőn ezért e helyen is hálás köszönettel adózunk. Minthogy hasonló irányú kisérleteket tudomásunk szerint mindezideig még nem végeztek, előzetes behatóbb tanulmányozás vált szükségessé. Ezek után kisérleteink egy részét úgy végeztük, hogy morphium-narcosisban az 5. bordaközben közvetlen a mellcsont bal oldalán előzetes haránt-bőrmetszés és a kipraeparált izomzat félrehúzása után nagy Luer-fecskendő tűjével behatoltunk a szívburokzsákba és $1^1/_2$—3 cm³ jodtincturát fecskendeztünk beléje s ezután a sebszéleket egyesítettük. Ily módon avatkoztunk be 7 kutyánál. Ezek közül 3 azonnal, vagy röviddel a mütét után elhullott. Ez állatok boncolásakor láthattuk, hogy a tü kettőnél a szívizomzatba hatolt s hogy ez a szúrási csatorna mentén nekrotizált, egynél pedig a bal szivgyomorba fecskendeztük a jodtincturát, a mi azonnal kiterjedt vérmegalvadást és az állat elhullását idézte elő. A többi négy kutya közül kettő egy nappal, egy tiz s egy tizenöt nappal élte túl a mütétet. Mind a négynél súlyos szívburoklob volt a boncoláskor megállapitható, még pedig a rövid ideig élőknél kevés savós izzadmánynyal járó fibrinosus, a tovább élőknél többé-kevésbé kiterjedt adhaesiv lob, mely a szívburok lemezeit részben összetapasztotta. Az utóbbiaknál baloldali mellhártyalobot is találtunk (jodtinctura-hatás).

Ilyen eredmények mellett ezen kisérleti eljárásunkkal természetesen nem lehettünk megelégedve. Bár a beszúrásnál igen jól érezhettük, mikor vagyunk a szívburok lemezei között, mégis igy vakon beszúrva, eljárásunk praecisnek egyáltalában nem volt nevezhető. Eljárásunkat ezért oda módosítottuk, hogy a bőrmetszés és az izmok széthúzása után a bal V. bordából a parasternális és mammilláris vonalak között kb. 1—$1^1/_2$ cm.-nyit resecáltunk, a mellhártyát megnyitottuk, a jól látható szívburkot csipeszszel lehúztuk s lemezei közé Luer-fecskendővel jelzett mennyiségü jodtincturát fecskendeztünk. Ezen eljárást ugyancsak hét kutyánál kisérlettük meg. Ezek közül kettő nehány óra alatt elhullott a mütéti beavatkozás és a súlyos intoxicatio következtében. A többiek egyenként négy, nyolcz, húsz, huszonhat és nyolczvan napig élték túl a mütétet. A klinikai észlelés folyamán az első négynél — a legutolsó kutyáról külön akarunk szólani — meg lehetett állapitani, hogy a pneumothorax 5—6 nap alatt eltünt, kettőnél közvetlen utána mellhártyalob, ezenkivül mind a négynél kisebb-nagyobb szívburokizzadmány állott elő. A bonczolás alkalmával mindegyiknél részben exsudativ, részben adhaesiv pericarditist, még pedig egyiknél (26 napos) teljes obliteratioval, s kettőnél mellhártyaizzadmányt találtunk. A myocardium, máj, vese épnek bizonyult.

A legutoljára jelzett észlelésünk hét-nyolcz hónapos vizslakorcs-nőstényre vonatkozik. A bordaresectioval kombinált jod tinctura-befecskendezést 1905. junius 17.-én végeztük. A pneumothorax tünetei körülbelül öt nap alatt eltüntek, ezután csak mérsékelt hőemelkedések mellett kissé szaporodott érverési és légzési

[1] *Rosenbach*: Krankheiten d. Herzens. 1897. Wien u. Leipzig. p. 126.

szám volt észlelhető, úgyszintén kifejezett pulsus-arythmia. A szív physikális vizsgálata feltünőbb eredményt nem szolgáltatott. Csakhamar azonban a has körfogata nagyobbodni kezdett szabad hasvízkór jellegzetes tüneteivel, májmegnagyobbodás nélkül úgy, hogy már julius 25.-én, tehát 38 nappal a befecskendés után hascsapolást végeztünk és több mint 500 cm^3, a transsudatum jellegét feltüntető savót bocsátottunk ki. A has körfogata ezután rendes maradt. Az állat fokozatosan soványodni kezdett, időnként hasmenései voltak láztalan lefolyás mellett. Majd scabies szövődménye zavarta a lefolyást. A teljesen lesoványodott kutya végül 1905. szeptember 5.-én elhullott. A bonczoláskor a szívburok üregе teljesen eltünt. Két lemeze egymással teljesen összenőtt; a megkisebbedett és megvékonyodott falú szívet mindenütt mintegy egy mm.-nyi szívós réteg vette körül. A mell- és hasüregben folyadék nem volt, a hashártya sima, fénylő, az összes szervek épek. A máj is teljesen ép, pangásnak, cirrhosisnak nyomai a legszorgosabb vizsgálat mellett sem voltak találhatók.

Sikerült tehát kutyákon a leirt módon szívburoklobot, majd szívburokösszenövést előidézni. Ez összenövés két állatnál teljes volt. Az elsőnél, mely 26 napig élt a kisérleti beavatkozás után, a szívburokösszenövés tünetet egyáltalában nem okozott, s a bonczoláskor sem találtunk a többi szerveken valamelyes kóros elváltozást. Tehát analogját észleltük az általunk is, mások által is megfigyelt úgynevezett *latens* synechiáknak. A második kutyán, mely 80 napig élt a műtét után, körülbelül négy héttel a befecskendezés után izolált hasvízkór támadt, melynek körülbelül tíz nap mulva történt lecsapolása után az állat lassan fokozódó gyengeség tünetei közt elhullott, de az ascites többé nem ismétlődött és oedemák sem jelentkeztek. A bonczolás obliteratio pericardii totalist tüntetett fel egyébként teljesen negativ lelet mellett.

Ezen kisérleti eredményeinkből tehát nyilvánvaló, hogy a concretio pericardii cum corde egymagában, minden más tényező hozzájárulása nélkül a kutyán izolált ascitest, azaz cardiális eredetü tisztán portális pangást tud előidézni. A midőn ez eredmény értékét emberre át akarjuk vinni, ne feledjük el, hogy a kutyán az összes cardiális pangások hasvízkórral kezdődnek. Ezen körülmény azonban kisérleti eredményünk fontosságából mit sem von le, mert hiszen a kérdés nem a körül forog, hogy a pangásnak jelzett alakja lehet-e cardiális eredetü, hanem hogy concretio pericardii cum corde tud-e egyáltalában cardiális pangást előidézni. A midőn kisérleteink alapján kétségtelenül beigazoltnak véljük, hogy a concretio pericardii cum corde egymagában cardiális pangást okozhat, positiv alapon egy lépéssel tovább jutottunk, mint mások. Nem azt keressük ugyanis, a mi eddig a főkérdés volt, hogy mi a pangás sajátos alakjának az oka, hanem azt, hogy mi okozza a *tisztán cardiális* pangás sajátos alakját. Ez utóbbi körülmény megvilágításánál mi is csak felvételekre támaszkodunk, s ezért a kérdés ezen részével csak futólag foglalkozunk.

Ha *Türk*-kel együtt felveszszük, hogy midőn egyenlő nagyságú akadály nehezíti meg mindkét szívfél működését, első sorban is a jobb szívfél gyöngeségének tünetei nyomulnak előtérbe, továbbá egyes szerzőknek, különösen *Rose*-nak leleteit tartva szem előtt, melyek szerint különösen a jobb szívfélen kifejezettebb a kérges összenövés: értelmezésünkben nekünk is a jobb szív lassan kifejlődő insufficientiájából kell kiindulnunk. E tekintetben jelentékeny kisegítő mozzanatnak tekinthetjük, ha *Türk* értelmében akár a szív sajátos rögzítettsége, akár pedig a belélegzések alatt kifejlődő mechanikai viszonyok folytán relativ tricuspidális insufficientia is csatlakozhatik a kórképhez. Erre ugyan bonczoláskor soha, saját eseteinkben pedig in vivo sem lelünk támasztékot. E mellett feltehető, hogy a működésképességében szintén gyengült bal szívnek energiája elegendő, hogy a vena cavák direct rendszerén áthajtsa a vért, a májbeli kettős capilláris rendszerrel azonban már nem tud megküzdeni. Fokozza e nehézséget a vv. hepaticae sajátos beszögellése.

Természetes, hogy a kérdés ilyen magyarázata mellett a másoktól felsorolt többi mozzanatot lényeges szerep nem igen illeti meg. Nem akarjuk állítani, hogy egyik-másik esetben a v. cava inf. megtöretése, vongálása, vagy a rekesz letolatása jobboldali exsudatum által, vagy cirrhosis cardiaca nem fejlődik ki és hogy ezek a portális pangást nem fokozhatják. Hiszen eseteinkben is kifejlődött a szövettani vizsgálat eredménye szerint a hepar moschatum indurativum. Hogy azonban *Pick* értelmezése, mely szerint ez utóbbi körülményt illeti az egyedüli szerep, el nem fogadható, azt állatkisérleteink eredménye támogatja, valamint *Hirschler* esete, mert teljesen normális máj mellett volt jelen nagyfokú portális pangás.

Ezek után összefoglalva klinikai és kisérleti tanulmányunk eredményét, a következőket mondhatjuk:

A gyermekkori szívburokösszenövés leggyakoribb alakját egy sajátságos tünetcsoportozat jellemzi. Előtérben áll a nagyfokú hasvízkór, a sajátosan pöffedt arcz, a cyanotikus ajak és a nagy máj, a mi mellett a kis hullámú, szaporább érverésen kivül egyetlen tünet sem hivja fel a figyelmet a szivre. Ezen alak jellegzetes tüneteinél fogva klinikailag teljesen körülirt bántalom. A pangás ezen különös alakját állatkisérleteink alapján tisztán cardiális eredetünek kell tartanunk. Hogy miért nyilvánul a cardiális pangás ezen bántalomnál következetesen ilyen alakban, arra a magyarázatot egyelőre csak feltevések adhatják meg.

Az epekövek kórtanának mai állása és az epekőbetegség sebészi kezelésének javalatai.

Irta: *Pólya Jenő Sándor* dr, közkórházi rendelő orvos.

(Folytatás.)

III. Az epekövek gyógyításának általános elvei; műtéti javalatok.

Tisztán látva az epekövek előidéző okait, az általuk okozott kórboncztani elváltozásokat s az epekövek kimenetelének eshetőségeit, áttérhetünk most már annak taglalására, hogy miképen és mennyiben tudjuk a belorvoslás eszközeivel és sebészeti beavatkozásokkal az itt szóba jövő kóros állapotokat megszüntetni, illetve létrejövetelüket megakadályozni. Mielőtt azonban ezt az egyes kórformákra nézve részletesen megállapítani igyekeznénk, nézzük, hogy mit tudunk általában véve a kövek s az általuk létrehozott betegségek ellen tenni.

Körte könyvében találjuk citálva *Morgagni* következő szavait: „Igitur curationis pars una erit dare operam, ut calculus ex angustiis illis se expediat. Altera postquam se inde expedierit, ut si quis alius restat calculus, si fieri possit, dissolvatur. Tertia ne procreetur novus.“

Nézzük, mit tud ez irányokban tenni a belgyógyász.

1. A köveket eltávozásra birni. Ez theoretice két úton képzelhető; az egyik az volna, hogy az epe elválasztását annyira fokozzuk, hogy ez a követ mintegy kimossa az epehuzamból, a másik út pedig az, hogy a hólyag és az epeutak peristaltiçáját oly módon növeljük, hogy ez a követ a bélbe továbbítsa. Az első úton a czélt az ú. n. epehajtószerek, cholagogumok alkalmazásával kellene megközelíteni. Ilyen megbizható szer csak kevés van (salicyl, epesavas sók), még leginkább befolyásolja köztudomásúlag az epe bő elválasztását a bő és fehérjedús étkezés; a vízivás hidegen vagy melegen, vagy a vízfelvétel bármely más módja, akármilyen nagy tömegben is jusson víz a szervezetbe, az epeelválasztás fokát a kisérleti adatok szerint nem befolyásolja. Azonban bármily mértékben fokozzuk is az epe elválasztását, oly erőt, hogy az a kövek kihajtására csakugyan alkalmas legyen, a már fennemlített *Naunyn*-féle kisérletek szerint nem lehet vele kifejteni, mivel az epeelválasztás sokkal alacsonyabb intrahepatikus nyomás mellett megszünik, mint a mely a kövek kihajtására elegendő volna s igy a kő mögötti vis a tergo bizonyos fokon túl, mely távolról sem elegendő a kő továbbítására, nem növelhető. Sőt ha a cholagogumokat nem oly czélból adagolnók, hogy a követ kihajtsák, hanem csak azért, hogy az epehuzamot átmosva, a fertőző csirák számát csökkentsék és ez által lobellenesen hassanak, akkor sem várhatnánk sok hasznot tőlük, ha *Naunyn*-nal tekintetbe veszszük, hogy minő erős akadálya az epe bélbe való ömlésének a choledochusnak csak étkezések után megnyiló sphincterje (*Oggi* szerint 700 mm. víz nyomásával felérő ellenállást tud kifejteni), a mivel szemben az epe nyomása legfeljebb csak 2—300 mm.-re emelkedhetik, úgy hogy az epe secretiojának fokozásával a sphincter ellenállását legyőzni s ez

által az epének a bélbe való bővebb áramlását, az epetractus kimosását elérni nem lehet.

A másik momentum volna az epehólyag és az epeutak peristalticájának fokozása, illetőleg az epekövet esetleg rögzítő görcsös contractiónak megszüntetése. Erre biztos mód szintén nincs. Csak az valószinű, hogy a gyomor és bél peristalticájának fokozásával ezekre is kedvezően hatunk be; alapos hashajtás után nem egyszer távoznak hosszabb ideig beékelt choledochuskövek; tapasztalati tény, hogy bő hányás, copiosus székletét az epeköves kólikákat sokszor igen előnyösen befolyásolja.

Azonban nincsen csak félig-meddig is biztos belgyógyászi módszer arra, hogy a köveket a hólyagból az epeutakba hajtsuk, a mi nagy szerencse, és épen oly kevéssé van arra, hogy az epeutakba beékelődött köveket a bél felé való tovahaladásra indítsuk. Minden ilynemű kisérlet — hogy *Ewald* szavaival éljünk — lutri, melyen a betét a beteg élete.

2. Az epekövek feloldására sok mindenféle szert ajánlottak, a melyek a laboratoriumban in vitro oldják a köveket. Ilyenek az alkaliák, a terpentin és aether, az olaj, azonban kisérletileg ki van mutatva, hogy ezek az epébe csak minimális mennyiségben mennek át, úgy hogy az epe alkalicitásának ilyen módon való fokozásáról, avagy arról, hogy a *Durande*-szer alkalmazása, vagy az olajkúra használata mellett ezen szerek a kövek oldására alkalmas concentratióban jelenjenek meg az epében, szó sem lehet. Az újabban elterjedt „epekőoldószerek", az eunatrol (*Gerhardt*), a cholelysin (*Clemm*), mind olajsavas natriumpraeparatumok, a melyek különben csupán a cholesterin oldására alkalmasak és a melyekről szintén nem tehető fel, hogy az epében kőoldó hatást tudjanak kifejteni. (*Klemperer, Ewald.*)

A különféle vegyi gyárak által divatba hozott kőoldó szerekre vonatkozólag, melyek a reklámczikkek szerint a legnagyobb könnyűséggel oldják az epeköveket, igen szellemesen jegyzi meg *Naunyn*, hogy a kik ilyet állítanak, azoknak bizonyára fogalmuk sincs ezen kérdés nehézségéről. Különben a kövek legjobb oldószere volna maga az epe, s hogy ez nem képes erre, annak oka *Naunyn* szerint épen az epehólyagnak motilitási zavarában, a hurut miatt concentrált cholesterintartalmában van.

Abból kiindulva, hogy ép epe a köveket oldja, míg a lobos epehólyagban levő epe nem, *Bain* az epehólyag desinfectioját ajánlotta belső szerekkel (kéntartalmú ásványvizek használata, urotropin-iridin-kezelés). Kisérleteiben azt tapasztalta, hogy ezen kezelés a kövek oldódását látszólag sietteti.

Az bizonyos, hogy a legtekintélyesebb belorvosok megegyeznek abban, miszerint nem vagyunk olyan eljárás birtokában, melyről bebizonyult, hogy a köveket feloldani képes, ilyesféle hatást komolyan számbavehető orvos egyetlen szernek sem tulajdonít, csak a hirdetések és reklámok humbugja az, mely egyes szerek epekőoldó hatását fennen hangoztatja.

3. A harmadik ponthoz, hogy t. i. új kövek keletkezését megakadályozza, a belgyógyász nem igen juthat el, részben azért, mert minden valószinűség a mellett szól, hogy az epekövek mindig egyszerre, s így az életben rendszerint csak egyszer keletkeznek (ez ellen a tekintélyesebb szerzők közül csak *Herrman*, *Körte* táplál kételyeket), részben pedig azért, mert a fentiek szerint a bennlévő köveket teljesen kiüríteni belső gyógyszereléssel aligha lehet. S így a kövek képződésének megakadályozása tulajdonképen csak prophylactice a köképződés beállása előtt, vagy pedig a kövek sebészi eltávolítása után jön szóba. Az itt ajánlandó eljárások azt czéloznák, hogy az epeköveket okozó hurutot vagy az ezt előidéző infectiót a bél felől és az epepangást megakadályozzuk czélszerű ruházkodás, megfelelő testmozgás, gyakori étkezés (*Frerichs* és *Kehr*) és a gyomor- és béltractusnak gyuladásától, catarrhusától való lehető óvakodás által.

Mindezeket áttekintve látjuk, hogy a *Morgagni*-féle 3 postulatumnak a belorvos csak nagyon bizonytalanul, vagy épen sehogy sem tud megfelelni. És mégis nagyon sokat tehet az epekőbetegség ellen s a betegek nagy többségét meg birja gyógyítani egy oly módon, melyre a jó öreg *Morgagni* figyelme nem irányult, s ez az, hogy sok esetben meg tudja szüntetni azokat a lobos jelenségeket, melyek az epekövekhez csatlakoztak; physikális, diaetás eljárásokkal, megfelelő medicatioval és last not least türelmes várakozással átvezeti az epekövet a lappangás állapotába. Ebben az állapotban az epekő tulajdonosának életét nem veszélyezteti, közérzetét, munkaképességét nem befolyásolja, egyszóval őt ezen viszonyok közt betegnek tekinteni nem is lehet. S ezen lappangási állapot hozzávetőleges számítás szerint az esetek $^3/_4$ részében, talán még nagyobb számában is beáll. *Fink* közlései szerint, a kinek Karlsbadban nagy internista és chirurgikus tapasztalatot volt alkalma e téren szereznie (1903), az esetek 72·8%-ában áll be a teljes lappangás; 4·9%-ában rossz volt az eredmény, javulás 4·9%-ban következett be; operatio vált szükségessé 8·4%-ban. A lappangás 1—2 évig tart. Kő távozását 24·5%-ban észlelte. Későbbi statistikája szerint 87, legújabban (1905) pedig 93·4%-ban birta a lappangás szakát előidézni.

Hogy minő esetekben lehet reménységünk a lappangás beálltára és minőkben nem, azzal később fogunk foglalkozni; most azt lássuk, hogy mit tud a cholelithiasis s az általa okozott lob ellen a sebész tenni.

1. A köveket el tudjuk távolítani; a hólyagköveket könnyen és biztosan, a choledochuskövet nehezen, de kellő technika mellett elég bizonyossággal, míg a hepaticusban és a májbeli epeutakban rejtőző epekövek eltávolítása csak nagy nehézséggel, és kellő ügyesség és türelem mellett is csak többé-kevésbé sikerül. Biztosak abban, hogy valamennyit eltávolítottuk, sohasem lehetünk. *Körte* ismertet esetet, a hol az összes extrahepatikus epekövek eltávolítása után még hetekig öblítette az epeutakat, ez alatt folyton távoztak kövek s a bonczoláskor még mindig voltak a májban visszamaradt kövek találhatók.

És ez az eset távolról sem áll egymagában; sok-sok hétig tartó choledochusdrainage, epeútöblítés után el kell készülve lennünk arra, hogy utólag még távozni fognak, avagy visszamaradnak kövek. *Brünning* 94 choledochotomiája közül 20 esetben maradt vissza kő; 13-szor utólagos öblítésekkel távozott kő, 2 szer új choledochotomiát kellett végezni, 3-szor utóbb a bélen át távoztak kövek, 2 izben a bonczoláskor találtak köveket. A kezelés végén tehát 7 izben (7·4%) maradt vissza kimutathatólag kő.

2. A kövek feloldása nem sebészi feladat.

3. A kövek újjáképződésének megakadályozására igen hathatós módszerünk van az epehólyag eltávolításában, de ha ez nem történik is, tapasztalati tény az, hogy epekő újraképződni nem szokott (*Kehr, Riedel, Löbker, Czerny, Petersen*), noha a visszahagyott epehólyagban a kő újjáképződésének feltételei: a pangásra és hurutra okot szolgáltató anatomiai változások, rendszerint megvannak.

4. A lobos epehuzam s az epekő által egyebütt okozott lobos góczok feltárása és drainezése mindenesetre a legbiztosabb módja az epekövek által fenntartott gyuladás megszüntetésének. *Petersen* vizsgálatai szerint a drainage folytán az epe sokszor már 8 nap alatt, 3—4 hét alatt pedig mindig sterillé válik. *Berger* szerint hepaticus-drainage után rendszerint már 2—3 nap alatt elveszti az epe csiratartalmát.

5. Végül a sebészet körébe tartozik az epekövek által közvetve vagy közvetlenül okozott gyomor-, bél- és epepassage zavaroknak megszüntetése is.

Egy további pont, melyre nézve az indicatiók felállítása előtt még tisztába kell jönnünk, az, hogy minő koczkázattal jár a műtét s a gyökeres és teljes gyógyulásra minő mértékben nyújt reményt. Erre nézve csak néhány újabb, a régiekhez képest a technika haladásának megfelelőleg jelentékeny javulást feltüntető statistikát adunk.

Legvilágosabban beszél *Kehr* statistikája (1905), mely 14 év alatt végzett 1000 epekőmütétről számol be.

1. Conservativ műtét (cystostomia, cystendysis, cysticotomia) végeztetett 275 esetben, meghalt 5 = 1·8%.

2. Epehólyagkiirtás végeztetett 220 esetben, meghalt 7 = 3·2%.

3. Choledochotomia (genyes cholangoitis nélküli esetek) végeztetett 202 esetben, meghalt 10 = 5%.

4. Egyidejüleg gyomor-, bél-, máj-, pankreas-műtét végeztetett 174 esetben, meghalt 30 = 17%.

5. Rosszindulatú complicatiók mellett (máj-, epehólyag-, choledochusrák, diffus genyes cholangoitis) műtét végeztetett 129 esetben, meghalt 110 = 85%.

Ha itt elválasztjuk az egyszerű, nem complicált eseteket (1—3) azoktól, a hol a bántalom már a szomszéd szerveket is körébe vonta, vagy a hol már rák, avagy pedig sepsis állott fenn és szembe állítjuk az *egyszerű* eseteket az *elhanyagoltakkal*, látjuk, hogy

697 egyszerű eset közül gyógyult 675 = 96·8%, megh. 22 = 3·2%
303 elhanyagolt „ „ 163 = 53·9%, „ 140 = 46·2%

Azt hiszem e statistikánál nem kell erősebb argumentum annak bizonyítására, hogy a sebészi technika mai állása mellett *az epekőmütétek sikere első sorban attól az állapottól függ, a melyben a sebész a beteget mütétre kapja. Kehr* statistikájához teljesen hasonló eredményeket mutat a két *Mayo* testvér (Rochester, Minesota U. S.) statistikája, mely *Kehr*-évei egyidejüleg jelent meg. 1000 epekő miatt operált beteg közül 50 = 5% halt meg (beleszámítva az intercurrens betegségben elhaltakat is), a halálesetek közé oly esetek is számítódnak, a melyekben több héttel a mütét után nephritis, apoplexia stb. miatt állott be a halál. 960 esetben tisztán epekövek voltak jelen, itt a mortalitás 4·27%-ot tesz ki, míg ama 40 beteg, hol mütétnél rákot találtak, 22·5% halálozást mutat. A végzett mütétek voltak

Cholecystostomia	673 esetben	2·4%	halálozással
Cholecystectomia	186 „	4·3%	„
Choledochotomia	137 „	11 %	„

Ez az arány is mutatja, hogy az elhúzódó esetek, hol az epehólyagon már oly elváltozások jöttek létre, melyek *Ch.* és *W. Mayo* javalata szerint annak eltávolítását teszik szükségessé, ép úgy azok, a hol choledochuskő van jelen, a mütét esélyeit jelentékenyen rontják.

Egyéb statistikák közül álljon itt még *Körte*-é, a kinek 306 epekő-operáltja közül 30 (9·8%) halt meg, közülök 3 a mütéttől független okból (ulcus ventriculi-vérzés, illetve nephritis folytán). A halálozás a 68 tiszta esetben 5 volt (ide tartozik a 3 mütéttől független haláleset), tehát a mütét rovására tulajdonképen csak 2 irható; a többi esetben, hol már előzőleg genyedés, choledochuskő volt jelen, a mortalitás 10·5%-ot tett ki.

Czerny statistikája (1898—1901, *Merk* összeállítása) a következő eredményeket mutatja:

66 cystostomia † 3 (4·7%),
11 cysticotomia † 2 (18%),
4 cholecystectomia † — (0%),
16 choledochotomia † 2 (12·5%),
9 cholecystenterostomia † 2 (22%),
11 adhaesiók, cholecystitis † 1 (9%),
16 carcinomás † 6 (37·5%),
6 beteget epekő ileus, peritonitis, subphrenikus tályog, fistulák miatt operáltak, † 3 (50%).

Leszámítva a carcinomákat és azon eseteket, melyekben már a mütéti leletből kiderült, hogy menthetetlenek, a mortalitás 3·5%-ot tesz ki.

Mayo Robson (London) cholecystotomiáinál 1·7%, 123 choledochotomiájánál 16·2%, az utolsó 76 esetben azonban már csak 3·9% volt a mortalitás. A *Brünning* összeállította 100 choledochotomia közül 9 végződött halálosan.

A mortalitási statistikával, a közvetlen eredmények ismeretével azonban még nem állnak előttünk tisztán a sebészi kezelés esélyei, hisz utóvégre az epekőbetegeknek csak egy részénél operálunk a miatt, hogy a közvetlen életveszedelmet elhárítsuk; a másik fontos kérdés az, hogy mennyiben nyújt reményt az epekőmütét arra, hogy a beteget nehézségeitől teljesen és véglegesen megszabadítsa. És erre nézve meg kell vallanunk, hogy az esetek egy bizonyos hányadában a mütét után nehézségek, ha az előzőleg fennállóknál jóval kisebb mértékben is, visszamaradnak. Ezek okai lehetnek:

1. kőrecidiva;
2. adhaesiók okozta nehézségek;
3. gyuladásos eredetü nehézségek;
4. hassérvek.

Ad 1. *Kőrecidiva* háromféleképen képzelhető el: *a)* valódi recidiva, midőn az összes kövek kiürítése után újból képződnek kövek, *b)* álrecidiva, midőn a mütét alkalmával kövek vagy törmelékek visszahagyattak s ezek megnövekedésük után újból tüneteket idéznek elő és végül *c)* implantatiós recidiva, midőn a mütét alkalmával vagy a kezelés folytán az epehuzamba jutott apró idegen testek (selyemfonal, gaze-szál) körül képződik új kő.

A valódi recidiva létrejötte már az epekövek keletkezésének általános pathologiája szerint is kevéssé valószinü. Tudjuk, hogy az epekövek létrejöttéhez mérsékes pangás és mérsékes infectio közrejátszása szükséges, a mely körülmények többszöri összetalálkozása az élet folyamán nem épen valószinü, de utóvégre kizárva nincsen (*Stolz*). Az azonban tény, hogy a legtöbb szerző, a kinek e téren nagy tapasztalata van, tagadja, hogy oly recidivát, mely nem kövek visszahagyásából származnék, látott volna (*Kehr, Riedel, Czerny, Petersen, Schrott, Löbker, Brünning*). A sebészek közül egyedül *Körte* az, a ki ragaszkodik ahhoz, hogy valódi recidivát észlelt, és pedig hat esetben. Esetei közül azonban csak 1—2 olyan (a hólyag kiürítése után új kövek a hólyagban), a hol kövek előző visszahagyása kizárható. Megjegyzendő, hogy ezen *Körte*-féle esetek mind olyanok, a hol az *epehólyagot visszahagyták*, és sok joggal vehetjük fel, hogy az epehólyagnak, az epekövek classikus képződési helyének kiirtásával valódi kőrecidiva csakugyan nem állhat be.

Egy másik körülmény, a mely kőrecidivára vezethet, az, hogy az epetractusba elsülyesztett vagy oda áttört selyemfonalak, avagy gazetörlőkből leszakadt szálak körül képződnek kövek. *Kehr* az előbbit hatszor, az utóbbit egyszer észlelte s ezeket az accidenseket a mély fonalak hosszúra hagyásával és utólagos eltávolításával, illetve a törlőknek oly módon való készítésével, hogy azok szálakat ne hagyjanak, igyekszik elkerülni.

Az esetek túlnyomó többségében, hol követ találtak epekőmütét, után ez a kő visszahagyására vezethető vissza, a mi még oly kitünő és tapasztalt operateurökön is, mint *Kehr*, az esetek 2·5%-ában, másokon még többször is megtörtént. A kő visszahagyása kivétel nélkül a choledochusban vagy hepaticusban történik, oly esetekben, a hol a fennáló viszonyok a kő megkeresését megnehezítik vagy éppen tiltják (pl. acut cholecystitis miatt operálunk súlyos állapotban levő betegen, ilyenkor nem fogunk a choledochusban levő kő után kereskedni), avagy a kő anatomiai helyzete annak megtalálását vagy legalább is egy darabban való eltávolítását egyenesen lehetetlenné teszi.

Első sorban áll ez a hepaticusban és a májbeli epeutakban levő kövekről, mint azt már fennebb említők, és másodsorban a choledochus végében levő kövekről, különösen akkor, ha diverticulumokban feküsznek s az előrement gyuladás a pankreast, a duodenumot és choledochus falát egyetlen szétválaszthatatlan kőkemény callosus tömeggé forrasztotta össze, a min még a bonczoláskor is nehéz eligazodni. Kellő technika és gyakorlat mellett ugyan ilyenkor is megtalálja az ember a követ, de képtelen azt úgy eltávolítani, hogy egyes törmelékek lepattogását megakadályozza, s ezen törésdarabok megnöve újabb köveket alkothatnak. Az is előfordulhat, hogy mire az ember eddig jut, a rossz karban levő beteg nem birja tovább a mütétet s a narcosist, és azzal a tudattal, hogy kő még maradt benn, vagyunk kénytelenek a mütétet befejezni.

Annyit mindenesetre mondhatunk, *hogy kőrecidiváktól csak elhanyagolt esetekben hol chronikus choledochuselzáródás miatt súlyos pericholedocheális lobfolyamatok, májbeli kőképződés mentek előre, van jogunk és okunk félni, és hogy a recidiva az idejekorán mütétre került esetekben a kellő mütét* (cholecystectomia) *megválasztásával és a kellő technikával elkerülhető.*

Ad 2. és 3. Hogy az epehólyag visszahagyásakor benne gyuladások létrejöhetnek, sőt létrejöttük az epehólyag motilitási zavara folytán — melyet ez a mütét utáni adhaesiók folytán szenved — valószinü is, az tagadhatatlan tény. És tény az is, hogy az epehólyag gyuladásai egészen typikus epekőkólika klinikai képét kelthetik a nélkül, hogy kő volna a hólyagban. Épen úgy, ha nem is igazi kólikás fájdalmakat, de kellemetlenségeket és nehézségeket okozhatnak az adhaesiók, melyek akár az epehólyag körül, akár annak kiirtása után az epehólyag ágyának helyén támadhatnak, s azt is meg kell vallani, hogy ilyen összenövési nehézségek kisebb-nagyobb mértékben kétségkivül többször fennállanak, mint azt pl. a *Kehr*-féle statistika (350 közül csak 12) hirdeti. Tény azonban az is, hogy a cholecystectomiával a hólyag utólagos

gyuladását teljesen ki lehet zárni, s az adhaesiv nehézségek arányát is lényegesen csökkenthetni.

4. Herniák főleg oly esetekben jönnek létre, midőn genyesedés miatt bő tamponád s a hasseb tetemes részének nyitva hagyása vált szükségessé. *Kehr* 3%-ra becsüli a herniák számát. *Merck* 8·3%-ra, *Schott* 12%-ra. Mindenesetre sok függ a methodustól, a behatolás és varrás módjától is.

Az epekőműtétek ezen eredményein áttekintve, azt kell mondanunk

1. *hogy könnyű esetekben a műtét veszedelme (kb. 2—3% mortalitás pneumonia, embolia, narcosis folytán) és az utólagos nehézségek valószinűsége (legalább 10% adhaesio, hernia stb.) olyan, hogy ilyen esetekben operálni nem érdemes, mert a koczkázat a bajjal nem ér fel;*

2. *igen súlyos esetekben, hol kifejezett septikus jelenségek állanak fenn, hol rák képződött, az operatio már csak nagyon kis valószinűséggel hozhat sikert;*

3. *a műtét igazi terrenumát amaz esetek képezik, hol az élet koczkáztatása (kb 3% mortalitás) és a visszamaradó csekély nehézségek számba sem jönnek azon szenvedésekhez képest, melyek az egyén életét elkeserítik s azon veszedelmekhez képest, melyekben az élet a már fennálló boncztani változások miatt forog.*

S ezek alapján általános elvül azt kell elfogadnunk, hogy mindaddig, míg az epekő okozta lobfolyamat spontan visszafejlődésre alkalmas és életveszélyes szövődményekkel nem fenyeget, szóval mindaddig, *míg valószinűnek tartjuk, hogy az epekövet a teljes és tartós lappangási állapotba visszavezethetjük, a belgyógyászi kezelés bir jogosultsággal.* Másfelől pedig meg kell gondolnunk azt is, hogy a *várakozási idő nyújtásával a sebészi beavatkozás esélyei lényegesen romlanak, s a sebészeti beavatkozás prognosisát lényegesen kedvezőtlenebbé teszi az, ha a kő okozta gyuladás az epeutakra terjedt, vagy épen elhagyta az epehuzam határait.*

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

Elnöki beszéd a XII. szünidei orvosi cursus megnyitó ülésén.

Tartotta: *Grósz Emil* dr.

A szünidei orvosi cursusok intézménye majdnem negyedszázad óta folytatott csöndes munkásság után ma első izben nyitja meg a tanfolyamot nyilvános üléssel. Ez nem azt jelenti, hogy szakítani akarunk a mult traditiójával. Ellenkezőleg. Örömmel s büszkeséggel hirdetjük, hogy ma is azon az alapon állunk, a melyet elődeink bölcsen megalkottak, intézményünknek ma is az a czélja, a mit számára *Fodor József* és *Markusovszky Lajos* kitüztek: „A vidéki gyakorló orvosok ismereteinek megújítása s az újabb diagnostikai és gyógyító eljárások begyakorlása.“

23 éve, hogy *Fodor József* elnök és *Müller Kálmán* titkár az első cursust rendezte. Húsz éve, hogy *Korányi Frigyes* elnök s *Dollinger Gyula* titkár a cursus alapelveit megszerkesztette, s ama óriási átalakulás ellenére, a mely az orvosi tudományokban s hazai tudományos életünkben negyedszázad alatt végbement, az elveken nincs mit változtatnunk.

Hatalmas bizonyíték arra, hogy intézményünk valódi szükségletet elégít ki, hogy törekvéseink közérdeket szolgálnak, hogy elődeink bölcs előrelátással, önzetlen ügyszeretettel jelölték meg a követendő irányt.

Első szavunk a hála szava a megalapítokkal szemben, kik közül sajnos sokakat elragadott körünkből a kegyetlen végzet, de a kik közül örömünkre s büszkeségünkre sokan most is változatlan lelkesedéssel szolgálják a jó ügyet, s kik gyenge fiatalabb kezekre bizva az elnöki tisztet, mint közkatonák súlyt, erőt s díszt adnak tanfolyamainknak.

Hitem s meggyőződésem, hogy intézményünknek e nálunk szokatlan állandóságát azon ideális alapgondolat biztosítja, a mely azt létrehozta. Mert valóban szép s nemes gondolat, hogy azok, kik az orvosi kar élén állanak, ismereteiket, tudásukat, tapasztalataikat, összes szellemi javaikat önzetlenül s tisztán kollegialitásból megosztják azokkal, kik az orvos nehéz s fontos hivatását a hegyek között vagy az Alföld végtelen rónáin elhagyatva, tisztán saját erejükre támaszkodva teljesitik.

S milyen ügyszeretetet lelkesedést árulnak el azon vidéki orvosok, kik őszülő hajjal, nehéz szívvel ott hagyják családjukat, keresetüket s újból beülnek a padokba, újból beállanak tanulókul, hogy a tudomány forrásából merítve: megifjodva, megerősödött önbizalommal folytassák a nagy munkát.

Ez az ideális alap az, mely intézményünk fennállását biztosítja. S ha időnként a sok nehézség, a kedvezőtlen viszonyok rövid időre meg is bénították működésünket, újból munkába fogtunk, s a tespedést pezsgő élet, a lanyatlást új virágzás váltotta fel. Igy történhetett, hogy a lefolyt két évtized alatt 11 cursuson körülbelül 700 orvos részesült a továbbképzés jótéteményében.

De ha meggondoljuk, hogy nálunk évente csak minden századik orvos vesz részt tanfolyamban, míg Poroszországban most már minden harmadik, akkor be kell látnunk, hogy intézményünk kereteit tágítanunk kell.

Az orvosnak ismeretei bővítésére s felújítására ma nagyobb szüksége van mint valaha. A négy klinikai főszakma: belgyógyászat, sebészet, szemészet s szülészet régente nem is sejtett fejlődésnek indult, melletük új disciplinák önálló munkakört alkottak maguknak, olyan vizsgáló és gyógyító módszerek keletkeztek, melyek csakis személyes begyakorlás útján sajátithatók el. Az orvosi tudomány szolgálatába a physika s chemia szegődött, a kórokozók felfedezése a causális gyógyítás utait nyitotta meg előttünk. Vajjon melyik gyakorló orvos az, a ki pusztán olvasmány útján tud lépést tartani tudománya haladásával? S ha elmarad, betegeinek százai és ezrei sinylik meg s csakhamar éreznie kell a lelkiismeret vádját. Előbb megrendül önbizalma, azután elhagyják betegei, s megtört lélekkel viseli az élet súlyos terhét. S viszont milyen boldogító tudat az, a midőn az eddig gyógyíthatatlannak ismert betegséggel szemben az új eljárás első sikerét látja. Milyen hatása van annak, a midőn a korai diagnosis az élet vagy az egészség megmentésének első sikereit aratja.

Valóban, az orvos ismereteinek felújítása s még inkább kibővítése fontos *közérdek*. A közegészségügynek, a polgárok egészségének s ez által a jólétnek hatalmas biztositéka a *jó* orvos. De magának az orvosi rendnek legspeciálisabb érdeke is, hogy ismeretei, tudása gyarapodjanak. Azon küzdelemben, melyet a társadalmi ellentétek felidéznek, az a rend marad győztes, a melynek tudása nagyobb, jellemessége szilárdabb. A midőn tehát kollegáink ismereteit kiegészítjük, ugyanakkor felpánczélozzuk, felvértezzük őket, hogy az élet küzdelmeiben helyt állhassanak.

Az orvosi rend érdeke s a közérdek teljes összhangban vannak. Azok, a kik folyton ellentétet keresnek, mindkettőt sértik.

S épen ezen viszony ad jogosultságot arra, hogy intézményünkkel szemben szélesebb körben keltsünk érdeklődést.

Külföldön ez már rég megtörtént. Amerikában, Oroszországban, Poroszországban hatalmas társadalmi intézmények állanak az orvosok továbbképzésének szolgálatában. Még eleven emlékemben van az a beszéd, melylyel az orvosok továbbképzésére szolgáló Frigyes császárné-házat Berlinben maga a német császár felavatta. Minden szava mélyen vésődött szivembe: Az orvosi munka megbecsülésének feledhetetlen emléke. Azon csodálatos példa, melyet az elhunyt Frigyes császárné az orvosok továbbképzése iránt mutatott érdeklődésével adott, gazdag gyümölcsöt termett. A német társadalom rövid másfél év alatt 2 millió márkát adott e czélra s az állam 25,000 márkával támogatja.

S ha most azt kérdezzük, hogy melyek a mi eszközeink? A becsületes szegénység őszinteségével be kell vallanunk, hogy majdnem két évtizeden át az állam s a társadalom minden támogatása nélkül végeztük a munkát. Csak a legutolsó 3 év óta *Tóth Lajos* tanár ministeri tanácsos közbenjárására kapott intézményünk évi 1000 korona állami subventiót. S a midőn ezt hálásan megemlítem, egyúttal habozás nélkül kimondom, hogy meggyőződésem szerint sokkal hatalmasabb intézkedésekre van szükségünk.

A mi intézményünk kezdettől fogva különbözött a külföldi továbbképző tanfolyamoktól. Az amerikai és orosz viszonyok annyira mások, hogy ezekről nem is szólok. De még a culturális szempontból hozzánk legközelebb álló porosz cursusok is egészen más módon keletkeztek. Poroszországban az orvoshivatalnokok s

katonaorvosok számára évtizedek óta tartanak ismétlő tanfolyamokat részben az egyetemeken, részben a katonaorvosi iskolákban s a fertőző betegségek intézetében. Ezekre az orvosok behivatnak, napidíjat, úti költséget kapnak. A gyakorló orvosok igényeit 1880 óta az egyetem tanárai által tartott szünidei orvosi cursusok szolgálták. Ezek igen nagy látogatottságnak örvendenek s magában Berlinben évente 800 orvos vett bennük részt. A cursusdíjak igen magasak, egy-egy tárgy ára 50—100 márka. Ezen nagy kereslet arra birta a nem habilitált kórházi orvosokat, hogy ők is rendezzenek ismétlő tanfolyamokat. Berlinben 5 ilyen társulás müködik. De mindezek jótéteményét csak azon gyakorló-orvosok élvezhetik, kiknek anyagi viszonyai megengedik, hogy a nagyösszegü tandíjat lefizessék. Pedig még sokkal nagyobb áldozatot hoz a vidéki orvos az által, hogy keresetét otthagyja. Ezt belátta az orvosi ügyek hatalmas pártfogója, az angol születésü Frigyes német császárné, s az ő initiativiájára a porosz közoktatás és orvosi ügyek ministeriumának támogatásával oly szervezet létesült, melynek az a feladata, hogy a gyakorló orvos lakóhelyén vagy annak közvetlen közelében hetenként egy napon díjtalan ismétlő tanfolyamokat rendezzen. A német városok mintaszerü kórházai szolgálnak a cursusok helyéül s a tanítás eszközeit a Frigyes császárné-alapítvány szolgáltatja.

Nálunk a szünidei orvosi cursusok intézménye *egymaga* teljesíti azt a feladatot, a mit Poroszországban 8 szervezet szolgál. A magyar orvosi rend ma sem birna vagy talán még kevésbé birna meg olyan tandíjat, a mely a cursus belső tartalmával egyenlő volna, de meg nagyon valószinü, hogy azok, a kik tisztán collegialitásból vállalkoznak arra, hogy az egyetemi év végén cursusokat tartsanak, *díjazásért* aligha volnának megnyerhetők. Már pedig nagyon fontos, hogy a gyakorló orvosok továbbképzését legjobb erőink végezzék.

A decentralisatio munkáját mi is megkezdettük, a pozsonyi állami kórházban szerveztünk továbbképző tanfolyamot, a kolozsvári testvéregyetem orvosi fakultásának tanárai is nemsokára követik a budapesti példát. De ahhoz, hogy több helyen lehessen vidéki tanfolyamokat tartani, valljuk meg őszintén, az kellene, hogy a vidéki városok áldozzanak kórházaik felszerelésére s hogy az osztályokat jól fizetett valódi szakemberek vezessék. Ez irányban az utolsó tíz év alatt sok történt, de egyelőre még inkább csak az épitkezés terén, s ma még nem tartunk ott, hogy a továbbképzés központjaiul is szolgálhatnának. Igy a feladat továbbra is az egyetemi klinikákra hárul. Ezeket kell tehát tovább fejlesztenünk. A betegágyszámot, a segédszemélyzetet szaporítanunk kell. Ezt az orvosi oktatás, a tudománymüvelés, a beteggyógyitás egyaránt megkivánja. Ez által a továbbképzés alkalma is szaporodik. Minderről gondoskodni állami feladat. Jól tudom, hogy Francziaország városai s Amerika és Anglia tőkepénzesei óriás összegeket áldoznak e czélra, ezt nálunk nem várhatjuk s nem is kivánjuk, mert ezen úton illetéktelen befolyás is érvényesülhetne.

A társadalomnak s a törvényhatóságoknak az orvosképzés terén *más* a feladata. Ezen tényezőknek a kötelességük arról gondoskodni, hogy azon orvosok, kik saját erejükből nem vehetnének részt a tanfolyamokon, anyagi támogatásban részesüljenek.

A midőn ilyen módon a polgári orvosok továbbképzéséről gondoskodunk, nem szabad megfeledkeznünk a katonaorvosi karról sem. A német hadsereg vezértörzsorvosa, *Schjerning*, nem rég büszkén említette, hogy évente 120 német katonaorvos szolgál egyetemi klinikákon mint assistens, s 500 katonaorvos vesz részt továbbképző tanfolyamokon. Hasonló intézkedések elemei nálunk is vannak. De a méreteket növelnünk kell. Akkor a midőn az általános védőkötelezettségnél fogva a nemzet színe-virága szolgál fegyver alatt, egyenesen nemzeti érdek, hogy a katonaorvosi kar tudományos szinvonala a lehető legmagasabbra emelkedjék. Ezért ez évben különös súlyt fektettünk arra, hogy intézményünk a katonaorvosi kar rendelkezésére is álljon. Örömmel hangsúlyozom, hogy a katonaorvosi kar főnökei a legmelegebb érdeklődéssel karolták fel az eszmét. A midőn a hadsereg orvosait bajtársi s kollegiális szivességgel fogadjuk, egyszersmind fontos nemzeti missiót is teljesítünk. Mi, a tudomány szerény napszámosai, példát adunk arra, hogy melyik út vezet százados ellentétek elsimítására s egy boldog jövő alapozására.

A feladat, melyet intézményünk betölt, nagy és változatos, eszközeink valóban szegényesek, de a mérleg serpenyőjébe dobjuk lelkesedésünk erejét s bizva a jó ügy diadalában, ezennel megnyitom a XII. szünidei orvosi tanfolyamot.

Titkári jelentés a XII. szünidei orvosi cursus megnyitó ülésén.

Előterjesztette: *Temesváry Rezső* dr.

A midőn most harmadizben van szerencsém titkári jelentésemet előterjeszteni, úgy érzem, hogy az orvosok továbbképzését szolgáló cursusaink forduló ponthoz jutottak. Ezt az érzésemet indokolttá teszi az a kitüntetés, a melyben a magas kormány képviselői jelen cursusunkat megjelenésükkel részesitik, de magyarázza azt azon általános remény és hit is, a mely minden jó magyar szivét kell hogy megdobogtassa, hogy ezentúl minden ügy, a mely a magyar kultura szolgálatában áll, a kormány részéről az eddiginél még hathatósabb támogatásban fog részesülni. Már pedig a nép egészségének s így jólétének előmozdítása, a magyar faj erősbítése és gyarapítása kiválóan és első sorban ily nemzeti kulturális feladat. Ennek szolgálatában áll immár 23 év óta fennálló intézményünk is, a mely a magyar orvosnak továbbképzése, valamint annak a tudomány szinvonalán tartása által nemcsak az orvosok érdekeit, hanem az ezekre bizott betegek s így közegészségügyünk érdekeit is istápolja.

Talán önhittségnek látszik, de meggyőződésem, hogy szünidei orvosi cursusaink orvosi rendünk történetének legfényesebb lapjai közé tartoznak. Mert ha végig tekintünk a 23 év alatt rendezett 12 cursus történetén, a melyeken 108 előadó és közel 800 hallgató vett részt, ha látjuk, hogy ezeket a cursusokat az orvosok úgyszólván teljesen a saját erejükből tartották fenn, úgy ezt oly ténynek kell mondanunk, a melyre orvosi rendünk mindenkor büszke lehet.

A legtisztább idealismus és altruismus vezette a hallgatókat, az előadókat és a rendező bizottságot, a midőn a boldogult *Markusovszky Lajos* és *Fodor József* által 1883-ban alapított szünidei orvosi cursusokat fenntartották, fejlesztették. S az idők folyamán sikerült lassanként a negyedik fontos tényezőt, a kormányhatóságot is megnyerni törekvéseinknek, bár még távolról sem oly mértekben, a mint ezt nemes ügyünk megérdemelné. S itt első sorban kell hálával megemlékeznem arról az 1000 korona segélyről, a melyben a nagyméltóságú m. kir. vallás és közoktatásügyi ministerium intézményünket 3 év óta részesíti, a mit bizonyára első sorban *Tóth Lajos* ministeri tanácsos úr ő Méltósága közbenjárásának köszönhetünk.

A nagyméltóságú m. kir. Belügyministerium eddig csak erkölcsileg támogatta intézményünket, míg a nagyméltóságú m. kir. kereskedelemügyi ministerium mult év óta kedvezményes vasúti jegyekkel mozdítja elő törekvéseinket Fogadják érte leghálásabb köszönetünket.

Cursusaink újabb történetéből itt csak arra a fontos újításra akarok rámutatni, a mely a cursusok decentralisatióját czélozza. Mult évben a budapesti jobbparti kórházak főorvosai és a pozsonyi közkórház és bábaképző intézet főorvosai tartottak két-két hónapon át a hét egy bizonyos napján cursusokat a Budapesten és környékén, illetőleg Pozsonyban és környékén lakó orvosok számára; ez évben Pozsonyban újból rendezünk ily cursust május és junius hónapokban, a melyre 15 orvos jelentkezett. Úgy értesülünk, hogy a kolozsvári egyetem tanárai is terveznek ily cursust De ez mind kevés.

Németországban körülbelül 50 városban tartatnak ily ingyenes cursusok. S nálunk sem ütköznék nagy nehézségekbe, hogy oly városokban, a hol nagy kórházak és megfelelő szakerők vannak, mint Debreczen, Kassa, Pécs, Temesvár, Marosvásárhely stb., ha nem is mindjárt, de legalább egy nem nagyon távol jövőben az azon városokban és környékükön lakó orvosok számára évenként az emlitettekhez hasonló ismétlő tanfolyamok, betegbemutatások stb. tartassanak.

A mai nappal kezdődő és junius 9-ig tartó XII. szünidei orvosi cursusra jelentkezett 78 orvos, a kik közül 13 másodizben, 8 harmadizben, 2 negyedizben, 1—1 ötöd- és hatodizben hall-

gatja cursusainkat. A résztvevő orvosok túlnyomó nagy részét, mint az előző alkalmakkor is, a vidék szolgáltatja; csak 8 orvos budapesti, 2 orvos Horvát-Szlavonországból jött ide, egy pedig Amerikában letelepedett honfitársunk. 43 orvos működik hivatalosan s pedig négy mint megyei vagy városi főorvos, hat mint kórházi orvos, tíz mint járásorvos és 23 mint községi vagy körorvos.

A mi a cursus alatt tartandó előadásokat illeti, első sorban megemlítendő: *Bókay Árpád* tanár előadása „a hazai fürdők és ásványvizek"-ről, *Kétly Károly* tanár előadása „a villamosságról az orvosi gyakorlatban" és *Lenhossék Mihály* tanár előadása „az ember fejlődéséről", mindmegannyi fontos és érdekes tárgy áttekintő ismertetése. Ugyancsak ide sorolandó *Grósz Emil* tanár előadása „a glaucomáról" és *Tauffer Vilmos* tanáré „a méhrák ellen való védekezésről", előbbi mint a magyarországi szemorvosok országos értekezletének főtárgya, utóbbi pedig mint az ország nőorvosainak értekezletén tartandó előadás, a melynek nemes czélja az, hogy a méhrák ellen való küzdelmet országossá tegye.

A főcsoport négy tárgyának (belgyógyászat, sebészet, szemészet és szülészet és nőgyógyászat) előadóiul *Korányi Sándor, Dollinger Gyula, Grósz Emil* és *Tóth István* tanárokat sikerült megnyernünk, míg a többi, inkább begyakorlást czélzó cursusok tartására *Berend Miklós, Erőss Gyula, Feleki Hugó, Gerlóczy Zsigmond, Haberern J. Pál, Illyés Géza, Irsai Arthur*, ifj. *Klug Nándor, Krepuska Géza, Krompecher Ödön, Nékám Lajos, Ónodi Adolf, Schaffer Károly, Szabó József, Székely Ágoston, Tangl Ferencz, Török Lajos* és *Vas Bernát* tanárok voltak szívesek vállalkozni.

A cursus, mint az utolsó 2 évben, ez idén is díjtalan s csak a rendezés költségeinek fedezésére kérünk 20 k. beiratási díjat.

A midőn ezzel a jelen cursus képét vázoltam, szabadjon végül néhány oly eszmét felvetni, a melyekről hiszem és remélem, hogy ha megvalósulnának, ezzel az úgynevezett szünidei budapesti cursus jövője biztosíttatnék, sőt lehetővé tétetnék az is, hogy esetleg évenként két ily cursus tartassék, valamint hogy a nem kevésbé fontos vidéki cursusok állandósítására és szaporítására is megvolna a lehetőség. Ezek a javaslatok a következők volnának:

1. Létesíttessék egy központi szervező bizottság, a melynek állandó, a nagy munkáért anyagilag kárpótlandó titkára volna s a melyben úgy a nagyméltóságú m. kir. belügyministerium és vallás- és közoktatásügyi ministerium, mint minden vidéki cursus vezetősége 1—2 taggal képviseltetné magát; ezen bizottság rendezné úgy a fővárosi, mint a vidéki cursusokat;

2. a nagyméltóságú m. kir. belügyministerium évenként lehetőleg 100, de legalább 50 hivatalos állásban levő orvost jelölne ki a budapesti nagy cursus hallgatására, a kiket úgy, mint a trachomacursus hallgatóit, 8 kor. napidíjban részesítene;

3. a nagyméltóságú m. kir. vallás- és közoktatásügyi ministerium nagyobb összeget (5000—10,000 kor.-t) venne fel budgetjébe, a melynek czélja volna az előadók honorálása, a központ költségeinek fedezése, különösen pedig taneszközök (moulage-készítmények, phantomok, boncztani készítmények, vetítő gépek stb.) beszerzése, a melyek a központi és vidéki cursusok előadói rendelkezésére állanának; mintául szolgálhatna a nemrég megnyilt berlini Kaiserin Friedrich-Haus hasonczélú gyüjteménye;

4. a nagyméltóságú m. kir. kereskedelemügyi ministerium, a közművelődési czélt tekintve, portomentességet adna, valamint vasúti kedvezményben részesítené nemcsak a budapesti cursuson, hanem a vidékieken résztvevő orvosokat is, utóbbiakat, minthogy minden cursus körülbelül 20 utat vesz igénybe, kedvezményes jegyfüzetek kiadásával;

5. vendégelőadók intézményének létesítése, a mely czélból az egyetemek kiváló szakférfiai a vidéki városokban tartanának előadáscyclusokat egyes fontosabb betegségekről, vagy közegészségi kérdésekről, mint pl. a venereás betegségek, gyermekágyi láz, rák, trachoma, tuberculosis, táplálkozás stb.

Mindez így előadva, nagyon szerénytelen óhajnak látszik, pedig a gyakorlatba való átvitelük nézetem szerint nem tartozik az utopiák birodalmába. Nem kell hozzá egyéb, mint egy kis idealismus a mérvadó tényezők részéről, csak csekély hányada annak az idealismusnak, a melylyel mi orvosok az eddigi cursusokat vezettük és fentartottuk. Sőt még idealismus sem kell hozzá, mert tudvalevőleg nincs az államnak oly praktikus, oly lukrativ befektetése, mint a melyet a közegészségügy érdekében tesz. Szent meggyőződésem, hogy az orvosi továbbképzés érdekében hozott minden áldozat csak látszólag az, valóságban azonban a leghasznosabb tőkésítés. Mert tagadhatatlan, hogy minél jobb az orvos, annál egészségesebb a nép, annál kisebb a halandóság! Már pedig egy egészséges nép lakta hatalmas nagy magyar haza mindnyájunknak álomképe!

Adja az Ég, hogy ez álomkép valóra váljék!

A német sebésztársaság, a német Röntgen-társulat és a német orthopaed-sebésztársaság ez évi congressusa.

(Folytatás.)

Neugebauer gyógyult egyént mutatott be, kinél *Hirschprung-féle betegség* miatt az S romanumnak nem kitágult részét a rectum legfelsö, még intraperitoneálisan fekvő részébe implantálta. Ezen betegség diagnostizálásakor a Röntgen-kép készítése előtt ruganyos fémsondát tol fel a colon ascendensig.

Stubenrauch pancreatitis indurativa okozta choledochus-compressio esetében epesipolyt képezett. A sipolyt, mely záródásra hajlamot nem mutatott, végre plastikus műtéttel gyógyította, úgy hogy a gyomorlebenyből készített csőalakú részletet a choledochus-fistulával egyesítette.

Bramann 13 éves leány gyomrából a gyomrot teljesen kitöltő *hajdaganatot* távolított el. Az eset mindenben hasonlít az irodalomból eddig ismert esetekhez.

Blecher pancreatitis haemorrhagica esetében, a mely lórugás után fejlődött, laparotomiát végzett és a colon mögötti, vérrel kitöltött üreget a pankreas szakadása helyéig tamponálta. A műtét után három napig czukor volt a vizeletben. A beteg meggyógyult.

Krönig scopolamin-morphium adagolása és ezt követő *spinal-anaesthesia* mellett 160 műtétet végzett, ezek között 65 laparotomiát egy halálesettel, mely valószinüleg ezen érzéketlenítési eljárásnak tulajdonítható.

Kader struma-műtéteket, gége-kiirtásokat is spinal-analgesia mellett szokott végezni. Ezen műtéteket megelőzőleg a XII. háti csigolya alatt fecskendez be 0·12-t a 2%-os tropacocain-oldatból és a beteget azután Trendelenburg-féle fekvésbe hozza.

Döderlein az *operativ asepsissel* bakteriologiai kisérletek alapján foglalkozva, újból hangsúlyozza, hogy mily nehéz a sebet a műtét közben bakterium-mentesen megtartani. A trikot-keztyün is átvándorolnak a kéz börének bakteriumai. Gummikeztyük használata mellett pedig a műtét területének bőréről jutnak bakteriumok a sebbe. Ezek alapján meg kell akadályozni, hogy a bakteriumok a börről a környezetbe juthassanak. Jodtinctura és jodbenzin alkalmazása sok tekintetben megfelelő volt. Hosszas kisérletezés után sikerült egy steril gummi-oldatot készíteni, a melyet kis készülék segélyével aseptikusan visz a börre; ez az oldat a bőrt úgy bevonja, hogy a sebek csiramentesek maradnak.

Brunn ezen gummi-oldathoz 2%-os jodtincturát ad. A Bruns-féle tübingeni klinikán alkalmazta s az előadó által jelzett kedvező eredményeket érte el.

Heusner, a ki már régebben ajánlotta a jodbenzint, jelenleg 1‰ jodbenzinhez kevés paraffin-olajat ad, hogy a börnek a benzin okozta túlságos zsírtalanítását elkerülje. Tudjuk, hogy Heusner csak ezzel desinficiál, vizet nem használ.

Oettingen a bőr bevonása czéljából mastixot használ: mastix 20·0, chloroform 50·0, ol. lini 20 csepp. Ezt már a háborúban is alkalmazta a sebek környezetének bekenésére s csak ezután alkalmazott steril kötszert.

Sultan szívvarratot alkalmazott öt nappal szenvedett sérülés után. Betege meggyógyult. Egy másik esetében, melyben a bal gyomrocsot varrta, a beteg a mammaria internából történt elvérzés következtében meghalt.

Wendel-nek vidéken, kedvezőtlen külső körülmények között is sikerült szívvarratot alkalmazni szúrt seb esetében. *Goebell* szin-

tén gyógyult egyént mutatott be kinél a szív lött sebe után alkalmazott varratot.

Jaffé Sultannak igazat ad abban, hogy a szívbe hatoló seb ellátása és a szívvarrat alkalmazása közben nagy vérveszteséggel kell megküzdenünk, annyira, hogy a szívműködés felmondja a szolgálatot. Ilyenkor a még életképes szíven gyorsan alkalmazzuk a varratot s Pravaz-fecskendő segélyével physiologiai konyhasóoldattal töltsük meg a bal gyomrocsot. Erre a szív ismét verni kezd.

Noetzel állatkisérletekkel bizonyította be, hogy a normális *pleuraüreg ellentálló* képessége a bakteriumokkal szemben nem oly csekély, mint ezt általában hiszik. A normális pleuraüreg ellentálló képessége sokkal nagyobb, mint a bőré és az izomsebeké. Csak akkor, ha pneumothoraxot okoztunk, csökken ezen ellentálló képesség s az állatok súlyos genyes-rostonyás pleuritisben pusztulnak el.

A bakteriumok intrapleurális oltások után 5 perczczel a vérben és a belső szervekben kimutathatók. A pleura leukocytákban gazdag izzadmánynyal reagál az infectiora, az izzadmány azután ismét eltünik. A bakteriumok elpusztulása nagyrészt magában a pleura üregében történik.

A megbeszélésre kitüzött harmadik főtárgy a magasan ülő végbélrákok mütétének újabb fejlődése volt, s ennek előadására *Kraske* vállalkozott.

Szerinte csak a kombinált módszerek jelentenek haladást e téren. Hasmetszéssel felszabadítjuk, mobilizáljuk a daganatot és azután sacrális úton irtjuk ki. Igy járva el, különösen nőknél még egészen kétségbeejtő esetekben is jó eredményt ért el.

A műtétet tehát hasmetszéssel kezdjük, mint explorativ metszéssel. Ha a daganat ilyenkor inoperabilisnek bizonyul, azonnal anus praeternaturalist készítünk. Ha a kiirtásra határozzuk el magunkat, akkor a medencze magas elhelyezése mellett a belet kettős ligatura alkalmazása után átmetszszük, alsó végét bevarrjuk, felső végét pedig a segéddel rögzíttetjük. A daganat mobilizálása most már könnyebb. A mütét folytatásakor a beteget oldalt fektetjük s sakrális úton végezzük a rák teljes kiirtását. Az amputatio vagy resectio recti férfinál szük medencze mellett sokkal fárasztóbb, nehezebb, mint nőknél. A bélrészleteket Kraske circuláris varratokkal egyesíti. Hat betege gyógyult, négy meghalt. Végeredményekről az idő rövidsége miatt még nem szólhat.

Kümmel is azt tapasztalta, hogy férfiaknál a viszonyok igen kedvezőtlenek. Kombinált eljárással 14 esetben operált 6 halálesettel. Azt hiszi, hogy e mütét technikáját kell még jobban fejleszteni, s akkor az eredmények is kedvezőbbekké fognak válni.

Kocher a daganat székhelye szerint vagy hasmetszéssel, vagy sakrális úton operál. A combinált eljárást ma még rossz prognosisa miatt csak egészen kivételesen alkalmazza, ha a daganat mozgathatóan egészen a peritoneumban foglal helyet. Hasmetszéssel végzett eljárással Murphy-gombbal operál, a gomb lumenjén drainesövet vezet át, hogy a belet irrigálhassa s bélsárpangást ne kapjon.

Rehn azt tapasztalta, hogy betegei a kombinált eljárások alkalmazása után vagy collapsusban, vagy bélüszkösödés következtében haltak meg. Ezen rossz eredményeket még a két ülésben való operálás sem tette kedvezőbbé.

Lorenz szerint Hochenegg klinikáján is csak egész kivételesen operálnak a kombinált eljárással.

Popper lehetőleg a rectum resectioját ajánlja az amputatioval szemben; *Hackenbruch* a végbélrák kiirtásakor a Bier-féle lumbalanaesthesiát ajánlja, s *Küster* is csatlakozik ezen ajánlathoz; a két ülésben való operálás után sokkal kedvezőbb eredményeket látott.

Meyer Depage eljárásának híve, vagyis a beteget hasra fektetve operálja, hogy kisebb legyen a vérveszteség.

Bardenheuer magasan ülő végbélrákoknál mindig az amputatiót végzi a sphincter megtartásával. Csontrészletek feláldozása nélküi lehetőleg gyorsan operál.

Braun a kombinált eljárásnál mindig anus praeternaturalist készít, melyet később Murphy-gombbal zár.

Schlange úgy látta, hogy minden végbélrákot, melyet a végbélen át tapinthatunk, sakrális úton lehet megoperálni. Ezen mütét előtt 8—14 nappal anus praeternaturalist készít. Ez által a daganat sokszor mozgathatóbbá válik és sokszor megkisebbedik.

Jaffé az inplantatiós metastasisokra figyelmeztet. Ezeket a sphincter feletti és körüli részeken kell keresnünk.

König Bardenheuerrel szemben inkább a lassú alapos operálásra fektetné a fősúlyt, mint a bravuros gyors mütevésre.

Körte teljesen a Rehn által kifejtett álláspontra helyezkedik.

Kraske végszavában azon meggyőződésének adott kifejezést hogy vannak esetek, melyekben a magasan ülő végbélrákot csak kombinált, tehát abdomino-sakrális úton lehet eltávolítani. De ezen kétségbeejtő esetekben is lehet még kedvező eredményt elérni. Az eljárást azonban csak az utóbbi esetekben tartja indokoltnak.

Haberern J. Pál.

(Vége következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Hugo Magnus: Die Volksmedizin, ihre geschichtliche Entwickelung und ihre Beziehungen zur Kultur. Breslau, J. U. Kern (Max Müller), 116 lap.

A népies orvostant tárgyaló irodalomnak általában lokális a jellege; többnyire bizonyos vidékek orvosi szokásait tárgyazzák az idevágó közlemények. Nagyobb arányú munka már például *Temesváry Rezső*-nek az egész országról szóló népies szülészetet tárgyazó könyve. Kisebb területen gyüjt, de minden ágát a gyógyászatnak feldolgozza, kiváló orvosi ethnographusunk: *Liszt Nándor*, Hajdumegyében, kinek összegyüjtött munkái csak a napokban hagyták el a sajtót.[1] Hiányzott azonban mindeddig egy oly munka, mely az összes népies adatokat egységes felfogásban szemléli s foglalja össze, hogy végül levezesse belőlük azokat az általános szempontokat, fejlődési törvényeket, melyekből a laikus gyógyászat az ó kor óta kifejlődött. Eltekintve általános kulturtörténeti jelentőségétől, értékes *Magnus* munkája azért is, mert megmutatja, hogy mily szoros viszonyban állott mindenkor a hivatásos és a népies gyógyászat. *Magnus* sikeresen domborítja ki azokat a pontokat is, melyekkel a kettő ma is erősen összefügg, és nem mulasztja el, hogy rá ne mutasson azokra a veszélyekre, melyeket a a népies gyógyászat okozhat, ha természetes határain túl terjeszkedik. Ezen utóbbi pont kiemelése úgy látszik — s teljes joggal — czélzatos. Német szerző irta, ki kétszeresen érezheti, fájlalhatja a kuruzslás virágzását Németországban, a hol az orvoslás tudvalevőleg szabad ipar. A munka mindamellett és pedig első sorban történelmi perspectivából tekinti át a felette érdekes tárgyat.

A *Kern*-féle czég, melynek orvostörténelmi kiadványai közt (XV. szám) jelent meg a mű, a szokott gondot fordította a kiállításra és a szöveget illustráló rajzokra. *Gy—y.*

K. Ewald: Albert's Diagnostik der chirurgischen Krankheiten. 9. Auflage. A. Höldler, Wien, 1906.

Albert tanár klasszikus tankönyve, melyet a szakemberek kivétel nélkül ismernek, s a mely a gyakorló orvosok nagy része előtt sem ismeretlen, új köntösben jelent meg. A nélkül, hogy a munka jellegzetességein, boldogult szerzőjének eredetiségén rontana, Ewald csak közbeszúrásokkal egészíti ki egykori mesterének diagnostikai fejtegetéseit, minek folytán ezen remek didaktikai mű a modern tudomány mértékét is megüti. A bővült munka terjedelme 352 oldal; értékét 55 fametszet növeli. Bővebb ajánlásra Albert tanárnak eme kedvencz munkája nem szorul. *Gergő.*

Új könyvek: *A. von Gschmeidler:* Der ärztliche Versuch am leberden Menschen. Wien, W. Braumüller. — *C. Weigert:* Gesammelte Abhandlungen. Berlin, J. Springer. — *D. O. Kuthy:* Physikalische Therapie der Skrofulose. Stuttgart, F. Enke. — *S. Munter:* Physikalische und diätetische Therapie der Zuckerharnruhr. Stuttgart, F. Enke. — *M. David:* Grundriss der orthopädischen Chirurgie. Berlin, S. Karger. — *Thalmann:* Die Syphilis und ihre Behandlung im Lichte neuer Forschungen. Sächs. Kriegsministerium. — *H. Bruns:* Leitfaden für die Ausführung bak-

[1] Népies gyógyító-módok és babonák Hajduvármegyében. Debreczen, Hoffmann és Kronovitz nyomása.

teriologischer Wasseruntersuchungen. Berlin, Schoetz. — *P. J. Möbius*: Die Basedow'sche Krankheit. Zweite, vermehrte Auflage, Wien, A. Hölder. — Diagnostisch-therapeutisches Lexikon für praktische Ärzte. Herausgegeben von Bruhns, Bumm, Gottschalk, Kausch, Klemperer und Strasser. 1. Lieferung. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. — *F. W. Pavy*: On carbohydrate metabolism. London, J. and A. Churchill. — *F. H. Mc Crudden*: Uric acid. The chemistry, physiology and pathology of uric acid and the physiological important purin bodiez. New-York, P. Hoeber. — *D. Montgomery Paton*: New serum-therapy. London, Baillière, Tindall and Cox. — *Herbert Paterson*: Gastric surgery. Being the Hunterian-lectures for 1906. London, Baillière, Tindall and Cox.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az arteriosclerosis és a vesegyuladások közötti viszonyt tárgyalja *Hirschfeld*. Az arteriosclerosisos zsugorodó vese és a genuin zsugorodó vese közt sok a hasonlatosság. *Leyden* szerint klinikailag az arteriosclerosisos alak képe inkább szívbajnak felel meg, melynél a vese zsugorodási folyamatai alárendeltek. De mivel a veseszármazású tünetek is belefolynak a kórképbe, *Romberg* szerint a megkülönböztetés élőben gyakran lehetetlen. *Senator* a diagnosisra felhasználja a kedvezőtlenebb lefolyást (az érsclerosis által gyengített szervezet) és az arteriosclerosis aetiologiáját v. *Leyden*, *Senator* az összes zsugorodó veséknek kis százalékát, *Romberg* és főleg v. *Schrötter* legnagyobb százalékát sorozzák az arteriosclerosisos eredetűek közé.

Az anatomusok szerint arteriosclerotikus vesében, melyben a vérellátás csökkent, kötőszöveti sarjadzás és zsugorodás többnyire hiányzik, ellenben a glomerulusok és tubulusok eltünnek; az elváltozások szigetszerűek s ezért a vese szabálytalanul zsugorodott, nem egészében kisebbedett (mint a senilis vese). *Orth* és *Ziegler* a senilis veseatrophiát és az arteriosclerosisos alakot regressiv táplálkozási zavar gyanánt egy csoportba sorozza. De míg az utóbbinál a vizelet megszaporodása áll fenn, a senilis vesénél ez a tünet hiányzik, ellenkezőleg inkább oliguriáról lehetne szó (600—1000 cm^3 pro die). Albuminuria sincs, vagy csak minimális fokban. Sőt a szerző még 68—83 éves diabetikusoknál szénhydratos diaeta ellenére sem tudott 1·5 liternél nagyobb mennyiséget elérni Nagyobb folyadékfelvétel (500 cm^3 víz) esetén kisérletei szerint (11 egyén között a legfiatalabb 70 éves volt) a vizeletkiválasztás emelkedése 5—6 óra alatt is 100^3 alatt maradt (fiatal egyéneknél átlag 280 cm^3). A polyuria kimaradását ezeknél az öregeknél a vizsgálatok szerint gyomor- vagy szívműködési zavarok nem okozhatták s ezért a senilis vese alkatában keresi a szerző az okot. A számos glomerulus és tubulus elpusztulása miatt a vese nem tud gyorsan emelkedő folyadékmennyiségeket kiüríteni, talán a sclerotikus arteriák sem képesek a fokozott munkaigénynek megfelelően tágulni. Bármi legyen is az ok, a senilis vesére jellemző a szív jelentékeny megnagyobbodása nélkül fennálló oliguria és az insufficientia nagyobb folyadékmennyiségek gyors kiválasztására. Az bizonyos, hogy vannak a bonczasztalon diagnostizált olyan arteriosclerosisos zsugorodó vesék, melyekben az élőben nephritisnek minden tünete hiányzik. Két esetet említ példa gyanánt, melyekben egy 70 és egy 71 éves egyénen a klinikai képen uralkodni szokott szívtünetek teljesen hiányoztak, az egyiknél balszív-hypertrophia egyáltalán nem volt, a másiknál pedig erre elég okot szolgáltatott az aorta abdominalis és a hasi erek előhaladott sclerosisa. Ugyanilyen példákat *Hoppe-Seyler* és *Demange* után is idéz, melyek mindenikében közös a szív- vagy érrendszer-baj minden klinikai tünetének hiánya. E mellett az idézett esetek bonczleletei azt bizonyítják, hogy *az arteriosclerosisos zsugorodó vese* (*a közönséges zsugorodó vesével szemben*) *szívnagyobbodást nem okoz*. Tehát nem csak morphologiai, hanem biologiai szempontból is hasonlóság áll fenn az arteriosclerotikus zsugorodó vese és a senilis vese-atrophia között.

Szerző a hydropsos tünetek között a vesesclerosisra nézve a valódi zsugorodó vesével szemben csak azt tartja jellemzőnek, hogy előbbinél sohasem észlelhető hosszabb ideig a nem lógó testrészeken anasarka. Ennél fontosabb az uraemiás tünetek és a szemet illető szövődmények teljes hiánya. (72 retinitis albuminuricában szenvedő egyén közül csak 9 volt 60—70 év között és 6 volt 70 éven felül.)

Mindezek szerint általános nézet volt eddig, hogy általános arteriosclerosis alapján vesegyuladás támadhat arteriosclerotikus zsugorodó vese alakjában, melynek lefolyása hasonló a genuin zsugorodó vesééhez és a mely a szívtünetek praedominálása folytán igen kedvezőtlen prognosisú. Azonban az arteriosclerotikus zsugorodó vese mikroskopi képe a senilis veseatrophia képéhez hasonló. A senilis vese klinikai tünetei (oliguria, nagyobb folyadékfelvétel utáni polyuria kimaradása, diabetesben a nagyon mérsékelt polyuria) a mindkét alakban talált elváltozásokkal megmagyarázhatók. A szerző által észlelt és idézett esetekben, bár a bonczasztalon arteriosclerotikus zsugorodó vesét lehetett diagnostizálni, a szív praedomináló tünetei teljesen hiányoztak. Nem tekinthető tehát a sclerosisos vese a közönséges zsugorodó vese malignus alakjának, hanem inkább megfelel az a senilis vese kórképének. Megfelel e felvételnek az is, hogy aggok kiterjedt arteriosclerosisa alapján sohasem lehetett valódi vesegyuladás klinikai képét kimutatni, továbbá, hogy agg czukorbetegeknél — szemben a 40—60 év közöttiekkel — vesegyuladás szövődmény gyanánt nem szokott keletkezni. (Berliner klinische Wochenschrift, 1906. 13. és 14. szám.) *R. Zs.*

Az Ehrlich-féle diazoreactio prognostikai értéke tüdőgümőkórban. Nagyszámú vizsgálatainak eredményeit a következő pontokba foglalja össze *Holmgren*: 1. A diazoreactio csaknem kizárólagosan a betegség III. és előhaladt II. szakában (Turban-féle beosztás) észlelhető. 2. A reactio azonban ezen szakokban is hiányozhatik, még pedig vagy azért, mert az illető beteg még nem lépett a diazostadiumba, vagy mert a vizsgálatot a reactiomentes intervallumban végeztük. 3. Az élet utolsó szakában valamennyi betegnél rövidebb-hosszabb időre megvan a reactio. 4. Minél kifejezettebb a reactio, annál korábban várható a halál. 5. Erős diazoa reactiót adó betegeknél a legnagyobb valószínűséggel legfeljebb még csak 6 hónapig, átlagban pedig 2 hónapig tart az élet. 6. Kifejezett, de nem erős reactio esetén nagy valószínűséggel 1½ éves maximális és 6 hónapos közepes élettartamot vehetünk fel. 7. III. vagy előrehaladt II. szakban levő oly betegek közül, a kiknél negativ vagy kétes eredményű volt a reactio, fél éven belül csak 9% halt meg. 8. Kifejezett positiv reactio esetén még akkor is megengedhető a következtetés az említett értelemben, ha a reactio csak egyetlen egy izben volt meg. 9. A diazoreactio végzése könnyű és kényelmes. 10. A reactio gyakorlatilag nagyon értékes prognostikai eljárás; segélyével előhaladott esetekben pontosabban megállapítható a valószinü élettartam, mint a physikális vizsgálómódokkal. Szerző a diazoreactiót Michaelis előirása szerint végezte: 100 cm^3 sósavas sulfanilsav-oldatot (2·5 sulfanilsav és 25·0 hígított sósav 500·0 vízre) 2 cm^3 ½%os natrium-nitrit-oldattal keverünk és ebből lemért mennyiséget ugyanannyi vizelettel összehozva, ⅛-annyi ammoniakot adunk hozzá. Positiv reactio esetén többé-kevésbé kifejezett vörös szín mutatkozik. A szerző szerint különben az említett mennyiségek pontos betartása a reactio megejtésekor nem okvetlenül szükséges. (Zeitschrift für Tuberkulose, 1906. VIII. kötet, 4. füzet.)

A gümőkórosak anaemiájáról közöl tanulmányt *Labbé* nagyobb számú önálló vizsgálata alapján. Czikke elején kiemeli már, hogy a bőr halványságából, a melyet ochrodermiának nevez (ὠχρός=halvány, δέρμα=bőr), nem szabad még okvetlenül a vér mennyiségének vagy minőségének hiányosságára következtetni. Igy a gümőkór kezdeti stadiumaiban akárhányszor előfordul, hogy ochrodermia mellett a vörösvérsejtek száma és a vér haemoglobintartalma normális, sőt néha a vörösvérsejtek száma meg is szaporodott. A kezdődő esetek túlnyomó többségében azonban az ochrodermia együtt jár mérsékelt anaemiával; a vörösvérsejtek száma ugyan gyakran normális, sőt néha nagyobb is, a haemoglobin mennyisége azonban csökkent. Végül a kezdődő esetek egy harmadik csoportjában úgy az ochrodermia, mint az anaemia nagyon kifejezett, úgy hogy chlorosis benyomását nyerjük. Gümőkór idült eseteiben szintén háromféle módon nyilvánulhat az anaemia, illetve viszonya az ochronosissal. Az esetek többségében az ochronosis együtt jár a vörösvérsejtek és a haemoglobin-tartalom többé-kevésbé kifejezett megkevesbedésével; ezekben az esetekben 38 és 40° C. között ingadozó láz szokott lenni. Minthogy a lázat a bakteriumok illetve toxinjaik létesítik, a vért pedig ugyanezek károsítják: természetes dolog a láznak és az anaemiának együttes jelenléte. Az esetek

egy második csoportjában a vörösvérsejtek száma erősen csökkent, ez azonban a beteg külsején nem látszik meg. Végül egy harmadik csoportban ennek épen fordítottját látjuk: ochrodermia van anaemia nélkül; a vörösvérsejtek száma ezekben az esetekben is megfogyott ugyan, ez a megfogyás azonban együtt jár a vér besürüsödésével, a melyet a hasmenés vagy a böséges izzadás okoz. A vér mennyisége tehát ilyenkor megkevesbedett (oligaemia), a térfogategységben azonban rendes számú alakelemet tartalmaz. (Revue de médecine, 1906. márczius.)

Tussis convulsiva súlyos esete felnőttben. Szamárhurut-járványok alkalmával elég gyakran tapasztalható, hogy felnőttek is szenvednek görcsös köhögésrohamokban, a melyeket más ok hiányában a szóban forgó betegség kórokozójával való fertőzésre kell visszavezetni. Ezek az esetek azonban enyhe lefolyásúak és nem tartanak soká. Ritkaságszámba megy tehát *Classen* esete, a melyet a „Deutsche medizinische Wochenschrift“ ez évi 16. számában ismertet. A 40 éves, erőteljes férfiút, a ki előzőleg 14 napig szárazon köhögött, hirtelen fuldoklásroham lepte meg: eszméletét vesztette, arcza elkékült, légzése néhány másodperczre megszünt. Az ilyen rohamok, a melyek mindig köhögésingerrel vették kezdetüket, azután mind gyakrabban ismétlődtek. Tekintettel arra, hogy az illető szervezetében semmi elváltozás sem volt, a melyből az ilyen rohamok megfejthetők lettek volna, s hogy három gyermeke ugyanekkor szamárhurutban szenvedett: a szerző azt hiszi, hogy ez esetben a szamárhurut fertőző anyaga okozta ezen rohamokat, a melyek bromoform használatára mind ritkábban jelentkeztek s több mint két hónap után végleg megszüntek.

Endocarditis maligna három esetét közli *N. Raw*. Polyvalens antistreptococcus-serum használatára az esetek közül kettőben gyógyulás következett be. Megjegyzendő, hogy a szerző a serumot nem a bőr alá fecskendezi, hanem a végbélbe. Hashajtókkal és irrigálással jól megtisztítja a beleket, s azután a serumból 20 cm³ t kétszerannyi testhőmérsékű physiologiai konyhasó oldattal keverve lassan befecskendez a végbélbe, még pedig naponként kétszer. A rectális alkalmazáshoz azért folyamodott a szerző, mert az antistreptococcus-serum bőr alá fecskendezése rendkivül fájdalmas; a végbél útján bejuttatásnak a fájdalmatlanságon kivül az az előnye is van, hogy erythema, továbbá izületi fájdalmasság nem jelentkezik utána. (The lancet, 1906. április 21.)

A gyomornedv viselkedését chlorosis eseteiben tanulmányozta *Arneth* docens Leube tanár klinikáján. Vizsgálatainak eredményeképen azt állítja, hogy tiszta chlorosis könnyű és középsúlyos eseteiben a normális értékhez nagyon közel álló, minimális hyperaciditas van jelen, súlyos esetekben pedig nagyobb fokú hyperaciditas; subnormális savtartalom avagy anaciditas sohasem fordul elő. Czikkének végén a chlorosis therapiájáról is megemlékezik: Kezdetben, az eset súlyosságához mérten több hétre terjedően is, ágynyugalom. Mihelyest tűri a beteg, vasat kap; addig ideiglenesen arsent fecskendeznek a bőre alá. A vas és arsen combinatioja főleg azon esetekben javalt, a melyekben a vörösvérsejtek száma tetemesebben megfogyott; a lép megnagyobbodása esetén czélszerű egyidejüleg chinint is adni. A vaskészítmények közül a ferrum reductum ajánlható: Rp. Ferri reducti 7·5; Glycerini et Gelatinae qu. s. ut fiant pil. molles Nr. XC. Ezekből a labdacsokból eleinte 1—2-t, később 3-at vesz be a beteg 3-szor naponként az étkezések után. Nagyon ajánlható, főleg érzékeny gyomrú betegeknek, a nucleogen nevű, vasat, arsent és phosphort organikus összeköttetésben tartalmazó készítmény, a mely tabletta-alakban jön forgalomba; naponta 3-szor veendő be 2—2 tabletta, még pedig az étkezések után. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1906. 17. szám.)

A chlorbaryum használatát szívbajokban nehány év előtt többen ajánlották és a digitalist vélték vele pótolhatni, mint a melylyel szemben az az előnye volna, hogy pontosan adagolható és hogy nincsen cumulativ hatása. *Orlovsky* újabban úgy embereken, mint állatokon kisérleteket végzett chlorbaryummal, a melyek meglehetősen kedvezőtlen eredménynyel jártak. Szívbajos embereknek 3—5 centigrammos adagokban adta a szert naponként 2—3-szor, és azt tapasztalta, hogy semmiféle előnyös hatást nem gyakorol a szívizomzatra. Némi érösszehúzó hatása alapján a myocardium ép volta mellett használható, de még ilyen esetekben is huzamosabb használatakor káros következmények állhatnak be. Állatokon végzett kisérletek szerint is a szívizomzatot nemcsak hogy nem tonizálja, hanem ellenkezőleg hüdíti. Ezen utóbbi hatásból, vala mint abból, hogy a szív koszorúereit összehúzza, könnyen érthető már most, hogy használata után miért észlelték az angina pectoris-rohamok súlyosbodását és gyakrabban jelentkezését. (Roussk. Vratsch, 1906. Ref. La semaine médicale, 1906. 17. szám.)

Általános kór- és gyógytan.

A czukor kimutatására a vizeletben *Simrock* a Hein-féle reagenst a következő összetételben ajánlja: Rp. Cupri sulf. 2·0; Aquae dest., Glycerini āā 15·0; Sol. kalii hydroox. (5%) 150·0. A vizsgálandó vizelet 10—15 cseppjéhez ugyanannyi vagy valamivel több reagenst adunk, majd az egészet kémlőcsőben felforraljuk, mire czukor jelenlétében a Trommer-próbára jellegző sárga vagy vörösbarna csapadék keletkezik. E kémlésmód igen érzékeny, mert még 0·05% czukortartalom mellett is sikerül; fehérje és epefesték jelenléte nem zavarja és Simrock vizsgálatai szerint bő húgysavtartalom, kreatinin és glykuronsav sem okoz oly könnyen tévedést, mint a Trommer-próbánál. Nagy előnye még, hogy kiviteléhez csak egy és beláthatatlan időkig változatlan oldat szükséges, nemkülönben az, hogy csekély mennyiségü vizeletre van csak szükségünk. A vizelet conserválására Simrock a chloroform helyett, mint a mely a Trommer-próbát adja, a glycerint ajánlja. (Münchener med. Wochenschr. 1906. 18. sz.) *Halász Aladár.*

Sebészet.

A hasban érzett fájdalmak magyarázatával foglalkozik *Lennander*. Abból indul ki, hogy a gyomor, a bél, a mesenterium, az omentum, az epehólyag, a máj, a hasnyálmirigy, a lép, a zsíros és rostos tokjától fosztott vese, a belső női nemi szervek, a hólyag savós hártyája teljesen érzéketlenek, úgy tapintásra, mint nyomásra és hőre. Ellenben igen nagyfokú a fali hashártya érzékenysége a subserosának fájdalomérző idegekben való gazdagsága folytán, különösen eltolás, vongálás, kevésbé az alapjához való odanyomás alkalmával. A fali hashártyának ezen érzékenységét tetemesen fokozza az, ha benne lymphangoitis keletkezik.

A hasfájdalmak egy része egyszerűen a fali hashártya feszülése által keletkezik, így felfúvódáskor, nagy ascites, daganat eseteiben, máj- és lépnagyobbodás esetén. A fali hashártya eltolódásából magyarázhatók ama tetemesen nagyobb fájdalmak, melyek különböző kocsánycsavarodásoknál, csikarásoknál (midőn a flexura sigmoidea tartalmát kiüríteni akarván, végig dörgöli a perit. parietalet), vizeletretentionál állanak elő. Az őrült fájdalmakat okozó bélkólikák *Lennander* szerint két okból származnak: 1. a mesenteriumtapadás vongálásából az akadály felett levő bélkacs erőszakos összehúzódásai alkalmával; 2. az erős contractioban levő, megkeményedett bélkacsnak a fali hashártyához való dörzsölődéséből, minek folytán a fali hashártya alapja felett eltolódik. A *Nothnagel*-féle elméleteket a bélkólikák keletkezésére nézve, hogy t. i. a bélben levő idegvégződések összenyomatásából az összehúzódó bélizomzat által, avagy ezen idegvégződéseknek ugyanezen okból származó vérszegénységéből származnak, *Lennander* emberen tett megfigyelései alapján teljesen elveti. Bélösszehúzódás fájdalmakat csak akkor okoz, ha ennek folytán a fali hashártya a bél mesenteriális tapadása által, különösen a hol a fodor hiányzik vagy rövid (pl. duodenum, colon ascendens és descendens), közvetlenül vagy pedig összenövések révén vongáltatik.

Gyuladásoknál fájdalom csak akkor áll be, ha a fali hashártya a lobban részt vesz, és csak oly terjedelemben, a minőben a fali hashártya megbetegszik. Ha valamely gyomor bélbeli lobfolyamat folytán retroperitoneális lymphangoitis áll elő, akkor ezen a helyen a hashártya fokozott nyomási érzékenységet mutat s ilyen lokális lymphangoitisből magyarázza *Lennander* a Mac-Burney-pont érzékenységét appendicitisben, a körülirt epigastriális fájdalmasságot gyomorfekély eseteiben. Ugyancsak ezen lymphangoitis okozta fokozott érzékenységből vezeti le a spontan jelentkező fájdalmakat is, melyeket úgy értelmez, hogy a hyperaesthesiás serosa a gyomor- és bélmozgásokat fokozott mértékben érzi. Az

epekő és vesekő okozta fájdalmakat abból magyarázza, hogy a kő kihajtása alkalmával létrejövő erősebb összehúzódások a choledochus retroperitoneális része, a vesemedencze és ureter körüli retroperitoneális kötőszövetben levő idegvégeket vongálják, s ezen idegvégek az ezen folyamatokkal kapcsolatos lymphangoitis miatt különben is érzékenyebbek.

Végül utal arra, hogy a fájdalmak pontos természetének és localisatiojának megállapítása mily nagy jelentőségű úgy a heveny, mint az idült hasi megbetegedések diagnostikájában; az az orvos, ki ezen fájdalmak forrását kikutatni és méltányolni tudja, nem igen fog kezdődő súlyos hasi folyamatokat indigestionak és gyomorrontásnak, lappangó idült bajokat pedig idegességnek tekinteni, hanem a bajt felismervén, idejekorán való megfelelő gyógyításáról fog gondoskodni. (Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir. 1906. 1. füzet.) *Pólya.*

Az appendicostomia *W. H. Bennett* szerint következő esetekben használható: 1. Idült vastagbélgyuladásoknál, fekélyedéseknél a vastagbél átöblítésére s esetleg typhusnál az ileum végében levő fekélyek helyi kezelésére. (?!) 2. Bélhűdésnél a gázok levezetésére. 3. A végbélen át táplálás pótlására. 4. Coecális colostomia pótlására. Nagy előnye az appendicostomiának, hogy könnyen és gyorsan végezhető s hogy a sipoly bélsarat rendszerint nem bocsát át. (Lancet, 1906. febr. 7.) *Pólya.*

Bilharziosist az appendixben ir le *B. J. Busfield.* Az érdekes kórtörténet egy Dél-Afrikában élő 36 éves férfira vonatkozik, a ki egy 1899-ben kiállott enyhe appendicitis-roham után 1902-ben súlyos vakbéltáji gyuladásban betegedett meg a csípőtányért és a medenczét kitöltő nagy izzadmánynyal. Ezeket nem operálták, csupán 1/2 év mulva, midőn a jobb lumbaltájon támadt egy tályogja. Ezt megnyitották, ép úgy egy másik tályogot is, mely a jobb glutaeális tájon 1904-ben keletkezett. Ez utóbbi sehogy sem akart begyógyulni s az ülőcsönt tájára vezető sipolyjárat maradt meg. 1905. juliusában *Lockwood* eltávolította az appendixet, melynek csúcsa hiányzott s mely a medenczében hátul az ülőcsont táján volt rögzítve. A beteg állapota ezután rohamosan javult, a glutaeális sipolyjárat gyorsan besarjadzott. A kiirtott féregnyúlvány a bilharzia haematobia petéit tömegesen tartalmazta, némelyek a muscularis mucosae alatt feküdtek. Bilharziát az appendixen *B.* en kivül csak Aireton irt le. *B.* szerint a bilharzia az appendixben a glutaeális sipolyon át másodlagosan vándorolt be; a beteg ugyanis sipolya miatt sokat fürdött a szabadban, a mi egyik útja a bilharzia-fertőzésnek. (Lancet 1906. febr. 10.) *Pólya.*

A vérkeringés megfordításáról valamely végtagban ir *Carrel* és *Guthrie.* Három kisérletet tettek. Először az art. femoralist átvágták s a verőér visszahúzódott csonkjai közé egy gyüjtőérdarabot iktattak, mely az izmokból két ágat kapott, s körkörös tovafutó varrattal egyesitették az erek sebszéleit. A második kisérletben a czomb verő- és gyüjtőerét átvágván, a csonkokat elcserélve, a verőér proximális csonkját a gyüjtőér distális csonkjával és viszont egyesitették. A harmadik kisérletben az erek oldalfalán létesitettek közlekedő nyilást (lateral anastomosis). Kisérleteikben egyelőre arra voltak tekintettel, mint győzi le a verőeres vér a gyüjtőerekben felmerülő akadályokat (a billentyűk, a számos közlekedés, mely az erek keresztmetszetét megnöveli, a hajszálerek ellenállása), s arra az eredményre jutottak, hogy a billentyűk egy darabig megakadályozzák a verőeres vérnek a gyüjtőerekbe jutását, egy idő mulva azután a billentyűk engednek, s a vér a hajszálerekig jut, végül a hajszálereken is átjut és a verőerekben sötét vér foglal helyet. A vérkeringés teljes megfordulása körülbelül három órát igényel. Valószinű azonban, hogy más gyüjtőereken is visszafolyik vér a szív felé. Oldalsó közlekedésnél a verőeres vér a gyüjtőér központi csonkján át azonnal a szív felé tér vissza. A gyüjtőér környéki része kitágul ugyan, sőt lüktet is, de verőeres vér ide nem jut, és a keringés megfordulása három óra lefolyása alatt nem észlelhető. (Annals of surgery, 1906. február.) *Pólya.*

Duodenum-átfúródás 14 esetét észlelte *Maynard Smith.* Ezek közül 1-et csak a bonczoláskor ismertek fel, 2-t haldokolva hoztak be. 11-et megoperált, 6 meghalt, 5 gyógyult; a gyógyult esetek közül négyet 3 1/2—10 órával és csak egyet 72 órával az átfúródás megtörténte után operált meg, a halálosan végződött esetek valamennyijében 12 órán túl történt a műtét. A perforatio tekintetében különbség van a szerint is, vajjon a duodenum a szabad hashártya felszinén fúródik-e át, avagy retroperitoneálisan illetve adhaesiók közé. A kiömlő duodenális tartalom a jobb vese előtti tasakba ömlik, onnan a coecumtáj és a medencze, másfelől a máj és a diaphragma közé terjed; a foramen Winslowi felé terjedést a duodenum első részéről és a gyomorról a harántvastagbélre vonuló hashártyaredő akadályozza. A tünetek mindig hirtelenül, rendszerint munka közben kezdődtek, 9-szer előzetes emésztési zavarok előzték meg. A májtompulat csak 3 esetben tünt el teljesen. (The Lancet, 1906.) *Pólya.*

A heveny typhlitisről és perityphlitisről ir *Lejars.* Ámbár a jobb csipőtányár táján székelő hasüri lobos folyamatokat, mint a műtéti és bonczolási leletek igazolják, az esetek túlnyomó többségében a féregnyújtvány gyuladásai okozzák, az esetek egy töredékében mégis a vakbél ezen lobok kiinduláspontja. A német irodalomban *Jordan* és *Sick,* az angolban *Coutham, Kelly* és *Hurdon* irtak le ilyen eseteket (a milyeneket különben a ref. is közölt). Most *Lejars* számol be 2 hasonló esetről. Az egyikben a jobb csipőtányér táján székelő tályog megnyitása alkalmával találta meg annak okát a vakbél átfúródásában, a másikban tályognyitás után a féregnyújtvány eltávolításának szándékával hatolt be s ekkor látta, hogy a tályogképződés okát csak a vakbél megbetegedése képezhette. (Semaine médicale, 1906.) *Pólya.*

Kiterjedt pleura-összenövések esetén thoracotomiával kedvező eredményt ért el *Willems,* gandi tanár. E műtétet 3 esetben végezte, midőn a tünetek genyes pleuritisre és tuberculosisra utaltak; a betegek a mellüreg megnyitása s az összenövések részleges leválasztása után gyógyultak. Hogy ilyen összenövések esetén minő hatást fejt ki a thoracotomia, nem tudjuk; talán a tüdő szabaddá téltele s ezzel működésének újból beállása, vagy pedig a levegőnek a pleuraürbe való jutása — úgy mint a gümős hashártyagyuladásban — idézi elő a gyógyulást.

Ezen eseteket a *Debove* által leirt „latens genyes pleuritis"-ekkel állithatjuk szembe. A betegek évekig járhatnak nagy genygyülemmel a mellürben, a nélkül, hogy ez tüneteket okozna. Ezen esetek rossz műtéti eredményt adnak s a thoracotomia, mely javaltnak látszik, sikertelen marad; míg száraz adhaesiók esetén, melyek kevésbé teszik kivánatossá a műtéti beavatkozást, gyors s állandó eredményt érhetünk el. (Archives internationales de chirurgie. 1906. II k. 6. f.) *Steiner Pál* dr.

Gyermekgyógyászat.

Paedatrophiában elhalt csecsemőkön végzett vizsgálatokat *Bloch.* Tudjuk, hogy az atrophia oka még korántsem tekinthető tisztázottnak. A franczia iskola (*Marfan, Thiercelin*) a gyomorbélcsatornából kiinduló fertőzésnek vagy mérgezésnek tartja, de semminemü bizonyitékkal ez irányban nem rendelkezik. Szélesebben megalapozott a *Czerny-Keller*-féle savintoxicatiós elmélet, melynek kiindulási pontja *Keller*-nek azon vizsgálati eredménye, hogy atrophiás csecsemők vizeletében a kiválasztott ammoniak mennyisége megnövekedett. Ámde más vizsgálók eseteikben nem találták az ammoniak-indexet megnagyobbodva, másfelől pedig egészséges csecsemők vizeletében is észleltek hasonló nagy ammoniakértékeket. *Baginsky* elméletét, mely szerint a bél mirigyeinek és hámjának elpusztulása okozza e betegséget, szövettani vizsgálatok megdöntötték. *Heubner* anatomiai vizsgálatai szerint atrophiás csecsemők gyomorbélcsatornáján semminemü rendellenesség nem észlelhető, feltünő a bő bélsárképződés, s a bél csekély felszivó képessége. Ez alapon szerinte az atrophia oka csak a bélhám csekélyebb működési zavara lehet

Ámde *Bloch* már 1902-ben kimutatta azon anatomiai elváltozásokat, a melyeken ezen működési zavar alapul. Három esetben elváltozást észlelt a Lieberkühn-mirigyekben, a mennyiben ezeknek úgynevezett Paneth-féle sejtjei úgyszólván teljesen hiányoztak; e három esetben tehát a Lieberkühn-mirigyek megszüntek működni, s igy a hiányos emésztés lehetett az atrophia oka.

Hasonló eredményre vezetett újabb három esetének vizsgálata. Igy tehát összesen hat esetet vizsgált: négyen hypochylia intestinalis, kettőben achylia és hypochylia pancreatica forgott fenn. Mindenik esetben ugyanis megvizsgálta a gyomorbélcsatornán kivül a hasnyálmirigyet és a májat is. Két esetben feltünő volt, hogy a hasnyálmirigy sejtjei üresek. Ezen achylia, illetőleg hypochylia oka gyanánt pedig mindama viszonyok szerepelnek, melyek részben a szervezetre gyöngitőleg, részben a hasnyálmirigynek s a bélnek mirigyeire izgatólag hatnak, s igy lassan e mirigyek elégtelenségét idézik elő. (Jahrb. für Kinderheilk. 1906. 421. l.) *Flesch Ármin* dr.

A mellhártya-izzadmány eseteiben észlelhető paravertebralis tompulattal és feltisztulással foglalkozik *Hamburger*. Mellhártya-izzadmány eseteiben a mellkas hátulsó falán a kopogtatási hang szerint mindenkor négy területet tudott megkülönböztetni. Ezek között az átmenet fokozatos Az egészséges oldal külső részén ugyanis teljes éles, nem dobos a kopogtatási hang, mely kifejezetten tompulttá lesz, mihelyt az egészséges oldalon a gerinczoszlop közelébe érünk (ez az úgynevezett paravertebrális tompulat). Tovább kopogtatva, a kóros oldalon a gerinczoszlop mellett a kopogtatási hang valamivel tompább, de még nem teljesen tompa. Teljesen tompává csupán a kóros oldal külső részén lesz. Tehát van az egészséges oldalon egy paravertebrális relativ tompa terület, s a kóros oldalon egy paravertebrális relative feltisztult terület. Ezen viszonyokat azonban csak gyermekeken észlelte, s ott is csak erősebb kopogtatással. Keletkezésük magyarázatául felveszi, hogy a paravertebrális tompulatot az egészséges oldalon a nem kopogtatott kóros oldali mellkasfal rezgéseinek akadályozottsága okozza, míg a paravertebrális feltisztulást a kóros oldalon a nem kopogtatott egészséges oldal együttrezgése. A megkülönböztető kórjelzés szempontjából azonban nem sok jelentőséget tulajdonit e leleteknek. (Wien. klin. Woch. 1906. 14. sz.) *Flesch Ármin* dr.

Anatomia.

Az agyvelő súlyáról. A lipcsei kórbonczolástani intézetben 1902—1904-ig 1414 (755 férfi és 659 nő) agyvelő súlyát mérték meg. E mérések eredményeiről számol most be *E. Hardmann*. A felnőtt férfi agyvelejének középsúlyát 1370 gm.-nak, a nőét 1250 gm.-nak találták. Az agyvelő teljes súlyát már a 18. év körül, a nőben alkalmasint már valamivel előbb eléri; a 20. éven túl sohasem növekszik súlyban. A 60. évtől kezdve mindkét nemben apad az agyvelő súlya. A nőknek nemcsak relative, azaz a test térfogatához képest, hanem absolute is kevesebb agyvelejük van, mint a férfiaknak. Férfiakon 1 cm nagyságra átlag 8·3 gm., nőkön csak 7·9 gm. agyvelő esik. A különböző népfajok agysúlybeli különbségeit sem lehet egyszerüen a különböző nagyságukból magyarázni. Alacsonyabb embereknek aránylag nehezebb az agyvelejük, mint megtermetteknek (Archiv f. Anatomie u. Physiologie, 1906. 1. szám.)

A nyak szemölcsszerű függelékeiről. A nyak alsó részén, a fejbicczentő izom tapadása előtt, kétoldalt vagy csak az egyik oldalon mogyorónyi, szemölcsszerü függelékek fordulnak néha elő, a melyek, mikroskoppal megvizsgálva, kötőszövetből, zsirból, erekből, idegekből, s majdnem mindig egy porczogós magból is állanak. Ezek a különben jóindulatú képződmények nem egyszerű bőrszemölcsök, hanem a kopoltyúívekkel kapcsolatos fejlődési rendellenességek, valóságos kis teratomák, a mit organoid szerkezetükön kivül az is bizonyit, hogy igen gyakran kopoltyúfistulákkal együtt vannak jelen s mindig ugyanazon a helyen találjuk őket, a hol a kopoltyú-fistulák szoktak előfordulni. Igazi magyarázatukat az összehasonlító anatomia adja. Ezek a nyakfüggelékek ugyanis, hasonló szerkezettel és hasonló elhelyezésben, csakhogy erősebben kifejlődve, állandó képződmények bizonyos emlősök nyakán, igy például a kecskén, a disznón, a juhon. Működésük nincs, pedig hogy valaha működésük lehetett, az kiderül abból, hogy egyes alakokban külön izma van a függeléknek. A régi görögök Pant, a satyrokat és a sileneket ilyen nyakfüggelékekkel ábrázolták, azért, hogy a bakkecskével való hasonlatosság révén kifejezésre juttassák rajtuk az állatias érzékiséget. (R. Disselhorst, Anat. Anzeiger, 1906. 321. lap.)

Idegkórtan.

A prostituáltak tabesének és dementiájának kérdése melyet *Hübner* vizsgálatai alapján újból felvet, régi pontja a syphilis-tabes összefüggése tanának. Sokan állitották, hogy a prostituáltak között ritka a tabes és ezt az érvet ellene vetették a tabes lueses eredetének, nem gondolva meg, hogy a tabes akkorra fejlődik ki, a mikor a prostituált már más foglalkozásra kénytelen adni magát. Szerző *Moeli* intézetéből kikereste azokat a betegeket, a kik annakelőtte prostituáltak voltak, és azt találta, hogy 43 az elmekórházban ápolt, tabesképes korban levő, volt prostituált közül 20·9% paralysisban, 7% tabesban szenved. A nem prostituált asszonyok közül ellenben csak 13·5% volt dementiás. *Tehát a prostituáltak között sokkal több volt a dementiás, mint a nem prostituáltak között.* A szerző egy másik statistikát is készitett, melyben az elmekórházban meghalt prostituáltak bonczolási jegyzőkönyveit állitotta össze. Ebből kiderül, hogy a halálok 58·5%-ban dementia, 5%-ban tabes és 24·4%-ban lues cerebrospinalis volt. A nem prostituáltak bonczolásakor ellenben csak 2·7% tabes, 4% lues cerebrospinalis, és 16·7% dementia paralytica derült ki. Érdekes továbbá két család története, melyben a syphilissel fertőzött családtagok tabesbe, illetve dementiába estek, míg a nem fertőzöttek épek maradtak, noha ezen épek közül többen súlyos testi fáradságnak voltak alávetve. A mondottakból látszik, hogy *Hübner véget vetett annak a hitnek, a mely szerint a tabes, illetve* a *dementia paralytica ritka a prostituáltak között.* (Neurol. Centralbl. 1906. márczius 16.) *Kollarits Jenő* dr.

A Basedow-kór pajzsmirigyelmélete ellen szólalt fel *Machado* mint referens a lissaboni congressuson és a betegség idegrendszeri eredetét védte. E mellett szól a Basedow-kórban kimutatható egyenes vagy álalakú öröklés, a baj gyakori kezdete psychés jelenségekkel, a felindulás, ijedtség, túlfeszitett munka, a psychés traumáknak alkalmi okként való szereplése, a Basedow-kór szövődése más idegbajokkal (tabes, hysteria, polioencephalitis). A pajzsmirigyelméletet czáfolják azok az esetek, a melyekben struma nem volt, vagy pedig csak a többi tünet kifejlődése után jelentkezett. E mellett elképzelhető, hogy a pajzsmirigy elváltozása, ha nem is mint a Basedow-kór oka, szerepelhet egyikmásik tünet létrejöttében. Az előadáshoz *Raymond* párisi professor szólt hozzá és kifejtette, hogy a Basedow-kór nyúltvelői és agykérgi neurosis és hogy a pajzsmirigy működészavara a nyúltvelőbetegség következése. (Semaine méd, 1906. május 2.) *Kollarits Jenő* dr.

Idegesség női bajok műtevése után sokszor fejlődik. *Kaiserling* a berlini vizgyógyitó intézetben egy év alatt 29 ilyen esetet látott. A tünetek részben hysteriások, részben neurastheniások. A betegek fele a műtét előtt nem volt ideges, a másik fele azelőtt is ideges volt, a műtét csak fokozta az idegességet. A betegek életkora 23—51 év között ingadozott, öröklött terheltség elég ritkán volt kimutatható. A műtét minősége nem fontos, a küretteztől a totalexstirpatióig mindenféle műtét volt képviselve. A gyógyitás az ismert hydrotherapiai elvek alapján történt, e mellett diaetás eljárások és életrendszabályok jöttek alkalmazásba, a melyeket leirni nem érdemes, minthogy ugyanazok, a melyek máskor hasonló bajban ajánlatosak.

Az a kérdés, hogy el lehet-e kerülni a műtét után támadó idegességet. Erre vonatkozólag Windscheid azt a nézetet hangoztatja, hogy a helybeli kezelést lehetőleg korlátozni kell, és ha ez nem lehetséges, úgy lehetőleg egy beavatkozásban kell elvégezni mindent, a mi elvégezhető. Kaiserling ezt a tételt nem óhajtja általánosítani; azt hiszi, hogy ha valamelyik nő jól tűri a rendszeres helybeli kezelést, ezalatt esetleg az idegrendszerét is erősíteni lehet, és csak ha ez megtörtént, gondoljunk a műtétre. Műtét után az első ideges tünetre következzék az idegrendszer kezelése, ilyenkor még lehet segíteni, egy év után már nehezen. (Berliner klin. Wochenschrift, 1906. április 2.) *Kollarits Jenő* dr.

Húgyszervi betegségek.

A haematuriáról *S. Askanazy* azt mondja, hogy némely esetben a primaer vesetuberculosis korai tünete és ilyenkor a látszólag teljesen egészséges embert a legjobb közérzet közepette

kisebb-nagyobb rohamokban lepi meg a nélkül, hogy addig bármely subjectiv avagy objectiv jel vesebántalomra mutatott volna. Az ilyen vesevérzések csak kivételesen szünnek meg hirtelen, rendszerint lassacskán múlnak el, órákig, napokig, hónapokig, sőt évekig is eltarthatnak; a vér mennyisége még ugyanazon betegnél is rohamok szerint nagyon is változó és ez utóbbiak nem ritkán kólikaszerű fájdalmakkal járnak, a melyek megkülönböztetésül a vesekövek által okozottaktól a beteg mozgásától teljesen függetlenek. A műtétek közül leggyakrabban a nephrectomia jön szóba, a nephrotomia már ritkábban; a vesék, a szerint, hogy menynyire haladt már előre a betegség, a tuberculosis cavernosus typusát mutatják, a mely a vérzést már egymagában is megmagyarázza, vagy még csak miliáris csomókat találunk a vesében, a mely esetben vértorlódás okozta a vérzéseket. A haematuria ezen alakjának felismerése a vesetuberculosis kórismézése szempontjából már azért is fontos, mert rögtön alkalmazott hygienés-diaetás kezeléssel a vese kiirtását esetleg még elkerülhetjük. (Deutsch. Archiv für klin. Medicin, 86. k., 2. f.)

Drucker Viktor dr.

Az incontinentia urinae idiopathicának Jaboulay által ajánlott kezelésmódját *J. de Arrese*-nek alkalma volt több esetben kipróbálnia. Jaboulay a vizeletcsurgás ezen alakjának okát a sympathikus idegfonatok sérülésében, illetve működési zavarában keresi, a melyet physiologiai konyhasóoldatnak (körülbelül 200 gm.) retrorectális befecskendésével vél kedvezően befolyásolhatni. E czélból a fecskendő tűjét a végbél mögött a falba szúrja, miközben az anusba vitt ujjával a bél falzatát az átszúrás ellen megvédi. J. de Arrese három 7—15 éves fiun kisérelte meg ezen eljárást. Az elsőnél, a ki minden éjjel az ágyba vizelt, az enuresis már az első (100 gm) befecskendés után egy teljes hónapig szünetelt és a további négy hóban csak háromszor ismétlődött. A második esetben négy héten belül négy befecskendés (80—100 gm.) vált szükségessé, és pedig mindig akkor, a mikor az enuresis ismétlődött; az utolsó befecskendés óta már két hó telt el, a nélkül, hogy a kis beteg újból az ágyba vizelt volna. A harmadik észlelés meningitis következtében siketnéma fiucskára vonatkozik, a kinél a glans és a fityma összenövése által adott helyi oknak műtéttel való megszüntetése után az enuresis továbbra is fennállott, míg a harmadik befecskendés után immár hat hét óta elmaradt. Ezen aránylag kis számú és rövid ideje észlelt megfigyelései alapján a szerző nem állítja sem azt, hogy betegei most már teljesen kigyógyultak, sem pedig, hogy ezen eljárás minden esetben feltétlenül sikerre vezet; azt azonban máris konstatálja, hogy J. módszere a versenyt az eddig ajánlott egyéb kezelésmódokkal kiállja. (Gaz. médic. 1906. márczius.) *Drucker Viktor* dr.

A hypertrophia vagy carcinoma miatt végzendő prostataműtétekről *H. Kümmel* a következőket mondja. Vizeletpangással járó prostata-túltengés eseteiben kezdetben a minél vastagabb Nélaton-katheter állandósításával tesz kisérletet, s műtétre csak akkor határozza el magát, ha ezen eljárást többször ismételve czélt nem ér. Az újabban ajánlott műtétek közül a prostata resectioját, az arter. iliaca lekötését, a castratiót, a vas deferens resectioját teljesen elveti és egyedül a prostatectomia — akár sectio alta, akár gátmetszés útján — hívének vallja magát. Ha a beteg ezen nagyobb szabású műtétre rá nem birható, avagy annyira elgyengült, hogy erről szó sem lehet, akkor a Bottini féle eljárásra kerül a sor. Mihelyest carcinomára gyanakszunk, egyedül a prostata teljes kiirtása javalt. (Deutsche medic. Wochenschr. 1906. 14. szám.)

Bőrkórtan.

A favus klinikájához szolgáltat adatokat *F. R. Paulus*, a ki tanulmányához a bonni klinikai anyagot használta fel. Az ottani dermatologiai klinikán 15 év alatt 201 favusbeteg jelentkezett. Ezek közül 122 esetben a favus csakis a fejre szorítkozott; 73 esetben, tehát a betegeknek mintegy egyharmadában a test nem hajas részén volt a favus. A fennmaradó 6 esetben a betegség a fej hajzatos részén kivül a test egyéb részeit is elfoglalta. A test hajnélküli részein székelt favus-esetek nagy száma igen feltünő és szokatlan jelenség. Ezen utóbbi esetekben a betegség rendesen a favus herpeses alakjában jelentkezett. Az esetek egy részében tenyésztési kisérleteket végeztek s ezek kivétel nélkül mind azt a gombafajt derítették ki, a mely a *Quincke*-féle γ-gombával azonosítható. Érdekesek szerzőnek azon fejtegetései, melyek a favus átvihetőségének esélyeit és lehetőségét tárgyalják. A favus universalis igen ritka, és még ritkábbak azon esetek, melyek halálra vezetnek. Ilyen felette súlyos esetek egy-egy példányát csak *Kaposi* és *Doutrelepont* észlelte. (Dermatol. Zeitschrift, 1906. 2. füzet.) *Guszman.*

A „javol" nevű titkos szer veszedelmeiről ir *Joseph* (Berlin), a ki e hajszesztől már több izben látott heves börgyuladásokat. A szernek semmiféle hajnövesztő hatása nincsen, de igen könnyen súlyos dermatitiseket okozhat. Igy *Joseph* betegén a második üveg használata közben igen erős oedema, pir és nedvezés támadt, mely a fejbőrről az arczra is lehúzódott. A művi börgyuladás csak 14 napi lobellenes kezelésre szünt meg. (Dermat. Centralbl. 1906. 6. f.) *Guszman.*

Venereás bántalmak.

Spirochaeta pallida a vizeletben. Érdekes tapasztalatokról számol be *Dreyer* és *Toepel*. A 19 éves férfibeteg, kinek syphilise mintegy fél év óta tart, kifejezett secundaer tüneteket mutat. E mellett a vizeletben 2‰ fehérje és hyalincylinderek. A centrifugált vizelet üledékében *Giemsa*-val festhető typusos spirochaeta pallidák voltak kimutathatók, melyeket *Schaudinn* is azoknak ismert el. 12 napi antilueses kezelés után a vizelet már csak 1‰ fehérjét tartalmazott, a spirochaeták száma szintén jelentékenyen csökkent. A szerzők tehát az elsők, a kik nephritis syphilitica esetében a vizeletben spirochaeta pallidát kimutattak s így valószinű kórokozó jelentőségét egy új oldalról megvilágították. (Dermatologisches Centralblatt 1906. 6. szám.)

Guszman.

Az agyvelő syphilises betegségéről tett észleleteit ismerteti *Roorda Smit*, a ki mintegy 23 év alatt 27 agysyphilises beteget kezelt. Az esetek egy részét részletesebb kórrajzok kiséretében közli. A szerző észleletei alapján a következő végkövetkeztetéseket vonja: 1. Az agyvelő syphilise főleg azon esetekben fordul elő, a melyeket látszólagos jóindulatúságuk miatt alig észleltek hosszasabban. A betegeket olykor kezelték is, de kétségtelenül teljesen elégtelen módon. 2. A syphilises egyéneknek, ha ideig-óráig latens a bajuk, egészséges lehet a családjuk, a mi azonban nem zárja ki, hogy később agytünetekkel megbetegedjenek. Az a körülmény, hogy az asszony beteg gyermekeket nem szült és nem abortált, nem bizonyít a férfi betegsége ellen. Az agysyphilisre nézve az anamnesis igen alárendelt értékü. 3. Az agyvelősyphilis tünetei a bujakórnak bármely szakában jelentkezhetnek, még 33 év mulva is, sőt talán még később. Észszerü tehát a legtöbb apoplexiás beteggel antilueses kúrát végeztetni, még akkor is, ha a 60 éven túl vannak és a roham a syphilises typust nem követi. 4. Szükséges, hogy a betegek vizeletét megvizsgáljuk. Albuminuria és diabetes ilyenkor többször található. 5. Ugy látszik, hogy az agyvelő gummái általában két helyen szoktak kifejlődni: részben a bal kéregállományban, a mikor jobboldali hemiplegia, olykor aphasia és féloldali süketség keletkezik; részben az agyalapon, a mikor neuritis opticával, amblyopiás pangásos papillitissel, oculomotorius- és facialis-paresisekkel, kétoldali süketséggel és vagus-izgalommal járnak. 6. A pangásos papilla gyakori, de nem állandó kéreggumma eseteiben, agyalapi gumma eseteiben pedig állandóan jelen van. Amblyopiák, melyek e neuritis-alakokat csaknem mindenkor kisérik, jól gyógyíthatók, feltéve, hogy nem nagyon előhaladottak. Neuritis optica ily fajtáiban a normális látóképesség vajmi ritka. 7. A pangásos papilla okvetlenül agysyphilisre hivja fel a figyelmet. Mielőtt a gyógyíthatatlan agydaganat diagnosisát felállítanók, megkisérlendő a betegeknek antilueses kezelése. Csakis az antilueses kezelés teljes hatástalansága esetén szabad agydaganatot felvenni. 8. A falcsont lueses elváltozása olykor korai senilitást idézhet elő. 9. Oly esetekben, melyekben aránylag fiatal egyéneken senilis szürke hályogok, glaukomák és heveny refractiós rendellenességek (hypermetropia) észlelhetők, az agyműködést gondosan meg kell vizsgálni, mert e szemtünetek gyakran összefüggnek latens agysyphilissel. (Revue pratique des maladies cut., syphil. stb. 4. kötet, 11. füzet, 1905.) *Guszman.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Pruritus vulvae ellen *Olshausen* mesotan (1 rész 2 rész olajra) használatát ajánlja. Makacs esetekben a forró borogatások hatását is dicséri. Úgynevezett symptomatikus pruritus eseteiben, vagyis azokban, a melyekben a viszketés bizonyos betegségek (diabetes, fluor stb.) tüneteként jelentkezik, természetesen ezen betegségek kellő kezelése is foganatosítandó. *Henkel* a berlini egyetem gynaekologiai poliklinikáján szerzett tapasztalatai alapján szintén dicséri a mesotant: eleinte 1 rész 4 rész, később 3, majd 2 rész olajjal elegyítendő. (Ref. Medizinische Klinik, 1906. 12. sz.)

Végbélhurut eseteiben irrigatiós folyadék gyanánt főleg a physiologiai konyhasóoldat használandó, a mely tudvalevően 0·9%-os, nem pedig — mint régebben felvették — 7·5%-os (ez utóbbi concentratio csak a béka részére physiologiai). A tannin-klysmákkal nagyon óvatosan kell bánni. 1—2%-os tannin-oldat több egymásután következő napon használva nagyon káros hatású lehet a vastagbél nyálkahártyájára. (Ref. Medizinische Klinik, 1906. 12. szám)

Tüdőgümőkóros betegek hasmenését aránylag ritkán okozza a bél gümőkóros megbetegedése. Az esetek többségében csak hurutos folyamat van a bélben, a melyet physiologiai konyhasóoldattal vagy 3: 1000 salicylsav oldattal végzett rendszeres bélöblítésekkel sokszor feltünő jól lehet befolyásolni. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1906. 6. sz.)

Eklampsia kezelése. A mióta a glasgowi szülőintézetben eklampsia eseteiben sóoldatot (4 gm. natrium chloratum, 4 gm. natrium aceticum, 750 gm. víz) fecskendeznek a bőr alá, *Dunlop* közlése szerint a halálozás százaléka 40-ről 25-re szállott alá. Ha nagyfokú vizenyő, cyanosis és magas vérnyomás van jelen, a sóoldat befecskendezése előtt venaesectiót kell végezni, mert ellenkező esetben könnyen tüdővizenyő fejlődhetik. Ha a szülés már előrehaladt, fogó alkalmazandó. (British med. journal, 1905. decz. 23.)

Szívdobogás s a szív részéről jelentkező egyéb kellemetlen érzések ellen nagyon jó eredménynyel használja *Mendelsohn* tanár a bornyvalt (borneol isovalerianasavestere), a mely 0 25 grammos adagokban vörös capsulákban jön forgalomba. E szert ideges eredésü szívzavarok ellen már nagyon sokan ajánlották; Mendelsohn azonban organikus szívbajokban szenvedőknek is rendeli, mert képes a szívbaj által feltételezett kellemetlen érzéseket megszüntetni s ezzel elejét veszi annak, hogy a betegek állandóan ügyeljenek szívükre, a mi psychikai úton bajuk súlyosbodásához vezethet. (Deutsche Ärzte-Zeitung, 1906. 4. füzet.)

A sorisin nevü creosotkészítménynyel, a mely ugyanolyan összetételü, mint a sirolin (orthoguajacolsulfosav 10%-os oldata narancsszörppel), csakhogy tetemesen olcsóbb, nagyon kedvező eredményeket ért el még előrehaladt tüdővész-esetekben is *Gasiorowski*, a ki tapasztalatait *Ortner* tanár osztályán szerezte. Az adag az esetek súlyossága szerint 3—6 kávéskanálnyi volt naponként. Minthogy a sorisin jó ízü, a betegek hosszú időn át is szívesen szedték; emésztési zavarok sohasem támadtak, sőt inkább az étvágy javulása volt észlelhető; ezenkivül egyes esetekben a láz és az éjjeli izzadás is csökkent, úgyszintén a köhögésre és a köpet mennyiségére is kedvező hatású volt a szer. (Die Heilkunde, 1906. márczius.)

Magyar orvosi irodalom.

Budapesti orvosi újság, 1906. 20. szám. *Arányi Zsigmond:* Adatok az idegesek rheumájának fürdőkezeléséhez. *Schweitzer Arthur:* Adatok a rheumatikus bántalmak gyógykezeléséhez. „Bőr- és bujakórtan" melléklet, 2. szám. *Huber Alfréd:* A favus kezelése Röntgen-sugarakkal. *Alth Egon* és *Huber Alfréd:* Bier-féle eljárással kezelt bubo-esetek. *Csillag Jakab:* Casuistikus közlemények. 21. szám. *Szabóky János:* Az öröklött dispositio szerepe a tuberculosis aetiologiájában. „Fürdő- és vizgyógyászat" melléklet, 2. szám. *Kuthy Dezső:* A nyilt gyógyhelyek mint a hygienia iskolái, különös tekintettel a tüdővész-prophylaxisra.

Gyógyászat, 1906. 19. és 20. szám. *Ferenczi Sándor:* Sexuális átmeneti fokozatok. *Feldmann Ignácz:* Adatok a b. fusiformisnak s a spir. dentiumnak tulajdonítható betegségek ismertéhez, különös tekintettel a genyedésekre. *Doktor Sándor:* Bélsipolykészítés mint életmentő műtét postoperativ ileus esetén.

Orvosok lapja, 1906. 20. szám. *Rottenbiller Ödön:* Mit tehet a balneotherapia a carcinoma-recidivák prophylaxisában? 21. szám. *Vermes Mór:* A Basedow-kór gyógyitásának mai állása. *Bauer Kálmán:* A lecithinről és néhány lecithintartalmú készítményről.

Vegyes hirek.

Rovás (Vége.) 22. Az „*egy*" névelő németes használata a főnevek előtt olyankor, a mikor nincs reá szükség, gyakran ékteleniti az orvosi czikkek magyarságát. „Az alypin egy olyan szer". „Ezen elmélet csak egy kisérlet a kérdés megoldására". Az egy mindkettőben felesleges.

23. Kirivó németesség az „*úgy*" használata a feltételező mellékmondat után következő főmondat elején. A mi a therapiát illeti, úgy (so) arra kell törekednünk . . .

24. „Virhow *első* irta le". Elavult latinosság, helyesen: elsőnek vagy először.

25. A *vonatkozó mellékmondatok közbeszúrását* a magyar nem igen kedveli, inkább a mondat végére teszi a mellékmondatot, vagy másik főmondatot ir helyette. Hibás tehát az ilyen mondatszerkezet: A daganat belsejében üreg, mely genyet tartalmaz, képződik; helyesen: üreg képződik, mely genyet tartalmaz, vagy genyet tartalmazó üreg, vagy üreg és benne geny képződik.

26. Semmire se kell annyira ügyelnünk a fogalmazásban, mint arra, hogy a me..nyire lehet kerüljük a *németes kifejezéseket* és fordulatokat. Némely czikk annyira tele van az ilyenekkel, hogy bár magyar szavakból van összerakva, mégis mintha németül volna irva. Más nemzet is merit bőven a németek gazdag tudományos irodalmából, de csak a magyar szereti a tudományos tényekkel együtt átvenni a sajátos német kifejezésmódokat is. Pedig ezek a németességek kivetkőztetik nyelvünket a maga igazi charakteréből. Vissza kellene térnünk az egyszerű magyaros kifejezésekhez a mesterkélt németes szólások helyett. Ime egy pár germanismus a sok közül: az ágyat őrizni (ágyban fekvő beteg, ágyban marad), nyomást gyakorol (összenyomja), az adott viszonyok között (ilyen körülmények között), rövid időn belül (alatt, mulva) lábficzamodást szenvedett (kificzamodott a lába), a láz genyedéstől feltételezett (genyedés az oka), jobban kifejezett (kifejezettebb), valami felett nyilatkozni (valamiről) stb. stb.

27. *A rossz műszavakról.* Schuster, Bugát és utánuk sokan számos sikerült szóalkotás mellett rengeteg rosszul képzett magyar műszóval is „gazdagitották" a magyar orvosterészettudományi irodalmat. Szó sincs róla: a nyelvújításra szükség volt és bizonyos fokig szükség van reá ma is, de a nélkülözhetetlen szavakat csak a meglevők analogiája szerint, a nyelv törvényeinek szemmeltartásával szabadott volna megalkotni. A rossz mesterszók nagy része már a mult század 80-as évei előtt kikopott az orvosi műnyelvből olyannyira, hogy ma már nem is tudunk róluk s az akkori czikkeket jóformán meg sem értjük miattuk. A 80-as 90-es években különösen Csapodi és Mihálkovics gyomlált ki sokat közülök, kivált Mihálkovics tankönyvei útján. Ámde még mindig sok maradt reánk. Ezekkel szemben bizonyos compromissumszerű eljárással kell élnünk: egyikük-másikuk már annyira elfogadott, annyira átment a köznyelvbe is, hogy bizvást nyugton hagyhatjuk, de a legtöbbjük még kiirtható vagy kijavitható, s ezeket jobbakkal kell pótolnunk. Ilyenek például (csak úgy hirtelenében összeböngészve): kórisme (kórjelzés), kórismézés (a kórjelzést megállapitani, a betegséget meghatározni), külem (kü'seje), gyülem (felszaporodás, felhalmozódás), bennék (tartalom), ömleny (ömlés, ömölvény), festeny (festék, pigment), huzam (tractus), bélhuzam (bélcsatorna), tartam (idő), vény (rendelvény), ismérv (ismertetőjel), éleny (oxygen), légeny (nitrogen), húgyany (ureum, húgyanyag), rostonya (fibrin, rostanyag), fehérnye (fehérje), czombfejecs (fej), vértekecs (vérsejt), szivgyomrocs (szivgyomor), agygyomrocs (agygyomor), szálcsa (szál), szálag (szalag), nyák (nyálka), nyákhártya (nyálkahártya), hörg (hörgő, tüdőcső), csir (csira), csirmentes (csirátlan), alszár (lábszár), mellső (elülső), lapocz (lapoczka), kedeszmirigy (thymus), dülmirigy (prostata), véredények (vérerek), nyirk (nyirok), ütér (verőér), viszér (gyüjtőér), ütérdag (aneurysma, verőértágulás), kutacs (kutacska, lágyhely), szülep (méhlepény, mása), torzszülött (csodaszülött), műteni (operálni; a „műteni" ige lehetetlen szóalkotás; hogyan hajtogassuk: én műtök, te műtsz, ő műt?), dag (daganat), méhszenv (hysteria), labdacs (pilula), terimenagyobbodás (megnagyobbodott, megdagadt), idült (rossz szó, mert az ul-ül képzővel csak melléknévből szabad igét alkotni; helyesebb volna talán idősült, tartósult vagy megrögzött), szünidő (szünet), tetszhalott (álhalott), metszlap (metszéslap), ficzam (ficzamodás), szúrcsap (szúrócsap), kóroda (klinika), látlelet (orvosi lelet), boncztan (bonczolástan, anatomia), bonczlelet (bonczolás-lelet), bonczasztal (bonczoló asztal), eskór (nyavalyatörés, epilepsia), letetőzött (lejtős), lehágó elfajulás (leszálló), sápkór (sápadtság), hüdés (bénulás), óvszer (óvószer), képezde (képző), menhely (menedékhely), szörcsszörej (szörcsögés, szörcsögő zörej), dörzszörej (dörzsölő zörej), idegbeteg, mellbeteg (idegbajos, mellbajos), lázbeteg (lázas), gyógykezelés (gyógyitás, orvoslás, orvosi kezelés), gyógyász (rosszúl képzett szó, mert az ász-ész raggal csak főnévből szabad főnevet képezni, gyógy pedig elvont szótő vagy talán régi melléknév), gyógyászat (orvostan), belgyógyászat (belorvostan, belorvoslástan), stb., stb.

S ezzel befejeztük — egyelőre — „rovás"-unkat. Csak azokra a hibákra utaltunk benne, a melyek leggyakoribbak az orvosi czikkekben. Nem a műkedvelő „nyelvészkedés" bogara iratta velünk ezt, hanem egyfelől az az igyekezetünk, hogy megkönnyitsük tisztelt

munkatársaink munkáját s útmutatással szolgáljunk nekik arra, hogy milyen hibákat kell leginkább elkerülniök, ha czikkeiket helyes magyarsággal akarják megirni, másfelől meg az a becsvágyunk, hogy mikor minden más téren javítják, csinosítják a nyelvet, mi orvosok se szolgáljunk reá a gáncsra ebben a tekintetben. Nekünk is drága és féltett kincsünk ez a nyelv, melyet ápolni és tisztaságában megőrizni kötelességünk és buzgó törekvésünk.

Kinevezés. J.-N.-K.-Szolnokmegye főispánja *Tóth Zsigmond*, *Visznéky Béla* és *Kovács Antal* dr.-okat tiszteletbeli megyei főorvossá, *Mészáros Béla* dr.-t pedig tiszteletbeli járásorvossá nevezte ki. — Aradon a gáji hatósági orvosi állást *Mészáros Gáspár* dr.-ral töltötték be.

Schulhof Vilmos dr. a szt. Lukács-fürdőtől több évi működés után megvált és folyó év junius hó 1-től Keszthely-Hévizen fog fürdőorvosi gyakorlatot folytatni.

Hintz Henrik dr. királyi tanácsos fürdőorvosi gyakorlatát Bártfafürdőn ismét megkezdette.

A Budapesti Orvosi Kaszinó által beszerzendő Semmelweis-emlékserlegre újabban a következő kartársak adakoztak: Ferenczi Sándor 10, Tihanyi Mór 3, Jakab László 1, Vajda Károly 5, Vajda Károlyné 5, Weisz Ferencz 5, Sági Lajos 3, Lantos Emil 10, Schiff Kálmán 5, Török Lajos 10, Baumgarten Egmont 5, Grosz Gyula 5, Adler Zsigmond 5, Benedikt Henrik 5, Lichtenberg Kornél 10, Róna Sámuel 10, Pollatschek Elemér 5, Mátrai Gábor 3, Feleki Hugó 10, Róth Márk 3, Preisach Izidor 5, Tauszk Ferencz 5, Rothmann A. 5, Palotay Andor 5, Havas Adolf 10, Onodi Adolf 10, Fleischmann Hugó 5, Báron Jónás 10, Hilf Kálmán 2, Hasenfeld Artúr 10, Bäcker József 50, Morelli Károly 5, Bókay János 10, Schuschny Henrik 3, Szenes Zsigmond 5, összesen 258, azaz kétszáz és ötvennyolcz korona. A gyüjtés eredménye — az 1906. márczius hó 15-én kimutatott 721 koronával együtt — 979, azaz kilenczáz és hetvenkilencz korona. *Fejér Gyula* dr., a B. O. K. pénztárosa.

A „Stefánia-gyermekkórházegylet" f. hó 20.-án tartotta meg évi közgyülését gróf Zichy Ágost v. b. t. t. elnök és Glück Frigyes alelnök vezetése mellett. A kiadott évkönyv részletesen megvilágitja ezen, immár 67 éve fennálló intézet működését s gazdagon illustrálja a kórház közhasznú tevékenységét. A kórházban az elmult évben 1551 fekvő beteg ápoltatott, 20,390 ambulans beteg látogatta a kórházat s 523 gyermek részesült himlőoltásban. Fennállása óta 35,944 fekvő beteg teljesen ingyen kezeltetett, 11917 pedig a fizetéses osztályon ápoltatott. A lefolyt 67 év alatt a kórház rendeléseit látogató betegek összes száma 538,396 volt.

A kórház orvosi személyzetének az elmúlt évben kifejtett irodalmi működése mutatja, hogy ezen régi emberbaráti intézetünk nemcsak a szenvedő emberiség hasznát szolgálja, hanem a tudomány szolgálatában is áll s itt is becsülettel kiveszi a maga részét. Az intézet méltán megérdemli, hogy az állam és a székes főváros még jobban támogassa mint eddig, mert e nélkül a kórház a külföld hasonnemű intézeteivel a versenyt nem tarthatná fenn, pedig eddig büszkék lehettünk arra, hogy ezen jótékonysági alapból fenntartott intézetet a külföld is a legjobban berendezett gyermekkórházak egyikének ismerte el.

A budapesti poliklinikán a rendelések száma április hóban 11,601 volt; új beteg 4175 jelentkezett.

A kolozsvári egyetem klinikáinak és a „Karolina" országos kórháznak kimutatását az 1905. évről a napokban tette közre *Engel Gábor* dr., ny. rk. tanár és kórház-igazgató. A felszerelt betegágyak száma 730 volt, a melyeken 5314 kórházi, 436 szülőintézeti és 481 elmeklinikai, összesen tehát 6231 beteget ápoltak. Egy betegre 38·16 ápolási nap esett, egy ápolási nap költsége 3 korona 15½ fillér (a napi ápolási dij 2 korona volt). A bejáró betegek összes száma 17,388-ra rúgott (belgyógyászati 5286, sebészeti 3129, szemészeti 3050, bőrgyógyászati 4406, nőgyógyászati 1149, ideg- és elmegyógyászati 388). A sebészeti klinikán 1078, a szemészetin 143, a nőgyógyászatin pedig 123 nagyobb műtétet végeztek. A halálozási százalék 5·82 volt.

Megjelent: *Sarbó Artur*: A beszéd összes vonatkozásaiban. Kiadta az Athenaeum. Ára 5 korona. Legközelebb ismertetni fogjuk. — *Szana Sándor*: Vizsgálatok a csecsemők közellátásáról. Gyermekvédelmi dolgozatok, 4. szám. Temesvár.

Meghalt. *Csáky János* dr. Váczott 59 éves korában. — *V. Paulet*, az anatomia nyugalmazott tanára Montpellierben. — *E. Cruveilhier*, a hires anatomus fia, atyja műveinek kiadója, czímzetes tanár a párisi egyetem orvosi fakultásán.

Kisebb hirek külföldről. *Dungern* dr.-t, a freiburgi egyetemen a bakteriologia és hygiene tanárát a heidelbergi új nagy ragkintézet tudományos osztályának vezetésére hivták meg. — *Brouardel* dr., a párisi egyetem orvosi karának hosszú éveken át volt dekánja, egészségi okokból odahagyja a törvényszéki orvosi tanszéket, a melynek oly nagy hirt szerzett. Brouardel jelenleg 69 éves. — *H. Ribbert* bonni tanár, a kit a strassburgi egyetemnek Recklinghausen tanár nyugalomba vonulásával megüresedett kórboncztani tanszékére hivtak meg, a meghivást visszautasította. — *E. Ziemke* hallei rendkivüli tanárt a kieli egyetemnek újonnan szervezett törvényszéki orvostani tanszékére meghivták. — A Pick tanár nyugalomba vonulásával megüresedett prágai bőrorvostani és syphilidologiai tanszékre első helyen *K. Kreibich* gráczi és *J. H. Rille* lipcsei tanárokat, második helyen pedig *L. Waelsch* és *R. Winternitz* prágai docenseket hozták javaslatba. — A bolognai egyetem elmekórtani tanszékét *S. Tonnini* messinai tanárral töltötték be. — A philadelphiai Jefferson-collegen *Spitzka E. A.* dr.-t kinevezték az általános anatomia tanárává. — Az egyetemi tanárok korhatárának tervét a porosz közoktatásügyi ministerium elvetette, minthogy a porosz egyetemek tanácsai valamennyien ellene nyilatkoztak. A Deutsche mediz. Wochenschrift hozzáteszi, hogy ezt a hirt sokan sajnálattal fogják fogadni a kutatás és tanitás szempontjából. — *Schröder H.* dr.-t, a bonni egyetem rendkivüli tanárát a dortmundi női kórház főorvosává nevezték ki.

A spárga tápláló értékéről. Most lévén a spárga saisonja, nem időszerűtlen kérdés, vajjon egészséges étel-e ez a kedvelt csemege? A spárga chemiai analysise elsőben is azt a sajátszerű körülményt deriti ki, hogy a spárgában, bár szilárd test, több a víztartalom, mint a tejben. A spárga fejében a víz 93%-ot tesz ki, 5%-kal többet mint a tejben. A szilárd alkotórészek 30%-a nitrogentartalmú anyag. A spárga könnyen emészthető s jelentékeny tápláló értékkel bir. A bélben való szétbomlásánál az alkotórészeiből, valószinűleg az asparaginból, többek közt sajátszerű szagú illékony kéntartalmú termék, methylmercaptan képződik, mely átmegy a vizeletbe is, s annak a különös szagát okozza. A vesére a spárga nincs izgató hatással. Vannak emberek, a kik ép oly idiosyncrasiával birnak a spárgával szemben, mint mások az eperrel vagy a rákkal szemben.

A világ két legnagyobb jövedelmű orvosa kétségtelenül a két Mayo testvér, William és Charles Mayo, a kik az amerikai Egyesült-Államok egy kis városában, Rochesterben (Minnesota) üznek sebészi gyakorlatot. Amerikában roppant hirük van s az egész Egyesült-Államokból özönlenek a betegek s a tanulni vágyó orvosok hozzájuk. Nagy hirnevüket csakugyan meg is érdemlik, mert kitünő, modern sebészek, a kik teljesen tudományos alapon állanak. Az operatiokat csak maguk végzik, de a diagnosis megállapítására több jól fizetett szakember (bakteriologus, chemikus, stb.) áll rendelkezésükre. A New-York Medical Journal egy munkatársa nem rég *6 napot* töltött a Mayo-k kórházában, s ez alatt *többek közt* a következő operatiokat látta végezni a két fivértől: 20 féregnyúlványkiirtást, 12 gyökeres sérvműtétet, 3 gyomorresectiót rák miatt, 6 epehólyagkiirtást, 1 vakbél-resectiót daganat miatt, több bélresectiót, stb., összesen 6 nap alatt 104 operatiót! Becslése szerint a két Mayo évi jövedelme legalább 2 millio dollár (10 millio korona), a miből körülbelül 1/3 részt kell a költségek fejében leszámitani.

Lapunk mai számához a Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning czég Tussol prospektusa van csatolva.

A gyakorló orvos urak szives figyelmébe ajánljuk a **Nervinol Barabás** idegerősitő gyógyszerspecialitást, mely glycerophosphatokat tartalmazván, kiváló gyógyeredménynyel rendeltetik mindennemű idegbántalmak ellen. Vasglycerophosphát-tartalmánál fogva pedig mint vérképző is első helyet foglal el a therapeutikus értékkel biró gyógyszerspecialitások sokasága között. Kiváló gyógyértékét az orvosirodalom is melegen elismerte. Ennek tulajdonitható az az érdeklődés, melylyel a Nervinol Barabás minden oldalról találkozik, mert kiváló biztos gyógyhatás érhető el vele anaemia, neurasthenia, hysteria még legsúlyosabb eseteiben is. Készíti: **Barabás-gyógyszertár** Budapest, V., Nádor-utcza 3. szám.

„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.**

Tonogen suprarenale Richter. (1:1000.) A mellékvesék **vérzéscsillapító vérnyomást fokozó, véredényösszehúzó, sziverősítő, 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. 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.

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 vasúti összeköttetés. Kivánatra prospektus.

Városmajor-sanatorium és vízgyógyintézet bejáró betegek részére is). **Újonnan épült magángyógyintézet belső-, anyagcsere- és idegbetegségek** számára. Mérsékelt árak. 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.**

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (XVII. rendes tud. ülés 1906. évi május hó 19. én.) 582. l — Budapesti kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya. (II. rendes ülés 1906. február 27.-én.) 585. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. (I. szakülés. 1906. január hó 27.-én.) 585. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 585. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XVII. rendes tud. ülés 1906. évi május hó 19.-én.)

Elnök: **Bókay Árpád**, jegyző: **Manninger Vilmos.**

Az elnök az ülést megnyitja. A mult ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Lovrich József, Huber Alfréd és Detre László tagtársakat. Majd így folytatja. „Tisztelt Orvosegyesület! Mielőtt a napirendre áttérnénk, engedjék meg, hogy vendégeinkeit üdvözöljem. Az igazgató tanács elhatározta, hogy a katonaorvoscollegákat a legnagyobb örömmel és szívesen látja üléseinken épen úgy, mint ha rendes tagjaink lennének. Ezzel azt a jó viszonyt kivánja ápolni, mely Budapesten hagyományos a polgári és a katonaorvosok között. Felkérem a t. katonaorvos kartársakat, hogy tisztelteljenek meg bennünket minél gyakrabban megjelenésükkel, az orvosegyesület tagjai iparkodni fognak, hogy ne hiába jöttek légyen közibénk.“ Jelenti végül, hogy Elfer Aladár Kolozsvárról mint vendég van jelen.

Lépcsavarodás a gyermekágyban.

Lovrich József: 26 éves IIP. nőnél a vándorlép kocsányának csavarodása folytán súlyos peritoneális tünetek fejlődtek ki a gyermekágy második hetében. Az erősen lázas beteget súlyos állapotban szállitották az I. sz. női klinikára, hol meglobosodott ovariális cysta kocsánycsavarodására tették a valószinűségi diagnosist. A fehérvérsejtek száma 17,800 volt a felvételkor, s így a cysta tartalmának elgenyedésére gondoltak. Hetek után a beteg láztalan lett, s ekkor végzett hasmetszést Bársony tanár. A műtétkor óriási cystosus daganatot találtak 15 lit. genynyel. Hátul az ágyékcsigolyáknál lecsúszva találták a csavarodott kocsányú nekrotikus lépet. Ennek kiirtása után a tályogűrt kimosták, s falát a hasfalhoz kivarrva, az üreget drainezték. A beteg állapota a műtét után teljesen javult, de nyaki s inguinális mirigyei mérsékelten duzzadtak maradtak. A genyben mikroorganismus nem volt.

Az óriási léptályog keletkezésére felveszik, hogy a malaria után fejlődött vándorlép kocsánya csavarodott a gyermekágyban, s ekkor vérzés indult meg a lép tokjában, mely azután a belek által fertőztetve elgenyedt. Lehet az is, hogy pyaemiás eredetű a léptályog. Ilyen esetet az irodalomban alig nehányat találunk.

Torday Árpád: A lépet azelőtt fontos vérképző szervnek tartották s azért az ezen szerv functiokiesése folytán megváltozott vérviszonyokat kiváló figyelemben részesitették, s a kapott eredményeket a normális viszonyokra is akarták alkalmazni. Minthogy azonban normális lépet nem irtanak ki embereknél, s azonfelül a lép megbetegedése mellett egyéb szervek működésében is rendszerint zavarok vannak, a melyek a vérre befolyást gyakorolnak, összetételét már a splenectomia előtt megváltoztatják, érthető, hogy ilyen körülmények között a lépkiirtás után megváltozott vérviszonyokból a lép normális működésére nem következtethetünk. Állatkisérletek kimutatták, hogy a lépkiirtás után a piros vérsejtek száma megfogy, a haemoglobintartalom is csökken, ellenben a fehérvérsejtek megszaporodnak. Ezen állapot hosszabb ideig tart, a mig végül a pirosvérsejtek száma a normálist eléri, s vele együtt a vér rendes haemoglobin-tartalma is visszatér, a fehérvérsejtek száma pedig a normális értékig csökken.

Emberen azt tapasztalták, hogy a fehérvérsejtek száma a műtét után körülbelül 10 héten át nagyobb, azután csökkenni kezd, a normális értéket azonban csak hat hónap mulva éri el. Zesas és Vulpius abból, hogy a lépkiirtás után a pirosvérsejtek száma még sokáig kisebb a rendesnél, a fehérvérsejteké pedig nagyobb, azt gondolja, hogy a lépben alakulnak át a fehérvérsejtek pirosakká.

A jelen esetben a vérvizsgálat a következőket mutatta:

1. Május 5.-én. Pirosvérsejt 3.280,000, fehérvérsejt 23,250, haemoglobin 47·5%, fajsúly 1050, arányszám 1 : 141.
2. Május 10.-én. Pirosvérsejt 3.608,000, fehérvérsejt 13,600, haemoglobin 52%, fajsúly 1056, arányszám 1 : 265.
3. Május 16.-án. Pirosvérsejt 3.856,000, fehérvérsejt 15,8000, haemoglobin 50%, fajsúly 1054, arányszám 1 : 244.

Ezen betegnél is azt mutatta a vérsejtszámlálás, a mit splenectomia után rendszerint találni szoktak, hogy t. i. a pirosvérsejtek megfogytak és a fehérvérsejtek megszaporodtak. Legtöbb fehérvérsejt volt az első számlálás alkalmával, azóta számuk némileg csökkent, de még most is több a normálisnál, úgy hogy hyperleukocytosisról beszélhetünk. A haemoglobintartalom a normálisnak felére sülyedt. Festett készitményeken (triacid, May-Grünwald, toluidinkék) feltünik, hogy a fehérvérsejtek két nagy osztályából az egymagvúak a rendesnél nagyobb számmal vannak képviselve. Ugyanis

1. Május	5.-én	polynucleáris	57·36%,	lymphocyta	42·64%.
2. „	10.-én	„	55·6 %,	„	44·4 %.
3. „	16.-án	„	54·3 %,	„	45·7 %.

Lymphocytosis lépkiirtás után rendszerint szokott jelentkezni, s több hónapon át fennállhat. Igy pl. Nech esetében (lépruptura) a fehérvérsejtek közül 54% volt kis lymphocyta, 7% nagy lymphocyta és átmeneti alak, 31% polynuclearis és 1% eosinophil. Psultoff esetében a lymphocytosis a splenectomia után hét hónapig állott fenn. Riegner lépruptura miatt splenectomizált betegében eleinte a polynucleárisok voltak túlnyomó számban, később a lymphocyták; a beteg 1904. október 3.-tól deczember 10.-ig feküdt a klinikán; a lép rendes nagyságú volt, a vérlelet a kiirtás előtt és után teljesen normális volt. A Kétly tanár vezetése alatt álló II. sz. belgyógyászati klinikán alkalmam volt egy splenectomizált beteget észlelni, kinél a vándorlép miatt két év előtt végezte Dollinger tanár a lépkiirtást; a lépet a szövettani vizsgálat alkalmával épnek találtak. Ezen betegben jelenleg a pirosvérsejtek száma 4.152,000, a fehérvérsejteké 4500, a haemoglobin 65, a fajsúly 1058, az arányszám 1 : 922, s a fehérvérsejtek közül 63·4% a polynucleáris, 36·6% a lymphocyta, tehát a rendesnél valamivel több. A pirosvérsejtek alak és festődés tekintetében normálisnak mondhatók. A mirigyek nagyobb mértékben nem duzzadtak és a pajzsmirigy sem volt a műtét után megnagyobbodva.

Pozsonyi Jenő: Diagnostikai szempontból felemliti egy négy év előtt közölt esetét. A 35 éves asszony súlyos teheremelés után hirtelen rosszul lett, hányt, a hasa fájt, csuklott; öt hónapos graviditás, a bal bordaív alatt nagy, nyomásra érzékeny daganat, mely a lépre emlékeztetett. A normális léptompulatot ki lehetett kopogtatni. Gyermekkorában malariája volt, de daganatról vagy vándorlépről nem volt tudomása. Állapota folyton súlyosbodván, Herczel megoperálta. Hatszorosára megnagyobbodott vándorlépet találtak, mely két és félszer volt megcsavarodva és a lép helyén a bal májlebeny volt. Tehát nehéz a lépcsavarodást diagnostizálni. Legfontosabb tünet a léptompulat hiánya, de esetünkben a léptompulat is megvolt a túltengett bal májlebeny odahelyeződése folytán, a mint azt Stiller is említi.

Dirner Gusztáv: A gynaekologus gyakran találkozik ilyen esetekkel, melyeket nehéz megkülönböztetni ovariális daganatoktól. Szólónak is volt hasonló esete. Malaria ment előre és számos terhesség, melyek után a lép sülyedt és csavarodott. A lép különben ép volt és félcsavaradást mutatott a kocsányon, ezért szóló nem irtotta ki, hanem felszabadította és reponálta, de nem maradt meg a helyén.

Korányi Frigyes: Pozsonyi tagtárs felemlítette, hogy a vándorlép diagnosisában felette fontos, hogy a léptompulat hiányzik a rendes helyén, de lehet ott tompulat a megnagyobbodott bal májlebeny miatt. Ilyen esetek kétségtelenül előfordulhatnak. Vagy az egész máj megnagyobbodik és vele a bal lebeny is, vagy pedig a vándormáj helyezkedhetik el baloldalt. De megnagyobbodott bal májlebeny összefüggése a jobb májlebenynyel kimutatható a tompulat követése által. Ha pedig vándormáj van jelen, igen fontos jelet szolgáltathat a gerinczoszlop kopogtatása. Térdkönyök-helyzetben a vándormájat kétségtelenül fel lehet ismerni, mert ekkor a májtompulat eltünik hátul és a máj elül kikopogtatható és kitapintható.

Arra nézve, a mit Dirner mondott, hogy a lép lebocsátkozik a medenczébe, felemlitem, hogy ezelőtt 49 esztendővel az Orvosi Hetilapban vándorlép 4 esetét irtam le, ezek közül egy esetben a lép a hólyaggal, a másikban a női ivarszervekkel érintkezett, és már akkor reámutattam, hogy mily fontos szerepet játszik a terhesség. A lépdaganat már előbb megvolt, de a terhesség után következett be annak leszállása. A lép előbb horizontális, majd vertikális helyzetet foglal el és ha azután terhesség következik be, a lépet előbb feltolja a méh, de a szülés után a hasbeli viszonyok rohamosan megváltoznak és a lép leszáll. Tehát a lép szalagai megnyúlnak vagy leszakadnak.

Kétly László: A vándorlép diagnosisában fontos lehet azon tompulat, melyet a máj ad, mely a lép helyét foglalta el. Korányi tanár hangsúlyozta, hogy mikép lehet ezen tompulatot a májjal összefüggésbe hozni. Szóló figyelmeztet még egy vizsgálati módra, a mely abban áll, hogy percussiós auscultatioval vizsgálunk.

Lovrich József köszöni a hozzászólásokat. Olyan esetet, minőt Dirner említett, Wallával együtt operált. Még Kézmárszky diagnostizálta az ovariális daganatot, mely a méh sarkával összefüggésben állott és lépnek bizonyult. A mi a bemutatott esetben ritkaság, sőt unicum, az a 15 liter geny, mely a léptályogból ürült.

Agydaganat operált esete.

Lipscher Móricz (Komárom): Ritkán nyilik alkalma a sebésznek agydaganatot eltávolítani, egyrészt mert ezen betegség magában véve is a ritkábbak közé tartozik, másrészt mert az agydaganatoknak csak igen kis százaléka (Bergmann szerint 2%) teheti a sebészeti beavatkozás tárgyát. Mert csak azon daganatokat tudjuk kiirtani, melyek az agy kérgében, vagy közvetlenül alatta székelnek és ezek közül is kevés kivétellel csak azokat, melyek a központi tekervények tájékán, vagy azok közelében foglalnak helyet, mert csak ezeket tudjuk a műtéthez szükséges pontossággal localizálni. Bergmann hét év előtt meg-

jelent kimerítő munkájában 104 operált esetet gyüjtött össze az egész világ irodalmából. Magamnak eddig három izben nyilt alkalmam agydaganatot eltávolítani. Az első két esetet 1900-ban operáltam, midőn még segédorvos voltam a szt. István-kórházban a Herczel tanár vezetése alatt álló osztályon, és tudtommal Magyarországon eddig más sebész hasonló műtétet nem is végzett, legalább közlést róla nem olvastam.

A bemutatandó beteget 20 nap előtt operáltam. Fejfájás, Jackson-féle epilepsia és monoplegia volt a cardinális három tünet, a mely a kórképet uralta és a melyekből a biztossággal határos valószinűséggel lehetett a motorius spaerában székelő agydaganatra következtetni.

A 40 éves martosi lakost mult év augusztus havában munkaközben, a mezőn hirtelen görcsök lepték meg, a melyek a jobb kéz ujjain kezdődtek; szédülés fogta el, a földre rogyott és eszméletét vesztette. Hat héten át kisebb fokú fejfájástól eltekintve jól érezte magát, ekkor egy hasonló rohamot kapott, melynek elmultával észrevette, hogy jobb keze gyengült és ügyetlenné vált, annyira, hogy teljesen munkaképtelenné lett. Ilyen állapotban fordult hozzám mult év október hónapjának elején. A tünetek annyira jellemzők voltak, hogy már akkor agydaganatra tettem a diagnosist és a műtétet ajánlottam az esetben, ha antilueses kezelésre nem következnék be gyógyulás. Ez, mint a hogy előre látható volt, nem következett be, de a beteg nem akart a műtétbe egyezni, mert nem tudta megérteni, hogy miért akarjuk a fejét bántani, a mikor a kezének van baja. De midőn a környékbeli összes orvosokból kifogyott és állapota folyton rosszabbodott, a görcsök mind sűrűbben (hetenként 3—4-szer) ismétlődtek, keze pedig mindinkább gyengült és fejfájása tűrhetetlenné vált, háromnegyed év mulva újból felkeresett, hogy a műtétnek magát alávesse.

Felvételekor a pupillák egyenlők, jól reagálnak, a szemfenék ép, a térdreflexek fokozottak, a beszéd kissé nehézkes. A jobb felső végtag mozgásában, a váll- és könyökizületben, valamint a kézcsuklóban is nagyobbfokú eltérés nem mutatkozik, de az ujjak izmai sokkal gyengébbek, mint a bal oldalon. A kéz szorító ereje igen gyenge, a marokrafogott kezet minden erőfeszítés nélkül ki lehet nyitni. Az ujjakon sűrű fibrilláris rángások észlelhetők és az ujjak közé fogott irón és kanál nagy kilengésekkel szabálytalanul reszket. Ez okból az ételt elszórja és irni képtelen. Érzésbeli eltérést a legszorgosabb vizsgálattal sem sikerült kimutatni. Az izom- és a stereognostikus érzés is rendesnek látszik, a kezébe adott tárgyakat alakjukról felismeri.

Két napi megfigyelésünk alatt két gyengébb epileptikus rohamot észleltünk, melyek eszméletzavarral nem jártak és a jobb kéz ujjainak élénk rángatódzásával kezdődtek. Nehány másodpercz mulva már az egész felső végtag, valamint a nyakizmok is rángatództak és a jobb szájzug körül is volt észlelhető nehány rángás. Az erősebb rohamok alkalmával a beteg eszméletét is elvesztette.

Ezen jellegzetes tünetek *alapján egy a kéz motorius kéregközéppontjában székelő agydaganatra tettem a kórjelzést*, melynek helyességét az április hó 30-án végzett műtét igazolta.

A műtétet úgy végeztem, mint első két esetemben: Horsley módszerével a koponyára rajzoltam az agy központi barázdájának helyét és a kéz középpontjának megfelelő helyen 3×4 cm. nagyságú négyszögletes léket vágtam a koponyán Obalinsky módszerével. Nehány meningeális ér körülöltése után a kemény agyburkot ezen négyszög átlóinak irányában behasitottam, mire a daganat, mely a durához koronányi terjedelemben volt odanőve, láthatóvá vált. Az agy állományánál jóval tömöttebb, mintegy két diónyi daganatot könnyen ki lehetett fejteni az agyból, melyben 3 cm. mély tölcsérszerű fészek maradt vissza, melyet azonban a pulzáló agy igen hamar kitöltött. A nyelvalakú bőrlebenyt helyére visszavartam.

A műtét 1¾ óra hosszat tartott, mert a majdnem 1 cm. vastagságú koponyacsont négyszeri megfúrása sok időt igényelt. A gyógyulás zavartalanul következett be. A beteg kinzó fejfájása teljesen megszünt, rohama a műtét óta nem volt, de kezének használhatósága a mai napig csak igen keveset javult. Vajjon a villamozásnak és a masszálásnak lesz-e ezen tekintetben eredménye, az kétséges. Tapasztalati tény az, hogy mig a felső végtag kéregbeli központjának elpusztulása folytán keletkezett hűdések különösen felnőtteknél csak ritkán gyógyulnak meg teljesen, addig az alsó végtagok hűdései teljes reparatiora képesek. Ezen jelenség magyarázatát azon körülményben kell keresnünk, hogy az alsó végtagnak az agy mindkét felében van corticális gócza, a felső végtagoknak azonban csak egyik agyféltekében; gyermekeknél azonban a felső végtagok hűdései is teljesen meggyógyulhatnak.

A kiirtott daganat Krompecher magántanár vizsgálata szerint *sarkoma alveolare* volt; sarkoma volt az első két esetem is.

Borszéky Károly: Néha nehéz eldönteni valamely daganatról, hogy az agyban van-e vagy nem. Nem régen a Réczey-klinikán a következő esetet észleltük: 38 éves férfi jobb kezének munkaképessége csökkent, heves fejfájásokban szenved és eleinte ritkábban, később gyakrabban, naponta egy-kétszer, eszméletlenséggel járó görcsei vannak, melyek az arczizmokon kezdődnek és a bal felső és alsó végtagokra terjednek. A bal frontális és parietális lebeny közepén puha terimenagyobbodás van és ott a koponyacsont hiányzik. A belklinikán pontos localisatiót nem adtak, hogy honnan indul ki a daganat. Pangásos papilla, lues nem volt. A műtétkor kiderül, hogy gumma volt, mely a dura materből indult ki, a kéregállományt nyomta és a csontot usurálta. A beteg meggyógyult.

Lipscher Mór kérdi, hogy végeztek-e antilueses kúrát?

Borszéky Károly: Nem, csak utólag.

Agytályog esete.

Lipscher Móricz (Komárom): Ezen második betegem bemutatására az igazságügyi tanács munkálataiból meritett tapasztalatok késztetnek. Ezen munkának tanulmányozása nemcsak a törvényszéki orvosra nézve jár nagy haszonnal, hanem a sebész is merithet belőle tanulságos tapasztalatokat. Feltünt, hogy mily gyakran tették felülvélemény tárgyát a koponya sérülései után keletkezett másodlagos lobos megbetegedések. Ugy látszik, hogy az agytályog sokkal gyakoribb betegség, semmint azt a kórházi és klinikai beteganyag szerint gondoljuk. Hiszen nagy betegforgalommal biró kórházakban is évek mulnak, míg agytályogban szenvedő beteget látunk. Ezen jelenség okát alkalmasint abban kell keresnünk, hogy a gyakorló és a boncoló orvosok is nem ismerik eléggé ezen betegség és a sérülés közötti összefüggést és így a betegségnek klinikai képét sem, mert különben nem kerülnének ilyen esetek oly sűrűn az igazságügyi orvosi tanácshoz és oly ritkán a sebészhez. Négy évi komáromi működésem alatt csak egy izben volt alkalmam agytályogot operálni. A boncasztalon azonban törvényszéki orvosi minőségben egy év alatt két esetben találtam halálok gyanánt agytályogot. Ezen visszás állapot késztetett arra, hogy bemutatásommal a vidéken lakó orvosok figyelmét felhivjam ezen betegségre, melynek felismerése az esetek túlnyomó részében nem is jár nehézséggel és nem igényel különleges ideggyógyászati ismereteket.

A bemutatandó beteg kórtörténete typusos esetet tár elénk. A 42 éves tárkányi földmivest mult év márczius havában doronggal fejbeütötték, eszméletét néhány pillanat mulva visszanyerte, 6 cm. hosszú sebét orvos kezelés alá vette. Két héten át jól érezte magát, de a harmadik hét folyamán fejfájása jelentkezett, szédült, nehányszor hányt, aluszékony lett. Ilyen állapotban küldte kezelő orvosa a harmadik hét végén a komáromi kórházba. Ekkor a bal falcsont-dudor táján friss hegvonalat láttam, melynek közepén lencsényi, sarjakkal bélelt anyaghiány látszott. A beteg esti hőmérséke 37·8, pulsusa 67, aluszékony, járása támolygó, beszéde vontatott, egyéb idegrendszerbeli eltérés nem mutatható ki. Ezen tünetek alapján intracraniális lobos körülirt folyamatra kellett gondolni. A műtét alkalmával kitünt, hogy a koponyatető koronányi terjedelemben be van horpadva. A csontszilánkok kikiemelése után előttünk feküdt a dura, melyet halvány sarjak fedtek. Próbapunctiót végezve, már az első beszúráskor sűrű genyet kaptunk. Keskeny késsel nagy diónyi tályogot nyitottunk meg, melynek üregе előfelé terjedt, ez okból a geny szabad lefolyását biztositandó, a koponya nyilását előfelé vésővel tágitani kellett. A gyógyulás zavartalanul következett be.

Borszéky Károly: Az ilyen agytályog nem ritkaság. A Réczey-klinikán az utóbbi időben két esetet észleltünk. Az egyikben fejbe szúrás után a nyilás meggyógyult, s csak egy év mulva jelentkeztek az agytályog tünetei. A beteg az operálás után meggyógyult.

Winternitz Arnold: Ugy az agydaganatok, mint az agytályogok közül csak azok kórismézhetők nagy biztossággal, a melyek a szürke agykéreg motorius zónájába esnek, azaz azon kéregterületre, melyben az akaratlagos mozgások góczai vannak elhelyezve. Az ezen góczok izgalma által kiváltott körülirt görcsök, még inkább a később létesült körülirt bénulások diagnostikai értéke nagy és legmegbizhatóbb, bár vannak esetek, melyekben kifejezett motorius gócztünetek mellett műtétkor semmit sem találtak. Kifejezett Jackson-epilepsia egy esetében, a melyben a görcsök a bal kéz izmaiban kezdődtek s innen átterjedtek az arczra, majd az alsó végtagokra, a motorius tájék feltárásakor a felső végtag mozgató góczának faradikus árammal meghatározott területén daganat helyett csillagalakú tág venát talált, melynek lekötése után a görcsök megszüntek, egy hónap mulva azonban újból jelentkeztek. Azon kéregterületeken, a melyeknek physiologiai functioja még ismeretlen, az agyi localisatio támpontot nem szolgáltat.

Lipscher Mór: Való, hogy az agydaganat diagnosisa még nem biztos, tévedések előfordulnak, trepanatiót végeznek és nem találnak semmit. Egy ilyen esetben később dementia paralytica fejlődött. Én három izben nyitottam meg a koponyaüreget és mindig megtaláltam a daganatot.

Az elnök köszönetet mond előadónak, hogy a messze távolból idehozta tanulságos eseteit.

Pankreatitis indurativa chronica luetica.

Bencze Gyula: 37 éves nőbetegen 4 év előtt hepatitis chronica atrophicát diagnostizáltak. Akkor nagy ascites állott fenn, mely csak calomelre mult el. Ezután a beteg jodkaliumot szedett, s az ascites többé nem jelentkezett. Mult év novembere óta erős soványodás, hasmenés mutatkozott. A beteg februárban 38 kgm. súlyú. Ekkor a hasfalon számos tágult kanyargó gyüjtőér, megkisebbedett máj és léptumor volt található. Ascitesnek nyoma sem volt. 6—8 székürülés naponta, a bélsár szürkés szinű, vajrészleteket tartalmazó. Mikroskop alatt a bélsárban sok zsircsepp és harántcsikolatát megtartott izomrost található. A vizelet napi mennyisége 3000—4000 cm³, 8—10% czukrot tartalmaz; egy alkalommal 100 gm. vaj adagolása után nagyfokú lipuria, a mennyiben vaj jelent meg úszva a vizelet tetején. A beteg gyomor- és bélvérzés következtében halt el. A steatorrhoea, az izomrostok hiányos emésztése és a diabetes a pankreas megbetegedésére irányította a figyelmet. A megbetegedésnek diffuse a pankreas minden szöveti féleségét kell érintenie, mert a steatorrhoea és a hiányos húsemésztést megmagyarázza a pankreas nedvének hiánya a bélben, de a diabetest csak oly kóros folyamat magyarázhatja, mely a Langerhans-féle sejtszigeteket is el-

pusztitja. Daganat tapintható nem volt, metastasist nem találtak, úgy, hogy tekintettel a bonczolások alkalmával tett azon tapasztalatra, hogy a hepatitist gyakran kiséri hasonló természetű pankreas-megbetegedés, feltehető volt, hogy ez esetben is interstitiális gyuladás folyik le a pankreasban. A betegség oka alkalmasint lues, mert a nyakon olvasószerű mirigyek voltak tapinthatók, s a beteg két terhessége közül az egyik holt magzat születésével, a másik abortussal a III. hónapban végződött.

A diagnosist a bonczolat igazolta, a mennyiben a pankreas helyén heges köteg volt található. Ezen esetben pankreonnal tettek kisérletet, mely igen jól bevált, mert a székletétek száma 6—8-ról 3-ra ment le naponta, s mig a beteg előbb az összes zsírt kiürítette a székletéttel, pankreon használata mellett a felvett zsírnak csak 57%-a jelent meg a székletétben. A betegben igen szép legyezőszerű összenövések keletkeztek a máj, illetve a lép és a rekeszizom között, az ezen módon keletkezett collaterális pályák egyenlitették ki annyira a portális pangást, hogy ascites négy évig, azaz a halálig nem jelentkezett újra és igy spontan módon létesült a Talma-műtét útján létesithető eredmény.

Plastikus Röntgen-képek.

Ifj. Elischer Gyula: Schellenberg az elmult napokban módszert ajánlott plastikus Röntgen-képek előállitására; úgy járt el, hogy a diapositivot és a negativot egymásra kopirozta. Az eltolás által, melyet a két lemez között létrehoz, árnyékokat létesit a másolaton, melyek a képet rendkivül plastikussá teszik. Az igy nyert képen azonban a reliefszerűségen kivül egyebet nem kapunk. A kidomborodást az árnyékok kiterjesztésével, melyet nagyobb eltolás vagy a kopirozó világitás ferde beállításával hozunk létre, tetszés szerint fokozhatjuk. Az intensiv structura-részletek szintén nem helyesek, mert két kép egymásra másolásával hozatnak létre, melyek egymást erősitik. Az ily eljárás útján készitett és bemutatott képek alapján mondhatja, hogy e képek tisztán photographiai műtermékek.

Holzwarth Jenő: Megpróbálta az eljárást idegen testek localisatiojára a niveaudifferentiák alapján felhasználni. Azonban nem vezetett czélra, mert az egész csak fényképezési művelet és semmikép sem függ össze a röntgenezéssel.

Kelen Béla: Most másodizben van alkalmunk plastikus Röntgenképeket látnunk. Először Alexander dr. mutatott be ilyeneket, azokat azonban nem láttam. Huber collega szólitott fel, hogy dolgozzunk együtt. Ő a képeket már akkor diapositiv és negativ összekopirozása által létrejött műterméknek tartotta. Alexandertől képeket nem sikerült kapnunk, direct megkeresésre sem. Stein is kért tőle, de nem kapott. Igy meg kellett várnom, mig ilyen képeket látok. Ujabban a Deutsche med. Wochenschrift közölt képeket; ezeket diapositiv és negativ egymásra másolásával teljesen utánozni lehetett. Ezek a képek a reliefet teljesen meghamisitják. Ha a negativ és a diapositiv egyforma erős, a relief megszünik; ha a negativ erősebb, akkor a relief csökken; ha a diapositiv erősebb, akkor a relief létrejön ott is, a hol eredetileg nem volt. Igy nyomtatvány betűi reliefben jelennek meg. Röntgen-képeken reliefet csakis ilyen módon lehet létrehozni. Miethe charlottenburgi tanár kimutatta, hogy az igy keletkezett relief csak akkor hasonló az eredeti reliefjéhez, ha a megvilágitás a felvett tárgyra derékszög alatt esik; mivel ez Röntgen-képeken ki van zárva, a relief teljesen hamis eredményeket ad.

A syphilis serumreactioja.

Detre László: Azokról a rövid idő óta végzett kisérletekről számolok be, a melyeket syphilises egyéneken végeztem a Bordet-Gengou-féle reactio segitségével a lueses ellenanyagoknak és antigeneknek kimutatására. E reactio alapja a következő. Ha egy ellenanyagképző anyag — „antigen“ (Detre) — a megfelelő ellenanyaggal összekerül, a kettő egyesül, és az egyesülés terméke magához rántja a complementumot az e czélból hozzákevert friss, complementtartó savóból. A complementlekötést pedig mai ismereteink mellett könnyen felismerhetjük: amboceptorral megterhelt vörösvérsejteket használunk indicatorként, melyek complementum jelenlétében feloldódnak, complement nélkül azonban oldatlan maradnak. Azaz a vérsejtek oldódása arra utal, hogy nem volt, a mi a complementet előzőleg lekösse, azaz nem volt jelen antigen és megfelelő ellenanyag, mig a vérsejtek oldatlan maradása, szóval *a haemolysis gátlása az antigen + ellenanyagcsoportok jelenlétére utal.* Ily módon mutattam ki már 1902-ben a lépfene-serumban és ugyanakkor a sertésorbáncz-serumban az ellenanyag jelenlétét, és hangsúlyoztam, hogy a Bordet-Gengou-féle módszerrel, a melyet *specifikus absorptiós* módszernek neveztem, ki lehet mutatni az ellenanyagot ott, a hol más kimutatási módszerek (baktericidia, állatkisérletek) cserben hagynak, vagy ki nem vihetők.

Ujabban e módszert Wassermann iskolája kiterjedten használta, még pedig a gümőkór, a typhus, a meningococcus, a fehérje elleni ellenanyagok kimutatására. E napokban jelent meg Wassermann és Brucknak a syphilis ellenanyagairól szóló előzetes közleménye. E szerzők syphilises placenták és ébrényi szervek kivonataival kezelt majmok vérében mutatták ki a Bordet-Gengou-féle reactioval a syphilis ellenanyagait. Magam már azóta foglalkozom ezen ideával, a mióta Wassermannék vizsgálataiból a reactionak a tuberculosisra nézve használhatósága kiderült, és kerestem, vannak-e a syphilises egyének vérében ellenanyagok a syphilises antigenek ellen. E gondolat nem mondható absurdnak, hiszen tudjuk manapság, hogy fertőzött és még beteg szervezet nedveiben már tartalmazhat védőanyagokat (l. erre vonatkozólag hozzászólásomat néhány hét előtt Gescheit dr.-nak e helyen tartott előadásához); tudjuk, hogy infectio és immunitás egymás mellett fennállhat.

A vizsgálatokat következőképen végeztem: Syphilises anyag emulsioját összehoztam egyrészt 56°-ra felhevitett syphilises vérsavóval, másrészt lóvér ellen immunizált, tehát lóvéroldó friss nyúl-savóval, majd ½ óra mulva lóvérsejteket tettem a keverékhez. Az oldás fokát 37°-on 1 óra mulva olvastam le. Háromféle syphilises anyag állott rendelkezésemre: 1. lueses magzatnak pankreasa és mája (Feldmann tanársegéd úr szivességéből), 2. lueses condylomák (Róna tanár úr szivességéből) és 3. lueses angina váladéka. Eldörzsöltem ez anyagokat és 1%-os konyhasóban kb. 1 : 30 — 1 : 50 higitású emulsioban alkalmaztam.

Már első kisérleteimben feltünt, hogy a lueses emulsio egymagában rendkivüli mértékben képes a complement lekötésére. Ennek magyarázatára felvettem, hogy maga a lueses szövet mindkét anyagot tartalmazza, az antigent (spirochaeta) és az ellenanyagot (spirochaetás ellenanyagok), a mely utóbbit talán a lobos reactio folyamán megjelenő leukocyták választják ki. E feltevésemet támogatja az általam kisérletileg megállapitott azon tény, hogy tengerimalaczoknak aseptikus hasüri izzadmánya, a melyet steril konyhasó-oldat befecskendése útján nyertem, nem tudja a complementet megkötni, mig az egészen azonos úton létrejött oly izzadmány, a melyet a peritoneumba bevitt typhusbacillusok váltanak ki, igen erősen megköti a complementumot. Tehát a mikor a leukocyták megemésztik a bakteriumot, máris oly emésztő nedvet, oly secretumot termelnek, a melyet tulajdonságai a valódi ellenanyagok sorába emelnek.

A lueses emulsio complement-kötő ereje növekszik, ha bizonyos lueses egyének vérsavója hatásának volt előzőleg kitéve.

6 vizsgált egyén közül a syphilisellenes ellenanyagot 2 esetben sikerült ilykép kimutatnom; az egyikben csak kis mennyiségben, a másik esetben azonban (1¼ éves lues, csekély secundaer tünetek) igen kifejezett módon. A bemutatott 3 cső közül az 1. számú teljes haemolysist mutat (controll véroldó-savó), a 2. számúban már sok vérsejt oldatlan, tehát a complement egy része már le van kötve (véroldó savó + condyloma emulsio), a 3. számúban az oldás kimaradt, tehát az egész complement le van kötve (véroldó savó + cond. + 56°-ra hevitett lueses vérsavó). Ez esetben a vérsavó a Bordet-Gengou féle reactiót az összes vizsgált lueses anyagokkal megadta; még a saját angina-váladékával is, ennélfogva ily módon kiderült, hogy egyazon egyén mindkét anyagot tartalmazta szöveteiben egyidejüleg: a fertőzményes antigent (a tonsillában) és az ellenanyagot (a vérsavóban). Megjegyzem még, hogy a fennmaradó 4 lueses és a controll 4 ép egyén vérsavója nem adta a Bordet-Gengou-reactiót.

Igen valószinűnek tartom, hogy a leirtam módszerrel, a melylyel a syphilises virus és annak ellenanyaga biologiai pontossággal kimutatható, érdekes felvilágositásokat fogunk nyerhetni a lueses egyén testében végbemenő reactiókról és a szervezet és a lueses méreg között lefolyó küzdelem egyes szakaszairól.

A lupus vulgaris elterjedése Magyarországon, statistikai adatok alapján.

Huber Alfréd: Két éven át folytatott statistikai gyüjtés alapján kimutatja, hogy hazánkban mintegy ötödfélezerre tehető a lupusbetegek száma. Legtöbb lupusbeteg (az eseteknek 21·4%-a) él Pest-Pilis-Solt-Kiskunmegyében és legegészségesebbek az erdélyi megyék. Nem tekintetében a nők, kor tekintetében pedig a 11—20 éves egyének praevaleálnak. A statistika széles alapon foglalkozik különösen a lupusnak regionárius elterjedésével és a tüdőtuberculosishoz való viszonyával.

Az előadó végül a következő javaslatot terjeszti a budapesti kir. Orvosegyesület igazgató-tanácsa elé: „Tekintve azt, hogy az előadottak szerint Magyarország lupusbetegeinek száma elég tetemes; tekintve azt, hogy a lupusbetegek gyógykezelése rendkivüli hosszadalmassága miatt különösen fővárosi kórházaink költségvetését nagy mértékben megterheli, noha a kezelés a ma rendelkezésünkre álló physikális gyógymódokkal tisztán ambulanter volna végezhető; tekintve végül azt, hogy a többnyire munkabiró egyének torzító betegségük miatt a társadalom kebeléből ki vannak taszitva: ajánlom és javaslom, hogy hazánk lupusbetegei számára fővárosunkban vagy annak környékén otthont létesitsünk, a hol a lupusbetegek teljes ellátásban és gyógykezelésben részesülnek, ennek fejében pedig kerti vagy egyéb olyan munkát végeznek, a melylyel az ápolási költségek javarésze megtérül, esetleg az otthon kiadásai teljesen fedeztetnek.“

Róna Sámuel: A lupusbetegek ki vannak közösitve a társadalomból, azért őket olyan intézetekben kellene elhelyezni, melyekben maguk is megkereshetik kenyerüket. Ez kifizetődnék, mert igen igénytelenek és munkaszeretők és mert igen magasra rúgnak egyéb helyeken való ápolási költségeik. A másik ok pedig, a miért elkülönitendők, az, hogy rendesen tuberculosisban szenvednek (tüdő-, csont- vagy mirigytbc.-ban).

Huber Alfréd: Lupusbizottság kiküldését óhajtja.

Bókay Árpád elnök úgy véli, hogy a kérdés a tuberculosisbizottsághoz utalandó. Azt tartja, hogy a társadalomnak kötelessége ezen kérdéssel is foglalkozni. Ezek a betegek nem sanatoriumi kezelést igényelnek, hanem mezőgazdaságban, kertészetben volnának elhelyezendők, hogy megkereshessék csekély szükségleteiket. A kezdődő gümőkórosokra nézve is helyesebb volna ilyetén elhelyezés, mint zárt intézetekben, melyekben semmittevéssel töltik az időt.

Budapesti kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya.

(II. rendes ülés 1906. február 27.-én.)

Elnök: **Navratil Imre.** Jegyző: **Zwillinger Hugó.**

Elnök jelenti a Chiari-tól mint az 1908. évben Bécsben megtartandó nemzetközi laryngo-rhinologiai congressus előkészítő bizottság elnökétől megküldött meghivó kézhezvételét. A szakosztály elhatározza, hogy ezen congressuson és a vele kapcsolatos Türck-Czermák-ünnepélyen magát képviselteti, s az ezen ügyben leendő teendőkkel az elnököt bizza meg. Chiari tanárt ezen elhatározásáról s arról, hogy a meghivót köszönettel tudomásul vette, a titkár útján értesiti.

Haemangioma tonsillae.

Baumgarten Egmont: A bemutatott eset azért is érdekes, mert a haemangioma (angioma cavernosum) a jobboldali mandolát teljesen elfedi. A haemangioma azonkivül látható a nyelv közepén, hátulsó részének két szabad szélén és beterjed hátrafelé a gégefedőig, helyenként egyes szigeteket hagyva. Ezen daganat az 50 éves betegnél eddig úgy látszik zavarokat még nem okozott, csak egy idő óta érzi, hogy a nyelve nehéz és hogy széklete fekete és véres. A beteg naponta háromszor két-két csepp tonogent kapott és már egy hét után semmi panasza sem volt. Az angioma mindenütt lényegesen megkisebbedett. A bemutató nem ismer szert, mely oly gyors és feltünő hatású lett volna, mint ezen esetben a tonogen.

Navratil Dezső: Hasonló esetről számol be, melyet Dollinger tanár klinikáján látott. A daganat kiirtásakor légcsőmetszés vált szükségessé.

Navratil Imre: Kiemeli nagy horderejét annak, ha a tonogen ilyen esetekben beválik.

Neoplasma laryngis esete.

Baumgarten Egmont: A 42 éves férfibeteg hat hó óta rekedt, fájdalmai nincsenek, gyors járáskor csekély fokú nehézlégzése van. A gégében a jobb valódi és álhangszalag duzzadt, megvastagodott. A bal álhangszalagból mogyorónyi, szürkésfehér, szemcsés felületü újképlet indul ki, mely a gégeüreg felét kitölti. Néhány ülésben erős kettős curettel az erősen vérző papillomákat nagyrészt kiirtottam és akkor azt láttam, hogy az egész baloldali gégerészlet lobos, mindenütt beszüremkedett, mozgásaiban lényegesen korlátolt, a valódi hangszalag piros vastag köteggé változott át.

Minthogy a beteg évek előtt luest szerzett, belsőleg jodkalit adtam, mire egy-két napig látszólagos javulás mutatkozott, de nyolcz nappal az utolsó beavatkozás után erős vizenyő jelentkezett a baloldali aryepiglottikus redőn. A jodkali használatának abbahagyása után másnap a vizenyő lényegesen leapadt. Most két nap óta változatlan a kép, a szürkésfehér képlet kis része még látható.

Kórszövettani lelet: A felületen mérsékelten megvastagodott, elszarúsodott hámsejtekből álló réteg. Maga a daganat hámtömegekből áll, melyek egy központi törzsből kiinduló ágakat vonnak be. A kötőszöveti alapállományban kevés vérér és helyenként apró gömbsejtekből álló igen sejtdús beszürődés látható; ezen gömbsejtek a hámboriték sejtjei közé is benyomulnak. Diagnosis: Lobosan beszürődött papilloma laryngis.

Minthogy a kórszövettani lelet biztos felvilágositást nem adott, ama kérdés merül fel, vajjon újképlet okozza-e a lobos folyamatot, avagy valamely lobos folyamat okozott-e papillomás jellegű sarjadzásokat. Minthogy pedig a műtét nyolcz napig reactiót nem okozott, további kérdés az, vajjon a jodkali okozta-e a vizenyőt, vagy pedig a lobos folyamat fokozódásából származott-e az?

Polyák Lajos: A jobb oldal ép, de baloldalt az ál- és a valódi hangszalag daganattá folyik össze, mely a középső és hátulsó harmad felületén fehéres pachydermiás szövettel fedett. A bal kannaporcz rögzitett. Legvalószinübbnek tartja, hogy rák; ennek a szövettani lelet sem szól ellen. A részleges gégekiirtást javaltnak tartja.

Donogány Z. szerint a kórszövettani kép ez esetben nem döntő; a klinikai lelet felette gyanús.

Navratil Imre: Fontosnak tartja, hogy a próbakimetszés előtt rögzitett volt-e már a gyűrű-kannaizület, mert ha igen, akkor ez rák mellett szól, mig ha nem, akkor a mostani rögzitettség oka a próbakimetszés okozta lobos reactio is lehet. A mélyebb részekre kiterjedő próbakimetszéstől s az igy nyert szövet vizsgálatától várható a döntés.

Polyák Lajos: Nem tartaná czélszerűnek a beavatkozás elhalasztását azért, mivel a bántalom a még most ép oldalra átterjedhet. A próba-laryngofissio szerinte nem nagy beavatkozás s igy makroskopice is eldönthető a kérdés.

Baumgarten Egmont: Bedörzsölési kúrának akarja még alávetni a beteget, s ha a laryngofissioba nem egyezik bele, még a röntgenezést kisérli meg.

Polyák Lajos: Óva int a gége röntgenezésétől, egy esetben vagusneuritist okozott veszélyes tünetekkel. A beteget csak nagynehezen lehetett megtartani.

Lupus laryngis esete.

Baumgarten Egmont: A 22 éves leány már hónapok óta rekedt. Az egész bal hangszalag beszüremkedett és felületén szürkés gombostűfejnyi göbcsék láthatók, különösen a processus vocalis táján. Lues kizárható. A tüdőkben elváltozást nem találtunk. A kórismét lupusra tettem, mert a beteg bal kezén nagyobb kiterjedésü lupusos beszüremkedést láttunk. Tejsav-kezelésre a beteg hangja lényegesen javult.

Tövölgyi Elemér: Az esetet fél év előtt látta, a gégebeli lelet azóta változatlan; annak idején azt tervezte, hogy a gége elváltozásait galvano-cauterrel fogja kezelni.

Rögzíthető orrtükör.

Zwillinger Hugó: Rögzíthető orrtükröt mutat be, melynek szerkezete a szemréstágitó elvén alapszik. A tükör egy lefelé hajlított és egy keresztben álló, az elsőn eltolható nyúlvány segítségével az állra támaszkodik. A két vízszintes kar kapocs által egymáshoz közelíthető, miáltal a tágítás szabályozható. A tükröt leginkább az orrsövény-submucosa resectiojánál szükséges nyálkahártya és porcz bemetszése előtt alkalmazza. A rögzíthető orrtükröt különböző nagyságban a Garay és Tsa műszerész-czég készíti.

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(I. szakülés. 1906. január hó 27.-én)

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

1. **Böhner Ferencz izommüködésének bemutatása.** Hozzászólnak *Udránszky*, *Hoor*, *Lechner* és *Makara* tanárok.

2. **Makara Lajos echinococcus strumae esetét mutatja be.**

Az echinococcust a pajzsmirigyben általán olyan ritkán észlelték, hogy csak elvétve találunk irodalmi adatokat. Igy *Henle* 1895-ben 21 esetet gyüjtött össze az irodalomból, de ezek közül is csak 18-ban vannak biztos adatok, mig három eset csak valószinüséggel számitható ide. Kilencz esetben volt lélegzési nehézség, négy esetben a halál fuladás folytán következett be spontan vagy az echinococcus-hólyag perforatioja folytán a légcsőbe. A pajzsmirigy hypertrophiája csak egy esetben van feljegyezve. Maga a betegség regressiv metamorphosis (elmeszesedés) útján spontan is gyógyulhat. A műtéti kezelés eredménye mindig sikeres volt.

Esete egy 48 éves asszonyra: M. J.-néra vonatkozik, ki előadja, hogy mérsékelt golyvája 24 éve van; kutya mindig volt a háznál és szeretett vele foglalkozni. Egy év óta golyvájának jobb fele növekedni kezdett, nyolcz hónap óta rekedt, sokszor köhögés fogja el, mely hányásingerig fokozódik. Fekvés vagy alvás közben néha fuladás lepi meg, úgy hogy hirtelen fel kell ülnie.

A beteg mérsékelten fejlett, sovány. A pajzsmirigy általán megnagyobbodott, de különösen jobb fele, mely az incisura sterni-től a szakcsont magasságáig terjedő, egyenetlen felszinü, általán tömött összeállású, nehezen mozgatható daganatot alkot. A jobb hangszalag teljesen bénult, hangadáskor nem mozog.

1905. deczember 21.-én végezte a műtétet *Witzel*-féle narcosisban. *Kocher*-féle lebenyes metszés után a daganatot kifejtette, az art. thyreoidea sup. és inf. dextra-t lekötötte. A daganat mediális széle a trachea és oesophagus közé hatol, itt a tracheával szorosan összenőtt tömlőt mutat, mely a lefejtéskor megszakad és belőle viztiszta folyadék ömlik, belsejében pedig az egyrekeszü echinococcus-hólyag fekszik, fiókhólyagok nincsenek.

A műtéti seb deczember 27.-ére meggyógyult; a beteg lélegzése a műtét óta szabad, rekedtsége megmaradt. Január 1.-én távozott, most bemutatás végett jelentkezett.

Az eltávolitott, lúdtojásnagyságú pajzsmirigyfélben erősen tág acinusok láthatók, melyek eosinnal élénk pirosra festődő colloid anyaggal vannak kitöltve és egyrétegü köbös hámmal béleltek. Az echinococcust erősen megvastagodott kötőszövet veszi körül, mely kifejezett hyalinos degeneratiót mutat; ezen elfajulás néhol egészen a hyalinos nekrosisig fokozódik.

3. **Máthé Gábor** előadása: „**Scarlatina chirurgica**".

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A pajzsmirigy kórtanának megvitatása egyik főtárgya volt a most lefolyt XXIII. belgyógyászati congressusnak. *Kraus* az általános kórtani adatokat gyüjtve össze, bebizonyitottnak tekinti, hogy a pajzsmirigynek igen is van elválasztása. A colloidtartalom arányban áll a jod-thyreoglobulin-tartalommal. A mirigy elválasztott nedve alkalmasint egy ideig a pajzsmirigy üregeiben van mintegy „elraktározva". A váladék hatásának értelmezésében eltérők a nézetek. Lehet, hogy a mirigy a szervezet rendes működésében nélkülözhetetlen anyagokat választ el (szorosabb értelemben vett belső elválasztás); s viszont lehet, hogy a mirigy váladéka káros hatású anyagcseretermékek ártalmatlanná tevésére szolgál (méregtől védés elmélete, „Entgiftungstheorie"). A ható anyag s a hatás módja még nem ismeretes. A legtöbb elmélet nagy fontosságot tulajdonit a jodnak.

A mellékpajzsmirigyek élettani szereplése más, mint magáé a pajzsmirigyé. A pajzsmirigy kiirtását cachexia thyreopriva követi, a mellékpajzsmirigyek kiirtása tetaniát okoz.

A pajzsmirigy nedvének élettani hatása sokféle; legfontosabb a szivbántalmazó, vérnyomáscsökkentő és pulsusszaporitó hatás. Az anyag-

forgalomra és más szervek működésére gyakorolt sokféle befolyás még tanulmányozás tárgya.

Kocher (Bern) a pajzsmirigy-sebészet körében tett tapasztalásait adja elő.

Teljes pajzsmirigy-kiirtás 40 esetében, végleges kiirtás után 30 esetben látott cachexia thyreoprivát kifejlődni. Pajzsmirigy nélkül több mint 7 évig lehet élni. A pajzsmirigy-készitmények s a jodothyrin maga is kitünő orvosságok, de szakadatlanul kell velük élni. Van betege, ki már 13 éve él igy. Spontan myxoedemát 66 esetben tanulmányozott.

Ha a totális kiirtásnál vagy genyedéses folyamat miatt a mellékpajzsmirigyek működése szenved, tetania áll be. Néha már ½ órával az erek lekötése után jelentkezik, máskor csak a terhesség alatt.

Basedow-kórnál 167 esetben végzett műtétet. Halálozás 5½%. A könnyü esesetek gyógyulnak, Basedow-strumánál 93%, igazi Basedow-kórnál 60—85% a gyógyulás. Aránylag sok (5%) kap tetaniát. A Basedow-kórt hyperthyreosisnak tartja. Meg kell különböztetnünk thyreoprivus és thyretoxikus megbetegedéseket, s a gyógyitásban is érvényesül e mélyreható különbség.

A hypothyreosison alapuló bajok gyökeres gyógyitása: ép thyreoidea beültetése. A thyreotoxikus betegségekről még nem tudjuk, hogy mennyiben van náluk hyperthyreosis-sal vagy dysthyreosissal dolgunk. Az utóbbi esetekben a pajzsmirigy müködését kell csökkentenünk. Ennek legalaposabb módja az éralákötés és a részleges eltávolitás; egyéb útjai: nyugalom, diaeta, különösen a phosphatok kerülése, tej, főleg pajzsmirigyüktől megfosztott kecskék teje, vagy ennek készitményei.

Az előadás után kifejlődött élénk vitának néhány érdekes adata megemlitésre méltó.

Hoenicke (Greifswald) kisérletileg bebizonyitottnak véli, hogy a Basedow-kór túlságos sok, de rendes minőségü pajzsmirigynedv elválasztásának a következménye. Az osteomalaciát is pajzsmirigy-betegségnek tartja. Leggyakoribb complicatió a Basedow-kór szokott lenni; oly helyeken fordul elő, a hol a golyva is gyakori.

Weintraud azt észlelte, hogy a pajzsmirigy sorvadását csontok trophikus zavara követheti.

Asher (Bonn) arra hivja fel a figyelmet, hogy az atropinnak a szemre gyakorolt hatása a pajzsmirigy működési foka és állapota szerint változó. Ajánlja a jelenség kutatását, mert esetleg módot találunk a a pajzsmirigy működése fokának könnyü mérésére.

Alt a pajzsmirigy befolyását a psychikus folyamatokra tárgyalja. Myxoedemában a pajzsmirigy-kezelés mellett az anyagforgalom ellenőrzése szükséges. Lehetőleg fehérje-túltáplálást kell elérnünk. Pajzsmirigykezelés alatt a szervezet phosphor megkötő képessége és szükséglete jelentékenyen nő, tehát kellő phosphorbevitelről kell gondoskodni (protylin). Igen fontos a Basedow-kór kezelésében a helyes diceta: sószegény táplálék, tej.

Gilmer (München) kitünő eredménynyel alkalmazta golyva és Basedow-kór eseteiben a pajzsmirigy röntgenezését.

Loening adipositas dolorosa eseteiben pajzsmirigysorvadást talált. *Dalmady* dr.

A végbélen át táplálásról tartott előadást *Boyd* az „Edinburgh medico-chirurgical society" február 7.-i ülésén. Kisérletei kimutatták, hogy a fehérjék számba alig jövő mennyiségben szivódnak csak fel. A szénhydrátok tiszta dextrose alakjában jól felszivódnak, a belet nem izgatják és más zavart sem okoznak. A tojássárgának zsirja nagyon változó mennyiségben szivódik fel. A gyakorlatban nagyon jól használható tápláló-klysma a következő összetétellel bir: 2 tojás sárgája, 30 gm. tiszta dextrose, 0·5 gm. konyhasó és annyi pankreatizált tej, hogy az egésznek mennyisége 300 cm³ legyen. Ez a klysma körülbelül 300 caloriát tartalmaz; naponként 4 ilyen klysmát adva, 1200 caloriát viszünk be, de ebből a legjobb esetben is csak 500 szivódik fel. Minthogy azonban a fekvő betegnek naponként mintegy 2000 caloriára van szüksége, a végbélen át táplálással szükségletének csak negyedét tudjuk fedezni.

PÁLYÁZATOK.

1972/1906. szám.

Járásomhoz tartozó Kocs és Kömlőd községekből **Kocs** székhelylyel alakitott egészségügyi körben megüresedett **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek, s ennek választás útján leendő betöltésére határnapul f. évi junius hó 7. napjának d. u. 3 óráját Kocs község hivatalos helyiségébe ezennel kitüzöm.

Az állás javadalmazása: Kocs község részéről: 750 korona készpénz, 4 szoba, konyha és megfelelő gazdasági melléképületekből, valamint konyhakertből álló természetbeni lakás. Kömlőd község részéről 250 korona készpénz, mely összeg a tatai m. kir. adóhivatal által utólagos negyedévi részletekben nyugta ellenében fizettetik ki. Látogatási díj minden egyes beteg által fizetve nappal 80 fillér, éjjel 1 kor. 60 fillér, halottkémlelési díj 60 fillér, a közsegélyre szorult szegények gyógykezelése és halottkémlése díjtalanul teljesitendő. Vágóbiztosi teendők ellátásáért és vágólajstrom vezetéséért szarvasmarha után 60 fillér, juh, boriu, sertés és kecske után 12 fillér, mely díjakat a körorvos a felektől maga szedi be.

Kömlőd községbeni heti látogatások alkalmával természetbeli fuvar, esetleg egyezkedés szerinti fuvarátalány.

A körorvos kézi gyógytár tartására van kötelezve.

Az állás lehetőleg azonnal, de legkésőbb a választás jogerőre emelkedése napján foglalandó el.

Megjegyzem, miszerint Kocs község részéről a készpénzfizetésnek 1200 koronára, a látogatási dijaknak nappal 1, éjjel 2 koronára felemelése iránt az eljárás folyamatban van, s az az állás elfoglalása napjától lépend hatályba.

Felhivom pályázni óhajtókat, hogy az 1883: I. t.-cz. 97. és 1876: XIV. t.-cz. 42. §-ában előirt képesitésüket igazoló okmányokkal és keresztlevelükkel felszerelt kérvényüket hivatalomhoz f. évi junius 6. napjáig annál inkább benyujtsák, mert a később érkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

Nagyigmánd, 1906. évi május hó 19.-én.

Konkoly-Thege Lajos, főszolgabiró.

Lemondás folytán megüresedett a baglyasaljai bányaigazgatóságnál a **bányaorvosi állás**, mely állásra ezennel pályázat hirdettetik. — Javadalmazás: 2800 korona évi fizetés, szabad lakás fütéssel, rendszeresitett világitás és január hóban kettős havi fizetés. — A kinevezendő orvos — a mennyiben alapszabályszerüleg akadály fenn nem forog — tagja lesz a társulat tiszti nyugdijintézetének. — A kellően felszerelt kérvények f. évi julius hó 15.-ig terjesztendők be.

Északmagyarországi egyesitett kőszénbánya és iparvállalat részvénytársulat Társládai elnöksége.

2—1 Baglyasalja u. p. Salgó-Tarján.

741/1906. eln. szám.

A Szabadka sz. kir. város tulajdonát képező **Mária Valéria-közkórházban** üresedésben levő és évi 1200 kor. fizetés, lakás, fütés, világitás és 1. osztályu élelmezéssel javadalmazott **két alorvosi á lásra** pályázatot hirdetek.

Az állást elnyerők tartoznak a közkórházban lakni és magángyakorlatot — az első segélynyujtás esetét kivéve — nem folytathatnak; nős orvosok pályázati kérvényei figyelembe nem vehetők.

Felhivom a pályázni kivánókat, hogy megfelelően okmányolt pályázati kérvényeiket **folyó évi junius hó 12.-ig** Bezerédy István fői-pán úrhoz Szabadkán annál is inkább nyujtsák be, mert az elkésetten benyujtott pályázati kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

A mennyiben az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának 11. pontja értelmében kellően minősitett pályázók jelentkezni nem fognak, egy évi gyakorlatra utasitott, esetleg szigorló orvosoknak pályázati kérvényei is figyelembe fognak vétetni.

Szabadka, 1906. évi május hó 18.-án.

A polgármester.

1114/1906. szám.

Bihar vármegye berettyóujfalui járásában fekvő **Pocsaj** községben lemondás folytán megüresedett **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az orvosi kör Pocsaj és az attól 2 kilometer távolságra eső Esztár községekből áll Pocsaj község székhelylyel.

A körorvos Esztár községben minden héten 2 izben és pedig előre meghatározandó napokon megjelenni és ott a látogatásokat megtenni tartozik.

A körorvos előfogatról maga gondoskodik.

A körorvos évi fizetése 1300 korona, melyből Pocsaj községet 900 korona, Esztár községet pedig 400 korona terheli, és évnegyedi részletekben fizettetik.

Látogatási díj nappal 40 fillér, éjjel 80 fillér, vényirási díj nappal 40 fillér, éjjel 80 fillér.

Halottkémlési dij 1 korona.

Köteles az orvos házi gyógytárt tartani.

Lakásról a körorvos maga gondoskodik.

Az Esztár községben hivatalos napokon kivül végzett látogatások, valamint a két község belterületén kivül eső látogatások alkalmával előfogatról a megkereső fél gondoskodik.

A választást folyó évi junius hó 6. napján d. e. 10 órakor fogom Pocsaj községházánál megtartani.

Felhivom a pályázókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében szabályszerüen felszerelt és eddigi működésüket is igazoló okmányokkal ellátandó kérvényüket hozzám **folyó évi junius hó 4. napjáig** terjeszszék be.

Berettyóujfalu, 1906. evi május hó 19. én.

Jezerniczky Dénes, főszolgabiró.

1973/1906. szám.

Komárom vármegye gesztesi já ásába kebelezett **Mocsa** nagyközségben elválasztás folytán megüresedett **községi orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az orvos fizetése 1000 korona készpénz a község pénztárából negyedévi utólagos részletekben. A primási uradalom boldogasszonypusztai cselédsége gyógykezeléséért az uradalmi pénztárból utólagos negyedévi részletekben évi 200 korona dijazás. A községtől természetben 4 szobából álló lakás.

Látogatási díjak: az orvos lakásán 50 fillér, a beteg lakásán 1 korona. Éjjeli látogatásért az elsoroltaknak kétszerese.

Ezenkivül a halottkémlelésért esetenként 60 fillér.

Miután a vágatási biztosi teendőket az orvos végzi, ezért a szabályrendeletileg megállapitott dijakat szedheti.

Az állás lehetőleg azonnal, de legkésőbb a választás jogerőre emelkedésével foglalandó el.

A megválasztandó orvos kézi gyógyszertár tartására köteleztetik.

Megjegyzem, miszerint a készpénzfizetésnek a község részéről 1400 koronára, úgy a látogatási dijaknak felemelése iránt az eljárás folyamatban van, s felsőbb hatósági jóváhagyás esetén az az állás elfoglalásakor lép hatályba.

Választás határidejéül folyó évi junius hó 7. napjának délelőtt 10 óráját Mocsa községházához tüzöm ki.

Felhivom a pályázni óhajtókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9., és az 1876. évi XIV. t.-cz. 43. §-ában előirt képesitési okmányokkal felszerelt kérvényeiket **folyó évi junius hó 6. napjanak d. u. 5 óráját** hivatalomhoz annál is inkább nyujtsák be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

Nagyigmánd, 1906. évi május hó 19.-én.

Konkoly-Thege, főszolgabiró.

1902/1906. szám.

Alsófehér vármegye kisenyedi járásában a **vingárdi körorvosi állás** Vingárd község székhelylyel üresedésben lévén, arra pályázatot hirdetek.

Az egészségügyi körhöz 6 község tartozik 8242 lakossal.

A körorvos évi javadalmazása havi előleges részletekben fizetendő 1700 kor. fizetés és 300 kor. utazási átalány.

Hivatalos kiszállásokkor a kör székhelyén kivül egy vényért 1 kor. dij szedhető és ugyanannyi szedhető a kör székhelyén.

Hivatalos kiszállásokon kivül 2 kilometeren túl kilometerenként 30 fill. fuvardij vagy természetbeni fuvar követelhető és azonfelül nappal 2 kor., éjjel 4 kor. rendelési dij számitható fel.

Műtétekért az érvényes dijszabályzat legkisebb tétele igényelhető. A megválasztandó körorvos kézi gyógyszertár tartására fel lesz jogositva.

Az orvosi képesitést és az eddigi alkalmazást igazoló okmányokkal felszerelt kérvények hozzám f. év és hó 30.-ig benyujtandók.

A választás folyó évi május hó 31.-én d. e. 10 órakor Vingárdon a körjegyzői irodán fog megtartatni.

Kisenyedi járás főszolgabirája.

K o n c z a, 1906. évi május hó 3.-án.

3—3 *Szabó Lajos*, főszolgabiró.

2371/1906. szám.

Hódmezővásárhely város nyilvános jellegű kórházánál rendszeresített **alorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok.

A betöltendő alorvosi állás 1500 korona azaz egyezerötszáz korona évi fizetéssel s egy szobából álló természetbeni lakás, továbbá fűtés, világítás és első osztályú élelmezéssel van egybekötve.

Felhivatnak azért mindazok, a kik pályázni óhajtanak, hogy az 1883. évi I-sö t.-cz.-ben előirt elméleti és gyakorlati képzettségüket, életkorukat, egészségi állapotukat, erkölcsi magaviseletüket s esetleges előbbi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket a **folyó év május hó 26. napjának délutáni 5 órájáig** a polgármesteri hivatalhoz nyujtsák be, illetve küldjék meg.

A kinevezés két évi időtartamra szól, s az osztályos orvos ajánlatára egy-egy évre meghosszabbitható. Magán gyakorlat nincs megengedve. Az állás a kinevezési okmány kézhez vételétől számított 8 napon belől elfoglalandó.

H ó d m e z ő v á s á r h e l y e n, 1906. évi május hó 10.-én.

2—2 *Juhász Mihály*, kir. tanácsos, polgármester.

1951/1906. szám.

Arad vármegye pécskai járáshoz tartozó Szemlak községben üresedésbe jött **községi orvosi állás** választás útján leendő betöltésére határidőül f. évi május hó 31. napjának d. e. 9 óráját Szemlak községházához kitűzöm.

Az állás javadalmazása 1600 korona évi fizetés, 40 fill. nappali és 80 fill. éjjeli látogatási dij.

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

P é c s k a, 1906. évi május hó 12.-én.

2—2 *Senk Ferencz*, főszolgabiró

1562/1906. szám.

A Szurdok község székhelylyel rendszeresített **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhivom ezen okból mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143., illetve az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám folyó évi junius hó 5.-ig annyival inkább nyujtsák be, mert a később beérkezetteket figyelembe venni nem fogom.

Az orvosi körbe: Batiza, Barczánfalva, Disznópatak, Glód, Mikolapatak, Nánfalva, Rozália, Sajó, Sajómező, Izasópatak, Szurdok és Váncsfalva község van beosztva.

A körorvos javadalmazása 1460 kor. fizetés és 200 kor. úti átalány, a mely előleges havi részletekben szolgáltatik ki.

A körorvos köteles községeit havonként 2-szer látogatni, a vagyontalan betegeket ingyen gyógykezelni, és ezzel szemben jogosult a vagyonos betegek gyógykezeléséért nappal 60 fillér, éjjel 1 korona dijat felszámitani és a batizai gyári betegsegélyző pénztári orvosi állással egybekötött teendőket a megállapitandó dijazás mellett ellátni.

A választást Szurdokon, a községházánál **folyó évi junius hó 7.-én d. e. 10 órakor** fogom megtartani

A megválasztott körorvos állását 8 nap alatt elfoglalni köteles.

D r a g o m é r f a l v a, 1906. évi május hó 10.-én.

2—2 *Solcz Béla*, főszolgabiró.

A szekszárdi „Ferencz“ közkórházban egy **alorvosi állás** megüresedvén, felhivatnak az arra pályázni óhajtók, hogy eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat **folyó évi junius hó 1.-ig** méltóságos gróf Aponyi Géza úrhoz, mint Tolna vármegye főispánjához czimezve, alulirott kórház igazgatóságánál nyujtsák be.

Az alorvos javadalmazása 1200 korona évi fizetés, teljes ellátás, lakás a kórházban, fütés és világitással, a kinevezés 3 évre történik s csak nőtlen orvostudorok pályázhatnak.

Az itt töltött alorvosi szolgálat a kötelező orvosi gyakorlatnak beszámittatik.

S z e k s z á r d, 1906. május hó 9.-én.

2—2 *Tanárky Árpád* dr., igazgató-főorvos.

1001/1906. ig. szám.

A pécsvárosi közkórháznál megüresedett **2 másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az állások javadalmazása egyenként 1200 kor. fizetés és I. oszt. élelmezés. A kórh. alapszabályzat 47. §-a értelmében a másodorvosok ideiglenesen két évre neveztetnek ki, mely idő az igazgató előterjesztésére egy évvel meghosszabbitható. Oly másodorvosok, kik ezen idő alatt kiváló szakértelmet, rátermettséget, rendkivüli szorgalmat tanúsitottak, a főispán által, a kórházigazgató meghallgatásával, illetve annak előterjesztésére véglegesithetők

Felhivom a pályázni kivánó orvostudorokat, hogy az 1876. évi XIV. t.-czikkben előirt minősitésüket igazoló okmányaikkal felszerelt és méltóságos Erreth János úrhoz, Pécs szab. kir. város főispánjához czimzett pályázati kérvényüket nálam legkésőbb **folyó évi május hó 30-ig** nyujtsák be.

P é c s, 1906. évi május hó 14.-én.

2—2 *Kórházi igazgatóság.*

2805/1906. szám.

Szeged szab. kir. város hatóságánál üresedésben levő Szeged felsőközponti II. kerületi, esetleg megüresedő még egy külterületi **tisztiorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az 1886. évi XXI. t.-cz. 80. §-a értelmében főispáni kinevezés útján élethossziglan betöltendő ezen kült. t. orvosi állások mindegyikével 1600 kor. évi fizetés 800 kor. évi napidij és fuvarátalány, 4 szoba, előszoba és mellékhelyiségekből álló természetbeni lakás, istálló, kocsiszin, jégverem és 2 hold föld használata, valamint magángyakorlatra való jogosultság van egybekötve. A kinevezendő tiszti orvos a szabályszerű szolgálati idő leteltével a t. nyugdijalap részese.

A szegényeket ingyen tartozik gyógykezelni, a fizetőképesektől ellenben a 132/901. sz. kgy. határozattal alkotott s kormányhatóságilag jóváhagyott szabályrendeletben megállapitott dijakat szedhet.

Felhivom mindazokat, a kik a t. orvosi állásokat elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. által előirt t. orvosi minősitettségüket, esetleg eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt folyamodásukat Szeged város főispáni hivatalához, városháza I. emelet **f. é. május hó 29. napjának déli 12 órájáig** nyujtsák be. Ezen határidőn túl elkésve érkező folyamodások figyelembe nem vétetnek.

S z e g e d, 1906. május 12.-én.

2—2 *Lázár György* dr., polgármester.

355/1906 sz.

A lemondás folytán megüresedett **I. csábi, II. ipolybalogi körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhivom a pályázni kivánókat, miszerint szabályszerűen felszerelt kérvényüket hozzám **1906. évi junius hó 10.-éig** annyival is inkább adják be, mert a később beadott kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A kérvényhez csatolandó *a)* orvostudori oklevél, illetve ennek kir. közjegyzőileg hitelesített másolata, *b)* erkölcsi magaviseletet igazoló helyhatósági bizonylat, *c)* az esetleges eddigi működésről működési bizonyitvány.

A csábi körben a tót nyelv birása szükséges.

A csábi kör 20 községből áll, 7777 lélekszámmal, székhelye Csáb.

Az ipolybalogi (ipolynyéki) kör 18 községből áll, 8057 lélekszámmal, székhelye Ipolynyék.

A megválasztandó körorvos köteles a szabályrendeletileg őt terhelő kötelezettségeknek az ugyanott megállapitott dijazás ellenében megfelelni.

J a v a d a l m a z á s:

I. Csábi körben:

a) törzsfizetés 800 korona;
b) himlőoltásért mintegy 50 korona;
c) 20 községtől úti átalány á 12 korona = 240 korona;
d) látogatási dijak a szabályrendelet szerint;
e) vágóbiztosi dijak a szabályrendelet szerint;
f) halottkémlési dijak a szabályrendelet értelmében;
g) kézi gyógytár jövedelme.

II. Ipolybalogi (ipolynyéki) körben:

a) törzsfizetés 800 korona;
b) himlőoltásért mintegy 50 korona;
c) 18 községtől úti átalány á 12 korona = 216 korona;
d) látogatási dijak a szabályrendelet szerint;
e) halottkémlési dijak a szabályrendelet szerint.

A körorvosi törzsfizetésnek 1200 koronára való kiegészitése tervbe levén véve, annak jogerős megállapitása esetére a törzsfizetés 1200 korona lenne, a körorvos azonban köteles lesz körét havonta egyszer bejárni.

Az ipolynyéki kör csak a csábi kör betöltése után töltetik be, s pályázó hián a csábi körorvos az ipolynyéki kör teendőire helyettesittetik.

A választást később meghatározandó időben fogom kitűzni.

I p o l y n y é k, 1906. évi április hó 30.-án.

2—2 *A főszolgabirói hivatal.*

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 Kperjesen.

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.

Kaliforniai füge-szörp

CALIFIG

(Név védjegyezve.)

A

California Fig Syrup Company

ismert (Syrup of Figs) készítményeinek újonnan bevezetett és védjegyezett elnevezése.

Kellemes és hatásos rendkivül jóizü hashajtó felnőttek és gyermekek részére.

„CALIFIG"-et a legtapasztaltabb orvosok melegen ajánlják, miután mindenkor enyhe, ártalmatlan és biztosan ható hashajtószernek bizonyult. Tisztaságánál és kiváló tulajdonságánál fogva a **„CALIFIG"** szivesen és gyakran rendeltetik.

Eladási árak: 1/1 üveg 3 K; 1/2 üveg 2 K.

California Fig Syrup Co., San Francisco, Cal.

Európai vezérképviselőség:

Fassett & Johnson, LONDON, Snow Hill 32.

Főraktár Magyarország részére:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertára **BUDAPESTEN,**

VI., Király-utcza 12.

PANHANS szálloda és gyógyintézet ‚Erzherzog Johann' szállodával **Semmering, Wien** mellett, magaslati hely, 1025 m. a t. sz. f. Elsőrangú lakházak, legmodernebb berendezéssel, összesen 260 szobával. **Gyógy- és fürdőintézet** az **összes vízgyógyeljárás** részére, **villamos fürdők, villamos massage, inhalatorium (Bulling-rendszere), 2 házi orvos, házi gyógytár** stb. Legjobb tartózkodás magaslati kúráknál.

Közelebbit a prospektusokban.

Vegyi, górcsövészeti és bakteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

Telefon-szám 26—96. **VI., Andrássy-út 50.** (Oktogon-tér).

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

Dr. MÁTRAI GÁBOR v. egyetemi élet- és kórvegytani tanársegéd.

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.**

A mélyen tisztelt kartárs urak figyelmébe.

SCHWARZ ALAJOS dr. fürdőorvos folytatja orvosi gyakorlatát 1844

Pőstyénben, Ferencz József-út 42. szám alatt.

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.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górcsöi és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN mindennemü ép és kóros váladéknak

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

Dr. Vas Bernát a laboratorium vezetője.

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

Telefon 90—46.

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.

THYMOMEL SCILLAE.

(Név törv. védve.)

Orvosi rendelet szerint mézzel készitett Extractum Thymi Serpilli et Scillae, mely **hökhurutnál, gége- és hörghurutoknál, emphysemánál** stb. tesz jó szolgálatokat; olcsóbb mint a külföldi Pertussin és vele egyenértékü.

Számos gyakorló orvos és gyermekgyógyász-szakorvos által kipróbálva és ajánlva.

Készíti: B. FRAGNER's Apotheke, Prag 203-III.

Kapható minden gyógyszertárban.

LASSNITZHÖHE Graz mellett az államvasút mentén.

Gyógyintézet idegbetegek és belső bajokban szenvedők, továbbá lábbadozóknak. Remek fekvés, számos gyógyeszköz, mérsékelt árak, állandó orvosi felügyelet. A dependence-okban nyári lakók is felvétetnek. Téli és nyári sport, mozgási játékok a szabadban, munkálkodás a kertben és a mezőgazdaságban. Felvilágositással szívesen szolgál a kezelőség. Prospektusok díjmentesen.

LEGTÖKÉLETESEBB, ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

LYSOFORM

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

Rohitsch-Sauerbrunn

Stájerország.

1664 Vasút, posta és táviró. Prospektus ingyen.

Fenséges fekvés, élenyben gazdag, teljesen pormentes levegő. Modern kényelem, élénk társasélet.

Új hydro-elektro-mechano-therapeutikai gyógyintézet nagy és modern stilben. Hidegvízgyógymód, villam s fény- és kádfürdők, inhalatorium, forró lég- és gőzfürdők, villamos masszás, napfürdők, gyógytornászat. Világhirü gyógyhely gyomor-, bél-, máj- és vesebajok, idült székrekedés, aranyér, epekő, elhizás, czukorbetegség, köszvény, gége- és légcsőhurutok ellen. Leghatásosabb gyógyforrások, hasonlók Karlsbad és Marienbad forrásaihoz.

1906: Új szálloda megnyitása diaetetikus vendéglővel és új ivóvízvezetékkel kitünő édesvízzel.

Farbenfabriken vorm. **Friedr. Bayer & Co.**
Elberfeld.

Folyékony
Somatose
édes — fanyar,
használatra kész oldatban.
Kiváló roborans,
stomachicum, lactagogum.

Képviselet Ausztria és Magyarország részére:
Friedr. Bayer & Co., Wien, I., Biberstrasse 15.

Orvosi rendelésre legeszményibb sörgyártmány!!
HERKULES-sör
a világ legdúsabb maláta-tartalmú söre.
Csekély szesztartalmú, csak pasteurizált gyári palaczk-töltésben kerül forgalomba (egy palaczk tartalma $^3/_{10}$ liter.)
A jelenkor leghatásosabb hizlaló és erősítő szere.
Anaemiánál kiváló sikerrel alkalmaztatik.
Étvágyfokozó, idegnyugtató, altató hatással bir.
Az anyatej-elválasztást rendkivül előmozdítja.
Mintasörrel készséggel szolgál:
a HERKULES-sörfőzde sz. t.
BUDAPEST, Bethlen-tér.
Telefon 63—67.

Praevalidin
Név védve
Dr. med. Walther Koch, Freiburg i. Br. szerint
kedvező eredmények tuberkulosis, bronchitis, emphysema, anaemia, influenza és kachexiáknál.
Woll-Wäscherei und Kämmerei
Döhren bei Hannover.
Főraktár Ausztria-Magyarország részére:
Phillip Röder, Wien, III/2.
Csak gyógyszertárakban kapható.

Pilulae kalii jodati perennes Szőllősi 0·20.
Eltartható, czukorral obdukált, nem hydroskopikus, székesfővárosi vegyészeti intézet vizsgálata szerint szabad jod- és jodsavmentes jodkészítmény.
Jodismus még erre disponált egyéneknél sem képződik.
Ajánlva: **Prof. Korányi, Prof. Havas, Prof. Irsai, Dr. Török, Dr. Tauszk** stb. egyetemi tanár urak által.
Ára 2 korona 60 fillér.
Készítő: **SZŐLLŐSI SÁNDOR** gyógyszerész, Nagymihály.
Kapható a gyógytárakban

Thurzó-Füred
vasuti állomás Gölniczbánya, déli Szepességben.
Klimatikus- és vízkúrák már
f. évi május hó 20.-tól
fogva **Fanzler Lajos dr.** vezetése alatt.
Lignosulfit- és Heryng-féle inhalatiók kezdődő tuberculosisnál. Rossbach-féle kezelés asthma bronchiale ellen. Ősi fenyves. Igen enyhe védett tavaszi klima. Teljes ellátás (koszt, lakás és kiszolgálás) **heti 16—18 frt.** — Részletes prospektus az **igazgatóságnál** szerezhető be.

LEGTÖKÉLETESEBB, ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A
LYSOFORM
OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES, BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT.

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.

Prof. Dr. W. Tunnicliffe London, King's College: A **dr. Vámossy** egyet. m. tanár által felfedezett Purgót mint gyógyszerkincsünk egy fontos faktorát említi, a melyet kórházaiban kitünő sikerrel alkalmaz úgy felnötteknél, mint csecsemöknél.

Prof. Dr. Kohts Strassburg, a poliklinikák igazgatója: A Purgót úgy felnötteknél, mint gyermekeknél kitünőnek találta és használatánál sohasem tapasztalta kellemetlen mellékhatásokat.

·PURGO·

A védjegyezett Purgo keserüvíz és ricinus helyett kitünően alkalmazható, a legkiválóbb orvos urak által rendelve, **még csecsemöknek is adható.**

Figyelmeztetés! Az eredeti Purgo csak akkor valódi, ha az egyes tabletták egyik oldalán a **PURGO**, másik oldalán **BAYER** szó dombornyomásban látható.

A bedörzsölés csak 3—5 perczig tart; nem piszkit; zsir- és szagtalan;
33 1/3 % higanyt tartalmaz.

Az unguent. hydrarg. ciner. hatását felülmulja a
·MERCURO CRÊME·

sec. Dr. ROSENBERG
Csillag-gyógyszertár
Budapest, VIII., Kerepesi-út 43.
Graduált tubusban vagy dobozban elosztva 10 db. à 3 gm.
Ára 2 korona.

Budapest, 1906. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető Kózol Antal J.) Dorottya-utcza 14. sz.

A gümőkór nagy városokban (statistikai alapon) tekintettel Budapest ipari lakosságára.

Közlik **Friedrich Vilmos** dr. egyetemi m. tanár, főorvos és **Jurkiny Emil** dr., a Budapesti kerületi betegsegélyző pénztár hely. főorvosa.[1]

Ha valamely betegség elterjedéséről, intensitásáról, csökkenéséről vagy emelkedéséről biztos, vagy legalább is megközelítőleg valószinű tudomást akarunk szerezni, úgy a kutatásnak két módja áll rendelkezésünkre. Az egyik mód, összeolvasni a megbetegedési eseteket, a mint az a heveny fertőző és járványos betegségeknél történik, a melyekre nézve a bejelentés kötelező. A másik mód, a halálozási számokból következtetni a megbetegedések mérvére.

A gümőkór terjedési viszonyait csakis az utóbbi mód szerint határozhatjuk meg. Kérdés, hogy elég megbizhatónak tarthatjuk-e ezen módot? Minthogy más módon — ez idő szerint — nem juthatunk a kitűzött czélhoz, el kell azt fogadnunk, azonban eleve ki kell mondanunk, hogy ezen eljárás a teljes megbizhatóság jellegével nem bir, még pedig a következő okokból: 1. jól tudjuk, hogy orvosaink számos gümős természetű betegséget (pl. enteritis, meningitis, caries) nem sorolnak a gümőkór csoportjába, sőt gümős természetű vagy eredetű tüdőbajokat (mint exsudatum pleuriticum, tuberculosis miliaris, idült pneumonia) is az egyéb tüdőbajok csoportjában mutatnak ki; 2. nemcsak nálunk, hanem a legtöbb államban is, az esetek jelentékeny részében nem orvos teljesíti a halottkémlést s ilyképen a halálokok kimutatása jórészt megbizhatatlan; 3. az évről évre javuló egészségi viszonyokból, valamint a különböző irányú s nemű a gümőkór leküzdését czélzó intézmények létesítéséből kifolyólag feltehető az, hogy most sok gümőkóros ember meggyógyul, mig az előtt a gyógyulási esetek ritkábbak voltak, vagyis mig a megbetegedés elég nagy lehet, addig a halálozási számok még sem felelnek meg a megbetegedés arányainak.

Mindezekből jogosult ama kijelentésünk, hogy a *gümőkór halálozási számának feltüntetett esetleges csökkenése nem jelenti szükségképen a gümőkór megbetegedésének a csökkenését is, és csak ott, a hol a tbc.-halálozási szám csökkenése szembeötlő és állandó — esetleg éveken át — ott lehet a tbc.-megbetegedés csökkenésére is következtetni.*

A gümőkórban megbetegedettek száma, már a mennyire erre a rendelkezésre álló hézagos és hiányos, de a létező s fentebb részletezett viszonyoknál fogva minden bizonynyal alacsonyobb statistikai számokból következtetni lehet, elég nagy, úgy hogy a gümőkórt az utóbbi évtizedekben hozott fontos és mélyreható, számos esetben és helyütt helyesen is alkalmazott, valamint czélszerűen keresztülvitt egészségügyi rendszabályok daczára igen kiterjedt betegségnek kell tartani, melynek *halálozási számstatistikája az utolsó években inkább csökkenést mutat ugyan, mint emelkedést, de azért még mindig szerfelett nagy.*

Ezen szám t. i. a gümőkór folytán elhaltak száma nálunk absolute igen magas értéket képvisel, de ez még inkább emelkedik értékében, mutatva a kórnak hatalmasan pusztító erejét, ha összehasonlítjuk más államoknak gümőkórhalálozási számértékeivel, vagyis ha e szám relativ értékét tekintjük.

Egy millió lakosra esik halálozás ország	tbc.	egyéb tüdőbaj	összesen
1. Anglia	1358	3149	4507
2. Skótország	1727	3167	4894
3. Norvégia	1737	1759	3496
4. Belgium	1767	4681	6447
5. Hollandia	1884	4004	5893
6. Olaszország	1871	4787	6658
7. Dánia	1912	2322	4234
8. Irország	2029	2773	4802
9. Svájcz	2031	2127	4158
10. Németország	2245	2647	4892
11. Svédország	2310	2719	5039
12. Francziaország	3023	3043	6066
13. Magyarország	3184	2438	5622
14. Ausztria	3625	2283	5908
15. Oroszország	3986	4206	8192

Magyarország halálozási táblázatának ezen összehasonlítása más államokéval mutatja, hogy *hazánkban a gümőkór halálozása absolute is nagynak mondandó*, annyira, hogy azt az európai nagyobb államok közül csak Ausztria s Oroszország szárnyalja túl, mig legelől vezet, mint a hol a tuberculosis halálozási szám legalacsonyabb, Anglia. Ez országban különben a gümőkór elleni küzdelmet az egészségügyi összabályok figyelembevétele mellett a munkáskérdés megoldása körüli tervszerű igyekezettel párhuzamosan már a mult század elején kezdték meg.

Az angol egészségügyi viszonyokkal vetekedik, sőt talán még némileg túl is szárnyalja Norvégia, a hol még a gümőkóron kivül „egyéb tüdőbajban" elhaltak száma is szerfelett csekély. A fentebb emlitett okoknál fogva kell ugyanis a gümőkór kérdésének tanulmányozásánál a tüdőmegbetegedés rovatát is kritikailag szemlélni, mert csakis e két rovat összegezése mutatja irányitóan a gümőkór körül észlelhető változásokkal kapcsolatosan a közegészségügyi szabályok helyes vagy helytelen keresztülvitelét. A két rovat összegezése után az emlitett országok sorrendje olykép alakul: Norvégia, Svájcz, Anglia, Dánia, Irland, Németország, Skóczia, Magyarország, Hollandia, Ausztria, Francziaország, Belgium, Olaszország s Oroszország.

Ezen felsorolt országoknak gümőhalálozási számadatait összehasonlitás tárgyává téve azok fő és nagyobb városaival, kiviláglik, hogy *a városok mindegyikében kivétel nélkül jóval*

[1] Előadás a Budapesti kir. Orvosegyesület november hó 11.-én tartott ülésén.

nagyobb a gümőkór halálozási aránya, mint annak az ország halálozási arányához viszonyítva szabadna lenni, bár ott sem tagadja meg magát ama általános jelleg, hogy a mely országokban kevesebb a gümőkórhalálozási számarány a többi országokhoz viszonyítva, ott kevesebb e szám a nagyobb városokban is.

A gümőkór halálozási számadataiba s abba, vajjon a gümőkórnak mi a tendentiája, az utóbbi években terjed-e e ragályozó, fertőző bántalom vagy csökken, mélyebb betekintést szerezhetünk, ha néhány nagyobb város általános egészségügyi viszonyaiból következendő halálozási s egyéb számadatait szembeállítjuk s ezzel összehasonlítjuk az illető helyen a gümőkórban elhaltak számával. Például:

Város	Egy millió lakosra a halálozás kitesz tbc.	egyéb tüdőbaj	összesen
1. London	1768	3474	5242
2. Amsterdam	1870	3046	4916
3. Hamburg	2115	2044	4159
4. Berlin	2308	2014	4322
5. Varsó	2453	4110	6563
6. Páris	3870	2461	6331
7. Budapest	4141	3821	7962
8. Bécs	4272	3747	8019
9. Szt.-Pétervár	4410	4203	8613
10. Moszkva	4568	6162	10730

De még szembeszökőbben látjuk a gümőkór terjedését vagy csökkenését, ha egyes nagyobb városok szaporodási, összhalálozási, gümőkór- s tüdőlobhalálozási számait egybevetjük az utolsó tizenkét év tapasztalataival, péld:

Brüssel.

Az utolsó 12 évben a lakosság majdnem 100,000 lélekkel szaporodott, a mennyiben az 476,800-ról 576,000-re emelkedett, a tuberculosis-halálesetek száma ellenben 1193-ról leapadt 845-re (évenként). Az egyéb tüdőbajok is apadást mutatnak: 1895-ről 1312-re.

A meghaltak közül tbc. volt	tbc. + pneum.
1892-ben 11·8 %	30·9 %
1893-ban 11·9 %	28·2 %
1894-ben 13·4 %	29·3 %
1895-ben 12·5 %	31·1 %
1896-ban 13·5 %	27·7 %

s ezen év óta állandó az apadás, mert

1897-ben 12·6 %	26·3 %
1899-ben 10·9 %	27·1 %
1901-ben 10·3 %	26·5 %
1903-ban 9·9 %	24·9 % volt.

Az általános halandóság azonban még nagyobb arányokban csökkent:

1892-ben	20·9 ‰ volt
1893-ban	19·8 „ „
1895-ben	19·8 „ „
1897-ben	16·5 „ „
1899-ben	17·9 „ „
1901-ben	15·8 „ „
1903-ban	15·2 „ „

1892-ben 9968 egyén halt meg
1903-ban 8751 „ „ „

10,000 lakosra 1892-ben 25 gümő-halálozás esett
10,000 „ 1903-ban 14·6 „ „

London.

A lakosság az elmult 12 évben 350,000 lélekkel szaporodott: 4.263,000-ről 4.613,812-re. A tbc.-halálesetek száma 8036-ról leapadt 7348-ra. Az egyéb tüdőbajok 17,347-ről leapadt 11,042-re.

Az általános halandóság folyton csökkent:

1892-ben	20·6 ‰
1893-ban	20·8 „
1895-ben	19·8 „
1897-ben	18·1 „
1899-ben	19·2 „
1901-ben	18·7 „
1903-ban	16·0 „

1892-ben 87,750 egyén halt meg
1903-ban 72,174 „ „ „

A meghaltak közül tbc. volt	tbc. + pneum.
1892-ben 9·1 %	28·9 %
1893-ban 9·5 %	29·2 %
1895-ben 9·1 %	26·0 %
1897-ben 9·6 %	24·9 %
1899-ben 9·3 %	28·1 %
1901-ben 9·7 %	26·4 %
1903-ban 10·3 %	25·5 %

10,000 lakosra 1892-ben 18·8 gümő-halálozás esett
10,000 „ 1903-ban 15·9 „ „

Páris.

A lakosság 12 év alatt 86,900-zal szaporodott, 2.424,700-ról 2.511,600-ra; a tbc.-halálesetek száma 9900-ról 10,357-re emelkedett. Az egyéb tüdőgyuladások száma 8041-ről 7850-re apadt.

Az általános halandóság 22·2 ‰-ről 17·5 ‰-re apadt, a mennyiben a halálozás

1892-ben	22·2 ‰-et tesz ki
1893-ban	24·8 „ „ „
1895-ben	21·2 „ „ „
1897-ben	18·6 „ „ „
1899-ben	20·1 „ „ „
1901-ben	20·5 „ „ „
1903-ban	17·5 „ „ „

1892-ben 53,791 egyén halt meg
1903-ban 46,557 „ „ „

A meghaltak közül tbc. volt	tbc. + tüdőlob
1892-ben 18·4 %	33·3 %
1893-ban 19·3 %	34·7 %
1895-ben 19·8 %	34·1 %
1897-ben 19·8 %	31·5 %
1899-ben 19·5 %	30·3 %
1901-ben 21·6 %	37·4 %
1903-ban 22·3 %	—

A lakosság 12 év alatt 3·5 %-kal emelkedett
A tbc.-halál. „ „ „ 4·6 %-kal „

10,000 lakosra 1892-ben 40·8 gümő-halálozás esett
10,000 „ 1903-ban 41·1 „ „

Berlin.

A lakosság az utolsó 12 évben 335,900-zal szaporodott (1.662,237-ről 1.998,137-re).

A tbc.-halálozás az utolsó 12 évben 4053-ról leapadt 3950-re.

Az egyéb tüdőlobok 2574-ről 2692-re emelkedett.

Az általános halandóság 19·4 ‰-ről 16·3 ‰-re apadt, ugyanis meghalt:

1892-ben	19·4 ‰
1893-ban	20·8 „
1895-ben	18·2 „
1897-ben	17·4 „
1899-ben	18·8 „
1901-ben	16·4 „
1903-ban	16·3 „

1892-ben 32,234 egyén halt meg
1903-ban 30,608 „ „ „

A meghaltak közül tbc. volt	tbc. + tüdőlob
1892 ben 12·6 %	20·5 %
1893-ban 12·3 %	27·9 %
1895-ben 12·4 %	21·9 %
1897-ben 13·0 %	22·1 %
1899-ben 12·7 %	23·3 %
1901-ben 13·4 %	22·5 %
1903-ban 12·9 %	21·7 %

10,000 lakosra 1892-ben 24·4 gümő-halálozás esett
10,000 „ 1903-ban 19·8 „ „

Bécs.

Az elmult 10 évben a lakosság 337,200-zal szaporodott, 1.406,933-ról 1.744,133-ra.

A tbc.-halálozás 6841-ről leapadt 5955-re; egyéb tüdőlobok száma 5724-ről 4439-re emelkedett.

Az általános halandóság 24·2 ‰-ről 19·0 ‰-re esett ezen időben s pedig:

1892-ben	24·2 ‰
1893-ban	23·5 „
1895-ben	23·0 „
1897-ben	21·3 „
1899-ben	20·7 „
1901-ben	19·9 „
1903-ban	19·0 „

1892-ben	34,114 egyén halt meg
1903-ban	33,172 „ „ „

	A meghaltak közül tbc. volt	tbc. + tüdőlob
1892-ben	20·0 %	36·8 %
1893-ban	19·1 %	33·2 %
1895-ben	20·0 %	36·9 %
1897-ben	18·3 %	34·3 %
1899-ben	18·3 %	34·3 %
1901-ben	18·2 %	31·8 %
1903-ban	17·9 %	31·3 %

10,000 lakosra 1892-ben 48·6 gümő-halálozás esett
10,000 „ 1903-ban 34·1 „ „

Budapest.

A lakosság az utolsó 12 év alatt 247,782-vel szaporodott (526,263-ról 774,045-re).

A tbc. halálesetek száma emelkedett 2244-ről 2596-ra; egyéb tüdőlobok száma csökkent 2108-ról 1718-a.

Az általános halálozás 27·7 ‰-ről 18·1 ‰-re esett ezen időn belül; u. i. a halálozás:

1892-ben	27·7 ‰
1893-ban	26·7 ‰
1895-ben	25·9 ‰
1897-ben	23·3 ‰
1899-ben	22·6 ‰
1901-ben	19·5 ‰
1903-ban	18·1 ‰

1892-ben	14,618 egyén halt meg
1903-ban	14,033 „ „ „

	A meghaltak közül tbc. volt	tbc. + tüdőlob
1892-ben	15·3 %	29·8 %
1893-ban	16·7 %	33·9 %
1895-ben	17·3 %	32·9 %
1897-ben	16·5 %	35·6 %
1899-ben	18·4 %	33·7 %
1901-ben	17·8 %	31·3 %
1903-ban	18·5 %	37·8 %

10,000 lakosra 1892-ben 42·6 gümő-halálozás esett
10,000 „ 1903-ban 33·4 „ „

Kopenhága.

A lakosság 12 év alatt 74,510-zel szaporodott (326,000-ról 400,510-re).

A tbc.-halálozás 940-ről 661-re apadt. Egyéb tüdőlob 746-ról 620-ra.

Az általános halandóság 20·4 ‰-ről 16·3 ‰-re süllyedt, ugyanis:

1892-ben	20·4 ‰
1893-ban	20·5 ‰
1895-ben	18·4 ‰
1897-ben	17·8 ‰
1899 ben	19·5 ‰
1901-ben	19·1 ‰
1903-ban	16·3 ‰

1892-ben	6564 egyén halt meg
1903-ban	6563 „ „ „

	A meghaltak közül tbc. volt	tbc. + tüdőlob
1892-ben	14·3 %	25·6 %
1893-ban	13·2 %	22·9 %
1894-ben	14·1 %	24·5 %
1895-ben	16·1 %	24·1 %
1896-ban	16·6 %	26·0 %
1897-ben	14·6 %	23·1 %
1898-ban	13·9 %	23·5 %
1899-ben	11·7 %	22·3 %
1900-ban	14·2 %	24·3 %
1901-ben	12·0 %	21·5 %
1903-ban	10·1 %	19·6 %

10,000 lakosra 1892-ben 28·9 gümő-halálozás esett
10,000 „ 1903-ban 16·5 „ „

Belfast.

Kilencz év alatt (1894—1903) 89,530-czal növekedett a lakossági szám (269,150-ről 358,680-ra).

A tbc. 1537-ről 1645-re, egyéb tüdőlob 977-ről 1030-ra emelkedett. Általános halandóság:

1894-ben	25·0 ‰
1895-ben	25·9 ‰
1897-ben	25·7 ‰
1899-ben	26·6 ‰
1901-ben	21·7 ‰
1903-ban	20·0 ‰

	A meghaltak közül tbc. volt	tbc. + tüdőlob
1894-ben	23·2 %	38·0 %
1895-ben	26·6 %	41·9 %
1896-ban	23·5 %	38·1 %
1897-ben	23·1 %	36·9 %
1899-ben	22·1 %	36·1 %
1901-ben	21·1 %	35·2 %
1903-ban	22·9 %	37·3 %

10,000 lakosra 1892-ben 57·2 gümő-halálozás esett
10,000 „ 1903-ban 45·9 „ „

Szt.-Pétervár.

A lakosság 1893 óta 294,511-el szaporodott (954,400-ról 1.248,511-re).

A tbc. 1893 óta 4173-ról 3943-ra leapadt.

Egyéb tüdőbaj 1893 óta 996-ról 1014-re emelkedett.

Általános halandóság 31·4 ‰-ről 24·0 ‰-re csökkent s pedig:

1893-ban	31·4 ‰
1895-ben	31·4 ‰
1897-ben	21·8 ‰
1899-ben	24·7 ‰
1901-ben	27·0 ‰
1903-ban	24·0 ‰

1893-ban	29,940 egyén halt meg
1903-ban	30,004 „ „ „

	A meghaltak közül tbc. volt	tbc. + tüdőlob
1893-ban	13·9 %	17·2 %
1895-ben	13·2 %	18·7 %
1897-ben	13·1 %	16·9 %
1899-ben	12·8 %	17·2 %
1901-ben	12·3 %	16·4 %
1903-ban	13·1 %	16·5 %

10,000 lakosra 1892-ben 43·6 gümő-halálozás esett
10,000 „ 1903-ban 35·6 „ „

Philadelphia.

12 év alatt 174,696 volt a szaporodás (1.092,128-ról 1.266,824-re).

A tbc. 2709-ről 2317-re csökkent.

Egyéb tüdőbaj 2847 ről 3579-re emelkedett.

Általános halandóság 22·3 ‰-ről 19·8 ‰-re csökkent s pedig:

1892-ben	22·3 ‰
1893-ban	21·2 ‰
1895-ben	20·4 ‰
1897-ben	18·7 ‰
1899-ben	18·6 ‰
1903-ban	18·8 ‰

1892-ben	24,355 egyén halt meg
1903-ban	25,080 „ „ „

	A meghaltak közül tbc. volt	tbc. + tüdőlob
1892-ben	11·1 %	18·8 %
1893-ban	11·3 %	18·9 %
1895-ben	10·5 %	19·2 %
1897-ben	11·3 %	25·1 %
1899-ben	11·9 %	24·4 %
1903-ban	11·5 %	26·6 %

10,000 lakosra 1892-ben 24·8 gümő-halálozás esett
„ „ 1903-ban 21·4 „ „

Mindezen számokból és az alább közlendő áttekintő táblázatból kidomborodik ama megfigyelés, hogy:

1. minden itt felsorolt városban az utolsó években az összhalálozási (általános halálozási) coefficiens állandóan s fokozatosan csökkent; ez mondható csekély kivétellel Európa minden civilizáltabb államának nagyobb városára. Ezen helyenként elég magasnak mondható, de általánosságban sem alábecsült halálozási számbeli csökkenés okát találja első sorban s főleg az utolsó évtizedek helyes egészségügyi intézkedéseiben s a fertőző, ragályos betegségek ellen majdnem egységesnek mondható s elenyésző kivételekkel egész Európában jól keresztülvitt általános egészségi törekvésekben.

Ezen általános halandósági csökkenések értéke tagadhatlanul szembeszökő jelenség, melyet nem lehet a hygienikus optimistikus felfogásának betudni, iparkodván lerontani ez adott magyarázatunkat azzal, hogy az ok csakis abban keresendő, mert a statistikánkban említett években nem volt nagyobbszerű járvány rosszabb indulatú genius epidemicussal; mert ha igaz is az, hogy nem voltak rossz kimenetelű s széles rétegekre terjeszkedő fertőző betegedések, különösen a gyermekkorban, mint croup és diphtheria, vörheny, ezeket bőven kiegyenlítette az ép ezen időszakokban, helylyel-közzel elég súlyos utókövetkezményeket felidéző influenzajárvány.

2. A lakosság számának emelkedésével a gümőhalálozások száma csökkent 6 városban: Brüssel, London, Berlin, Bécs, Kopenhága, St.-Petersburg, míg

3. a lakosság számának emelkedésével a gümőkórban elhalálozás száma is emelkedett következő városokban: Páris, Budapest, Belfast, Philadelphia.

4. A gümőkórosok halálozási száma viszonyítva a meghaltak számához emelkedett 5 városban: London, Páris, Berlin, Budapest, Philadelphia.

5. Az elhaltakhoz viszonyított tuberculosis halálozási arányszám csökkent 5 városban: Brüssel, Bécs, Kopenhága, Belfast, St.-Petersburg.

A gümőkór halálozását illetően ezen felsorolt városok gümőkóros halálozási sorrendje a következő:

A város neve	A halálozási coefficiens kisebbedik	A gümős halálesetek száma csökken	A gümős halálesetek száma emelkedik	A gümős halálesetek %-a csökken	A gümős halálesetek %-a emelkedik	A lakosság száma emelkedik	10,000 lakóra kiszámított tbc. halálozás 12 évi különbsége
Bruxelles	20·9—15·2	1193—845	—	11·8—9·9	—	476,800— 576,000	25 —14 6
London	20·6—16·0	8036—7348	—	—	9·1—10·3	4 263,294—4.613,812	18 8—15·9
Páris	22·2—17·5	—	9900—10357	—	18·4—22 3	2.424,700—2.516,000	40 8—41·1
Berlin	19·4—16·3	4053—3959	—	—	12·6—12·9	1.662,237—1.998,146	24·4—19·8
Bécs	24·2—19·0	6841—5955	—	20·0—17·9	—	1.406,933—1.744,177	48·6—34·1
Budapest	27·7—18·1	—	2244—2596	—	15·3—18·5	526,263— 774,045	42·6—33·4
Kopenhága	20·4—16·3	940—661	—	14.3—10 1	—	326,000— 400,570	28·9—16·5
Belfast	25·0—20·0	—	1537—1645	23·2—22·9	—	269,150— 358,680	57·1—45·9
St.-Petersbourg	31·4—24 0	4173—3943	—	13 9—13·1	—	954,400—1.248,553	43·6—35·6
Philadelphia	22·3—18·8	—	2709—2717	—	11·1—11·5	1.092,128—1.266,824	24 8—21·4

Egészségügyi határozott javulás mutatható ki Brüssel, Berlin, Bécs, Budapest, Kopenhága s St.-Petersburg városokban. Javulás Londonban, Belfastban, Philadelphiában, míg a viszonyok rosszabbodása feltünő Párisban.

Számszerűen megállapitható lévén a gümőkór általános csökkenése Budapesten, önkéntelenül is ama kettős kérdés ötlik szemünkbe, vajjon mi okozhatja a gümőkórhalálozás s természetszerűen a még jóval nagyobbmérvű gümőkór-megbetegedés számbelileg kimutatott, relativ igen magas értékét s vajjon e megbetegedésben s halálozásban egyenlő mérvben vesz-e részt Budapest összlakossága.

Friedrich[1] már 1898-ban felhivta a figyelmet ama feltünő különbségre, mely fennáll a főváros lakosságának gümőkórhalálozási száma s az iparososztály gümőkórhalálozási száma között s a rendelkezésére állott s Budapesten ipari foglalkozást üzőkre vonatkozóan öt évi megfigyelése s statistikai feljegyzései alapján oda konkludált: „a tüdővész a munkások — ipari és kereskedelmi alkalmazottak — között sokkal gyakoribb mint más foglalkozásbeliek között; hogy a foglalkozás minősége a tüdővészre praedispositiót rejt magában. Ha tehát a tüdőtuberculosis nem is foglalkozásbeli megbetegedés, mégis oly betegségnek tekintendő, melyet a jó vagy rossz, azaz helyesebben hygienice kifejezve az egészséges és kevésbé egészséges foglalkozás befolyásolni képes.“ Ezen észlelet beigazolását s a felállított tétel valódiságát látjuk ama számokban, melyek további öt évre vonatkoznak ugyanazon zárt körre, t. i. ugyanazon beteganyagra ugyanazon viszonyok mellett, t. i. a halálozás csak a munkaképtelenségtől számított 20 héten belüli elhalálozásra vonatkozik. Ugyanis a Budapesti kerületi betegsegélyző pénztár tagjai között 10 éven át, vagyis 1894-től 1903-ig átlagos 51,000 taglétszám mellett 4994 haláleset fordult elő, melyeknek 44 6%-ában, vagyis 2230 esetben gümőkór volt az oka.

1894-ben	368	haláleset közül	143	gümőkór volt	38·7%
1895-ben	510	„ „	203	„ „	39·6%
1896-ban	534	„ „	204	„ „	38·2%
1897-ben	473	„ „	204	„ „	43·1%
1898-ban	638	„ „	281	„ „	44·3%
1899-ben	495	„ „	233	„ „	49·1%
1900-ban	486	„ „	234	„ „	48·1%
1901-ben	477	„ „	212	„ „	44·4%
1902-ben	512	„ „	250	„ „	48·8%
1903-ban	501	„ „	266	„ „	53·1%
10 év alatt összesen	4,994	„ „	2,305	„ „	44·6%

Ha tekintetbe veszszük, hogy a 20 héten túl betegeskedők további sorsát a pénztárnak nincs alkalma megfigyelni, úgy bizvást mondhatjuk, hogy munkásainknak legalább 50%-ánál jóval több a gümőkór áldozata lesz.

Munkásaink életkori viszonyai a következők:

1000 tag közül:

12—19 éves van	196;	1000 férfi közül	167,	1000 nő közül	325
20—29 „ „	381;	1000 „ „	374,	1000 „ „	415
30—39 „ „	231;	1000 „ „	242,	1000 „ „	161
40—49 „ „	127;	1000 „ „	142,	1000 „ „	68
50—59 „ „	53;	1000 „ „	60,	1000 „ „	24
60—69 „ „	10;	1000 „ „	12,	1000 „ „	6
70 éven felül	2;	1000 „ „	3,	1000 „ „	1

Áttekintés 12 évről (1893—1902):

12—19	éves	korban	elhalt	100	munkás	közül	70 volt gümőkóros
20—29	„	„	„	100	„	„	65 „ „
30—39	„	„	„	100	„	„	57 „ „
40—49	„	„	„	100	„	„	38 „ „
50—59	„	„	„	100	„	„	24 „ „
60—69	„	„	„	100	„	„	21 „ „
70 éven felüli		„	„	100	„	„	11 „ „

12—19	éves	korban	elhalt	100	férfimunkás	közül	64	és	100 nő	közül 81
20—29	„	„	„	100	„	„	64	„	100 „	„ 67
30—39	„	„	„	100	„	„	57	„	100 „	„ 58
40—49	„	„	„	100	„	„	40	„	100 „	„ 25
50—59	„	„	„	100	„	„	25	„	100 „	„ 11
60—69	„	„	„	100	„	„	18	„	100 „	„ 7
70 éven felüli	„	„	„	100	„	„	12	„	100 „	„ —

volt gümőkóros.

A halálesetek száma az ipari munkásság közt igen nagy, de nagy halálozási számarány még jobban kidomborodik, ha összehasonlitjuk Budapest összlakosságának gümőkórhalálozási

[1] Friedrich V. a tüdőmegbetegedés kérdése az ipari munkások között. Orvosi Hetilap. 1898.

számával, mikor is e kettő úgy aránylik egymáshoz, mint 50 a 18-hoz.

A nagy különbözetet élénken feltáró ezen arány, valamint az elébb összeállított számsorozat bizonyító erővel mutatja, hogy *a fővárosban az ipari lakosság közt a gümőkór sokkal elterjedtebb, mint a lakosság egyéb rétegei közt, hogy a gümőkór a munkásosztály között ijesztő nagy számban jelentkezik, valamint végeredményképp, hogy a gümőkór tekintetében a fővárosnak egyébként egyenlő s egyező általános egészségi viszonyok közt élő lakossága közt ez eltérés szerfelett nagy*

Ma már, ez évtizedes megfigyelésnek alapján arra is nyilatkozhatunk, mire Friedrich néhány év előtt válaszolni nem mert, midőn említett dolgozatában így nyilatkozott: „A tüdővész halálozási aránya nagyjában az 1893—1896. évben körülbelül egy magasságban mozgott . . . a tendentia a mellett látszik szólani, hogy tüdővészcsökkenés van kilátásban. Csak ha újabb, néhány év megfigyelésével fogok rendelkezni s ha akkor ezen szám állandóan ugyanaz fog maradni, vagy még csökken és ugyanazon általam ismert beteganyag mellett csak akkor nyilatkozhatnék határozottsággal, hogy a munkásosztály közt a szerfelett nagy mérvben elterjedt tüdőtuberculosisnak csökkenése állandó.“ Ez idő szerint e kérdésre adható válasz annak szomorú beismerése, hogy míg Budapesten az utolsó évtizedben *általánosságban az összlakosság közt lényegesen javult a halálozási számarány, míg ezen idő alatt a gümőkór sem volt ijesztően vagy túlmagas és ez is félreérthetetlenül csökkenést mutatott, addig ugyanazon időn belül az ipari s kereskedelmi munkásosztály közt a gümőkór állandó s fokozatosan nagyarányú emelkedést mutatott.*

E statistika beigazolja azt is, hogy bár a gümőkór minden életkorban előfordul, mégis inkább a fiatal korban fordul elő s ezek közül is nőknél nagyobb a halálozási szám, mire különben Friedrich már régebben ez okok felsorolásával reámutatott.

A halálozási számok magasságát mintegy kiegészíti ama statistika, mely ugyanazon körre a gümőkórban megbetegedetteket tartalmazza; de itt csak azokat sorolhatjuk fel, kik a betegség folytán munka- vagy keresetképtelenné váltak s kiknek ezen betegség okozta munkaképtelenségük 4 naptól egész húsz héten túli ideig tartott.[1] Ezen megbetegedési statistika az utolsó három év beteganyagát felölelve külön-külön szoritkozva a különböző foglalkozásra a következő:

		3 év alatt betegedett meg tbc.-ban	
55586	biztosított közül	3418	6·1%
5688	a nyomdaiparhoz tartozók közül	654	11·5%
8338	vas- és fémmunkás „	532	5·7%
5029	föld-, kő- és épitőiparhoz tartozók közül	226	4·4%
3907	a faiparhoz tartozók közül	208	5·8%
4554	bőr-, posztó- (ruházás) iparhoz tartozók közül	438	9·6%
1817	papiriparhoz tartozók közül	104	5·7%
2431	gyapjú-, bél-, sörteiparhoz tartozók közül	174	7·0%
6582	közlekedési iparhoz tartozók közül	208	3·1%
3764	varrás-, mosás-, vasalásiparhoz tartozók közül	233	6·2%
3858	élelmezési iparhoz tartozók közül	188	4·8%
4966	szolgálat	173	3·5%
4651	vegyes	280	6·0%

Ezen mindenképen megbizható s érdekes, inkább alacsony értékeket számoló statistikát részletezni, vagy annak egyes feltünő pontjait ez alkalommal elemezni nem óhajtjuk s igy röviden csak rá akarunk mutatni, különösen a kisipart üzők, a nyomdászati iparral s a porral dolgozók nagy veszélyeire és ennek magyarázatakép teljes egészében fenntartjuk Friedrichnek említett dolgozatában elmondott okokat. Ezen észlelet különben is teljes mérvben fedi Körösynek adatait, melyek az 1874—1890. években Budapesten elhalt s 15. életévet betöltött személyekre — 57,910 férfi és 49,034 nő — vonatkoznak. Ezen adatok szerint Budapesten a nyomdászok 60%-a, a czipészek 50%-a, az asztalosok s lakatosok 48%-a, a szabók 41%-a, a pékek 39·8%-a hal meg gümőkórban, mig e hosszú sor végén helyet foglalnak a jogászok 20·5%-kal, a tőkepénzesek 10·6%-kal, a járadékkal rendelkező nők 4·2%-kal.

Ezen s a mi számainkkal egyező eredményre jutott Proca[1] Bukarestben, ki a gümőkórt a napszámosoknál, az asztalos-, kárpitos-, czipész-, szabó-, nyomdász-, lakatos- s kovácsmesterséget üzőknél ipari megbetegedésnek tartja.

A foglalkozással járó kikerülhető s kikerülhetlen veszedelmeken, ez anyag feldolgozásából vagy közben keletkező por, gőz vagy gázneműanyagokon kivül[2] még más lényeges okoknak is kell lenni, mely Budapesten a gümőkór nagy megbetegedést s halálozást okoz oly feltünő módon az ipari munkásság közt.

Rosenfeldnek[3] újabban közölt idevágó adatai után érthető s világosan áll előttünk, hogy a foglalkozással járó, bármily nemű s irányú veszélyt okozó tényezőkön kivül bizonyos oly mellékkörülményeknek is kell közreműködniök, melyek végeredménykép oda vezetnek, hogy a nagyjában állandóan ugyanazon munkát végzők közt a gümőhalálozás oly lényeges különbséget mutat. Rosenfeld szerint ugyanis Ausztriában 100,000 önálló iparos férfi közt 424 halt meg gümőkórban, míg 100,000 ezen iparral foglalkozó segéd közül 596; önálló kereskedők közül e szám 280-ra csökken, a kereskedősegédeknél pedig 343-ra emelkedik.

[1] Ezen statistika csakis a gümőkóros betegeket tartalmazza, mert ezáltal a Friedrich-féle statistikának hibául felrótt tényezőket kiküszöbölni óhajtottuk. E statistikáról legújabban Prinzing (Die Erkrankungshäufigkeit nach Geschlecht und Alter 1903. Zeitschrift f. Hygiene und Infectionskrankheiten) úgy emlékszik meg: Friedrich hat bei einer Untersuchung mit dem Material der Bpester Bez. Kr. K, die als Lungenkatarrhe bezeichneten Erkrankungen die länger als sechs Wochen dauerten zur Tuberculose gerechnet. Das Verfahren ist natürlich nicht einwandsfrei.

[1] Proca. Die Tuberculose und die Wohnungen in Bukarest 1901.

[2] Friedrich sokat idézett dolgozatában ezen okokra következőképen utalt: a gyári s ipari munkásoknál a por, a rossz levegő, a piszok, a tisztátlanság, a rossz lakásviszonyok a tüdőgümő fellépését s gyors terjedését elősegitik, különösen, ha . . . a mellett a munkaidő túlságos hosszú.

[3] Rosenfeld. Zur Verbreitung der Tuberkulose in Österreich. Zeitschrift f. Tuberculose 1891.

BUDAPESTI ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEM
II. sz. Sebészeti Klinika Könyvtára
Budapest, VIII. Szentkirályi u. 23-25
Telefon: 142-600.

A gümőkórt előidéző okok Budapest ipari lakossága között.

Közli **Friedrich Vilmos** dr. egyetemi m.-tanár, főorvos.[1]

Annak fürkészésére, hogy mi okozza ama lényeges betegedési és halálozási különbséget az ipari foglalkozást űzők közt,[2] annak kipuhatolására, vajjon a munkás s az ugyanazon foglalkozási körben élő önálló iparos közt a gümőkór elterjedése tekintetében oly félreismerhetlen bizonyossággal kimutatható különbség nem-e az életviszonyokban keresendő vagy egyenesen annak következménye, behatolni iparkodtam beteg munkásaink sociális életviszonyaiba s e végből egyenként megkérdeztem a kezelés alá jött ipari munkás betegeket a lakási, táplálkozási, munkaidő, munka- s kereseti viszonyokra, életmódjukra, egyenként megvizsgálva az illetőket, kiterjesztettem a figyelmet a testalkatra is.[3]

A kezelés alá került 451 (330 férfi s 121 nő) evidens tüdő gümőkórban szenvedő (Koch-féle bacillusokkal) s a foglalkozások különböző csoportjaiba tartozó betegekről egyenként a következő kérdő-ivet vettem fel:

Kérdő-ív:

1. *A beteg neve*: —; 2. *Életkora:* —; 3. Születési helye: —; *Mióta lakik itt?* —; Tag száma: —; Munkaadója: —; 4. *Nőtlen. Hajadon:* —; Nős: mióta: —; Férjes: mióta: —; Elvált: mióta: —; Özvegy: mióta: —; Hány gyermek? —; 5. *Foglalkozás:* (pontosan körülirni). Azelőtt mással s mivel foglalkozott? —; Mióta van jelenlegi foglalkozása? —; Mióta van foglalkozás nélkül? —; 6. *Lakásviszonyok:* Hol lakik: utcza, szám, földszint, emelet, ajtó —; Mióta lakik itt? Saját lakás, albérlő, ágyra járó? —; Lakrészek száma: fűthető mind? Külön hálóhely? Nappal hány ember? Éjjel hány ember? Van külön ágya: —; Lakás fekvése, (utcza, udvar, vakudvar); Lakás világitása, szellőztetése: —; Ablakok száma, nagyság, fekvése: —; Van-e beteg a lakásban? Mi a bajuk? —; Ha a beteg ezelőtt más lakásban hosszasabban tartózkodott, ennek leirása: —; 7. *Életviszonyok*: *a)* Napi vagy heti bér kitesz? *b)* Családtagok keresete kitesz? Hány egyén lesz fenntartva; *a)* esetben, *b)* esetben; *c)* Kiadása: lakásra, ruházatra, egyéb: —; *d)* Kiadás naponta alkoholra: —; Kiadás naponta borra: —; Kiadás naponta sörre: —; Kiadás naponta pálinkára —; *e)* A reggeli miből áll? —; Az ebéd miből áll? —; A vacsora miből áll? —; *f)* Korcsmába járás —; Korcsmába járás éjjel —; *g)* Vasárnapi szórakozás —; 8. *Munkahelyiség leirása*: (gyár, műhely, házi ipar,) Szabadban dolgozik? —; A munkahely fekvése —; Terjedelme —; Együttmunkások száma —; Szellőzés —; Fűtés —; A napi munkatartam —; Óra —; Szünetek mikor —; Túlóra —; Éjjeli munka —; Darabszámra dolgozik —; A lakás távolsága —; Közlekedés a lakással —; 9. *Családi viszonyok*: —; Atyja —; Anyja —; Testvérek —; Egészséges —; Beteg? —; Miben —; Meghalt? —; Mikor? —; Miben? —; Gümős volt? —; Hány testvér? —; Életkoruk —; Minő korban haltak el? —; 10. *Kórelőzmény:* Előbbeni betegségek (Kül. tekint. görvély v. gümőre) Katonaságnál volt? —; Miért nem? —; Nőknél: hány terhesség? —; Mikor —; Hány koraszülés —; Hány szülés? —; Gyermekeit maga szoptatta? —; Mióta munkaképtelen? —; 11. *Status praesens.* Testalkat: erős, közép, gyenge —; Hegek vagy nyomok jelenléte —; Mellkas milyen? —; Mellkaskerület —; inspir. —; exspir. —; Test hossza —; Tüdővizsgálat eredménye: —; Mikor s hogy mutatkoztak a gümőkór első jelei? —; Milyen okokra vezetik vissza a betegséget? —; Minő complicatiók vannak jelen? —; A test egyeb szerveinek állapota —; 12. *Kórisme:* A bántalom székhelye: —; A bántalom kiterjedettsége? —; A bántalom jellege: —; *a)* Láznélküli? *b)* Lázas? *c)* Vérköpés? *d)* Kavernás? —; *e)* Egyoldali? —; *f)* Kétoldali? —; *g)* Kezdődő baj? —; *h)* Előrehaladott? —; Egyéb fontos megjegyzendők —; Kelt 19—, hó—.

Ezen betegeinknél a bántalom székhelye volt: 86 esetben a jobb csúcs, (Turban skala szerint I.), 73 esetben a bal csúcs (I); 166 esetben mindkét csúcs (I), 23 esetben jobb tüdő (II), 23 esetben bal tüdő (II.), 75 esetben mindkét oldalt (III).

A gyakorlat igazolja, hogy gyenge testalkatúak, a véznák könnyebben szerzik a gümőkórt, de természetszerűen még inkább akkor, ha bárminemű egyéb a gümőkórt elősegítő momentumon estek át, a milyennek tekinthető hosszas betegség, senyvesztő bántalom — diabetes, syphilis, fertőző betegség, influenza, vagy ha a szervezet ellenálló képessége folyton s fokozatosan az alkoholos méreggel lett aláásva.

A mi eseteink is igazolják, *hogy a gyenge testalkatúak sokkal gyakrabban szerzik a gümőkórt.* Volt u. i.

gyenge testalkatú	187	férfi s	92	nő, összesen	279	beteg
középtestalkatú	112	„ s	28	„ „	140	„
erős testalkatú .	31	„ s	1	„ „	32	„

vagyis *a gümős betegek 62%-a, a férfiak 56·6, a nők 76%-a volt gyenge testalkatú.*

A testalkat a különböző foglalkozásbeliek közt következően oszlott meg:

	gyenge testalkat			középtestalkat			erős testalkat		
	férfi,	nő,	összesen	férfi,	nő,	összesen	férfi,	nő,	összesen
I. o., nyomda ipar .	41	18	59	18	1	19	2	—	2
II. o., vas és fém .	30	5	35	17	1	18	7	—	7
III. o., föld és kő .	5	1	6	6	—	6	3	—	—
IV. o., fa	10	—	10	12	—	12	2	—	2
V. o., bőr, posztó .	46	8	54	19	3	22	3	—	3
VI. o., papir	7	13	20	2	3	5	—	—	—
VII. o., gyapju . . .	3	13	16	6	9	15	—	—	—
VIII. o., közlekedés .	8	—	8	13	—	13	5	—	5
IX. o., varró-, mosónő, vasaló . . .	24	—	24	—	5	5	1	—	1
X. o., élelmezés . .	12	3	15	6	1	7	—	—	—
XI. o., szolgálat . . .	18	5	23	7	1	8	8	1	9
XII. Egyéb	6	2	8	7	4	11	—	—	—

[1] Előadás a Budapesti kir. Orvosegyesület november hó 11.-én tartott ülésén.

[2] *Friedrich* és *Jurkiny:* A gümőkór nagy városokban. Orvosi Hetilap.

[3] Ama kérdést illetően, vajjon az átöröklésnek az ú. n. átöröklési terheltségnek van-e ama sokat emlegetett s sokat tulajdonitott káros befolyása, utalok az „Orvosi Hetilap“ 1906. év I. számban foglalt czikkemre.

A gyenge testalkatnak, mely a rossz csontrendszertől eltekintve a test hossza s a mellkas kerülete közti aránytalanságban is mutatkozik, valamint a thorax paralyticus vagy thorax phthisicusnak soká tulajdonítottak, sőt tulajdonítanak még ma is fontosságot a gümőkór keletkezésében. A thorax paralyticus, melyet sokan a gümőkór előfutárának tekintenek, főbb tünetei: a zsirszövet elenyészése s fogyása, az izomszövet sorvadása különösen a légző izomkötegekben, besüppedő kulcs feletti s alatti árkok, bemélyedő bordaközi izmok, a lapoczszöglet elállása, a gerinczoszlop nagyobbodó convexitása mellett a mellkas mellső felületének laposodása — a sternovertebral átmérő kisebbedésének okozója.[1]

Rotschild és *Giovanni* egészségeseken, betegeken, s hullákon eszközölt mérései alapján e habitus phthisicust úgy definiálják: „Thorax paralyticus alatt csakis a bereditás alapján szerzett, hiányosan fejlődött mellkasi alakot értünk, mely a phthisisre a dispositiót megadja.“

A test hosszára s a mellkas kerületére vonatkozó észleleteim a következők:

A test hossza volt:	férfinál	nőnél
140—144 centimeter	4 esetben	2 esetben
145—149 „	10 „	24 „
150—154 „	26 „	32 „
155—159 „	30 „	19 „
160—164 „	73 „	9 „
165—169 „	87 „	4 „
170—174 „	34 „	3 „
175—179 „	32 „	1 „
180—184 „	10 „	— „
185—190 „	2 „	— „

A férfiak átlagos hossza 165 centimeter
A nők „ „ 155 „ volt.

A mellkas kerülete a mi férfibetegeinknél 82·2 cm. s pedig a terhelteknél 80·4 cm., nem terhelteknél 84 cm.

A mellkas kerülete átlag nőknél 72·8 cm. s pedig a terhelteknél 71·8 cm., nem terhelteknél 73·9 cm.

Mind e számok a Rotschild-Giovanni mérési eredményeiből levont igazságnak megfelelnek, hogy *t. i. egészségeseknél a mellkas kerülete egyenlő a test hosszának felével, míg phthisikusoknál a mellkas kerülete kevesebb a testhossz felénél.*

E mérési számok u. i. össszes betegeinknél igazolták, hogy a mellkas kerülete kisebb a testhosszfelénél ama *feltünő különbséggel, hogy a nőknél az eltérés jóval szembeötlőbb.* Elfogadva u. i. a Giovanni-Rotschild-féle arányszámot, egészségeseknél oly aránynak kellene fennállani: „165 : 155 = 82·5 : 77·5“; holott a mi gümős betegeinkktől nyert arány úgy módosul: „165 : 155 = 82·2 : 72·8“.

Ama körülmények, hogy terhelteknél e szám még jelentékenyen csökken, 80·4 s 71·8-ra, annak, a terheltségről általánosságban elmondott nézetünknél, valamint azon oknál fogva, hogy e különbség nem oly kétséget kizáróan szembeszökő, nagyobb jelentőséget épp oly kevéssé tulajdonítok, mint a Kwiatkowski 647 gümős beteg esetéből levont következtetésnek, mely szerint a terhelteknek 41·67%-a volt thorax phthisicussal biró, mig a hereditáriusan nem terhelteknél az esetek 36%-ban.

E számok különben még inkább igazolják, hogy az ú. n. terheltek szülői, lévén azok betegesek, oly gyenge gyermekeket nemzenek, kiknek csontrendszerük gyenge, csontfejlődésük rossz s hogy ezeknél felnőtt korban a gümőkór aërogen aquirálása esetén a habitus phthisicus gyorsabban s könnyebben fejlődik, mint azoknál, kik erősek s zsirdúsak voltak, kik jó csont- s izomrendszerrel rendelkeztek volt. E tárgyat illetően egyetértenem kell *Cornet*-tel, hogy habitus phthisicus nem előjel, mert igen sok thorax paralyticussal biró egyén van a nélkül, hogy az illető gümőkóros volna, vagy valaha az lett volna, és hogy e thorax nem oka a phthisisnek, hanem következményes tünete, hogy e mellkasi alkat nincsen kötve a phthisishez, mert e betegség nélkül is kifejlődhetik. Mind ez ellene szól ama sokat vitatott dispositio tételének, úgy hogy mindezek kapcsán igazat kell adni a szellemes franczia klinikusnak, Germain *Seé*-nek, ki a praedispositiót üres szólamnak tekintette, midőn oda nyilatkozott: „la prédisposition est un mot pour masquer notre ignorance.“ (A praedispositio csak egy szó, mely hivatva van leplezni tudatlanságunkat.)

Ujabban a sanatoriumi észleletek is igazolják, hogy nem ritkán a jól s a középjól fejlett mellkasúak is szenvednek gümőkórban; igy a Heiligenschwendi-ben az 1900 s 1901-ik évben kezelt gümős betegek közül jól fejlett s középjól fejlett mellkasú volt a betegek 52, illetve 51·3%-a, lapos mellkasú 31%, keskeny mellkasú 16 s 17% s phthisikus mellkasú csak az esetek 10 s 6%-ában.

A vérköpés a gümőkór egyik elsőnek mutatkozó tünete, mely gyakran ép s egészségesnek tartott szervezetekben nyilvánul. A feljegyzések a haemoptoe fellépésének gyakorisága tekintetében szerfelett eltérők, a vérköpés egyesek szerint a gümős betegek $^1/_4$-ében, mások szerint az esetek $^2/_3$-ában mutatható fel.

Az én feljegyzéseim szerint:

Vérköpéssel járó gümőkóros volt összesen	262	= 58·1%
„ „ „ férfi volt	197	= 29·7%
„ „ „ nő volt	65	= 53·7%

A vérköpés a mi eseteink több mint felében ki volt mutatható.

Érdekesnek látszott kutatni, vajjon van-e a vérköpést illetően lényeges számításba vehető eltérés az ú. n. terheltek s a nem terheltek között. Ez irányú adatok következőkép alakulnak:

100 gümőkóros közül	30 terhelve volt,	70 nem,	58 vérköpős,	42 nem
100 „	terhelt közül		60 „	40 „
100 „	férfi közül	27 terhelt,	73 nem,		
100 „	férfi terhelt közül		66 „	34 „
100 „	nő közül	37 terhelt,	63 nem,		
100 „	nő terhelt közül		47 „	53 „

E számok értelmében *a vérköpés a terhelt s nem terheltek közt majdnem azonos számban lép fel*, a mi tekintve, hogy a vérköpés nem okozója, hanem már következményes bántalma a gümős megbetegedésnek, szintén a mellett bizonyít, hogy terheltség tulajdonkép nincs is, mert ha az léteznék, akkor a vérköpésnek a terhelteknél sokkal gyakrabban kellene jelentkeznie, mint a nem terhelteknél.

A teljesség okáért felemlítjük betegeinknek az életkorra, családi állapotára s családi viszonyokra vonatkozó adatokat.

A gümőkórosok	A gümőkóros férfiak	A gümőkóros nők
15%-a 14—19 éves	9%-a 14—19 éves	29%-a 14—19 éves
26%-a 20—24 „	25%-a 20—25 „	30%-a 20—24 „
24%-a 25—29 „	26%-a 25—29 „	20%-a 25—29 „
65%-a 14—30 éves volt	60%-a 14—30 éves volt	79%-a 14—30 éves volt
24%-a 30—40 „ „	26%-a 30—40 „ „	20%-a 30—40 „ „
11%-a 40 éven felüli.	14%-a 40 éven felüli.	1%-a 40 éven felüli.

A családi állapot szerint volt:

	nőtlen	nős	özv.	hajad.	férjes	özv.
Az I. csoportban	45	16	—	14	4	1
II. „	26	24	4	4	2	—
III. „	3	10	1	—	1	—
IV. „	12	11	1	—	—	—
V. „	38	30	—	11	—	—
VI. „	9	—	—	14	2	—
VII. „	5	4	—	8	11	3
VIII. „	9	17	—	—	—	—
IX. „	1	—	—	15	14	—
X. „	12	6	—	2	1	1
XI. „	12	20	1	7	—	—
XII. „	6	7	—	4	2	—
együttvéve	178	145	7	79	37	5

[1] A gümőkór keletkezésének közvetett okairól s az elterjedéséről, gyakoriságáról az utolsó két évtized alatt nagy kiterjedt irodalom keletkezett, úgy, hogy mindezen egyes adatokat e munka keretén felemlíteni igen bajos, sőt majdnem kivihetetlen volna, úgy hogy kénytelenek vagyok csakis az egyes fontos körülményeket tárgyaló körülményekkel foglalkozni és csakis szorosan a tárgygyal összefüggő kérdésekre szorítkozni. Bővebb irodalmat lásd:

Prof. *Cornet:* Die Tuberculose. Wien 1898.

Dr. *P. Jacob* u. Dr. *G. Pannwitz:* Entstehung u. Bekämpfung der Lungentuberkulose. Leipzig 1901.

Prof. *Pertik:* Pathologie der Tuberkulose. Wiesbaden 1904. (Lubarsch-Ostertag. VIII. Jahrgang II.)

Hueppe: Archiv f. Rassen- u. Gesellschafts-Biologie 1904. Berlin. — Tuberkulose-Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte. Berlin 1904.

100 gümőkóros *férfi* közül		100 gümőkóros *nő* közül	
54 volt	nőtlen	66 volt	hajadon
44 „	nős	30 „	férjes
2 „	özvegy	4 „	özvegy

Házas volt: 196. A gyermekek száma ezeknél:

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
terhelteknél	27	9	12	5	5	1	1	—	—	—	—
nem terhelteknél	52	31	26	10	4	5	2	2	2	1	1
összesen	79	40	38	15	9	6	3	2	2	1	1

87 családos tagnak átlag 3—4 gyermeke van.

E számokból nyilvánvaló, hogy mikép a népesség egyéb foglalkozási ágainál *a gümőkór minden életkorban felléphet*, úgy az ipari s kereskedelmi alkalmazottak közül is kimutatható ama különbséggel, hogy e szám igen magasra szökik a 14—30 életév között, míg a 30. év után jelentékeny módon csökken. A tüdőgümőkór megbetegedési száma a 14 s 30 év közt a mi betegeinknél összesen 65% volt s pedig férfiaknál 60·3, nőknél 79%, addig a 30 éven felüliek tüdőgümőkór-megbetegedési aránya 35% volt, 40·3 férfi s 20·3 nő. E szám igen feltünő s eltérő más észlelőknél — Lehmann (Würzburg) Cornet — hason korbeliekre vonatkozó észleleteitől. És hogy e számbeli észleletünk nem esetleges és hogy a gümőkór korai fellépése az ipari munkások közt nem véletlen eredmény, annak bizonyítékát találjuk a német birodalmi rokkantpénztár feljegyzéseiben: „A Reichsversicherungsamti statistikai kimutatásaiból, mely 158,462 rokkantra vonatkozott, kitünt, hogy bányászattal, iparral és épitkezéssel foglalkozó férfimunkások közül, kik 30 éves korukig lettek rokkanttá, több mint a felük tüdőtuberculosisban szenved. Nőknél az arány ugyanilyen. Mezei vagy erdőmunkával foglalkozó 20—24. életévben levő férfiak közül 1000-re jutott 354 gümőkóros egyén.“

Ujabb statistika alapján, mely 315,089 rokkantra vonatkozik, a gümőkór gyakorisága még nagyobbnak bizonyult. 35 éven alóli ipari munkások közül a felénél több azok száma, kiket gümőkór tett munkaképtelenné. Az ifjabb korosztály pedig $^2/_3$-a a rokkantaknak gümőkóros.[1]

Az ipari munkásság között a gümőkór korábban jelentkezik s gyakrabban lép fel ép a munkabirás ideje alatt mint Budapestnek egyéb lakossága között; ezt élénken illustrálja, ha az én 451 gümős betegem életkorát összehasonlitom Budapest lakosságának gümőkórban elhalálozottak életkori számaival.

Budapesten 1896—1900. évben

a *halálesetek* száma:		*Ezek közt gümős*	
1896-ban	14,199	2,466	
1897-ben	13,210	2,328	
1898-ban	13,676	2,354	
1899-ben	14,449	2,764	
1900-ban	14,172	2,764	
	69,706	12,676	= 18·1%

0—15 éves volt:		*Ezek közt gümős*	
1896-ban	6,842	361	
1897-ben	6,263	323	
1898-ban	6,561	368	
1899-ben	6,615	436	
1900-ban	6,435	391	
	32,716	1,879	= 5·7%

15 éven felüli:		*Ezek közt gümős*	
1896-ban	7,357	2,105	
1897-ben	6,947	2,005	
1898-ban	7,115	1,986	
1899-ben	7,834	2,328	
1900-ban	7,737	2,373	
	36,990	10,797	= 29·1%

A férfiaknál:

15—20 éves	meghalt közül	49·7%	volt gümőkóros
20—29 „	„	53·4%	„ „
30—39 „	„	45·6%	„ „
40—49 „	„	32·3%	„ „
50-en felül	„	12·2%	„ „

[1] Dr. Lévy L. A tüdőtuberculosis intézeti kezeléséről 1904.

A nőknél:

15—20 éves	meghalt közül	53·2%	volt gümőkóros
20—29 „	„	53·3%	„ „
30—39 „	„	41·4%	„ „
40—49 „	„	24·9%	„ „
50-en felül	„	8·3%	„ „

Hogy az ipari munkások közötti a tüdőgümőkór oly nagy számban fellép, annak nem csekély, jelentős okát a *kereseti viszonyokban* fellelhetjük, melyek képét a következő tábla élénken tárja fel:

Semmi vagy rossz	kereset (hetenként	0— 9 K.)	67	esetben (0 kereset 11-szer)
elégtelen	„ („	10—14 „)	109	„
kielégitő	„ („	15—19 „)	109	„
jó	„ („	20 K. felül)	166	„

A nőknél rossz kereset	39	81	esetben
elégtelen „	42		
elégséges „	17	23	„
jó „	6		

A kereseti viszonyok a fővárosi drága megélhetési viszonyoknak figyelembe vételével silányaknak mondhatók; de e viszony még szomorubb képet nyujt, ha figyelembe veszszük azok nagy számát, — 39% — kiknek az elégtelen kereseti viszonyok folytán a megélhetés is elégtelen, mert rossz, és hogy ezen szám nagyobb a nők közül, kiknek keresete elszomoritóan alacsony. Ezen nemcsak relative kis, de absolute is alacsony kereseti viszonyok eredményezik a rossz lakviszonyokat s a hiányos táplálkozást.

A lakviszonyok alakulása betegeinknél a következő volt.

Lakásviszonyok.

Megkülönböztetünk:

1. saját lakással birót,	ilyen volt	127	férfi,	30 nő,	összesen 157
2. albérletben lakót,	„ „	55	„	14 „	„ 69
3. ágyra járót,	„ „	95	„	14 „	„ 109
4. Szüleinél v. rokonainál	lakót	53	„	63 „	„ 116

Utczai lakásban lakott	110
Udvari „ „	441
2 ablakos szobában „	207
1 „ „ „	230
0 „ „ „	14

Összeg:

Lakótárs:	3	1	2	4	5	6	7	8	9	10	12	19	20
1 ablakos szoba	5	24	44	64	29	20	14	5	1	—	1	—	—
2 ablakos szoba	—	13	40	63	33	35	15	12	6	6	2	1	1
együttvéve	5	37	84	127	62	55	29	17	7	6	3	1	1

A betegen kivül:

4	lakótárs	127 esetben
3	„	84 „
5	„	62 „
6	„	55 „
2	„	37 „
7	„	29 „
8	„	17 „
9	„	7 „
10	„	6 „
1	„	5 „
12	„	3 „
19	„	1 „
20	„	1 „

Minden egyes szobára *esik átlag 4·9 lakó.*
Az egyszobás lakások *26·4%-ában volt 6 és több lakó.*

A lakások egészségi viszonyai.

Közegészségi szempontból birálva a lakásokat, munkásainknál a következő négy csoportra osztottuk fel a lakásokat:

I. csoport *kielégitő.* II. csoport *hiányos.* III. csoport *elégtelen.*
IV. csoport *tűrhetlen, zsúfolt lakás.*

Az I. csoportba (kielégítő) tartozik az olyan lakás, a mely

1	ablakos	utczai szoba	1—2	együttlakóval
1	„	udvari „	1	„
2	„	„ „	2	„
2	„	utczai „	3	„

ha e mellett jó világos és kellően szellős.

A II. csoportba (hiányos, de tűrhető) tartozik az olyan lakás, a mely

1	ablakos	utczai szoba	3	lakóval
1	„	udvari „	2	„
2	„	utczai „	4	„
2	„	udvari „	3	„

ha világítása és szellőssége kifogástalan.

Ide soroljuk azokat az I. csoportba tartozó lakásokat, a hol a világítás vagy szellőzés rossz.

A III. csoportba (elégtelen) tartozik az

1	ablakos	utczai szoba	4	lakóval
1	„	udvari „	3	„
2	„	utczai „	5	„
2	„	udvari „	4	„

feltéve, ha jó a világítása és szellőzése.

Ide soroljuk a II. csoportbelieket hiányos világossággal, szellőzéssel.

A IV. csoportba (rossz, zsúfolt lakás) tartozik

1	ablakos	utczai szoba	5 és több	lakóval
1	„	udvari „	4 „	„
2	„	utczai „	6 „	„
2	„	udvari „	5 „	„

és a III. csoportbeliek, ha rossz világítás és szellőzéssel birnak.

Ide tartoznak még a pinczelakások.

Az összes lakásokat ezen schema szerint osztályozva, a következő viszonyok mutatkoznak:

	I. oszt. lakás	II. oszt. lakás	III. oszt. lakás	IV. oszt. lakás
A nőtlen férfiak száma	24	30	40	87
A nős „ „	16	33	36	63
A hajadon nők „	5	15	19	40
A férjes nők „	7	5	8	21
	52	83	103	211

A gümőkórosok *70%-a* nem lakott megfelelő jó lakásban, ugyanis:

11·6%-a	I. osztályú	lakásban	30%
18·5%-a	II. „	„	
22·9%-a	III. „	„	70%
46·9%-a	IV. „	„	

lakott.

A lakbérek viszonyai.

	A saját lakás kerül hetenként			Az albérlet kerül hetenként			Az ágy kerül hetenként		
	Min. K. f.	Max. K. f.	Átl. K. f.	Min. K. f.	Max. K. f.	Átl. K. f.	Min. K. f.	Max. K. f.	Átl. K. f.
I. csop.	3.—	7.—	5.29	2.50	5.—	3.31	2.—	2.50	2.32
II. „	2.20	6.50	3.48	1.30	4.—	2.54	2.—	4.—	2·57
III. „	1.50	6.—	3.75	—	2.—	2.—	1.40	2.50	1·70
IV. „	2.80	7.—	4.59	2.—	4.—	2.60	1.50	3.—	2.12
V. „	3.—	6.50	4.65	2.—	6.30	3.79	1.50	2.50	2.16
VI. „	3.40	5.—	4.13	2.—	4.—	3.—	2.—	3.—	2.16
VII. „	1.50	9.—	3.88	1.25	4.—	2.80	1.20	2.—	1.35
VIII. „	3.25	7.50	4.56	4.—	5.—	4.56	1.—	2.—	1.71
IX. „	1.50	8.—	6.50	2.25	2.50	2.44	1.60	—	1.60
X. „	2.—	10.—	6.90	3.—	5.—	3.83	2.—	3.—	2.51
XI. „	2.50	15.—	6.85	2.52	5.—	3.78	2.—	5.—	2.71
XII. „	2.—	12.—	5.14	2.40	3.—	2.70	1.50	2.20	1.91
	1.50	15.—	**5.—**	1.30	6.30	**2.90**	1.20	5.—	**2.—**

A keresetnek 15·0%-át fordítják lakbérre a nyomdászok.
„ „ 25·0 „ „ „ a női nyomdaszemélyzet.
„ „ 16·0 „ „ „ a vas- és fémiparosok.
„ „ 14·5 „ „ „ a föld-, kő-, építőiparosok.
„ „ 15·5 „ „ „ a faiparosok.
„ „ 16·0 „ „ „ a bőr-, posztó-, ruhaiparosok.
„ „ 21·5 „ „ „ a papirmunkások.
„ „ 14·5 „ „ „ a gyapot stb. férfi munkások.
„ „ 32·0 „ „ „ a „ „ női „
„ „ 19·0 „ „ „ a közlekedésbeliek.
„ „ 30·5 „ „ „ a varrás, mosás stb.
„ „ 25·0 „ „ „ az élelmezésbeliek.
„ „ 24·5 „ „ „ a szolgálatbeliek.
„ „ 22·0 „ „ „ egyéb foglalkozásúak.

Foglalkozás és lakviszony.

		I. kielégítő	II. osztályú lakás hiányos	III. lakás elégtelen	IV. tűrhetetlen	Jó lakás	Rossz lakás	%-ban a rossz lakás
I. csop.	Nyomdaipar	8	20	23	28	28	51	64·6
II. „	Vas- és fémipar ...	8	12	14	26	20	40	66·6
III. „	Föld-, kő-, építőipar	—	1	9	5	1	14	93·3
IV. „	Faipar	2	3	4	15	4	19	82·6
V. „	Bőr-, posztó-, ruházati ipar	6	12	12	49	18	61	77·1
VI. „	Papiripar	1	5	7	12	6	19	73·0
VII. „	Gyapjú-, serte-, szövőipar	6	8	7	14	14	21	60·0
VIII. „	Közlekedés	—	2	8	16	2	24	92·3
IX. „	Varrás, mosás, vasal.	5	4	9	11	9	20	68·9
X. „	Élelmezési	4	5	4	9	9	13	59·0
XI. „	Szolgálati	11	7	7	15	18	22	55·0
XII. „	Egyéb	1	5	2	11	6	13	68·4

I. oszt.	lakás a heti kereset	26·5%-ába	kerül, ára hetenként	5 k. 88 f.
II. „	„ „ „ „	19·7%-ába	„ „ „	6 „ 75 „
III. „	„ „ „ „	20·9%-ába	„ „ „	3 „ 87 „
IV. „	„ „ „ „	20·8%-ába	„ „ „	3 „ 19 „

* * *

Az ezen táblázatból levonható tanúságok igen megszivlelendők úgy a tüdőgümőkór keletkezését illetően, valamint az elterjedés mikéntjére, valamint ama álláspontot illetően, melyet a gümőkór elleni küzdelemben el kell foglalnunk:

Budapesten a munkásosztály lakásai szerfelett drágák és egyúttal ki nem elégitők, sőt a lakásviszonyokat absolut mértékkel mérve elmondhatjuk, hogy a *gümőkórban szenvedő munkásság nagyobb része rossz egészségellenes lakással bir, daczára annak, hogy arra általánosságban a kereset ötödét sokan közülök a harmadát fordítják.* Feltünő ama fordított viszony, mely a lakás s kereseti viszony közt kimutatható módon fennáll, hogy t. i. a kis keresettel biró, különösen a nők, sokkal többet kénytelenek a lakásra fordítani, mint a jó s nagyobb kereseti viszonynyal biró férfiak. A meg nem felelő, a rossz s silány lakás — ilyeneknek kell tekinteni az ú. n. ágyrajárást, midőn az illető nem ritkán még tüdőgümős állapotban is mással kénytelen az ágyát megosztani — aránylag sokkal drágább mint a megfelelő s a czélszerű önálló albérleti lakás. Ezen ú. n. albérleti lakást, melyben a lakó az albérlő, nem ritkán harmad, sőt hatodmagával is kénytelen egy szobában lakni, ép oly kevéssé tekinthetjük csekély kivétellel jó lakásnak, mint azt az önálló lakást, melyet a bérlő ép a lakás drágaságára való tekintettel kénytelen albérletes lakássá átalakitani.

Ezen 1—2 ablakos lak- és hálóhelyeken, melyeket az esetek egy harmadában 3—4-en laknak, de melyekben az esetek harmadában 5—12, sőt ezeknél is több egyén lakik, a szobák nem ritkán dohosak, nedvesek, sötétek, falai és padlózata piszkosak, alig 4—5 meter magasak, ritkán 5 meter hosszúak s 4—5 meter szélesek, úgy, hogy egy személyre éjjel nem juthat több 10 köbmeter levegőnél, holott oly helyiségben, mely alvásra is használtatik, legalább 20 köbmeter kell fejenként.

E lakások ablakai a lakások több mint felében keskeny udvarra nyilnak, melybe a ház túlnagy magasságánál fogva napfény nem jut, melyeknek levegője a rossz udvari szellőztetési viszonyoknál fogva ki nem elégitő, s mely ablakok, ha az udvarra nyilóknak is mondatnak, nem ritkán az ú. n. vakudvarra vagy világító udvarba nyilnak be. Mindehhez véve a rossz fűtési anyagot, a tüzelő anyaggal való ama takarékosságot, mely szellőztetés czéljából az ablakok gyakori felnyitogatását legalább az év felében megakadályozza, belátható ezen lakszobák viszonya, ha oda véletlenül nagy mennyiségben belekerülnek gümős bacillusok. A mi statistikánk felvilágositó képet nyujt arról, hogy mily gyakran s könnyen történik a lakás megfertőzése azon gümős betegek részéről, kik a lakás tisztaságára nagy gondot nem fordítanak s kik a köpettel sem bánnak a hygienia követelményeinek megfelelően. *Betegeink 70%-a lakott részben túlzsufolt, részben egyéb egészségügyi hiányainál meg nem felelő lakásban,* melyet előbb-utóbb feltétlenül megfertőznek s gümős bacillusokkal impregnálnak, mert ily helyiségekben a bacillusok a fejlődés és terjedés legjobb

s legkiválóbban alkalmas talajt nyerik. (l. Cornet, Kirchner vizsgálatait), úgy, hogy a *nyomorúságos lakásviszonyok valóságos lakási veszélyt rejtenek magukban a gümőbetegekre, mint a velük lakó egészségesekre.* Ugy látszik, hogy a mienkhez hasonló okok hivták fel egyfelől Jacobi s Pannwicz-ot ama kijelentésre, hogy a gümőkór első sorban lakási betegség: „Die Tuberculose ist eigentlich eine Erkrankung geschlossener Räume, in erster Linie mithin eine Wohnungskrankheit", másrészt legújabban de la *Camp* ot,[1] ki még ezen kijelentésnél is tovább ment, állitva, hogy a gümőkór lakásbetegség: „Die Lungentuberkulose ist eine exquisitive Wohnungskrankheit".

A lakás okozta tüdőgümőkór veszélye annál nagyobb, minél többen laknak 1—1 szobában, *Rubner* ez irányú alapos vizsgálatai óta u. i. ismeretes, hogy a gümőkór a lakások sűrűn lakottságával egyenes arányban van. E lakások alig 10%-nyi kivétellel úgy világosságban, mint levegőmennyiségben, mint napsugarakban szükölködnek, holott a világosság és a fény a gümőbacillus fejlődési képességét lényegesen hátráltatja. *Cornet* egyik vizsgálatával kimutatta, hogy a bacillus mennyi ideig volt képes a virulentiát a sötét szobában is megtartani, a mennyiben hat héttel a phthisikus beteg halála után még ki tudott mutatni virulens gümőbacillusokat, a kórágygyal szomszédos falról; *Kirchstein* észlelete szerint a gümőbacillus életképességét a direct napfény behatása alatt nehány percz, esetleg nehány óra alatt elveszti. Az elpusztulás időtartama Koch szerint a napfénynek kitett réteg vastagságától függő, míg a diffus fénynek kitett gümőbacillusok nehány nap alatt 4—5 nap alatt tönkrementek; ellenben a fénytől félreeső, pinczében kitett csirok még 22 nap mulva is életképesek voltak. *H. Coates* a gümőbacillussal fertőzött lakás nagy veszélyeit kimutatta a londoni gümőkór elleni congressus előadásában. Coates a piszkos házak, melyek lakásaiban gümős beteg lakott, vagy meghalt, porából oltott tengerimalaczban ki tudta mutatni a gümőkórt 66%-ban; a tuberculosis kimutatható volt a tiszta házak porából, hol tuberculosus beteg lakott vagy meghalt, 50%-ban, míg a gümőkór nem volt kimutatható ama nyulaknál, melyeket oly piszkos házak porából oltott be, melyekben tuberculosis nem fordult elő.

A rossz s annak daczára drága lakásviszonyok általában jellemzik Budapestet s ezek a nagyobb városok közt majdnem utolsó helyre juttatják. P. o.

1000 lakos közül lakott:	Lipcse	Drezda	Boroszló	Berlin	Budapest	
egy szobás fűthető lakásban	166·3	375·2	408·7	438	525	egyén
két „ „ „	247	284·4	324·7	307·2	259	„

Minden egyszobás lakásra esett átlagosan Berlin, Boroszló, Hamburg, Lipcse s Münchenben 3·5 személy, Bécsben 2·7, Párisban 1·6, Londonban (?), Budapesten 3·7 személy. *A mi betegeinknél 4·9 személy!*

A fővárosnak lakásviszonyait még jobban illustrálja, ha lakásviszonyunkat összehasonlitjuk más nagyobb város viszonyaival:

Berlinben	az egyszobás lakások	12·0%-ában	volt	6	és több	lakó	
Lipcsében	„ „ „	13·6%-ában	„	6	„	„	„
Boroszlóban	„ „ „	14·8%-ában	„	6	„	„	„
Drezdában	„ „ „	15·0%-ában	„	6	„	„	„
Bécsben	„ „ „	?	„	6	„	„	„
Páris, London (adatai megbizhatlanok)							
Budapesten	az egyszobás lakások	15·9%-ában	„	6	„	„	„
Budapesten *a mi betegeinknél*	„ „ „	26·4%-ában	„	6	„	„	„

Mind e számok evidenter igazolják Budapest ipari lakosságának absolute s relative is rossz lakásviszonyait. Ezen lakviszonyokat tárgyaló vizsgálataimhoz hasonló észleleteket tett Marcuse dr., a mannheimi pénztárnak — tehát a mi anyagunkkal azonos — beteganyagán, valamint ehhez hasonlók s azonos eredménynyel végeztettek a legutóbbi időben Berlin, Pforzheim s egyéb német városok betegsegélyző pénztárainak gümős tagjainál. Marcuse 321 munkaképtelen tüdőgümőkóros beteg lakviszonyait tanulmányozva úgy találta, hogy a család 21 esetben egy lakószobára volt utalva, 125 esetben 1 szobára és egy kamrára.

67	beteg	még	2	személylyel	aludt	egy	szobában
49	„	„	3	„	„	„	„
28	„	„	4	„	„	„	„
14	„	„	5	„	„	„	„
1	„	„	6	„	„	„	„
2	„	„	7	„	„	„	„

A 321 gümős beteg közül 101-nek, vagyis az esetek 30·7%-ában nem volt saját ágya, sőt hat esetben harmadmagával aludt egy ágyban.

Ezen felemlitett s meg nem említett eredményeknél részben rosszabbak a mi viszonyaink, mert a mi betegeinktől nyert értesülés szerint sokkal nagyobb azok percentuatioja, kik Budapesten a legelemibb egészségügyi viszonyok nélkülözése közben negyed-, hatod-, sőt nyolczad-magukkal laktak egy szobában. Ezen számokból az is kiviláglik, hogy *sokkal nagyobb azon munkások száma, kik elégtelen s rossz lakásban laknak, mint azok, kiknek lakviszonyai jók s elégségesek, a mennyiben a munkás Budapesten rossz lakásra a munkabér 21%-át, a jó lakásra annak 27%-át kénytelen fordítani,* de ezen számbeli eredményekből az is kiviláglik, hogy *a nőtlen munkások s hajadon nőmunkások, kik csak a saját fenntartásukról kénytelenek gondoskodni, aránylag igen nagy számban laknak rossz s elégtelen lakásban* és hogy *a foglalkozás követelte nagyobb intelligentiával birók viszonylag inkább laknak jó s megfelelő lakásban, mint a kisebb értelmiséget igénylő foglalkozásbeliek.*

Ezen zsufolt s rossz lakásoknak, melyek nem ritkán nappal munkateremnek, főzőkonyhának vagy ruhaszáritónak lesznek felhasználva, kell betudni ama tapasztalati tényeket, hogy minden nagyobb városban vannak egyes utczák — mikép erre egyebek között Gruber Gráczot, Wernicke Posent, Romberg Marburgot, Biggs New-Yorkot[1] illetően rámutatott — melyekben a tüdőgümő halálozása állandóan gyakrabban s nagyobb számmal fordul elő, mert ezekben vannak oly házak, melyeket a gümőkór folyton tartó góczpontjának lehet és kell tekinteni. Érdekes hason irányú adatokra jutott *Mayer* New-Yorkban. Vizsgálatai e nagy város szegényebb városrészeire vonatkoznak; úgy találta, hogy vannak házak, melyekben tüdőgümőkór sohasem fordult elő, mihelyt azonban egy ily házban az első tüdőgümőkór esete mutatkozott, nyomban követte ugyanazon esztendőn belül néhány más is. A tuberculosis ilymérvű szaporodása nem egyes házakra, hanem egyes házcsoportokra vonatkozott.

A túlzsufoltság folytán nem is várható e lakásokban a tüdőgümőkóros betegektől a tisztaság betartása, a köpet fertőtlenitése vagy a köpet ártalmatlanná tétele, sem a kiköhögés okozta veszélyek elhárítása, úgy hogy míg e lakások egészségi hiányainál fogva veszélyeket rejtenek magukban úgy az egészségesre, mint a tüdő- s gümőbetegekre egyaránt, addig nem csekély mérvű e helyütt a fertőzés veszélyének könnyű volta a gümős betegek részéről közvetlenül — köpet, éjjeli köhögés a vele egy ágyban fekvőre — de közvetve is, ha az illető elhurczolkodása vagy elhalálozása esetén a lakást nem fertőtlenitik.

Mindezen okok azok, melyek végeredményben ama tételhez vezetnek, hogy *a halálozás s különösen a gümőkórhalálozás a lakások sűrűn lakottságával emelkedik,* mert csakis ily módon válik megérthetővé ama régi tétel, hogy a tüdőgümő halálozása a lakosság vagyonosodási viszonyaitól függő. Igy Bécsnek I. legvagyonosabb kerületében, melyben a lakosság 1·92%-ban sűrűn (gedrängt) s csak 1·66%-ban túlzsufoltan lakott, a halálozás 11·4%-ot tett ki, míg a szegényebb lakossággal biró X. kerületben, hol a lakások 28·3%-a sűrűn lakott s 14·5%-ban túlzsufolt volt, a halálozás 34·9%-ot tett ki. E nagyobb halálozást nagy részben gyermekbetegségek s fertőző betegségek szolgáltatták, míg a gümőkórra vonatkozóan úgy találták, míg az I. kerületben 10,000 lakos közül 21·5% halt meg gümőkórban, addig a X. kerületben 59·8%, azaz háromszor annyi. A mi áll Bécsre, ugyanaz mutatkozik Berlinben, Párisban s Budapesten is. *Brouardel* szerint ugyanis míg

[1] de la *Camp.* Praktische Ergebnisse aus dem Gebiete der inneren Medizin. Tuberkulosetherapie 1905.

[1] Prof. Gruber, Wohnungsnoth u. Tuberkulose. 1894.

Párisban a legvagyonosabb városrészben (Champs-Elysées) 10,000 lakos közül 10·8 halt meg gümőkórban, addig a szegény Plaisance városnegyedben ugyanannyi ember közül 104 pusztult el tuberculosisban, tehát e betegségben majdnem tízszer annyi. Körösy szerint Budapesten 100,000 gazdag közül meghalt phthisisben 15,943, a szegényeknél e szám 22,339-re emelkedik.

A vagyonosodásnak s ezzel nézetünk szerint karöltve járó jó vagy silányabb lakviszonyoknak a halálozással való kapcsolatnak szembeötlő példáját találjuk Pertik könyvében, midőn Bécs, Berlin, Páris statistikai számadatait egymással összehasonlítja.

A város 100,000 lakosa közül a halálozási esetek száma:

Város	A betegség neme	Kerületei						
		igen szegény	szegény	jómódú	igen jómódú	gazdag	igen gazdag	Összesen
Berlin	Tüdőtuberculosis	512·1	522·3	414·7	322·4	266·1	152·5	422·9
Páris	Tüdőbetegség, phthisis és consumptio	279·4	305·1	318·3	259·8	213·8	158·1	273·2
Bécs	Tüdőtuberculosis	649·5	558·0	421·7	423·7	321 9	147·8	474·1

Mind e számok, melyekhez még számos város halálozási s gümőkórban elhalálozottak számstatistikáit sorolni lehetne,[1] csakis az előbb emlitett igazságunkat bizonyítják, hogy rendszerint a szegénységgel kapcsolatosan járnak a kevésbé jó lakások és hogy rossz lakviszonyok mellett a tüdőgümőkórban szenvedők száma lényegesen emelkedik, úgy hogy a fentebb jelzett okok miatt a lakások nagyban járulnak hozzá a gümőkór terjesztéséhez s hogy a gazdagságnak, a jómódnak, illetve a keresetnek csakis arra van directe kiható befolyása, vajjon az illető mikép táplálkozik és vajjon keresetéhez viszonyítva okosan s célirányosan táplálkozik-e.

A mi betegeink táplálkozási viszonyai következők voltak:

A táplálkozási viszonyok.

A munkások rendszerint háromszor étkeznek naponta, reggel, délben, este.

A *reggeli* majdnem kivétel nélkül tej vagy kávé vagy tea kenyérrel vagy szalonna vagy kenyér minden nélkül.

[1] p. o. Dr. *A. Kayserling.* Die Schwindsuchtsterblichkeit in den Wohnungen der Stadt Berlin. Zeitschrift f. Tuberkulose 1902. S. 24.

Az *ebéd* négy osztályba sorozható:

1. osztály: rendes ebéd: leves, minden nap hús, főzelék vagy tészta, kenyérrel.
2. osztály: minden nap leves s főzelék, hús csak háromszor hetenként, kenyérrel.
3. osztály: naponta leves vagy főzelék, hús csak egyszer vagy kétszer hetenként, kenyérrel vagy: hideg húsféle (kolbász, hentesárú) kenyérrel.
4. osztály: leves, főzelék, húsnélküli ebéd.

A *vacsora* négy osztály szerint, áll:

1. osztály: meleg vacsora hússal s kenyérrel vagy hideg húsféle (füstölt hús, kolbász s efféle) kenyérrel.
2. osztály: tej vagy kávé kenyérrel, vagy hús nem minden este, hanem felváltva kenyér, sajt stb.
3. osztály: száraz vacsora (főzelék, sajt) hús nélkül, kenyérrel.
4. osztály: semmi.

Az ebéd áll:

	I. oszt.	II. oszt.	III. oszt.	IV. oszt.
nőtleneknél	141	21	22	1
nősöknél	85	26	32	2
hajadonoknál	31	14	31	3
férjeseknél	16	3	18	5
	273	64	103	11

A vacsora áll:

	I. oszt.	II. oszt.	III. oszt.	IV. oszt.
nőtleneknél	149	32	4	—
nősöknél	98	40	7	—
hajadonoknál	39	33	6	1
férjeseknél	18	20	4	—
	304	125	21	1

Fontos az *egész napi* táplálkozás vizsgálata.

E czélból a következő 6 osztályt különböztetjük meg:

	Reggeli	Ebéd	Vacsora	Összeg			
I. osztály	1	1	1	3	ilyen volt	240	308
II. „	1	2	1	4	„ „	68	
	2	1	2	4	„ „		
III. osztály	1	2	2	5			
	1	3	1	5			
	1	1	3	5	ilyen volt	79	143
	1	2	2	5			
	2	2	1	5			
	2	1	2	5			
IV. osztály	1	1	4	6			
	1	2	3	6			
	1	3	2	6			
	1	4	1	6	„ „	50	
	1	3	2	6			
	1	1	4	6			
V. osztály	1	2	4	7			
	1	3	3	7	„ „	11	
	1	4	2	7			
VI. osztály	1	3	4	8			
	1	4	3	8	„ „	3	
	1	4	4	9			

Rosszul táplálkozik majdnem harmada a gümösöknek = *31·7%*.

Foglalkozás, családi állapot és táplálkozás viszonyainak áttekintése.

	Nőtlen férfi táplálkozik						*Nős férfi* táplálkozik					*Hajadon nő* táplálkozik					*Férjes nő* táplálkozik						Hiányosan (rosszul) táplálkozik %-okban
	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	I.	II.	III.	IV.	V	I.	II.	III.	IV.	V.	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	
	osztály szerint						osztály szerint					osztály szerint					osztály szerint						
I. Nyomdaipar	38	2	4	1	—	—	13	1	1	—	1	3	—	6	4	1	2	2	–	—	1	—	23·7
II. Vas- és fémipar	18	4	2	1	1	—	12	3	4	7	2	1	—	1	2	—	—	—	1	1	—	—	36·1
III. Kő-, föld- és épit. ipar	2	—	—	1	—	1	3	—	2	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	66·6
IV. Faipar	7	1	5	—	—	—	4	5	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	29·2
V. Bör-, posztó- és ruhaipar	22	11	2	3	—	—	14	4	7	3	2	4	1	2	2	—	—	1	—	1	–	—	27·3
VI. Papiripar	6	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	3	3	4	4	—	2	—	—	—	—	—	36·0
VII. Gyapot- és szövőipar	2	1	1	1	—	—	2	—	1	1	—	—	2	4	3	—	1	2	7	1	1	1	67·8
VIII. Közlekedés	5	2	2	—	—	—	9	4	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	23·1
IX. Varrás- és mosóipar	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	1	—	—	—	7	2	4	1	—	—	16·6
X. Élelmezés	11	1	—	—	—	—	5	—	1	—	—	—	—	—	2	—	1	—	1	—	—	—	18·3
XI. Szolgálat	8	2	2	—	—	—	12	6	2	1	—	4	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	20·0
XII. Egyéb	3	1	1	1	—	1	2	3	1	—	—	—	—	2	3	—	—	—	1	1	—	—	57·9
Összesen:	122	28	20	8	1	2	76	26	24	16	7	29	7	21	21	1	13	7	14	5	2	1	31·7

E kimutatás alapján bizvást állíthatjuk, hogy *a táplálkozás a fővárosi iparos munkások közt meg nem felelő s ki nem elégítő*, a mennyiben az összes gümőkóros munkásbetegeink 31·7%-a úgy egészséges mint beteg állapotban rosszul táplálkozott. A táplálkozás e módja olyan volt, mely sem meg nem felelt az ember táplálkozásáról ismert követelményeknek, de még kevésbé ama caloria-mennyiségnek, melyet a testileg munkálkodó egyén elfogyaszt. Ezen hiányos táplálkozási mód mellett nagy az aránytalanság, a zsírfehérje s szénhydrat közt, mert az a Rubner-Voit-féle szükséglettől távol esik. Naponta kell tudvalevőleg 125 gm. fehérje = 492 caloriával, 50 gm. zsír = 465 caloriával és 500 gm. szénhydrat = 2050 caloriával, vagyis összesen kell 3007 caloria, mely mennyiségnél többre van szüksége a munkával foglalkozó egyénnek. Ha azonban a III—IV. osztályba besorozottak eledelét hozzávetőlegesen átszámítjuk caloriákban (felvéve reggelire 200 gm. tejet s 200 gm. kenyeret s ugyanannyi kenyeret este) ekkor ez alig éri el a pihenő állapotban levő ember caloria-szükségletét, de ez esetben is különösen a szénhydrat képviseli a nagyobb számú caloriaértékeket, míg a fehérjében állandó hiány mutatkozik ; csak igen kevésre tehető azon fővárosi munkások százalékos száma, kik a szükségletnek megfelelő táplálkozással élnek. A táplálkozás e módja minőség tekintetében tehát meg nem felelő s ismerve Budapest piaczi árainak megfelelően kiszolgáltatható mennyiségeket, azt még mennyiségileg sem tarthatjuk kielégítőnek az esetek több mint 50%-ában. Alig látszott eddig hihetőnek, hogy Budapesten még nagy számmal vannak munkások s nők is, kik hétszámra nem esznek húst, holott *Voit* s *Erismann*[1] 212, illetve 200 gm.-nyi húsmennyiséget tart szükségesnek a munkás napi élelmezéséhez.

Szomorúan kell konstatálnunk, hogy a fővárosi ipari munkások táplálkozási viszonya nincsen sokkal mögötte s mindenesetre sokban hasonlít ama viszonyhoz, melyet Farkas[2] a magyar mezei munkások táplálkozását kimerítően tárgyaló munkájában a mezei munkásokról megemlít: „a magyar mezei munkás leginkább növényi anyagokból táplálkozik, a melyeket a szervezet sokkal kevésbé tud kihasználni, mint a vegyesen felvett állati és növényi tápszereket. Táplálkozásukban teljes mértékben mutatkozik a szegény emberek életmódjának az a közös nagy hibája, hogy az olcsó és nagy tömegű tápszereket keresi, daczára, hogy ezek jól nem használhatók ki. Az állati és növényi tápszereknek egymáshoz való aránya általában vagyoni kérdés. A jobbmódú ember és a szegény táplálkozása között ez képez jellegző különbséget.“ A mezei s a gyári munkás közt azonban lényeges a különbség a tekintetben, hogy míg a magyar mezei munkás jó s friss levegőben tölti a nap majd $^4/_5$ részét aratás alatt, mint a melyik időre vonatkoznak főleg Farkas nagyértékű számításai s míg azok aratáson kivüli időben is sokat vannak a szabadban, addig az ipari munkás a súlyos s nehéz munkát zárt és oly levegőben kénytelen végezni, melynek veszélyességét a feldolgozandó anyag is fokozza.

Ezen rossz táplálkozás oka nem egyedül a munkás tudatlanságában rejlik, mert a munkásnak sok esetben meg van az iparkodása tápanyagokban dús tápszerekkel s kielégítően táplálkozni, hanem abban meg van akadályozva a rossz kereseti viszonyok folytán. *Az erre vonatkozó tábla mutatja, hogy ép azoknál volt a legsilányabb a táplálkozás, kik családosak voltak s kiknek kereseti viszonyai általában rosszak.* (*Gyapot-, kő-, föld-munka.*)

A táplálkozási viszonyok úgy a hazai mint a külföldi ipari munkások közt megérdemelnék ezen nagy horderejű s következtetésében messze kiható kérdésnek külön alapos tanulmányozását oly értelemben, mint ezt Farkas a mezei munkásokra körültekintő tervszerűséggel végezte, mert meggyőződésünk, hogy eltekintve ama esetektől, midőn a kereset alacsony volta szorítja az illetőket a helytelen táplálkozásra, nem kicsinyelhető azok száma is, kik tudatlanságuknál fogva a kiadott pénzükhöz viszonyítva nem rationális és nem elég tápláló módon élnek, kik beérik, ha a gyomorteltség érzetét kielégítik a nem eléggé tápláló anyagokkal.

Ezen említett, az egészséget lényegileg károsító s a szervezet ellenálló képességét csökkentő tényezőkön felül figyelmünket arra is kiterjesztettük, vajjon milyenek voltak a betegeinknél *a munkaviszonyok* s vajjon *a korai munkába állás*, az ifjúkoron inneni tanonczoskodás vagy a munkaidő túlságos hossza befolyásolta-e a betegség keletkezését s a betegség gyorsító kifejlődését.

Ezen kérdésekre a következő két táblázat ad felvilágositást, mely annál értékesebb, mert ehhez hasonló, figyelembe vehetően megbizható adatokat az irodalomban nélkülözünk, holott ezek igen értékes összehasonlítás alapját szolgáltathatnák.

[1] L. Hirschler dr. s Terray dr.: A diaetika tankönyve, 1900.
[2] Farkas Jenő dr. munkái (A magyar munkás táplálkozása) 1901.

Munkaviszonyok.

Csoport		Hány éves korában állott munkába?																			
		10		11		12		13		14		15		16		17		18		ezen felül	
		fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő
I.	Nyomdaipar	1	—	2	3	15	8	21	1	13	2	3	—	4	2	1	—	—	1	1	2
II.	Vas- és fémipar	1	—	3	—	4	—	13	—	11	—	6	—	6	2	2	—	—	1	8	3
III.	Kő- és földipar	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	2	—	1	—	—	—	—	—	8	1
IV.	Faipar	—	—	2	—	6	—	2	—	5	—	4	—	—	—	1	—	—	—	4	—
V.	Bőr- és posztóipar	—	—	2	—	24	1	15	2	13	1	7	2	2	2	—	—	—	—	5	3
VI.	Papiripar	—	—	—	2	3	2	3	2	2	3	—	2	1	—	—	2	—	—	—	3
VII.	Gyapotipar	—	—	—	—	—	—	1	1	—	3	2	2	—	2	—	2	2	—	4	12
VIII.	Közlekedési ipar	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	22	—
IX.	Varrás	—	—	—	—	—	3	—	—	—	4	—	—	—	2	—	5	—	—	1	15
X.	Élelmezés	1	—	1	—	2	—	3	—	—	—	2	—	2	1	1	—	1	—	5	3
XI.	Szolgálat	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	2	—	1	1	2	3	1	—	26	1
XII.	Egyéb	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	1	10	3
	Összesen	3	—	10	6	55	14	59	7	49	14	30	6	17	12	9	13	4	3	94	46

A betöltött 18. év után 140 állott munkába
„ „ 15—17. évben 94 „ „
„ „ 13—14. „ 129 „ „
„ „ 10., 11., 12. évben 87 „ „

A munkaidő tartama
(egész napon át saját lakásukon dolgozóknál 14 órát vettünk).

Csoport		Dolgozik hány órát naponta?																					
		férfi												nő									
		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	18	5	6	7	8	9	10	11	12	14	16
I.	Nyomdaipar	—	—	1	39	16	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	11	2	2	—	1	—
II.	Vas- és fémipar	—	1	2	4	37	5	4	—	—	1	—	—	—	—	—	3	—	1	2	—	—	—
III.	Föld- és kőipar	—	—	—	—	13	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
IV.	Faipar	—	1	—	1	14	4	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
V.	Bőr- és posztóipar	—	—	—	3	19	14	5	2	24	—	—	1	—	—	—	1	—	8	2	—	—	—
VI.	Papiripar	—	—	—	1	7	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	2	3	1	—	—
VII.	Gyapot- és szövőipar	—	—	2	1	3	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	8	11	2	—	—
VIII.	Közlekedés	—	—	—	—	5	2	6	1	2	6	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IX.	Varrás és mosás	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	4	2	10	7	4	2	—
X.	Élelmezés	—	2	—	—	1	—	8	2	—	2	3	—	—	—	—	1	—	1	—	—	1	1
XI.	Szolgálat	2	2	1	3	8	1	15	1	—	—	—	—	—	—	1	1	3	—	2	—	—	—
XII.	Egyéb	1	—	2	1	5	3	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	5	—	—	—	—
	Összesen	3	6	8	53	128	36	43	8	28	9	7	1	—	1	1	13	27	38	29	7	4	1

Napi 6— 8 órát 32 dolgozott
„ 9—10 „ 248 „
„ 11—12 „ 115 „
„ 12 és több „ 58 „

330 férfi 3554 órát dolgozott, egyre esik 10·8 óra
121 nő 1215 „ „ „ „ 10·0 „
451 munkás 4769 órát dolgozott, egyre esik *10·5* óra

A mi betegeink nagy része túlkorán lépett a foglalkozásba, mert 48% már a 14. életév előtt állott munkába, a melyben úgy az egészséges időszakban, mint a betegség kezdetén vagy a betegség előhaladó szakában is, túlhosszú ideig kellett dolgozni, t. i. a betegeink 38%-a tíz (10) órán túl. E körülmény annál elszomoritóbb, mert ezen észleleten alól nincs kivétel a nem tekintetében sem, mert még lányokat is már 10—12 éves korban foglalkoztattak minden törvényes intézkedés ellenére, sőt a törvény tiltó szabályai daczára még ők veszélyes üzemekbe is, melyekbe még a 16. éven alul sem volna szabad fiatal munkást alkalmaztatni s mely foglalkozási ágakból nőket per absolutem ki kellene tiltani. A nőket sok helyütt tíz órán túli időben dolgoztatják, sőt egyes helyeken alig érthető módon 12—16 óráig is.

A nőkhöz hasonló módon tapasztalhatjuk a munkakihasználást a gyermekeknél, kik gyakran satnya fejlettséggel s gyenge csontrendszerrel, néha már betegen, néha bizonyos kórra való hajlammal felvétetnek a testi erejüket messze túlhaladó nehéz, helyenként veszélyes foglalkozáshoz, holott jól ismerjük a műhelyviszonyokat s munkatermeket, melyeket csekély kivétellel meg nem felelőknek s közegészségellenes eknek kell nyilvánitani, mert nem birnak sem a megfelelő levegő köbtartalmával, sem a szükségelt világossággal, világitással, szellőzéssel, a melyek gyakran nedvesek s dohosak (pincze-műhely) s a mellett piszkosak is.

Betegeink munkájukat egészséges vagy tűrhető[1] helyen végezték 236 esetben = 52·3%, egészségtelen helyen 119 esetben = 26·3%, botrányos munkahelyiségben dolgozott 38 esetben = 8·4%, darabszámra, azaz otthon dolgozott 58 férfi s 32 nő, összesen 90 = 19·9%. A rossz munkahelyi viszonyok az egyes foglalkozási ágaknál következőkép oszlottak meg.

Egészségtelen munkahelyen dolgozott.

		férfi	nő	összesen	%
I. csop.	nyomdaipar	42	7	49	61·2
II. „	fém-, vasipar	15	—	15	25·0
IV. „	faipar	7	—	7	25·0
V. „	bőr-, posztó-, ruházati ipar	29	1	30	38·1
VI. „	papiripar	5	6	11	44·0
VII. „	gyapot, szövőipar	3	14	17	55·0
IX. „	varrás, mosás, vasalás	—	7	7	23·3
X. „	élelmezés	2	1	3	13·7
XI. „	szolgálat	3	1	4	10·0
XII. „	egyéb	4	3	7	36·8
		110	40	150	33·3

[1] Tűrhetőnek jeleztük ama munkahelyet, hol lényeges közegészségi hiányok nem voltak feltüntethetők.

Gümős betegeink 33·3%-a dolgozott rossz s egészségtelen műhelyekben, de ezen szám egyes — ép veszélyes — üzemeknél megkétszeresedett.

Ilyen viszonyok mellett nem csoda a gümőkór korai fellépte a munkába állást követő első években. Betegeink gümőkórossá lettek a foglalkozást követő években:

Foglalkozásának hányadik évében lett gümőkóros.

Csoport	A foglalkozás első 9 évében hány százalék lett gümős	A foglalkozás 10 éve után hány százalék lett gümős	1—2—3 évben	4—5—6 évben	7—8—9 évben	10—11—12 évben	13—15 évben	16—18 évben	19—21 évben	22—24 évben	25—27 évben	28—30 évben	30—40 évben	40-en felül
Nyomdai munkások	50·0	50·0	11	13	16	10	12	8	3	—	3	2	2	—
Vas- és fémipar	63·4	36·6	11	12	11	4	5	1	5	3	—	4	3	1
Föld-, kő- és épitőipar	40·0	60·0	4	1	1	2	2	1	1	1	1	—	1	—
Faipar	20·9	79·1	2	1	2	7	3	2	2	1	2	—	1	1
Bőr- és posztóipar	48·1	51·9	11	8	19	8	14	11	2	3	1	—	2	—
Papiripar	84·0	16·0	7	11	3	3	1	—	—	—	—	—	—	—
Gyapot-, szövőstb. ipar	74·2	25·8	12	5	6	2	4	—	1	1	—	—	—	—
Közlekedés	57·6	42·4	4	9	2	3	5	1	1	—	—	1	—	—
Varró- és mosóipar	80·0	20·0	10	4	10	3	1	2	—	—	—	—	—	—
Élelmezés	45·4	54·6	4	4	2	5	3	2	—	—	—	1	1	—
Szolgálat	55·0	45·0	12	8	2	6	5	3	1	1	—	—	1	1
Egyéb	78·9	21·1	5	8	2	1	1	—	1	—	1	—	—	—
Összesen	56·2	43·8	93	84	76	54	56	31	17	10	8	8	11	3

A munkások a foglalkozás első éveiben inkább szerzik a gümőkórt, mert összehasonlítva az első hat éven s az első 15 éven belül megbetegedetteket, az észleleteink számához olykép alakul az arány, mint 169:451, illetve 355:451-hez.

Sokan a munkások között oly igen gyakran jelentkező tüdőgümőkór okaképp az *alkoholt* tekintik. Minden alkoholelleni congressus számokkal iparkodik meggyőzni arról, hogy menynyire pusztit e kór az alkoholisták között s mennyire kiméli az alkoholt kerülő egyént, holott klinikai tapasztalatból tudva van, hogy az alkohol némely esetben jó gyógyszerhatást tud kifejteni ép phthisikus betegeknél. Nem azt kell tehát e

kérdés taglalásánál tekinteni, vajjon valaki él-e alkohollal egyáltalában vagy sem, mert az alkohol s a tüdőgümőkór közt fennálló kérdéshez csakis akkor szólhatunk, ha az illető az alkohollal visszaél, vagyis mikor annyit fogyaszt az alkoholból, hogy az a szervezetet megtámadja, szöveti destructiókra vezet, a mely ilykép elveszti ellenálló képességét a Koch-féle bacillusokkal szemben.

Mayerhoff, *Peters*, *Jackson* phthisikus betegeik között nem sok alkoholistát találtak, ellentétben *Niven*-nel, ki úgy találta, hogy a sok ipari munkás nem a zárt levegőben végzett foglalkozása folytán megy tönkre gümőkórban, hanem az alkoholismus folytán. *Bocquet* s *Kőrösy* szerint ama foglalkozásbeliek, kiknek bőven van alkalmuk az alkohollal való visszaélésre, nagyban vannak kitéve a gümőkór veszélyeinek, t. i. az esetek 33·3, illetve 52%-ában.

Shurly phthisikus betegei közül 7·6%-ban volt potator, *Sokolovszky* tüdőbetegeinek 30%-ában volt kimutatható az alkoholnak kisebb-nagyobb mennyiségbeni élvezete. *Lavarenne* az alkoholismus s a gümőkór között fennálló összefüggést erősiti, de csakis a klinikai alapon, míg ép szerinte a statistika ily irányú következtetésekre nem jogosit, mert míg pl. a gümőkór Franeziaország egyes azon vidékeiben, a melyekben aránylag legkevesebb mennyiségű alkoholt fogyasztanak a legerősebben terjedt, addig Belgiumban a gümőkór mortalitása ellenkezőleg csökkent akkor, midőn az alkohol fogyasztása emelkedett. Ezen Belgiumra vonatkozó észlelet megfordítva vonatkozik Svéd- és Norvégországra. E különböző irányú s következtetési adatból is kitünik, hogy az alkoholismus s tüdőgümőkór között fennálló viszony *csakis számok útján* nem dönthető el.

A mi 451 betegünk közül *az alkohol mértéktelen élvezete* (saját bevallás alapján) 133 betegnél fordult elő.

Bevallott alkoholista volt:

Csoport			
I.	25	— a kereset	9 %-a alkoholkiadás
II.	25		11·5
III	4		14
IV.	8		12
V.	14		8
VI.	8		7
VII.	3		15
VIII.	8		10·5
IX.	9		12
X.	5		24·5
XI.	18		8
XII.	6		14
	133		átlag 12·1 %

Ezen táblánk szerint *tüdőbetegeink 12%-a lett volna kisebb-nagyobb alkoholista.*

De akár tulajdonitunk az elébb fejtegetettek értelmében az alkoholnak nagyobb befolyást a gümőkór keletkezésére, akár nem, ténynek tekinthetjük, hogy voltak betegeink közül olyanok, kik *a kereset majdnem 1/4 részét alkoholfogyasztás kiadására fordították*, a mi által nemcsak a szervezetüket gyengitették, de ez által — a mi talán azzal egyértelműen fontos — megfosztották magukat a helyes táplálkozás lehetőségétől, a mit el lehetett volna nekik érni, ha ezen kereset tetemes részét képező összeget táplálkozásuk javitására felhasználták volna.

A gümőkórt előidéző káros behatások okait összegezve, 451 betegünknél a következő két táblázatot nyerjük:

A gümőkórt előidéző káros behatások közül

1.	A testi gyengeség	278	esetben szerepel	61·6%
2.	A korai munkába állás	153	„ „	33·9%
3.	A terheltség	134	„ „	28 2%
4.	A rossz lakás	209	„ „	46·3%
5.	A rossz táplálkozás	139	„ „	30·8%
6.	A rossz műhely	147	„ „	32·6%
7.	Az erőltetett (vagy testalkatának meg nem felelő) munka	161	„ „	35·4%
8.	Az alkohol	75	esetben szerepel	11·0%
9.	A direkt infectio	30	„ „	6·6%
10.	Korai vagy gyakori terhesség	10	„ „	—

Férfiaknál:

1.	186-szor	gyenge testalkat	56·3%
2.	148-szor	rossz lakás	44·9%
3.	127-szer	korai munkába állás	37·1%
4.	115-ször	erőltetett (vagy testalkatának meg nem felelő) munka	33·9%
5.	105-ször	rossz munkahely	31·8%
6.	89-szer	terheltség	26·9%
7.	74-szer	rossz táplálkozás	22·4%
8.	71-szer	alkohol	21·5%
9.	20-szor	direkt infectio	6·6%

Nőknél:

1.	92-szer	gyenge testalkat	76·0%
2.	65-ször	rossz táplálkozás	53·7%
3.	61-szer	rossz lakás	50·4%
4.	46-szor	erőltetett (vagy testalkatának meg nem felelő) munka	38·0%
5.	45-ször	terheltség	37·1%
6.	42-szer	rossz munkahely	34·7%
7.	26-szor	korai munkába állás	21·4%
8.	10-szer	gyakori vagy korai terhesség	8·3%
9.	10-szer	direkt infectio	8·3%
10.	4-szer	alkohol	3·3%

A foglalkozás és a gümőkórt okozó káros behatások átlekintése.

	Foglalkozás	Létszám	% tbc.	Káros behatások százalékban	Észrevétel
I. csoport	*Nyomdaipar* betűszedő gépmester tömöntő segédmunkás segédmunkásnő inas könyomdász	5688 közül 654 tbc.	11·5	Gyenge testalkat 73·7 Korai munkába állás 63·7 Rossz munkahely 55·5 Helytelen életmód: legtöbbször	A nyomdászok elég jó lakásokban laknak. Munkában túlerőltetés nincsen.
II. csoport	*Vas- és fémipar* vasgyári munkás fémesztergályos érczöntő bádogos szerelő kovács lakatos műszerész sodronyszövő gépész elektrotechnikus pipafedelező Auer-fény m.	8338 közül 532 tbc.	5·7	Gyenge testalkat 58·3 Egészségtelen lakás 43·3 Erőltetett munka 28·3 Rossz táplálkozás 38·3	

	Foglalkozás	Létszám	% tbc.	Káros behatások százalékban	Észrevétel
III. csoport	*Kő-, föld- és építőipar* kőfaragó kőfejtő kötörő kövező kőműves téglavető szobrász cserepes kályhás földmunkás épit. napszámos czementmunkás	5029 közül 226 tbc.	4·4	Rossz táplálkozás 66·6 Alkoholismus 66·6 Rossz lakás 33·3	
IV. csoport	*Faipar* asztalos kádár ács esztergályos parkettrakó bognár fűrészgyári m.	3907 közül 208 tbc.	5·8	Rossz lakás 62·5 Erőltetett munka 33·3	

	Foglalkozás	Lét-szám	% tbc	Káros behatások százalékban	Észrevétel
V. csoport	*Bőr-, posztó- és ruházati ipar* czipész, csizmadia kalapos szűcs kárpitos szabó paszományos böröndös ostorgyáros	4554 közül 438 tbc.	9·6	Gyenge testalkat 68·3 Korai munkába állás 55·6 Rossz lakás 59·5 Erőltetett (darabszámra) munka 62·0 Rossz táplálkozás 26·6	Sokan (kül. czipészek) otthon dolgoznak.
VI. csoport	*Papiripar* könyvkötő borítékmunkás szivarkahüvelymunkás egyéb papirmunkás dobozgyári munkás kárpitos	1817 közül 104 tbc.	5·7	Gyenge testalkat 80·0 Korai munkába állás 48·0 Rossz lakás 48·0 Rossz táplálkozás 36·0 Rossz munkahely 44·0 Erőltetett munka 44·0	
VII. csoport	*Gyapot-, szőr-, bél- és szövőipar* kefekötő kosárfonó béltisztító szövő szövőnő seprűkötő lószőrmunkás	2431 közül 174 tbc.	7·0	Gyenge testalkat 51·7 Rossz lakás 45·1 Rossz táplálkozás 67·7 Rossz munkahely 54·8	Aránytalan sok a terhelt (48·3%)
VIII. csoport	*Közlekedési ipar* kocsivezető kalauz közúti alkalmazott hajós kocsis fuvaros bérkocsis lóápoló csomagoló hajcsár	6582 közül 208 tbc.	3·1	Rossz lakás 66·6 Erőltetett munka 54·1 Alkoholismus 41·6	
IX. csoport	*Varrás-, mosás- és vasalásipar* varrónő mosónő vasaló divatárús virágkészítő kötőnő zsákvarrónő	3764 közül 233 tbc.	6·2	Gyenge testalkat 80·0 Rossz lakás 36·6 Rossz munkahely 23·3 Erőltetett munka 50·0 Terheltség 43·3	Sok a terhelt (43·3%)
X. csoport	*Élelmezési ipar* szeszgyári munkás pinczér pinczemunkás hentes, mészáros pinczérnő sütő, czukrász ásványvíz-munkás burgonyahámozó	3858 közül 188 tbc.	4·8	Gyenge testalkat 68·1 Korai munkábaállás 31·6 Rossz lakás 40·9 Erőltetett munka 63·6 Alkoholismus 27·2	
XI. csoport	*Szolgálat és hivatal* hivatalnok szolga háziszolga kereskedő ügynök elárusító	4966 közül 173 tbc.	3·5	Gyenge testalkat 57·4 Alkoholismus 20·6	

	Foglalkozás	Lét-szám	% tbc.	Káros behatások százalékban	Észrevétel
XII. csoport	*Egyéb* vegyi iparos kéményseprő üveges fürdős mázoló szemét-napszám. csatorna-tisztító fővárosi alkalm. szinházi munkás zenész szobafestő üvegedző üvegfestő	4651 közül 280 tbc.	6·1	Rossz lakás 57·8 Rossz táplálkozás 52·7 Alkoholismus 31·5 Erőltetett munka 36·8 Rossz munkahely 36·8	

Mindezen számok, melyek minden gondolkozó orvos előtt magyarázatra nem szorulnak s bővebb magyarázat megtétele alól felmentenek, bizonyitják, hogy a *gümőkór azért pusztít oly nagy számban az ipari munkásság között, mert náluk meg van adva egyrészt mindama a test erejét s a szervezet ellenálló képességét csökkentő tényező mint hiányos táplálkozás, hosszú munkaidő, hiányos vagy rossz munkahelyviszonyok, melyhez sociális viszonyai is nagyban járulnak hozzá, valamint hogy a fertőzés náluk könnyebben terjedhet, (rossz lakásviszonyok, szoros egymás melletti munka) mint azoknál, kik tisztán s az élettani követelményeknek megfelelően élnek s kik ilykép csakis a bacillus veszélyének vannak kitéve.* Ezen a gümőkór megbetegedésére s halálozására vonatkozó szám nálunk azért magasabb mint más művelt államok hason foglalkozásbeliei között, mert nálunk az utolsó évek rossz gazdasági viszonyai rosszabb kereseti viszonyokat teremtettek és mivel e kártékony tényezőket betetézi ama tapasztalati számainkkal beigazolt tény, hogy nálunk az *ipari munkások nagy része fejletlenül megy már a megengedett tanonczidőt megelőző korban munkába s gyakran a veszélyes, egészségi szempontból helytelenül felszerelt üzemekbe.*

Mielőtt áttérnék a fertőzes eme veszélyeivel szemben elkövetendő eljárások rövid érintésére, csak rá óhajtok mutatni arra, hogy a fellépésének gyakorisága s elterjedettsége az ipari munkásság közt fontos és mélyrehatható betekintést enged nemcsak kizárólag a gümőkór létrejövetelének s keletkezésének elképzelhető okairól, hanem egyúttal általánosságban a fertőzés tovaterjedésének módjairól s az esetleg elhárithatható okok mibenlétéről is.

A gümőkór elterjedését illetően a klinikus, a pathologus s a patholog anatomus álláspontja közt lényeges eltérés mutatható fel. Ha egyedül ez utóbbi észleleteit elfogadnók, s azok eredményeire helyezkednénk, úgy oda kellene konkludálni, hogy a gümőkór egy oly megbetegedés, melyen majdnem az egész emberi nem végigesik, hogy e kór a mai életviszonyok mellett a fajt csekély kivétellel inficiálja. *Ribbert* és *Naegeli* bonczolataik alapján úgy tapasztalták, hogy kisebb nagyobb gümős góczok ritkák az első életéven alul, az 1—5. életévben az esetek 15%-ában, az 5—11. életévben 35%-ban, a 15—18. életévekben 50%-ban, a 18—30. életévekben az esetek 96%-ában, *Naegeli* 500 felnőtt hullán végzett pontos vizsgálatai kideritették, hogy a hullák 97%-ában volt gümős folyamat, ha csak rejtett mirigygóczokban is, — különösen a hörgmirigyekben — úgy hogy véleménye értelmében majdnem minden felnőtt legalább egy izben kiállotta az infectiót. Más vizsgálók a gümőkórnak elterjedettségét illetve a gümőkór létezését és lefolyását illetően hasonló, bár nem oly feltünően magas számadatokat közölnek a szerint, vajjon e statistikák, miként az elébb emlitettek nagyobb városoknak s főleg ipart üző városok kórházi anyagából származnak vagy sem.

Az észleletek egész sorozata igazolja, hogy általunk egészségeseknek ismert s a mai talán még hiányos módszerekkel eszközölt vizsgálat útján azoknak talált egyének egyes szerveiben gümőbacillusok voltak kimutathatók. E számbeli

arány csak annyiban változik, vajjon azon egészségesek közlekedtek-e állandóan gümős egyénekkel, vagy volt-e környezetükben sok gümős-e vagy sem. *Strauss* u. i. gümős betegekkel közlekedő egészséges egyének orr- s garatüregében az esetek 41%-ában tudta a gümőkór fajlagos bacillusát kimutatni, mig *W. J. Noble* e tételt megerősítve vizsgálataival oda konkludált, hogy azoknál is ki tudta mutatni az esetek 10%-ában a gümőbacillust, kik tudtukkal sohasem közlekedtek gümővel fertőzöttekkel.

A gümőkórnak eme kórboncztanilag kimutatott jelenléte esetén vagy kimutathatósága mellett fel kell tételeznünk az esetek majdnem 50%-ában, hogy a bacillus latens volt, hogy működési s fertőzési képessége csökkent vagy abbanhagyott volt, hogy inaktive maradt, vagy hogy csakis ott s csak azon esetben nem vezetett gyors gyógyuláshoz s vele majdnem karöltve a bacillus gyors eliminatiojához vagy tönkrejutásához, a melyekben a szervezet bármely kimutatható oknál fogva a gümős virussal szemben csökkent volt ellenálló képességében.

Csakis annak tudható be a klinikus észlelete s a kórboncznok tapasztalata közti látszólagos ellentét, hogy egyesek, kik mégis összességükben az emberi nem többségét alkotják, a gümőbacillus bevándorlásával szemben ellenállóbb szervezettel birnak.

Mivel pedig az elébb emlitett okainknál fogva a gümőkór örökléken ységének a régibb értelemben vett elméletét túlhaladt álláspontnak nézzük, e kérdés tárgyalásánál azt kell feltételeznünk, hogy *azok vannak számszerinti túlsúlyban, kik születésüknél, fejlődésüknél vagy nevelésüknél fogva nincsenek disponálva a kór felvételére.* A mi s mások nagy s megbizható számadatai gondos áttekintése után pedig ama meggyőződés ver gyökeret, miszerint egyes munkakörök, egyes foglalkozási ágakban dolgozók sokkal inkább, sokkal gyakrabban betegesznek meg s elhaltak is gümőkórban ép azok közül, kik erős testalkat, jó szervezet, kellő csont- s izomrendszer nélkül nehéz munkára nem vállalkozhattak volna, kiknek munkába állásakor ép tüdővel kellett birniok, mert e nélkül a sok veszélyt magába rejtő foglalkozásukat nehány hónapon túl nem végezhették volna a nélkül, hogy azt a munkakört a foglalkozásba lépés utáni rövid időre abba ne hagyták volna.

A gümőkór feltünő nagy számú terjedésének egyik főokát az ipari munkásság sajátos sociális viszonyaiban kell keresni, ez pedig függő s változó a kereseti viszonyok nagyságától, ama általános egészségügyi viszonyoktól és életszokásoktól, melyek között a város összlakossága s egyes rétege él, valamint ama fogalmaktól, melyekkel az a tisztaságról bir.

A mondottak után ama tétel, hogy a gümőkór a szegénység betegsége, olykép módositandó, hogy a *gümőkóros fertőzés lehetősége, fellépésének módja s súlyos bántalommá való átalakulása, valamint a gyors fejlődés függő a rossz kereseti viszonyok okozta rossz táplálkozás, lakás- s műhely- illetve munkaviszonyoktól.* A mi kutatásaink végeredményei eléggé igazolják, hogy csak ezen sajátos viszonyoknak tudható be, hogy a gümőbacillus jobb, tenyésztése megfelelőbb talajt kap az ipari munkások ama szervezetében, mely a hiányos táplálkozás s egészségellenes lak- s munkásviszonyok folytán gyengült, melynek sem egyes sejtjei, sem szövetei nem annyira épek s egészségesek, hogy kifejthessék a természet nyujtotta ellenálló képességet a bevándorló bacillusokkal szemben, még mielőtt a testben káros befolyásukat érvényesitették volna.

És ha mindezekhez a körülményekhez a test kimerülése, a hosszú munkaidő, a korai munkába állás, az együttlakás, együttélés, szorosan egymás melletti dolgozás veszélyei társulnak, melyeket gyakran fokoz ama tény, hogy az illető szervezete a maga szakmunkájához gyengének mutatkozik, nem csodálható, mert ezt szintén magától értetendőnek kell gondolni, hogy a gümőkór sokkal elterjedetten, súlyosabban mutatkozik az ipari munkásoknál, kiknek foglalkozásuk okozta számos különböző veszélyei az emlitetteken felül naponta kárositják a szervezetet s megfosztják nem ritkán a légző szervek nyálkahártyáját annak természetadta védőeszközétől, melynek hijján a gümőkórbacillus bevándorlásának tárt kapuk állnak nyitva.

* * *

Ilyképen ismerve s elfogadva az ipari munkásság közt a gümőkórt előidéző közvetett okoknak sokféleségét, magától is meg van adva mintegy ama irány, melyet követnünk kell, hogy ellene a harczot sikerrel felvehessük.

Nem tartom tehát megfelelőnek és elegendőnek, ha bár sikerrel oda törekszünk, hogy a betegséget javitsuk és gyógyitsuk, hanem azt ép oly erélyes eszközökkel s széles körü intézkedésekkel meg is kell előzni.

Az utóbbi évtizednek különben igen üdvös és mindenek felett mélyreható *sanatoriumi mozgalma* mi nálunk is részben veszélyeztette a prophylaxis elleni, az előbbivel legalább is azonos értékü harczot, mely a köz- és magánfigyelmet e térről elterelte, holott nézetem szerint a prophylaxisnak helyes útján járva sokkal mélyrehatóbb s nagyobb eredményeket lehet majd feltüntetni rövidebb időn belül, mint azt lehet egyedül a gyógyitási törekvésekkel. Igaz, hogy ezen törekvés pro momento nem oly kecsegtető, mert nem lehet azonnal vagy rövid nehány hónapon belül eredményeket felmutatni, mint a sanatoriumok s egyéb hason irányú kezelési indokokat követő intézményekkel, de ezen irány sürgős követelése a nemzet jövőjére egyaránt fontos.

Fenntartva mindazt mit egyebütt a *dispensair* s sanatoriumokról elmondottam,[1] követeléseim alapján oda kell nyilatkoznom, hogy általánosságban úgy minálunk Magyarországon mint minden más országban mindaddig, mig a sociális törvényhozás annyira nem megy mint Németországban, hol a rokkantpénztárak programmjukba vették a sanatoriumok, Volksheilstätte s hasonnevü s nemü intézetek felállitását s fenntartását, inkább oda kell törekedni, hogy a *tüdőbetegek* részére *külön kórházak s kórházi osztályok* állittassanak fel, mert a magán jótékonyságot túlságosan igénybe venni úgy sem lehet, de annak kimerítésével sem volnánk képesek a mai szükségletnek megfelelő sanatoriumokról s az azokban elhelyezett szegényebb sorsúak családjáról valamint a sanatoriumokban kibocsátottakról gondoskodni.

Nagyon kétséges s kérdéses, vajjon a sanatorium felállitása nem-e az állam kötelessége, mikép annak utánzandó jelét legutóbb Dánia mutatta,[2] hol a két benyujtott törvényjavaslat a gümőkór prophylaxisa tekintetében az államilag segélyezett s gyógyitás következtében a fertőzés tovaterjedését fogja előmozditani.

Mindaddig azonban, mig nálunk ily költséges törvényjavaslat beterjesztésére gondolni lehet, arra kellene törekedni, hogy oly törvényes intézkedés létesittessék, mely *a gümős betegek bejelentését, a lakásváltoztatást s elhalálozást követő kötelező fertőtlenitést elrendelné*, s mely úgy a sanatoriumoknak mint a hasonczélú intézményeknek az állami támogatást biztositaná.

Ezzel lépést tartva oda kellene törekedni, hogy állami, vagy községi létező törvényeink s rendeleteink keresztülvitessenek, a hézagosak lényegesen javittassanak, a mire a *készülő ipartörvény* revisiója jó alkalmat nyujtana, valamint hogy alkottassék egy külön lakástörvény, melyből kivehetné részét az állam s a községek, s melyben az úgynevezett lakásfelügyelők jogköre is körvonalozva s meghatározva volna. Az új lakástörvény a lakások misériáin lényegesen javitana mindaddig, mig a társadalmi tényezők bevonása mellett sikerülne olcsó s megfelelő *munkáslakásokat épiteni, munkásotthonokat* (főleg nőtlenek s hajadonok részére) létesiteni s egyéb a lakással összefüggő kérdéseket rendezni.

Mind e felvetett kérdések megérdemlik úgy egyenként, mint összességükben a velük való alapos foglalkozást, mert *csakis* azok megoldásával sikerül majd a gümőkór terjedését visszaszorítani s az ipari lakosságot oly megbetegedési s halálozási viszonyok közé hozni, mint a lakosság egyéb rétegeit.

[1] Dr. *Friedrich.* A párisi gümőkór elleni congressus. Budapesti Orvosi Ujság 1906.

[2] Dr. *Friedrich.* A tüdőgümőkór elleni védekezés egyes országokban és Dánia törvényhozása. (Orvosi Hetilap 1905. 31—32.)

Budapest, 1906. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető Kózol J. Antal) Dorottya-utcza 14. szám.