Ötvenedik évfolyam. 13. szám. *Budapest, 1906. április 1.*

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.

Gergő Imre: Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. sz. sebészeti kórodájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., egyet. ny. r. tanár.) A czombcsont veleszületett hiányáról (phokomelia). 410. lap.

Bence Gyula: A budapesti egyetemi diagnostikai tanszék közleménye. (Igazgató: Korányi Sándor dr. nyilv. rk. tanár.) A polyglobulia lépmegnagyobbodással. 413. lap.

Csillag Jakab: Közlemény a székesfővárosi szt. István-kórház bőrbeteg- és bujakóros osztályáról. (Főorvos: Róna S. tanár.) Adatok a symmetriás arcznaevusok tanához. 415. lap.

Tárcza. Országos védőegyesület a nemi betegségek ellen. 416. lap. — Günther József: Egészségügyi szolgálat az óczeánon. 417. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Pflüger:* Das Glykogen und seine Beziehungen zur Zuckerkrankheit. — *Dr. Martin Jacoby:* Immunität und Disposition und ihre experimentellen Grundlagen. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Loeb* és *Smith:* Az ankylostomiasis okozta vérszegénység keletkezésmódjához adatok. — *Wassermann* és *Citron:* A szövetek helyi immunitása. — *Krokiewicz:* Epefestékkimutatás. — *Spiess:* Az érzéstelenítés jelentőségéről a lobos folyamatok orvoslásában. — *Gyógyszertan. Schütze:* Euporphin. — *Hirtz:* Chininsók bőr alá fecskendezése. — *Kisch:* Egyforma hatású gyógyszerek rendelése. — *Belorvostan. Sidney Martin:* A gümőkóros mellhártyalob diagnosisa és orvoslása. — *Fraenkel:* A tüdőlob gyógyítása. — *Schuster:* Köszvény. — *Thienger:* Theocin. — *F. Ehrlich:* Öngyilkosság veronallal. — *Ideglkórtan. Malaisé:* A tabes kedvező prognosisa. — *Sebészet. Richter:* A végbélrák gyökeres műtevésével elért eredmények. — *V. C. Pedersen:* Aether okozta tüdővizenyő. — *Gwilynn G. Davis:* A gyökeres sérvműtét módosítása. — *Baracz:* Tendinitis achillea uratica. — *Drehmann:* Tendinitis achillea traumatica. — *Gyermekgyógyászat. Koplik:* A veleszületett laryngeális stridor. — *Bőrkórtan. Dreyer:* Új növényi dermatitis. — *Húgyszervi betegségek. S. Colombino:* A húgyszervek tuberculosisának diagnosisa. — *Ch. Féré:* A nemi tehetetlenség és a koraérettség kapcsolata. — *Közegészségtan. Beck:* A tej streptococcus-tartalma. — *Hansemann:* A rhachitis oka és társadalmi jelentősége. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Papillon* és *Eschbach:* Meningitis gyógyítása collargollal. — *Melli:* Vasprotylin. — *Hirsch:* A higanykészítmények subcutan vagy intramuscularis befecskendezése — *Pesci:* Digalen. — *Remien:* Isoform. — *Knopf:* Fülzúgás kezelése 418—425.

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

Vegyes hirek. Genersich Antal. — Kitüntetés. — A Rózsay-alapítvány. — Semmelweis-emlékcserleg. — Elhunyt. — Kisebb hirek külföldről. — Congressusok. — Ki a gégetükör valódi felfedezője? — A főváros egészsége. — Mire képes az anastigmat? — Asthma cardiale. — A Riedel-féle vegyészeti gyár. 425—426. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. Orvosegyesület. — Közkórházi orvostársulat. — A Budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

Mellékletek. Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst a/M. „Streptococcus-serum“. — Stöckig & Co. „Union“ czímű prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. sz. sebészeti kórodájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., egyet. ny. r. tanár.)

A czombcsont veleszületett hiányáról (phokomelia).

Irta: *Gergő Imre* dr., klinikai műtőorvos.

Két éve körülbelül, hogy Dollinger tanár sebészeti klinikájának orthopaediai rendelésére egy újszülött fiut hoztak be, kinél a megejtett vizsgálat, valamint a röntgenographia veleszületett czombcsonthiányt mutatott a jobb oldalon. A gyermek anyját akkor azon utasítással bocsátottuk el, hogy jelentkezzék fiával újból, mihelyt járni kezd. Az anya eleget is tett eme meghagyásunknak, és mult év október hó közepén gyermekét, mely most két éves volt, megint behozta az orthopaediai rendelésre, a hol újabb, behatóbb vizsgálatnak vetettük alá.

A most megejtett vizsgálat eredménye, valamint az időközben az irodalomban közölt esetek révén merített tapasztalatok és tanulságok, nemkülönben ezen tanulságoknak kritikai egybevetése saját esetünkkel: ezen tényezők mind érdemessé látszottak tenni észlelt esetünket a közlésre, a minek ezennel megfelelek.

Sz. J., 2 éves és 3 hónapos fiú.

Anyja 24, atyja 31 éves, bérkocsissegéd. Sem apai, sem anyai ágon fejlődési rendellenességek eddigelé állítólag elő nem fordultak.

A terhesség rendes lefolyású volt; valamelyes elszenvedett traumára, jelentősebb kedélyizgalomra az egész terhesség ideje alatt az anya nem emlékszik, a bántalom valamely állítólagos okát sem adja. Az első gyermekmozgásokat az V. hó elején, szóval a rendes időben észlelte; maga a szülés is, mely a budapesti bábaképezdén történt, rendesen folyt le. Közvetlenül a gyermek születése után észlelték már a jobb láb erős rövidülését. Azóta, $1^1/_2$ évvel az első szülés után, az anya még egyszer szült, ép, egészséges fiút, ez lábfekvésben jött.

A gyermek egészséges külsejű és a később leirandó deformitáson kivül elég jól fejlett s igen jól táplált. Korához képest igen nagy, 77 cm. hosszú, elég nehéz, 13 km.-nyi súlyú, zsírpárnái túlzottak, izomzata erős. A koponyaalkat szögletes, a a fej méretei a rendesnél kissé nagyobbak; a fej kerülete, a glabellán és protuberantia occipitalis ext.-n át mérve $42^1/_2$ cm. (a kornak 41—42 cm. fejkerület felelne meg). Az alsó álkapocs is szögletes; áll-részlete a caninus-ok táján görbül el hirtelen hátrafelé. Rhachitikus rózsafüzér nyomai a mellkason. A hosszú csöves csontok epiphysisei valamivel vastagodtak, a bal alszár csontjai alsó $^1/_3$-ukban kissé előre és kifelé görbültek. Rhachitikus gyermekeket jellemző nagy hasa van.

A fiúnak jobb alsó végtagja erősen rövidült, a rövidülés reális, a czombot illeti, míg a lábszárak és lábak látszólag egyforma hosszúságúak és egyaránt fejlettek. Méretek:

a spina ant. super. ilei-től a malleolus med.-ig mért távolság jobboldalt *21* cm., baloldalt $32^1/_2$ cm.;

a spina ant. super. ilei-től a malleolus lat.-ig mért távolság jobboldalt $22^1/_2$ cm., baloldalt *33* cm.;

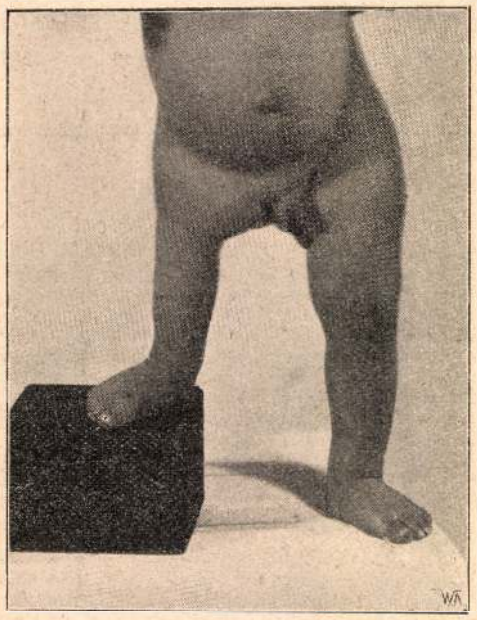
a térdhajlattól (illetőleg a condyl. med. tibiae felső szélétől) a malleolus med.-ig mért távolság jobboldalt *13* cm., baloldalt $14^1/_2$ cm.;

a lábszár legnagyobb kerülete jobboldalt *17* cm., baloldalt *17* cm.;

a láb belső szélének hossza jobboldalt *11*½ cm., baloldalt *12*½ cm.;

a láb külső szélének hossza jobboldalt 9 cm., baloldalt 10 cm.

Szóval: a jobb végtag *11*½ cm.-rel rövidebb, mint a bal; ebből 1½ cm. rövidülés esik a lábszárra, míg a czombnak magának a rövidülése épen *10* cm. A lábszárak, lábak, valamint a felső végtagok defectust vagy más rendellenes fejlődést nem mutatnak; csak állásnál és járásnál tartja a fiú jobb lábát equino-valgus állásban.



1. ábra.

Jobb czomb, már úgy nagyjában nézve, tulajdonképen nincs. a térd szinte közvetlenül megy át a csípőbe, a mely azonban szertelen, idomtalan méreteivel feltünő módon üt el a bal, épfejlődésü csípőtől. A jobb csípő erősen kiugrik: mintha a hiányzó czomb lágyrészei ökölnyi területen tömörültek volna össze a jobb lágyék alatti tájon. Ezen lágyrészpamat felett a lágyékbarázda (sulcus inguinalis) elsimult, felső határa a köldökalatti redő (sulcus subumbilicalis[1]) magasságában fekszik; lefelé ezen lágyrészduzzanat a térd magasságáig terjed, belül elsimítja az ivar-czomb-barázdát (sulcus genito-femoralis), oldalt és hátul a fartájék rendes plastikáját mossa el, a melyen sem trochanterelődomborodás, sem e feletti behúzódás nincsen, de még far-czomb-barázdának (sulcus glutaeo-femoralis) sincsen nyoma. Méretek:

a végtag kerülete a lágyékalatti tájon jobboldalt 34 cm., baloldalt 28 cm.

a medencze kerülete, illetve a farbevágástól a symphysisig mért távolság jobboldalt 25 cm., baloldalt 24 cm.;

a spina ant. sup. ilei-től a köldökig mért távolság jobboldalt 9 cm., baloldalt 9 cm.;

a spina ant. sup. ilei-től az ülőgumóig mért távolság jobboldalt 16 cm., baloldalt 16½ cm.

A nagy lágyrészduzzanat ellenére is a jobboldali medenczefél méretei feltünőbb nagyobbodást nem mutatnak.

A far hatalmas lágyrészcsomója tapintásra zsírból és a végtag mozgásainál erősen összehúzódó izomzatból áll. És bár a vastag zsírrétegen át a tapintás kissé nehéz, érezzük mégis a jobb Roser-Nélaton féle vonal közepe alatt 3 haránt ujjal a tibia felső végét, e felett egy 1 cm.-nyi hézagot tapintunk, majd ismét egy tömött, kemény resistentiát, mely körülbelül 3—4 cm. hosszú, ujjnyi vastag és haránt ujjnyira terjed a spina ant. sup. ilei alá. A lábszár fel- és letolásánál a tapintott resistentia körülbelül 1 cm.-rel száll feljebb és lejebb.

A végtag mozgásait illetőleg, kivihetők úgy a csípőizületet, mint a térdizületet illető mozgások izoláltan, úgy active mint passive. Csakhogy míg a csípőben minden irányban szabadon, addig a térdben csak 90°-tól 145°-ig menő terjedelemben; ezentúl a térd mozgásait a felette tapintott resistentia szigorúan követi.

Ha a gyermek egészséges bal lábán áll, jobb sarka a bal lábikra felső határának magasságáig ér, jobb öregujja pedig az említett lólábállás miatt a bal belső boka magasságáig. Mindkét lábán egyszerre a fiú pedig úgy áll, hogy erősen sülyeszti jobb medenczefelét; bal lábát kissé abdukálja, úgy a csípőben mint a térdben derékszögig behajlítja és jobb lábát valgus állásban helyezi

2. ábra.

a földre. A medenczének sülyesztését a gyermek jobboldali lumbodorsális skoliosissal kompenzálja, a mely még teljesen kiegyenlíthető.

Igen érdekes a gyermek járása. A járást körülbelül 4 hónapja tanulta meg és gép nélkül erős biczegéssel úgy végzi, hogy testsúlyát főleg egészséges bal végtagjára helyezi át, jobb lábát lassan, bal lábát gyorsan emeli előre; járáskor a gyermek *bal* lába lúdtalpállást foglal el, míg *jobb* lábát lólábállásba hozza és a talajt csak ezen lábujjának talpi felszinével éri. A medenczeelhajlás és az ezt kiegyenlítő ágyékháti jobboldali skoliosis járásnál valamivel fokozódik.

Midőn a gyermek, 2 évvel ezelőtt, először volt nálunk, radiographikus felvétel is készült róla, melyen a jobb czombcsontnak csak körülbelül krajczárnyi, homályos árnyék felelt meg. A mult év októberében, tehát 2 évvel később készült röntgenogramm élesebben tünteti fel a viszonyokat — l. 3. sz. ábra —, velük behatóbban kell foglalkoznunk.

Feltünik a képen első sorban a két medenczefél közötti asymmetria: a jobb medenczefél összes csontjai valamivel gyengébbeknek látszanak, a jobb ízvápa feltünően kisebbedett. A femurra térve át: baloldalt a czombcsont árnyéka a kornak megfelelő; a diaphysis felső s alsó epiphysisével jól látható; az apophysisek (trochanterek) árnyéka még hiányzik. Jobboldalt az egész czombcsontnak csak egy 4 cm. hosszú, 1½ cm. széles és alsó ⅓-ában 2—3 mm.-nyi hézag által kettéosztott árnyék felel meg, szóval az egész femurból pusztán a diaphysis legdistálisabb része s az alsó epiphysis van meg; a czombfej, nyak és a diaphysis proximális legnagyobb része hiányzik. A jobboldali czombcsont csonkja felfelé keskenyedik, majd letompul; vége látszólag az izvápa felső széle felé közeledett. A diaphysis-csonk vastagsági átmérője jóval kisebb a baloldali czombcsont legdistálisabb diaphysis-részletének vastagságánál, amannak árnyéka 1½ cm., emezé 4 cm. széles. Még megemlítendő, hogy az egészséges czombcsont hajlásszöge — értjük alatta a czombnyak és a diaphysis közötti szöget, mely rendes körülmények között Mikulicz szerint felnőttön 125—126°, ezen korban azonban még a nyújtott szöghöz áll közel — esetünk-

[1] Kénytelen vagyok ezen a gyermekeken oly jellegzetes barázdát így elnevezni, mivel nevét eddig sehol sem leltem.

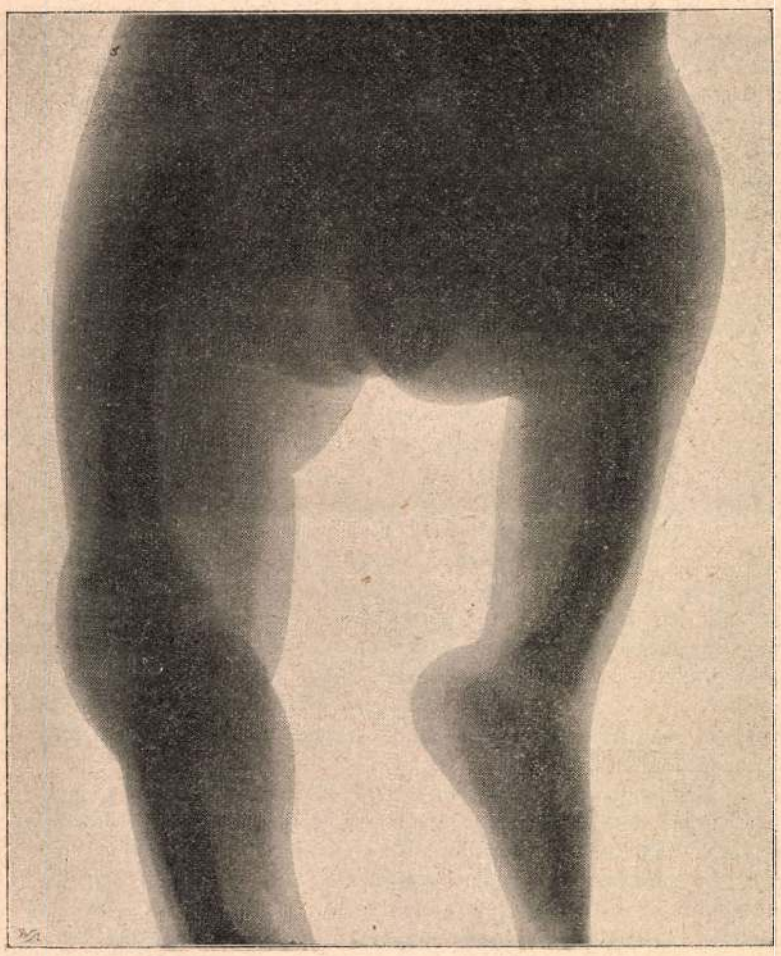
ben körülbelül 150°; tehát az egészséges lábon coxa vara áll fenn, mint azt hasonló körülmények között Reiner, Joachimsthal és Drehmann is leirták.

A patella árnyéka egyik végtagon sem látható. A lábszárcsontok árnyéka jobboldalt előre irányuló görbületet mutat, a görbület legnagyobb domborulata a lábszárcsontok középső harmadára esik. A tibia homorulatának megfelelőleg — mint azt rhachitikus csonton is látjuk — a corticalis erősen vastagodott, a domború oldalon pedig gyengült.

* * *

Nem czélom, hogy az ismertetett eset ezen néhány adatát hosszú elemzésnek vessem alá és megkisértsem, hogy belőlük a baj aetiologiájára következtetést vonjak. Meddő eljárás volna!

Az idevonatkozó irodalmat óhajtanám csak rövid kritikának alávetni, mert úgy tapasztaltam, hogy reászolgált a restálásra.



3. ábra.

A végtagokon észlelt fejlődési hiányokat I. Geoffroy Saint-Hilaire óta 3 főcsoportba osztjuk, melyeket ektromelia, hemimelia és phokomelia névvel illetünk. Kirmisson definitioját fogadva el alapul, *ektromelia* (*τιτρώσκω* sebesítek, *τὸ μέλος* a végtag) alatt egy vagy több végtagnak teljes hiányát értjük; a *hemimeliá*-nál (*ἥμι* fél, *τὸ μέλος*) hiányzik a végtag peripheriás részlete; míg *phokomeliánál* (*ἡ φώκη* fóka, *τὸ μέλος*) a végtag valamely centrálisabb szegvénye esett ki a fejlődésből, vagy egyáltalán nem, vagy pedig csökevényesen fejlődött, mialatt a végtag peripheriás részletei többé-kevésbé rendesen fejlődtek. Jelen esetünk tehát phokomeliát képvisel.

Az orvosi irodalomban veleszületett czombcsonthiányról az 1905. év végéig vagy félszáz közlemény jelent meg, számításaim szerint 77 eset közlésével! [Blencke-nél 66; Reiner-nél az említetteken kivül 9; Adrian-tól (cit. Blencke) 1; Joachimsthal-tól (nem citált eset az Arch. f. Gynaek.-ban) szintén 1 eset.] Olvasva eme közleményeket, súlyos itéletet kellene mondanom egyik-másik észlelőről, minthogy deformitások leirását találjuk emez elnevezés alatt, melyek épenséggel nem ide tartoznak. Hogy a lábszár sugár hiányaival társuló eseteket is ide sorolják, érthető; azt azonban, hogy ektromelia vagy hemimelia eseteit, melyeknél véletlenül valamelyes fejlődési rendellenesség is volt az egyik vagy másik czombon, vagy hogy torzszülötteket, amelusokat, peromelusokat, kiknél természetes, hogy a czomb is hiányzott, miért ép a czombhiány példányaikép állítanak oda a szerzők, súlyosabb fejlődési zavaraik szerény megemlítésével: megfoghatatlan előttem. Vannak továbbá phokomelia czímén közölt esetek, melyek leirásuk után itélve bizton nem tartoznak ide, másoknál pedig a leirás oly hézagos, hogy ha némi jóakarattal számításba is veszszük azokat, hasznát ennek — a hiányos adatok miatt — nem látjuk.

Enyhe itélettel a közölt 77 esetből legalább is 7-et el kell hagynom. (Hildemann második esete, Vrolik, Blencke egyik esete, Harrison, Debout, Oberteuffer, Jaeger esetei. Az első 3 szerző esetei bizton nem tartoznak ide, az utóbbiaké pedig, a különben is nagyon hézagos leirás után itélve, nagyobb valószinűséggel másfajta fejlődési rendellenességek példái.) A fennmaradó 70 esetből még 22 eset maradhat el mint olyan, mely mind a négy végtagra vonatkozó súlyos fejlődési rendellenességeket mutat. (Albrecht, Blacher, Boerner, Bruchard, Breschet, Cromelin, Dumas, Duméril, Erlich, Förster 2 eset, Friederici, Göller, Jaeger 2 eset, Isenflamm, Reisel, Mayer, Moussard, Rudolphi, Veiel 2 eset.)

Mindkét alsó végtagon egyszerre 18 esetben észlelték a phokomeliát; ezen esetek közül 9-szer (Veiel, Kümmel, Friedleben, Bernachi, Charon, Hohl, Paraeus, Rédard, Serlo) szövődött a bántalom még kisebb-nagyobb hiányokkal egyik vagy másik végtagon, 3-szor (Buhl, Lotheissen, Blencke) kombinálódott sugárhiányokkal, míg 6 esetben más hiány nem volt jelen (Carnochan, Williams, Rosenberg, Ellis, Blencke, Word). Egyoldali phokomeliát 30-at közöltek az irodalomban; 8 esetben (Feilchenfeld és Joachimsthal, Kirmisson, Kümmel 2 eset, Heusinger, Hildemann, Hulke, Altmann) egyéb difformitásokkal volt a baj szövődve, 8 esetben (Jaeger, Kirmisson 2 eset, Müller, Kümmel 2 eset, Reiner, Rédard) sugárhiány állott fenn, míg a *fennmaradó 14 esetben, melyekhez saját esetünket mint 15.-et illeszthetjük*, mindenféle sugárhiány nélkül állott fenn az egyoldali czombcsonthiány. (Billroth, Schrakampf, Grisson, Lange 2 eset, Fleischmann cit. Hildemann, Greb, Settegast, Hlawacek, Weinreich, Adrian 2 eset, Lünning-Schulthess, Joachimsthal.[1])

Ha már most ezen 14 közölt esetet, melyeknél, mint említém, az egyoldali femur-hiányon kivül más fejlődési zavar nem volt jelen, esetünk szempontjából statistikai adatok gyüjtésére akarjuk felhasználni, nehézségek egész sorával találkozunk az esetek hiányos ismertetése miatt. Az anatomiai viszonyok pontosabb leirását csak 9 esetben találjuk, ezeknél is azonban 1—2 eset kivételével (Lange, Adrian, Joachimsthal esetei) hiányzik a vázolt boncztani viszonyok röntgenografikus controllja; a leirás után itélve, esetünkkel *teljesen* egyformának az egyoldali czombcsonthiányok közül *csak 6 esetet* tarthatok (Greb, Grisson, Adrien, Hlawacek, Weinreich esetei és Joachimsthal 1. számú esete az Archiv. f. Gynäk, 1902. évfolyamában), mint a melyekben az egész femurból csak egy distális csonk maradt fenn, analogiában saját észlelésünkkel. 1 esetben (Lange) hypoplasiás volt az egész femur, egy esetben pedig a femur felső része volt csak csökevényes (Reiner). A többi esetben (Billroth, Schrakampf, Lange másik esete, Fleischmann, Settegast, Lüning-Schulthess) a boncztani lelet közölve nincsen, illetőleg nem biztos.

Igyekeztem más szempontokból is birálni az eseteket, de a hiányos közlés ennek is útját állja. Annyit azonban állíthatunk, hogy a nem e rendellenesség fejlődésére befolyással nincsen, a mennyiben saját esetemet is hozzászámítva, 7-szer volt a hiány fiúnál, 6 szor pedig leánynál észlelhető (a többi esetnél még ezen adat is hiányzik); 7-szer illette a deformitás a jobb lábat, 8-szor a balt.

Ennyi az, mit az egyoldali czombhiányok eme felületes közléseiből kihozhatunk. Sajnálatos tény ez, mert, a mint

[1] A Deutsche Gesellschaft f. orthop. Chirurgie I. congressusán 1902-ben Drehmann 3, Perl 1 idevágó esetet mutatott be; közelebbi adatokat azonban a gyülés ismertetései nem hoztak.

látható, ritkaságszámba mennek azon esetek, hol egy centrálisan fekvő csont hiánya mellett a végtag peripheriásabb részei teljesen kifejlődtek, illetve egészen épek.

Áttérve most a femur-hiányok azon nagy csoportjára, melyeket gyakran súlyosabb hiányokra való tekintet nélkül iktattak eme fejezetbe a szerzők, a különböző észlelések összehasonlításakor néhány érdekesebb leletre akadunk.

Gyakran irtak le teljes femurhiányt oly esetekben, melyeknél a későbbi kontroll-vizsgálat már csontot derített ki Igy pl. Grisson 3 éves fiún csontot agyáltalában nem talált, míg 6½ évvel reá már trochantert és patellát is érzett. Lange teljes hiányt irt le, esetében később Reiner diaphysis-csonkot mutatott ki. Joachimsthal is bemutatott 2 év előtt (1903 ban) a berlini sebésztársaságban egy gyermeket, kinél eleinte veleszületett czombcsonthiányt kórjelzett, még radiographiával is; későbbi röntgenografikus felvételeknél pedig megjelent a képen a diaphysis felső része a fejjel együtt, úgy hogy Joachimsthal utólag ezen esetet már nem veleszületett femur-hiánynak fogta fel, hanem csak elkésett ossificatio-ból magyarázta. E diagnostikai tévedések oka jórészt abban rejlik, hogy újszülötteken és csecsemőkön a hiányosan fejlődött czomb hatalmas izomtömegében csontcsonkot csak bajosan tapintunk; a tévedés, ha azt Röntgen-sugarakkal azonnal nem derítjük ki, csak évek multán válik felismerhetővé, midőn a nagyobbodó csontmaradványt tapintani már jobban tudjuk.

A czombcsont hiánya gyakran szövődik distálisabban fekvő csontok hiányával vagy deformitásaival. Leggyakrabban a térdkalács hiányzik, azon esetekben, melyekben térdizület nincsen, mindig. Érdekes ez annyiban, hogy bizonyít a régi Wiedersheim-féle felfogás mellett, mely szerint a térdkalács valódi lencse (sesam)-csont s mint ilyen a quadriceps femoris inának surlódása folytán a térdizület tokszálagjához jön létre. A patella hiányát Lange és Buhl is hasonlóan értelmezték.

Igen gyakran szövődött a femurhiányhoz a fibula, egyes tarsal-, metatarsal-csontok, az V., sőt más lábujjak hiánya is. A láb deformitásai közül Hulke (cit. Reiner) donga-lólábat, Lüning-Schulthess atlaszukban egyoldali czombcsonthiány mellett kétoldali dongalábat irnak le, Reiner pedig a hiányos végtagon gyakran lúdtalpat észlelt a peronaeus-inak subluxatiojával.

(Folytatása következik.)

A budapesti egyetemi diagnostikai tanszék közleménye. (Igazgató: Korányi Sándor dr. nyilv. rk. tanár.)

A polyglobulia lépmegnagyobbodással.

Irta: *Bence Gyula* dr., egyetemi tanársegéd.

(Folytatás.)

A vörösvérsejtek alaki eltérését illetőleg *Türk* eseteiben kisebbfokú poikilocytosist, kivételesen polychromatophiliát és kevés magvas vörösvérsejtet talált. Ez utóbbi leletét utóbb *Weintraud*, majd *Weber* és *Watson* is megerősítette. Eseteimben poikilocytosist nem találtam, magvas vörösvérsejtet mindhárom esetben találtam, igy az I. esetben 557 fehérvérsejt számolása közben egy megalo- és egy normoblastot, a II. esetben 573 fehérvérsejt számolása közben egy normoblastot találtam, úgy hogy ennek alapján csatlakoznom kell *Türk* véleményéhez, hogy a vér e betegségnél mindig tartalmaz magvas vörösvérsejteket, csak türelemmel kell keresni.

Sokat vitatott kérdés, hogy a polyglobuliánál a vörösvérsejtek nagysága eltér-e a rendestől. *Türk* azt állítja, hogy elvétve látott mikrocytákat, rendszeres méréseket azonban nem végzett. *Vaquez* veleszületett szívbajoknál nagyobbnak találta a vörösvérsejtek átmérőjét, ellenben polyglobuliánál léptumorral a vérsejtek átmérője szerinte rendes, úgy hogy ő e különbségnek diagnostikai fontosságot tulajdonít.

Türk a vörösvérsejtek említett elváltozásaiból a vörösvérsejtképző szervek izgalmára következtet, a mely felvétel mellett határozott bizonyítékot szolgáltat a fehérvérsejtek részletes vizsgálata. Az esetek legnagyobb részében a fehérvérsejtek megszaporodása észlelhető. Több esetben a fehérvérsejtek száma elérte a 30,000-et. Eseteimben 12.500,9700, illetve 8800 volt a számuk. Ha a rendesnek elfogadott maximális számot, 7000 et veszszük alapul, még akkor is mindhárom esetben a fehérvérsejtek megszaporodását kell felvennünk. De sokkal fontosabb a számbeli szaporodásnál a különböző fehérvérsejt-fajok arányának megváltozása. Az összes eddig észlelt esetekben már feltünt a lymphocyták aránylag csekély száma, míg e mellett a polynucleáris leukocyták igen jelentékeny szaporodást mutattak. Továbbá *Türk*, *Vaquez*, *Weber* és *Watson* találtak egy egy myelocytát és azonkivül az eosinophil- és hizósejtek jelentékeny megszaporodását. Eseteimnek részletes feldolgozása igazolja az előbbi leletet. Igy I. esetemben 9·2% lymphocytával 1·7% mononucleáris és 89·1% polynucleáris leukocyta áll szemben. Tekintettel arra, hogy a fehérvérsejtek összes száma 12,500 volt, látható, hogy a lymphocyták absolut száma 1 mm³-ben 1150, vagyis körülbelül a rendes maradt, holott a leukocyták feltünően megszaporodtak. A leukocyták között pedig 6·7% eosinophil- és 2.3% hízósejtet találunk, vagyis ez utóbbiak oly mennyiségben vannak, melyhez hasonló csak a myeloid leukaemiánál észlelhető. Hasonló leletet adott a II. eset, a melynél 9700 fehérvérsejtből 12·6% lymphocyta, absolut számban 1222 egy mm³-ben, vagyis megint közel a rendes szám, s igy a fehérvérsejtszámban mutatkozó szaporodás tisztán a csontvelőben képződő alakelemekre esik, s ezek közül is ismét feltünő szaporulata van jelen azon fajoknak, a melyek csakis csontvelő-hyperfunctionál találhatók, igy a II. esetben is 3·1% hízósejt és 4·6% eosinophil-sejt volt található. *Összegezve a vörös- és fehérvérsejtek alaki eltéréseire vonatkozó adatokat, elmondhatjuk, hogy úgy a vörösvérsejtek magvas vörösvérsejt jelenléte által, valamint a fehérvérsejtek a leukocyták és pedig különösen az eosinophil és a basophil szemcsés sejtek megszaporodása által, a csontvelőben végbemenő hyperfunctiora vallanak.* E mellett az utóbbi időben a jelen megbetegedés közelebbi megismerése következtében a bonczolatnál nagyobb gondot fordítottak a szerzők a csontvelő vizsgálatára, úgy hogy *Weber* és *Watson* egy esetük kapcsán, melynél szabad szemmel, de főleg górcsövi vizsgálattal *a vörös csontvelő túlburjánzását* állapították meg, a polyglobuliának ezen kórkép alatt lefolyó alakjait a csontvelő megbetegedésének tartják.

A vér elmondott górcsövi képe és az utóbb említett bonczlelet nagy jelentőséggel birnak annak eldöntésénél, hogy a vörösvérsejtek nagyobb számának létrejöttét miként magyarázzuk. Ez utóbbit háromféle módon képzelhetjük el: vagy fokozott vörösvérsejttermelés folyik, vagy csökkent szétesés, a mely két esetben valódi polycythaemiáról beszélünk, vagy végre lehetséges, hogy rendes termelés és szétesés mellett az erekből folyadék kilépése által a vér besürüsödik, a mely utóbbi esetben relativ polycythaemiáról szólunk.

Mindenekelőtt tekintsük a legutóbbit, a relativ polycythaemiát. A relativ polycythaemia legközönségesebb alakjai azok, a melyek vagy csekély folyadékfelvétel mellett, vagy erősen fokozott folyadékveszteség után észlelhetők. Az előbbihez sorolják némelyek az újszülöttek polycythaemiáját, az utóbbihoz az erős izzadás, hasmenés, fokozott diuresis, a pylorus-szükület és a gyorsan növekvő ascites eseteiben előforduló polycythaemiát. A relativ polycythaemiához sorolják még a szívbajosoknál előforduló polycythaemiát és vita tárgyát képezi még, hogy a hegyibetegségnél előforduló polycythaemia melyik alakhoz tartozik. A relativ polycythaemiának megvannak a maga tünetei, a melyek keletkezési módja szerint változók. Létrejöttét vagy úgy képzelhetjük, hogy a vérplasma kilép egészében, vagy úgy, hogy a vér csak vizet veszít és a plasma egyéb alkotórészei többé-kevéssé visszatartatnak. Ily módon a visszamaradó vérsejtek kisebb térre szorulnak, tehát számuk relative szaporodik. Ha plasma lépne ki egészében, akkor az erek szükülését és a vér összmennyiségének általános kisebbedését kellene észlelnünk, ezzel ellentétben úgy a felületes bőr- és nyálkahártyaerek vizsgálata, valamint a bonczolásnál tett tapasztalat szerint az egész érrendszer nagyfokú túltelődése látható, úgy hogy a betegség összes leirói plethora vera létezését veszik fel, a mi pedig kizárja az első módot. Továbbá nagyobb volna a vér serumának fehérjetartalma is, ha plasma kilépése okozná a vér besürüsödését, mert ismeretes dolog, hogy a transsudatumok fehérjetartalma kisebb a vérénél. De nemcsak a savó fehérjetartalma, hanem fagypontja és vezetőképessége is inkább a besürüsödés ellen szól. A második mód, a vízveszteség ellen

szól *Weintraud* szerint az, hogy a serum szilárd alkotórészeinek mennyisége, valamint fehérjetartalma rendellenesen alacsony. *Úgy a refractióra, mint a fagypontra vonatkozó vizsgálataim szintén egész határozottsággal a vérnek vízveszteség útján létrejövő besürüsödése ellen szólnak.* A mint vizsgálataim mutatták, a serum összes térfogata 22%, tehát a rendesnél több mint felével kisebb. Ha a savó ily megkevesbedése besürüsödés útján történnék, a savó szilárd alkotórészei igen nagyfokú megszaporodásának kellene bekövetkeznie, ennek pedig épen ellenkezőjét látjuk. Mindezekből egész biztosan következik, hogy *a polycythaemia nem a már keringésben levő rendes sejtszámú vérnek folyadékvesztesége révén jön létre, hanem, hogy a megszaporodott vérsejtek valóságos többletet képeznek.*

Vajjon túlképződés vagy csökkent tönkremenés következménye-e ezen sejtszaporodás? *Vaquez*, a kórkép első leirója, a vörösvérsejtek megszaporodását „hyperactivité fonctionelle des organes haematopoietiques“ (a vérképző szervek túltermelése) eredményének mondja; hozzá hasonlóan foglal állást *Türk*, *Weber* és *Watson* stb. Velük ellentétben *Weintraud* a vörösvérsejtek csökkent tönkremenésében látja a polycythaemia okát. Az egyik tábor a vér szöveti elváltozására és a csontvelő túlburjánzására (*Weber* és *Watson*) hivatkozik; míg *Weintraud* az eddigi bizonyítékokat nem tartja elegendőnek arra, hogy fokozott csontvelőműködést vegyen fel, igaz ugyan, hogy *Weber* és *Watson* bonczleletéről tudomása még nem volt.

Weintraud a vörösvérsejtek csökkent tönkremenését veszi fel s módját illetőleg többféle lehetőséget említ. Igy párhuzamot von a phosphor- és CO-mérgezésnél található polycythaemiával és az emezeknél található viszonyokhoz hasonlóan itt is a parenchymás szervek, nevezetesen a máj megbetegedésében keresi esetleg a csökkent vérsejttönkremenés okát. E párhuzam egyáltalán nem állhat meg, mert a míg a phosphormérgezésnél található májelváltozás megadja a magyarázatát a májfunctio kiesésének, addig azt a „polyglobulia“-nál kimutatható májelváltozásra egyáltalán nem mondhatjuk. *Weintraud* hivatkozik *Lefas* azon nézetére, hogy a primaer léptuberculosisnál akkor jelentkezik a polyglobulia, a mikor a baj ráterjed a májra is, holott *Weintraud* maga czikkének más helyén czáfolja *Lefas* e nézetét azon érvvel, hogy az általa összegyüjtött esetek közül háromban májmegnagyobbodás kimutatható nem volt, már pedig azt nem tartja valószinünek, hogy az ha csak kisfokú májmegnagyobbodás van is jelen, az elkerülje a vizsgáló figyelmét. Ezen nézete mellett *Weintraud* még felhozza, hogy eseteiben urobilint nem tudott kimutatni a vizeletben. Ezzel szemben áll azonban *Weber* és *Watson* esete, a melynél erősen fokozott volt az urobilin-kiválasztás. Egy másik lehetőség, mely *Weintraud* szerint magyarázhatná a vörösvérsejtek csökkent tönkremenését, az volna, hogy esetleg valamely a vörösvérsejteket conserváló, eddig közelebbről nem ismert anyag, talán cholesterin van a rendesnél nagyobb mennyiségben a vérben és gátolja a vérsejteknek rendes mérvü szétesését. Ez utóbbi nézet mellett semmiféle objectiv bizonyíték nem szól. A mint tehát látjuk, a vérsejtek csökkent tönkremenése mellett részben oly tényezők soroltatnak fel, melyek egyáltalán meg nem állhatnak, részben ellentétes megfigyelések is lévén, nem bizonyítók, és végre olyanok, a melyekre vonatkozólag semmiféle objectiv támpont nincsen. Ezzel szemben a vérsejt túlproductio mellett kevés kivétellel a betegség összes észlelői objectiv megfigyeléseik alapján foglaltak állást. A mennyire bebizonyítottnak tekinthető a vérsejt-túlproductio, annyira nem állítható az ellenkező a csökkent tönkremenésről, de azért mégsem lehetetlen, hogy mindkét körülmény szerepel. Lehetne a csökkent tönkremenést úgy is képzelni, mint *Gibbson* gondolja a veleszületett szívbántalmaknál észlelhető polycythaemia eredetét illetőleg, hogy t. i. a vörösvérsejtek kisebbfokú oxydatio miatt lassabban mennek tönkre. Ha e lehetőség egyáltalán fennállhat, úgy a jelen megbetegedésnél meg volna az alapfeltétel is, mert mint *Weber* kimutatta, a polyglobuliás vér nem tartalmaz több oxygent, mint a rendes vérsejtszámmal biró vér, ebből az következik, hogy egy-egy vérsejt a rendesnél kevesebb oxygent hord, vagyis kevésbé van anyaga az elégésre, mint rendes viszonyok közt. Az elmondottak alapján azt hiszem felvehető, hogy *a nagyobb vérsejtszám első sorban fokozott vérsejtképződés eredménye, de nem lehetetlen, hogy e mellett még a csökkent szétesés is szerepel, bár ez utóbbira nézve semmiféle bizonyítékunk nincsen.*

A vér *haemoglobin*-tartalma e megbetegedésnél jelentékeny megszaporodást szokott mutatni, kivétel ez alól csak oly esetekben fordul elő, a melyekben polycythaemia primaer léptuberculosissal kapcsolatban támadt, így *Cominotti* 7.200,000 vörösvérsejt mellett 70% és *Bayer* egy esetében 6·5 millió vörösvérsejt mellett 40% volt a haemoglobin-tartalom. A haemoglobin megszaporodása általában lépést tart a vörösvérsejtszám emelkedésével, így eseteimben, melyekben a meghatározást a teljesen megbizható *Fleischl-Mischer*-féle methodussal végeztem, a következő volt: I. esetben 9.500,000 vörösvérsejt mellett 29% haemoglobin; II. esetben 8.064,000 vörösvérsejt mellett 27·3% haemoglobin; III. esetben 8.100,000 vörösvérsejt mellett 27·8% haemoglobin. Ez adatokból világosan kitünik, hogy a vörösvérsejtek haemoglobin-tartalma körülbelül változatlan marad. Különben a vizsgálatnál a vörösvérsejtek festenyzettsége teljesen egyenletesnek látszik és festési eljárásoknál a festődés egészen egyenletesen történik. A haemoglobin milyenségét illetőleg, mint már más helyen említettem, részletes vizsgálatot végeztem, a mely arra az eredményre vezetett, hogy a vér, mint rendesen, tálnyomóan oxyhaemoglobint tartalmaz.

A haemoglobin oxygenkötő képességét illetőleg azonban *Korányi S.* tanárnak az volt a nézete, hogy a rendesnél kisebb, de mielőtt erre vonatkozó direct vizsgálatokat végezhettünk volna, már *Mohr* közölt erre vonatkozó kisérleteket, melyek azt mutatták, hogy a *nagyobb vérsejtszám daczára sem nagyobb a rendesnél a vér oxygenkötő képessége.* Ez fontos körülmény, a melyre a betegség eredetének magyarázatánál még visszatérek.

A vér physikai sajátságai közül már ránézéskor feltünik sötét szine, sürüsége és az ujjhegyből történő lassú elöbugyogása. A vér fajsúlya a rendes átlagot jóval meghaladja, az esetek legtöbbjében 1060—1080 között ingadozik. A fajsúly e magas volta, mint *Weintraud* kimutatta, a vörösvérsejtek rovására irandó, mert a serum fajsúlya a rendesnél valamivel alacsonyabb volt eseteiben. A savó fénytörésmutatója (refractio-indexe) a rendes értékek alsó határán van, *1·3480*, illetve *1·3484* volt eseteimben. Ez alacsony érték magyarázatát abban leli, hogy a vér refractioját leginkább befolyásoló oldott alkatrész, a fehérje, *Weintraud* vizsgálatai szerint a rendesnél kisebb mennyiségben van a savóban. A vér fagypontsülyedése eseteimben —0·54 és —0·56·5 között ingadozott, *Weber* —0·53-at említ. A serum kis térfogata mellett ez a kis molekulájú oldott alkatrészek nagyon csökkent voltára mutat. A vér villamos vezetőképessége igen alacsony, 38 C.⁰-on $7{\cdot}2 \times 10^{-4}$ Ohm, de nagyon alacsony a serumé is, 38 C.⁰-on 118×10^{-4} Ohm. Az egészséges embernél Viola 25 C.⁰-nál 108 és 119×10^{-4} Ohm közt ingadozó értékeket talált. Esetemben a savó vezetőképessége 38⁰ nál lévén megállapitva, összehasonlítás czéljából a *Tangl-* és *Bugarszky*-féle hőcoefficienssel át kell számítanunk értékünket 25 C⁰-ra, ekkor 84×10^{-4} Ohm a savó vezetőképessége, vagyis az eddig ismertetett adatokhoz képest feltünően alacsony. A vér alacsony villamos vezetőképességének megadja kellő magyarázatát a rosszul vezető vérsejtek nagy száma. A serum alacsony vezetőképessége kétféle módon eredhet: vagy kisebb a rendesnél a dissociált ionok száma, vagy nagyobb a rendesnél az áramot rosszul vezető alkatrészek mennyisége. Ez utóbbi értelemben, mint ismeretes, túlnyomóan a fehérje befolyása veendő tekintetbe. Ennek felszaporodása ellen szól azonban a fentebb említett alacsony refractio-érték. Miután elesik tehát ez a lehetőség, fenn kell tartanunk a második módot, vagyis a savó kis dissociált iontartalmát, a mely lehetőséget támogatják a fagypontsülyedésnél tapasztalt alacsony értékek is.

A savó fajsúlya, fagypont-sülyedése, refractioja, villamos vezetőképessége egyaránt azt mutatja, hogy a serum mindennemü szilárd alkatrészben, nevezetesen úgy fehérjében, mint a kis molekulájú oldott alkatrészekben szegény. Ezen összes tényezők egybehangzó értékei legkönnyebben egy közös okkal volnának magyarázhatók, és ez a vérnek aránylag csekély szénsavtartalma, ezzel ellentétben magas víztartalmat kell felvennünk. Ez utóbbi viszonyok létrejötte kétféle módon lehetséges: vagy nagyobb vízmennyiség tartatott vissza a keringésben a vese elégtelen működése folytán, vagy a savó már erede-

tileg sem volt concentráltabb. Igaz ugyan, hogy az esetek legnagyobb részében albuminuria van, de vesealakelemek többnyire nem találhatók és más klinikai tünet sincsen, a mely a vese oly fokú bántalmazottsága mellett szólana, melyből a vízretentiót meg lehetne magyarázni. Az I. számú betegnél, kire az összes fentebb említett vizsgálati adatok vonatkoznak, inkább polyuria állott fenn, mint annak ellenkezője, mert a vizelet napi mennyisége 2000—2500 gm. közt ingadozott. Ez a lehetőség tehát elesik. *Az összes physico-chemiai tényezők említett elváltozását azonban könnyen vezethetjük vissza egy közös okra, t. i. a vérnek aránylag csekély szénsavtartalmára. Ezt valószínűvé teszik a vérplasma alacsony molekuláris concentratioja, és kis fehérjetartalma, miután a szénsavtartalom fokozódásával a plasma fehérjetartalmának és molekuláris concentratiojának fokozódása szokott együtt járni.* Miután azonban a vér szénsavtartalmát magát nem mérhettem, e következtetés helyességéről nem győződhettem meg.

A savó és vér villamos vezetőképességének meghatározását tulajdonképen arra akartam felhasználni, hogy a *vér sejtes elemeinek térfogatát* határozzam meg az egyidejűleg *Tangl* és *Bugarszky, Róth,* valamint *Stewart* által ismertetett módon, mely kiindulási alapul a savó és vér vezetőképességének arányát használja fel. Ez arányszám ez esetben oly magas volt, hogy sem az *Oker-Blom,* sem a *Fraenckel P.* által szerkesztett görbén megfelelő számra nem találtam. Miután a vérsejttérfogat megismerésének mégis fontosságot tulajdonítottam, meghatároztam az általam ismertetett módszerrel, mely különböző savóhigítások refractiojából teszi lehetségessé a savó térfogatának megállapítását. Az eredmény következő volt:

100 rész vérhez adott 0·9% NaCl-oldat	Refractio	Kiszámított savótérfogat
0	1·3484	—
16·67	1·3421	22·7
20·0	1·3415	23·1
25·0	1·3407	23·3
33·33	1·3397	23·7
50	1·3381	22·3
100	1·3362	22·1
		Átlag: 22·8

A serumtérfogat tehát 22·8%, a miből következik, hogy a vörösvérsejtek térfogata 77·2%, ugyanakkor a midőn a vörösvérsejtek száma 10.664,000 volt. Minthogy a normális vér sejtes elemeinek térfogatára vonatkozólag megbizható módszerrel mérések nagyobb számban nem történtek, nincsen módunkban, hogy összehasonlítások útján arra következtethessünk, hogy e betegségnél az egyes vörösvérsejtek meg vannak-e nagyobbodva. Ez annyival inkább lett volna érdekes, mert a polycythaemiák különböző alakjaira nézve e kérdés még mindig nincsen tisztázva. Az eddigi következtetéseket a vörösvérsejtek átmérőjének megváltozására alapították, már pedig ismeretes ennek paradox viselkedése. Igy szénsavdús vérben a vérsejt átmérője kisebbedik, holott térfogata nagyobbodik.

(Folytatása következik.)

Közlemény a székesfővárosi szt. István-kórház bőr-beteg- és bujakóros osztályáról. (Főorvos: Róna S. tanár)

Adatok a symmetriás arcznaevusok tanához.

Csillag Jakab dr.-tól.

„Symmetriás arcznaevusok" neve alatt *Hallopeau Leredde* nyomán azon ritkán észlelhető és gyér számban ismertetett eseteket foglaljuk össze, melyeknél *a születés vagy az első gyermekévek, legkésőbb a fanosodás kora óta szabályszerűen* az arcz bizonyos helyein részarányosan mindkét oldalt, és pedig *az orrháton, az orrszárnyakon, az orr-ajkredőkben, az ajkak bőrén és az állon,* valamint az arcznak orr körüli részén, esetleg a homlokon mákszem egész kendermagnyi, vagy valamivel nagyobb daganatocskák találhatók. E daganatocskák érzésbeli tüneteket nem, vagy alig okoznak, laposak, félgömbalakúak vagy gombaalakúak, ép bőr, fehér-, sárgás-, vagy vöröses-színüek, petyhüdtek, puhák, vagy egész porczkemények; jóindulatúak.

Szöveti szerkezetük különböző, de esetenként rendesen azonos.

Egy sorában az ide tartozó eseteknek (a *Brooke, Balzer, Fordyce, Jarisch, White* és *Wolters* eseteiben) *indifferens hámsejtekből álló kötegeknek és ezek hálózatainak tömegéből épültek fel a tumorocskák.* A hámsejtek colloidszerü degenerationak vannak alávetve, mely miatt nagyszámú kis cysta található a tumor metszeteiben. E csoportot *epithelioma adenoides cysticum* (Brooke) [trichoepithelioma multiplex papulosum (Jarisch)] néven ismerjük. Eddig elé összesen 11 idevágó esetet ismertettek a fenti szerzők.

Az esetek egy másik sorában *(Pringle, Caspary, Pezzoli, Marullo, Crocker, Taylor és Barendt, Rosenthal, Kothe, Ketländer és Poór* eseteiben) *a tumorocskák újonképződött és részben megnagyobbodott faggyúmirigyek tömegéből* állanak. E csoportot *adenoma sebaceum Pringle* néven ismerjük.

Perry ir le egy esetet, melyben a tumorok a symmetriás arcznaevusok localisatioja mellett *verejtékmirigyek tömegéből állottak.* Ez az eset egyelőre még egyedül áll.

Végül az esetek egy csoportjában (*Darier, Kopp* és *Winkler* eseteiben) a daganatocskák *megszaporodott és tágult vérerekből és dúsmagvú kötőszövetből állottak.* Első leirójuk, *Darier* nyomán az idetartozó három esetet *naevus verrucosus vascularis*-nak nevezzük.

Nem hiányzanak azonban, a mint *Winkler* (1900) összeállításából is kiderül, átmenetek sem egyik csoportból a másikba. Ilyenek *Hallopeau-Leredde,* valamint *Pick W.* esetei.

A mint ezen naevus féleség vázlatos jellegzéséből is látjuk, ha a szemünk elé kerülő idevágó esetekben a tumorok egész lényegét esetenként ismerni akarjuk, elengedhetetlen ehhez a tumorok szövettani vizsgálata is.

Egy ily symmetriás arcznaevus-esetet volt alkalmunk 1905. október hóban *Róna* tanár osztályán észlelni, melyben a tumorocskák lényegéről csak a megejtett szövettani vizsgálat után tudtunk tisztába jönni.

Az esetre vonatkozó adatok a következők:

T. K. 28 éves özvegy nő orrán, arczán és állán daganatocskák vannak, melyek keletkezési idejére nézve ő maga nem tud pontos adatot szolgáltatni, de a mint mondja, testvérei úgy emlékeznek, hogy ez elváltozások már kis korában is megvoltak kis mértékben, azonban 14—15 éves korában, a midőn első havi baját megkapta, a daganatocskák rohamosan megszaporodtak és megnagyobbodtak rövid idő alatt, és azóta csak annyiban szenvedtek változást, a mennyiben a menstruatio idejében, mely különben csak 4—5 havi időközökben jelentkezik, erősebben megduzzadtak és két szülése alkalmával teljesen elhalványodtak. Különben érzésbeli tünetet a bántalom csak annyiban okoz, hogy néha bizsergésszerü érzése van a bántalmazott területen.

Már gyermekkorában ideges természetü volt. Kétszer szült, először 3 év előtt; azóta hysteriás. E szülésből származó gyermeke 9 hónapos korban halt el egy hó előtt.

Sem felmenő, sem lemenő, sem oldalágbeli rokonainál az arczán levő bántalomhoz hasonlóról nem tud.

Jelenállapot. A nő középtermetü, mérsékelten fejlett, mérsékelten táplált, rendes értelmiségü. Arczán a járomívek csúcsa és az áll közé eső háromszögben, legsürübben *az orr porczos részén,* úgy, hogy ép bőr alig látható, *az orrszárnyak szélein, az orr-ajkredőben és az állon,* de elég nagy számban az orrot körülvevő arczbőrön is, mákszem egész kendermagnyi nagyságú göcsöcskék láthatók. E göcsök különállók, laposan, félgömbalakban és gombaszerüen ülnek a bőrön, kisebb számban ép-börszínüek, legnagyobbrészt élénk- vagy sötétvörösek, mely szint a felületükön látható tágult erecskék okozzák. Felületük egyenletes vagy karélyozott, sima, tapintatuk puha. Rajtuk tüszönyilások nem láthatók.

A homlokon egy lencsényi, kissé tömött, sárgásszínü naevus látható, felületén tágult tüszönyilásokkal; a nyakon nagyobb számú, a bal hónalj alatt egy fibroma molluscum található.

A szövettani vizsgálat czéljára az orrszárny széléről, az állról és az arczról egy-egy tumorocskát metszettünk ki.

Fixálás formalinban, keményítés alkoholban, beágyazás celloidinban, a metszetek festése haematoxylinnal eosin- vagy van Gieson-utánfestéssel, polychrom methylenkékkel, Unna-Taenzer-féle és Weigert-féle rugalmasrostfestéssel történt. A metszeteket sorozatosan vizsgáltam.

Az orrszárny széléről származó kendermagnyi göcs szövettani lelete a következő volt:

A tumor egész tömege nagy kötőszöveti és hizlalt (10—15 egy-egy erősen nagyított látótérben) sejtekben igen dús finom rostú kötőszövetből, s ezt minden irányban áthálózó, erősen tágult, egy sejtsorból álló fala vérerekből állott. A fedőepithel közelében a papilláris rétegnek megfelelően sok kisebb-nagyobb, egy sor sejttel bélelt üreg látható, melyek némelyike eosinnal festett készítményeken jól előtünő vörösvértestekkel telt, tehát kétségtelenül a papilláris réteg capillarisának cavernális tágulatai voltak. Egyes vérerek körül gömbsejtek tömegéből álló kisebb-nagyobb szigetek voltak láthatók. A rugalmas rosthálózat hiányzott és csak a szőrtüszők mentén voltak nyomokban igen vékony rostok láthatók.

Mint különös leletet említem meg, hogy egyes metszeteken a fix kötőszöveti sejtek között nagyobb számú, koszorúalakban elrendezett magvú óriássejt volt található, melyek egy részének centrumában sárgás festékrögöket találtam.

A tumor felett a papillák el voltak simulva úgy, hogy a fedőepithel és cutis egyenes vonalban érintkezett egymással.

A basalsejtréteg festéket nem tartalmazott, ellenben a papilláris rétegben a normálisnál sokkal nagyobb mennyiségű sárgás pigment volt részint fix kötőszöveti sejtek körül, részben szabadon a kötőszövetben. A Malpighi-rétegben különben elváltozás nincs, a szemcsés réteg jól kifejezett, a szarúréteg normális. Verejtékmirigyek a tumor metszeteiben nem voltak láthatók. A szőrtüszők és faggyúmirigyek megszaporodva vagy megnagyobbodva nem voltak.

Az állról és az arcz bőréről kimetszett tumorocskák, melyek mákszem-kölesnagyságúak voltak, a bőr papilláris rétegében és a reticularis réteg legfelső részében foglaltak helyet és ugyancsak a normálisnál nagyobb számú és tágult vérerekből, valamint dúsmagvú megszaporodott kötőszövetből állottak, azonban a tumorocskák nem voltak oly élesen határoltak, mint az előbb leirt nagyobb tumorocska; határaik az ép szövet felé inkább a rugalmasrost-festésnél tüntek elő az által, hogy a rugalmas rosthálózat a tumorocskák területén teljesen hiányzott, míg az ép szövetben kitünően megfestve volt látható.

Naevus-sejtek sem az előzőben, sem ezen göcsökben nem voltak találhatók.

A fedőepithel és ennek hámfüggelékei különben teljesen rendes viszonyokat tüntéttek fel. A papilláris rétegben a hyperpigmentatio e kis tumorocskáknál hiányzott; óriássejteket szintén nem találtam.

Összegezve a leletet, *a tumorocskák anyaga részben megszaporodott és tágult capillarisokból, részben rugalmas rosthálózattól mentes, nagy kötőszöveti sejtekben dús, megszaporodott collagen-anyagból állott.*

Ezen szövettani lelet teljesen megegyezik azon három eset leletével, melyeket *Darier*, *Kopp* és *Winkler* ismertettek és melyeket *Darier* után, mint *Winkler* is jól jegyezte meg, nem eléggé találóan *naevus verrucosus vascularis* néven ismerünk. Ez eset tehát e csoportban a negyedik volna.

De megegyezik leletem nemcsak általánosságban, hanem egyes részleteiben is e szerzők leletével; így *pigment-felhalmozódást találtak a papilláris rétegben Kopp* és *Winkler is, viszont a basalsejtrétegben nem találtak ilyent*; *rugalmas rosthiányt talált Winkler*; *Kopp* és *Darier*, úgy látszik, ily irányú vizsgálatot nem végeztek.

Csak óriássejt-leletem az egyik tumorban áll egyedül.

Sem a hyperpigmentatio a papilláris rétegben, sem az óriássejtek, mint láttuk, nem képeznek állandó leletet az összes tumorocskákban és így nem is jellegzők ezekre.

A mi a rendellenes pigment-mennyiség lerakódását a papilláris rétegben illeti, ennek leginkább megfelelő magyarázatát a sok cavernásan tágult capillaris a papilláris rétegben adja oly módon, hogy ezen vékonyfalú és vérrel telt erekből valamely okból — külerőszaknak leginkább kitett helyen lévén a bántalom, e vérerek repedése könnyen jöhet létre, különösen rhexis útján — vér lép ki a papilláris rétegbe, a miből tehát a vérpigmentnek különben is megfelelő sárgás színü festéknek haematogen úton létrejövetele megmagyarázható. Egyes eosinos metszetekben a vérereken kivül csakugyan találhatók voltak vértestecskékből álló kisebb-nagyobb szigetek. Haemosiderinre a Perl-féle reactiót, sajnálatomra, elmulasztottam végezni.

A mi pedig az óriássejteket illeti, ezek jelenlétét viszont a abnormis pigment jelenlétével találtam összefüggésben, mint idegen-test-óriássejteket. Az óriássejtek leginkább a tumor mélyebb részein voltak találhatók és egyesek közepén, mint leirtam, sárgás pigment volt található. A tumor mélyebb részein a fenti módon képződött pigment, úgy látszik, idegen testként hatott a szövetre, a mi az óriássejtek jelentkezését kiváltotta és ezek a pigmentet magukba zárták.

A vérerek körül helyenként talált gömbsejtes infiltrationak a magyarázatát abban kell keresnünk, hogy a tumorocskák elhelyeződésüknél fogva sok kivülről jövő sérelemnek vannak kitéve és így kis fokú gyuladásos góczok könnyen jöhetnek bennük létre.

Esetünkben oly momentum, mely az egész symmetriás arczbántalomfaj kórtani állásának — naevus vagy tumor? — egyik vagy másik irányban való eldöntésére befolyással birna, nem fordult elő.

Az elnevezést illetőleg a jelenlegi helyett, mely nem fejezi ki a tumorok igazi lényegét, helyesebbnek tartanám a *naevi symmetrici fibro-angiomatosi* nevet. Ez a naevus-jelleget, a részaránytos elrendeződést és a szövettani lényeget is kifejezi.

Ez esetben a többi alcsoport elnevezése volna:

Naevi symmetrici sebacei (Pringle-typus).
Naevi symmetrici epitheliomatosi (Brooke-typus)
Naevi symmetrici sudoripari (Perry-typus).

TÁRCZA.

Országos védőegyesület a nemi betegségek ellen.

A közegészségi egylet kezdésére fentebbi czim alatt alakult meg márczius 25-én a régi képviselőház üléstermében egy a venereás betegségek ellen küzdő egyesület, a közönségnek, különösen az egyetemi ifjúságnak, óriási érdeklődése mellett. Az ülést *Liebermann Leó* egyetemi tanár, az előkészítő bizottság elnöke nyitotta meg nagy tetszéssel fogadott következő beszéddel.

Mélyen tisztelt gyülekezet!

Egy ismert olasz közmondás így hangzik: dove non entra il sol, entra il medico. Szabadon fordítva ez annyit jelent, hogy ott a hol nincs világosság, ott baj van! Jóllehet az emberi társadalomra nézve nincsen fontosabb kérdés, mint az, hogy milyen körülményektől függ egészséges ember létrejövetele és az emberi nem fenntartása és szaporodása: a társadalom mindazon kérdéseket, melyek ezzel összefüggésben állanak, évszázadokon át sürü fátyollal borította.

Hogy ennek mi az oka, azt érdemes volna különös vizsgálat tárgyává tenni. Az azonban bizonyos, hogy egyéb, komolyabb okok mellett, mint a milyen az újszülöttek és a jövő nemzedék jólétének biztosítása *szigorú családi kötelékek* révén, nem kis része volt ebben a vallási rajongásnak is, mely a természeti ösztönök elfojtásában erkölcsös cselekedetet látott.

De bármi lett légyen is az oka, az eredmény nem lehetett más, mint az, mely bekövetkezett.

A szégyen, sőt a bün stigmájával felruházott ösztönök megmaradtak, de a sürü titokzatos lepel alatt elfajultak *pervers* ösztönökké.

De ez magában véve még a kisebb baj. A csaknem kizárólag az emberi nemre szorítkozó venereás betegségek keletkezéséről gondolkozva, újra és újra azon föltevés nyomul előtérbe, hogy az előbb említett perversitások egyik-másik fajából keletkeztek, s hogy az emberi szervezetben kedvező talajra talált méreg — mely talán kezdetben nem is volt olyan erős, olyan virulens —

az évszázadokon át történt folytonos átoltások következtében erősödött a mai pusztító hatásáig. Erősödhetett és terjedhetett annyival is inkább, mert a sötétség, a titok, mely nyilvánulásait borította, épen oly lehetetlenné tette az ellene való erélyes védekezést, mint a hogy lehetetlen egy tisztátalan genyedő sebet meggyógyítani, ha nem veszszük le róla azt a ruhadarabot, mely elfedi előlünk.

Igy jutottunk el a mai megrendítően szomorú állapothoz. Igy jutottunk oda, hogy az őrültek házait évről évre szaporodó számban foglalják el a paralytikusok; hogy az orvosok már nem birják megszámlálni a sötétben terjedő vész áldozatait, melyek még a jobb családokhoz tartozó, önhibájuk nélkül megfertőzött tisztességes nők köréből is vannak; hogy már az újszülöttek jelentékeny százaléka syphilissel és egyéb mérgekkel fertőzve jön a világra; hogy óvatos ember már nem bizhat embertársában s hogy az atya csak remegő szívvel gondolhat azon időre, midőn kénytelen lesz féltve őrzött kincsét, egyetlen leányát odaengedni valakinek, a ki gondatlanságból vagy tudatlanságból egész életét tönkre teheti!

Ha ilyen körülmények között azt kérdezzük, vajjon érdemes-e az idealismus egy bizonyos nemének vagy maradványának érdekében tovább is tétlenül nézni azon rombolásokat, melyeket a titkon terjedő betegségek a népek testében végeznek — oly idealismus érdekében, mely jobban megtekintve, voltaképen nem egyéb, mint vakság vagy hazugság —, a válasz nem lehet kétséges. Cselekednünk kell.

Számtalan ponton kell emeltyűket alkalmazni, hogy célunkat csak valamennyire is megközelíthessük; de a legfontosabb az, hogy világosságot vigyünk népünk minden rétegébe; hogy megszüntessünk előítéleteket; hogy szembeszálljunk oktalan hagyományokkal, melyek elfogulttá teszik lelkünket és szemünket, vakká a reális élet, a természet követelményei iránt.

Mai összejövetelünknek az a komoly célja, hogy megalakuljon egy társulat, egy liga, mely feladatául tűzi ki szembeszállni egy titokban működő és terjedő alattomos ellenséggel, mely évszázadok óta megrontja vérünket, tönkre tesz annyi reményteljes életet, és feldúlja számtalan család békéjét és boldogságát.

A czél nemes; az eredmény munkánktól és lelkesedésünktől függ!

Ezután Ráskai Dezső dr. tartotta a bevezető előadást, a melyet lapunk legközelebbi számában közlünk. Utána az egyesületet megalakultnak nyilvánították. Deutsch Artur dr. az alapszabályokat olvasta fel, majd az új egyesület tisztikarát, igazgató tanácsát, és fővárosi, valamint vidéki választmányát választották meg. Elnök lett: Liebermann Leó. Alelnökök: Balogh Jenő és Havas Adolf. Igazgató: Friedrich Vilmos. Helyettes igazgató: Basch Imre. Főtitkár: Deutsch Artur. Titkár: Solymossy Sándor. Jegyzők: Genersich Vilmos és Bexheft Ármin. Pénztáros: Zwack Ákos.

Egészségügyi szolgálat az óczeánon.

— Különös tekintettel a magyar kivándorlási járatokra. —

(Folytatás.)

Nem mondom, hogy a mi népünk nem tiszta, egyénileg véve a dolgot; de a fedélközben összekerülő nagy tömegnek, intelligentia hiján, nincs nagy érzéke a tisztaság iránt. Ez annyira magától értődő dolog, hogy az angol nem tart órahosszat előadásokat a tisztaságról és tisztaságszeretetről, mert úgy is tudja, hogy ez hiábavaló fáradság. Sem a fedélközben, sem az első osztályon nem bizik az utasokban — bár az első osztályon elvárja —, hanem maga gondoskodik a tisztaságról nap nap után.

A fedélköz minden egyes sectioját minden nap felsikálják téglával és homokkal. A mikor a hajóra kerültem, ez a tisztogatás rendesen este nyolcz óra tájban kezdődött. Ennek az volt a hátránya, hogy a kivándorlóknak a nedvességtől párolgó sectiókban kellett aludniok. Indítványomra ezt a tisztogatást a legnagyobb előzékenységgel közvetlen a déli étkezés — 5 óra — utánra tették át, a mikor is elegendő idő van arra, hogy a sectiók padozatai a lefekvésig felszáradjanak. Hogy most így van-e és hogy a többi hajón is gondolnak-e erre, nem tudom; míg én a hajón voltam, így volt. A délutáni alapos felsikálást az egészség védelmének szempontjából sokkal jobbnak tartom, mintha ezt a munkát reggel végeznék. Mert a délutáni nagy tisztogatás feltétlenül biztosítja a fedélközi utasok számára az éjjeli tiszta levegőt. A vizes homok feltakarítja a váladékokat, a nélkül, hogy azt a levegőbe kavarná fel. Ez a tisztogatás nem marad el vihar alkalmával sem, a mikor erre még nagyobb szükség van. A Slavonián szigorúan betartja a személyzet azt a parancsot, hogy a váladékra azonnal homokot kell hinteni és azt rövid időközökben el kell távolítani. Vihar alkalmával, a mikor mondhatom, hogy a fedélközi utasok 90%-a szenvedi át a tengeri betegség kegyetlen torturáját, úgy a nap, mint az éj folyamán többször utána néztem a személyzetnek és nem igen volt panaszra okom. A személyzet már maga is tudja, hogy mennél több váladék marad a padozaton, annál inkább szaporodik a tengeri betegek száma. Hiszen a ki a tengert járja, nagyon jól tudja, hogy a tengeri betegek egy nagy része suggestio, az undor autosuggestioja következtében kapja meg a bajt. Reggelre a fedélköz mindig tiszta volt, a minek az volt az eredménye, hogy a levegőben nem lehetett érezni azt a kellemetlen savanyú büzt, a minek jelenléte valósággal izgatja az embert rosszullétre.

A fedélköznek tisztántartása miatt egyrészt, a szellőztetés pontosabb keresztülvitele czéljából másrészt, úgy délelőtt, mint délután egy bizonyos időre a fedélzetre kell vonulniok a fedélközi utasoknak. Ezt különben nemcsak a Cunard hajók házirendje, hanem a magyar kivándorlási törvény is megköveteli. (50.000/904. sz. Bm rendelet 47. §.)

A fedélzeten való tartózkodás szorosan összefügg a szellőzés kérdésével. A tengeri hajók fedélzet alatti részének szellőztetése még ma is úgyszólván kizárólag a kéményrendszer segítségével történik: ez az állandó szellőzést adja meg, míg a részleges szellőzést az oldalablakok szolgáltatják, a mit természetesen csak akkor lehet igénybe venni, ha jó az idő. Nem fér e tanulmány keretébe a különböző theoriák tárgyalása, a melyek különösen az utóbbi időben Német- és Angolországban egész irodalmat teremtettek. Legyen elég annyit megjegyezni, hogy a főelv, a min a szellőzés alapul, még ma is a légvonat előidézése; ezt a módszert különösen a fedélzet alatti részben alkalmazzák. A fedélzetre nyiló kabinok szellőzése a kabin külső falán elhelyezett trombitarendszer alapján történik, a hol a hajó mozgása által létrejövő légáramlatot használják fel szellőzésre egy rendkivül szellemesen szerkesztett készülék segítségével. Az elv azonban itt is ugyanaz, a mi a kéményrendszernél, tudniillik egymással ellenkező irányú légáramlatok felidézése. Ezekhez járul azután még mindenütt, a hol lehet, a direct szellőzés, ablakok vagy ajtók nyitása segítségével.

Az utóbbi időben, különösen a melegövi zónában járó hajókon, kisérletet tettek a villamosság vagy gőz által hajtott, a síkban ferde szög alatt gyorsan forgó evezőlapát alakú készülékkel. A kisérlet, illetőleg az alkalmazás több szempontból nem felelt meg a hozzáfüzött várakozásoknak. Nem felel meg első sorban azért, mert nem szellőz, hanem szelet hajt, vagyis inkább a hüvösség érzetét kelti az erős légmozgás következtében; ha felette rácsos nyilás van, a levegő még akkor sem tódulhat ki, mert ott nem érintkezvén közvetlenül a külső légkörrel, a physika törvényei szerint légüres tér keletkezik. Ezért ma már nem is szellőzésre, hanem inkább csak szél fejlesztésre használják nagy ebédlőkben a meleg ellen. Nagy enyhülést ugyan ez sem hoz, mert hosszabb idő mulva ezt is megszokja az ember és még jobban izzad, mint azelőtt. Tapasztalhattuk New-Yorkban, a hol a százharmincz emberre berendezett ebédlőben csak négyen ebédeltünk és noha mind a tíz szélhajtó működött, mégis majd elolvadtunk. Egészségi szempontból pedig az a nagy hátránya van, hogy a padozatok, butorok és függönyök ránczaiból és sarkaiból kiveri az ott lévő port, a mely azután a levegőben úszkál. Ha a leggondosabb takarítás után egy nagyobb helyiségben egy órai működés után megnézzük a lapátokat, azoknak éles szélein két-három millimeter vastagságban fekszik az odatapadt por és piszok.

Mindenesetre csodálatosnak látszik, hogy a szellőzés kérdése olyan nagy szerepet játszik az óczeánt járó hajókon. Magát a hajót tisztának lehet venni; az pedig csak kétséget sem szenved, hogy egy tíz napot az óczeánon töltő hajó nemcsak feltétlenül

tiszta, de egyúttal egészséges, sóval telített levegővel van körülvéve. Az ember joggal azt hihetné, hogy csak ajtót, ablakot kell nyitni és rendben van minden. Nem is a külső levegőben van a hiba. Személyszállító hajókon a nagy embertömeg az, mint már fennebb említettem, a mely úgyszólván teliti a levegőt mikroorganismusok myriadjaival. A fedélközt pedig sohasem szabad más szempontból elbirálni, mint a zárt helyiségek és a túlzsufolt lakások szempontjából. Fenn a nyitott fedélzeten, a hol úgyszólván mindig jár a levegő, sokkal kevésbé van az ember kitéve megbetegedésnek, mint a legjobban szellöztetett kabinban. Valamint azt is tapasztaltam, hogy a fedélközi utasok között kevesebb volt a tengeri betegek száma azok között, a kik a hajó orrában fekvő sectioban voltak elhelyezve, mint azok között, a kik a középhajó mögötti részben laktak.

A magyarázat egyszerü. A hajó elülső részében fekvő sectiokat nemcsak a kémények szellőzik, hanem hatalmas erővel tódul be a hajó futása által felkavart légáramlat is, úgy, hogy itt sohasem lehetett állott levegőt érezni; míg a hátulsó rész elől ezt a légáramlatot a középhajó magas épitménye fogja el. Jó időben ezen úgy lehet segíteni, mint azt az angol hajókon átlag meg is teszik, hogy a fedélközbe vezető, egymással szemben fekvő, kapunak is beillő két oldalbejárót nyitják ki, a mikor is a keletkezett légáramlat ugyancsak végigsöpri a fedélközt.

Egy másik szellőzést elősegítő segédeszköz, mely különösen a hajókórházban, hajókonyhában és a mélyebben fekvő helyiségekben jön alkalmazásba, az úgynevezett ablakos szélfogó. Ezek 40—45 centimeter hosszú, félhenger alakú pléhlemezek, melyek az ablakokba helyezhetők és homorú oldalukkal a hajó futásával egyirányban fekszenek. A hajó oldalait suroló légáramlat megakadván a homorulatban, friss levegőt szállít a helyiségbe.

A mint látjuk, a szellözést előmozdító eszközökben meglehetős nagy a változatosság. Ha azonban egészen hygienice akarunk eljárni, akkor feltétlenül szükséges az is, hogy a helyiségeket időközönként teljesen kiürítsük, hogy a légáramlat ne csak friss levegőt hozzon, hanem a bennlévő felhasznált, részben romlott, részben mikroorganismusokkal telt levegőt el is távolítsuk. Ezt pedig sikeresen csak úgy lehet elérni, ha naponként bizonyos időre üresen hagyjuk a helyiségeket. Ez is egy, még pedig igen fontos módja a szellözésnek, a mennyiben magát a közönséget kényszerítjük arra, hogy teljesen friss és egészséges levegőben tartózkodjék.

A Slavonián ez a következő módon volt rendezve.

Mindennap, hacsak vihar nem volt, reggeli után, úgy körülbelül kilencz óra tájban a fedélközi utasoknak a fedélzetre kellett menniök, a hol féltizenkét óráig, vagyis az ebéd idejéig tartózkodtak. Ugyancsak így történt a délesti étkezés után, a mikor mosták a fedélközt, a mi rendesen hét—félnyolcz óráig tartott. Naponként tehát átlag öt órát töltöttek fenn az utasok a fedélzeten. Ezalatt lenn a fedélközben ablakok, ajtók, szellőzőnyilások mind kinyittatnak, a levezető kémények a fedélzeten úgy állíttatnak, hogy a legerősebb légáramlat fejlődjék ki, hogy az éjszaka felgyülemlett, állott levegő és kigőzölgés lehetőleg teljesen eltávolíttassék.

Véleményem szerint a szellözésnek ez a kettős módja válik be a tengeri hajón legjobban és ezzel lehet a legtöbb eredményt elérni. Hogy milyen nagy a különbség az emberektől zsufolt és időközönként üres helyiségek szellözése között, azt igen jól lehet tapasztalni viharos napokon, a mikor lehetetlenség a fedélzeten tartózkodást keresztülvinni és az utasok legnagyobb része a fedélközben marad. Ilyenkor az állandóan, éjjel-nappal eszközölt szellöztetés ellenére is a fedélközi helyiségek a túlzsufolt helyiségek benyomását keltik, bár a levegőt egészségtelennek ekkor sem lehet mondani.

A ki nem tapasztalta, el sem hiszi, hogy milyen nehéz az emberekkel megértetni, hogy a naponkénti kötelező fedélzeten való tartózkodást tisztán az ő egészségi érdekük követeli meg. Olyan nehezen megy mindennap, különösen az út vége felé e rendeletnek a végrehajtása, mintha az tortura lenne reájuk nézve. Hiába, a tömegnek sajátsága, hogy mindig az ellenkezőjét szeretné tenni annak, a mit tenni kell. Ha a lennmaradás volna kötelező, akkor fel szeretne menni. De azért a hat hónap alatt ez irányban sem fordult elő komolyabb kellemetlenség. Ezek az emberek is úgy vannak, mint Napoleon öreg gránátosai: morognak, de engedelmeskednek.

Mint említettem, a kötelező fedélzeti tartózkodást a Cunard-hajók házirendje is előirja. Előirja és szigorúan be is tarja. Hanem, ha tekintetbe veszszük, hogy a fedélközi utasoknak naponként átlag öt órát a fedélzeten kell tartózkodni, a mikor az ellenőrzés szempontjából még a fedélközbe vezető ajtók is le vannak zárva, akkor feltétlenül gondoskodni kell arról, hogy az utasok számára a fedélzeten is legyenek 00 al ellátott kellő számú helyiségek, vagy, ha vannak, mint a hogy a Slavonián vannak, akkor azokat használható állapotba kell helyezni. Akkor sem tudtam, ma sem tudom megérteni, hogy a fedélzeten tartózkodó utasoknak a szellözés ideje alatt miért kell örökösen a fedélközbe leszaladgálni, a mi mindig magyarázatokra, kellemetlen szóváltásokra ad alkalmat az utas és az őr között, a kinek viszont kötelessége őrködni a felett, hogy a szellözés ideje alatt senki se tartózkodjék lenn. De ettől eltekintve, ilyen helyiségekre okvetlen szükség van a fedélzeten is olyan hajóknál, a melyek átlagosan ezren felül szállítanak kivándorló utasokat. Azt hiszem lesz foganatja a felszólalásomnak, annál is inkább, mert a Slavonián ezek a helyiségek megvannak, csak rendeltetésüknek kell átadni azokat.

Az életben hozzá vagyunk szokva, hogy a szellözés kérdése szinte elválaszthatatlannak látszó kapcsolatban van a fűtéssel, annál is inkább, mert a szárazföldön a fütés berendezése rendesen úgy történik, hogy az egyúttal a szellözés czéljait is szolgálja. Nem így a tengeri hajókon, a hol a fütés a szellözéssel semmi összefüggésben nincs. Itt a fütés nem egyéb, mint védekezés a hideg ellen A legtöbb hajón, a mint az a dolog természetéből is folyik, göz segitségével fütenek, a mely a mellett, hogy a legczélszerübb, a hajón a leggazdaságosabb is. A Slavonián, valamint a többi Cunard-hajón, a fedélközben göz-, az első és másodosztályú kabinokban pedig villamos fütés van berendezve. Általánosan elfogadott elv, hogy a fütés kötelezővé válik, ha a helyiségek hőmérséklete 15° C.-nál lejebb száll.

A technika mai vívmányai mellett személyszállító tengeri hajókon az egészségügy szempontjából nincs szerepe a világításnak. Ez is épen úgy, mint a fütés, csak kényelmi és biztonsági szempontból szerepel. Az összes helyiségekben villanyvilágítás van.

A kettős rendszerü szellözés mellett egészségügyi szempontból tekintettel kell lenni maguknak az utasoknak a tisztántartására is. A tartózkodási helyiségek még olyan tisztán tartása sem fedi teljesen az egészségügyi követelményeket, ha nem gondoskodunk olyan módokról és eszközökről, a melyek maguknak az utasoknak a tisztántartását teszik lehetővé. Tehát feltétlenül szükség van arra, hogy az utasok mosakodása és fürdése a legnagyobb mértékben előmozdíttassék.

A test tisztaságának ápolása még a mindennapi életben is nagy szerepet játszik. De elengedhetetlen feltétel ott, a hol nagyobb tömegek zsufoltatnak össze aránylag szük helyen, még pedig úgy, hogy heteken keresztül szorosan egymás mellett kényszeríttetnek aludni. *Günther József* dr.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Pflüger: Das Glykogen und seine Beziehungen zur Zuckerkrankheit. II. Aufl. Bonn, 1905. XVIII + 528 lap.

Az előttünk fekvő vaskos kötet eredetileg nem önálló munkának, hanem a Richet-féle „Dictionnaire de physiologie“ számára czikknek készült.

A munka bevezető része történelmi, s főkép Claude Bernardnak, a glykogen felfedezőjének vizsgálati eredményeit ismerteti. A továbbiakban a glykogen chemiájával s nyerésmódjával ismertet meg a szerző, majd sorra tárgyalja a qualitativ glykogenmeghatározás methodusait. (Brücke, Külz, Pflüger, Pavy, Austin stb. módszerei.)

Érdekes fejezete a munkának a glykogen képződéséről irott rész, melyben bámulatra méltó tárgyismerettel s alapos

kritikával igyekszik bebizonyítani, hogy a glykogen forrása csak szénhydrat s nem fehérje. Egyébként a szervezet nem is minden szénhydratból képes glykogent képezni; így a *disaccharid* saccharoseból, a lactoseból directe nem lesz glykogen, s csak hasadástermékeiket, a dextrosét és laevulosét, illetve dextrosét és galaktosét képes a szervezet glykogen-képzésre felhasználni. A pentosékből — ámbár ugyancsak czukrok — szintén nem lesz glykogen. Hogy glycerinből képződik-e glykogen, az is kétes.

A fehérjék közül csak azok használtatnak fel glykogenképzésre, melyekben szénhydrat-gyök s így czukor is van (glykoproteidek), szénhydratmentes fehérjékből azonban Pflüger szerint sohasem lesz glykogen. Pankreas-diabetesnél azonban, a hogy azt Pflüger is kénytelen beismerni, úgy látszik a fehérjék bomlástermékeiből is képződhetik czukor: de az amino-savaknak czukorkiválasztást fokozó képességéből diabetesnél arra, hogy ez anyagokból képződik a czukor, Pflüger szerint nem lehet helyesen következtetni; számos oly anyagot ismerünk ugyanis, mely glykosuriát okozhat és fenntarthat, melyben azonban egyáltalában nincs C, milyen pl. a konyhasó, az uranvegyületek stb. De Pflüger kisérleteiből is kiderül az, hogy a Minkowski-féle $\frac{C}{N}$ hányados értéke egyáltalán nem-állandó, más szóval a kiválasztott N és a szénhydratok (czukor) mennyisége között szoros összefüggés nem mutatható ki, a mi szintén a czukornak fehérjékből való képződése ellen szól.

A fehérjékből való czukorképzés ellen szól az is, hogy a szervezet a valódi szénhydratok oxymethylen-csoportjait (így a nád- és tejczukrot) direkte glykogenné alakitani nem képes; még kevésbé valószinü tehát, hogy a fehérjék oxysavait képes volna glykogen- és így czukorképzésre felhasználni.

Glykogen nem egyedül a májban képződik; az izmok is képesek czukorból glykogent készíteni. Vannak bizonyos bakterium fajok, így az aethalium septicum és a saccharomyces, melyek szintén glykogenképzők.

A glykogen a májsejtek diastatikus erjesztőjének hatása alatt alakul czukorrá; a czukorképzésre lényeges befolyása van az idegrendszernek, mit kézzelfoghatólag bizonyít Claude Bernard kisérlete és ama tény, hogy piqure után nem jelentkezik czukorvizelés, ha előzetesen az állat splanchnicusait át vágjuk. Más szóval, a piqure a splanchnicusokon át terjedő idegizgalom miatt okoz czukorvizelést. Az idegrendszernek a czukorképzésre való befolyása mellett bizonyít az is, hogy a morphinbevételt követő, vagy az intravenosus konyhasó-infusiók után jelentkező glykosuria is elmarad, ha előzetesen átvágtuk a kisérleti állat splanchnicusait. Ugy látszik tehát, hogy a morphin és a konyhasó is a nyúltvelő czukorcentrumának izgalma folytán okoz czukorvizelést. Langendorf és Gürtler eseteiben strychnin adagolása ellenére sem jelentkezett czukorvizelés, ha a szerzők kisérleti állataiknál a legfelső részlet kiméletes visszahagyása mellett a gerinczvelőt eltávolították. Valószinű tehát, hogy mesterségesen előidézett diabetesnél a czukor a májból származik s a czukorvizelés *hűdéses jelenség, de izgalom következménye* E mellett szól az is, hogy a piqure okozta czukorvizelés múlékony, s egy második, esetleg harmadik nyúltagyi szúrással újból kiváltható. Hogy ideges alapon jelentkezhetik czukorvizelés, a mellett szól a klinikai tapasztalat is; a Pflüger által felhozott esetek némelyike (402. oldal) azonban mégis a post hoc ergo propter hoc-ot juttatja eszünkbe.

A golykogen további sorsáról irott fejtegetéseiből megtudjuk, hogy az izommunka forrásául valószinűleg nem a glykogen maga, de a belőle képződő czukor használtatik fel.

A vér czukra részben közönséges szőlőczukor, részben a szőlőczukornak lecithinnel való laza vegyülete, *lecithin-glucose*, mely a jecorinnal teljesen azonosnak látszik. Ha a vér czukortartalmát meghatározzuk, az összes czukormennyiséget megkapjuk, mert a jecorin (lecithin-glucose) a meghatározás alatt elbomlik s a czukor szabaddá lesz.

A klinikust legjobban érdeklő fejezete Pflüger könyvének az, mely a diabetesről szól. A szerző, szemben a modern búvárok többségével, glycosuria és diabetes között nem tesz éles különbséget: szerinte a kettő gyakran megy át egymásba s azért szigorúan el sem különíthető.

A diabetes közvetlen okát Pflüger igen sok esetben ideges alapon fejlődő túlságos czukortermelésben találja: a medulla oblongata czukorképződést szabályozó középpontjának fokozott izgalma következtében ugyanis túlsok diastatikus erjesztő képződik a májban. A felvett szénhydratok átalakulnak ugyan glykogenné, a diastatikus erjesztő befolyása alatt azonban ismét visszaalakulnak czukorrá; ebben rejlik a hyperglycaemia oka. Más szóval: a diabetesben szenvedő mája elvesztette ama képességét, hogy a felesleges czukorquantumot glykogen alakjában beraktározhassa. Normális viszonyok között a nagy czukorquantumok feldolgozásában a glykogenképzés mellett a zsírképződésnek is fontos szerep jut: a fokozott czukorbevitel ugyanis múló hyperglycaemiával jár, mely egyszersmind ingere a zsírképzésnek is. Diabetesnél másképp áll a dolog: nem hogy zsír képződnék a fölös czukorból, de a szervezet zsírja is czukorrá alakul át.

A szervezetbe intravenosusan bevitt czukor, a hogy azt *Kössa* és mások kisérletei mutatják, mérgező hatású: az állat comatosus lesz, vérében aceton, diaceton, sőt aethylalkohol mutatható ki. Az aceton-testek valószinüleg zsírbontás termékei, a miből következik, hogy a czukorinjectio zsírszéteséssel is jár. Pflüger nézete szerint a diabeteses szervezetében folyó *zsírszétesés alkalmával czukor is képződik.* Az intravenosuson bevitt czukor tehát a zsírbontás révén mint glycosuriát kiváltó méreg hat. Pflüger szerint a diabetesnek négy alakja van: idegizgalom okozta diabetes, diabetes mint mirigykiirtások következménye, méreghatáskép jelentkező czukorvizelés és végül az ú. n. physiologiai diabetes.

A műtétek után jelentkező, ú. n. traumás eredetű reflexes glycosuriát illetőleg Pflügernek és munkatársainak vizsgálataiból az derült ki, hogy csak a hasnyálmirigy, a thyreoidea és a nyálmirigyek kiirtása után jelentkezik czukorvizelés, s *ennek oka eme szervek speciális müködésében keresendő*; más szerveken végzett műtétek után czukorvizelés nem észlelhető.

A pankreas kiirtásra vonatkozólag Pflüger egy nézeten van Sandmeyerrel: ha sikerül teljesen kiirtani a hasnyálmirigyet, súlyos diabetes jelentkezik, de nem polyuria és polydipsia, mely utóbbiak mindig a mellett bizonyítanak, hogy *nem sikerült az egész pankreast eltávolítani* (ú. n. Sandmeyer-féle diabetes). A teljes pankreaskiirtás technikájáról külön fejezetben Witzl számol be.

A sziget-theoriát Pflüger a kérdés élettani oldalának hiányai miatt nem fogadja el, pathologiai részével pedig nem foglalkozik. *Szerinte a pankreas-diabetes is tulajdonkép ideges, reflectorius eredetű glycosuria,* de hogy a pankreasból kiinduló reflexizgalom szabályozza e a nyúltvelő czukorcentrumának működését, vagy hogy belső secretio eredménye-e ezen befolyás, azt ismereteink mai állása mellett nem tartja eldönthetőnek.

Az eddigi vizsgálók a phloridzin-glycosuriát mint *renalis diabetest* fogták fel. Pflüger ezt nem fogadja el: kérdéses ugyanis, vajjon a vesében, vagy pedig már a vérben bomlik e a phloridzin phloretinre és czukorra? Kérdéses továbbá az is, hogy nem a jecorint bontja e fel a phloridzin s az így szabaddá lett szőlőczukrot választja ki a vese Az ú. n. vese-diabetes létezése tehát kétes.

Az ú. n. physiologiai diabetesfajok közül a macskák Hofmeister-féle „*Fesselungsdiabetes*“-e s a Böhm-Hoffmann által leirt „*Kältediabetes*“ szerinte szintén reflexeredetü.

Ez volna eme 528 oldalra terjedő monographia tartalmának rövid vázlata. A szerző tárgyát úgyszólván teljesen kimeríti, mindenütt szigorú kritikával dolgozik s épen ezen túlságosan részletező tárgyalás az, mi még a szóbanforgó kérdésekkel foglalkozó figyelmét is kifárasztja s az áttekintést rövid résumé-k hiányában nagyon is megnehezíti. A nehézkes tárgyalásmódért azonban böven kárpótolja az olvasót a műben összegyüjtött óriási anyag változatossága.

Halász Aladár

Immunität und Disposition und ihre experimentellen Grundlagen. Von **Dr. Martin Jacoby,** Privatdozent an der Universität Heidelberg. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann 1906.

Hasonló tartalmú munka már több jelent meg. Tekintettel azonban az immunitás és dispositio tanának rohamos haladására, arra, hogy úgyszólván minden nap hoz e téren valami újat: az ilyen fajta könyvek mindig számithatnak olvasóközönségre, annyival is inkább, mert az orvostudomány fejlődése az immunitásra

vonatkozó fontosabb vizsgálatok ismerete nélkül ma már alig kisérhető figyelemmel. Jacoby munkája különben a hasonló munkák sorában nagyon jól megállja helyét, sőt több tekintetben kiválik közülök. Igy nagy előnye az, hogy rövid, az egész mintegy másfélszáz oldalra terjed. Egy másik nagyon jó tulajdonsága, hogy szigorú kritikával elkülöníti azt, a mi biztosan megállapított, attól, a mi még csak többé-kevésbé valószinü feltevés. Végül nagyon ügyes a könyv végén található rövid összefoglalás is. Hozzáadva mindezekhez az előadásmód könnyedségét: bátran nagy elterjedést jósolhatunk a munkának. Ára 4 márka 60 fillér.

Uj könyvek. *E. Bodin:* Les conditions de l'infection microbienne et l'immunité. Paris, Masson et comp. — *Poirier* et *Baumgartner:* Précis de dissection. Paris, Masson et comp. — *Degny* et *Guillaumin:* Traité de microscopie clinique. Paris, Masson et comp. — *L. Kendirdjy:* L'anesthésie chirurgicale par la stoväine. Paris, Masson et comp. — *J. G. Mumford* and *A. Van Stone:* Surgical aspects of digestive disorders. London, Macmillan and Co. — *L. Duncan Bulkley:* The influence of the menstrual function on certain diseases of the skin, London, Rebman.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Az ankylostomiasis okozta vérszegénység magyarázatára eddig egyrészt az ankylostomum-férgek létesitette kis bélvérzéseket, másrészt ezen férgek termelte s a vért károsító mérgező hatású anyokat vettek fel. *Loeb* és *Smith* nemrégiben kisérleteket végzett az ankylostoma caninum-mal és sikerült ezek testéből oly kivonatot készíteni, a mely a vér megalvadását gátolja. Lehetséges tehát, hogy ankylostomiasisban azért is áll be az említett okokon kivül vérszegénység, mert az ankylostomumok okozta sérülések helyén a vér csökkent alvadásképessége miatt *huzamosabb* ideig tartó vérzések keletkeznek. (Centralbl. f. Bakteriologie, Abt. I. Bd. 37.)

A szövetek helyi immunitásáról érdekes czikket közöl *Wassermann* és *Citron*. Typhusbacillusokkal végzett kisérleteikben azt találták, hogy mindig azon helyeken volt legkifejezettebb a typhus-bacillusokra gyakorolt specifikus hatás, a mely helyek a fertőző anyaggal érintkezésbe jöttek; igy a vérbe fecskendezés után a vérben, a mellüregbe fecskendezés után az itt keletkezett savógyülemben, a hasüregbe fecskendezés után pedig a hasüri folyadékban. Ez arra utal, hogy a fertőző anyaggal érintkezésbe jövő szövetekben helyi immunizáló folyamatok támadnak. Régi tapasztalat az, hogy a szájüreg és a végbél nagyon nehezen fertőződik, mig ellenben a has- és mellüreg, valamint az izületek fertőződése nagyon könnyen bekövetkezik. Ez úgy magyarázható, hogy oly szövetek, a melyek ép állapotukban nem szoktak fertőző anyaggal érintkezésbe jönni, a bakteriumokkal szemben nagyon érzékenyek azért, mert nem fejlődhetett ki bennük az a képesség, hogy a bakteriumokkal szemben szükség esetén antianyagokat termeljenek kellő mennyiségben és kellő gyorsasággal, a mely képesség az olyan szövetekben, a melyek úgyszólván állandóan érintkezésben vannak fertőző anyaggal, szükségképen kifejlődött. Ezen felvétellel könnyen megmagyarázható például az, hogy a bakterium coli fiatal állatokban és gyermekekben mint bélbajok okozója nagy szerepet játszik, míg felnőtteknél — legalább a belet illetőleg — ártalmatlan; más szervekben azonban, mint például a vesemedenczében és a húgyutakban, felnőttnél is képes súlyos elváltozásokat létesiteni, minthogy normális viszonyok között ezen szervekben nem található coli-bacterium. Hogy bizonyos szerveknek bizonyos bakteriumokkal hosszasabban érintkezése folytán az illető szerveknek tartós érzéketlensége fejlődhetik ki az illető mikroorganismusokkal szemben, arra például szolgálhatnak az ú. n. „typhus-bacillus-gazdák", a kiknek bélnyálkahártyája teljesen érzéketlen a typhus-bacillussal szemben. Hogy ilyenkor valóban csak a bél helyi immunitásáról lehet szó, az abból világlik ki, hogy az illetők vére vagy más szervei nem birnak fokozott bakterium ellenes hatással. A typhus-bacillusok csökkent fertőzőképességéről sem lehet ilyenkor szó, mert az ilyen egyének ürülékei mások részére nagy mértékben fertőzők. Végül még arra hivják fel szerzők a figyelmet, hogy a szöveteknek ilyesféle biologiai átalakulása csak *élő* bakteriumok behatására keletkezik. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905. 15. szám.)

Epefesték kimutatására nagyon érzékeny új eljárást ajánl *Krokiewicz*, a mely érzékenységén kivül azért is figyelemre méltó, mert már néhány csepp vizelettel is végezhető, s mert ezernél több kisérlet tanusága szerint a legkülönbözőbb gyógyszerek (senna, rheum, santonin, copaiva-balzsam, tannin, antipyrin, phenacetin, naphtol, salicyl, jod, brom, chinin) használata esetén is a reactio positiv volta minden kétséget kizáróan epefesték jelenlétére utal; független továbbá a vizelet indican-tartalmától, nemkülönben azon tényezőktől, a melyek diazoreactiót létesithetnek.

Az eljárás a következő: kémlőcsőbe az A) és B) reagens mindegyikéből 1 cm³-t öntünk (A = sulfanilinsav, B = natrium-nitrit, mindegyik 1%-os vizes oldatban; az oldatok sötét üvegben tartandók), jól összerázzuk s azután annyit öntünk ki a kémlőcsőből, hogy csak néhány csepp (legfeljebb ½ cm³) marad vissza. Erre ugyanennyi vizeletet öntünk és a keveréket 10—15 másodperczig erősen rázzuk. Ha epefesték van a vizeletben, a folyadék rubinvörös szint ölt, a mely 1—2 csepp tömény tiszta sósav hozzáadása és párolt vízzel való higitás után amethystibolyaszinüvé változik. Nagyon sok epefesték jelenléte esetén a vizelet előbb higitandó. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1906. 11. szám.)

Az érzéstelenítés jelentőségéről a lobos folyamatok orvoslásában közöl nagyon figyelemreméltó czikket *Spiess* tanár. Azt tapasztalta, hogy a heves lobos tünetek, a melyek tonsillotomia után jelentkezni szoktak, elmaradnak, vagy pedig csak alig 24 óráig tartanak, ha a mandola csonkját orthoformmal vastagon behintette, vagy pedig erős novocain-oldattal beecsetelte. Hasonló tapasztalatokat tett azután más száj- vagy torokbeli műtéteknél, illetve sérüléseknél is; ha az említett szerek felületes alkalmazása nem bizonyult elegendőnek az érzéstelenítés czéljából, submucosus befecskendezéseket is használt. Még sok más példát emlit az érzéstelenítés kedvező hatásáról lobos folyamatokra. Igy orthoform-befúvásokkal az orrgaratüregbe kezdődő nátha kupirozható; a nyakon támadt furunculus közepébe 1—1½ cm³ novocain oldatot fecskendezve, a beszürődés visszafejlődik, genyedés nem áll be. A hatást az érző idegrostokra gyakorolt befolyással magyarázza. Utal arra, hogy kóros folyamatokban azok a területek, a melyek érzéstelenek, nem válnak lobossá; igy hysteriában, elmebajokban megégésre, leforrázásra az anaesthesiás területeken nem támad hyperaemia, lob. Végző következtetéseit a következő pontokba foglalja össze: 1. Lob nem keletkezik, ha sikerül érzéstelenítéssel a lobokozó helyéről kiinduló s a centripetális érzőidegeken áthaladó reflexeket kirekeszteni. 2. Már kifejlődött lob a lobos gócz érzéstelenítésével gyorsan meggyógyítható. 3. Az érzéstelenítésnek az érzőidegekre kell szorítkoznia és nem szabad bántania a sympathikus idegeket (vasomotorokat). (Münchener medizinische Wochenschrift, 1906. 8. szám.)

Gyógyszertan.

Euporphin. A quaternaer alkaloidabázisok sóiról általában azt mondják, hogy a gyógyitásban nem igen használhatók, mert rendkivül erős mérgező hatásuk van. Ezen szabály alul azonban *Schütze* szerint az euporphin kivételt tesz, a mennyiben az apomorphint gyógyító hatás tekintetében felülmulja, hányásingert kevésbé okoz s hosszabb időn át adható a nélkül, hogy a szív részéről kellemetlen tünetek jelentkeznének. Mindezek alapján nagyon ajánlható az apomorphin helyett mindazon esetekben, a melyekben a légutak váladék-termelésének fokozása és igy a felköhögés megkönnyitése javalt. Következő módon rendelhető: Rp. Euporphini 0·05—0·1; Aquae destillatae 190·0; Syr. simpl. 10·0. M. D. S. 2—3 óránként evőkanálnyit. (Berliner klinische Wochenschrift, 1906. 12. szám.)

Chininsók bőr alá fecskendezéséről ir *Hirtz*. Minthogy a chininsók per os adva nagyon gyakran gyomorzavarokat okoznak, már régóta iparkodnak a chinint bőr alá fecskendezés alakjában a szervezetbe juttatni. Első sorban a chininum sulfuricummal tettek kisérletet, az eredmények azonban nagyon kedvezőtlenek voltak, mert a befecskendezés következményeképen tályogképződés és nyirokmirigyduzzanat állott be. A továbbiakban még sok más chininsóval tettek kisérletet, a nélkül, hogy a helyi izgató

hatást teljesen el tudták volna kerülni. Ujabban a basikus hangyasavas chinint állították elő, mely 35° mellett nyolczszoros mennyiségű vízben oldódik; az oldat közömbös kémhatású. Az említett só chinintartalma 87·56%. Bőr alá fecskendezve többnyire nem okoz semmiféle kellemetlenséget. Az egyszeri adag rendesen 0·2 gramm volt. (Bull. et mém. de la Soc. méd. des hop. de Paris, 1906. január 25.)

Egyforma hatású gyógyszerek kombinált rendeléséről ir *Kisch* tanár. Az elvet Lépine vezette be, Kisch pedig megtoldotta azzal, hogy az ilyen kombinált gyógyszereket nagyon rövid időközökben adja. Igy szívbajokban előszeretettel használja a következő összetételt: Rp. Tinct. digital. purpur. 2·0; Tinct. strophanti, Tinct. convallar. majal. āā 5·0; Tinct. chinae compos. 25·0. M. D. S. Óránként 10 cseppet. Ujabban a következő combinatiót is rendeli: Rp. Dialysat. Golaz Herb. adon. vernal., Herb. convallar. majal. āā 2·5, Tinct. ferri pomat. 20·0. M. D. S. Óránként 10 cseppet. A női nemi szervekből eredő vérzések ellen a következő összetétel használható: Rp. Tinct. haemostyptic. Denzel, Extr. hydrastis canad., Extr. gossyp. herb., Extr. hamamel. virgin. fluid. āā 10·0. M. D. S. Félóránként 10 cseppet. (A tinctura haemostyptica Denzel 1 grammja 10 centigramm secalét tartalmaz.) A parametrium, a peritoneum és néha a bél izgalmi állapotai ellen a következő combinatio bizonyult jónak: Rp. Tinct. opii simpl. 5·0; Tinct. cinnamomi, Tinct. valerian. ather. āā 10·0. M. D. S. Óránként 10—15 cseppet. (Die Therapie der Gegenwart, 1906. 1. füzet.)

Belorvostan.

A gümőkóros mellhártyalob diagnosisáról és orvoslásáról tartott előadást *Sidney Martin* a „Medical society of London“ február 28.-i ülésén. Annak megállapítása, hogy valamely mellhártyalob gümőkóros eredetü-e vagy sem, rendkivül fontos úgy a prognosis, mint az orvoslás szempontjából. A nem gümőkóros heveny pleuritis ugyanis, akár jár izzadmányképződéssel, akár nem, csaknem mindig kedvező lefolyású, hacsak nem vezet empyemához. Ezzel szemben a gümőkóros pleuritis nagyon változó lefolyású, úgy hogy a betegség heveny szakában alig adható helyes prognosis. A pleuritis két fajának egymástól való megkülönböztetése sokszor nagyon nehéz: úgy a gümőkóros, mint a nem gümőkóros esetekben a tünetek kezdetben egészen egyformák lehetnek. Sok esetben azonban már ilyenkor is felállítható a diagnosis többkevesebb valószinüséggel, ha tekintetbe veszszük a betegség keletkezésmódját, lefolyását (ideértve az izzadmány megvizsgálását is) és hatását a mellkasra és a tüdőre.

A mi a betegség keletkezésmódját illeti: a gümőkóros pleuritis sokszor lappangva kezdődik; 1—2 hétig (néha tovább is) tartó láz után találhatók csak mellüregbeli izzadmány jelenlétére utaló tünetek; néha már ez utóbbiak jelentkezése előtt az egyik mellkasfél mozgásának gyengébb volta észlelhető. Más esetekben a beteg hetekkel vagy hónapokkal előbb már szenvedett hasonló pleuritisben vagy ugyanazon oldalon (ez a gyakoribb), vagy a másikon. Az ilyen ismétlődő pleuritisek csaknem kivétel nélkül gümőkóros természetüek.

A mi a betegség lefolyását és hatását a mellkasra és a tüdőre illeti: a nem gümőkóros és nem genyes mellhártyalob — akár jár izzadmányképződéssel, akár nem — gyógyulásra hajlamos. A betegség egyébként nagyon változó tartamú. A száraz pleuritis esetleg csak nagyon rövid ideig tart, a láz nagyon mérsékelt, mellkasi elváltozás nem keletkezik. Az izzadmányképződéssel járó esetek tovább tartanak; a láz 10—14, sőt 28 napig is elhúzódik. Az izzadmány vagy magától felszivódik, vagy ha müvileg távolíttatott el, nem igen gyülik meg újból. Az esetleg visszamaradó deformitás még nagy izzadmány után is csak mérsékelt és többnyire rövid idő alatt kiegyenlítődik. A nem gümőkóros eredetü izzadmány kibocsátása után rendszerint magától megalvad; mintegy 100 cm³-t centrifugálva, az üledékben pneumococcus, staphylococcus vagy streptococcus mutatható ki. Mindezekkel szemben a gümőkóros eredetü pleuritis heveny szaka tovább tart, utána gyakrabban keletkezik mellkas-deformitás és a tüdő contractioja. A betegség kiterjedése és tartama tekintetében két csoportja különböztethető meg a pleuritis tuberculosa-esetek-nek. Az enyhébb esetekben a baj lázzal kezdődik, majd dörzsörej jelentkezik, főleg a hónalj alsóbb részében; a láz néha nem tart soká, némely esetben azonban egy hónapig, sőt tovább is elhúzódik esteli hőemelkedéssel és reggeli csökkenéssel; a kopogtatás hangja fokozatosan tompul, az illető mellkasfél retrahálódik, mozgása csökken, a légzés hangja gyengül, crepitatio nincs, a dörzsörej eltünik; próbapunctio alkalmával folyadékot nem kapunk: a tompulatot a gümőkóros folyamat okozta pleuravastagodás (fibrosis) okozza. Gyógyulás ilyen esetekben bekövetkezhetik, sokszor azonban subacut általános gümőkór támad, vagy pedig lassanként az idült tüdőgümőkór tünetei jelentkeznek. Az izzadmányképződéssel járó gümőkóros mellhártyalob esetek felismerése sokszor nagy nehézséggel jár. Útbaigazitással szolgálhatnak a következők: 1. Gümőkóros eredetü esetekben a láz sokkal tovább tart; ha tehát genyedés nincs és mégis huzamos ideig tart a láz, akkor a legnagyobb valószinüséggel gümőkórosnak mondhatjuk a pleuritist. 2. Gümőkóros esetekben a folyadékgyülem kibocsátása után többnyire újból jelentkezik, a mi abból magyarázható, hogy a képződött erős adhesiók megakadályozzák a tüdő kitágulását; ha tehát ismételt paracentesisre van szükség, akkor valószinüleg gümőkóros eredetü az eset. 3. A kibocsátott folyadék gümőkóros eredetü frissebb esetekben szintén megalvad magától; ha azonban tovább tart a baj, megalvadás már nem igen áll be. Ha a centrifugálással nyert üledéket tenyésztéssel vizsgálva, nem mutathatjuk ki a fentebb említett bakteriumokat, akkor valószinüleg gümőkóros eredetü folyadékgyülemmel állunk szemben. Ilyenkor az üledékben néha sikerül mikroskoppal a gümőbacillust kimutatni; negativ eredmény esetén tengerimalaczba oltjuk az üledéket. A pleuritis gümőkóros eredetére utalhat az is, ha peritonitis tünetei jelentkeznek.

A mi már most az orvoslást illeti: a kezdeti szakban az ágynyugalmon és a jó ápoláson kivül elsőrangú kérdés vajjon a kimutatott folyadékot a mellürből eltávolitsuk-e? Tekintettel arra, hogy gümőkóros eredetü esetekben nagyobb a hajlandóság állandó összenövések képződésére, mindenesetre ajánlható a folyadék kibocsátása, még ha nem is túlságosan nagy mennyiségü, de ha nem mutat hajlandóságot a magától való felszivódásra. Elhúzódó esetekben a szabad levegőn fekvés nagyon fontos. Természetesen a jó táplálkozásra is nagy súlyt kell helyezni.

Az előadáshoz füződött eszmecserében *Th. Williams* kifejti, hogy a gümőkóros eredetü pleuritis-esetek száma sokkal nagyobb, mint a hogyan általában felveszik. A baj ismétlődése szerinte is határozottan gümőkóros eredet mellett szól, nem szabad azonban megfeledkeznünk arról, hogy a gümőkóros eredetü esetek is sokszor nagyon gyorsan meggyógyulnak, még pedig hosszabb időre. A száraz pleuritis-esetek mindig gümőkórra gyanusak. (The lancet, 1906. márczius 3.)

A tüdőlob gyógyitásáról irt legújabb czikkében *A. Fraenkel* tanár tulajdonképen csak a vérkeringés befolyásolásáról szól. Először a digitalis használatát ismerteti. E szer javalt nagyon súlyos esetekben, főleg ha az érverés nagyon szapora, a vérnyomás pedig alacsony; az adagnak nagynak kell lenni (4 grammból készült infusum 24 óránként). Minthogy a szivizom és a vele összefüggésben álló idegkészülék érzékenysége a betegség előhaladásával fokozódik, a 3. napon túl már csak kisebb adagok rendelendők, annál is inkább, mert a digitalis cumulativ hatása szintén tekintetbe veendő. Szervi szív- és érbaj (arteriosclerosis), valamint idült veselob ellenjavalják a digitalis-therapiát. Ezután a szerző áttér annak fejtegetésére, hogy pneumoniában tulajdonképen a vasomotorius-hüdés a veszedelmes s azért első sorban a coffein jöhet tekintetbe, mint a mely a vasomotorius központra izgató hatású; e mellett a szív koszorúvérőereire gyakorolt tágító hatása miatt a keringést ezekben elősegíti s igy a szívre közvetlenül is kedvező befolyású. Szerző bőr alá fecskendezés alakjában adja a coffeint, még pedig 10%-os oldatot használ, mint a melynek az az előnye a 20%-os oldattal szemben, hogy befecskendezése kevésbé fájdalmas. 1—3 óránként fecskendez be 1 cm³-t. A coffein egyedüli kedvezőtlen oldala az esetek mintegy 10%-ában bekövetkező, a beteg nagyfokú nyugtalanságában, álmatlanságában nyilvánuló izgató hatás. A coffeinnal együtt természetesen a szívre és az erekre ható egyéb szerek — például kámfor — is adhatók. (Die Therapie der Gegenwart, 1905. 1. füzet.)

Köszvény esetét közli *Schuster* (Aachen), melyben a legkülönbözőbb köszvényellenes gyógyszerek és fürdők használata teljesen eredménytelen maradt, antisyphilises kúrára azonban — a melyet a 23 év előtt történt syphilis-fertőzés miatt tartott javaltnak — gyógyulás következett be. (Die Therapie der Gegenwart, 1906. márczius.)

Theocinnal tett tapasztalatait ismerteti *Thienger* és ezzel kapcsolatban beható birálat alá veszi az ezen szer káros hatásaira vonatkozólag megjelent közléseket. Először a veseparenchymára gyakorolt károsító hatásról szól, a melyet nem tart beigazoltnak. Az idegrendszerre kifejtett hatás útján keletkező kóros jelenségek pedig többnyire elkerülhetők, ha theocinum natrio-aceticumot használunk, még pedig vagy egyszerűen vizes oldatban, vagy pedig Schlesinger ajánlatára adonis-infusumban (Rp. Inf. adonid. vernal. e 8·0 ad 150·0; Theocini natrio-acetici 1·0—1·5) Kezdetben 3—4 óránként adunk 10—15 centigrammot (vagyis az imént leirt rendelvény szerint készült orvosságból evőkanálnyit), s ha a diuresis nem volna elégséges, fokozzuk a napi mennyiséget oly módon, hogy 2 óránként adunk 10—15 centigrammot (evőkanálnyit). 60—90 centigrammot pro die túlhaladni nem ajánlatos. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1906. 12. szám.)

Öngyilkosság veronallal. *F. Ehrlich* stettini orvos két esetet közöl, a melyekben veronallal öngyilkosságot követtek el. Az egyik esetben 30, a másik esetben 11 gramm veronal bevétele után rövid idő mulva öntudatlanság állott be, s az illetők, a nélkül, hogy eszméletüket visszanyerték volna, 20 óra mulva meghaltak. Minthogy a veronal fájdalommentes halált okoz, nagy a valószinüség, hogy többen fognak az öngyilkosság ezen módjához folyamodni, s azért a veronalnak a kézi eladásból való kivonását sürgősen szükségesnek mondja. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1906. 12. szám.)

Idegkórtan.

A tabes kedvező prognosisa tekintetében szerzett tapasztalatait közli *Malaisé*, Oppenheim poliklinikájának segédje. Már *Charcot* hangoztatta, hogy a tabes esetek között mennyi a lassú lefolyású és hogy ennek a bajnak a prognosisa nem olyan sötét, mint a milyennek *Duchenne de Boulogne* idejében látszott. *Charcot* tanítványai 1902-ben beszélték meg újból ezt a kérdést és akkor az a nézet is felmerült, hogy a tabesban az idő folyamán enyhülés állott be. *Oppenheim* is osztozott ebben a véleményben. A franczia neurologusok többsége azonban abban a kétség nélkül helyesebb felfogásban van, hogy a kórjóslat csak látszólag jobb és hogy ezt a látszatot a korai kórjelzés adja meg.

M. a poliklinika régebbi betegei hogyléte felől kérdezősködvén, 150 esetben kapott választ. Ezek közül 58 időközben meghalt és 90 újabb vizsgálatra került. Az esetek négy csoportba oszlottak.

1. Ide tartoznak azok a betegek, kiken a baj teljesen kifejlődött, de a hivatásban és életrendben nem volt változtatásra szükség. Ezen csoportban két beteg nyolcz év alatt jelentékenyen javult, az egyik abban a hitben él, hogy teljesen egészséges, a másiknak csekély paraestbesiákon kivül nincs panasza.

2. A második csoportban levő betegek munkaképesek és egy subjectiv panaszuk van, pl. fájdalmak vagy hólyagzavar. Ezeknek a betegeknek egy része nem változott nyolcz év alatt, mások közülök olyan lassan és oly keveset romlottak, hogy az a beteg szemében nem volt feltünő. Volt olyan eset is, a melyben a tünetek hamarosan fejlődtek egy pontig és azután kissé javultak. Volt eset, melyben 17 éven át nem támadt új tünet. Különösen figyelmet érdemel az egyik beteg története. Ez 30 éves korban már súlyos betegnek látszott, szakgatása, gyomorfájása, ataxiája és vizeletcsurgása munkaképtelenné tette, de rövid idő alatt valamennyi tünet annyira javult, hogy újból élhetett rendőri hivatásának. Csak 10 évvel később állott újra elő rosszabbodás. Egy másik beteg 21 éve szenved tabesben, 12 éven át nagyon kevés volt a panasza, ekkor kissé romlott az állapota, de a baj további fejlődésében újból megakadt és a beteg még betegsége 21. évében is munkaképes volt. Különben az ebben a csoportban leirt esetek nem rosszabbodtak állandóan, hanem szakaszonként jöttek új tünetek, a közbenső időben pedig változatlan volt az állapot.

3. A harmadik csoportban közölt betegek állapota elejétől fogva lassan és állandóan romlott. A betegek az első években még teljes munkaképességgel dolgoztak. Közülök természetesen leghamarabb azok lesznek munkaképtelenek, a kiknek járni vagy állani kell. Ha ilyenkor alkalom van nyugalomra, akkor sokszor javulás áll elő, vagy megáll a baj. Sajnos azonban, hogy ez csak abban a szakban történik, a mikor a beteg már nem tud sem dolgozni, sem az életet élvezni. Az ilyen gyorsan a munkaképtelenségig fokozódó esetek ritkán javulnak és ritkán állanak meg, a baj halad és körülbelül 10 év alatt annyira jut, hogy állandóan ágyba kerül a beteg. A 90 eset között 30 tartozik ebbe a csoportba. Sajátságos az, hogy még ebben az állandó előhaladásban is javulhat az egyik vagy másik tünet. Igy az egyik beteg vizeletcsepegése szünt meg, a másikon a crises gastriques tünetei multak el akkor, a mikor már három évig ágyban feküdt.

4. A negyedik csoportba tartozik a tabes képének az az alakja, a mely a régi megfigyelők előtt a legismertebb volt. Kevés előző tünet után vagy a nélkül gyorsan fejlődik ataxia, a lábak gyengülnek, a beteg 4—5 év alatt állandóan ágyba kerül és 5—7 év alatt elpusztul. Ilyen eset 150 közül csak 18 akadt. Érdekes, hogy ezek mind fiatal korban lettek betegek és különösen fontos, hogy az első tünetek már röviddel a lueses fertőzés után jelentkeztek. Ezek a betegek mind igen halaványak, környéki ereik rigid tapintatúak.

Malaisé ezen beosztás után keresi azt, hogy milyen mozzanatok igazíthatják a tabest kedvező vagy kedvezőtlen irányba, és mennyire lehet a körülményekből az egyes eset jóslatát előre megállapítani.

Általában kedvezőtlenek azok az esetek, a melyekben az ataxia hirtelen fejlődik ki, bár itt is van kivétel. Kedvezőtlen az is, ha 2—3 év alatt fejlődik ki az egész tünetcsoport, mert nem sokat ér, ha a baj ilyen előrehaladott szakban meg is áll. *P. Marie* azt mondja, hogy minél több tünet van meg a betegen, annál rosszabb a lefolyás. Ezt a tapasztalatot M. is beigazolva találta és úgy magyarázza, hogy a sok tünet már a baj nagyfokú elterjedettségét mutatja. *Collins* azt állította, hogy különösen rossz szemmel kell nézni, ha a tabeses embert zsigeri idegrendszere cserben hagyja, ide tartozik a gyomorkrisis, a táplálkozászavar, a hólyag- és bélmüködés zavara. M. tapasztalata szerint ez a tétel nem áll meg feltétlenül, a mennyiben a gyomorkrisisek elég gyakran abbamaradnak. Természetesen kedvezőbb, ha a gyomorkrisis nagyobb időközökben újul meg. Van ezek között olyan is, hogy a beteg jócskán meghízik. Ellenben rosszra elkészülten nézhetjük az olyan gyomorkrisist, melyhez az erek megbetegedése csatlakozott, mert a vérnyomás emelkedése a kis ereket könnyen megrepesztheti. Baj az is, hogy a gyomorkrisis morfinistát nevel.

Általában nem igér jót a *hólyagzavar*, különösen ha a beteg piszkos és nem ápolhatja magát, de a kezdetben előálló vizelésbaj mégis nem egyszer nyomtalanul elünik.

A *látóidegsorvadás* az esetek 73%-ában korán jött; ilyenkor az esetek ¾ részében nemcsak megakadt a tabes előhaladásában, hanem gyakran vissza is fejlődött a kóros jelenségek egy része, némely esetben a szakgató fájdalmak, másokban a vizelészavar. A megfigyelések 15%-ában ellenben lassan előrehaladt a baj, a többiben gyorsan. Ha azonban a látóidegsorvadás későn nyilatkozott, még egyszer sem gyakorolt kedvező befolyást. Szerző arra utal, hogy kevés ilyen betege volt és azért ebben a tekintetben végső itéletet nem óhajt mondani. A korai látóidegsorvadás kedvező befolyását *Oppenheim* részben a tabes sajátos localizálásában látja, de e mellett arra is gondol, hogy a ki korán megvakul, kénytelen magát kimélni és így meg van védve a káros behatások ellen. *Mott* azt találta, hogy vak tabeseseinek 80%-a dementiás lett, *Malaisé* egy ilyen esetet látott. Bizonyára *Mott* anyagában rejlik a különbség oka.

Minél korábban mutatkozik az *ataxia*, annál rosszabb a jóslat, különösen akkor, ha a beteg ezenkivül hypotoniás is. Itt csak az a kivétel áll fenn, hogy ha az ataxia magányosan, bár korán jön, a helyzet kevésbé kedvezőtlen, mert a Frenkel féle gyakorlatokkal ilyenkor sok eredményt lehet elérni.

A *trophiás zavarok* kedvezőtlen jóslata tekintetében szerzőnek nincs elég tapasztalata.

A szédülések, öntudatzavarok, melyek gyakran bénulásokkal járnak, nem feltétlenül dementiás tünetek, mint a hogy ezt sokan tartják.

A nyúltvelői tünetek általában rosszabb jövőt jósolnak, de *M.* e tekintetben is akadt a szabálynak ellentmondó kedvező kivételre. Gyakran kedvezőtlen a neurasthenia, mely sokszor kiséri a tabest. Treuma után sokszor gyorsan halad a betegség.

Különbség a lefolyásban nem látszott a szerint, hogy a kórelőzményben kimutatható volt-e a syphilis vagy nem. Többnyire gyorsan fejlődtek ki azok az esetek, melyekben a tünetek rövid idővel a lueses fertőzés után támadtak. Általán véve hat évre a fertőzés után támadt tabes kedvezőtlenebb, mint a hosszabb idővel a fertőzés után keletkezett. Az 50 éven felül való korban jelentkező baj kedvezőbb lefolyású, a szervezet gyengesége és öröklött terheltség, közbejövő betegség, alkohol, egyéb visszaélések rontják a jövőt. Fárasztó munka, szegénység, nélkülözések ugyancsak kedvezőtlenek.

Mennyire vagyunk képesek a bajt eljárásainkkal és tanácsainkkal befolyásolni? Erre a kérdésre ma már nem adjuk *Benedikt* válaszát, mely szerint „az eset jövője annál jobb, minél korábban fogtunk a gyógyításhoz“. Azonban kétségtelen, hogy minél korábban helyezhetjük a beteget nyugalomba és olyan körülmények közé, hogy a káros behatásoktól védve van, annál jobb eredményt várhatunk. Különösen sokat tehetünk a Frenkel-gyakorlatokkal, melyek elmulasztása a beteget korán ágyba dönti.

Az egyes tünetek változékonyságáról M. a következő tapasztalatokat szerezte. A szakgató fájdalmak többnyire fokozódtak, de 37%-ban javultak. A vizelészavar ritkán javult meg. A nemi képesség csak egyszer javult meg, a férfiak 16%-a volt impotens. A kezdeti szemizombénulások 6 héttől 4 évig tartottak, kivételesen hosszabb ideig is. (Monatschrift f. Psych. u. Neurol. XVIII. köt. kiegészítő füzet.) *Kollarits Jenő* dr.

Sebészet.

A végbélrák gyökeres műtevésével elért eredményekről számol be *Richter* a giesseni klinikáról. Csak akkor tekintik az esetet inoperabilisnek, ha a daganat a hólyaggal vagy a keresztcsonttal szorosan összenőtt, ha a daganat semmiféle irányban el nem mozgatható. Nagy súlyt helyeznek a betegek előkészítésére, a bélrendszer teljes kiürítésére, de az előzetes colostomiát, melyet *Schede* és *Schuchardt* ajánlott, feleslegesnek tartják. Normális műtétnek tekintik a *Hochenegg*-től ajánlott sacrális eljárást az os coccygis, esetleg a keresztcsont resectiojával. A keresztcsont időleges resectioját nem végzik, mert ez a gyógyulási folyamatot complikálja s a későbbi functionális eredmény szempontjából értéktelen. Súlyt helyeznek a tájéki mirigyek eltávolítására. 63 esetben végeztek gyökeres műtétet, 35 esetben amputatio recti-t, 28 esetben resectio recti-t a sphincter megtartásával. Operativ halál 4 esetben (3 amputatio, 1 resectio) állott be, tehát 6·22% a mortalitás.

A kritikus trienniumon belül meghalt *recidiva folytán* 16 amputatiós és 7 resectiós eset, vagyis 23 eset, az esetek 38·33%-a, ha az ismeretlen eseteket nem számítjuk. *Intercurrens betegségben* meghalt 1 = 1·8%. *Inoperabilis recidivával él* 1 eset. *A kritikus trienniumon túl* meghalt *recidiva folytán* 4 amputatiós és 3 resectiós eset, vagyis az esetek 11·67%-a. *Intercurrens betegségben* meghalt 3 = 5%. Recidivamentesen él 20 eset (9 amputatio, 11 resectio) = 33·33%, ezek közül a trienniumot meghaladta 17, vagyis 18·33%; ha ezen 17 esethez hozzászámítjuk a trienniumon túl intercurrens betegségben elhalt 3 esetet, úgy 20 eset érte meg a trienniumot recidivamentesen, tehát *az esetek egyharmadában végleges gyógyulást értek el.* Ez esetek között vannak olyanok, a melyek 15, 9, 7, 6, 5, 4 éve recidivamentesek. A mi a *functionális eredményt* illeti, teljes volt a continentia, az élő eseteket számba véve, resectio után 9 esetben, relativ continentia volt amputatio után 6, resectio után 2 esetben, incontinentia állott fenn amputatio után 3 esetben. (Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, 1906., 81. k. 2—3. f.) *Steiner Pál* dr.

Heveny tüdővizenyőt észlelt aethernarcosis után *V. C. Pedersen* s az irodalomból még 14 hasonló esetet állít össze. Ez utóbbiak mind halálosak voltak, míg az övé, mely közvetlen a narcosis befejezte után kezdődött, gyógyulással végződött. Kezelésre a mellkas száraz köpölyözését, oxygen-belégzést és szívizgatókat (strychnin, nitroglycerin, veratrin) ajánl. Az ágyláb végének felemelése is jótékony hatással van. (Annals of surgery, 157. f.) *Pólya.*

A gyökeres sérvműtétek módosításainak egész sorozatát találjuk leirva az „Annals of surgery“ ez évi januári számában. *Gwilynn G. Davis* (Philadelphia) direct lágyék-sérveknél, hol a nyilás nagy s a sérv összes burkai egymással feszesen és elválaszthatlanul összenőttek, úgy jár el, hogy a sérvtömlőt harántul kettéhasítja s az így nyert két lebenyt matráczvarratokkal egymás fölé rögzíti, úgy a mint azt Mayo-ék köldöksérv-műtéteknél ajánlották. *Nicoll* (Glasgow) nagy lágyék- és czomb-sérveknél 1. a sérvtömlőből való pelottaképzést, 2 a Poupart-szalagnak illetve a ferde hasizomzatnak az os pubishoz odavarrását ajánlja. A sérvtömlőt úgy látja el, hogy hosszában kettéhasítja, azután az egyik félen a sérv nyakához közel lyukat készít s ezen a másik felet áthúzza; alágöltést, ligaturát nem alkalmaz. Az os pubis csonthártyáját a pectineustapadás leválasztása után letólja, a csontba 2 lyukat fúr és 2 catgut-fonállal matráczvarrat-szerűen odahúzza czombsérveknél a Poupart-szalagot, lágyéksérveknél pedig az obl. int.-t és transversust. A csontizom-varrat fölé fascia-varratot helyez. *J. R. Eastmann* (Indianopolis) lágyéksérveknél kettősen fegyverzett fonállal a bőrt, a Poupart-szalagot, a ferde hasizmokat és az obliquus ext. aponeurosisát oly módon ölti fel, hogy az összes varratok teljesen eltávolíthatók legyenek s a mélyben fonál elsülyesztve nem marad. A ondózsinór *Fergusson* szerint a hasizmok között elsülyesztve fut. *Pólya.*

Tendinitis achillea uratica néven és vonatkozással a Schanz ismertette tendinitis achillea traumatica nevű megbetegedésre oly esetekről tesz említést *Baracz* (Lemberg), melyekben az Achilles-ín typikus tendinitise esetleg orsóalakú, egészen mogyorónyi megvastagodásokkal köszvényes betegeknél támadt. Az ín fájdalmassága néhány hétig tartott s gyakran kisérték egyéb izületi vagy csontfájdalmak. Az ín-csomók néha állandósultak. Könnyebb esetekben masszálást és megfelelő diaetás eljárást ajánl, súlyosabb esetekben borogatást, ragtapasz-kötést, ismétlődések meggátlására pedig uricedint belsőleg. (Ztbl. für Chirurgie, 1906. 1. szám.) *Gergő.*

A tendinitis achillea traumatica okaként, melyet A. Schanz nemrégiben ismertetett, azon külső ingert szerepelteti *Drehmann* (Breslau), melyet a czipő felső szélének nyomása okoz (czélszerűtlen és szük lábbeli), vagy pedig túlhajtott járás, főleg pedig oly mozgások, midőn hajlított térd mellett — bicyklizés, hegymászás — az Achilles ín a tibiától távolodik s az ín a czipő szárán folyton dörzsölődik. Ezen tényezőben látja Drehmann a körülirt tendinitis okát, ellentétben Schanz-czal, ki ezen megbetegedés lényegét az ín túlzott megerőltetésében és az ettől feltételezett részleges ínszakadásban kereste. (Ztbl. für Chir., 1906. 1. szám.) *Gergő.*

Gyermekgyógyászat.

A veleszületett laryngeális stridorról ir *Koplik. A laryngeális stridor* a légzésnek oly sajátossága, mely rövid idővel a születés után tünik fel s a belégzés alatt hallható károgó vagy röfögő zörejben nyilvánul. Az újszülött különben teljesen egészséges lehet. Súlyos esetekben e zörej nemcsak a belégzést, hanem a kilégzést is kiséri. Ha a csecsemő sír vagy izgatott, a belégzés végén oly fütyülőhang állhat elő, a milyet laryngospastikus roham végén szoktunk észlelni. Mindamellett angolkór nincs mindig jelen, sem latens tetania. A laryngeális stridor teljesen különálló kórkép s nem vethető egybe a laryngospasmussal. Az állandóan hangos légvétel különbözik azon hortyogó zörejtől is, a melyet gátolt orrlégzés mellett adenoid vegetatióknál szoktunk hallani. Belégzésnél a mellkas alsó része és a juguláris táj behúzódhatik. Vegetatiók esetén kifejezett a lymphatikus alkat, a mi laryngeális stridornál nincs szükségkép jelen. Többen e kórképet

helytelenül asthma thymicum névvel jelölik s a thymust tekintik a kór okozójának.

A laryngeális stridor keletkezésére vonatkozólag több elméletet állítottak fel. Az első szerint a tünet a gége és a gégefedő veleszületett rendellenességének következménye. Ez abban állana, hogy a hangrés rendkivül szük és az epiglottis szélei összehajlanak, úgy, hogy csaknem érintkeznek, az aryepiglottikus redők pedig az epiglottis csúcsát lefelé és hátrafelé húzva, a hangrés felső nyilását elfedik. *Thomson* és *Luschka* kimutatta, hogy a csecsemő gégefedője vályúalakú és ilyen marad a tíz éves korig. Azon esetekben, melyekben laryngeális stridor állott fenn és a melyek bonczolásra kerültek, a jelzett anatomiai elváltozás volt jelen. Igy *Lees* esetében, mely diphtheriában pusztult el, az epiglottis a gégebemenetet elfedte és a gégefedőből csak egy keskeny rés maradt nyitva, melyen át a légzés történhetett. *Refslund* esetében a halál intercurrens tüdőlob folytán állott be, ép úgy, mint *Koplik* esetében, s a bonczlelet is hasonló volt. *Variot* betege vörhenyben halt el, ebben a boncztani elváltozás megegyezett az előbbiekével, de csekélyebb fokot ért el. Ujabban különösen *Hochsinger* kardoskodik a laryngeális stridornak a thymus által okozott eredete mellett. *Hochsinger* 23 esetében stridor mellett kopogtatással s Röntgen-sugarakkal a thymus megnagyobbodott voltát tudta kimutatni s ezért feleleveníti az asthma thymicum elnevezést.

Szerző esetében egy éves fiúnál a stridor tüneteit három hetes kora óta vették észre; azóta állandóan fennállottak. A gyermek bronchopneumoniában halt el s bár thymusa meg volt nagyobbodva s 25 grammot nyomott, mégsem nyomta s szüki tette a légcsövet. A bonczolásnál kitünt továbbá, hogy a gégefedőnek ugyanazon anatomiai elváltozásai voltak jelen, mint *Lees* és *Refslund* eseteiben. A gégefedő hátrafelé görbült és a gégebemenet felett feküdt. Vékony hártyaszerű oldalsó szélei összekunkorodtak s csak keskeny rést hagytak szabadon, mely felül 0·5, alul pedig 1·5 mm.-nyire volt nyitva. A hullában a legkisebb kaliberű tubust sem lehetett a szük hangrésbe bevezetni. A gégefedőnek ezen felsorolt anatomiai elváltozásai teljesen elégségesek a laryngeális stridor magyarázására s ezért nincs szükség annak a felvételére, hogy a thymusnak lett volna kórokozó szerepe. (Archives of pediatrics, 1905. deczember.)

Loránd.

Bőrkórtan.

Új növény-dermatitist ir le *Dreyer*. Tudjuk, hogy vannak növények, melyek arányiag gyakran okoznak börgyuladásokat, eczemákat. E bőrbajoknak kóroktani felismerése néha nagy nehézségekbe ütközik. A börgyuladást elöidéző növények közt manapság talán leginkább az arnica, a len és Németországban a primula (obconica) szerepel. Szerző a mult év folyamán nagy számban észlelt egy oly börgyuladást, mely első tekintetre igen hasonlónak mutatkozott a primula-dermatitishez. Intensitása különböző volt, de csaknem mindig a karokra és a tarkóra localizálódott. Heves égés és viszketés a rendes kisérő tünetei. Az a körülmény, hogy az igy megbetegedett egyének mind a kölni fogház női osztályából kerültek ki, a baj okát hamar napvilágra hozta. A betegek tudniillik egybehangzóan állitották, hogy bőrbajukat a napraforgómagvak gyüjtése és rendezése okozta. Hogy valóban ez volt az oka a dermatitiseknek, azt legjobban az bizonyítja, hogy e munka betiltásával a baj is megszünt. *Dreyer* valószinünek tartja, hogy ezen dermatitis mechanikai úton jön létre. (Dermatol. Centralbl., 1906. 5. szám.)

Guszman.

Húgyszervi betegségek.

A húgyszervek tuberculosisának diagnosisa főként ott, a hol egyedül functionális tünetekkel állunk szemben, igen nehéz; a vizeletben esetleg kimutatott Koch-féle bacillusok és a beoltások csakis akkor birnak bizonyító erővel, ha positiv eredménynyel járnak. Ez indította *S. Colonbino*-t arra, hogy a centrifugált vizelet üledékében a *leukocyták fajait* tüzetesen tanulmányozza. Hosszas vizsgálataiban azon érdekes megfigyelésre jutott, hogy mindazon esetekben, a melyekben a fehérvérsejtek igen változó — hosszúkás, sokszögü, rovátkos — alakjaival és a protoplasma körvonalainak rendezetlenségével — néha úgy néz ki a dolog, mintha egyes protoplasmacsomók a sejthártyából kipattantak volna — találkozunk, teljes biztossággal azt állíthatjuk, hogy húgyszervi tuberculosissal van dolgunk. Ezen eljárás a technika egyszerüsége, a festésben való jártasság nélkülözhető volta és gyors kivihetősége miatt a kórházi diagnostika szempontjából igen fontos. (Annal. des malad. des org. génito-urin. 1906. 2. füzet.)

Drucker Viktor dr.

A nemi tehetetlenséget a koraérettséggel hozza kapcsolatba *Ch. Féré* egy esete révén. Az egyébként teljesen egészséges és normális szervezetü 35 éves férfi, a ki életében sohasem onanizált, gyermekéveitől eltekintve, a mikor egy hasonkorú (7 éves) nőrokona iránt érzett erős nemi izgalmakkal járó vonzalmat, ifjú korától mai napig, bár mindent megpróbált, egy perczig sem tanusított ivarképességet. A rendkivül nagy müveltségü beteg nem tud azon rögeszmétől megszabadulni, bár testvérei boldog házasságban élnek, hogy az ő bajának kútforrása egyrészt apja ridegségében, a szülei között fennállott kölcsönös bizalmatlanságban, másrészt pedig fennebb említett nőrokonának 17 éves korában hirtelen máshoz történt férjhezmenetelében keresendő. Ugy a gyógyszeres, mint a hydrotherapiai és physikális kezelés nem vezetett más eredményre, mint arra, hogy a neurastheniás beteg utóbbi bajától megszabadult. Szerző állatkisérletekkel igazolja azt, hogy az aphrodisiacumok (yohimbin, nux vomica) czélra nem vezetnek, sőt ártalmasak, és eseteket említ, a melyekben az erőltetett nemzésből származott ivadékok testileg és szellemileg nyomorékok voltak. (Annal. des mal. des org. génito-urin. 1906. 2. füzet.)

Drucker Viktor dr.

Közegészségtan.

A tej streptococcus-tartalmára néhány év óta többen hivják fel a figyelmet Igy *Beck* a tejpróbák 62%-ában talált olyan streptococcusokat, a melyek házinyúlra és tengerimalaczra nézve kórokozóknak bizonyultak. *Petruschky* és *Kriebel* a csecsemők nagyobb halálozását nyáron főleg a tej streptococcus-tartalmára vezetik vissza *Escherich* is a tejben látja a gyermekekre oly végzetes streptococcus-enteritis forrását. Legújabban a müncheni egyetemi közegészségtani intézetben *Trommsdorff* foglalkozott e kérdéssel, kapcsolatban a Bergey-féle tejleukocyta-próbával, a melynek lényege az, hogy a tej leukocyta-tartalma egyenes arányban áll a tej streptococcus-tartalmával. Bergey olyan módon járt el, hogy 10 cm^3 tejet centrifugált, az üledékből fedőlemezkészitményeket állított elő, ezeket a zsir eltávolitása czéljából előbb chloroformmal kezelte, majd megfestette és megvizsgálta olaj-immersioval ($^1/_{12}$). Ha látóterenként 10 leukocytánál több volt, akkor tenyésztéssel is sok streptococcust lehetett kimutatni. Ezt az eljárást Trommsdorff módototta; minthogy ugyanis a leukocyták száma a fedőlemezre kent üledék rétegének vastagságától is függ: lehetőleg egyenlő mennyiségü anyagnak a fedőlemezekre kenhetése czéljából a tejet beosztott capillarisban végződő üvegekben centrifugálja; ilyen módon a capillarisban meggyülő üledék 0·001 cm^3-nyi mennyiségei elég pontosan vehetők. Vizsgálatai szerint 1 : 1000-nél több leukocyta (vagyis egy liter tejben 1 cm^3-nél többet kitevő leukocyta-mennyiség) sok streptococcus jelenlétére utal a tejben, vagyis az illető tehén mastitisre gyanús; az ilyen mastitises tehenek teje a forgalomból lehetőleg kivonandó. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1906. 12. szám.)

A rhachitis okairól és társadalmi jelentőségéről tartott előadást *Hansemann* a berlini Hufeland-társaság mult deczember 14.-i gyülésén. A rhachitis nem csontbetegség, hanem az anyagcsere általános zavara. Jelentőségének a megitélésénél nemcsak a betegséget magát kell tekintetbe vennünk, hanem azt is, hogy a rhachitikus gyermekek igen hajlandók más betegségekre, különösen fertőző bajokra, a melyek náluk súlyosabb lefolyásúak is. Hansemannak feltünt a diphtheriában, skarlátban és kanyaróban elhalt gyermekek bonczolásakor, hogy mennyi a rhachitikus közöttük. Ha a szamárköhögéshez halálra vezető szövődmények, pneumoniák társulnak, ez is legtöbbször angolkóros dispositioból magyarázható. A rhachitis továbbá igen hajlandósit a gümőkórra, különösen a nyirokcsomók s a tüdők tuberculosisára, a mit úgy lehet ma-

gyarázni, hogy a náluk oly gyakori fejeczemák s a légutak hurutja megkönnyíti a bacillusok bejutását. Hogy maga a rhachitis a csontváz különböző difformitásai révén mennyire nyomorékká teheti az egyént, az ismeretes; a kyphoscoliosis, a genu valgum, a lúdtalp, a szűk medencze, a törpeség s hasonlókép az óriásnövés okai közt ez a betegség első helyen áll. A rhachitis főokának Hansemann az egészségtelen, a természetestől eltérő életfeltételek összességét, a gyermekek hiányos ápolását és táplálását tartja, főkép azt, hogy a csecsemőket pólyákkal és pelenkákkal megakadályozzák mozgásaikban s hogy elvonják tőlök a friss levegőt. A rhachitis aetiologiájára világot vet, hogy a domestikált vagy állatkertekben tartott állatok közt igen gyakori a rhachitis, míg a szabadon élők közt eddig nem észlelték ezt a betegséget. A klima különbözőségéből ezt magyarázni nem lehet, mert a majmok pl. rhachitisbe esnek a hazájukban is, ha fogságba kerülnek. Czivilizálatlan, „vad" népek közt ritkaság a rhachitis, mert ezeknél nem burkolják be pólyákba a gyermeket s így nem akadályozák meg a levegő szabad circulálását a test körül. Ezért oly ritka a rhachitis Japánban is, hol észszerűbben tartják a csecsemőket, a mihez még hozzájárul az is, hogy a japán házak fából lévén, papirossal az üvegablakok helyett, szellősek s a levegőnek jól átjárhatók. Az öröklékenység szerepét Hansemann nem abban keresi, hogy maga a rhachitis terjed át a szülőkről a gyermekekre, hanem abban, hogy a rhachitisre való hajlandóság örökölhető. (Berliner klinische Wochenschrift, 1906, febr. 26.)

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Meningitis gyógyítása collargollal. *Papillon* és *Eschbach* a párisi „Société de pédiatrie" egyik utóbbi ülésen meningitis egy esetéről számoltak be, melyben 4 cm³ 1% os collargol-oldatnak a gerinczcsatornába fecskendezése után a hőmérsék csökkent és a többi súlyos tünet is mérséklődött. Néhány nap mulva a hőmérsék újból emelkedvén, megismételték a befecskendezést, mire a hőmérsék rohamosan leesett és néhány nap mulva teljes gyógyulás következett be. *Netter* is dicséri meningitis eseteiben a collargolt, melyet enyhébb esetekben bedörzsölés, súlyos esetekben pedig a gerinczcsatornába fecskendezés alakjában használ. (Bulletin médical, 1906. 6. szám.)

Vasprotylinnel végeztek kisérleteket a bolognai egyetemi gyermekklinikán, a melyek *Melli* közlése szerint nagyon jó eredménynyel jártak. A vasprotylin egyesíti a vas és a phosphor kedvező hatását. Használata nemcsak idiopathiás, hanem symptomatikus vérszegénység eseteiben is javalt, gyermekeknél 1—3 grammos adagokban 2—3-szor naponként. Szerző mellhártyaizzadmány, scrophulosis, peritonitis tuberculosa több esetét ismerteti, a melyekben jó eredményt látott a vasprotylin használatától. (Gazzetta degli Ospedali, 1905. decz. 24.)

A higanykészítmények subcutan vagy intramusculáris befecskendezése, a mint ismeretes többnyire meglehetősen fájdalmas. Ezért már régóta kisérleteznek különböző helyi érzéstelenítő szerekkel, az eddigi eredmények azonban nem feleltek meg a várakozásnak, mert egyrészt könnyen mérgezés állhat be, másrészt pedig az érzéstelenség nagyon gyorsan múló. Újabban sikerült a Heyden-féle gyárnak oly készítményt előállítani, a mely befecskendésre kész oldatban 1% hydrargyrum oxycyanatumot és ½% acoint tartalmaz, s a melyről *Hirsch* nagyon dicsérően nyilatkozik. A befecskendezések alig fájdalmasak, a higany mérgező hatásai nem igen jelentkeznek. A befecskendezendő mennyiség 1—1½ cm³, a mely a gerinczoszlop két oldalán felváltva juttatandó a kellőképen megtisztított és fertőtlenített bőr alá, még pedig elég mélyen. Az egyes befecskendezések között 2—4 napos szünetek tartandók. (Medizinische Klinik, 1906. 9. szám.)

Digalennel elért kedvező eredményeit ismerteti *Pesci*. Nem állítja, hogy digalennel a digitalis minden esetben és teljesen pótolható. Sokszor azonban előnyben részesítendő a digalen, egyrészt mert pontosan adagolható, másrészt mert intravenásan adható, a minek folytán gyors hatást érhetünk el. Az intravenás adás különben akkor is szükséges lehet, ha a gyomor nem tűri a digitalist és készítményeit. Ha az intravenás alkalmazás valami okból kivihetetlen volna, némileg pótolható intramusculáris befecskendezéssel. Ha a szívet akarjuk tonizálni, 2—3 cm³-t adunk a szájon át, azután lassanként csökkentjük az adagot s 4—5 nap mulva beszüntetjük a szer használatát. Idült myocarditis és mitrális bajok okozta incompensatio, valamint pericarditis vagy fertőző bajok létesítette, hirtelen beállott szívelégtelenség eseteiben 3—5 cm³ digalent fecskendezünk be egyszerre intravenásan; ezt az adagot szükség esetén még aznap megismételjük s azután az eredményhez képest vagy lassan csökkentjük az adagot, vagy beszüntetjük a szer további használatát. A digalen főleg arteriális szívbajokban javalt, ha a compensatio-zavar kifejezett dicrotismussal jár. (Zentralblatt für innere Medizin, 1905. 44. sz.)

Az isoformot nagyon jó eredménynyel használja *Remien* az oto-rhinologiai gyakorlatban mindazon esetekben, a melyekben eddig rendszerint jodoformot használtunk. Az isoform, melynek erős antiseptikus és szárító hatása van, részint por, részint 3—10% os gaze alakjában jön alkalmazásba. (Allgem. medic. Central-Zeitung, 1906. 8. szám.)

A fülzúgás tüneti kezelésére *Knopf* a *valyl* nevű valerianakészítményt ajánlja. Naponként 3—9 tokocska (egyenként 0·125 gm. hatóanyaggal) veendő be. A szer vagy gyorsan hat, vagy hatástalan marad, s azért ha legfeljebb 8 nap alatt nem mutatkozik hatás, további használata czéltalan. (Therapeutische Monatshefte, 1906. február.)

Magyar orvosi irodalom.

Budapesti orvosi ujság, 1906. 12. sz. *Hirschler Ágoston*: A gyomor mozgási zavarai. 13. sz. *Veres Pál:* Nehány újabb, külsőleg alkalmazott salicyl-készítmény gyógyértékéről. „Szemészeti lapok" melléklet 1. sz. *Hoor Károly*: A Parinaud-féle conjunctivitis. *Borbély László:* A trachoma és az ophthalmoblennorhoea a cs. és kir. hadseregben az 1904. évben. *Markbreiter Irén*: Adat a könymirigy elválasztó idegének kérdéséhez. *Borbély László:* A kolozsvári egyetemi szemklinika működése az 1905. évben.

Gyógyászat, 1906. 11. sz. *Vámossy Zoltán:* A törvényszéki chemia néhány fontosabb fejezetéről. *Frommer Ignácz:* Streptococcus-nephritis tüszős mandolalob kapcsán. 12 sz. *Mandel Ignácz:* Az iszákosok paranoid elmebajairól. *Vámossy Zoltán*: A törvényszéki chemia néhány fontosabb fejezetéről.

Orvosok lapja, 1906. 12. és 13. sz. *Fái Mátyás Miklós:* A physikális gyógymódokról. *Herzfeld Lajos:* A légzőszervek inhalatiós therapiája.

Vegyes hirek.

Genersich Antal dr. egyetemi tanárt a Magyar Tudományos Akadémia rendes tagjává választották.

Kitüntetés: A király a poliklinika körül szerzett érdemeik méltánylásául *Lichtenberg Kornél* dr.-nak a magyar nemességet és *Stern Samu* dr.-nak a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta; egyúttal megengedte, hogy *Erős Gyula* dr.-nak elismerése tudtul adassék.

Kinevezés. *Langer Árpád* dr.-t a belügyminister a nagykárolyi állami elmegyógyító-intézet főorvosává nevezte ki. — *Hollós József* dr. szegedi kórházi bonczolóorvost Szeged főispánja tiszteletbeli kórházi osztályorvossá nevezte ki. — *Braun Gyula* dr. csókai községi orvost Torontálmegye főispánja tiszteletbeli járásorvossá nevezte ki. — *Machánszky László* dr.-t a szegedi kórház segédorvosává nevezték ki. — *Schossberger Sándor* dr.-t az igazságügyminister az újvidéki törvényszékhez orvossá nevezte ki.

A Rózsay-alapitvány értelmében a M. T. Akademia nyilt pályázatot hirdetett oly ajánlatok megtételére, a melyek az orvosi tudomány valamely fontos kérdésének megoldását czélzó észleletek tervezetét tartalmazzák. A beérkezett két tervezet gondos átvizsgálása után az Akademia *Jancsó Miklós* és *Elfer Aladár* dr.-okat bizta meg „A különböző emberi tuberculosisbacillus-törzsek virulentiájának kérdése és azoknak állatpassage-ok segitségével elérhető módosulásai" czimü részletes tervezetük kidolgozására

A budapesti orvosi Casino által beszerzendő Semmelweis emlékserlegre következő kartársak adakoztak: Tauffer Vilmos 50, Herczel Manó 50, Müller Kálmán 50, Hültl Hümér 30, Baranyai Vilmos hagyatékából 40, Reich Miklós 20, Temesváry Rezső 20, Grünwald Mór 20, Stern Samu 25, Pollitzer Alfréd 10, Roth Adolf 5, Fried Samu 5, Goldberger Hugó 5, Arányi Zsigmond 4, Emődi Aladár 4, Fornet Elemér 10, Adler Nándor 10, Ormay József 5, Schulhof Jakab 5, Bettelheim József 10, Fejér Gyula 5, Rothbart József 5, Schrank Simon 5, Láng Ignácz 3, Bergsmann Jakab 5, Pollák Mór 5, Stein Adolf 3, Hoffenreich Mór 5, Erényi Jenő 5, Glaser Marcel 5, Zwillinger Hugó 5, Renner Adolf 5, Pfeifer Gyula 10, Bodon Károly 5, Grósz Emil 10, Gerber Béla 5, Tuszkai Ödön 10, Lévai József 5, Mohr Mihály 5, Ungár Gyula 5, Weinberger Miksa 5, Kármán Samu 5, Székely Zsigmond 4,

Alapy Henrik 5, Ungar Dezső 3, Reiner Ede 3, Roth Alfréd 4, Salgó Jakab 3, Pozsonyi Jenő 3, Patai Samu 3, Beck Soma 5, Kallós Jenő 3, Fischer Al. 3, Detre László 5, Lőw Sámuel 5, Garai Dezső 3, Szörényi Tivadar 3, Rosenthal Béla 3, Vermes Lajos 3, Derera Henrik 5, Adler Oszkár 5, id. Glück Soma 3, Breitenfeld Ferencz 3, Béla Pál 3, Berend Miklós 5, Sputz Gyula 3, Neumann S. 5, Erdey Gyula 5, Weisz Jakab 5, Frey Ernő 3, Sipos Dezső 3, Rosenák Miksa 3, Vidor Zsigmond 10, Barna Adolf 2, Dirner Gusztáv 10, Somogyi Lajos 3, Csillag Jakab 2, Hoffenreich Armand 3, Hertzka Imre 10, Vermes Mór 2, Gáspár Ferencz 4, Arányi Gusztáv 3, Kern Géza 5, Lázár Alfréd 5, Rácz Jenő 3, Löbl Vilmos 2, Biró 2, Irsay Artur 10, Hirschler Ágoston 10, Rózsa Félix 3, Fuchs Dávid 3, — *összesen 706, azaz hétszáz és hat korona.* A budapesti Orvosi Casino pénztárosa köszönettel nyugtáz bármely összeget. Fejér Gyula dr., a B. O. C. e. i. pénztárosa (VI., Teréz-körút 32.)

Meghalt: *Stolper* dr., a sebészet rk. tanára Göttingában 40 éves korában. — *Ljubinow M.* dr., a kórbonczolástan tanára Kasanban.

Kisebb hirek külföldről. *A. Jesionek* dr.-t, a bőr- és bujakórtan magántanárát Münchenben, kinevezték a giessení egyetem rendkivüli tanárává ugyanazon szakmából. — *Czerny* dr.-t, a gyermekorvostan rendkivüli tanárát Breslauban, ki nemrég visszautasította a Münchenbe való meghivást, rendes tanárrá léptették elő. — Minthogy Schmorl tanár drezdai prosector a freiburgi kórbonczolástani tanszékre való meghivást nem fogadta el, ugyane tanszékre Ziegler utódjául *L. Aschoff* tanárt hivták meg Marburgból, ki állását már legközelebb elfoglalja.

Congressusok. A IV. nemzetközi orvosi biztositási congressust jövő szeptember 11.—15.-ig tartják Berlinben. A programm szerint a tárgyalások két csoportra oszlanak: 1. életbiztositásra és 2. baleset elleni biztositásra. A vitatkozások főtárgyai a következők lesznek: A tüdővész s különösen a tüdőgümőkór kezdő stadiumainak felismerése; az elhizás viszonya az életbiztositáshoz; a syphilis befolyása az élettartamra; az oltás szerepe a biztositási szerződésben; az elmebajok heveny rosszabbodása balesetek következtében; a traumák befolyása a gerinczvelő és agyvelő lappangó vagy kifejezett szervi megbetegedéseire; a balesetek folytán keletkező functionális neurosisok felismeréséről. Titkár: Manes dr., Berlin, Spichernstrasse 22.

Ki a gégetükör valódi felfedezője? Ebben a prioritás-vitában, melyben, mint tudjuk, jelentékeny részt vett Győry Tibor dr., budapesti egyetemi magántanár is, szót emel a Berliner klinische Wochenschrift egyik utóbbi számában Sir Felix Semon, a híres londoni gégeorvos is. Semon különösen a még élő, 101 éves Garcia prioritási jogaiért száll síkra. Véleményét a következő pontokban foglalja össze: 1. A gégetükrözésnek eszméje már régibb szerzőkben megfogant, először 1743-ban Levret-ben 2. Követői között Babington, Liston, Avery és Baumès közelitették meg leginkább a kérdés technikai megoldását. 3. A gégetükör igazi feltalálója Manuel Garcia (1854), a ki első közlésében (1855) nemcsak világosan leirta a módszerét, hanem számos új physiologiai ténynek a leirásával be is bizonyitotta, hogy felfedezése tökéletes volt. 4. Beteg embereket rendszeresen először Türck vizsgált meg gégetükörrel. De Türck eleinte nem fogta fel teljesen a laryngoskopia nagy fontosságát a gyakorlati orvostanra, s csak később szerzett magának érdemeket e téren. 5. A klinikai gégetükrészet megalapitója s a rhinoskopia posterior felfedezője Czermák.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1906-dik év 14. hetében (1906. márczius 11.-től márczius 17.-ig) következő volt: I. **Népesedési mozgalom.** Az 1906-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 842,650, katona 16,484 összesen 859,134. Élveszületett 479 gyermek, elhalt 320 egyén, a születések tehát 236-al multák felül a halálozásokat. — Születések aránya száma: 1000 lakosra: 12·9. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 18·1. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 5, meningitis tuberculosa 12, apoplexia cerebri 4, convulsiones 5, paralysis progress. 5, tabes dorsalis 1, alii m. med. spin. 0, alii m. syst. nerv. 2, morbi org. cordis 10, morbi myocardii 9, vit. valvularum 2, arteriosclerosis 5, alii m. org. circ. 1, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 7, 5 éven felüli 2, pneum. catarrh. 10, pneumonia 17, pneumonia crouposa 1, tuberc. pulmonum 64, emphysema pulm. 3, pleuritis 3, alii m. org. resp. 0, morbi stomachi 2, enteritis 2 éven aluli 4, 2 éven felüli 4, cholera nostras 0, hernia incarcerata 3, alii occl. intestini 0, peritonitis 4, cirrhosis hepatis 1, alii morbi hepatis 1, alii m. org. dig. 0, nephritis 6, alii m. syst. urop. 2, gravid. et puerp. 2, alii m. org. gen. 1, m. cut. et t. cell. 0, m. oss. et artic. 1, debil. congenita 16, paedatrophia 1, marasmus senilis 11, carcinoma ventric. 3, carcinoma uteri 3, alia carcinomata 1, alia neoplasmata 0, morbi tuberculosi 3, diabetes mellitus 1, alii m. constitut. 4, typhus abdominalis 2, variola varicella 0, morbilli 3, morbilli pneumonia 6, scarlatina 6, pertussis 0, croup-diphth. 4, diphth. faucium 0, influenza 3, febris puerperalis 0, lues congenita 2, erysipelas 1, pyaemia, sepsis 1, alii morbi infect. 0, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 3, suicidium 6, homicidium 2, justificatio 0, casus viol. dubii 0. — II. **Betegedés.** *a)* Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3792 beteg, szaporodás 925, csökkenés 846, maradt e hét végén 3804 beteg. *b)* Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tünteti fel): kanyaró 171 (166), vörheny 45 (40), álh. gége- és roncsoló toroklob 32 (34), hökhurut 20 (31), gyermekágyi láz 2 (0), hasi hagymáz 5 (4), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 31 (41), vérhas 0 (1), járv. agy-gerinczagykérlob 3 (0), járv. fültőmirigylob 19 (22), trachoma 9 (12), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

Lapunk mai számához a Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst a/M. Streptococcus-serumát tárgyaló prospektus van csatolva.

Mire képes az anastigmat? Sok ember nincsen tisztában az anastigmat optikai képességével. Hogy kifogástalan fotografiai képeket állithassunk elő, a fölvételi objektivnek két tulajdonsággal kell birnia: fényerősnek kell lennie és a szélein élesen kell rajzolnia a fölvett tárgyat. Az objektiveknek azonban rendszerint csak a fényerősségük van meg a szélek éles rajzolása nélkül, vagy megforditva. S nem is minden anastigmat egyforma értékű; a mint hogy a szerkezetük különböző lehet, éppen úgy különböző a fölvevőképességük. Első anastigmatok voltak tudvalevőleg a berlini Goerz-től származó kettős anastigmatok, ezek csakhamar világhírre is vergődtek. A későbbi szerkezetek közül a görlitzi Meyer aristostigmátjai vivtak ki maguknak tisztes helyet. A Stöckig & Co. drezdai, bodenbachi és zürichi czég a maga közismeretes „Union" kamaráit a most emlitett két objektivtypussal szerzi fel, s ezért készitményei már évek óta vezető helyet foglalnak el a fényképkamara-kereskedésben. A kit a fotografia művészete érdekel, méltassa figyelmére a mai számunkhoz mellékelt prospektust.

Asthma cardiale eseteiben újabban a *dispnont* (theobromin-quebracho-tabletták) ajánlják, mint a melyet a rohammentes időben rendszeresen használva, a rohamok gyakorisága és hevessége csökken, sőt néha véglegesen elmaradnak a rohamok. Angina pectoris ellen is bevált. Vizelethajtó hatása sem vetendő meg. A vele elérhető kedvező eredmények és ártalmatlansága miatt méltán megérdemli a gyakorló orvosok figyelmét.

A Riedel-féle vegyészeti gyár, a melyet még 1814-ben alapitottak s a melynek készitményei régóta nagyon jó hirnévnek örvendenek, a napokban bocsátotta ki legújabb jelentését *(Riedel's Berichte und Mentor.* 50. Auflage). A füzet első része a gyár tudományos laboratoriumából származó dolgozatokat (chinazolin előállitása, gyógyszerek olvadáspontjának meghatározása, higany kimutatása, activ és inactiv scopolamin stb.) tartalmaz, második része pedig betürendben felsorolja az 1905-ben forgalomba került újabb gyógyszerek összetételét, tulajdonságait és használhatóságát.

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

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

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) **Lecithine granulée Richter** (izletes lecithingranulák). **Lecithinol Richter** (steril lecithinolaj njektiókra). **Richter Gedeon** „Sas"-gyógytára, Budapest, Üllői-út 105.

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.

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

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

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület (X. rendes tud. ülés 1906. márczius hó 24.-én.) 427. l. — Közkórházi orvostársulat. (I. bemutató ülés 1906 január 17.-én.) 428. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (I. rendes ülés 1906. január 13.-án.) 429. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XI. rendes tud. ülés 1906. évi márczius hó 24.-én.)

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

Elnök az ülést megnyitja. Mult ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. Mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Pándy Kálmán, Kétly László és Grósz Emil tagtársakat.

Jelenti, hogy az egyesület könyvtára részére beérkezett a Dollinger Gyula tanár szerkesztésében megjelent következő munka: „A budapesti kir. magyar tudomány-egyetem I. számú sebészeti klinikájának évkönyve az 1904/905. tanítási évről". Köszönettel vétetik.

Lueses Brown-Séquard-bénulás esete.

Pándy Kálmán: Férfit mutat be, ki 28 év előtt luest acquirált, husz év előtt mindkét karja szakgató fájások kiséretében megbénult, de ez csakhamar elmult, 10 évvel később, 1896-ban ismét a nyaki ideggyökerek összenyomásának tüneteivel kezdődve beteg jobb oldala bénult, 6 hóval később ezt a gerinczvelő bal felének összenyomása követte teljes baloldali bénulással, s jobboldalt a fájdalomérzés megszüntével. A baj kezdetén, 10 év előtt, a nyaki gerinczoszlop mozgatása is fájdalmas volt, mérsékelt oldalgörbülés fejlődött ki, s a jobb supra- és infraspinatus nagyfokban sorvadt. Betegnél baloldali abducens-bénulás, mindkét arczfélnek erős izzadása s a bal fül csökkent hallása is fejlődött ki, cachexiás volt, s rendkivül rossz prognosisra jogositott fel. Mégis ma, 10 év után, jóformán teljesen gyógyultnak mondható, megerösödött, meghizott, teljesen jól érzi magát, üzletét (kárpitos) akadály nélkül vezeti. Csak a gondosabb vizsgálat mutatja, hogy a bal kar mozgása most sem teljesen normális, mert a mozgások kezdetén a kar erősen remeg, paretikus a jobb váll is, látni a lapoczkát fedő izmok sorvadásának nyomát, s csökkent tapintási s fájdalomérzés van jobb felől, a szemek mozgása is hibás.

Előadó esetével a gerinczvelőluesnek kivételesen igen szerencsés lefolyását akarta illustrálni. A therapiára vonatkozólag megjegyzi, hogy beteg 150 bedörzsölést végzett, tehát fél év alatt mintegy 300 gm. kéneső-kenőcsöt dörzsölt fel. Felesége állitása szerint a szakgató fájások ellen egy időben 70 cgm. morphiumot is kapott naponta bőr alá fecskendve, ezen rendkivül dosis daczára a fájdalmak megszüntével a morphiummal is teljesen felhagyott.

Előadó végül röviden a gerinczvelő-összenyomás tüneteit s diagnosisát ismerteti.

Elnök: *Kétly* tagtárs hasonló tárgyú bemutatást jelentett be, az esetleges hozzászólásokat ezutánra halasztja.

Brown-Séquard-bénulás esete.

Kétly László: K. H., 59 éves, nőszabó, l. Budapesten. Szülei 1849-ben cholerában, testvére 6 éves korában ismeretlen bajban halt el. Gyermekkori betegségekre nem emlékszik. 1868 ban gyomorrontás miatt tiz napig a katonai kórházban feküdt. Különben jelen bajáig mindig egészséges volt. 1885-ben kötött házasságából két gyermeke született, kik közül az első 5 hetes korában halt el. Felesége 1902-ben mellbetegségben halt meg. A beteg 1906. márczius 6.-án vétette fel magát a II. sz. belklinikára. Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy 1905. deczember 20.-a táján nyakában a tarkó táján fájdalmak jelentkeztek főkép a fej mozgatásánál és e fájdalmak a jobb karjába is kisugároztak. Ugyanekkor azt is tapasztalta, hogy munkája közben ügyetlen, mert jobb keze ujjait alig tudta kinyujtani. Pár nap alatt jobb keze és alkarja egész gyenge lett, azt semmire sem tudta használni. Két hét mulva azt is észrevette, hogy jobb lába is gyengülni kezd és járásnál csak vonszolja maga után. Fájdalmai a tarkó táján annyira fokozódtak, hogy alig volt képes aludni, egy keveset is csak úgy, ha bal oldalára fordulva feküdt. Potust tagad, gyenge dohányos, chancre-ja sohasem volt. A beteg felvételi állapota a következő volt. A koponya normális, pupillák egyenlők, fényre jól reagálnak, szemmozgások szabadok, szemfenék ép. A szájürben, gégében, fülön és orrban eltérés nincs. A nyelv mozgásai szabadok, facialis ép. A III. nyakcsigolya tövisnyújtványa láthatólag és tapinthatólag kiemelkedik, felette a bőr kissé piros és duzzadt, nyomásra és főkép a fej előrehajlításakor fájdalmas. A gerinczoszlop különben normális. Tüdő, szív ép. A hasüri szervek normálisak. A vizelet kóros alkotórészt nem tartalmaz. Hólyagzavarok nincsenek, obstipatioja van.

A jobb felső végtag összes izmai, de a hajlitók nagyobb mértékben, paretikusak. Jobb alsó végtagját járásnál csak nehezen emeli, térdben nem hajlitja, s mereven mint egy művégtagot rakja előre. Fekvő helyzetben vizsgálva az egyes izmokat, az alsó végtagon azt találjuk, hogy az ileo-psoas, az abductorok, a quadriceps femoris, a gastrocnemius és soleus erősen paretikusok, a flexorok, ha lábát térdben behajlitani próbálja, megfeszülnek ugyan, de a behajlitás mégsem sikerül. A bal felső és alsó végtag mozgási képessége teljesen normális. Az izomtonus rendes. Jobboldalt a hasreflex, cremaster-reflex és talpreflex hiányzik, mig baloldalt csak a talpreflex, de a cremaster- és hasreflex gyengén kiváltható. Jobboldalt a patellareflex fokozott és gyenge lábclonus is váltható ki, baloldalt a mély reflexek normálisak. A jobb testfélen érzészavar nincs, kivéve a mellkason a II. és III. bordaköz területét, a hol hyperaesthesia van. A fejen és nyakon mindenütt normális érzési viszonyok vannak. Baloldalt, épen a II. bordától kezdve lefelé az egész testfélen és a bal felső végtagon hyperaesthesia van, csak a durvább tapintást jelzi és ezen érzészavar mindenütt pontosan a test középvonaláig terjed. Baloldalt ugyanezen területeken mindenütt teljes analgesia és thermoanaesthesia van jelen. A jobb felső végtagon a térérzés is hiányzik, a beteg sohasem tudja, hogy a jobb keze hol van és a bal kezével keresi azt meg, ha a szeme el van fedve. A betegnél tehát a jobb felső végtag paresise, ugyanitt az izomérzés hiánya, fokozott inreflexek és a bőrreflexek hiánya constatálható; bal oldalon pedig normális reflexek és motorius viszonyok mellett a felső végtag és a II. bordától lefelé az egész testfél hypaesthesiája és analgesiája van jelen. Jobboldalt a mellkason a II. és III. bordaköznek megfelelő helyen egy hypaesthesiás csik található. A bőr szine normális, de a jobboldali bénult területen a bőr hőmérséke valamivel magasabb, mint a bal oldalon.

E tünetcsoport az úgynevezett Brown-Séquard-féle bénulásnak felel meg. Miután a bénulási tünetek a jobb felső és alsó végtagra szorítkoznak, mig az érzészavarok az ellenoldali testfélre, a bántalom székhelyét a nyaki gerinczvelőbe kell helyeznünk és fel kell tennünk, hogy ott a gerinczvelő jobb fele szakittatott meg vezetésében. Trauma vagy sérülés kizárható; apoplexia spinalisra szintén nem gondolhatunk, mert a bántalom nem hirtelen fejlődött. Minthogy pedig a III. nyakcsigolya tövisnyújtványa erősen kiáll és fájdalmas, a bántalom okát a csigolyamegbetegedésben kell keresnünk és a nem is teljes bénulás és érzési zavarok valószinüleg a gerinczvelőnek és gyökereknek e csigolya megbetegedése által létrehozott nyomatásából származottnak tekinthetők.

Hogy a csigolya megbetegedése milyen természetű, azt biztosan nem dönthetjük el. Tuberculotikus spondylitis felvételére semmi biztos támpontunk nincs, lehetséges, hogy tumor okozza a megbetegedést, mely ez esetben primaer kell hogy legyen, miután a szervezetben tumor sehol sem található. Luesre az anamnaesisben semmi gyanú nem található, de azért ez sem zárható ki biztonsággal, annál kevésbé, mert a betegnél a fájdalmak a két hét óta a nyakcsigolyák táján alkalmazott higanykenőcsbedörzsölésre enyhültek. Ha luesre gondolunk, akkor lehetséges, hogy gumma okozza a nyomást, vagy pedig egyszerű periostitikus folyamat és esetleg a beteg csigolyatest semiluxatioja jobb felé. E felvételünket megerősiti az is, hogy a Röntgen-fotografia a III. nyakcsigolya processus spinosusát a rendesnél 3—4-szer vastagabbnak mutatja oldalfelvétel mellett, mig elölről és hátulról való felvételnél e csigolya magasságában határozott árnyék látható jobboldalt.

Ha a betegnél a bántalom csakugyan luetikus eredésü, a specifikus kezelésre javulás várható; de a tapasztalat azt mutatja, hogy ily esetekben is a bénult oldalon főkép a hajlitók paresise állandósul és az érzési bénulás oldalán a hő- és fájdalomérzés nem szokott visszatérni.

Annak részletezésébe, hogy a Brown-Séquard-féle bénulások tüneteit mennyire vagyunk képesek megmagyarázni mai élettani és szövettani ismereteink alapján, itt nem mehetek be.

Kétly Károly: Ezen utóbbi esetben pótlólag felemliti, hogy a betegnél a jobb kéz duzzadt. Ezen duzzanat az utolsó hét alatt növekedett. Ez az eltérés csak vasomotorius zavarnak tudható be.

A trachoma-ellenes kötőhártya- és tarsuskimetszésekről.

Blaskovich László: A trachoma-ellenes kimetszésekkel szemben mutatkozó tartózkodás okainak fejtegetése után ismerteti az általa végzett operálások módját, mely a Kuhnt által gyakoroltakétól főkép a varrat módjában tér el. Az áthajlás egyszerű kimetszése után előadó sem tartja szükségesnek a varratot, mig az áthajlás és tarsus együttes kimetszése, vagyis az úgynevezett kombinált eljárás és a tarsectomia után matraczvarratot alkalmaz, melynek legfőbb előnye, hogy a csomó a bőrfelületre jut s igy a corneát nem surolhatja, de nem kis haszon az sem, hogy az ilyen varrat könnyen és igy korán eltávolitható lévén, nem szükséges a váladékot termelő szem hosszabb kötözése.

Ismerteti azután a szt. István-kórház trachoma-osztályán két év alatt végzett 351 excisio eredményeit. Az operálás után keletkező kis reactio elmultával legfeltünőbb hatás a pannus gyors feltisztulása. A trachomás folyamat is gyorsabban szünik a kimetszés után, de a mások által állitott 4—6 hetet mégis kevésnek tartja teljes gyógyuláshoz. Az operálások hasznát igazolja az is, hogy az ápolási napok átlagos száma

50-ről 36-ra csökkent a kimetszések végzése óta. Kitünő a tarsuskimetszés hatása trichiasis ellen, úgy, hogy e tekintetben ezen operálások minden eddig ismert trichiasis ellenes eljárásnak felette állanak. Nemcsak teljes és végleges az elért eredmény, de külsőleg semmi nyoma sem látszik. Nem kis haszon az sem, hogy a trachomások ptosisát teljesen megszünteti a kimetszés.

Kevés vagy semmi hasznot sem látott előadó a kimetszések után, ha a kötőhártyametszést nem lehetett ép szövetben vezetni, továbbá xerosisra hajlamos szemeken és blennorrhoea chronicára emlékeztető esetekben, melyekben ezentúl a kimetszéstől tartózkodni fog.

Az excisiók nagy hasznával szemben elenyészően csekélyek azon hátrányok, melyek egyik-másik esetben láthatók. Ezek közül különösen kiemel egy jelenséget, melyet más operálók nem irtak le, s a mely abban áll, hogy a kimetszés után 2—3 héttel a felső szemhéj széle kissé feljebb húzódik, s igy erősebb iveltséget nyer. E mellett a szemhéj mozgásai mitsem szenvednek, a szemrés jól csukódik. Ezen jelenség magyarázatául azt tartja előadó, hogy a sebfelületeket összetapasztó forradásos réteg zsugorodása a Müller-féle izomnak, esetleg a levatornak is a tarsus sebszéléhez való húzódását okozza. Két esetben ugyanis odahúzódott izomrostokat talált utólagos operálás alkalmával.

Előadó végül ismerteti azon indicatiókat és contraindicatiókat, melyek szerint manap eljár és a melyek a Kuhnt által felállítottakkal nagyjából azonosak.

Hozzászólás nem lévén, elnök az ülést bezárja.

Közkórházi orvostársulat.

(I. bemutató ülés 1906. január 17.-én.)

Elnök: **Medvei Béla.** Jegyző: **Feldmann Ignácz.**

Elnök az ülést megnyitja. Azt kivánja, hogy a társulat működése ez évben is olyan sikeres legyen, mint az előbbi években. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesitésére felkéri Schöller Károly és Balás Dezső tagtársakat.

Foetus papyraceus esete.

Rotter Henrik: A. A. 20 éves hajadon 1905. deczember 16.-án jelentkezik osztályunkon. Utolsó menstruatiojára nem emlékszik, úgyszintén az először érzett magzatmozgásokra sem. Először van teherben. Fájásai 1905. deczember 16.-án délután 4 órakor jelentkeztek. A szülőnő a kitolási szak végén jött, belső vizsgálatot nem végeztünk. Deczember 17.-én délelőtt 8 órakor megszületik a 2000 grammos, 43 cm. hosszú, 32 cm. fejkerületü leánymagzat; 5 percznyi placentáris szak után születik meg a lepény és ezzel együtt a foetus papyraceus.

Az ikermagzatoknak közös placentájuk van, közös chorionnal és két amnionnal, a második magzat 15 cm. hosszú leány, viaszsárga szinü, egész laposra nyomott. Az első magzat köldökzsinórjának hossza 23 cm., többszörös torsiót mutat, excentrikusan tapad; a második magzat köldökzsinórjának hossza 17 cm., a burkokon tapad és hossztengelye körül igen sokszor csavarodott. A placenta súlya 320 gm., méretei: 14 × 21 cm. A placenta normális Anastomosis a két magzat placentáris erei között ki nem mutatható.

Extrauterin terhesség operált esete.

Rotter Henrik: M. M. 25 éves hajadon 1905. augusztus 19.-én véteti fel magát osztályunkra. Kétszer abortált, utolsó menstruatioja néhány nap óta késik. Augusztus 18.-án hirtelen rosszul lett, állitólag eszméletét is elvesztette.

Status praesens. Hő 36·8, pulsus 72. Emlőkből savó nyerhető, has kissé felpuffadt és érzékeny, linea alba pigmentált. Has felett mindenütt dobos a kopogt. hang. Vulva halvány, vagina tág, portio 2 cm., puhább, méhszáj haránt rés, méhtest kétakkora, puhább, méhtől balra diffus határú resistentia sejthető.

Diagnosis: Extrauterin graviditas.

Rögtöni beavatkozást nem tartottunk szükségesnek, mert a pulsus 72 volt és a hasban vért kimutatni nem lehetett. Osztályunkon tartottuk, hogy szükség esetén rögtön beavatkozhassunk.

Másnap reggel az asszony hirtelen rosszul lesz, pulsusa 120-ra szökik fel, a lumbaltájékon tompult a kop. hang, a Douglasban kisfokú ledomborodás. 1905. augusztus 20.-án laparotomiát végzek aethernarcosisban. Has megnyitása a köldök és a symph. között 10 cm. hosszban. Hasban sok híg és lazán alvadt vér. A bal tubában megtaláljuk a nagy galambtojásnyi petét, a tuba falán 2—3 cm. repedés van, melyből vérzés áll fenn. A lig. infundibulo-pelvicum lekötése után előhúzzuk a tubát, lekötjük uterinális végét és az egész tubát eltávolitjuk. Másik tuba és ovarium ép. Hastoilette, hasfalvarrat három étageban. Láztalan lefolyás, 8-ad napra kiszedjük a varratokat, prima reunio. 3 hét mulva gyógyultan távozott.

Érdekességet kölcsönöz az esetnek az, hogy távozása után nemsokára ismét teherbe esett és most, 5 hónappal a műtét után, már terhessége 3. hónapjában van. Ez tehát teljes restitutio ad integrum, a mi biztosan csak műtét útján érhető el.

Peliosis rheumatica.

Schöller Károly: Az eset, melyet szerencsém van a t. társulatnak bemutatni, a peliosis rheumaticának rendkivüli kiterjedt voltánál fogva súlyos esete.

A beteg 11 éves fiú, ki ezelőtt egy héttel vétetett fel az új szent János-kórház gyermek-osztályára.

Az anamnesisből kitünik, hogy kb. 5 nap óta beteg; a betegség a bal térdizület fájdalmasságával vette kezdetét. Csakhamar megduzzadt az izület, majd felette a bőrön fillérnyi, egész forintnagyságú, az alapról kissé kiemelkedő, nyomásra el nem tünő, kissé fájdalmas foltok támadtak, melyek pirosszinüek; az izület fájdalmassága fokozódik úgy, hogy a beteg a bal térdét hajlitani nem tudja. A bőrön mind több és több hasonló folt támad, a jobb váll, a könyökizületek és bordaizületek is fájdalmasak és duzzadtak. Majd megdagadnak a szemhéjak, a homloktájék, mire a beteg a kórházba kerül.

Vizsgálatnál a hőmérsék 38·0, a mellkasi és hasi szervek épek. A jobb vállizület és a bal térdizület, a könyök- és bokaizületek duzzadtak, fájdalmasak, a szemhéjak dagadtak. A bőrnek majdnem egész terjedelmében a fentemlitett foltok, a mell, has és hát bőrét kivéve.

E mellett a közérzet rossz, étvágytalanság áll fenn. Pulsus 90. Vizelet napi mennyisége 700 cm³, idegen alkatrészeket nem tartalmaz.

A beadott hashajtóra ürült székletében minimális vér.

Megvizsgálva a szájat és a torokürget, a gingiva helyenként vérrel aláfutott, foetor ex ore, a lágyszájpad, az uvula és a garat hátulsó falának nyálkahártyája alatt néhány apró vérzés.

A therapia aspirinnek és Haller-savnak china-főzetben való adagolásából állott. E mellett nyugalom és Priessnitz borogatások a fájdalmas izületekre. Diaetája könnyü táplálék és limonádé.

11.-én a beteg láztalan, de az arczon és a test háti oldalán, különösen az ing redőinek megfelelően sok újabb vérzés. A régebbi foltok közül sok elhalványodott. Izületek lelohadtak. 13.-án a hőmérsék 39-re emelkedik. Az arcz és az izületek ismét megdagadnak, sok új vérzés támad. A mellen és hason alig néhány apró vérzés.

Az eset peliosis rheumatica Schoenlein, a purpurák csoportjába tartozó betegségek egyike. Sokban hasonlit a scorbuthoz s épen azért egyes szerzők mint kórokozókat hasonló okokat vélnek felvehetni, bár sem az egyik, sem a másik betegség kóroktana eddig tisztázva nincs.

Zeller volt az, ki 1694-ben először irta le a purpurát s Werlhof Hannoverben később szélesebb körben ismertette a betegséget. Háromféle alakját különböztetjük meg: a purpura simplexet, a purpura rheumatikát vagy peliosis rheumaticát, melyet Schoenlein ismertetett először, és a purpura haemorrhagicát, a tulajdonképeni morbus maculosus Werlhofiit.

Mint aetiologikus momentumok szerepelnek: rossz táplálkozás, nedves lakás, meghülések, sőt néha psychikus behatások, Ajello szerint pedig a bélből származó autointoxicatiók is.

A mi a pathogenesist illeti, egyesek specifikus infectiót vesznek fel s ez talán épen a peliosis rheumaticára áll, melynél felvehető, hogy a rheumatoid intoxicatio lehet esetleg oka a vérérfal megbetegedésének, a mi azután vérzésre vezet.

Letzerich egy bacillust tenyésztett ki, Brieger és Stadthagen pedig a vizeletben mutattak ki ptomainokat purpurában szenvedő betegeknél. A mi általában a purpurák prognosisát illeti, kedvezőnek mondható s ez áll esetünkre is, bár recidivák nincsenek kizárva. A betegség rendesen két hét alatt véget szokott érni.

Fusiformis bacillusok vagy fagyás okozta teljes monygangraena.

Glück Ödön: K. J., 54 éves, kocsis, f. hó 7.-én vétetett fel Róna tanár osztályára.

A beteg előadja, hogy a mult év karácsony első és másodnapján fitymája minden különösebb ok nélkül megduzzadt, vörös és fájdalmas lett, de hátrahúzható volt. Harmadik este Soroksárról éjjel berugva jött haza kocsin és penisét a szük nyilású nadrágján kivül felejté.

Erre reggel a mony csúcsa feketés lett s a fityma szélén két babnyi hólyag látszott. Ugyanakkor a hideg is kirázta. Rákövetkező héten forróság s borzongás kiséretében a fityma barnásfeketésen elszinesedett s intensiv bűzt árasztott, de ő mindezek ellenére orvosi segélyt nem vett igénybe. Állitólag egy év óta nem közösült.

Felvételkor a fityma in toto elhalt, a penis barnásfeketésen elszinesedve, petyhüdten lotyogott s rothadt hússzagot árasztott.

A bőr a gangraena határán ½ cm. területen gyuladt. Hőmérsék 38·6. Általános rosszullét.

A kaparékból vett készitményt Róna tanár megvizsgálta s a készitményben igen nagy számban talált fusiformis bacillust s spirochaetákat, melyeket itt be is mutatok. Ki kell emelnem ezt azért, mert eddig a fusiformis bacillust és a spirochaetákat csakis egy speciális gangraenánál, a nosocomiális gangraenánál találták, más eredetü, pl. fagyási, senilis, diabeteses stb. gangraenánál nem.

Tehát nem lehetetlen, hogy a gangraenás fertőzés már megvolt, a mikor a beteg penisét kinfelejté és a hideg s a szük nadrágnyilás okozta sérelem alkalmasabbá tették a talajt a jelzett bakteriumok pusztitása számára. Tehát nem tartom valószinünek, hogy penisfagyásról lenne szó. De még ha úgy volna is, érdekes az eset, a fagyás okozta gangraena és ilyennél a fusiformis bacillusok és spirochaeták jelenléte miatt.

A gangraenának therapiája abból áll, hogy a gangraenás részleteket eltávolitottam, részben kikapartam s jodoformos kötést alkalmaztam, mire másnap a folyamat elhatárolódott, a láz alászállt s a közérzet javult.

Prostata-hypertrophia prostatectomia útján gyógyult esete.

Balás Dezső: G. F., 68 éves, szatócs, mult év október 27.-én tétetett át műtét czéljából Róna tanár osztályáról Janny tanár sebészeti osztályára.

A beteg előadja, hogy felvétele előtt kb. egy évvel vizelete hirtelen megrekedt, midőn orvossal kellett magát megcsapoltatnia, mely után azonban vizelete ismét rendesen ürült. Kb. 6 hó mulva azonban újolag vizelési nehézségei támadtak, mely időtől kezdve csak a hasprés erős igénybevételével és csak guggoló helyzetben tudott vizelni s vizelete ennek ellenére csak cseppekben ürült. Eleinte óránként, majd mind gyakrabban, végül 10 percznyi időközökben kellett vizelnie. Róna tanár osztályára való felvételekor ismét teljes retentioja volt, miért is négy héten át naponta két izben kellett őt csapolni. A beteg gonorrheás fertőzést, excessust in Venere et in Baccho tagad.

Az erőteljes, kövérnek mondható beteg vizsgálatakor a hólyagba 21. számú Mercier-katheterrel elég könnyen tudtam behatolni, tehát húgycsőszűkületről szó sem lehetett, míg a rendes görbületű katheternek az eléggé tömött, de rugalmas prostata útját állotta úgy, hogy ez csak a végbélbe vezetett ujj segélyével volt nehezen bevezethető. A végbélbe vezetett ujjal a prostatát tetemesen megnagyobbodva, kb. gyermekökölnyinek találtam; alsó pereme a sphinctertől kb. két harántujjnyira kezdődött s felső határa az ujjkúppal alig volt elérhető. A prostata megnagyobbodását a középső lebeny túltengése okozta, míg az oldallebenyek alig voltak kitapinthatók.

A középsőlebeny egyenletesen megnagyobbodott, kissé rugalmas tapintatú, egyenletes összeállású és nyomásra nem fájdalmas. A megkisérlett cystoskopikus vizsgálat a prostata vérzékenysége miatt eredményre nem vezetett.

A beteg osztályunkra való áttételekor újból spontan vizelt, vizeletét kb. 10 perczenként kellett üritenie s ez cseppenként távozott. Többszöri vizsgálatnál a remanens vizeletet 150 cm^3-nek találtam. A vizelet tiszta, fs. 1018, idegen alkatrészt nem tartalmaz, vesék functioja normális.

E tünetek alapján prostata-hypertrophia által okozott vizelési nehézséget vettünk fel. A műtétet Janny tanár megbizásából november 7.-én végeztem chloroform-narcosisban. A betegen az Albarran-féle és Proust által módosított perineális prostatectomiát végeztem, midőn a prostata feltárása és a pars membranacea urethrae felhasítása után a hólyagba vezetett ujj ellenőrzése mellett távolitottam el a prostatát. A műtétet igen megnehezitette a prostata magas fekvése, az erős vérzékenység s különösen az, a mit külön ki akarok emelni, hogy míg az oldallebenyek inkább sorvadtak voltak, addig az egész megnagyobbodást a középső lebeny túltengése okozta, mely az urethrát teljesen körülvette s azért lefejtése csak nagy vigyázattal nehezen sikerült.

A kiirtott, formalinban keményített prostatát bátor vagyok bemutatni. Állandó katheter behelyezése s a sebűr laza tamponálása után a sebet szűkitettem.

A beteg gyógyulása láztalanul és zavartalanul folyt le. A katheter két izben négy napi időközzel változtattam, mely után a betegnek még kb. két hétig volt vizelés közben vizeletcsurgása. Jelenleg a beteg sebe teljesen gyógyult, sipolya nincsen. Vizeletét legalább is 3 óráig tudja tartani s ekkor spontan, erőlködés nélkül, sugárban vizel. Remanens vizelete, húgycsőszűkülete nincsen. Vizelete tiszta, idegen alkatrészt nem tartalmaz. Közérzete jó.

A mi jelen esetben a prostata-hypertrophia keletkezésének okát illeti, Chiechanowskival szemben inkább Guyon theoriájának kell igazat adnunk, minthogy a beteg minden húgycsőbeli acut és chronikus gyuladást tagad, mig az arteriosclerosis nála kimutatható.

A műtétet a gyakori, fájdalmas vizelési inger, a remanens vizelet és a betegnek sociális helyzete, továbbá kellő intelligentia hiányában a tiszta és rendszeres katheterismus lehetetlensége tette szükségessé.

Unterberg Hugó: Ezen szép eset remélhetőleg népszerűvé fogja tenni a prostatectomiát, főként ha a kartársak látni fogják, hogy a műtét távoli hatása milyen jó. Mult év január havában közzétettem néhány esetet, ezek közül kettő most is megfigyelésem alatt áll.

Az első műtétet 1903 elején hajtottam végre, súlyos cystitis volt jelen, a beteg meggyógyult, ma is jól van, csak néha gyakrabban kell vizelnie. A prostatectomia után nem fog a cystitis mindig megjavulni, ha a hólyagban már másodlagos vagy senilis elváltozások vannak.

Van egy másik kérdés, és ez a potentia kérdése. Vannak jó erőbeli egyének ebben a korban, a kiknek még megvan a potentiájuk, de ez a műtét után elvesz. Azonban képesek vagyunk úgy operálni, hogy a potentia megmaradjon.

Proust ajánlotta, hogy a caput gallinaginist tartsuk meg. De mások nem láttak ettől jó eredményt. Hanem ha suprapubikusan végezték az operatiót, a potentia megmaradt. Ujabb szövettani vizsgálatok kiderítették, hogy nem maga a prostataszövet betegszik meg, hanem a periurethrális mirigyelemek, melyeket sima izomrostokból álló köteg választ el a prostataszövettől. Ezen álcapsula által eltokolt mirigyelemeket, adenomákat távolitjuk el és talán ezután adenectomiának is fogják a műtétet hivni. A suprapubikus eljárás határozottan előnyösebb épen a potentia megtartása szempontjából.

Balás Dezső: A Proust-féle eljárás, mely a ductus ejaculatorius megtartását czélozza, a potentiát megtartja. Hogy esetemben ez mennyiben vált be, eddig nem tudom. Az irodalomban vannak sikesült esetek.

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(I. rendes ülés 1906. január 13.-án.)

Elnök: Előbb **Haberern J. Pál**, később **Dollinger Gyula**. Jegyző: **Winternitz M. Arnold.**

(Vége.)

Alaki eredmény genyedő homloköbölgyuladás miatt végzett Killian-féle műtét után.

Dollinger Gyula: A 46 éves betegnek régi homloköbölgenyedése volt, a mely önként törte át a bal homloköböl elülső falát. A mikor 1905. október havában a klinikára jött, a bal belső szemzug felett genyedő sipolya volt. A műtét alkalmával, a mely október hó 30.-án történt, kiderült, hogy a bal homlok laterális fele obsolet, a két homloköböl fél között válaszfal nincsen, a jobboldali öbölfél a rendesnél jóval nagyobb, egészen a járomcsontba folytatódik, a koponyaüreg felőli fal pedig mintegy koronányi terjedelemben hiányzik és e helyen a kemény agyburok szabadon fekszik. A homloköbölben savanyúszagú büzös genyedtség. A Killian-féle műtét szabályai szerint eltávolitottam a homloköböl elülső és alsó falát és a rostacsont eltávolításával az orrüreg felé tág nyilást létesitettem. A szemüreg felső széle megmaradt. A sebet teljesen bevarrtam. A lefolyás zavartalan volt, de a műtét után az első kötésváltoztatásnál feltünt, hogy a homloköböl helye duzzadt és hullámzik. A megejtett próbapuncio genyedtség helyett vért eredményezett és miután a beteg állandóan láztalan volt, érintetlenül hagytam. A duzzanat elmult, de a homloköböl helye nem süppedt be, hanem egy tömött tömeg által volt kitöltve, a mi csakis szervült vér lehetett. A homloköböl vérrel csak úgy telhetett meg, hogy azon közlekedő nyilás az orr felé, a melyet a műtét alatt készitettem, vérrög által el lett dugaszolva és ugyancsak vérrög töltötte ki az egész homloköböl; csupán az a teljesen szokatlan, hogy ez a vérrög ilyen befertőzött területen szervülni képes volt. Jelenleg $2^1/_2$ hóval a műtét után a vérrög szervült. A jobboldali homloköböl helye nem hullámzik, hanem kemény és csak valamivel laposabb a baloldalinál.

Prothesis nagy arczdefectusnál.

Salamon Henrik: A lues és lupus néha oly pusztitásokat visz véghez az arczkoponya csontos vázán és a lágyrészeken, hogy a nagyfokú defectusokat sebészi úton nem lehet mindig javitani. Hasonlóképen az állcsontok részleges vagy teljes resectioja után oly nagy anyaghiányok keletkeznek, melyeket sebészi úton szintén nem lehet restaurálni. Ilyenkor készitünk úgynevezett odontotechnikai prothesiseket, minőket van szerencsém a következőkben bemutatni:

1. A férfibetegnél lues folytán elpusztult az orrcsúcs porczos vége és részben az orrhát csontos váza is. A lágyrészek összeestek. A defectus pótlására készült műorr nyers kaucsukból áll. A prothesist pápaszem és két rúgó rögzíti. Beteg 3 év óta viseli.

2. A férfibetegnél az alsó állcsont jobb fele teljesen resekáltatott. Hogy a megmaradó bal félállcsont ne deviálhasson, közvetlenül a műtét után készült fémből a Sauer-féle sín, mely a czélnak teljesen megfelel. Gyógyulás után állandó prothesist kap.

3. A férfibetegnél a bal felső állcsont resekáltatott teljesen. A nagy defectus pótlására készült egy ballonos obturator, a melyet még egy fémgyűrű rögzit az egyedül meglévő jobb felső caninushoz.

Zimmermann Károly bemutatja a betegből vett praeparatumot, mely góreső alatt adamantinomának bizonyult.

Dollinger Gyula különösen az olyan arczdefectusoknál alkalmazza az ilyen prothesiseket, a melyeket plastikai operatioval nem lehet pótolni. Egy 19 éves nő jelentkezett a klinikán, a kinek orrcsontjait, azonkivül a felső fogmedernyújtvány mellső darabját a lues elpusztitotta. Homloka csupa heg volt s az arczbőr is hegesen le volt tapadva nagyrészt a csonthoz. A prothesis, a melyet számára az egyetemi fogklinikán Salamon dr. készitett, a hiányt jól pótolja, úgy hogy a beteg vele megjelenhet, mig e nélkül csak bekötött arczczal járhatott.

Idült staphylomycosis.

Zimmermann Károly beszámol azon beteg további sorsáról, a kit „chronikus staphylomykosis különös esete“ czimen 1903. április 30.-án mutatott be a sebészeti szakosztálynak. A beteg akkor már $14^1/_2$ hónapig feküdt a klinikán, azóta $20^1/_2$ hónap telt el, úgy hogy a beteg összesen 35 hónap, tehát egy hónap hijján három év óta áll gyógykezelés alatt. A megjelenésében és lefolyásában igen különös kórfolyamat ez idő szerint is változatlanul fennáll, minden gyógykezeléssel daczol. Az orvosirodalomban ilyan vagy ehhez hasonló eset sehol sincs leirva.

A beteg kórtörténete röviden a következő: A 21 éves nőbeteg bal alkarján közel 3 év előtt furunculus fejlődött, melyet a klinika járóbeteg rendelésén megnyitottak. Három nap mulva a furunculustól mintegy 6 cm.-nyire az alkar addig ép bőre alatt lobos beszűrődés keletkezett, a mely felett a bőr vörös volt, s a melyre nyomást gyakorolva, a furunculus bemetszése helyén a bőr alatti zsirszövetből néhány csepp geny ürült. A genycsep helyéről sondával a bőr alatti zsirszövetben az infiltratioig lehetett hatolni. A beszűrődést feltárva, néhány nap mulva a folyamat ismét néhány centimeterrel tovább terjedve ugyanazon tüneteket okozta. A betegen a bőr alatti kötőszövetben 3—10 nap alatt keletkezett, lázas mozgalmakkal járó ilyen sipolyképződés és beszűrődés

végig járta az egész bal alkart, felkart, mellkast. A genyedés a fasciák alá sohasem terjedt be s kezdetben csak a bal testfélre lokalizálódott. Kezelték apró bemetszésekkel, a sipolyjáratok tág felhasításával, az infiltratiók körülmetszésével, száraz sterilis, jodoformos, nedves alkoholos, sublimatos, Burow-oldatos, alkohol-cellite-kötésekkel, alkalmaztak protrahált sublimatos fürdőket is. A sipolyokat jodoform-glycerin emulsioval, argentum nitricum-oldattal fecskendezték ki, Paquelin-égetővel pörkölték meg minden eredmény nélkül. Belsőleg arsent, jodkalit, furunculint adtak már a betegnek. Pyaemiás jellegű lázai ellen collargolbefecskendezéseket alkalmaztak a vena medianába (2 cm³ pro die) a seb környékét colloidalos kenőccsel kenték be. A legczélszerűbbnek mutatkozott a járatoknak vájt szonda felett való feltárása és vékony gazecsiknak vagy draincsőnek áthúzása. Erre a sipoly 3—8 nap alatt begyógyult, de a kórfolyamat tovább terjedt.

1903. julius 25.-től kezdve több higanyinjectiós kúrát végeztettek a beteggel, minden eredmény nélkül. 1903. szeptember 12.-én a folyamat, mely eddig csak a bal testfélen székelt, a jobb testfélre is átterjedt s a jobb emlő alá terjedt. Itt ismét megpróbálták a lobos gócz körülmetszése által a folyamatot tovaterjedésében megakadályozni. Ez azonban most sem sikerült. A jobb emlő alatt ugyan megszünt a genyedés, de a bal oldalon a mellkas egy régi hegében ismét fellépett. Azalatt a folyamat a mellkast megkerülve a hátra, majd vissza a mellkasra, hasra, bal inguinális és gluteális tájra terjedt át. A genyedés és sipolyképződés egy-egy tájon 2—3-szor is végig járt. Utóbb a vulva jobb oldaláról a végbélnyilás közelébe terjedt le. Most az anális tájon két sipolynyilás áll fenn, melyek egyikéből a sondával a végbélhez még közelebb lehet jutni. A sipolyok genyének többször ismételt bakteriologiai vizsgálata a genyben egy anaërob módon is tenyésző staphylococcus pyogenes aureus fajt tüntetett fel. Állatoltások negativak maradtak. A legutóbbi napokban, 1906. január 3.-án 40—41° C.-os lázak kiséretében jobboldali pleuritis jelentkezett a betegnél. Ez a pleuritis még most is tart. A próbapunctio útján nyert pleuritis-folyadék bakteriologiai vizsgálata alapján kitünt, hogy staphylococcusok okozzák. A pyaemiás lázak okának kiderítése czéljából foganatositott vérvizsgálat negativ eredménynyel járt.

A gyógykezelés még most is a sipolyok végének vájt kutató felett való feltárásából s a sebek naponkénti kötözéséből áll. A beteget condurango-bor, vas-somatose, puro, lecithin, cola időszakonkénti adagolása által igyekszenek roborálni. Álmatlansága ellen trionalt, sulfonalt stb., ha nagy fájdalmai vannak, néha egy-egy morphin injectiót adagolnak. Eddig a betegen több mint száz metszést ejtettek, rajta több mint száz heg látható. A baj tulajdonképeni lényegét még most sem ismerik.

Haemangioma buccae.

Zimmermann Károly: Egy gyógykezelés alatt álló haemangioma buccaeben szenvedő beteget mutat be, kinek angiomája felvételekor az egész arczfelet elfoglalva, férfiökölnagyságban a pofán áthatolva a szájba is beterjedt és itt a pofa belfelületén kék hólyagok alakjában volt látható. Mert az angiomát nagy kiterjedése miatt nagy defectus árán lehetett volna csak kiirtani, a betegen a mult tanévben a Payr által ajánlott magnesium-sodrony-kezelést kisérlette meg. Midőn azonban az emlitett eljárás többszöri megismétlése daczára kielégitő eredményt nem kapott, a klinikán haemangiomák ellen többször alkalmazott elektrolysishez tért vissza, melyet Dollinger tanár ajánlatára már régebben több esetben alkalmazott és a klinika évkönyveiben közzétett. Ezenfelül a daganatnak a szájon belül fekvő részét körülvarrás után kiirtotta. Mig magnesium-kezelés után hosszabb ideig tartó duzzanat állott be és a vérüregekben a rögösödés csak a behúzott sodronyok közvetlen közelében jelentkezett és ezek a vérrögök is hamar felszivódtak, addig elektrolysissel csak rövid ideig tartó duzzadás után majdnem az egész daganatot betöltő vérrög keletkezett. Csak az ajak szélének megfelelőleg maradt egy kis angiomás szövet.

A nem operálható angiomák eddig ajánlott gyógykezelési módjainak ismertetése és méltatása után, és figyelmeztetve a haemangiomák és lymhangiomák között a therapia dolgában fennálló különbségekre, inoperabilis haemangiomák gyógykezelésére az elektrolysist ajánlja.

Winternitz M. Arnold: Igen kiterjedt angiomáknál ezen eljárással néha szép eredményeket lehet elérni.

Dollinger Gyula egy nagy kiterjedésű haemangiomának az arczra terjedő részét aluminium-pálczákkal kezeltette, a nyak egész oldalát elfoglaló részét pedig kiirtotta. A beteget elaltatták. Ez alatt a beteg fesziteni kezdett, a mire az angioma erősen megduzzadt, a légzést pedig hirtelen fuldoklás váltotta fel, végre pedig a beteg már egyáltalában nem birt lélegzeni. Az angioma a gégebemenerte is kiterjedt s ennek megduzzadása okozta a fuldoklást. Hirtelen tracheotomiát végzett s a narkosist ennek sebén át folytatta.

Manninger Vilmos: A Payr-féle magnesium-szögekkel való kezelés védelmére felhozza, hogy több esetben lényeges javulást látott. Végleges eredményekről még nem számolhat be, de az eljárást nem tartja veszélyesnek (eddig az irodalomban complicatio említve nincs), egyszerübb mint az elektrolysis és nem fájdalmas, tehát a narkosist feleslegessé teszi. Mint palliativ eljárás természetesen csak ott javalt, hol a kiirtás kosmetikus okok vagy a daganat túlságos nagysága miatt nem vihető ki.

Zimmermann Károly: Nem azt mondta, hogy a Payr-féle eljárással semmit sem lehet elérni, de ha vele az elektrolysist összehasonlitjuk, úgy ennél sokkal szebb eredményeket látunk. Bár vannak veszélyei az elektrolysisnek is, pl. egy esetben a villamáram behatása alatt agyi tünetek mutatkoztak és ezért különösen kis gyermekeknél, a kiknél leginkább kell félni agytünetektől, inkább paquelinezést kell alkalmazni.

Röntgen-sugarakkal kezelt daganatok.

Holzwarth Jenő: Röntgen-fénynyel kezelt rosszindulatú inoperabilis daganat három esetét mutatja be.

Az első eset 39 éves nőnél 10 éve fennálló lymphosarkoma, mely több izben volt már operálva, de mindig kiújult. A nyak jobb oldalán ülő daganat férfiökölnagyságú volt; 2½ évig tartó Röntgen-kezelés mellett teljesen eltünt s jelenleg csak kisugárzó fájdalmak keltik azt a gyanút, hogy a daganat a melyben tovább terjed. A Röntgenfény behatása után több izben a kisugárzó intensiv fájdalmak, melyeket a nyakon kilépő idegtörzsek összenyomatása következményeinek tart, teljesen elmultak vagy legalább erősen csökkentek.

A második eset 59 éves nőbetegre vonatkozik, kinél 8 év előtt baloldali emlőrák miatt műtét történt. 6½ évi recidivamentesség után áttételek jelentkeztek a jobb emlőben és hónaljmirigyekben, továbbá lokális kiújulás a régi műtét helyén. Minthogy a daganat az egy év előtt végzett II. műtét után csakhamar kiújult, a betegnél a radiotherapiát alkalmazta, mely mint palliativ kezelés itt is igen jól bevált, a mennyiben a daganat csak igen lassan növekedett. Kiemelendő, hogy ez esetben a II. műtét előtt is hat hónapig Röntgen-fénynyel kezelte a daganatot s ennek eredméuye az volt, hogy a régi műtéti hegben keletkezett, erősen összekapaszkodott, kiújult daganatcsomók mozgathatókká lettek s a kezdetben inoperabilis recidiva kiirtásra alkalmassá lett. Röntgen-kezelésre ez esetben a daganat nem fejlődött vissza, de a kezelés hatása alatt a folyamat csak igen lassan terjed, s bár jelenleg vannak arra utaló tünetek is, hogy a daganat a pleurára is reáterjed, mégis számba veendő, hogy 1½ éve képes a folyamatot féken tartani.

A harmadik betegnél az arcz jobb felén levő, az alsó szemhéjra is reáterjedő, gyermektenyérnél nagyobb fekélyes bőrrák képezi még jelenleg is a kezelés tárgyát. Nem egészen 1 hónapon át folytatott systemás radiotherapia mellett a daganat felénél kisebbre zsugorodott s a fekély a szélek felől hámosodik. A fekély feltisztult s az alapját elfoglaló szétesö daganatcsomók helyét finom egészséges granulatiók foglalják el.

Tapasztalatait abban összegezi, hogy:

1. A klinikán ma még az az álláspont, hogy a Röntgen-therapiát oly esetekben kell alkalmazni, melyek a sebészi beavatkozásra nem alkalmasak már.

2. A radiotherapia inoperabilis daganatok egyes alakjainál mint palliativ kezelési módszer első helyen áll és okvetetlenül megkisérlendő; ha nem is sikerül gyógyulást elérni, mégis a betegség lefolyását jótékonyan befolyásolja s lassitja a daganat terjedését, nem is szólva a psychikus hatásról, melyet a daganat kisebbedése a betegre tesz.

3. A fájdalmakat képes a nem gyógyuló esetekben is csökkenteni, sőt ideiglenesen megszüntetni.

4. Legjobb hatás érhető el a felületesen fekvő kifekélyesedett bőrrákoknál, mirigymetastasisok nélkül, a hol határozott gyógyitó hatás észlelhető.

5. Szükséges, hogy minden esetben, hacsak lehetséges, a kezelés eredményének helyes megitélésére szövettani vizsgálattal állapitsuk meg a daganat vagy fekély természetét.

Phokomelia esetének bemutatása.

Gergő Imre: (Eredeti közleményeink sorában egész terjedelemben hozzuk.)

PÁLYÁZATOK.

9080/1906 C. szám.

A diósgyőri m. kir. vas- és aczélgyárhoz tartozó Pereczes és Barossakna szénbányáknál Pereczes székhelylyel rendszeresitett **bányaorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással a közmunka és közlekedési minister úr Ő Nagyméltósága által 1887. évi február hó 24.-én 6830. sz. a. jóváhagyott czim- és illetményszabályzat, illetőleg az ahhoz 1887. évi deczember hó 5.-én 46,652. sz. a. kiadott függelék, s legújabban a pénzügyminister úr Ő Nagyméltósága által 1904. évi julius hó 19.-én 47,129. sz. a. az új czim- és illetményszabályzat pótlásául kiadott magas rendelet értelmében az állami vasgyárak hivatalnokaira megállapitott V. fizetési osztály 3. fizetési fokozata szerint 2000 korona évi fizetés, természetbeni lakás, 200 korona fütési átalány és az üzleteredményekhez képest változó jutalék élvezete van egybekötve.

A pályázóktól egyetemes orvostudori oklevél kivántatik meg; kik kórházi gyakorlattal birnak, előnyben részesülnek. A tót nyelv lehető ismerete kivánatos.

A kinevezendő orvos köteles állandóan rendelkezésére álló fuvaron Parasznya községben hetenként kétszer, előre meghatározott napokon orvosi rendelést tartani, és azonkivül Radistyán, Varbó és Kondó községekben lakó bányamunkásainkat és azok családtagjait is, szükséghez képest a helyszinén gyógykezelni.

A bányatárspénztár tagjait és azok igényjogosult családtagjait a pénzügyminister úr Ő Nagyméltósága által 1905. évi május hó 22.-én 31,856/1905. sz. a. jóváhagyott egészségügyi utasitás szigorú betartása mellett és ingyen köteles gyógykezelni.

Felhivom ennélfogva az ezen állás elnyerése iránt pályázni szándékozó orvos urakat, hogy születési, képesitési, illetve működési bizonyitványokkal kellően felszerelt folyamodványaikat alólirott gyárfőnökségéhez (Diósgyőr-gyártelep, Borsodmegye) f. évi április hó 30.-ig terjeszszék be.

A hirdetett állás, mely egyelőre ideiglenesen lesz betöltve, egy évi próbaszolgálat után, megfelelés esetén, az illetmények változatlan meghagyásával véglegesitve lesz.

Az állás f. évi május hó 15.-én elfoglalandó.

Diósgyőr-gyártelep, 1906. évi márczius hó 29.-én.

Diósgyőri m. kir. vas- és aczélgyár
Fleischmann, főfelügyelő, gyárfőnök.

—1

881/1906. szám.

Bars vármegye verebélyi járásában Alsó-Pél székhelylyel 14 községből álló közegeszségügyi körben lemondás folytán üresedésbe jött **körorvosi állásra** pályázatot nyitok.

Ezen állást elnyerni óhajtókat felhivom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában, illetve 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket f. évi **április hó 25. napjáig** annál is inkább adják be hivatalomhoz, mert a később érkezett pályázati kérvényeket nem veszem figyelembe.

A választást 1906. évi április hó 30.-án d. e. 10 órakor Alsó-Pélen a községházánál fogom megtartani.

A körorvos javadalmazása :

1. Törzsfizetés 1200 korona.
2. Fuvarátalány 200 korona.
3. Látogatási díjak a községekkel létrejött megegyezés szerint.

Végül megjegyzem, hogy a megválasztandó körorvos kérelmére a kézi gyógyszertár tartására az engedély meg fog adatni.

Verebély, 1906. évi márczius hó 27.-én.

Nedeczky, főszolgabiró.

Baranya vármegye „László“-**közkórházánál Mohácson az alorvosi állás** megüresedvén, arra pályázat hirdettetik.

Felkéretnek mindazon nőtlen orvostudor urak, kik ezen 1000 korona fizetés, szabad lakás, fűtés, világitás és I. oszt. étkezéssel kapcsolatos állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt folyamodványaikat nagyságos Koszits Kamill vármegyei alispán úrhoz czimezve, hozzám **folyó évi április hó 7.-éig** nyujtsák be.

Az állás nyugdijjogosultsággal jár. Magángyakorlat a kórház körzetében megengedtetik.

Mohács, 1906. évi márczius hó 10.-én.

2—2 *A kórház igazgatósága.*

1547/1906. szám.

A lemondás folytán megüresedett **királydaróczi körorvosi állásra** pályázatot hirdetek, és felhivom a pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám f. **évi május hó** 1.-ig adják be.

Az orvosi körhöz a rendes heti és évenként 7 országos vásárral biró Királydarócz község székhelylyel Esztsó, Gézes, Gyöngy, Madarász, Piskárkos és Töketeberes községek tartoznak 8233 lélekszámmal.

Az állás a választásig helyettesítés útján azonnal betölthető.

Javadalmazás :

1. Törzsfizetés 1233 korona 02 fillér, melynek 1600 koronára való felemelési eljárása folyamatban van.
2. A halottkémlési teendőkért esetenként 1 korona.
3. A vágóbiztosi, illetve hús(„szemlével járó teendőkért darabonként 40 fillér.
4. Károlyi Sándor gróf uradalmától és a szatmári kerületi betegsegélyző pénztártól kölcsönös megegyezés alapján nyerhető tiszteletdijak.
5. Szabályszerüleg megállapitott látogatási és rendelési dijak.

Erdőd, 1906. évi márczius hó 26.-án.

3—1 *Péchy*, 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! Csíramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

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

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

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

Kellemes ízénél fogva felülmul minden eddigi forgalomban levő más készítményt.

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

ICTERUS

Rohitschi Styria-forrást kiváló orvosok rendkivüli sikerrel alkalmazták.

RONCEGNO Déltirol a Valsugana-vasút mentén, 1½ órányi távolság Trienttől, 535 méter a tenger szine fölött.

Legerősebb arsen-vasasforrás,

legjobb sikerrel és állandóan alkalmazva az egész éven át, házikúrához is, ajánlva számos orvosi tekintély által **vér-, női-, ideg-** és **bőrbajok** ellen stb. Kapható minden gyógyszertárban.

Elsőrangú gyógyintézet „Grand Hotel des Bains“ és „Parkhotel“

250 szobával és salonokkal, legmodernebb berendezés. Remek szél ellen védett fekvés, enyhe éghajlat, nagy park. Saison április 15.-től november 1.-éig. Prospectusokat és értesitéseket küld a fürdőigazgatóság.

„Neuroroborin sec. Glück.“

Idegerősitő és csillapitó szer.

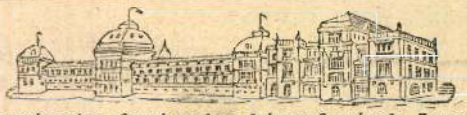
Javalva a funktionális idegmegbetegedések mindazon eseteiben, a hol úgy az idegrendszer megerősödését, mint csillapitását akarjuk elérni. Kipróbálva több idegklinikán és közkórházban. Káros melléktüneteket nem okoz. — Adagolás: Naponta 8—10 tabletta. — Kapható minden gyógyszertárban. — Ára 3 korona.

Főraktár: „Fehér galamb“ gyógyszertár, Budapest, VI., Hungária-körút 93.

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.



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.**

ALKOHOLMEGVONÓ KURA

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

VILLA WILHELMA

HEIDELBERG, Zähringerstrasse 35.

Vegyi, górcsővészeti és bakteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

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

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

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

DISPNON theobromin-quebracho tabletták asthma cardiale, angina pectoris, arteriosclerosis ellen.

HAEMOSTAN méregmentes vérzéscsillapító méh-, tüdő-, bél-, vese- és másféle vérzésnél.

GELATIN-készítmények. Globuli vaginales, bougies urethrales et nasales, tubuli elastici, suppositoria et amygdalae aurium.

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

Készités és főraktár:

Ausztria-gyógytár, Wien, IX., Währingerstrasse 18.

Magyarországi főraktár:

RICHTER GEDEON „Sas-gyógytár“

Budapest, IX., Üllői-út 105.

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

Csak „SICULIA“ névvel ellátott üvegek valódiak.

A Málnási **„SICULIA“** forrásvíz
a sós savanyúvizek királya.

Sziklarétegeken átfúrt artézi forrás.
A gyomorégést rögtön megszünteti. Páratlan étvágygerjesztő. Azonnal ható különlegesség a gége, tüdő, torok, gyomor, vese, hólyaghurutos bántalmai ellen Korányi, Kétly, Tauszk, Riegler tanár urak szakvéleményei
a málnási „SICULIA“-forrást
a kontinens legdúsabb természetes alkalikus, sós savanyúvizének minősítik.
Magyarországi főraktár:
BRÁZAY KÁLMÁN BUDAPEST, József-körút 37.
Kapható minden gyógyszertárban, drogeria és fűszerkereskedésben. TELEFON 59—46.

LEGTÖKÉLETESEBB, ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A
LYSOFORM
OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES, BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER
Indicatiói: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.
Kapható minden gyógyszertárban.

Málnási Mária-forrás
Természetes alkalikus — sós savanyúvíz —
A légzőszervek és bélhuzam hurutos bántalmainál a seltersi és gleichenbergi vizeket jóval fölülmulja, gyomorégéseknél páratlan hatású.
Budapesti főraktár: Édeskuty L.
Budapesti vezérképviselőség: Nádas Márton VI., Csengeri-u. 66. Telefon 238.
Kapható mindenütt.
Kútkezelőség: Brassó.

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.

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

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

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

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

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

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

Tuberculosisnál és hurutos bajoknál
a vízben oldható, jó ízű és kitünően emészthető
Guajacol-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-készítmény, mely a bükkfa és a kátrány hatékony alkatrészeiből készül és 9 rész guajacol-kénsavas kalium és 1 rész petrosulfol-ammoniumból áll.
Adag: 3—4-szer napjában egy teáskanál szörp, vagy 3—4-szer napjában 1—2 tokocska.
Irodalom: „A tüdőtuberculosis kezeléséhez“, Medic.-Chirurg. Centralblatt 1902. 9. sz. — „Adatok a tüdőbajok kezeléséhez“, Aerztliche Centralzeitung 1902. 17. és 18. sz. — „A légzőszervek nem tuberculosus bajainak kezelése“, Aerztliche Centralzeitung 1902. 41. sz. — „Adat a tüdőtuberculosis rationalis kezeléséhez“, Wiener med. Presse 1902. 45. sz.; Medicin-Chirurgisches Centralblatt 1902. 44. sz.; Leipzig. Reichs Medic.-Anzeiger 1903. 12. sz.
Irodalom és minta 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.

Szag és íz nélküli a

Zoltán-féle Csukamájolaj

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

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

Készítője:

ZOLTÁN BÉLA gyógyszerész,

Budapest, V., Szabadság-tér.

Kapható az ország összes gyógyszertáraiban üvegenként 2 koronáért.

Az 1900-iki párisi világkiállításon kitüntetést nyert!

Kérjük a t. orvos urakat, hogy

Epekő-baj ellen

a már számos esetben jól bevált

Probilin-pillulákat

(Dr. W. Bauermeister szerint)

rendelni sziveskedjenek.

GOEDECKE & Co., orvosgyógyszerészi szerek gyára LEIPZIG.

Csak akkor valódi, ha a **plombán a Goedecke & Co. czég** található.

EGGER EMULSIO

A t. cz. orvos urak, kik a

dr. Egger-féle Emulsióval

kisérleteztek, meg vannak győződve, hogy az bármely más készitménynyel versenyezhet jóság tekintetében és azonfelül olcsóbb.

Dr. Egger Emulsiója tökéletes, állandó, a leggyengébb gyomor által könnyen emészthető. Az orvos urak a csukamájolaj jótékony hatását fokozott mérvben fogják észlelni, ha a dr. Egger Emulsióját alkalmazzák.

Orvosi minták ingyen és bérmentve.

Védjegy.

Védjegy.

Több orvostanár figyelmeztetésére az Emulsiót phosphorral is készitjük Prof. Kassowitz elve alapján. A vényt a **Dr. Egger** név aláhúzásával így kérjük irni: **Rp. Emulsio dr. Egger c. Phosphoro.**

Fő- és készitési raktár:

NÁDORGYÓGYTÁR

Budapest, VI., Váczi-körút 17.

Bronchitis diffusa Emphysema Infiltratio-pulmonum Tracheobronchitis ellen

TUBERIN

Lagenam originalem

Rp. Tuberin (Duotal B) 10·0
Cocain 0·05
Codein 0·05
Syr. thiliae 300·0

Rp. Tuberin sec Halápi lag. orig.

A Tuberin egy angol specifikus kőszénfajta frakcionált desztillálása útján előállított szerencsés produktum, mely nemcsak vetekedik, de felülmúlja a hasonló praeparátumokat, mert: erélyesebb dezinficiens **és mint ilyen a tüdőfelületeken kiválasztódva, lokaliter is kifejti hatását, a nyákhártyát nem izgatja és nem mérgező.** Baktericid hatása felülmúlja a többi szerekét és gátolja a toxinok keletkezését. **Éjjeli izzadás, láz alászáll, étvágy, testsúly gyarapszik.**

Mintaüveget orvosok részére szivesen küld

HALÁPI FRIGYES

gyógyszertára az „APOSTOLHOZ“

Budapest, VII., József-körút 64.

Ötvenedik évfolyam. 14. szám. *Budapest, 1906. április 8.*

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.

Pólya Jenő Sándor: Az epekövek kórtanának mai állása és az epekőbetegség sebészi kezelésének javalatai. 431. lap.

Gergő Imre: Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. sz. sebészeti kórodájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., egyet. ny. r. tanár.) A czombcsont veleszületett hiányáról (phokomelia). 433. lap.

Bence Gyula: A budapesti egyetemi diagnostikai tanszék közleménye. (Igazgató: Korányi Sándor dr. nyilv. rk. tanár.) A polyglobulia lépmegnagyobbodással. 435. lap.

Tárcza. Purjesz Zsigmond negyedszázados tanári jubileuma. 436. oldal. — **Ráskai Dezső:** Bevezető előadás a nemi betegségek terjedése ellen létesítendő országos egyesületnek alakuló közgyülésén. 438. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Than Károly:* A kisérleti chemia elemei. — *Edmund Leser:* Die allgemeine Chirurgie in 50 Vorlesungen. — *Lapszemle. Belgyógyászat. H. O. Butler:* Adrenalin. — *Pässler:* Salicyltherapia és nephritis. — *Rüdiger:* Ischias gyógyitása. — *Hoppe-Seyler:* A májbajok keletkezése és kezelése. — *Sebészet. Cushing:* A homlokizmot ellátó arczidegág megkimélése Gasserdúczkiirtásnál. — *Powers:* A lép vérerei. — *Maclaren:* Epehólyagátfúrodás. — *Harcock:* Transduodenális choledochtomia. — *Brenner:* A gyomor callosus fekélye esetén a gastro-enterostomia és a resectio értéke. — *Gyermekgyógyászat. Wahrer:* A gyermekkori mellhártyagyuladmány. — *Franklin Royer:* A diphtheria serumkezelése. — *Orr-, torok- és gégebajok. Laffite-Dupont és Kocher:* Szilvamag a jobb hörgben. — *Chollé:* Homlokürreggenyedés gyermekeknél. — *Citelli:* A bal mandola kis tyúktojásnyi rákja. — *Serdaris:* A gége lipomája. *Löhnberg:* Gégesorvadás terhes nőknél. — *Húgyszervi betegségek. G. Whiteside:* A Cathelin-féle levegő-cystoskop. — *Posner:* Vezető bougie nélkül át nem járható, szükült húgycsövön bevihető cystoskop. — *R. Dalla Vedova:* A vizeletnek a hólyagban való elkülönitése. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.* Hajhullás — *Jacoby:* Égéssebek. — *Bayer.* Pneumonia crouposa. — *Jaquet:* Filmaron. 440—442. lap.

Vegyes hirek. Kitüntetés. — Kinevezés. — Budapesti tisztiorvosi vizsgák eredménye. — Új gynaekologiai sanatorium. — A budapesti kir. orvosegyesület alkohol-bizottsága — XII. szünidei orvosi cursus. — Megjelent. — Meghaltak. — Kisebb hirek külföldről. — A XV. nemzeközi orvosi congressus. 443. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Magyar Tudományos Akademia. — Közkórházi orvostársulat. — A Budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok ülése iből.

Mellékletek. Gynaekologia. 1. szám. — F. Hoffmann-La Roche & Cie „Sirolin", — Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning „Isoform" prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Az epekövek kórtanának mai állása és az epekőbetegség sebészi kezelésének javalatai.[1]

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

Uraim! Midőn e helyre lépek, hogy referáló előadás keretében beszámoljak az epekőműtétek javalatainak mai állásáról, mélyen érzem feladatom nehézségét. Ezen referáló előadások kimondott czélja: az irodalomban letett tények és adatok tömegének megismertetése a gyakorló orvossal. Hogy ezen kiválóan gyakorlati czélnak megfelelhessek, már eleve le kell mondanom az ismertetés teljességéről. Az ily módon összehordott rengeteg anyagnak legfeljebb a monographiairó, olyasvalaki, a ki esetei egy sorozatát feldolgozni akarja, avagy az irodalomban valamely esetéhez analogiákat keres, vehetné hasznát. Azokra nézve, kik a gyakorlat számára óhajtanak okulást és felvilágositást, a teljesség csak az áttekinthetőség rovására menne; de meg a rendelkezésemre álló idő korlátoltsága is arra kényszerit, hogy csak a vezérlő eszméket, a kiemelkedő pontokat foglaljam össze. Lehet, hogy igy azok, a kik sokat olvasnak, nagyon sok jól ismert, sokszor hallott dologgal fognak találkozni ez előadásban, de azoknak, kik a praxis fáradalmai közt nem találnak arra időt, hogy a folyó irodalommal lépést tartsanak, talán mondhatok valami újat is, a minek a gyakorlatban hasznát vehetik.

* * *

[1] A Közkórházi Orvostársulat 1906. február 28.-i és márczius 14.-i ülésein tartott referáló előadás nyomán.

Az epekőbetegség a belgyógyászat és sebészet azon határterületeihez tartozik, a melyekre nézve a határvillongások még nincsenek végleg elintézve. Igaz, hogy azoknak, a kiknek a két táborban vezérlő szerep jutott, mint azt *Naunyn* egy legújabb munkájában megelégedéssel hangoztatja, sikerült oly modus vivendit találniok, melyben a sebészek és a belgyógyászok egyaránt megnyugodhatnak; mégis való az, hogy az orvosok tömege ezen modus vivendibe még nem nyugodott bele s az irodalomban és még inkább a gyakorlatban nem egyszer mutatkoznak éles ellentétek a két szakma művelői között: hyperradikális és hyperconservativ irányzatok, melyeknek létjogosultságát tagadni lehet, de a melyek utóvégre igen könnyen megérthetők. Be kell látnunk ugyanis, hogy igen különfélék ama tapasztalatok, melyeket a belgyógyász és a sebész az epekőbetegség gyógyitása körül szerez.

A belgyógyász gondolkodását az irányitja, hogy igen sok bonczolatnál lát köveket, melyekre vonatkoztatható tünetekről az egyén életében legalább is nem panaszkodott; hogy igen sok epekőkólikát le bir a maga szereivel sikeresen küzdeni és hogy igen sok epekőbetegnél tapasztalja azt, hogy észszerü életrend, megfelelő kúra mellett, sőt a nélkül is, az epekő tünetei hosszú időkön át nem jelentkeznek, s nem egyszer sok súlyos roham előremenetele után is végleg kimaradnak.

Egészen másféle benyomásokat gyüjt a sebész. Ő többnyire olyan betegeket lát, kiknél a belgyógyász vagy talán a belgyógyászoknak egy egész sorozata a tudományát évek hosszú során át több-kevesebb sikerrel kipróbálta, a kiket utaztattak, fürdettek, hol tornázásra, hol pihenésre, hol koplalásra, hol lehető gyakori és bő étkezésre utasitottak, s a kik mikor a sokféle kúra és orvosság, a diaetetika, a balneotherapia és a medicomechanica ezerféle fintája már mind felmondotta a szolgálatot, akkor kapaszkodnak, mint utolsó mentő szalmaszálba, a műtét reményébe.

Sajnos, az ilyen betegek állapota ekkor igen sokszor már oly nyomorult, a fájdalmaktól, lázaktól és icterustól annyira lerontott, hogy a legnagyobb körültekintéssel és ügyességgel véghezvitt sebészi beavatkozás sem tud rajtuk segíteni, s a műtét, mely jobb állapotban levő betegeknek gyógyulást hozna, az adott körülmények közt sikerre már nem vezet, nem is szólva arról, hogy kevésbé előrehaladt boncztani elváltozások mellett a műtét kivitele is hasonlíthatatlanul könnyebb.

A belgyógyász tehát, a ki számtalan kólikát látott szépen elmúlni és sokaknál látta a fennálló epeköbántalmat súlyos tünetek előremenetele után is végleg megyógyulni — dicséret a kivételeknek —, húzza halasztja a műtétet, mert tapasztalatai alapján nem adja fel a reményt, hogy a dolgot kés nélkül is rendbe lehet majd hozni. A sebész pedig, a ki ezen huzavona gyászos következményeit látja s a ki tudja, hogy el nem húzódó esetekben mennyivel könnyebb az ő feladata és mennyivel több kilátása van arra, hogy szép sikereket érhessen el az operatioval, sürgetni fogja a műtéti beavatkozást.

Mindkét irány vak követése a túlzásba visz. Sem azok részén nincs az igazság, a kik a végletekig várnak és csak nyilvánvalóan életveszélyes szövődmények beköszöntése esetén engedik megoperálni epeköbetegeiket, sem azok részén, a kiknek egyetlen előrement enyhe epekőroham is elég arra, hogy a műtét indicatioját felállítsák. Az igazság a középen van s helyes felismerésére, cselekvésünk irányának és mértékének helyes megállapítására csupán az vezethet, ha az epeköbetegség keletkezésmódját, az általa okozott különböző kórboncztani állapotokat gondosan szemügyre véve igyekszünk meghatározni ama klinikai jeleket, melyek alapján a fennforgó boncztani viszonyokra következtetést vonni lehet s klinikai tapasztalásunk alapján mérlegeljük amaz eshetőségeket, melyekre a fennálló boncztani állapot mellett az adott esetben úgy a spontan illetve medicinális gyógyulás, mint a chirurgikus beavatkozás sikere, illetve sikertelensége tekintetében számítani lehet.

Az epeműtétek indicatioiról megfelelő és tiszta képet tehát csak úgy nyerhetünk, ha az epekövek keletkezésével s az általuk okozott kórboncztani változásokkal, ezek létrejövetelének módjával és jelentőségével tisztában vagyunk. Első sorban azért ezekről fogunk szólni, annál is inkább, mivel az epekövek kórtanára vonatkozó nézetekben az utolsó évtized kutatásai gyökeres változást hoztak létre, s az az elterjedt felfogás, hogy az epekőbetegség összes tünetei a kövek vándorlásával s az ezzel összefüggő mechanikus momentumokkal állanak kapcsolatban, ma már teljesen lejártnak mondható.

I. *Az epekövek keletkezése és sorsa.*

Ma már nem lehet kétség az iránt, hogy az epekövek képződésének oka az epe megromlása, az epehuzamban létrejött hurutos állapot, az úgynevezett *követ támasztó hurut* (steinbildender Catarrh, *Meckel v. Hemsbach*) folytán.

Naunyn-nak és tanítványainak szorgalmas és lelkiismeretes vizsgálatai azok, a melyeken az epekövek képződéséről szóló mai ismereteink legnagyobbrészt alapulnak.

Ők mutatták ki, hogy az epekövek legfőbb vegyi alkatrészei: a cholesterin és a bilirubinmészből a mész, az epehuzam, főleg pedig az epehólyag nyálkahártyájának lokális termékei. *Jankau, Thomas* és *Kausch* vizsgálatai igazolják, hogy a cholesterinnek bármily módon való bevitele a szervezetbe az epe cholesterin-tartalmát nem növeli s a vér fokozott cholesterintartalma sem bir befolyással az epében levő cholesterin mennyiségére. A különféle betegségek közül csak épen a cholelithiasisban találták az epe cholesterin-tartalmát megnagyobbodottnak, a mi mindenesetre az epehólyag hurutos állapotával hozható összefüggésbe, hisz másféle lobos folyamatokban is lehet cholesterin bőséges megjelenését a váladékban (köpet, geny) megállapítani és *Thomas* állatkisérleteiben is tapasztalta, hogy a mint a kutya epehólyagja hurutos lett, a cholesterin az epében megszaporodott. *Herter* vizsgálatai szerint sublimat, ricinusolaj, carbolsav befecskendése a kutya epehólyagjába, az epe cholesterin-tartalmának tetemes megszaporodására vezet. Különben *Moynihan* szerint *Budd* már 1845-ben utalt arra, hogy a cholesterint az epehólyag nyálkahártyája termeli.

A mészre nézve ugyancsak beigazolódott, hogy a szervezetbe való mészbevitelnek bárminő úton való fokozása az epe mésztartalmára nézve teljesen közömbös, a mész az epehuzam nyálkahártyája által képeztetik, a mint ezt az utolsó években *Herter* és tanítványai is újolag beigazolták. A mész mindenek szerint a nyálkahártya által elválasztott mucin által jut az epébe (*Frerichs, Naunyn*) s a huruttal fokozódó mucin-mennyiség fokozza az epehólyagbeli epének mésztartalmát. *Törnquist* kimutatta, hogy cholelithiasisban az epehólyagnyálkahártya mirigykészüléke jelentékenyen túlteng. Míg ép viszonyok között az epehólyag fundusában mély mirigyek nincsenek, 33 cholelithiasis-eset közül tizenötben talált ilyeneket. Szerinte ezen mirigytúltengésnek az az oka, hogy az epehólyag a bakterium-invasio ellen fokozott nyálkaelválasztással védekezik, ezen nyálka azután kétségtelenül hozzájárul a kövek képződéséhez. Nem érdektelen, hogy már *Morgagni*-nak is ez volt a nézete a kőképződésről, hogy t. i. az epehólyagmirigyekkel áll viszonyban.

Az epében foglalt cholesterint az epének epesavas sói és zsírjai feles mértékben oldják; épen úgy meg van nehezítve a bilirubinmész kiválása is. Sem savanyú oldatban, sem valamivel erősebb alkalikusban ez nem következhetik be; az epét lehet bepárolni és újra feloldani s e procedurát többször ismételni és mégsem válik ki a bilirubinmész. Ellenben fehérje jelenléte az oldatban a kiválást lényegesen megkönnyíti. *(Naunyn.)*

Egy egyszerű kristályosodási centrum jelenléte hasonlóképen nem elégséges arra, hogy az epeköveket képző alkatrészek körülöttük csoportosulva köveket alkossanak. *Labes* kisérletei szerint az epehólyagba bevitt apró és puha idegen testek egyszerűen kilöködnek belőle, a nagyok, keményebbek hosszabb ideig minden incrustatio nélkül tartózkodnak benne. Emberi epekövek pedig, akárminő természetűek legyenek, egyszerűen feloldódnak az ép állati epehólyagon belül.

P. Mayer sima elefántcsontgolyót, agyaggolyókat egy évnél tovább tartott kutya epehólyagjában teljesen negativ eredménynyel.

Marcantonio is az epehólyagba vitt idegen testeken csak incrustatiót tapasztalt; valódi köveket sohasem birt létrehozni; a cholestearin az ő köveiből állandóan hiányzott.

Mignot steril idegen testekkel (selyemfonalak, drótspiralis, epeködarabok, kavics) teljesen negativ eredményre jutott, több hónappal a kisérlet után a kristályosodásnak még nyomát sem tudta kimutatni.

A kórboncztani észlelés is igen kevés esetet tud felhozni, a hol idegen testek, például tű, higanycseppek (inunctiós kúra után), avagy bélférgek (distoma, ascaris) képezték epekövek magvát, s itt is feltehető, hogy ezen idegen testek nem csupán mint kristályosodási góczpontok szerepeltek, hanem trauma, pangás, infectio által az epehólyag lobját idézték fel. *Naunyn* szerint oly kövek, melyek alkata arra enged következtetni, hogy tisztán az epéből való kikristályosodás által jöttek létre, a legkivételesebb ritkaságképen fordulnak csupán elő.

Mi módon keletkeznek tehát mégis a kövek?

Naunyn gondos mikroskopikus vizsgálatokkal kimutatta, hogy a cholesterinkövek kezdetét az epehólyag nyálkahártyájának leváló sejtjeiből kilépő myelin-szemcsék, melyek alaktalan, szerkezetnélküli rögökké folynak össze, alkotják. Néha belsejében bilirubinmész tartalmú ez a cholestearin-rög. Az ilyen kövek keletkezése elhalt és barnán festenyzett epithelsejtekből szintén szemmel követhető. Egy másik faja az epeköveknek üledékszerű anyagból képződik az által, hogy egy összeálló puha göb (mely tészta- vagy sár-összeállású) akár a felületére lecsapódott bilirubinmészkéreg által való bevonatás, akár belsejének zsugorodása, akár pedig az epe fokozottabb concentratioja miatt a kéregből történt vízelvonás révén keményebb kérget kap, melyhez a kő többi szilárd alkatrésze hozzátapadhat, míg a kő belsejében üreg képződik, mely rendszerint folyadékot tartalmaz. Az epehólyag-contractio az által, hogy a concrementumból a folyadékot kinyomja, a kő megszilárdulását szintén előmozdíthatja. Mivel a kő eredeti állapotában puha, sárszerű, ilyenkor az epehólyagnak teljes kiürülése alkalmával könnyen távozhatik az epeutakon át. Csak a keményebb kéreg keletkezése az, mely a kő formájának az epeutakon át való haladáshoz szükséges változását megakadályozza; ezen kéregképződés előfeltétele

pedig az epepangás, melynek következtében a puha tömeg egyfelől elegendő ideig tartózkodik az epehólyagban, hogy a kéregképződésre egyáltalán alkalom nyiljék, másfelől a pangás folytán az epe víztartalmának felszívódása által az epe sűrűbbé, concentráltabbá válik, s ez a kéreg képződéséhez, mint fennebb már hangsúlyoztam, a maga részéről szintén hozzájárul.

Az epekövek növekedésében, mint azt ugyancsak *Naunyn* pontosan leirta, kétféle folyamatnak jut szerep; ezek az appositio és a cholestearin-infiltratio.

Az *appositio* nál a már meglevő köre új concentrikus rétegek rakódnak, melyek cholesterinból, bilirubin- vagy biliverdinmészből állanak s e szerint fehérek, sárgák, barnák vagy zöldesek. Míg a kő növeléséhez az epefestenyes mészvegyületek természetesen csak oly epehólyagban járulhatnak hozzá, a melybe az epe szabadon ömlik; cholesterines appositio olyankor is történhetik, ha az epehólyag az epepassageból ki van iktatva, sőt teljesen elzárt hólyagdiverticulumokban, az elzárt epevezetékben levő köveknél is, mivel a cholesterin tisztán ezek nyálkahártyája részéről termeltetik.

A *cholesterin-infiltratio* a kövek kérgében levő csatornák közvetítésével történik, melyeken át a cholesterin puha állapotban a kő belsejébe jut és itt, úgy mint a kő alapját képező, kezdetben alaktalan cholesterin átkristályosodik. A kikristályosodó cholesterin lassanként mindinkább elfoglalja a követ s a bilirubinmészt abból ki is szoríthatja, mely azután az epében újra feloldódhatik.

A mint az epekövek képződésének felsorolt viszonyaiból kitünik és a mint azt először *Frerichs* s utána *Naunyn* hangsúlyozta, az epekövek képződésében a hurut és a pangás játszszák a főszerepet. A hurut okozta epithelszétesés hozza létre a köképző anyagok: a cholesterin és a mész fokozott productioját és egyszersmind a fehérje nagyobb mértékben való jelenlétét az epében, a mi ismét a bilirubinmész kicsapódására való esélyeket növeli. A pangásnak pedig nemcsak a kövek consolidatioja tekintetében jut szerep, hanem, mint később látni fogjuk, a hurut előidézése és fenntartása tekintetében is.

Hogy a köképződésre vezető hurut bakteriumos eredetü és pedig főleg a bakt. coli commune által előidézett, azt alapos vizsgálatokkal megindokolva először *Naunyn* hangoztatta, de már ő előtte is voltak, kik ezen felfogás mellett lándzsát törtek. *Langenbuch* classikus könyvében irja, hogy már 1880 óta, midőn Koch a tuberculosis-bacillust felfedezte, foglalkozott azzal a gondolattal, hogy az epeköveket bacillusok idézik elő. *Galippe* 1886-ban a nyálkövekkel analogiába hozva az epeköveket, azok bakteriumos eredetét vette fel.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. sz. sebészeti kórodájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., egyet. ny. r. tanár.)

A czombcsont veleszületett hiányáról (phokomelia).

Irta: *Gergő Imre* dr., klinikai műtőorvos.

(Folytatás.)

Az alsó végtagok ezen fejlődési rendellenességein kivül gyakran észleltek *femurhiány mellett fejlődési zavarokat a felső végtagokon és a test egyéb szervein is.* Duméril, Veiel, Breschet, Ehrlich eseteiben például a felső végtagok voltak csökevényesek; Rédard betege siketnéma volt, a mellett még hypospadiasisban is szenvedett; Altmann esetét 7 hetes korában meningokeléje ölte meg (az eset, sajna, bonczolásra nem került); Feilchenfeld és Joachimsthal betegének veleszületett szívbaja volt; Friedleben eseténck bonczolásakor a belső szerveken is az abnormitások egész halmazát találta: hiányzott a mesocolon, minek folytán az egész vastagbél és vakbél a hasüregben szabadon lityegett, a máj széle felhajlott, a vesék alsó sarka hiányzott, stb.

Friedleben ezen esetén kivül még 6 eset került sectiora (Greb, Müller, Rosenberg, Buhl, Adrian, Blencke esetei), a melyekből a *hiány anatomiai viszonyaira* nézve kapunk némi felvilágositást. A czombcsont helyén több alkalommal szálagosan összekötött porcz-, illetőleg csontdarabkákat találtak, melyek a fejnek, trochantereknek, vagy condylusoknak feleltek meg, míg a diaphysis hiányzott. Máskor meg az egyik vagy másik epiphysis hiányzott és csak egy diaphysis csonk volt jelen. A hiányzó csontrészlet helyét gyakran kötőszövetből álló köteg (ú. n. czombköteg, Schenkelstrang) foglalta el, mely a csonkot a medenczével kötötte össze s a melyhez az izmok is tapadtak (Buhl). A kóros oldalon a medenczefél kisebb volt, gyakran feltünően szük és meredek. Az izvápát mindig igen fejletlennek találták; megtartott proximális czombrészlet mellett ennek folytán többször congenitális csipőizületi ficzam is jött létre. A distális femurcsonk a tibiával összenőhet, úgy hogy térdizület tulajdonképen nincs; emez összenövés csontossá is válhatik. A hol pedig térdizület van, az gyakran contracturált. Fibula-hiánynál néha szintén kötőszövetből álló köteget leltek. (Analogiában a czombköteggel ez szárkapocs-kötegnek volna nevezhető.) Azonkivül gyakran tapasztalták, hogy a fibula hosszában, a tibia vastagságában fogyott meg. Majdnem mindig hiányzott a patella is. A czombizomzat egyes esetekben zsiros elfajulást mutatott.

A bántalom *okát* biztosan eddigelé nem tudjuk. A hány szerző, annyi nézet; a feltevések egész hosszú sort képeznek az elemi népgondolkodás primitiv okoskodásaitól fel a leglogikusabb fejlődéstani gondolkodás magaslatáig.

Csak röviden érintem a régebbi szerzők naiv felfogását. Voltak, kik a csillagok állásának a gyermek születésekor tulajdonítottak fontosabb szerepet, mások az ördög művének, vagy Isten büntetésének tartották a difformitást; olyan szerző is találkozik, ki a torzszülött anyját sodomiával vádolja, Albertus Magnus pedig fentartás nélkül a rendellenes helyzetben véghezvitt coitust okolja; szerinte a deformitás azon oldalon támad, mely felől nemzésnél az apa az anyát megközelítette.

Ezen, mai felfogásunk szerint nevetséges hypothesisek meghaladása után a terhesek ú. n. „elnézésében“ keresték a deformitások okát és ez jó ideig divatban is maradt. Elnézés alatt azt értették, hogy az anyának psychikus affectioi (félelem, ijedés stb.) a magzat fejlődését oly mértékben zavarhatják, hogy fejlődési zavarok jönnek létre. Nem kivánom az irodalomban leközölt példák nagy számát itt felsorolni. Még csak néhány esztendeje mult, hogy pl. Blencke egyik esetében azt közli, miszerint a czombcsonthiányban szenvedő gyermek anyját terhessége alatt kutya támadta volna meg, innen — az anya bemondása szerint — a gyermeknek „kutyalába“. Azt hiszem, úgy ezen, mint a legtöbb idevágó esetben nem volna nehéz feladat az anyáknak autosuggestioját bebizonyítani, esetleg jó szomszédoknak, komáknak suggerálását; annál inkább, mivel a legtöbb anya — szokás szerint — az elnézés időpontját a terhesség utolsó hónapjaira teszi. Ez pedig az intrauterin fejlődésnek már olyan előrehaladott szaka, a mikor, mint tudjuk, a foetus már teljesen kifejlett, fejlődési rendellenességek benne többé már nem keletkezhetnek. Az elnézés kérdését legújabban Welsenburg és Ploss-Bartels tárgyalták behatóbban; megtaláljuk náluk az ellentétes nézetek okoskodásait és láthatjuk, hogy a tudományosan gondolkodók legnagyobb része az elnézés tanát csak ritka kivétellel és a legnagyobb megszorítással fogadja el. Igy Kirmisson is, ki szerint az elnézésnek valamelyes befolyását a magzat fejlődésére a priori eltagadni nem szabad, de a nevezett kedélyrázkódásnak a terhesség azon korai idejében kell történnie, midőn embryologice a kérdéses deformitás létrejön. Ez pedig a legnagyobb ritkaság.

Még megemlítem, hogy egyik-másik szerző ezen anomaliák keletkezésében a szülők fiatal korának, avagy a nagy korkülönbségnek, a szülők excedálásának in baccho is tulajdonít szerepet; a kritikát meg sem érdemlő nézetek ezek, csak sajnos, hogy egyesek az anamnestikus adatok ily irányú gyüjtésére és méltatására idejüket nem sajnálták.

A tudományos okoskodás szerintem azon nézeteknél kezdődik, melyek a vitium primae formationis kérdését vetik fel, azaz a csirának primaer fejlődési zavarát hozzák fel magyarázatképen. Két csoportba sorolhatók itt a szerzők; egyik részük *az öröklékenység* mellett kardoskodik és családi terheltséget említ, a szerzők másik csoportja pedig, élén Virchow-val, az *atavismus* lehetősége elől sem zárkózik el. Az első nézetnek szószólói Volkmann, Menzel,

Debout, Variot és mások, újabban Kümmel és Haim; Haim nézete szerint az *összes* veleszületett végtaghiányok a csíra hibájában lelik okukat. Csak az a különös, hogy akkor defectusainkat egy és ugyanazon család körén belül miért nem találjuk gyakrabban, még csak példát sem hozhatnék fel reá az összes 78 esetből!

Az atavismus hívei pedig kutatnak és keresik azon állati őst, melynél a hiány rendes és nem pathologikus jelenség. Ily prototypjük azonban jelenleg még nincsen. Atavistikus talajból fakadt Gegenbaur „archipterygium"-elmélete is, csak azon különbséggel, hogy a hiányt Gegenbaur, utána pedig Marchand nem visszaesésnek minősítik, hanem atypicitásnak, pathologikus folyamatnak. Gegenbaur szerint az alsó végtag archipterygiuma a femurból, fibulából, 2 tarsális csontból és az 5. ujjból állana, a többi végtagcsont csak sugarát képezné az archipterygiumnak! Gegenbaur és Marchand nézetéhez később még Boerner is csatlakozott. Ezen nézet elmés, de a hol, mint pl. esetünkben is, a phokomelia, szóval centrálisabb fekvésü csont hiánya mellett, sugárhiánynak nyoma sincsen, önként elesik. Lange, Joachimsthal és Haudek is észleléseik kapcsán így nyilatkoznak.

Kapcsolatban a vitium primae formationis-t szerepeltető okoskodásokkal még két idevágó nézetre kell kitérnem. Tiedemann egy bonczolt amelus-esetének kapcsán, melyben a gerinczvelő hypoplasiás volt, a deformitást *az idegrendszer csökevényes fejlődéséből* magyarázta; de Veiel, Ehrlich és mások ezt épenséggel nem találták, sőt épen amelusoknál találtak később a rendesnél erősebben fejtett idegeket. Buhl pedig a femur-hiány *okaként veleszületett csípőizületi ficzamot szerepeltet.* Hogy azonban a czombcsont-defectus nem következménye a veleszületett ficzamnak, hanem elsődleges elváltozás, erről azon esetek bonczleletei győzhetnek meg, hol a rudimentaer femurnak fejecse az izvápába rögzített, sőt a csökevényes izvápával erősen összenőtt. Szóval nincs is nyoma a Buhl feltételezte primaer czombficzamnak! Továbbá a congenitális csípőizületi ficzamodások gyakorisága mellett congenitális femurhiánynyal is gyakrabban kellene találkoznunk, a mit azonban nem tapasztalunk. Dollinger tanár sebészeti klinikáján 8 év óta — 1897—1905-ig — 161 gyermek fordult meg 215 veleszületett csípőizületi ficzamodással, veleszületett czombcsonthiány pedig, esetünket is számítva, csak kettő. Buhl felfogásának téves voltát már Lange és Blencke is hangoztatta.

Az eddig ismertetett nézetek a csonthiány okát a csírba helyezték, ennek folytán endogen okokat szerepeltetnek. Ezekkel szemben a legtöbb szerző *az exogen okokat* fogadja el, a külvilág valamely behatását okolja a rendellenesség létrejöttében, a mely behatás normális fejlődésnek indult embryót ért. Az exogen behatások okozta fejlődési zavarokat Riedinger szerint secundaereknek is mondhatjuk, szemben az endogen okokból eredő ú. n. primaer fejlődési zavarokkal.

Mint első exogen okot említem azon szerzők nézetét, kik azt vélik, hogy a deformitás oka valamely *trauma, mely a terhes nőt érte.* A traumatikus behatás lehet azután ütés, rugás, esés, vagy egyéb erőszaki sérülés. Ezen nézetnek legfőbb szószólója Förster és Rosenberg; ez utóbbi szerint az említett traumák intrauterin czombnyaktörést létesítenek és ebben rejlenék a phokomelia oka.

Eme felfogás ellen leghevesebben Haudeck és Sperling kelt ki. Szerintük a traumának, hogy az a fejlődést befolyásolhassa, még a végtagcsontok differencziálódása előtt, szóval körülbelül az ébrényi élet 8. hetéig kellene történnie. Ekkor pedig az embryo kicsinysége és a magzatvíz aránytalan nagy mennyisége teszi problematikussá a trauma hatását, hisz az embryo a magzatvízben úszva igen könnyen tér ki az erőművi behatásnak; másrészt nem magyarázható, hogy a trauma hatásában miért érje az embryonak pusztán csak egy olyan kis testrészét, mint a minő a czomb, míg testének egyéb helyei épek maradnak. De ezt is megengedve valószinübb, hogy ilynemü trauma után inkább abortál az anya, de nem szül defectusos magzatot.

Az anyát ért traumák mellett Dareste mint első említi az intrauterin nyomás fokozását, mint a deformitást előidéző okot. Vele együtt a legtöbb szerző ezen vagy hasonló felfogás híve. Úgy értelmezik az exogen mechanikus behatást, hogy a fejlődés legkoraibb szakában valamely intra- vagy extrauterin pathologikus folyamat folytán a magzat legpromineálóbb részeit túlerős nyomás éri, mely ezen exponáltabb részek fejlődését azután akadályozza. Ezen intrauterin térmegfogyásnak a fejlődés 4., legkésőbb 6. hetéig kell történnie; minél korábban támad, annál súlyosabb a fejlődési hiány. Közelebbről részletezve már most a különböző okokat, leggyakrabban az amnion valamely megbetegedésének tulajdonították az intrauterin tércsökkenést. Felveszik, hogy szük az amnion, vagy kevés a magzatvíz, avagy szövődhetik mindkét esehetőség. Schröder szerint ilyenkor a magzat egyes testrészei és az amnion között összenövések, ú. n. Simonard-féle kötegek támadhatnak, melyek következtében defectusok fejlődhetnek. Fricke is nagyban hangsúlyozza az amnion összenövéseit a magzattal magzatvízhiánynál. Hlawacek szerint a túlszoros amnion a czombcsont epiphysiolysisét hozná létre, innen a czombcsonthiány! Eltekintve azonban attól, hogy a fejlődés említett korai szakában, midőn az embryonális testrészek differencziálása még nem állott be, epiphysis nincs is, Hlawacek elméletének megfelelő boncztani elváltozásokat eddigelé még nem találtak. Okolták még a köldökzsinór nyomását, körülcsavarodását, ritkábban az uterus helyzetváltozásait, vérzéseit, a méhnek és környezetének lobosodásait vagy daganatait. Ezen nézeteket vallják az újabb szerzők közül még Bömer, Haudeck, Kirmisson, Lange, Kümmel, Winckel, Fürst, Braun, Blencke, Joachimsthal is.

A hiányképzés oka tehát a legtöbb szerző szerint ennyire van tisztázva: valamely intrauterin mechanikus behatás gátolja a fejlődést. Ha azonban el is fogadjuk ezt, ezzel magának a phokomeliának lényegéről még keveset tudunk. Az exogen ok elfogadása még nem világítja meg a czombcsont fejlődési zavarának azon közelebbi anatomiai okát, melynek folytán egyszer az egész csont, más alkalommal csak egyes részei hiányoznak. Történtek ez irányban is kisérletek. Ilyen Hlawacek nézete az epiphyseolysisről, de ez, mint láttuk, tarthatatlan. Néhány éve pedig, 1901-ben, Reiner irt hosszabb czikket a Zeitschrift f. orthop. Chirurgie-ba, melyben a hiány keletkezését fejlődéstani okból magyarázta. Fejtegetéseinek kiindulópontját Langer vizsgálatai képezték a csombcsont fejlődéséről. A fejlődés 6—7. hetében, a perichondrális csontosodás idején, Langer szerint a czombcsont táplálása több érhurok révén történik, melyek ívben kerülik meg a czombcsontot és végüterek jellegével birnak. Ha már most Reiner szerint ezen legkoraibb embryonális szakban, mielőtt a különálló érhurkok területei összeolvadnak, egyik vagy másik végütér területén vérkeringési zavar támad a fent részletesen tárgyalt exogen okoknál fogva, a vérkeringési zavart a czombcsont kisebb-nagyobb részletének hypoplasiája, esetleg aplasiája fogja követni, a mennyiben ott a csontosodás hiányos vagy kimarad. A czombcsont szóval „disgregálódik", vagy mint Ehrlich mondja, „itio in partes" áll elő. Reiner theoretikus fejtegetéseinek alapján mindjárt meg is alkotja a czombcsontnak különböző lehetséges fejlődési hiányait; 5 csoportot különböztet meg, melyek a következők. 1. Az első csoportnál a femur egyes részei mind megvannak, összefüggő egészet alkotnak, de az egész femur hypoplasiás és veleszületett coxa vara van jelen. 2. csoport: a czombcsont egyes részei (fej, trochanter major, alsó diaphysisvég az epiphysissel) megtartottak, de csökevényesek és egymással nem függenek össze. 3. csoport: csak annyiban tér el a 2. csoporttól, hogy az alsó femurcsonk a tibiával összeforradt, térdizület itt nincsen. 4. csoport: ezen typus hasonlít az elsőhöz, a mennyiben a femur in toto megvan, azonban felső fele hypoplasiás, sőt a czombcsont nyaka hiányzik. A fej egyenesen a csökevényes felső diaphysis folytatását képezi. 5. Végül az utolsó csoportban is összefüggő egészet alkot a czombcsont, de míg az epiphysisek rendes fejlődést mutatnak, a diaphysis a legfeltünőbb módon rövidült. Reiner okoskodását, sőt a vázolt felosztást is újabb szerzők, köztük Hoffa, kritika nélkül acceptálják, illetőleg közlik, véleményem szerint helytelenül. Mert ha Reiner hypothesisét egyoldali egyszerü phokomelia mellett el is fogadnók, hogyan magyarázzuk meg a sugárhiánynyal vagy egyéb szervek hiányos fejlődésével combinált phokomeliát; főleg pedig kétoldali *és* szövődményes phokomelia esetében nem találunk egységes megfejtést. További hiánya Reiner feltevésének, hogy a zavart kiváltó okról magáról alig nyilatkozik; a mennyit e tekintetben említ, hogy t. i. a defectus keletkezésére első sorban az amnion kórosan fokozott nyomása bir befolyással, annyit, sőt többet előtte már mások is mondtak

Végül az eseteknek 5 csoportba való osztályozása is theoretikus és erőltetett! Reiner maga is csak 2 csoportra hoz fel röntgenographikus controll mellett példát (az 1. és 4. csoportra), míg az egyik csoportra példa gyanánt felhozott esetben (a 2. csoportból) a közzétett röntgenogramm Reiner magyarázatával összhangban nem áll.

Reiner ezen kisérleténél, mert másnak úgy fejtegetéseit, mint felosztását nem mondhatom, csak egy dolog helyes és ez az, hogy a fejlődéstani kutatások eredményeinek bevonásával igyekszik a pathologia eme még sötét fejezetére fényt deríteni.

A fejlődéstani út szerény nézetem szerint az egyedül czélhoz vezető. Exactabb fejlődéstani tudás mellett tán tisztábban fogunk ezen kérdések mélyébe hatolni, sőt a fejlődési hibák multiplicitásának kérdését is, mely a legnehezebb kérdések egyike, meg fogjuk közelíthetni. Nagy segítségünkre lesznek a kutatásban a W. Roux inaugurálta fejlődési mechanika haladása, továbbá a kisérleti fejlődéstan és nem utolsó sorban a pontosan megfigyelt esetek exact röntgenographikus leletei.

A veleszületett, de secundaer természetü fejlődési rendellenességeknek még egy csoportjával kell foglalkoznom és ez az, mely a magzatnak valamely *intrauterin, ú. n. foetalis megbetegedését* tételezi fel a congenitális deformitások oka gyanánt. Ily megbetegedés volna az intrauterin, vagy a mint mondani szokták: a congenitális vagy foetális rhachitis, továbbá a chondrodystrophia (Kaufmann) és az osteogenesis imperfecta; végül ide sorolhatnók még a veleszületett syphilist is. Az utóbbival a phokomeliát kapcsolatba egy szerző sem hozta; az előbb említett csontbántalmakkal azonban többen vesznek fel összefüggést, de az átrevideált (Schallau, Grawitz) esetek utólag mind nem veleszületett csontbántalomnak, hanem egyéb bántalomnak (cretinismus) bizonyultak. Különben is már a priori kétséges, hogy a foetális porcz- és csontmegbetegedés az említett értelemben a hiányoknak oly különböző, combinált alakjait, a fejlődési hibák multiplicitását egy és ugyanazon egyénen megfejthetné, mint azt egyik-másik szerző ismertette.

(Folytatása következik.)

A budapesti egyetemi diagnostikai tanszék közleménye. (Igazgató: Korányi Sándor dr. nyilv. rk. tanár.)

A polyglobulia lépmegnagyobbodással.

Irta: *Bence Gyula* dr., egyetemi tanársegéd.

(Folytatás.)

Ezután a vér egyik legfontosabb physikai sajátságának, *viscositásának* tárgyalására térek át. Már *Osler* felhivja a figyelmet ez esetekben a vér viscositásának fontosságára és azon gyanujának ad kifejezést, hogy az e betegségnél valószinüleg erősen megnövekedett viscositás a vérkeringési sebesség meglassudásához és ezzel a cyanosis keletkezéséhez vezet, ezért szükségesnek véli, hogy alkalmas berendezéssel pontos mérések végeztessenek a vér viscositását illetőleg. *Osler* is rámutatott egy egyszerü jelre, melyből a vér fokozott viscositására lehet következtetni. Azt találta ugyanis, hogy a bőr megnyomásakor, a nyomás megszünte után a vér csak feltünően lassan tér vissza. Ehhez hasonlóan feltünt nekem e betegeknél, hogy a kéz venái a kar felemelésekor csak igen lassan ürülnek ki, ha ezután a kart lelógatjuk, a venák csak lassan telnek meg ismét. Polyglobuliánál én végeztem először rendszeres méréseket és a viscositást a rendes értéknek háromszorosára, sőt négyszeresére megnövekedettnek találtam. A polyglobuliával összefüggésben *Weber* és *Watson* lóvérrel a különböző vérsejtszám befolyását vizsgálták és megerősítették azon nézetet, melynek már előttük *Ewald*, *Jacoby* és *Bence* adtak kifejezést, hogy ugyanis a vér viscositása a vörösvérsejtek számával határozott összefüggésben áll. Utóbb *Weber* az élő vért is vizsgálat tárgyává tette polyglobulia egy esetében, és szintén elég magas értékünek, azaz 11·45 nek találta a relativ viscositást. Ez érték 8—10 millió vörösvérsejt mellett kissé alacsonynak látszik; nem lehetetlen, hogy ez annak tulajdonítandó, hogy a víz viscositásának meghatározásánál *Weber* elfelejtette a hőmérsék pontos megállapítását, már pedig ily módon nagyon lényeges hiba létesülhet. A következő táblázatban az I. számú esetben végzett viscositás-mérések eredményeit állítottam össze, s a relativ viscositást η-val jelöltem.

O_2 belégzés előtt η	O_2 belégzés után η	A megfelelő vörösvérsejtszám	
		a belégzés előtt	a belégzés után
16·2	15·4	10.500,000	9.040,000
16·5	15·3	—	—
15·9	14·4	—	—
20·9	17·3	9.344,000	8.364,000
20·8	23·8	10.844,000	9.388,000

Az I. betegnél még megmértem a vér viscositását érvágás előtt és után, hogy az utóbbinak gyógyhatását megfigyelhessem, s az eredmény az volt, hogy először 14·0, 500 cm^3 vér kibocsátása után pedig 12·9 volt a vér viscositása.

Azonkivül meghatároztam a vér viscositását két alkalommal a II. esetben, először 8·06 millió vörösvérsejt mellett 14·6, másodszor 8·02 millió vörösvérsejt mellett 14·4 volt. Két esetben tehát összesen tizennégyszer határoztam meg a vér viscositását és a rendes 5·4-el szemben 12·9 és 23·8 közt ingadozó értéket, azaz a rendes értéknek három-négyszeresét találtam.

A vér viscositására vonatkozó eddigi vizsgálatokból kitünik, hogy élő egyénnél a viscositás nagyobbmérvü növekedésének vagy a vörösvérsejtek számának megszaporodása, vagy a vér szénsavtartalmának rendellenes felhalmozódása képezi okát, ez utóbbi esetben az egyes vörösvérsejtek térfogata nő meg. E két lehetőség közül az utóbbi, t. i. a szénsav felhalmozódása már az előbbi fejtegetések alapján is elesik, de a viscositásra vonatkozó adatok is ellene szólanak. *Korányi* és *Bence* vizsgálataiból kitünt, hogy a vér viscositása és a vörösvérsejtek térfogata közt szoros összefüggés áll fenn. A térfogat kis növekedésének azonban a viscositás aránylag nagyobbfokú növekedései felelnek meg. Kitünt azonban e vizsgálatokból az is, hogy egyenlő vérsejttérfogatú vérnek nem felel meg okvetlenül egyenlő viscositás is, hanem a savó törésmutatójának foka is befolyásolja a vér viscositását és pedig oly értelemben, hogy egyenlő vérsejttérfogat mellett nagyobb azon vérnek viscositása, melynek savója magasabb refractiót mutat. Különösen áll ez oly esetekre vonatkozólag, a melyekben a szénsavfelhalmozódás következtében a vér viscositásának, a vérsejt térfogatának és a savó refractiojának nagyobbodása együtt fordul elő. Az I. esetben a vérsejttérfogat 77·2%, vagyis összehasonlítva *Korányi* és *Bence* vizsgálatainak adataival, a normálishoz képest igen nagy térfogatnövekedés található, ellenben a savó refractioja ugyanekkor 1·3484, tehát aránylag alacsony volt. A vér viscositásának növekedése, bár absolute véve igen nagy, relative mégis kicsiny.

E paradox viselkedés csakis abban lelheti magyarázatát, hogy a viscositásnövekedést itt nem a szénsavfelhalmozódás, hanem a vörösvérsejtek túlságos felszaporodása okozza. Különösen *Jacoby* vizsgálataiból kitünik, hogy a vörösvérsejtek számának fokozatos emelkedése a viscositás rohamos növekedésével jár; ebben leli okát valószinüleg, hogy a vörösvérsejtek száma ugyan a rendes értéknek csak közel kétszeresére emelkedett, ellenben a vér viscositása 3—4-szer akkorává vált.

A rendesnél négyszer nagyobb viscositás *változatlan egyéb keringési tényezők mellett* annyit jelent, hogy a szívnek négyszer akkora munkát kell végeznie, mint rendes körülmények közt.

Nagyon érdekes azért azon körülmény, hogy vajjon a vér viscositásának növekedésével járó következményeknek ugyanoly befolyásuk van-e a vérkeringés sebességére, mint a melyeket okozni szokott a physikai kisérletben, vagy hogy a szervezet felel-e oly szabályozó berendezésekkel, melyek az említett következményeket kompenzálni képesek.

A vér viscositása, azaz rétegeinek egymásközti belső surlódása a keringési akadályok közt szerepel, mert ismeretes dolog, hogy a szívnek a vér 5·4-os relativ viscositása mellett 5·4 akkora munkát kell végeznie, mintha ugyanazon pályán vér helyett vizet hajtana. A keringési akadályok nagysága a viscositáson

kivül még a pályameder nagyságától, jobban mondva az áramlási cső méreteitől, vagyis átmérőjétől és hosszától is függ, még pedig oly értelemben, hogy állandó viscositás mellett a keringési akadály annál nagyobb, minél hosszabb és minél kisebb átmérőjü az átáramolandó cső, és fordítva: minél tágabb a cső és minél rövidebb, annál kisebb a keringési akadály.

A viscositáson és a keringési pálya méretein kivül tekintetbe kell még vennünk, hogy különösen az érelágazódások helyén számos örvényhullám keletkezik, mely az úgynevezett megrázkódtatási ellenállás (Erschütterungswiderstand) révén befolyásolja a vér áramlását. Ki kell még emelnem, hogy a transsudatio útján az erekből kis viscositású folyadék lép ki és hogy a pályameder e mellekútján továbbított folyadék a resorptio útján ismét visszatér a vérbe. Ezeken kivül a folyadékáramlásnak még számos más mód áll rendelkezésére a szervezetben. Az elmondottakból következik, hogy egész sora a lehetőségeknek van meg, a melyek segítségével a viscositás okozta következmények ellensúlyoztatnak. Hogy ez ellensúlyozás csakugyan bekövetkezik, erre már abból is következtethetünk, hogy a polyglobulia nem jár jelentékenyebb szívhypertrophiával.

Mindamellett nem állíthatjuk azt sem, hogy a szívhypertrophia teljesen hiányzik, mert az egyedül megbizható *Müller*-féle módszerrel erre vonatkozólag vizsgálatokat még nem végeztek. Az említett tényezők ellensúlyozása nem vezet azonban a növekedett viscositás következményeinek teljes correctiojához, mert ennek daczára számos esetben nagyobb a vérnyomás. Azonkivül a szív reservereje is úgy látszik csökkent, mert sok esetben találunk munkadyspnoet és munkacyanosist.

A vérnyomás *Osler* egyik esetében 175—203 mm. közt ingadozott, *Rosengart* esetében 180 mm. volt, ellenben *Weintraud* két esetben végzett mérést, de nagyobbrészt nem talált vérnyomásfokozódást. Eseteimben a *Riva-Rocci* féle eszközzel mérve 160—180 Hg. mm. közt ingadozott. A vérnyomás ez emelkedéséből fel kell vennünk, hogy a növekedett viscositás a szív munkafokozódásához vezetett, mert a peripherikus erek szükületéről, a mely szintén vérnyomásemelkedéshez vezet, ez esetekben szó sem lehet. Ellenkezőleg az összes vérerek erős tágulata észlelhető, az erek túltelődést mutatnak.

A vérnyomás emelkedése azonban nem állott arányban a viscositás növekedésével, hanem elmaradt ez utóbbi mögött. Mindamellett hiányzanak oly jelenségek, melyek a keringési sebesség jelentékenyebb megkisebbedésére utalnának, ezt azonban csakis úgy magyarázhatjuk, hogy a keringés többi tényezője akként változik, hogy a keringési sebesség fenntartását teszik lehetségessé. Mindenekelőtt arra kell gondolnunk, hogy nem tágul-e megfelelő mértékben a keringés pályája? E tágulás csakugyan bekövetkezik, ezt bizonyítják mindazon már elmondott érvek, melyek azon általános felfogáshoz vezettek, hogy ez esetekben a vér mennyiségének absolut megszaporodása áll fenn.

Ha volna oly módszerünk, melylyel a vér keringési sebességét élő emberen mérhetnők, úgy könnyü volna annak megitélése, hogy sikerül-e az említett compensatorius berendezéseknek a kitüzött czélt, azaz a rendes keringési sebesség fenntartását, a növekedett viscositás ellenére elérni. Ily módszer azonban hiányozván, a keringési sebesség csökkenésének durva klinikai jeleinek keresésére vagyunk utalva Ilyen első sorban a szénsavfelhalmozódás a vérben. A mennyire az utóbbinak következményeiből megitélhetjük, kizárhatjuk nagy valószinüséggel a szénsavfelhalmozódást, a vérnek már többször elmondott sajátságai alapján.

A betegeinknél időnként munkaközben támadó nehézlégzés a szívbetegekre emlékeztet, a kiknél a compensatio a nyugalom követelményeinek meg tud felelni, de a kiknél a keringési szervek tartalékereje nem szaporodott arányosan a physikai hibával. Ugy látszik, hogy a viscositás növekedésének a szívbillentyü-bántalmakhoz hasonlóan annál nagyobb a befolyása, minél nagyobb követelményeknek kell a szívnek megfelelnie, és hogy mindkét esetben a tartalékerő elégtelensége ilyenkor előbb jelentkezik, mint nyugalomban, a mikor a fogyasztással párhuzamosan halad a szív izomenergiájának pótlása. Azonkivül a munkaközben fellépő nehézlégzés kiváltásához valószinüleg még hozzájárul azon körülmény is, hogy e megbetegedésnél csökkent a vér haemoglobinjának oxygenkötőképessége.

Az utolsó táblázatból kitünik, hogy az oxygenbelégzés után a vér viscositása, valamint a vörösvérsejtek száma nagyon figyelemre érdemes csökkenést mutat. Ez utóbbi körülménynek különösen a betegség *pathogenesisének* szempontjából tulajdonítok nagy fontosságot.

A betegség keletkezését illetőleg a nézetek nagyon eltérők.

Vaquez, a betegség legelső leirója, csontvelőhyperfunctio eredményének mondja a polyglobuliát. Utána *Vidal*, majd *Moutard-Martin* és *Lefas* irnak le hasonló kórképet primaer léptuberculosissal kapcsolatban. *Rosengart* csatlakozik e nézethez s még oly esetekben is, hol klinice kimutatható egyéb jele nincs a tuberculosisnak, a lép tuberculosisát nem tartja kizártnak, mert az eddig leirt esetekben sem volt más kimutatható tünete a tuberculosisnak. *Preiss* szintén a lép betegségét tartja primaernek. Ez utóbbi szerzők nézete szerint a léptumor másodlagos úton csontvelőizgalmat vált ki. *Türk* nézete szerint a csontvelőbántalom a primaer, és hasonlóan a leukaemiához, ez esetekben „erythraemia“ áll fenn, vagyis a vörösvérsejtképző apparatus megbetegedése folytán a vörösvérsejtek felette nagy megszaporodása.

Weintraud ezzel ellentétben a vörösvérsejtek lassubb elpusztulását tartja valószinünek. Végül *Weber* kétféle lehetőséget említ: 1. A csontvelő bántalma primaer. Ezt úgy képzeli, hogy a „polyglobulia“ és erythroblastoma (Ribbert) közt ép oly vonatkozás van, mint a lymphatikus leukaemia és lymphatikus myeloma közt 2. Bizonyos toxinok jutnak a keringésbe, a melyek a vérképző szerveket ingerlik.

E nézetek közül a léptuberculosist és *Weintraud* nézetét illetőleg utalok a megfelelő helyen már elmondottakra, a mi pedig a csontvelő primaer megbetegedését illeti, ez, mint *Korányi S.* tanár említi, oly tényekre van alapitva, a melyek nemcsak a polyglobuliának ezen formájánál, hanem minden egyéb formánál, úgy a hegyi polyglobuliánál, mint a veleszületett szívbántalmakkal járó polyglobuliánál is észlelhetők, nevezetesen a vörös csontvelő hyperplasiája, illetve ennek a keringő vérben kimutatható jelei.

Ezzel szemben *Korányi* tanár primaernek az oxygen hiányt tartotta és ennek bebizonyitására irányuló kisérletek végzésére szólitott fel. Oly esetekben, hol dyspnoe állott fenn szénsavfelhalmozódás, illetve oxygenhiány következtében, *Kovács* a fagypontot, a serum konyhasótartalmát és a vörösvérsejtek számát illetőleg, *Bence* a vér viscositását illetőleg ugyanoly változásokat talált oxygenbelégzés után, mint a melyeket ki lehetett mutatni in vitro ugyanezen sajátságokra vonatkozólag oxygenátáramoltatás után. Azért ez esetekben is annak eldöntése czéljából, hogy van-e valóban oxygenhiány, az oxygenbelégzés hatásának megfigyelését tartottam leghelyesebbnek. A hatás jelzőjének pedig ez esetben a vér viscositását választottam, mert az elérendő hatás nagyságából a betegség keringési viszonyainak, therapeutikus befolyásolhatóságának lehetőségére akartam következtetni.

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

Purjesz Zsigmond negyedszázados tanári jubileuma.

Az „Erdélyi Muzeum-Egyesület“ orvostudományi szakosztályának márczius 31.-én tartott ülését Purjesz Zsigmond tanár ünneplése foglalta le a jubiláns egyéniségének leginkább megfelelő egyszerü, de szivből fakadó módon.

Elsőnek *Szabó Dénes* tanár üdvözölte a jubilánst a következő szavakkal:

Negyedszáz évben hirdetted szóval és tettel az emberszeretetet, mint az orvosi tudomány és orvoslás müvészetének erkölcsi alapját. Tudásunk fejlesztésében tevékeny részt veszesz, mások munkájából felveszed azt, a mitől emberszereteted gyakorlására szilárdabb, biztosabb alapot reménylesz. Az orvosi tudományt és haladását szereted, mert az emberiség szenvedéseire irt nyujtó balzsamnak újabb és újabb forrását nyitja meg.

Szeretetet vettél, szeretetet aratsz: az embereknél, kiknek szenvedését tudásod és orvoslásművészeted enyhíti és az egészséget visszaadja; tanítványaidnál, kiknek tanításod biztos útmutató az élet ösvényein; tanártársaidnál, kiknek munkálkodásod serkentés az együttműködésre.

Ez a szeretet vezérel, a midőn a kolozsvári egyetemen eltöltött negyedszáz év alkalmából hálás, tisztelő tanítványaid és tanártársaid felkeresünk és üdvözlünk. A Te csendes munkálkodásod, a mely a hangzatos szólásformákban történő ünneplésnek zaját kerüli, a hála és szeretet tömeges megnyilatkozása elől kitér, mutatja nekünk az utat, melyen haladva, Hozzád méltóan fejezhetjük ki tiszteletünket, ragaszkodásunkat és szeretetünket.

A munkást megörvendezteti, ha vannak munkatársai, a tanárt büszke öröm töltheti el, ha tanítványai sorából állanak elő munkatársai. A munkás-tanár példaadását követjük, a midőn tanítvány és tanártárs ez alkalomból az orvostudomány legkülönbözőbb kérdéseit tárgyaló egy-egy közleménynyel jelenik meg Előtted. Mindnyájunkban megvolt a becsületes szándék, hogy nyomdokaidban haladjunk, Te és olvasóink ítéljétek meg, hogy a jó szándékot mily értékkel valósítottuk meg.

A Purjesz-Emlékkönyv dolgozatai tegyenek tanúságot, hogy a kolozsvári egyetem orvosi karán tudományos munkálkodás folyik, melyet volt tanítványai az országban elszéledve is folytatnak. E kötet bizonyítsa, hogy az orvosok és természetvizsgálók XXXII. vándorgyülése alkalmából bemutatott intézeteink élnek, hogy azok az orvosi tudomány haladásában és fejlődésében tevékenyen részt akarnak venni. Hirdesse e kötet a szeretetet, a kölcsönös megbecsülést, mely vezérli a különböző intézeteket és alkalmazottaikat, a midőn egy-egy kérdés megoldásánál egymás támogatásával, egyesített erővel törekednek a kitűzött czél felé.

A midőn tanítványaid a „Dolgozatok“ e kötetét a Te tanári működésed negyedszáz éves szakaszának emlékére közrebocsátjuk, kérve kérünk, maradj élesen látó szemeddel és nemesen érző lelkeddel továbbra is tapasztalatokban gazdag vezetőnk. A Mindenek Kutforrásához fordulunk és esedezünk, adjon Neked jó egészséget és munkakedvet, hogy áldásos működésedet még hosszú időn át, tanítványaid és tanártársaid igaz örömére, egyetemünk büszkeségére, hazánk dicsőségére s embertársaink javára folytathassad.

Ez az előbeszéd vezeti be az életbe ezt a kötetet, a mely ezer testvére közül mint legelső hagyta el a nyomdát és a melyet Neked most, a mikor magad is útra készülsz, jóindulatodba ajánlok mint igaz szeretetünk jelét, igaz tiszteletünk és megbecsülésünk el nem múló emlékkönyvét. Az Isten éltessen!

Ez üdvözlésre *Purjesz Zsigmond* tanár válasza következő volt:

Kedves Barátaim! Engedjék meg, hogy többes számban szóljak, mert hiszen akkor, a mikor ezen szivélyes és kitüntető megszólításra felelek, nemcsak a hozzám szóló barátomnak, hanem valamennyiüknek akarok szólani. Azt hiszem, hogy elhisznek nekem, ha azt mondom, hogy nemcsak a conventionális szólásformának adok nyilvánulást, a mikor azt mondom, hogy ezen ünnepély, ez az egész *mise en scène*, a melyet itt látok, ez a vaskos könyv, a melyet *Szabó* barátom volt szíves nekem az Önök nevében átadni az én nevemmel díszítve, ezek annyira meghatottak, hogy én is magam csodálkozom azon, hogy még szavakba tudom önteni annyira a mennyire érzelmeimet.

Huszonöt évet eltölteni egy pályán nem érdem, részben szerencse. Szerencsés is vagyok. Nem mondom, hogy olykor-olykor az élet nehezebb része is nem súlyosodott vállaimra, de azért, ha a facitját életemnek megvonom, mégis azt kell mondanom, hogy szerencsés csillagzatban születtem. Szerencse volt már az, mikor ezelőtt 25 évvel az itteni orvosi tanári karnak bizalmát sikerült megnyernem és akkor, aránylag nem nagy korban, oly kitüntető polczhoz jutottam, mint a belgyógyászati tanári állás. De csalódnának tisztelet Barátaim, ha azt hinnék, hogy ezt tartom legnagyobb szerencsémnek; sokkal nagyobb szerencsémnek tartom azt, hogy itt baráti jóindulatra találtam mindenkor, sőt nemcsak jóindulatra, hanem kisegítő, támogató kezekre; de nemcsak ezekre, hanem engemet megértő és egy intentioval dolgozó tanítványokra is akadtam. És hogy betetőződjék ez a szerencsés és engem csakugyan elárasztó véletlen intézkedése a sorsnak: ime ez a legnagyobb kitüntetés, a mely egyáltalában érhetett, nemcsak a baráti bizalomnak legnagyobb jele, nemcsak a szeretetnek, a melyben tisztelt Barátaim részéről részesültem, hanem meg vagyok győződve, hogy a mikor időm és alkalmam lesz, és ez a legközelebbi órákban meglesz, hogy e könyv hasábjain lapozzak, meg vagyok róla győződve, hogy azt a benyomást fogom nyerni, hogy nemcsak barátilag szeretettel zártak a szívükbe, hanem sikerült azt elérni, hogy megérthessük egymást és egymásba mintegy átolvadjunk.

Köszönetet mondok mindezért. Lehet-e ezt megköszönni? Nem tudom mással megköszönni, mint hogy azt igérem, hogy úgy, a mint eddig, sőt az eddiginél nagyobb mértékben nemcsak arra fogok igyekezni, hogy kötelességemet mindenkor teljesítsem, hogy tisztelt Barátaim bizalmát, szeretetét még nagyobb mértékben kiérdemeljem, hanem azon leszek, hogy azt ha lehet hatványozott mértékben, mint eddig tettem, viszonozzam. Fogadják tisztelt Barátaim őszinte köszönetemet és azt a kijelentést, hogy ezt a pillanatot az életben soha elfelejteni nem fogom.

Ezután *Buday Kálmán* tanár orvoskari dékán üdvözölte az ünnepeltet a következő szavakkal:

Kedves Barátunk és Tanártársunk!

Engedd meg, hogy a mai ünnepélyen, melynek szűk keretei sehogy sem állanak arányban 25 évet meghaladó tanári működésed jelentőségével, de annál inkább harmoniában vannak a Te nyilvános ünneplés elől kitérő egyéniségeddel, én is röviden üdvözöljelek az orvostanári kar nevében.

Helyzetem nehéz, mert ismerve érzékenységedet, nem mondhatom itt el mindazt, a mit mindnyájan érezünk e pillanatban. Elég lesz azt mondanom, hogy tanári működésed súlyt adott karunknak, sőt hatásod nemcsak szorosabb tanítványaidra, hanem tanártársaidra is kiterjed, kiknek az igazi orvosi gondolkodás elsajátításában mestere voltál. A mi ragaszkodásunkat irántad fokozza még az is, hogy nemcsak baráti jóindulatoddal, hanem orvosi tudásoddal is a legszívesebben és eléggé meg nem hálálhatólag állottál tanártársaidnak és ezek családjainak szolgálatára. Ezek az érzések megfejtik azt, hogy mint sokszoros lekötelezetteid, szívünk egész melegével veszünk részt a mai jubiláris ünnepélyen és nem minden önzés nélkül kívánjuk, hogy még sokáig maradj működő tagja facultásunknak. Eddigi pályádon eléggé bebizonyítottad, hogy orvosi dolgokban az igazság keresése és követése úgyszólván lényeddé vált; ez biztosítja számodra tudományos téren a folytonos megifjodást; másfelől pedig orvosi gyakorlatodban szerzett tapasztalataid oly kincset képeznek, melyből gazdagítanod kell még hazánk sok orvosi generatioját.

Azt mondják, hogy a gazdagság kötelez, és méltán. Azt hiszem, hogy a megszerzett ismeretek és tapasztalatok gazdagsága is kötelez, kötelez arra, hogy minél több jusson belőle oda, a hol legdúsabb kamatot hoz: a tanuló ifjúság lelkébe. Ezen óhajtásunkhoz még azt csatolom, hogy a Gondviselés adja meg Neked tovább is azt, a mit Te annyi szenvedőnek visszaadtál: a jó egészséget és a munkaképességet. Isten tartson és éltessen sokáig!

4. *Purjesz Zsigmond* tanár válasza ezen üdvözlésre a következő volt:

Kedves Dékánom!

A Te szavaid oly hizelgők, hogy még ha talán kevésbé közönyös volnék is a fülembe kellemesen csengő szavak iránt, mint a milyen vagyok, akkor is meg kellett volna indulnom a szavakon, a melyeket hozzám intéztél.

Jól tudom, hogy ezek messze túlhaladják azt, a mi bennem valóságban rejlik; de ne hidd, hogy nem estek jól, mert tudom azt is, hogy nem hizelgési vagy széptevési vágy adta őket ajkadra, hanem a jóindulat, melylyel irántam Te és a facultás minden tagja viseltetik és így szint kölcsönöz mindannak, a mi tőlem származik, más szint, mint a milyenben van és ez okozza kétségtelenül azt, hogy oly kedvező véleményben és megitéltetésben részesültem. Mindenesetre azon leszek, hogy minél inkább közeledjem ahhoz, hogy a színjátszás és a valóság közt a köz mind

kisebb legyen. Igyekezni fogok megfelelni azoknak a szavaknak, a melyeket tőled hallottam.

5. Végül *Udránszky László* tanár, mint a szakülés elnöke üdvözölte *Purjesz* tanárt a következő szavakkal:

Kedves Barátom!

Szakosztályunknak mindig igen kellemes és értékes emlék lesz az, hogy ez az egyszerü, szívből fakadó és szívhez szóló ünnepély szakülésünk keretében folyt le. Engedd meg, hogy én is üdvözöljelek a szakosztály nevében, kérve, hogy a szakosztályt jóindulatodban továbbra is részesíteni sziveskedjél.

* * *

A midőn a magunk részéről hálatelten csatlakozunk Purjesz tanár ünnepléséhez, őszintén óhajtva az ünnepély lefolyásában kifejezésre juttatott jókivánságok teljesedését: egyúttal azon kérést is csatoljuk óhajtásunkhoz, hogy az ünnepelt eddig is mindenkor tanusított kitüntető jóindulatában és szellemi támogatásában továbbra is részesítse lapunkat!

Bevezető előadás a nemi betegségek terjedése ellen létesítendő országos egyesületnek alakuló közgyülésén.

Tartotta: *Ráskai Dezső* dr.

Tisztelt Közgyülés!

Nagy és fontos feladat elvégzése érdekében hivtuk önöket egybe, a midőn kértük, hogy ezen alakuló közgyülésünkre eljöjjenek és a midőn kérjük, hogy táborunkba gyülve velünk harczoljanak.

Egy vész elleni küzdelemre szólítjuk sorompóba, mely vész alattomosan, titkosan és eltitkolva, életet, egészséget, boldogságot, erkölcsi és anyagi javakat pusztít, rombol.

A hit, a középkori kereszténység fatalismusa, a túlvilági életre való előkészülés és a test megvetése, az emberiséget pusztító vészeket vagy mint a felsőbb hatalomnak elkerülhetetlen csapását, vagy mint a bünös emberiség méltó büntetését fogta fel, a mely ellen küzdeni bün, és czéltalan, mert hiába való.

A mult évszázad, a mely a természettudományok óriási haladását hozta létre, mely az emberi tudás és megismerés határait sohasem sejtett mértékben kibővítette, meggyőzött minket arról, hogy az említett viszonyok javítása csak a természettudományi felfogás, az elfogulatlanság, az éleslátás, az emberi természet ismeretének alapján indítható meg.

Minél szorosabban egyesül a természettudományi igazság uralma az emberi élettel, a melyet az emberiség leghatalmasabb erkölcsi nevelő eszközének mondott Virchow, annál kevésbé maradhat le az ember a haladás útjáról.

E haladás útján akarjuk egy lépéssel előre vinni a magyar társadalmat, midön minden álszemérmet félretéve, a kényeskedő prüderia ellen küzdve, a jóizlés határai között végezzük felvilágosító, ismeretterjesztő munkánkat a nemi életről és az azok kiséretében támadó bajokról, a midőn e bajok terjedése ellen a küzdelmet felvenni óhajtjuk.

Mert ma már tisztában lehetünk azzal, hogy nem a kulturemberiség nemes szemérem-érzése, nem az illendőség parancsolata teremtette meg a *titkos betegségek fogalmát* és a titkolódzás átkát, hanem az álszemérem.

Ez az álszemérem vonta ki a nemi bajokat az általános megismerés és helyes megitélés köréből, ez az álszemérem okozta azt, hogy az általuk létesített óriási károkat emberben és javakban ignorálták, hogy az erkölcs szent nevében sociális jelentőségüket egyáltalán nem létezőnek tekintették.

Ez az álerkölcsösség hozta létre azt a megrögzött előitéletet, mely e bajokban a házasságon kivüli vagy a házasságot megelőző erkölcstelen élet következményeit látta. Nem beszélve már most arról, hogy a házasságot annyira megnehezítő, sőt sok esetben lehetetlenné tevő sociális berendezésünk a házasságot megelőző nemi életre készteti a lakosság nagy többségét, nem erkölcstelenségből, nem könyelmü élvhajhászásból: nem szabad megfeledkeznünk arról, hogy száz egyéb útja van a megbetegedésnek, egész családok dolga, hogy az egyes baján a köz érdekelt, és a köznek kötelessége az egyesek szenvedéseit enyhíteni, gyógyítani.

Éreztük, hogy ez az elv már diadalmaskodott a gondolkozásban és visszhangot keltett a szivekben, és ezért léptünk mozgalmunkkal a közegészségi egyesületből ki, önök elé, a nagy nyilvánosság elé, a magyar dolgozó társadalom elé. És ha ma végig nézünk sorainkon, látjuk, hogy érzésünk nem csal.

Tisztában kell lenünk azzal, hogy a nemi betegben csak beteget szabad látnunk, semmi egyebet, legkevésbé bünöst. Beteget, ki ép úgy igényli és pedig joggal igényli orvosi, társadalmi és hatósági támogatásunkat, mint akármely más fertőző betegség áldozata. Részvétünkre tarthat számot, nem szolgált reá sem megvetésünkre, sem húzódozó undorunkra.

Sok történt már, nálunk is, másutt is, orvosok, szakemberek, sociologusok sokat foglalkoztak a nemi bajok elleni védekezés kérdésével, mégis e mai gyülés az első az e betegségek elleni küzdelem tervszerü és rendszeres véghezvitelében.

Az emberi nemet pusztító betegségek elleni védekezés óriásit haladt minden téren.

Látjuk, mint állanak csatasorba a kulturnépek a tuberculosis, a diphtheria, az alkoholismus, az ipari megbetegedések ellen: csatasorba kell állanunk azon nagy, titkos pusztító métely ellen is, melyet a nemi betegségek gyüjtőneve alá foglalunk.

Azok a pusztító vészek, a melyek a középkorban egész világrészeken végig száguldva, az emberiséget megtizedelték, országokat néptelenítettek, ma vagy teljesen letüntek, vagy szük területen mint ott otthonos betegségek szedik áldozataikat, a védekezés nemzetközi hálózata által féken tartva.

Azon mindenütt otthonos, szörnyü betegség, a tuberculosis ellen, az egyes államok és a társadalom a helyesnek itélt védekezés eszközeivel hovátovább sikeresen veszik fel a küzdelmet.

Csak a nemi betegségek nehezednének, ha a legfőbb képviselőjükben, a syphilisben, enyhült alakban is, de változatlan elterjedésben, az emberi nemre?

Változatlan elterjedésben? Nem! Míg a terjedő kultura valamennyi fertőző betegség egyik leghatalmasabb ellenségévé vált, addig a venereás betegségek elterjedésének segitő társa lett.

A mint az egyes államok a földmivelésről, a kis- és háziipari termelésről a kapitalistikus ipartermelésre tértek át, a mint a lakosság a ritka népességü vidékről a sürün lakott nagy ipari góczpontokba gyült össze, úgy szaporodtak el a venereás betegségek.

Igy nálunk is a városok megnövekedése, ipari fejlettségünket sajnosan messze megelőzve, sokasította meg a venereás betegségeket.

A venereás betegségek igazi elterjedéséről tiszta képet nyerni igen nehéz.

Az elmult évben a közegészségügyi tanács felterjesztésére az országos statistikai hivatal igazgatósága kérdést intézett Magyarország gyakorló orvosaihoz, hány nemileg beteg állott egy meghatározott napon kezelésük alatt. Az ezen kérdésre beérkezett statistikai anyagot ugyan még nem dolgozták fel, de analog viszonyokból következtethetünk a magyarországi állapotokra is. Ugyanigy intéztek ugyanis Poroszország orvosaihoz is kérdést, s a feleletekből kitünt, hogy 1900. április 30.-án Poroszország területén 40,902 nemi beteg állott orvosi kezelés alatt és ebből a szép számból egyedül Berlinre 11,598 beteg jutott. A mint hogy egyáltalán a nagy városokra, összesen 17-re, az összes megbetegedések 61·36%-a esett.

Egy német kutató szerint 20 és 30 év közötti korban levő 1000 fiatal ember közül évenként 200 kap gonorrhoeát, 24 syphilist, 5 évnek véve egy fiatal ember nőtlen korát, mindegyik átlag egyszer kap gonorhoeát és minden 8—10. syphilist. A nőtlenség időszakát ellenben 10 évbe számítva, és ez a tényleges állapotoknak jobban felel meg, minden fiatal ember, míg körülbelül 30. életkorát elérte, 2-szer kapott friss gonorrhoeát és minden 4—5. syphilist.

Ezen berlini statistikával egyezik Petersen statistikája Szt.-Pétervárról, valamint azon statistikák, melyeket nálunk zárt körből vett alapokon kiszámítva Jurkiny, Török-Friedrich és Róna állított össze.

lehetnek a betegség ártatlan áldozatai, nincs egyén, nincs hivatás, társadalmi osztály, mely megvédve volna ellene.

Ez a megismerés csak nehezen tört magának utat; csak akkor, a midőn más téren már diadalmaskodott az a sociális elv, mely azt mondja és parancsolja, hogy az egyes sorsa mindnyájunk

Egy másik statistika szerint a kereseti hiány és kiadási többlet Németországban typhus következtében 22000 márka naponként, tehát 8 millió márka évenként, a nemi betegségek folytán azonban 250,000 márka naponként és így körülbelül 90 millió márka évenként, inkább több mint kevesebb.

Hogy e számok mögött hány szerencsétlenné vált élet, hány feldúlt családi boldogság rejtőzik, arról e statistikák persze nem szólhatnak.

Valamely országban vagy területén otthonos ú. n. endemikusan ragályos betegség a megszokásnál fogva lassanként veszít borzasztóságából, még akkor is, ha oly szörnyen pusztít, mint pl. a tuberculosis, mely az összes elhaltaknak 10%-át ragadja ki az élők sorából.

Egy háború borzalmai nemzedékeknek élnek emlékezetében, az áldozatok hekatombái megremegtetik a leghidegebb szívet, a legfásultabb lelket. Pedig hogy csak egy példát vegyünk, a német-franczia 1870/71.-i háború 45,000 ember halálát okozta mindkét részről, míg az 1870. i himlőjárvány egyedül Németországban 60,000 ember életét pusztította el. Ezt rég elfeledte mindenki, még ez adat felújítása sem érint tulságosan.

A nemi betegségek persze nem is ily ijesztők. A syphilisben elhaltak száma nem nagy, a gonorrhoeában vagy fekélyben elhaltakról pedig alig szólnak a halotti statistikák.

Mindamellett e betegségek súlyosabbak, mint a milyennek a statistikák feltüntetik. Hány halállal végződő női baj jár a kankóval való fertőzés nyomában, hány halálos zsigeri megbetegedés követi a syphilissel való fertőződést.

„A pusztulás és nyomor" mondja Bergmann „nem szorítkozik az ártatlanra vagy bűnösre egyedül, hanem megbolygatja az egész társadalom életét, boldogságát és érdekeit, egyaránt sujtja magaslatait és páriáit, átterjedve, átöröklődve késő unokákra."

E bajoknak mindinkább elterjedésével kapcsolatos óriási sociális és közgazdasági károknak ismerete, az egyénekre háramló súlyos szenvedéseknek, a születések mindinkább csökkenésének, a faj csenevészedésének tudata volt megindítója az egyes országokban félénken már előbb megindult, de csakhamar elaludt mozgalmak helyébe lépett nemzetközi szervezésnek a brüsseli conferentián 1899-ben. Ennek alapján alakult meg a franczia „Société française de prophylaxie sanitaire et morale", megalakult az olasz, a dán társulat, létrejött egy hatalmas amerikai szövetség, az „American society of sanitary and moral prophylaxis", keletkeztek Angliában egymástól független, gazdag anyagi és erkölcsi támogatásban részesülő helyi bizottságok, s működik immár 4. éve nagy sikerrel Németországban a „Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten".

(Vége következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Than Károly: A kisérleti chemia elemei. II. kötet. A törzsvegyületek chemiája. Budapest, 1906.

Az orvosi körök érdeklődésére is nagy mértékben érdemes irodalmi mozzanatról kell beszámolnunk. Than Károly professornak „A kisérleti chemia elemei" czímü könyve, melynek I. kötete 1893-ban jelent meg, most a „törzsvegyületek" leirását magába foglaló vaskos, 67 ivnyi II. kötet megjelenésével kiegészitését nyerte, úgy hogy ezzel az anorganikus rész teljes befejezéshez jutott. Fontos e mü megjelenése az orvosi körökre nézve is, kiknek érdekét egyfelől az orvosi pályára lépő ifjak kiképzésében érinti, másfelől meg annyiban, hogy hasznos szolgálatot tehet e könyv olyan gyakorló orvosoknak is, kik akár kutatások révén, akár gyógyszertani vagy más szempontból kerülnek chemiai kérdésekkel szembe, mert a mü úgy az orvosi, mint a gyógyszerészi szempontokat mindenütt különös figyelemben részesiti.

Míg az I. kötet az általános tételeket foglalta magába, a most megjelent munka rendszertani rész. Megkisértjük röviden megismertetni azon általános elveket, melyeken a munka felépült.

A törzsvegyületek felosztásának alapjául a müben az egyes vegyületek szerkezetének hasonlatossága szolgál.

Hogy ez a csoportositás jobb annál a felosztásnál, mely az anorganikus vegyületeket az eletrolytos dissociálás szerint osztályozza, az kiderül pl. abból, hogy átvive ezt az utóbbi osztályozást az organikus chemiába, egymás mellé kerülnek olyan eltérő vegyületek, mint pl. a phenol, a carbonsavak stb., a melyek tehát teljesen eltérők. Természetes, hogy mivel az anorganikus vegyületek szerkezete némely esetben még bizonytalan, szükségkép e mellett még más szempontokat is figyelembe kellett venni. Az elemek ez új beosztása alapján a fémek és nemfémek 2 – 2 csoportra voltak oszthatók: egyrészt valódi fémekre és platinoid fémekre, másrészt oxygenoidokra és metalloidokra.

A törzsvegyületek négy nagy külön csoportba oszlanak. Az elsőbe tartoznak: a fémek egyszerű vegyületei a nemfémekkel, a másodikba a nemfémek vegyületei egymással, a harmadikba a fémek vegyületei metalloidos savmaradékkal, és végre a negyedik csoport a platinoid complex vegyületeit foglalja magában.

A müben alapul vett felosztásnak roppant előnye, hogy azok a vegyületek kerülnek össze, melyek leghasonlóbbak. Szemben az eddigi szokásokkal, melyek szerint a leirást valamely elemmel, pl. a hydrogennel kezdték és azután a többi elemmel képezett vegyületeit tárgyalták, ezen új és sok tekintetben eredeti rendszer didaktikailag is nagyon czélszerü, mert megkönnyíti a tanulást. Minthogy a csoportok együvé tartozó vegyületeinek chemiai sajátságai legnagyobb mértékben hasonlók: ha a tanuló egy csoport 1—2 vegyületének sajátságait ismeri, könnyen von következtetést a többire.

A didaktikai szempont vezette a szerzőt arra, hogy az egész rendszer vázát egy összefoglaló táblázatban a könyv végén megismételje. Ezen táblázat felöleli mindazt, a mi a tanuló ifjúság számára a legszükségesebb tudnivaló.

Szólnunk kell még arról, mennyiben nyertek kielégitést az orvosi szempontok. A vegyületek leirásánál mindenütt külön-külön ki van emelve mindaz, a mi az orvosi tudományra nézve is fontos.

Külön beható tárgyalásban részesülnek, néha külön fejezetekben, oly általánosabb dolgok, melyek orvosi szempontból is figyelemre méltók, a minő pl. a photochemia, a radioaktivitás, a természetes vizek katalysise stb.

Mindazon általános tételek, melyek az I. kötet óta fontosságra emelkedtek, a könyv bevezető részében kerülnek pótló tárgyalásra. Ilyenek pl. a Gibbs-féle phasisszabály, a szabad energia elektrochemiai meghatározása stb.

A magyar tudományos irodalom e művel nagy lépéssel haladt előre, az ifjúság pedig új forrást nyert tudásvágyának kielégítésére, ismereteinek gyarapitására.

Tekintve, hogy mily fontos szerep jut a modern orvostudományban a chemiának, a mi tudományunk szempontjából is nagy köszönettel tartozunk kiváló tudósunknak, hogy lankadást nem ismerő energiával folytatja tudományos irodalmi működését s most ily jeles művel gazdagította a magyar tudományos munkák számát.

Edmund Leser: Die allgemeine Chirurgie in 50 Vorlesungen. Verlag von G Fischer, Jena, 1906. (Kötve 14 M.)

Leser ezen munkája méltó kiegészítése a részletes sebészetről irt könyvének. Az 585 oldalra terjedő mü előadások alakjában velősen tárgyalja az általános sebészet nehéz szakmáját; a lényegtelenebb dolgokat, így a történelmi kiegészítéseket, az irodalom ismertetését mellőzi, a lényegesebb részleteket pedig 171, nagyrészt eredeti és valóban szép ábra segélyével teszi érthetőbbé. A munka igen tanulságos és számot vet a legújabb tudományos haladásokkal (lumbális anaesthesia, Bier-féle pangásos hyperaemia stb.); irálya vonzó.

Mint felettébb használható kézikönyv, Leser-nek ez a műve is bizonyára csakhamar közkeletüvé fog válni. *Gergő.*

Lapszemle.

Belorvostan.

Adrenalint feltünő jó, szinte életmentő eredménynyel adott *H. O. Butler* egy esetben. A 10 éves gyermeknél kanyaró kapcsán tüdőlob fejlődött. 24 órával a 7. napon beállott krizis után subnormális hőmérsék, Cheyne-Stokes-légzés, rendkivül gyenge érverés; az állapot az érmozgató középpont kimerülésére volt visszavezethető. Stimulálók alkalmazása, valamint strychninnek bőr alá fecskendezése és a szájon át beadása eredménytelen maradván, nagy mennyiségü sóoldat bőr alá fecskendezésével tettek kisérletet, mire az érverés javult, de csak egy negyed órára. Ezután az állapot mind rosszabbá vált, noha a sóoldat bőr alá fecskendezését folytatták. Ekkor a már haldoklóba 15 csepp 1 : 1000 adrenalin-oldatot fecskendezett be a szerző, a minek az volt az eredménye, hogy 5 percz mulva a beteg magához tért, beszélgetni kezdett, arcza kipirosodott, szivműködése pedig tetemesen javult. 15 percz mulva azonban újból rosszabbodott az állapot, adrenalinnak nagyon rövid időközökben gyakori alkalmazására (eleinte 5 csepp subcutan, később ugyanennyi per os) azonban — kapcsolatban strychnin adagolásával — nemsokára tartós javulás, majd gyógyulás következett be. (The lancet, 1906. márczius 3.)

Salicyltherapia és nephritis. A mióta Lüthje kimutatta, hogy a salicyl csaknem kivétel nélkül kisfokú heveny veselobot okoz: nagyon sokan foglalkoztak hasonló vizsgálatokkal és úgyszólván mindnyájan a Lüthje-éhez hasonló eredményre jutottak. Egyúttal azonban azt is hangoztatták, hogy azért a heveny izületcsúz salicyltherapiáját nem kell elhagyni, mert a vesék károsodása többnyire csak csekélyfokú és a kezelés abbahagyása után csakhamar nyomtalanul eltünik. Kérdés maradt azonban, vajjon mikép viselkedjünk olyan esetekben, a melyekben a heveny izületcsúz vezetett veselobhoz. Az ilyen esetek nem is nagyon ritkák s a vesék bántalmazottsága ilyenkor jobbára nagyfokú, de nem rosszindulatú vérzéses veselob alakjában szokott jelentkezni. Ezekben az esetekben a felett kell döntenünk, hogy mi veszedelmesebb a vesékre: a heveny izületcsúznak a veséket károsító hatása, vagy pedig a salicylnak izgató befolyása a vesékre. *Pässler* egy esetet közöl, melyben heveny izületlobbal kapcsolatosan veselob fejlődött; minthogy a betegnél egy előző izületcsúz-roham következményeképen középsúlyos szívbaj maradt vissza, a mely az újabb csúz-roham alatt könnyen incompenzálttá válhatott volna, szerző a nephritis ellenére is salicylkezelésre határozta el magát (naponként 3 gramm aspirin). Az eredmény nagyon kedvező volt, a mennyiben a polyarthritis gyorsan elmult s vele együtt a veselob is megszünt. Ezen egy esetből természetesen még nem szabad azt következtetni, hogy valamennyi hasonló esetben ugyanilyen kedvező lesz az eredmény; arra azonban mindenesetre feljogosít, hogy ilyen esetekben máskor is használjuk a salicylt, a mit annál bátrabban tehetünk, mert — a mint azt Frey nemrégiben kimutatta — alkalikus vizekkel vagy egyszerüen natrium bicarbonicummal is a vizeletet alkalikussá téve, a salicyl nem hat izgatóan a vesékre. (Die Therapie der Gegenwart, 1906. 2. füzet.)

Ischias gyógyitására mintegy másfél év előtt Lange egy új infiltratiós eljárást ajánlott, a melynek az a lényege, hogy nagy mennyiségü folyadékot fecskendezünk be az ischiadicusba, illetőleg hüvelyébe. Az eljárással a berlini „Bethanien"-kórház belgyógyászati osztályán is kisérleteztek, még pedig — a mint *Rüdiger* irja — nagyon jó eredménynyel. 10 eset közül 5-ben rövid idő alatt teljes gyógyulás következett be, 3 esetben az állapot tetemesen javult és csak két esetben volt múló az eredmény. Az eljárás a következő: az ép oldalán fekvő betegen megjelöljük az ischiadicus helyét, a melyet úgy találunk meg, hogy az ülőgumót és a trochanter majort összekötő egyenest három egyenlő részre osztjuk; a mediális és a középső harmad érintkezési helyén van az ideg; az illető börterület alapos fertőtlenítése után néhány cm^3 Schleich-oldatot fecskendezünk be s azután egy 10 cm. hosszú canule-lel felszerelt 10 cm^3-es fecskendőt használva, beszúrunk függélyesen az idegre. Többnyire a lábszár villámszerü megrándulásával kapcsolatos erős fájás jelzi, hogy az ideghez értünk és ekkor enyhe nyomással megkezdjük a befecskendezést; ha a folyadék a fecskendőből elfogyott, a canule-t benhagyva, szivunk fel újból folyadékot (8‰ konyhasó-oldat 1‰ β-eucainnal; a folyadék sterilizálandó). Egyszere körülbelül 60 cm^3-t fecskendezünk be, de minden káros következmény nélkül 150 cm^3 is befecskendezhető. A beszúrás helye ragtapaszszal fedendő s a beteg néhány óráig fekve marad. Az egyes befecskendezések több napos időközökben végzendők. Szerző szerint ezen egyszerü és teljesen veszélytelen eljárás javalt mindazon esetekben, a melyekben a szokásos eljárások 2—3 hét alatt nem vezetnek eredményre. (Medizinische Klinik, 1906. 10. szám.)

A májbajok keletkezéséről és kezeléséről tartott a közelmultban előadást *Hoppe-Seyler*. Három úton támadhatják meg a májat a kártékonyságok, ú. m. az epeutakon, a vérereken és a nyirokutakon át. Az epeutakba a bélből jutnak be pathogen csirák (coli, typhus, cholera stb. bacillusok), különösen, ha az epe kiürülése mehanikusan akadályozott, mint a hogy az a fűzőhatás, daganatok, megnagyobbodott nyirokmirigyek nyomása, epekövek és parasiták jelenléte esetében van. Ugyanígy alkalmassá lesz az epeút a bakteriumok bevándorlására, ha az epeelválasztás éhezés vagy nagy időközben való étkezés következtében csökkent s így az epeút kevésbé mosódik át. Jelenleg minden ilyen lázzal járó hevesebb izgalmi állapotot, így az epekőkólikát, is fertőzésre (többnyire coli bakt. által) vezetnek vissza. Az epekőnek magának inkább a gyuladás erőssége és a fájdalom hevessége tekintetében van jelentősége. Az art. hepaticán át a mikroorganismusokon kivül a syphilis s a malaria kórokozói s mérgeik jutnak a májba s ugyancsak ezen át rakódik le az amyloid, mig a vena hepaticán keresztül csak retrograd embolia esetén kerülhet a fertőző anyag a májba, ellenben a benne beállott pangás következtében a máj atrophiája jön létre. Legkönnyebben inficiálódik a máj a vena portae útján, melyen keresztül parasiták (amoebák) és bakteriumok jutnak be a gyomorbéltractusból. Kórokozó anyagok ily módon a lépből is mehetnek át a májba, sőt újabban felveszik, hogy pankreas-megbetegedések is okoznak ily közvetett úton májbajokat. Quincke szerint a heveny májsorvadást esetleg a pankreasnedv behatolása a ductus choledochusba idézheti elő. A v. portae vezeti továbbá a májba a táplálkozás által vagy a táplálékok bomlása által a szervezetbe jutott mérges anyagokat. Ezek közt legelső sorban szerepel az alkohol, mely májsorvadást okoz, bár lehet, hogy az alkohol nem az elsődleges ok a májsorvadás létrehozásában, hanem inkább gyomor-bélhurutot okoz, melynek következtében az erjesztő és bomlasztó csirák zavartalanul működhetnek. E felfogást az is támogatja, hogy az iszákosoknál gyakran nincsen sósav, ellenben vannak bomlás által keletkezett savak a gyomorban, továbbá, hogy ezeknél az ingestum hamarább kerül a bélbe s így nincs kellőleg előkészítve a bélemésztésre, rosszul szívódik fel és abnormálisan bomlik. A vizeletben csakugyan bőven lehet ily esetekben bomlásterményeket kimutatni. Végül mérgek, mint a phosphor, is juthatnak a gyomorbélhuzamból a vena portaen át a májba. A nyirokutak, mint behatolási kapu, különösen akkor jönnek számba, ha valamely lobos folyamat a máj peritoneális burkáról hatol a mélybe.

A májbajok kezelésében legfontosabb az, hogy a táplálásban csak a szükségesre szorítkozzunk, a gyomorbélhurutot és az eledelek pangását pedig lehetőleg javítsuk; ily értelemben van a karlsbadi kúra, valamint az olajkúra is jó hatással. Májsyphilisnél természetesen inunctiós gyógymódot alkalmazunk, míg az infectiosus megbetegedéseknél a salicylnak van legjobb hatása, mivel az az epébe is átmegy és epehajtó is. Pangásos máj esetében cardiacumok javaltak. Végül az étrend tekintetében az az irányadó, hogy, különösen ha epe nem jut a bélbe, zsíros ételeket kerüljünk; ajánlatosak: tej, tejes étel, könnyü húsok, tojás, könnyü kenyér, tészta és gyenge főzelékek. (Medizinische Klinik, 1906. 1. sz.)

Szinnyei dr.

Sebészet.

A homlokizmot ellátó arczidegág megkimélésére Gasserdúcz-kiirtásnál ir le egy eljárást *Cushing*, melynek lényege az, hogy a metszést a hajas fejbőr szélén vezeti. Míg a közönségesen használt *Horsley-Krause*-féle metszésnél ezen ideg majdnem mindig sérül, az így mütett 5 eset közül csak egynél keletkezett a

homlokizom múló (2 hétig tartó) bénulása. (Annals of surgery, 157. füzet). *Pólya.*

A lép vércystáiról ir *Powers*. Összesen 32 esetet állít össze (1 saját észlelet); ezek közül 23 nő, 7 férfi volt, egynél a nem nincs megemlítve. A menstruationális korban volt 18 beteg és 16 esetben a terhesség alatt fokozódtak a tünetek. A gyógyeljárás háromszor punctio (2 javult, 1 gyógyulatlan), kétszer incisio (minkettő meghalt), ötször incisio és drainage (1 meghalt), háromszor kocsányosítás (mind gyógyult), ötször a cysta kiirtása és tízszer splenectomia (mind gyógyultak) volt. A cysták, melyek 1—10 liter friss vagy régi vért tartalmaztak, rendszerint subcapsuláris eredetűek. Trauma, tumorképződés (Heinricius) a kóroktanban nem egyszer játszanak szerepet, de ilyenek nélkül is keletkezhetnek jelentékeny vércysták. (Annals of surgery, 157. füzet.) *Pólya.*

Epehólyagátfúródást 10 esetben látott *Maclaren*. Egyet már nem lehetett megoperálni, a 9 operált közül 8 gyógyult. Eltokolt tályog esetén egyszerű incisiót ajánl, míg diffus peritonitisnél cholecystektomiát végez. (Annals of surgery, 157. füzet) *Pólya.*

Transduodenális choledochotomia 62 esetét állítja össze *Harcock*. Ezek közül 57-et epekő miatt végeztek (8·7% halálozás), a többit pancreaskő (3 eset) illetve daganat miatt. Duodenalis sipoly csak két esetben keletkezett, az egyik három hét alatt kimerülés folytán az egyén halálára vezetett. *Harcock* szerint a duodenocholedochotomia előnyei a következők: 1. a hasseb teljesen elzárható; 2. könnyebb a belet bevarrni, mint a choledochust; 3. könnyű hozzáférés a choledochushoz; 4. a choledochusnyilás tartós tágításának lehetősége s ezáltal a drainage biztosítása. (Annals of surgery, 157. füzet.) *Pólya.*

A gyomor callosus fekélye esetén a gastro-enterostomia és a resectio értékéről ir *Brenner*, linzi főorvos. Ezen kétféle módszerrel operált eseteinek további sorsa után kutatván, a következő eredményekről számolhat be:

I. A callosus fekély resectiojá-t 21 esetben végezte 6 (28·6%) halálozással. A 15 életben maradt eset közül értékesíthető esetek száma 12; ezek közül 8 (66·6%) teljesen jól van, munkaképes, 4 esetben még továbbra is fennállanak a zavarok és a betegek nem munkaképesek.

II. Gastro-entorostomiá-t 30 esetben végzett 4 (13·3%) halálozással. A fennmaradó 26 esetből értékesíthető 22 eset, ezeknek további sorsát 3/4—9 év közti időben kisérte figyelemmel. 14 eset teljesen jól van és munkaképes, vagyis az esetek 63·6% a.

Ezen eredménye alapján *Brenner* ajánlja, hogy callosus gyomorfekély esetén gastro-enterostomiát végezzünk és csak azon esetekben végezzük a resectiót, a melyekben az előbbi műtéttel czélt nem értünk.

Megjegyzendő, hogy a bruxellesi congressuson is (1905. szeptember) a sebészek nagy része a gastro-enterostomia mellett foglalt állást, a mi *Dollinger* tanár álláspontjával is megegyezik. (Archiv f. klin. Chirurgie, 1905, 78. k. 3. f.) *Steiner Pál* dr.

Gyermekgyógyászat.

A gyermekkorban észlelhető mellhártyaizzadmányok *Wahrer* szerint az esetek 9/10-ében pleuropneumonia következményei s csak 1/10-ben vesebaj, vörheny, rheuma, amyloid elfajulás, trauma, szívbajok, typhus, syphilis, izületi gyuladások, pertussis, osteomyelitis, appendicitis és gümőkór utóbajai. A gümőkórt mint kórokozó tényezőt nem kell túlbecsülnünk, ez felnőttekben sokkal gyakoribb, 4-szer, sőt 8-szor is oly gyakori oka a mellhártyaizzadmánynak, mint gyermekekben. Az izzadmány minőségét próbapunctio dönti el. Három éven aluli gyermekeken azonban már eleve felvehetjük, hogy az izzadmány genyes. Csapolásra legalkalmasabb hely a hátulsó hónaljvonal, mely az izzadmány legcentrálisabb pontjához vezet s bal oldalon a 6. vagy 7. bordaközben, jobboldalt az 5. vagy 4. bordaközben végezhető legczélszerűbben. Minden elhúzódó tüdőlob esete, melyben az oldódás késni látszik, empyemára gyanús. A kezelés csak sebészi lehet s minthogy az aspiratio gyakran nem vezet czélhoz, jobb az incisio, egy vagy két borda csonkolásával vagy a nélkül. A prognosis gyermekeken kétszer, sőt háromszorta jobb, mint felnőtteken. Fontos azonban, hogy úgy a kórjelzés megállapítása, mint az operatio idejében történjék. (The journ. of the Amer. Med. Association, 1905. 13. sz.) *Loránd.*

A diphtheria serumkezeléséről ir *Franklin Royer*. Nagy városokból gyüjtött statistika értékesebb, mert a bejelentés s a megfigyelés itt pontosabb, s mert évente nagyobb számú észlelés gyüjthető. Szerző a serumelőtti időszak adatait szembeállítja az antitoxin használata óta elért eredményekkel New-York, Brooklyn, Philadelphia és Chicago bejelentett diphtheriás betegeinél és hozzáfüzi a kórházi statistikai adatokat Boston, London és Philadelphia kórházaiból. 7—7 évet állít egymással szembe diphtheriás gyógysavó nélkül és azzal kezelt esetekből.

New-York városában 1888-tól 1894-ig összesen 50,753 diphtheria-esetet jelentettek be, ezek közül 37·8% halt meg. A diphtheria-antitoxin általános használata óta, tehát 1895-től 1902-ig a halálozási százalék lényegesen csökkent és 75,123 esetben 14·6%-ra szállt alá.

Brooklynban 1888-tól 1894-ig kezelt 16,443 diphtheriás esetben a halálozási százalék 54·67%-ot tett ki, azóta 32,214 serummal kezelt esetben 23·6%-ra esett.

Chicagoban a serum alkalmazása 1895. októberében kezdődött, s míg a serumelőtti időben 11,488 esetben évente átlag 1436 halt el, addig 1895-től 1903-ig az évi halálozási átlag 781 volt s a halálozási százalék 47%-kal csökkent.

Philadelphiában kezdetben a savót csak a legsúlyosabb esetekben vették igénybe s általános elterjedést az csak 1897 óta nyert. A serumelőtti 7 évben 19,826 eset közül 40·18% halt el, míg a savóval gyógyított 32,455 eset közül csak 21·48%; a diphtheriában elhaltak absolut száma is csökkent, bár a népesedés azóta 23%-kal szaporodott.

Szerző a kórházi statistikák közül közli a londoni Metropolitan Asylums board hospital adatait: 1888-tól 1894-ig felvett 11,598 diphtheria-beteg közül 30·32% halt el, míg 1895 óta az antitoxinnal kezelt 56,145 eset közül csak 14·26%. A legutolsó évben (1903-ban) a halálozás csak 9·69% volt.

A bostoni City Hospitalban és a South Departmentben a serum előtti időben 1888-tól 1894-ig kezelt 3067 diphtheria-eset közül 43·2% halt meg, ezen halálozási szám 1903. év végéig 13,479 esetben 12·24%-ra esett alá.

Az antitoxin nélkül kezelt 634 intubált eset közül pedig 82·49% halt el, míg a serum alkalmazása mellett intubált 1478 eset közül csak 41·4%

Szerző *Louis Fischer*-rel és *Mc Collom* mal az antitoxin nagy adagjainak alkalmazása mellett foglal állást s ezért tisztán tonsilláris izzadmány mellett is 5000 immunitás-egységet ad, míg ha a folyamat a garatra, orra vagy gégére is ráterjed, 7500—10,000 egység antitoxin befecskendését ajánlja s ezen adagokat meg is ismétli, míg az álhártyák nagyobb része el nem tünik. Ha a beteg 6 hétnél tovább maradt a kórteremben, újból 2500 egység savóval immunizál. A diphtheriás beteg családtagjainak immunizálására 500 egységet használ azok számára, kik fertőzésnek nincsenek közvetlenül kitéve, 1000 egységet azoknál, kik az infectio veszélyének directe ki vannak téve s 1500 egységet, ha a betegségnek legcsekélyebb tünetei vannak jelen. A befecskendezés idejét illetőleg legjobb eredményt adtak a betegség első vagy második napján beoltott esetek s ezért Royer nem várja be a bakteriologiai vizsgálat eredményét, ha jelen van a diphtheria klinikus kórképe. (The therapeutic gazette, 1905. 4. szám.) *Loránd.*

Orr-, torok- és gégebajok.

Szilvamag a jobb hörgben. *Laffite-Dupont* és *Rocher* egy kilencz éves gyermeknél, ki a szájában volt szilvamagot aspirálta, ennek a jobb hörgben beékelődését a felső bronchoskop iával kórismézte. A Röntgen-felvétel eredménytelen volt. A Killian-féle bronchoskoppal és fogóval sikerült a magot eltávolítani. (Gazette hebdom. des scienc. méd. de Bordeaux, 1905.)

Homloküreggenyedés gyermekeknél. Gyermekeknél ritkábban észlelhető ezen kórfolyamat. *Cholle* egy kilencz éves leánynál és egy 10 éves fiúnál scarlatinával kapcsolatban észlelte a homlok

és a szemhéj duzzanatával, valamint exophthalmussal. A gyermekek meningitis purulentában pusztultak el, a bonczolás a homloküreg genyedését állapította meg. (Arch. internation. de laryngol. 1906.)

A bal mandola kis tyúktojásnyi rákját *Citelli* a szájüregen át galvanokaustikus kacscsal távolította el, a maradványokat is eltüntette és az alapot megedzette. A szövettani vizsgálat a mandola nyálkamirigyeiből kiindult rákot mutatott. A műtét óta eddig két esztendő telt el recidiva nélkül. (Archiv für Laryngologie, 17. kötet.)

A gége lipomájának esetét közli *Serdaris*. A diónagyságú gömbölyű daganat a jobb hangszalag és a ligamentum aryepiglotticum között ült. Pharyngotomia subhyoidea útján távolította el. Teljes gyógyulás. (Archiv. internation. de laryngol. 1906.)

A gégesorvadás terhes nőknél képezheti-e a müvi abortus javalatát, még mindig vitás kérdés. *Löhnberg* nézete szerint épen úgy, mint szív- és tüdőbajokban, gégesorvadás eseteiben sem kell a művi abortus javalatát felállítani. Ez ellen foglalt állást *O. Fellner*, szerinte épen a gégegümőkór képez javalatot az abortus bevezetésére, természetesen csak könnyü és kezdődő elváltozások mellett; a tüdő gümőkórjának súlyos eseteiben a magzat életképességét törekszünk elérni. A gyermeket meg kell menteni, ha már az anya el van veszve! (Münchener med. Woch. 1905. 14. sz.)

Húgyszervi betegségek.

A Cathelin-féle levegő-cystoskop birálatában *G. Whiteside* mindenekelőtt megállapitja azt, hogy a levegővel megtöltött hólyagban működő cystoskop ideája nem C.-től, hanem Bransford Lewistől ered, valamint azt is, hogy a most C. által forgalomba hozott hólyagtükör lényegében alig különbözik attól, a melyet L. szerkesztett és a melyet szerző már jó ideje számtalanszor használt. Alkalma volt most a C. féle műszert is több izben kipróbálnia és határozottan kijelenti, hogy a levegőcystoskop mai szerkezetében nem alkalmas arra, hogy a vízben dolgozó hólyagtükröt pótolja. Ellenvetései a következők: 1. A látótér nagyon kicsiny. 2. A nagyítás hiányát C. ugyan az eszköz egyik előnyének mondja, mert a képek természetes nagyságukban kerülnek szemeink elé, ezzel szemben azonban tagadhatatlan, hogy a pontos diagnosis érdekében a nagyítás igen kivánatos. 3. Tény az, hogy rendes körülmények között hasonló térfogatú levegő ugyanakkora helyet tölt be, mint a víz, a levegő terjeszkedése azonban egyrészt a külső légnyomás és a hőmérsék, másrészt pedig a hólyagizmok által kifejtett nyomóerő folytán nagyon is változik, ezenkivül könnyüségénél fogva nem alkalmas arra, hogy az összes (teszem az alulfekvő) üröket kitöltse, sem pedig, hogy a már kissé ellentálló ránczokat kisimítsa. 4. Sem a Trendelenburg féle fekvés, sem a térdkönyökhelyzet a betegnek nem kellemes, sőt eléggé fárasztó is, már pedig csakis igy lehet elkerülni, hogy a tükrözésnél olyan fontos trigonum tájékán vizelet össze ne gyüljön és a látást ne zavarja. Végezetül pedig elvész a víznek azon előnye is, a mely a hólyagban oly gyakori kocsányos álképleteket lobogtatja és igy azokat minden oldalukról megfigyelhetőkké teszi. (Annal. des mal. des org. génito-urin. 1906. 1. füzet.) *Drucker Viktor* dr.

Vezető bougie nélkül át nem járható, szükült húgycsövön bevihető cystoskop mai napig nem került a forgalomba. Most egyszerre két oldalról találkozunk oly kisérlettel, a mely ezen hiány pótlását czélozza. *Posner* (Berl. klin. Wochenschrift, 1906. 10. sz.) igen egyszerüen úgy oldja meg a kérdést, hogy a 8 cm. hosszú filiformis bougiet a külön e czélra alakított cystoskoplámpára csavarja. Szerinte az ily rövid kutasz a hólyagnak megfigyelésében semmikép sem hat zavaróan; többnyire nem is látható és ha véletlenül mégis felbukkan, ennek is megvan az az előnye, hogy ismert hosszánál fogva összehasonlító mértékül szolgálhat. *O. Ringleb* (Deutsche med. Wochenschrift, 1906. 8. sz.) sehogy sem barátkozik meg azzal, hogy a filiformis bougie a tükrözés alatt a hólyagban maradjon, e czélból olyan hólyagtükröt készitett, a mely három részből áll, úgy mint egy fémkatheterből, ennek fémmandrinjából és az ugyancsak abba beleillő tulajdonképeni cystoskopból. A fémkatheter alsó, felül ablakos vége olyan szerkezetet nyert, hogy az úgy a mandrin alsó végével, a melyre a filiformis bougie rácsavarható, mint a tulajdonképeni cystoskop lámpás részével teljesen elzárható. Ha a fémkatheter a filiformis bougie vezetésével a hólyagba jutott, akkor a fémmandrint a reá csavart húrral együtt a fémhüvelyből kihúzzuk és ennek helyébe a tükörrészt toljuk be. A fémkatheter külső végén billentyüszelep van, a mely megakadályozza azt, hogy a mandrin kihúzásakor a hólyag tartalma kifolyhasson.

Drucker Viktor dr.

A vizeletnek a hólyagban való elkülönítését czélozza a *R. Dalla Vedova* által készített *separator* és pedig olyképen, hogy azzal a trigonum középvonalában egy sövényt létesít, a mely az ureterekből kicsöppenő vizeletet a sövényen innen és túl spontan keletkezett öblökbe tereli, a melyekből a katheter likacsain és külön csövezetén át aspirator segélyével a két recipiensben összegyüjthető. Ezen separator tulajdonképen egy könyökszerüen meggörbített fémkatheter, melynek orrmánya a Mercier-félétől abban tér el, hogy 4·5 cm. hosszú; átmetszete sarkain letompított olyan háromszöget képez, melynek alapja az eszköz concavitásának megfelelően a húgycső alsó falán siklik végig. Az ürsonda belvilága három elkülönített csatornát képez, a melyek az elgörbített részen vakon végződnek ugyan, de az orrmány alapján és két oldalfalán elhelyezett két sor likacskával a hólyaggal közlednek, a műszernek a hólyagból kiálló végén pedig az egy testből kiágazó három külön nyéllé alakulnak át. Az eljárás igen egyszerű. Az eszközt lefelé álló ormánynyal, mint a Mercier-kathetert, a hólyagba vezetjük és 180 fokos görbülettel úgy helyezzük el, hogy az ormány alapja a trigonumra szorosan ráfeküdjék, ennek csúcsa pedig 2 cm.-rel meghaladja az intraureterális ránczocskát. Ezáltal a trigonum középvonalában egy sánczot létesítünk, a mely a trigonumot két kisebb háromszögre (öblre) osztva, a vizelet összefolyását megakadályozza és azt az orrmány oldalfalain levő liksorozaton át a megfelelő csövezetbe, illetőleg a megfelelő külső nyélre illesztett üvegrecipiensbe tereli. Ha a separator szabályszerüen fekszik a trigonumon, akkor a középső katheternyélen nem szabad vizeletnek kicsepegnie, a műszer alapfalában végighúzódó csövezet a két sor likacskával csakis ezt ellenőrzi. Az eszköz bevezetése előtt a hólyagot kevés folyadékkal megtöltjük és ezt a separator elhelyezése közben lefolyatjuk. (Annal. des mal. des org. gén.-urin., 1906. 4. füzet.)

Drucker Viktor dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Hajhullás ellen a következő szert ajánlják: Rp. Acidi salicylici 0·5; Tannobrom., Thigenoli, Tinct. cantharid. aā 1·0; Ol. rosar. guttam I; Medull. oss. bovin. ad 30·0. M. D. S. Hetenként 3-szor este bedörzsölendő. (Die Heilkunde, 1906. január.)

Égéssebek gyógyitására nagyon ajánlja szárító, fertőtlenítő és fájdalomcsillapító hatása miatt *Jakoby* a Merck-féle zinkperhydrolt, még pedig hintőpor (4-szer annyi talcum venetummal), vagy kenőcs alakjában (4-szer annyi sárga vaselinnel). (Therapeutische Monatshefte, 1905. deczember.)

Pneumonia crouposa gyógyitására *Bayer* chinin és natrium salicylicum együttes használatát ajánlja: Pp. Chinini hydrochlorici 1·0; Natrii salicylici 2·0. Div. in dos. aequ. No. VI. S. Naponként 3—4 port. (Therapeutische Monatshefte, 1905. november.)

Filmaron névvel a Boehringer-czég nemrégiben egy új galandféregüző szert hozott forgalomba, a melyről már *Jaquet* kedvező értelemben nyilatkozott, a mennyiben 32 esete közül 24-ben positiv volt az eredmény. Újabban *Brieger* teszi közzé tapasztalatait. 21 esetben használta a filmaront, mire 12 esetben kimutatható volt az ürülékben a galandféreg feje, 3-ban nem volt kimutatható, 8-ban pedig nem lehetett az ürüléket megvizsgálni. Nagy előnye a szernek, hogy kellemetlen mellékhatások csak nagyon ritkán észlelhetők és hogy mérgező hatása — legalább az eddigi vizsgálatok szerint — nincs. Az adag felnőttnek 0·8—1·0 gm., a mely legczélszerübben 10-szer annyi ricinus-olajjal és kevés aetherrel együtt rendelendő. Rendelhető továbbá az Engelhard-czég (Frankfurt a. M.) által készített tokok alakjában is. (Die Therapie der Gegenwart, 1905. október.)

Vegyes hirek.

Kitüntetés. *Jávor Béla* dr. komárommegyei járás- és tiszteletbeli főorvosnak a király a közegészségügy terén szerzett érdemei elismeréséül a királyi tanácsosi czímet adományozta.

Kinevezések. *Stossmann Rezső* dr.-t a gyulai, *Uhrmann Henrik* dr.-t a temesvári, *Tamásy Bálint* dr.-t pedig a szolnoki közkórházhoz alorvossá nevezték ki.

Új egyetemi magántanárok. *Konrád Jenő* dr.-nak, a budapest-lipótmezei állami elmegyógyító-intézet igazgatójának a közigazgatási elmekórtanból és *Winternitz M. Arnold* dr.-nak, a Stefánia-gyermekkórház sebészorvosának a sebészeti kórtanból és diagnostikából a budapesti egyetem orvosi karán magántanárrá történt képesítését a vallás- és közoktatásügyi minister jóváhagyólag tudomásul vette és a nevezetteket e minőségükben megerősítette.

Budapesti tisztiorvosi vizsgák eredménye. A Budapesten 1906. évi márczius hó 4-től 17-ig tartott tiszti orvosi vizsgán a következő orvosok képesíttettek: ifj. Apatitzky Sándor egyetemi gyakornok Budapest, Blaszberger Győző kórházi segédorvos Budapest, Blum Simon magánorvos Budapest, Bonyhárd Mór magánorvos Budapest, Bruckner Ernő városi tb. főorvos Debreczen, Eitel Adolf kórházi segédorvos Segesvár, Finger Vilmos magánorvos Budapest, Forstinger Oszkár községi és bányaorvos Libetbánya, Grafi Károly körorvos Kőhalom, Horváth Géza kórházi segédorvos Budapest, Hritz Arthur kórházi alorvos Lőcse, Klein Jakab magánorvos Budapest, Kölcsey Ferencz közkórházi igazgató Szatmár-Németi, Kurzbacher Sándor kórházi alorvos Budapest, Lachota Brunó kórházi alorvos Budapest, Lampel Mór kórházi alorvos Budapest, Lőrincz Mihály állami trachomaorvos Bácsszenttamás, Magas Árpád kórházi alorvos Budapest, Magyar Lajos m. kir. honvéd-ezredorvos Budapest, Propper Izidor magánorvos Kisszeben, Schiller József községi orvos Geszt, Schönheim Lajos kórházi segédorvos Budapest, Schreiber Salamon községi orvos Antalfalva, Stolczer József körorvos Balatonfüred, Süssmann Frigyes egyetemi gyakornok Budapest, Tandlich Zsigmond körorvos Turdossin, Török Béla egyetemi gyakornok Budapest, Trnovsky Pál gyári orvos Zernest, Trocsányi Béla bábaképezdei gyakornok Debreczen, Ziffer Hugó magánorvos Budapest.

Új gynaekologiai sanatorium. *Erdey Gyula* dr., az egyetemi II. sz. szülészeti és nőgyógyászati klinikának hosszú éveken át tanársegédje, Budapesten, a IX. kerületi Bakácstéren modern sanatoriumot épit szülőnők és nőbetegek részére. Az új intézet julius hó vége felé nyilik meg.

A budapesti kir. orvosegyesület alkohol-bizottsága márczius 28.-án alakult meg. Ráthonyi Reusz Frigyes alelnök megnyitója után elsőnek Moravcsik Ernő Emil szólt. Az alkoholismus roppant káros hatását, az alkoholkérdés nemzetgazdasági oldalát tartva szem előtt, a bizottság fontos feladatának tartja, hogy a kérdés minden ágára kiterjeszkedve statistikai adatokat gyüjtsön; a bizottság munkálatainak eredményét nyomtatásban is kell közölni és átadni a nyilvánosságnak. Temesváry Rezső azt inditványozza, hogy a tárgyalások végső referatumait az Orvosegyesület plenuma előtt is adják elő. Stein Fülöp visszatekint a magyar alkoholellenes mozgalomra és örömmel látja, hogy immár lesz hivatott forum, a mely tudományos alapon fogja kutatni és kimélyiteni az alkoholkérdést. Inditványozza, hogy a bizottság egyes tagjai vállaljanak munkát laboratoriumi, klinikai, statistikai irányban egyaránt. Stein maga a heveny alkoholmérgezésnek az utódokra, illetőleg csirasejtekre való hatását fogja kisérleteinek s búvárlatainak tárgyává tenni. Lenhossék javaslatára a bizottság megbizza Steint, hogy erre vonatkozólag rendszeres munkarendet készitsen és a munkát ennek az alapján oszszák meg. Deutsch Ernő a propagandára vonatkozólag tesz előterjesztést, szerinte fel kell hivni az Orvosi Kört, Orvosi Casinot, kerületi orvosi köröket, egyetemet szakelőadások tartására; szükségesnek tartja a publikálást és erre „Az alkoholizmust“ ajánlja, egyúttal egy alkohol-szakkönyvtárnak létesitését kéri. Temesváry tanár nem tartja a bizottság keretébe vágónak a propagativ munkát. Bókay Árpád egyet. tanár nagyon helyesnek tartja a szakkönyvtár létesitését, a propagandát azonban szintén a többi társadalmi egyesületre bizná. Stein rámutat a német „Centralverband zur Bekämpfung des Alkoholismus“ példájára és ehhez hasonló tudományos cursusok tartását a bizottság munkakeretébe illőnek találja. Madzsar József azt ajánlja, hogy a bizottság első sorban saját kebelében tartson referáló vitaestélyeket. Donáth Gyula egyet. m. tanár bejelenti, hogy az Abstinens Orvosok Egyesülete meg fog alakulni s kéri a bizottság támogatását. A bizottság titkárául Madzsar Józsefet választotta meg.

XII. szünidei orvosi cursus. A budapesti egyetem orvosi fakultásának előadói a XII. szünidei orvosi cursust 1906. május hó 27-től junius hó 9-ig fogják megtartani. A vallás- és közoktatásügyi minister a cursus czéljaira Grósz Emil egyetemi ny. r. tanár kezeihez 1000 koronát utalványozott. A belügyminiszter a törvényhatóságokat felhivta, hogy azon hatósági orvosokat, a kik résztvenni óhajtanak, lehetőleg támogassák. A kereskedelemügyi minister a hallgatókat vasúti kedvezményben részesiti. A cursus részletes programmját április hó elején minden gyakorlóorvosnak megküldik; addig is felvilágositásokkal a a cursus titkára: Temesváry Rezső egyetemi magántanár (VII., Erzsébet-körút 32.) készségesen szolgál.

Megjelent: *A szepesi orvos-gyógyszerész egyesület évkönyve az 1904. egyesületi évre.* Szerkesztette: *Alexander Béla* dr. Az évkönyv nem csupán az élénken működő egyesület gyüléseinek jegyzőkönyv-kivonatait hozza, hanem az egyes üléseken tartott érdekesebb előadásokat (*Jármay László*: A Tátra fejlődése; *Gühr Mihály*: Napfürdők psoriasis vulgaris ellen; *Fái Mátyás Miklós*: A kryoskopiáról; *Polnisch Artur*: Három érdekes sebészeti eset; *Alexy János*: Emlékbeszéd Kézmárszki Róbert felett; *Rozsnyay Bertalan*: Érdekes elmekórtani eset) egész terjedelmében is közli

Meghaltak: *R. v. Hölder* dr., ismert anthropologus Stuttgartban. — *O. Wanscher*, a kórtan rendkivüli tanára Kopenhágában. — *Lionel S. Beale*, a King's College volt tanára Londonban.

Kisebb hirek külföldről. Az Ebstein tanár nyugalomba vonulása folytán megüresedett göttingeni belorvostani tanszékre *W. His* baseli tanárt hivták meg. — A marburgi egyetemen a gyógyszertani tanszékre *A. Heffter* berni tanárt hivták meg. — *H. Küttner*-t, a marburgi egyetemi sebészeti poliklinika igazgatóját rendes tanárrá nevezték ki. — A berlini fülorvostani klinika vezetését Lucae tanár helyébe, ki nyugalomba vonul, *Passow* tanár veszi át. — *De la Camp* dr. berlini magántanárt kinevezték Marburgban a belorvostan rendkivüli tanárává s a poliklinika igazgatójává. — *Klingmüller* dr. breslaui magántanárt kinevezték Kielbe a bőr- és bujakórtan rendkivüli tanárává. — *Galeotti G.* az általános kórtan rendkivüli tanára Nápolyban, ugyanott rendes tanárrá lett. — Varsóban *J. Fedorow*, a nőorvostan tanára, nyugalomba vonul.

A XV. nemzetközi orvosi congressust Lissabonban április hó 19.-én nyitják meg. A congressuson Magyarországból számosan vesznek részt. A közoktatásügyi ministerium részéről Tóth Lajos ministeri tanácsos, a belügyministerium részéről Chyzer Kornél ministeri tanácsos, a földmivelési ministerium részéről Rácz István főiskolai tanár, az igazságügyministerium részéről Farkas László főorvos jelenik meg. A budapesti egyetem orvosi fakultását Bókay Árpád, Jendrássik Ernő, Tangl Ferencz és Grósz Emil egyetemi nyilvános rendes tanárok, a kolozsvári egyetemét Purjesz Zsigmond és Udránszky László egyetemi nyilvános rendes tanárok, Budapest fővárost Magyarevics Mladen dr. főorvos képviselik. A magyar nemzeti bizottság elnöke Tóth Lajos ministeri tanácsos és titkára Szegedy-Maszák Elemér dr. kir. iparfelügyelő április hó 9. én utaznak el Lissabonba, hogy a magyar tagoknak segitségükre legyenek. A congressuson Tóth Lajos ministeri tanácsos fogja előterjeszteni a meghivást, hogy a XVI. congressust 1909-ben Budapesten tartsák meg. Az állam s a székes-főváros a congressus czéljaira egyenként 100,000 koronát helyezett kilátásba. A meghivást valószinüen el is fogadják s előreláthatóan 1909-ben 6—7 ezer orvos fog a világ minden részéről Budapestre jönni.

Lapunk mai számához **F. Hoffmann-La Roche & Cie.** czég **Sirolin** és **Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning** czég **Isoform** prospektusai vannak mellékelve.

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.

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

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. Derinezelferdülések.

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 dijtalanul.

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1906. április 2.-án.) 444. l. — Kőzkórházi orvostársulat. (I. bemutató ülés 1906. január 17.-én.) 444. l. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (II. rendes ülés 1906. január 25.-én.) 445. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 446. l.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1906. hó április 2.-án.)

Elnök: **Than Károly**. Jegyző: **Lengyel Béla**.

Ónodi Adolf l. tag bemutatja **Schiff Ernő** dr. (Nagyvárad) „**Adatok az újszülöttek vérének chemiai összetételéhez**“ című dolgozatát. Hosszú és fáradságos vizsgálatait a vér összetételéről 50 újszülöttön végezte. 36 újszülöttön 321 meghtározás a vér szilárd anyagtartalmára vonatkozik. Az egyéni értékingadozások az első napon 28·86% és 21·32%, a tizedik napon 26·52% és 20·47% között váltakoztak. A vér szilárdanyagtartalma a napok egymásutánjában fokozatosan fogy, legnagyobb az első életnapon, átlag 26·52%, legkisebb a tizedik napon, átlag 23·07%. Legnagyobb az értékcsökkenés az első 24 órában, majdnem 1%, az ötödik napig összesen csak 0·45%, innen a tizedik napig már ismét jelentékenyebb, a menynyiben összesen 2·11%-ot tesz. Az újszülött neme nem bir befolyással, fiuknál a vér szilárdanyagtartalma átlag 24·57%, leányoknál 24·77%. A vér hamútartalmára vonatkozólag 24 újszülöttön 250 meghatározást végzett. A vér hamútartalma 1% körül ingadozik, egyénileg váltakozik átlagban 1·4% és 0·79% között. Legmagasabb az első életnapon, átlag 1·1%, a harmadik napig 0·97%-ra csökken, majd emelkedik a hetedik napig 1·07%-ra, a tizedik napig pedig újra leszáll 0·98%-ra. Mig a vér fajsúlya és szilárdanyagtartalma éjjel mutat magasabb értékeket, addig a vér hamútartalma épen megfordítva nappal nagyobb. A reggeli meghatározások átlagban 0·94%, az estéliek 1·05% hamútartalmat eredményeztek. Fiuknál az átlagos érték magasabb. A fehérjetartalmat illetőleg 25 újszülöttön 245 meghatározást végzett. A vér fehérjetartalma az első napon 28·47% és 19·52% között ingadozott, a tizedik életnapon 94·96% és 18·22% között. A köldökzsinór azonnali lekötésénél a vér fehérjetartalma legmagasabb az első életnapon, ettől kezdve a tizedik napig folyton csökken, eseteiben átlag 23·5%-ról 20·8%-ra. Késői lekötésnél a fehérjetartalom az első naptól fokozatosan emelkedik a harmadik napig, 23·7%-ról 25·2%-ra és csak ezután száll alá 22·7%-ra a tizedik napig. A fiuk vére magasabb fehérjetartalmat mutat. Az újszülöttek vérserumának fajsúlyát illetőleg 405 meghatározást végzett. Átlagban az első napon a serum fajsúlya 1·0276, mely a tizedik napon is 1·0270. Leányoknál nagyobb. A vérsavó szilárdanyagtartalma az első tiz napon átlag 8·18%, mely az egyes újszülöttek szerint 7·5% és 8·5% között ingadozik. A vérsavó hamútartalma átlag 1% körül ingadozik. A vérsavó átlagos fehérjetartalma 7·27%.

Közkórházi orvostársulat.

(I. bemutató ülés 1906. január 17.-én.)

Elnök: **Medvei Béla**. Jegyző: **Feldmann Ignácz**.

(Vége.)

Pemphigus vulgaris chronicus esetei.

Róna Sámuel: Multkori felszólalásához jelentett be két beteget; az egyik időközben elhalt.

I. eset. 27 éves, özv., kereskedő, 1905. deczember 4.-én jött az osztályra. Májusban nagy lelki rázkódás, juniusban bullák a szájűrben, a gingiván, melyek gyógyultak, de juliusban, augusztusban újak keletkeztek és pedig akkor már a lágy szájpadon, a garativeken, nyelven, ajkakon is. Augusztus óta azután az arczán, a törzsén a sternum felett és a két lapocz között, majd a végtagokon keletkeztek nagyon gyér, különböző hólyagok.

Ezen állapotban jött be osztályunkra. Itt azután az eleinte láztalan beteg időnként gyengén vagy mérsékelten lázas lett, bulla bullát ért nyálkahártyáján és bőrén, most pedig már mindenütt. A beteg rosszul táplálkozott, rohamosan gyengült, ágybadőlt és soványodott és sok fájdalmat szenvedett. A bőrön mutatkozott lobos jelenségek tisztán bullákból állottak.

II. eset. M. A.-né, 48 éves, szülésznő, 1905. deczember 22.-én jött az osztályra. Egy év óta időnként asthmás rohamokban szenved. 1905. juniusban a garatban, majd a szájűrben, a nyelven mutatkoztak az első hólyagok, utóbb az emlők alatt és a czombhajlatokban is jelentkeztek hasonlók.

Bejövetelekor a jól táplált betegnél a szájürben, az orrnyálkahártyán, az arczon, a hajzatos fejbőrön, a nyakon, a tarkón, egynehány a háton és hason, a czombokon sok bulla, legtöbbnyire felfakadt állapotban. A nő láztalan. A kórházban tartózkodása alatt újabb és újabb, tiszta savóval telt hólyagok keletkeztek látszólag ép bőrön. Deczember 28.-tól kezdve mindvégig subfebrilis vagy különböző fokban lázas volt; január 10.-én enteritis, teljes apathia. A beteg ételt nem vesz magához, a mit erővel beadnak neki, kihányja, 11.-én a láz maximumát, 39·5° C-t éri el. Sopor, hörgő légzés áll be, majd teljes eszméletlenség és délután 6 órakor bekövetkezik a halál.

Az obductio minden complicatio hiányát deriti ki.

Egészen hasonló esetet hamarjában még tizet találtam kórházi eseteim között.

Tehát, a mint láttuk, ezen minden valószinűség szerint idült fertőzésen vagy intoxicatión alapuló betegségnél a gyuladásos jelenségek a nyálkahártyákon kezdődtek, jó ideig makacsul csakis oda localizálódtak, majd az arczon, törzsön és végtagokon mutatkoztak és pedig megszakítás nélkül. Keletkezhetik a dolog megforditva is, azaz először a törzsön, azután a nyálkahártyákon. Ha ezen lobos tüneményeket tudásunk mai álláspontjából itéljük meg, azt kell mondanunk, hogy az az agens, mely a vérbe jutott, legelőször a szájűri nyálkahártyán, majd az arcz és törzs bőrében stb. halmozódik fel és képez ártalmat.

Mi okozza ezen concentratiót és ártalmat bizonyos helyeken? A vérerek elosztódásának legkisebb szerep jut; valószinűbb azon felvétel, hogy e helyek sejtjei és szövetrészei physikális vagy változott chemiai tulajdonságokon alapuló loci minoris resistentiaet képeznek az odajutott agens számára, mely ott protoplasmasérülést okozva, vonta maga után a szervezet részéről a védekező, reparativ gyuladást, tehát oly módon, mint a hogy pl. a morbilli agense legelőször a felső légutak és conjunctiva nyálkahártyáján akad fel és vonja maga után az enanthemákat.

A gyuladásos jelenségek azután hirtelen, látszólag ép bőrön keletkeztek, mindig uniformisak voltak, azaz keletkezésük pillanatában savóval telt hólyagokból állottak, melyeket csak később keritett be csekély hyperaemiás udvar. A bőrgyuladás egyéb formái: urtica, urticás erythema, exsudativ erythema sem meg nem előzték, sem nem kisérték. Ezt úgy vélem magyarázhatni, hogy a pemphigusnál supponált toxikus agens okozta sérelem olyan természetű, hogy megannyi megtámadott egyén szervezete annak neutralizálására és reparálására mindig egyetlen gyuladásféleséget, a hirtelen bő savókiáramlást a papilláris testbe és onnan a hámrétegbe használja, olyanformán, mint a hogy pl. a morbilli agense által megtámadott szervezetek mindig csak körülirt hyperaemiával és csekély exsudatioval felelnek, vagy mint a hogy a scarlatina mérge is mindig pontszerű hyperaemiás oedemát von maga után.

Tehát nem úgy, mint némely más természetű chemiai agens, pl. az antipyrin, mely a lokális concentratio helyén egyik szervezetben egyszerű hyperaemiát, másiknál urticát, ismét másnál a hámrétegbe is bőven kiáramló savót vált ki.

Eseteimben a subjectiv tünetek csekély bizsergésből vagy fájdalomból állottak, de csakis a gyuladásos góczok keletkezési idejében, és nagy fájdalomból a hólyagok felszakadása és a területek hámtól fosztottsága után. Sem erősebb viszketés azt meg nem előzte, sem nem kisérte; oly területeken pedig, a hol gyuladásos jelenségek nem voltak, a bőr subjective sem alteráltatott.

Az én véleményem szerint ebből azt kell következtetnünk, hogy a bőrben localizálódott agens az érző ideget nem alterálta, semmiesetre sem speciális módon, mint a hogy azt alterálja pl. a gyomorinfectioval járó intoxicationál a vérből a bőrbe jutott méreg, a szövet sértésén és a consecutiv reparativ urtica provokálásán kivül pokoli viszketést előidézve.

Az időkénti lázakat a toxikus agensnek a vérben időnként felszaporodására kell vonatkoztatnunk.

Megannyi beteg gradatim fogy, soványszik, lassanként az ágyhoz szegeződik, közérzete rapide rosszabbodik és minden complicatio nélkül is hónapok alatt elpusztul. Ez a mellett szól, hogy a kórokozó agens egymagában is legyőzi a szervezetet és hogy annak minden védekezése kudarczot vall.

Mindezen jelenségek külön-külön nem jellemzők, de mindig igy együttvéve mutatkozásuk biztositja a pemphigus vulgaris chronicus jellegeit. A pemphigus chronicus tehát oly betegség, mely jellegeztetik: 1. általános chronicus intoxicatio (láz) által, 2. csaknem szabályszerű lokális intoxicatio-tünetek által, 3. a lokális intoxicatio okozta sérelmeket sanálni törekvő gyuladásos jelenségek egy félesége által, 4. a kórokozó agensnek az érző idegekre hatástalansága által, 5. a kórokozó deletaer, a szervezet által leküzdhetetlen hatása által. Ha ezzel most szembeállítjuk a dermatitis herpetiformis Duhringet, a hová én a pemphigus pruriginosust is sorolom, azt találjuk, hogy:

1. általános intoxicatio (láz) itt is jelen van, de az intoxicatio hevenyen folyhatik le;

2. a bőrelváltozások legelső localisatioja szabályszerűen más, speciell a felső végtagokon van;

3. a gyuladásos jelenségek polymorphok egyidőbeli és különböző rohamoknál, azaz urticaszerűek, erythema exsudativum polymorphe alakúak és vesico-bullások; vagy egyik roham főleg urticás vagy erythemás, a másik erythemás-bullás vagy tisztán bullás;

4. a subjectiv tünetek állandók, erős viszketés, égetés, bizsergés heteken, hónapokon át megelőzhetik a gyuladásos jelenségeket;

5. mindezen jelenségek mellett a beteg szervezete jó állapotban

marad, táplálkozása nem zavart, vagy ha időnként zavart, a beteg újra összeszedi magát és néhány roham után meggyógyul, vagy a baja elhúzódik hónapokig, évekig. A gyors halálos kimenet ritka kivétel.

Ezek azok az okok, melyek engem arra indítanak, hogy a pemphigus vulg. chronicust elkülönítsem a dermatitis herpetiform. Duhringtól.

Havas Adolf: Néhány megjegyzést kívánnék fűzni a Róna által előadottakhoz. Egyetértek vele abban, hogy mindazon esetekben, a midőn a pemphigus a nyálkahártyán kezdődik, a prognosis infaust, de nem fogadhatom el nézetét a pemphigushólyag keletkezésére nézve. Igaz, hogy a pemphigushólyag ép bőrön is fejlődik, de ez csak látszólagosan ép, ezekben az esetekben a savó kiszivárgása oly gyors, hogy az átmeneti alak, az erythema nem is válhat manifestté. De a ki a pemphigus fejlődését észleli, annak nem kerülheti el figyelmét, hogy igenis igen sokszor előbb pir, duzzadás keletkezik és csak azután fejlődik a hólyag, vagyis anatomice előbb a vérerek tágulnak, azután ebből kifolyólag vizenyősen duzzad a corpus papillare cutis, az epithelium és a vizenyő által szétfeszített hámsejtek helyén keletkezik a hólyag. Általában mondhatjuk, hogy a pemphigus, az urticaria, az erythema multiforme, az erythema nodosum, a toxikus és a gyógyszererythemák anatomice mind rokon folyamatok.

A subjectiv tünetekre nézve sem érthetek vele egyet, mert legtöbbnyire bizsergés vagy viszketés előzi meg vagy kíséri a hólyag keletkezését; a hol ez nem történik, ott individuális érzéketlenség áll fenn. Hisz épen az említett sensatiók terelik a beteg figyelmét a kiütésre. Kóroktanilag a fertőzési theoria mellett foglalok állást.

Az autointoxicatio a bélben szétbomló anyagok felszivódása, vagy bakteriumtermékeknek a vérbe való jutása által történik. Bakteriumemboliák is játszhatnak szerepet. Ezen anyagok azután vagy a központi idegrendszer, vagy a környi ideg, vagy a vérérfalak direct irritálása által hatnak.

A dermatitis herpetiformisra nézve nem fogjuk egymást capacitálhatni. Én a dermatitis herpetiformist id est pemphigus pruriginosust a pemphigus-csoporthoz tartozónak tartom és pedig azért, mert az ép oly chronikus, mint a pemphigus, mert a közérzületet megtámadja, mert átalakul pemphigus foliaceussá és vegetanssá, mert a halálozási arány ép olyan, mint a pemphigusé, mert a prognosisa, aetiologiája és therapiája egészen ugyanazonos.

Erythema exsudativum multiforme esete.

Havas A.: A 37 éves asztalos bőrbántalma hat nap előtt kezdődött. Előadja, hogy 6 hónap előtt ugyanilyen vörös foltok voltak a testén. Most a felső és alsó végtagokon, a nyakon és arczon lencsényi egész koronányi, élénkvörös, a bőrön kissé kiemelkedő, égető, helyenként érzékeny foltok láthatók. E foltok némelyikének középpontján a besüppedt bőrön szederjes elszíneződés vagy petyhüdt kis hólyagcsa, avagy barnásvörös pörk észlelhető. Az ajkak, a pofa, a szájpad és a nyelv nyálkahártyáján rendetlen alakú, levált hámfoszlánynyal fedett vörös polycyclikus foltok láthatók. Egyes helyeken a hámtól fosztott helyek szürkésfehér lepedékkel fedettek. A beteg arczkifejezése a szenvedő benyomását teszi. Arczbőrének szine halvány. Az étkezés nehezített, mert a hámtól fosztott helyek igen érzékenyek. Étvágy, székletét rendes.

E beteget azért tartom érdemesnek a bemutatásra, mert az ma a bemutatott pemphigus-esettel szemben actuális érdekességgel bir, a mennyiben e betegnél a jóindulatú és rövidesen gyógyulással végződő betegségben ép oly nyálkahártya-elváltozások láthatók, mint a milyenek az aránylag rosszindulatú pemphigusnál észlelhetők.

A kórfolyamat itt is vérértágulásban és savós beszűrődésben nyilvánul. A kór oka legnagyobb valószinűséggel valamely toxikus behatás, és pedig vagy autointoxicatio a bélben felhalmozódó fehérje bomlási termékeinek felszivódása folytán, vagy bakteriumtermékeknek a vérbe való jutása által. E mérgek azután vagy a központi vagy a környi idegrendszeren keresztül, vagy pedig directe hatnak a vérerekre és így idézik elő a bőrelváltozásokat. Igy magyarázva a kórfolyamatot, mindinkább beigazolódik azon feltevés, hogy anatomice a pemphigus, az urticaria, az erythema multiforme, az erythema nodosum, a toxikus és gyógyszer-erythemák mind rokon folyamatok.

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(II. rendes ülés 1906. január 25.-én.)

Elnök: **Haberern J. Pál.** Jegyző: **Winternitz M. Arnold.**

A bőrrákok pathologiájához 11 eset mikroskopi készítménye kapcsán.

Róna Sámuel: Miután az Orvosegyesület 1905. decz. 1.-én tartott ülésén felvetett azon kérdést, vajjon megállja-e a helyét azon elmélet, hogy a basalsejtű rákok — a milyen a bőrrákok között pl. az ulcus rodens — nem, vagy csak igen ritkán és későn vezetnek metastasishoz és így az életet közvetlen nem veszélyeztetik, míg a tövisessejtűek — milyenek a bőrrákok között pl. a „cancroid" —, többé-kevésbé gyorsan mirigyfertőzéshez vezetnek, az elnökség a sebészi szakosztályhoz utalta, kötelességének tartja a kérdést itt újból felvetni. Véleménye szerint a következők iránt kellene a kutatást újból felvenni:

1. Vajjon az ulcus rodens, epithelioma planum (Thiersch), epithelioma superficiale (Paget), epithelioma bénin, epithelioma plan cicatriciel (Darier), epithelioma perlé (Besnier), polyadenoma (Brocq) stb. név alatt leirt rákok mindig basocelluláris rákok-e?

2. Hogy a basalsejtű rákok valóban nem vezetnek-e mirigyinfectiohoz és csak ritkán és későn metastasishoz?

3. Viszont, hogy az epithelioma papillare vegetanson és a cancroidon kivül van-e még más tövisessejtű felületes bőrrák?

4. Hogy a tövissejtű rákok csakugyan előbb-utóbb mirigyfertőzéshez vezetnek-e?

A maga részéről a következő újabb tapasztalatokról számol be: 11 esete közül nyolcznál a folyamat igen lassan fejlődött, mindig felületes maradt és mirigyfertőzéshez még 7—15 év után sem vezetett. Ezekben a tumor basalis sejtű volt; két eset még további vizsgálatot igényel; az utolsó eset klinikai jellegei szerint cancroid volt az alsó ajkon, mely három év előtt keletkezve, két izben végzett műtét után ma inoperabilis, mirigymetastasisokhoz és cachexiához vezetett és typusos tövisessejtű szerkezetet mutat. A vizsgálatokat folytatni fogja és kéri a szakosztályt, hogy a maga részéről szintén folytassa.

A bőrrákok radiotherapiájának indicatioihoz.

Róna Sámuel: Nagyon fontos volna, ha az újabb rákelmélet beigazolódnék, mert akkor eldönthetnénk azt a kérdést is, hogy mely rákféleséget foglalhatja le magának a radiotherapia. Ezen kérdést azért veti fel, mert a bőrrákok radiotherapiájának indicatioi még egyáltalán nincsenek körvonalazva.

Igy az 1904. évi berlini nemzetközi dermatologiai congressuson Bergmann klinikája csakis az inoperabilis rákokat utalta a radiotherapia körébe. Ezzel szemben Dubreuilh ulcus rodensnél az arsenkezelés és a kiirtás mellett, Darier basocelluláris rákoknál az arsen után, Róna ugyanezeknél a kiirtás után a Röntgen-kezelést is esetleg javaltnak mondja. Ugyanott említették Lesser és Marschalko, hogy ulcus rodensnél, valamint egy hatalmas basocelluláris ráknál a Röntgen-fénytől igen jó eredményt láttak, előbbi szerint „mély rák eseteiben" a kés indikált; Holzknecht a „mélyre terjedő rákokat" a sebésznek, a lapos epitheliomát a Röntgen-fénynek és radiumnak juttatja.

Neisser nem osztja Bergmann klinikájának elutasító nézetét a „cancroidok és felületes rákok" Röntgen- és radiumkezelésről, míg Veiel még az ulcus rodenst is félti a röntgenezéstől. És nem egyenlítődtek ki az ellentétek azóta sem. Ma is halljuk az összes rákoknál a legmerevebb sebészi álláspont hangoztatását és ma is látjuk, hogy a bőr és nyálkahártya kés alá való rákjait, a cancroidokat röntgenezik és radiummal kezelik.

Nem jelentene-e határozott haladást, ha a rákoknak fent ismertetett, de még beigazolásra szoruló biologiai sajátságát tekintetbe véve, a klinikai és histologiai jelekre alapitanók a követendő therapia javalatait.

Ha továbbra is beigazolódnék az a tapasztalat, hogy összefüggés van egyrészt a rákok lokálisan maradása, a metastasis kimaradása és a basalsejtű szerkezet között, másrészt a mirigyinfectio és a tövises szerkezet között, nem világos-e, hogy első sorban az arcz basalsejtű rákjai jönnének a radiotherapia számára tekintetbe, míg a cancroidok és egyéb tövises sejtűek a korai gyökeres kiirtás számára? Erre nézve is kéri előadó a tapasztalatok gyüjtését.

Röntgen-fénnyel és radiummal kezelt esetek.

Róna Sámuel és **Stein Adolf** bemutatják:

a) Röntgennel és radiummal kezelt basocelluláris rák hat esetét, (Röntgennel öt, radiummal egy eset);

b) Röntgennel kezelt inoperabilis tövisessejtű rák egy esetét.

Az előbbiek közül csak kettő látszik gyógyultnak, a többi, valamint az utolsó még kezelés alatt áll.

Huber Alfréd beszámol azon tapasztalatairól, a melyeket 16 rákbetegnél Röntgen-sugarakkal tett. A felületesebb bőrrákokra (epitelioma és ulcus rodens) vonatkozólag fenntartja azon javalatokat, a melyeket a Budapesti Orvosi Ujságban fél évvel ezelőtt megjelent terjedelmesebb dolgozatában kifejtett. A mélyebb carcinomákra vonatkozólag szintén megengedi, hogy azok Röntgen-sugarakkal kedvezően befolyásolhatók, bár véleménye ezekre vonatkozólag nem olyan optimistikus, mint sok más szerzőé. A mélyebb rákokat illetőleg azt hiszi, hogy a helyes javalatokra és a remélhető therapiai eredményekre vonatkozólag csak akkor várható az eddigieknél positivebb eredmény, ha a Róna által ajánlott szövettani ellenőrző vizsgálatokon kivül a jövőben a *kisérletezés tárgyául nemcsak inoperabilis carcinomák (mint eddig a legtöbb esetben), hanem kezdődő tumorok is fognak szolgálni.*

Zimmermann Károly: A rák histogenesisét illető vizsgálatainak eredményekép azt állítja, hogy basocelluláris és spinocelluláris carcinoma között lényegben nincs különbség. Már Krompecher is azt tartja, hogy minden carcinoma a basalsejtekből ered, csak a spinocelluláris tovább differenciálódott, míg a basocelluláris bizonyos fejlődési fokon megmaradt. Hogy ez miért van így, arra kezdődő rákok szöveti vizsgálata adja meg a felvilágosítást. Ugy látszik a basalsejtrákok már ilyen kezdeti szakban a vérerekbe törnek és ezekben nőnek, a spinocelluláris rákok pedig a nyirokutakban terjednek tova. A Röntgen-sugaraknak a vérerekre gyakorolt hatása az, hogy az erek elzáródnak, s így a rákot táplálékától megfosztják, ez az oka a basalsejtrákok Röntgen-fénnyel való könnyebb befolyásolhatásának.

Dollinger Gyula: A Röntgen- és radiumkezeléssel szemben eleinte nagyon skeptikus volt, de azóta, hogy klinikáján egyik-másik esetben jó eredményeket ért el, meggyőződött róla, hogy a Röntgen-sugarakban a rák némely faja ellen nagyon hatékony tényezővel rendelkezünk,

míg más esetekben semmi hatást sem fejtenek ki azok. Nincs még elég tapasztalati adatunk arra, hogy előre megmondhassuk, hogy melyik rákfajnál várhatunk hasznot a Röntgen-sugaraktól és melyiknél nem, és azt sem tudjuk még, vajjon a Röntgen- és radiumsugarak teljesen egyenértékűek-e a rákbetegséggel szemben. Az egész kérdés még csak a tanulmány és az adatgyüjtés szakában van. Egyelőre még csak a felületesen fekvő rákok ellen látszanak a sugarak hatásosaknak, de nincsen kizárva, hogy idővel megtanuljuk e sugarakat akként alkalmazni, hogy a mélyen fekvő rákokra is gyógyitó hatással lesznek.

Holzwarth Jenő: A Röntgen-sugaraknak basocelluláris rákoknál való használhatósága mellett nyilatkozik és ennek bizonyitására bemutat egy esetet, a melyben 82 éves nőbetegnél az arczon ülő tenyérnyi carcinomás fekély 40 napig tartó besugárzás alatt, naponta 10 perczig végezve a therapiát, teljesen behámosodott és jelenleg csakis a belső szemzug tájékán van kis borsónyi daganatrészlet. Az eset különben két hét előtt ugyancsak a szakosztályban már bemutatásra került és most csak az azóta elért haladást akarja demonstrálni. Felemliti, hogy igen tanulságos volna, sőt a kérdés további tisztázására szükséges is, hogy a daganatokból a kezelés alatt kimetszett darabkákon időnként mikroskopi vizsgálat történjék, hogy igy a Röntgen-sugaraknak a daganat szövetére való hatását esetleg ki lehessen deriteni.

Krompecher Ödön: Holzwarth felszólalásával kapcsolatban arra figyelmeztet, hogy a Röntgen-sugaraknak a rákra gyakorolt hatása tanulmányozásánál mindig összehasonlitó vizsgálatokat kell végezni, vagyis a röntgenezés előtti részletek szövettani képét össze kell hasonlitani a Röntgen-kezelés után nyert képpel. Említést tesz egy rákról, mely fiatal leány orrán ült, Röntgen-kezelésre rohamos növekedésnek indult, s mely górcsővileg cancroidnak bizonyult. Borrmann-nal szemben, ki minden basalsejtű rákot eltévedt csirából származtat, arra figyelmeztet, hogy a szóban forgó daganatok hámjellegét csakis a felhámból való direct kiindulásuknak kimutatása által lehet bebizonyitani. Borrmann következetlen, a mikor e daganatokat rákoknak mondja, de a felhámmal való összefüggésüket tagadja.

Róna Sámuel: Zimmermann felszólalására megjegyzi, hogy a rákok pathogenesisére most nem akar kitérni és csak annyit emlit, hogy a basocelluláris rákoknak a fedő epithellel vagy függelékeivel való összefüggését többen (Krompecher, Dubreuilh, Darier, Csillag stb.) kétségtelenül kimutatták.

Ureterresectio esete.

Paunz Sándor: A szorosan vett traumás ureterlaesiók igen ritkák (Morris és Hildebrandt esetei). Annál gyakoriabbak a műtét közben véletlenül keletkezett sérülések. Utóbbiak a dolog természeténél fogva inkább a gynaekologiai, mint a szorosan vett sebészeti beavatkozások kapcsán jönnek létre.

Bertram dissertatiojában 183 ureter-sérülés-esetet sorol fel, melyek közül 7·7% puerperális eredetű volt, 48% méhkiirtás, 20% adnex-operatio, 18% myoma- és 10% egyéb műtét közben támadt.

A mi ezen sérülések ellátását illeti, maga a műtét alatt következő módszerek állanak rendelkezésünkre: I. A csonkok direct egyesitése. II. A renális vég implantálása a hólyagba. III. A renális csonk implantálása a bélbe vagy a hasfalba. IV. A renális csonk egyszerű bekötése és elsülyesztése vagy implantálása a hasfalba. V. Nephrectomia.

Esetünkben szintén műtét kapcsán véletlenül metszetett át az ureter. Sz. E., 50 éves nőbetegnek egy a processus xiphoideusig érő s az egész kismedenczét kitöltő méhfibromája volt, melynek gyökeres műtevése közben jött létre a bal ureter sérülése, melyet azonnal felismertünk. A méhet supravaginálisan amputáltuk, csonkját bevarrtuk, a daganat ágyát összehúztuk s azután az ureter vesikális csonkjából egy körülbelül 5 cm. hosszú, teljesen meztelenül futó és zúzott részletet az esetleges gangraena elkerülése végett resekálva, a renális csonkot beléje invaginátuk. Hogy a varratot biztositsuk, a hólyag izomzatát körkörösen a varrat felett az ureterre reávarrtuk s igy az egészet mintegy a hólyagba gyürtük; a környező laza kötőszövetet úgy a varrat, mint az ureter körül összehúztuk s végül peritoneummal borítottuk az uterus csonkját és az uretert. A kismedenczét a hasüregtől teljesen elzártuk, úgy hogy Döderlein ajánlata szerint a sigmának mesenteriumát végig a hólyaghoz varrtuk. Hasfalvarrat; collodium-csik.

A gyógyulást csak a csonk körül kifejlődött izzadmány zavarta, mely azonban még a betegnek kórházi tartózkodása alatt felszivódott. Jelenleg, három hónappal a műtét után a hólyag capacitása 250 gm., a vizelet normális, napi mennyisége 1200 gm. A sérült ureterbe katheter a legnagyobb könnyedséggel vezethető fel. Stricturának tehát egyelőre nyoma sincsen.

Lobmayer Géza szerint az ureter elhalásától nem igen kell félni, a mennyiben vérellátása igen jó. Az irodalomban több helyen emlitik, hogy az ureternek 10—15 cm. hosszúságban kipraeparálása semmi káros következménynyel nem járt a betegre.

Mint érdekesebb műtétet emliti Israelnek egyik módozatát, hol az ureter szükségessé vált megrövidítése miatt annak hiányzó részét a hasfalon kivül elhelyezett ezüst csövecskével helyettesitette, melyet később golyós ventillel látott el.

Paunz Sándor: Israel esetéről van tudomása s csak azért nem említette, mert nem tartozik szorosan a kérdéshez; épen ezért nem említette az ureter-sipolyok gyógyitására szolgáló vaginális műtétek egész sorozatát sem, mint a milyen Landau, Bandl, Schedl, Hahn, Kehrer, Mackenrodt, Winckel, Dührssen, Bumm stb. műtéti módja, melyeket Stoeckel kiváló munkájában mind részletesen felsorol, s ugyanezen okból hagyta el a Witzel-féle intra-extraperitoneális s a Kelly és Mackenrodt-féle tisztán extraperitoneális ureter-cystoneostomia említését is.

(Vége következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A typhus-ellenes serumról. *Chantemesse* typhus-ellenes serumáról, mely eddigelé kevés bizalmat keltett, bár felfedezője azt állitja, hogy vele a typhus-halálozást 15%-ról 4%-ra tudta csökkenteni, újabban többen kedvezően nyilatkoznak, igy Brunon Rouenban és Josias Párisban. Utóbbi 4 év óta alkalmazza a serumot az Hôpital Bretonneau nevű gyermekkórházban hideg fürösztéssel kapcsolatban, s azt állitja, hogy a halálozási arányt ezzel 10—12%-ról 3·8%-ra tudta apasztani, e mellett káros következményt a serum alkalmazásától sohasem észlelt (Le Progrès Médical, 1906. márcz. 10.) Chantemesse maga a „Société de l'Internat de Paris" egyik legutóbbi ülésén a következő közlést tette. A typhus-halálozás aránya az esetek összes számához Párisban 1901-től 1905-ig 17·3% volt. Ugyanez időben Chantemesse osztályán 712 typhus-eset fordult elő; valamennyit serumával kezelte. Meghalt közülök 27, a mi 3·7%-nak felel meg. Ha idejében alkalmazzák a serumot, a tüneteket következőkép változtatja meg. A befecskendezésre reactiós időszak következik, melyben a láz egyforma marad vagy még kissé emelkedik is; 1—5 nap mulva azonban beáll a defervescentia. Fődolog, hogy korán fogjunk hozzá az eljáráshoz; ebben az esetben a typhus szövődményei biztosan elmaradnak s a baj simán és gyorsan folyik le. (British medic. Journal, 1906. márcz. 17, 647.)

A túltáplálás káros hatásáról a gyermekkorban tartott előadást *Hauser* a „Berliner medizinische Gesellschaft" 1906. február 28.-i ülésén. Jobbmódúak gyermekeinél újabban sokkal gyakoriabbak bizonyos anyagcsere- és emésztőszerv-bajok, a minek oka a gyermekek túltáplálására vezetendő vissza: nagyon is a testsúly gyarapitására törekszenek. Pedig az ilyen túltáplált gyermekek ritkán tartják meg azt, a mit igérnek. A későbbi fejlődésszakokban a sovány gyermekek könnyen utolérik, sőt el is hagyják őket. A túltáplálás az első életévekben a túlzsiros, higitatlan vagy kevéssé higitott tej, a későbbi években pedig a nagyon tápláló, jól kihasználódó anyagok adása következtében áll elő. Ennek folytán egyrészt a tápcsatorna túlterhelése keletkezik (zsiros szék kólikákkal, intertrigo, hányás), másrészt pedig exsudativ diathesis (urticaria, lichen scrophul.). A nagyon bőséges táplálás a keringési szerveket is túlságosan igénybe veszi és gyengiti, a mi másodlagosan a légzőszervekre is káros hatású. A túltáplált gyermekeknél gyakori vérszegénység valószinüleg a bélben nagyobb mennyiségben termelődött mérgező hatású anyagokkal van összefüggésben. Előadó mindezek alapján nagyon ajánlja a mérsékelt és individualizáló táplálást.

PÁLYÁZATOK.

1547/1906. szám.

A lemondás folytán megüresedett **királydaróczi körorvosi állásra** pályázatot hirdetek, és felhivom a pályázni óhajtókat, hogy szabályszerüen felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám f. **évi május hó** 1.-ig adják be.

Az orvosi körhöz a rendes heti és évenként 7 országos vásárral biró Királydarócz község székhelylyel Esztsó, Gézes, Gyöngy, Madarász, Piskárkos és Tőketeberes községek tartoznak 8233 lélekszámmal.

Az állás a választásig helyettesités útján azonnal betölthető.

Javadalmazás:

1. Törzsfizetés 1233 korona 02 fillér, melynek 1600 koronára való felemelési eljárása folyamatban van.
2. A halottkémlési teendőkért esetenként 1 korona.
3. A vágóbiztosi, illetve hússzemlével járó teendőkért darabonként 40 fillér.
4. Károlyi Sándor gróf uradalmától és a szatmári kerületi betegsegélyző pénztártól kölcsönös megegyezés alapján nyerhető tiszteletdijak.
5. Szabályszerüleg megállapitott látogatási és rendelési dijak.

Erdőd, 1906. évi márczius hó 26.-án.

3—2 *Péchy*, főszolgabiró.

6185/1906. szám.

A nyitravármegyei közkórházban a kórházi osztalyon és esetleg áthelyezés folytán az elmebetegek osztályán egy **alorvosi állás** betöltendő lévén, ezen állásra a m. kir. belügyminister 125,000/1902. számú körrendeletével életbe léptetett vármegyei ügyviteli szabályzat 2. §-a alapján pályázatot nyitok.

Felhivom mindazon nőtlen s ezen állás betöltésére az 1876 : XIV. t.-cz 63. §-ában, iletve a 9. §-ában előirt képesitéssel rendelkező orvosdoktorokat, kik ezen a kórházi osztályon 1400 korona, az elmebetegek osztályán 1600 korona évi fizetéssel, egy szobából álló lakással, fütéssel, világitással, természetbeni élelmezéssel javadalmazott és nyugdijjogosultsággal egybekötött állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt kérvényeiket az ügyviteli szabályzat 4. §-ában előirt módon f. **évi április hó 25.-ig** hozzám nyujtsák be.

A kinevezett alorvos köteles a kórházban lakni, szolgálati viszonyai a kórház szolgálati utasitásában és alapszabályaiban közelebbről meg vannak határozva.

Azon pályázó, a ki közszolgálatban állott és azt megszakitotta, vagy abbanhagyta, kötelés hivatalos működése időleges szünetelésének, illetőleg kilépésének okát okirattal igazolni.

Nyitra, 1906. évi márczius 28.-án.

Kostyál dr., alispánhelyettes, főjegyző.

Ötvenedik évfolyam. 15. szám. *Budapest, 1906. április 15.*

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.

Áldor Lajos: Közlemény a budapesti poliklinikának Vas Bernát dr., egyet. m.-tanár vezetése alatt álló laboratoriumából. A gyomor chemismusának természetes módon, gyomorszonda alkalmazása nélkül való vizsgálatáról. (Sahli-féle desmoid-reactio.) 447. lap.

Pólya Jenő Sándor: Az epekövek kórtanának mai állása és az epekőbetegség sebészi kezelésének javalatai. 450. lap.

Bence Gyula: A budapesti egyetemi diagnostikai tanszék közleménye. (Igazgató: Korányi Sándor dr. nyilv. rk. tanár.) A polyglobulia lépmegnagyobbodással. 451. lap.

Gergő Imre: Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. sz. sebészeti kórodájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., egyet. ny. r. tanár.) A czomb csont veleszületett hiányáról (phokomelia). 453. lap.

Tárcza. Ráskai Dezső: Bevezető előadás a nemi betegségek terjedése ellen létesítendő országos egyesületnek alakuló közgyülésén. 454. lap. — **Günther József**: Egészségügyi szolgálat az óczeánon. 455. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Ludwig Török*: Spezielle Diagnostik der Hautkrankheiten für praktische Ärzte und Studierende. — *M. Weinberger*: Die Entwickelung und der gegenwärtige Stand der Röntgentechnik und Röntgendiagnostik innerer Krankheiten. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Engelmann*: A szívműködés neurogen és myogen elmélete. — *A. Payne* és *D. J. Morgan*: A Doyen-féle rákserum értéke. — *Heijermans*: A sacharin káros hatása. — *Belorvostan. F. A. Hoffmann*: Az idült szivbajok kezelése. — *Bernhardt M.*: A dobverőujjak aetiologiájához. — *Pollack*: Thiosinaminnal meggyógyitott bárzsingszükület. — *Sebészet. Kaefer*: Nem genyes bántalmak miatt végzett műtétek utókezelése Bier-féle pangásos vérbőséggel. — *Eiselsberg*: A hasseb hossza appendixműtéteknél. — *Garré*: A jóindulatú gyomorbetegségek sebészeti gyógykezelése. — *Gyermekgyógyászat. Birchmore*: Pseudo-uraemia a gyermekkorban. — *Pater*: Konyhasómentes táplálás vörhenyben. — *Lesage* és *Abrami*: Lumbális punctio. — *Gyógyszertan. Binz*: A szamárhurut gyógyitása euchininnel. — *Hoffmann és Lüders*: A vesipyrin. — *Brings*: A haemorroisid. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Herzberg*: A gelatina mint antidiarrhoicum. *Klein*: Pruritus ani. — *Domenico*: A trygase. — *Weclewski*: Scrophulosus bajok gyógyitása. — *Storbeck*: Tüdőüszkösödés. 457—460.

Vegyes hirek. Kinevezés. — Megbizás. — Ideggyógyitó osztály létesitése. — Az ásványos és egyéb vizek szénsavval való telitésének szabályozása. — A budapesti potiklinika. — A budapesti egyetemi I. sz. női klinika. — Az egyetemi II. sz. női klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikum. — A szabadkai önkéntes tüzoltó-testület mentőosztálya. — Meghalt. — A budapesti orvosi kör orsz. segélyegylete. — Kisebb hirek külföldről. — Syphilises fertőzés pióczák által. 460—461. Pályázatok. — Hirdetések.

Mellékletek. Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning „Orthoform“ prospektusa.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. Orvosegyesület. — Magyar balneologiai congressus és a magyar szent korona országai balneologiai egyesületének évi közgyülése. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti poliklinikának Vas Bernát dr., egyet. m.-tanár vezetése alatt álló laboratoriumából.

A gyomor chemismusának természetes módon, gyomorszonda alkalmazása nélkül való vizsgálatáról. (Sahli-féle desmoid-reactio.)

Irta: *Áldor Lajos* dr. (Karlsbad.)

Oly módszert teremteni, mely a gyomorfunctiók megismerésébe betekintést enged a nélkül, hogy e czélból a gyomor-szonda igénybevétele szükségessé válnék, épen olyan hálás, mint nehéz feladat. Azok az általánosan ismert körülmények, melyek a gyomor-szondának diagnostikai czélból a mindennapi gyakorlatban való alkalmazását meggátolják, ezen törekvéseknek könnyen érthető népszerüséget biztositanak. E népszerüség megteremtéséhez épen úgy hozzájárulnak az a körülményesség és azok a kisebb kellemetlenségek, melyekkel a szonda alkalmazása az orvosra, de főleg a betegre nézve jár, mint az a körülmény, hogy a gyomor-szonda segélyével végzett functionalis vizsgálataink még mai fejlettségük mellett is nemcsak eldöntetlenül hagynak sok kérdést, hanem itt-ott félre is vezethetnek. De épen ugyanezekre a viszonyokra való egyszerü rámutatás elégséges arra, hogy szinte elképzelhetetlenül nehéznek tartsuk a feladatot, mely a gyomorfunctiók vizsgálatát a gyomor-szonda alkalmazásától függetlenül kivánja lehetővé tenni. Mert természetes, hogy egy ilyen új eljárás értékének a megitélésénél annak a körülménynek, hogy a vizsgálat a gyomor-szonda alkalmazása nélkül lehetővé válik, csakis úgy tulajdonitható jelentőség, hogy ha a tökéletesedés nemcsak a vizsgálati eljárás technikájára, hanem a vizsgálati adatok megbízhatóságára is vonatkozik.

A gyomor chemismusának ilyen irányban való vizsgálatával *Sahli* már évek óta foglalkozik. Sok fáradságos és sikertelen kisérlet után sikerült végre egy valóban épen oly egyszerü, mint elmés vizsgálati eljárást kidolgoznia. Ezen módszert *Sahli* „desmoid-reactio“ név alatt a mult évben közölte.[1] Módszerének kiinduláspontját és alapját az *A. Schmidt*[2] által bebizonyitott azon tény képezi, hogy van egy fehérjeanyag, a melyet felette paradox módon a pankreas egyáltalán nem, hanem kizárólag csak a gyomor emészt meg; ez az anyag a *nyers, meg nem főzött kötőszövet*. Azon ellenőrző kisérletek, melyeket *Sahli* tett, kétségtelenné teszik *A. Schmidt* ezen állitásának helyességét, a mennyiben a marha vakbelének kötőszöveti részletéből készitett hártya (úgynevezett „Goldschlägerhaut“) pankreasszóda-keverékben többnapi digerálás után az időközben támadó rothadás ellenére sem oldódott, mig pepsin és sósav keverékében rövid pár óra alatt beállott tökéletes oldódása. Az ezen tényen felépült eljárás az, hogy a jodoformmal vagy methylenkékkel megtöltött gummizacskót kötőszövetből készült fonállal: legfinomabb nyers catguttal biztosan elzárjuk s az igy elkészitett zacskócskát — a mely nem terjedelmesebb, mint egy közönséges pilula — közvetlen a főétkezés után a beteggel kevés vízzel lenyeletjük. Ha a gyomorban emésztőképes nedv van, a catgut megemésztődik, ennek folytán a zacskó megnyilik és tartalma (jod vagy methylenkék) a nyálban, illetőleg a vizeletben megjelenik. A próba negativ, ha ez nem történt meg, vagyis a gyomornedv a zacskót elzáró catgutot nem emésztette meg. Positiv a desmoid-reactio *Sahli* szerint akkor, ha a bevétel napjának estéjén vagy másnap reggel a nyálban jod, illetőleg a vizeletben methylenkék (zöld szin)

[1] *Sahli*: Corresp. f. Schweizer Ärzte 1905. 8. és 9. sz.
[2] *A. Schmidt*. Deutsch. med. Woch. 1899. 99. sz.

vagy ennek chromogenje (10 cm³ vizeletnek 1—2 cm³ tömény eczetsavval 1—2 perczig főzése után előálló zöld szín) jelenik meg.

A gyomor chemismusának a desmoid-reactioval való vizsgálatát *Sahli* alkalmasnak tartja arra, hogy úgy a gyomoremésztés physiologiájáról és pathologiájáról való nézeteinket, mint diagnostikai ismereteinket is bővítse, mert szerinte ez az egyedüli eljárás, melynek segélyével lehetővé válik a gyomorchemismust *természetes viszonyok között és épen azon követelményekkel szemben vizsgálni*, a melyek az illető egyén táplálásakor *valóban támasztatnak*.

A nagy érdeklődést, melyet *Sahli*-nak mult év májusában megjelent dolgozata keltett, semmi sem mutatja jobban, mint az, hogy egy éven belül 3 közlemény jelent meg, mely a módszer értékének utánvizsgálásával foglalkozik.

A. Kühn[1] (Rostock) 54 betegnél alkalmazta a desmoid-reactiót és minden egyes esetben egyidejüleg alkalmazott ellenőrző vizsgálatokkal (Ewald-Boas-féle próbareggeli) győződött meg a gyomorfunctiók viselkedéséről. Ezen vizsgálatai és főleg in vitro végzett kisérlete alapján (egy achyliás betegnek gyomornedve a zacskó catgut-zárát csak akkor volt képes feloldani, midőn mesterséges sósavhozzáadás által normális sav-concentratiohoz jutott) azt állítja, hogy a módszerben első sorban a szabad sósavnak in corpore, természetes feltételek között ható reagensével rendelkezünk. Szerinte tehát mindenütt, a hol az a kérdés merül fel, hogy van-e szabad sósav jelen vagy nincs, ezen egyszerű, a betegek által készséggel elfogadott módszer alkalmazandó. *Kühn* is a desmoid-reactioban egy a gyakorlatban rendkivül könnyen alkalmazható vizsgálati módszert lát, mely a természetes viszonyok között lejátszódó gyomor-chemismusról felvilágositást ád, a nélkül, hogy a beteget a szondabevezetés kellemetlenségeinek és veszélyeinek tennők ki.

Eichler[2], Ewald segédje, 30 esetben próbálta ki ez eljárás értékét. Bár vizsgálatai alapján a Sahli-féle desmoid-reactioban diagnostikai eljárásainknak nagyon használható gyarapodását látja, az eljárás útján kapott vizsgálati adatok értékesithetősége tekintetében mégis sokkal tartózkodóbb álláspontot foglal el, mint a többi vizsgáló. *Eichler* szerint a pilula bevétele utáni első 15—20 órában beálló positiv reactio csak azt bizonyítja, hogy a gyomorfal úgy sósavat, mint pepsint elégséges vagy legalább is megközelitőleg elégséges mértékben választ el.

Mert az olyan gyomornedv — mondja Eichler —, a mely rövid időn belül képes a reá bizható legnehezebb feladat megoldására, az egyéb kivánalmaknak is eleget fog tenni. Ellenben az esetleg jelenlevő hyperchlorhydriáról a desmoid-reactio semmi felvilágositást sem ad. A reactionak későn, 1—2 nap mulva beállása csak azt bizonyítja, hogy a gyomoremésztésnek egyik vagy másik tényezője nem működik normális módon, de a bántalom nem lehet nagyon komoly természetü (dass das Leiden jedoch noch kein allzu bedenkliches sein wird). A reactionak negativ eredménye a gyomortevékenységnek valamely zavarára enged következtetni, a nélkül, hogy megengedhető volna ezen zavar közelebbi természetére bármilyen irányban következtetni. Mindezek alapján *Eichler* a desmoid-reactioban csak jó kisegitő eljárást (einen guten Notbehelf) lát, a melynek alkalmazását azokra az esetekre korlátozza, a melyekben akár a beteg ellenállása, akár valamelyes objectiv ellenjavalat miatt a szonda alkalmazása lehetetlen, a gyomor secretio-viszonyairól azonban mégis megközelitő képet óhajtunk magunknak szerezni.

Már sokkal lelkesebb hangon nyilatkozik a desmoid reactio értékéről *Kaliski*.[3] Miként *Kühn*, úgy ő is a desmoid-reactiót kitünő vizsgálati eljárásnak tartja annak a meghatározására, vajjon a gyomor étkezés után választ-e el szabad sósavat vagy sem. Sőt *Kaliski* még tovább megy: szerinte a desmoid-reactio alapján a gyomor functionális zavarainak alakjaira is következtethetünk, a mennyiben 1. hyperaciditas mellett szól a vizeletnek 4—7 óra után mutatkozó megkékülése; 2. normális aciditásra mutat a reactionak 7—12 óra után beállása; 3. subaciditásra illetve motorius zavarra vall a csak másnap beálló reactio.

[1] *A. Kühn:* Münch. med. Woch. 1905. 50. szám.
[2] *Eichler:* Berl. klin. Woch. 1905. 48. szám.
[3] *Kaliski:* Deutsche med. Wochenschr. 1906. 5. szám.

Ha ezeket a közleményeket közelebbről tekintjük, azt látjuk, hogy míg a különböző szerzőknek vizsgálati adatai között meglehetős az egybehangzás, addig a vizsgálati adatokból levont következtetések meglehetősen eltérők. Ezen eltérések nem csupán a legfontosabb kérdésre, a desmoid-reactio diagnostikai értékére vonatkoznak, hanem arra is, hogy vajjon e módszerben a szabad sósav kimutatásának megbizható reagensével rendelkezünk-e, mint a hogy azt *Kühn* és *Kaliski* határozottan állitja, avagy hogy a reactio positiv eredménye csak annyit bizonyit-e — mint a hogy a harmadik utánvizsgáló, Eichler mondja —, hogy a gyomor úgy sósavat mint pepsint elégséges, vagy legalább is megközelitően elégséges mértékben választ el.

Ezen ellentétek azt hiszem jogosulttá teszik az újabb vizsgálatokat, annyival is inkább, mert szükséges, hogy ezen reactio valódi értékéről tárgyilagos és végérvényes itéletet alkossunk.

Vizsgálatainknál szigorúan ragaszkodtunk *Sahli* előirásához, azzal a különbséggel, hogy a desmoid-pilulákat nem magunk készitettük, hanem a már időközben gyárilag előállitott kész pilulákat (G. Pohl, Gelatinekapselfabrik, Schönbaum, Bezirk Danzig) használtuk. Ezen gyári készitmény teljesen megbizható, a pilulák igen tartósak, kifogástalanul zárnak és vízben alásülyednek. Kisérleteinkben kizárólag a methylenkékkel töltött pilulát használtuk, és pedig nemcsak a reactio kényelmesebbé tétele és egyszerübb ellenőrizhetése szempontjából, hanem azért is, mert a methylenkék a vizeletben nemcsak könnyebben ellenőrizhetően és egyszerübben, hanem sokkal megbizhatóbban is mutatható ki, mint a jod a nyálban. Maga *Sahli* figyelmeztet ugyanis arra, hogy a jod kimutatására szükséges nyers légenysav igen sokszor maga is jodtartalmú; habár ez a hibaforrás könnyen kirekeszthető, mégis e körülmény az eljárás egyszerüségének rovására van.

A kérdés eldöntésére, hogy a gyomornedvnek melyik tényezője az, melytől a desmoid-reactio positiv vagy negativ volta függ, in vitro a következő kisérleti sorozatot végeztem. Különböző töménységü sósav-pepsin-oldatba 1—1 desmoid-pilulát téve, testhőmérsékü thermostatba helyeztem. Ezen vizsgálatok eredményeit a következő táblázatok tüntetik fel:

I. Táblázat.

Szám	Oldat	Hozzátétel	Desmoid-reactio
1.	50 cm³ víz + 2·5 cm³ normal HCl	5 gm. peps. germ.	6 óra mulva positiv
2.		3 gm. „ „	5 „ „ „
3.		2 gm. „ „	6 „ „ „
4.		1 gm. „ „	6 „ „ „
5.		0·5 gm. „ „	18 „ „ „
6.		—	48 „ „ negativ

II. táblázat.

Szám	Oldat	Hozzátétel	Desmoid-reactio
1.	50 cm³ víz + 5 gm. pepsin. germ.	2 cm³ n. HCl	
2.	„	1·5 cm³ n. HCl	18 órán belül positiv
3.	„	1 cm³ n. HCl	
4.	„	0·5 cm³ n. HCl	
5.	„	0	48 óra után is negativ
6.	50 cm³ víz + 0·25 gm. pepsin. germ.	+ 0·25 cm³ n. HCl	18 órán belül positiv
7.	50 cm³ víz + 0·12 gm. pepsin. germ.	0·12 cm³ n. HCl	48 órán túl is negativ

Ezek szerint kétségtelen, hogy a kötőszövet feloldásának és igy a desmoid-reactio positiv eredményének elengedhetetlen kelléke, hogy úgy sósav, mint pepsin kellő mennyiségben legyen jelen. Az eredmény mindig negativ, ha csak sósavas, vagy csak pepsines oldattal történik a kisérlet, még pedig tekintet nélkül a sósav- vagy pepsin-oldat töménységére. A II. táblázat 7. pontja

alsó határát mutatja annak a töménységnek, a melynél a desmoid-reactio sósav és pepsin együttes jelenléte esetén még positiv.

Arra nézve, hogy a desmoid-próba tekinthető-e a szabad sósav reactiojának, nativ gyomornedvekkel végeztem kisérleteket. 20 cm³-t vettem oly gyomornedvből, melynek szabad HCl-tartalma 0·16 gm., összaciditása 76%, a desmoid reactio 24 órán belül (test-hőmérséknél) positiv; ugyanezen gyomornedvből 20 cm³-t 1/10 n. NaOH-val oly módon higítottam, hogy ezen gyomornedv-részletnek szabad sósavtartalma 0·08 gm, a desmoid reactio 2 óra mulva positiv; végül ugyanezen gyomornedvnek 20 cm³-ét ugyancsak 1/10 n. NaOH-val addig higítottam, míg abban szabad sósav jelenléte már nem volt kimutatható. *A desmoid reactio már 3 óra mulva positiv* Ezen kisérletet ugyancsak nativ gyomornedvvel teljesen azonos módon megismételtem és az eredmény mindig positiv volt.

Ezen kisérletek kétségtelenné teszik, hogy a desmoid-reactio a szabad sósav reagense gyanánt nem tekinthető.

Lehr József dr. poliklinikai segédorvos szives volt felkérésemre a módszert nagyobb beteganyagon is alkalmazni. Az anyag részben a poliklinika kórházi osztályán fekvő, állandó észlelés alatt levő betegekből, részint a poliklinika belgyógyászati ambulantiájáról került ki. A betegek reggel Ewald-Boas-féle próbareggelit kaptak, melyet egy óra mulva távolitottunk el; ugyanaz nap közvetlenül ebéd után lenyeltek egy desmoid-pilulát és utána két pohár vizet ittak. Vizeletüket 24 órán át, sokszor azon túl is részletekben felfogták és a methylenkék (zöld szín) vagy chromogenje (eczetsavval való melegitésre beálló zöld szín) megjelenésére vizsgálták.

Szám	Nem	Kor	Próbareggeli utáni gyomorlelet	Desmoid-próba	Megjegyzés
1.	nő	34 é.	Achylia	Negativ	—
2.	nő	58 é.	Subaciditas (sz. HCl = 0; TA = 5%)	72 óra mulva is negativ, négy nap után a beteg hányadéka zöld színű és utána másnap a vizeletben is megjelenik a methylenkék	Stenosis pylori
3.	fi	39 é.	Achylia (sz. HCl = 0; TA = 5%)	Negativ	Carcinoma ventriculi
4.	nő	35 é.	Subaciditas (sz. HCl = 0; TA = 30%)	Negativ	—
5.	fi	50 é.	Achylia	Negativ	—
6.	fi	36 é.	Subaciditas (sz. HCl = 0; TA = 25%)	Negativ	—
7.	fi	44 é.	Subaciditas (sz. HCl = 0; TA = 15%)	Negativ	—
8.	nő	40 é.	Subaciditas (sz. HCl = 0; TA = 36%)	5 óra mulva positiv	—
9.	nő	19 é.	sz. HCl = 0·06; TA = 63%	4 óra mulva positiv	—
10	fi	22 é.	sz. HCl = 0·16; TA = 72%	3 1/2 óra mulva positiv	—
11.	nő	28 é	sz. HCl = 0·18; TA = 80%	3 óra mulva positiv	—
12.	fi	30 é	sz. HCl = 0·20; TA = 82%	4 óra mulva positiv	—
13.	nő	42 é.	sz. HCl = 0·11; TA = 82%	3 óra mulva positiv	—
14.	fi	22 é.	sz. HCl = 0·13; TA = 72%	3 1/2 óra mulva positiv	—
15.	fi	31 é.	sz. HCl = 0·18; TA = 90%	3 óra mulva positiv	—
16.	nő	20 é.	sz. HCl = 0·10; TA = 75%	4 óra mulva positiv	—
17.	nő	42 é.	sz. HCl = 0·09; TA = 70%	3 óra mulva positiv	—
18.	fi	36 é.	sz. HCl = 0·19; TA = 82%	2 1/2 óra mulva positiv	—
19.	nő	19 é.	sz. HCl = 0·10; TA = 70%	4 1/2 óra mulva positiv	—
20	nő	45 é.	sz. HCl = 0·05; TA = 65%	3 óra mulva positiv	—
21.	fi	34 é.	sz. HCl = 0·16; TA = 76%	2 1/2 óra mulva positiv	—
22.	fi	32 é.	sz. HCl = 0·18; TA = 55%	2 1/2 óra mulva positiv	—
23.	nő	40 é.	sz. HCl = 0·17; TA = 50%	2 1/2 óra mulva positiv	—
24.	nő	34 é.	sz. HCl = 0·17; TA = 75%	2 1/4 óra mulva positiv	—
25.	fi	26 é	sz. HCl = 0·19; TA = 77%	5 óra mulva positiv	—

Ezen 3 irányban végzett kisérleteinknek, valamint az eddigi vizsgálók eredményeinek tekintetbe vételével nem lesz nehéz az eljárás értékéről objectiv képet alkotni.

A legfontosabb kérdések, melyekre feleletet kell kapnunk, a következők:

1. a gyomor-chemismus melyik tényezőjének reaganse gyanánt tekinthető a desmoid-reactio?

2. milyen következtetéseket szabad levonnunk a reactio positiv vagy negativ eredményéből?

3. egyáltalán lehetsége-e a desmoid-reactio alkalmazásával a gyomor valamelyes működészavarának határozott megállapítása?

4. alkalmas-e a desmoid-reactio arra, hogy eddigi módszereink rovására tért hódítson?

Hogy a desmoid-reactio nem tekinthető a szabad sósav reagensének, mint a hogy azt *Kühn* és *Kaliski* állitja, azt nativ gyomornedvekkel tett kisérleteim kétségtelenné teszik. És ezzel teljes összhangzásban látjuk, hogy 8. számú esetünkben, a hol próbareggeli után szabad HCl = 0, összaciditás 36%: a desmoid-reactio positiv, a methylenkék a pilula bevétele után már 5 órára megjelenik a vizeletben. *A desmoid-reactio tehát nem a szabad sósav reagense, hanem a gyomor proteolytikus erejének oly mutatója gyanánt tekintendő, mely a gyomornedv proteolytikus képességére vonatkozólag a szónak csak egészen általános értelmében ad felvilágosítást.* Feleletet kapunk arra, hogy a gyomornedv tartalmaz-e általában sósavat és pepsint, tekintet nélkül arra, hogy a sósav kötött-e vagy szabad?

Igen tanulságos 2. sz. esetünk, nagyfokú subaciditás pylorus-stenosis mellett (szabad HCl = 0; TA = 5%); a vizeletben három napon át nem jelenik meg a methylenkék, a negyedik napon azonban a beteg hányadéka methylenkék-tartalmú és a rákövetkező napon a vizelet is az. Ez az eset mutatja, hogy a desmoid-reactio positiv eredménynyel járhat jelentékeny subaciditás mellett is. Igaz, hogy a reactio megkésetten állott be, azonban nyilvánvaló egyrészt az, hogy a reactio positiv lehet a gyomor secretorius erejének igen jelentékeny csökkenése esetén is; másrészt az is, hogy a desmoid reactio ezen késő beállásából diagnostikai következtetéseket vonni nem lehetséges, mert hiszen a reactio positiv eredményének az a feltétele, hogy a methylenkék a bélbe jusson és itt felszívódjék, és így a reactio jelentkezési idejének elnyúlását épen úgy okozhatja a gyomor csökkent secretorius képessége, mint megzavart motilitása.

A reactio positiv voltából tehát csak az állapitható meg, hogy a gyomor úgy sósavat, mint pepsint elválaszt. Hogy ez kielégítő mennyiségben történik-e, arra határozott választ a desmoid-

reactio már nem ád. Még kevésbé kaphatunk a hyperchlorhydriára vonatkozólag felvilágosítást. Táblázatunknak már felületes áttekintésekor nyilvánvaló, hogy a methylenkéknek a vizeletben való jelentkezési ideje és a gyomor secretionális viszonyai között semmiféle párhuzamosság nincsen. Eseteink túlnyomó többségében a methylenkék az első 5 órán belül megjelent a vizeletben, és a táblázatból látható, hogy subaciditásnál épen annyi idő után jelenhetik meg (8. eset), sőt korábban is (20. eset), mint hyperchlorhydriánál (20. és 25. eset).

Eseteinkben mindenütt, a hol a reactio negativ volt, a gyomornak jelentékeny secretiós elégtelensége volt megállapítható. Mindazonáltal teljesen egyetértek *Eichler*-rel abban is, hogy a negativ eredmény alapján a gyomornak valamelyes functionális zavarára csak egész általánosságban lehet gondolni, a nélkül, hogy meg volna engedhető a következtetés ezen zavarok közelebbi természetére is. Hiszen a negativ eredmény a gyomornak egymással legellentétesebb működészavarainál egyaránt létrejöhet. Létrejöhet épen úgy hypermotilitással járó hyperchlorhydriánál — erre vonatkozólag *Eichler* classikus példát említ —, mint a nem komoly jellegü subaciditásnál, avagy carcinoma talaján létrejött achyliánál is stb.

Mindezek után még ha el is tekintünk attól, hogy a desmoid-reactio eredményét még a gyomortól teljesen független más tényezők is befolyásolhatják (pl. a veséknek még physiologiai határok között is különböző methylenkék-átbocsátóképessége), kétségtelen, hogy a desmoid-reactio segélyével a gyomor egyetlenegy működészavarának határozott megállapítása sem lehetséges.

A desmoid-ractionak a mindennapi gyakorlatban elterjedését azonban még abban az esetben sem tartanám üdvösnek, ha annak segélyével a gyomor elválasztás-zavarai legalább is azzal a határozottsággal volnának megállapíthatók, mint a melylyel eddigi módszereink segélyével lehetséges volt. A módszer általános elterjedése ugyanis azt eredményezhetné, hogy a figyelem következetesen eltereltetnék azon fontos viszonyok méltánylásától, a melyeknek dése megállapíthatására magának a gyomortartalomnak makroskopi, vegyi és mikroskopi vizsgálata elengedhetetlen feltétel. Ilyenek pl. a klinikai jelentőségükben napról napra emelkedő és *Boas* által oly találóan „occult"-nak nevezett gyomor-vérzések, a gyomorbennékben nem ritkán található szövetczafatok, a gyomor motorius elégtelenségénél oly fontos gázerjedés kimutatása, a gyomor bakterium flórája stb Az bizonyos, hogy idővel ezen viszonyoknak még a lehetőségére sem fog gondolni az, ki *Sahli*-nak szellemes és kivitelében oly egyszerü desmoid-reactiojában oly módszert lát, mely a gyomorsonda diagnostikai alkalmazását feleslegessé teszi.

A desmoid-reactio alkalmazását csak azon esetekben tartom ajánlatosnak, a melyekben a szonda bevezetése valamely ellenjavalat vagy az anatomiai viszonyok miatt nem lehetséges, és teljesen osztom *Eichler* azon nézetét, hogy a desmoid-reactio egy *a szükségben kisegitő eljárás* (Notbehelf) csupán, mert miként *Boas*[1] mondja, az örök időkre Ewald nevéhez füződő eljárás a jövőben is az marad, a mi a multban volt: a gyomor secretorius és motorius működése vizsgálatának legjobb és leghasznavehetőbb tájékoztató próbája.

Az epekövek kórtanának mai állása és az epekő betegség sebészi kezelésének javalatai.[1]

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

(Folytatás.)

Naunyn alapvető munkájában (1892) kifejti, hogy a bakteriumok két úton tudnak epeköveket létrehozni. Egyfelől lehetséges volna, hogy maguk a bakteriumkoloniák idézik elő a köképző anyagok kiválását, másfelől a bakteriumok okozta elváltozások az epehólyag és az epeutak nyálkahártyáján volnának okai a köképződésnek.

Az első hypothesisnek valószinüséget kölcsönöz azon észlelet, hogy rothadó epében a fejlődő gombakoloniák szomszédságában bilirubinmész-kiválás észlelhető, tehát bizonyos mikroorganismusok kétségtelenül birnak ama képességgel, hogy az epében oldott köképzők kicsapódását elősegitik. Azonban ha ez így volna, akkor a kövekben bakteriumokat kellene találni, a mi *Naunyn*-nak csupán egy izben sikerült, s épen fiatal concrementumokban soha. Azért *Naunyn* a második hypothesishez hajlik, hogy t. i. a köképződés a nyálkahártyának a bakteriuminvasio okozta alteratioja következtében jö létre. Itt ki kellene zárni azonban azt, vajjon eme nyálkahártya-alteratio nem a pangó epe által előidézett vegyi sérelem avagy maceratio következménye-e. Eme feltevésnek azonban ellene mond az, hogy az egy epehólyagban levő kövek mindig egynemüek és egykorúak (*Langenbuch* szóról szóra átveszi e véleménynyilvánitást), tehát a kövek képződésének oka nem lehet egy a nyálkahártyára állandóan beható momentum, mert az epemaceratio, folyton új és új kövek képződésére vezetne, hanem egy muló agens, és ilyen a bakterium coli invasioja, melyet azért *Naunyn* a leirt módon az epeköképződés okának tart. *Stoltz* ezzel szemben hangsúlyozza, hogy az epeköképződés feltételei az élet folyamán sokszor ismétlődnek, sőt maguk a kövek tartják fenn az epekövek képződésére szükséges körülményeket. Hogy új kövek a régiek mellett nem képződhetnek, annak az az oka, hogy a régi kövek a köképző anyagokat mind magukhoz vonják.

A milyen igaz maga a végső következtetés, hogy t. i. nem maguk a bakteriumok, hanem az általuk fenntartott hurut idézik elő a köképzők kiválását, oly helytelen volt az okoskodás ama kiindulási pontja, hogy a kövek belsejében csak ritkán lehet bakteriumokat kimutatni. *Gilbert* és *Dominici* hat kő közül kettőben, *Fournier* 100 kő közül 38-ban talált a kövekben bakteriumokat, azonfelül *Dufour, Chiari, Hanot, Letienne, Luzzatto* is hasonló eredményekre jutott.

Legtöbbször bakterium colit találtak az epekövekben, de több esetben typhus bacillust is, és pedig oly egyéneknél, a kik előzőleg hasi hagymázt állottak ki. *Hartmann, Ehret* és *Stolz* azt is kimutatták, hogy a kövek bensejében foglalt bakteriumok életképesek és virulensek lehetnek.

Mindez persze nem döntő bizonyíték e köveknek bakteriumos eredete mellett, mert a bacteriumok másodlagos bevándorlás által is juthattak a kövek belsejébe. Mentől inkább átment azonban a tudományos köztudatba azon meggyőződés, hogy a köképződés a bakteriumokkal valamelyes oki összefüggésben áll, annál behatóbb vizsgálatok történtek abban az irányban, minő az epe bakteriumtartalma ép viszonyok közt és kőbetegségnél, minő utakon jutnak a kövek az epehólyagba, minő körülmények közt idéznek elő az epetractusban gyuladást és miképen vezetnek köképződésre. Ezek a vizsgálatok a fennforgó kérdéseket tisztázták s tárgyunk teljes átérthetése szempontjából ezek ismertetésére legalább is röviden ki kell térnünk.

A mi első sorban a normális viszonyokat illeti, konstatálnunk kell, hogy az ép epe bakteriumtartalmára nézve eltérők a vélemények. Igy *Netter* már 1884-ben kimondotta, hogy egészséges nyúl epéje mindig steril; igazolták ezt *Naunyn, Leubuscher, Gilbert, Girode* és *Miyake* vizsgálatai; az utóbbi 55 kutya és 21 nyúl epéjét vizsgálta s csupán egyetlenegy kutyánál tudott bakt. coli-fertőzést kimutatni.

Duclaux és *Netter* kimutatta, és ezt *Ortner, Dupré, Mieczkovski, Miyake* is megerősiti, hogy a nyúl- és kutyaepe csak a hólyagban, cysticusban, hepaticusban tekinthető sterilnek, míg a choledochus alsó részében rendszerint vannak bakteriumok.

Az ember epéjére nézve *Naunyn* hangsúlyozta, hogy a nem köves hólyagból vett epe mindig steril; *Gilbert* és *Girode* a 24 órán belül vett hullaepét nyolcz eset közül hatban sterilnek találta; *Fränkel* és *Krause* 128 hulla epéjét vizsgálván, azt 104-szer sterilnek, 24-szer fertőzöttnek találta; két élő egyénből punctioval nyert epe egyszer steril volt, egyszer pedig bakteriumtartalmú. Érdekes leleteik közül az, hogy tuberculosisban elhaltak epéjét tengerimalaczba oltva, 11 eset közül ötször tudtak tuberculosist előidézni.

Ezzel szemben *Letienne* 42 hulla epéje közül 24-ről mutatta ki, hogy bakteriumtartalmú, míg *Mieczkovski* 15 élő ember friss epéjét vizsgálva (köztük tünetet nem okozó két epekő), arra az eredményre jut, hogy az mindig steril.

Állatepére nézve *Letienne* kimutatta, hogy egészséges tengeri-

[1] *Boas*: Berl. klin. Woch. 1905. 44 a. sz. Ewald's Fest-Nummer.

malacz epéje is nem egyszer bakteriumtartalmú. *Menzel* nyolcz kutya közül háromnak az epéjében talált coli-bakteriumot.

Ehret és *Stolz* rámutatnak a többi vizsgálók által elkövetett hibákra, melyeknek legtöbbje az, hogy kevés (1—2 platinkacsnyi) epét vettek s ezt a táptalajjal nem keverték el eléggé. Az szerintük is bizonyos, hogy a normális epe *igen kevés csírát* tartalmaz, de épen ezért szükséges, ha ezeket kimutatni akarjuk, hogy nagyobb mennyiségü, 1—4 cm^3-nyi epét vegyünk, Ezen eljárással tényleg sikerült is kimutatniok, hogy a tengerimalacz-, kutya- és marhaepe az esetek nagyobb számában tartalmaz mikroorganismusokat (15 tengerimalacz közül 11, 7 kutya közül 5, 64 marha közül 47-ben találták meg öket), s mivel az *Ehret* és *Stolz* által hangsúlyozott hibaforrások az emberepére vonatkozólag tett vizsgálatokban is szerepeltek, ezt is az esetek nagy részében bakteriumtartalmúnak kell tekintenünk.

Az azonban *Ehret* és *Stolz* vizsgálataiból is kitünik, hogy az epe mikroorganismusai nem csupán csekély számúak, hanem egyszersmind csekély virulentiájúak is; a choledochus lekötése után az epehólyag felhasítása peritonitist csak a legritkább esetben idézett elő. Hasonló eredményekre jutott *Erhardt* is macskákon végzett kisérleteiben, s hogy embernél is igy áll a dolog, arra bizonyíték az, hogy a normális epehólyag és epeutak traumatikus repedései peritonitisre szintén vajmi ritkán vezetnek. Nem ritkák az olyan esetek midön napokon, söt heteken át ömlött az epe a hasüregbe, ott több literre való gyülemeket okozott és ezt a hashártya minden reactio nélkül elviselte. (*Blasi, Kaschulin.*)

Köveket tartalmazó epehólyagokban a bakteriumok jelenléte az összes vizsgálók szerint már kevés anyag felhasználása esetén is majdnem állandóan kimutatható. *Naunyn* a bakterium colit öt esetben mutatta ki. A *Petersen* által vizsgált 50 eset közül az epe csak négy esetben volt steril, a többi 46 ban colit tartalmazott és pedig 36-szor tisztán, hatszor staphylo-, négyszer streptococcussal vegyesen. *Mieczkowski* 23 epekő közül 18-ban talált bakteriumot, mindig colit és pedig 15-ször egyedül, egyszer streptoccocussal, egyszer staphylococcus albussal vegyesen. *Fränkel* és *Krause* 16 cholelithiasis eset közül post mortem vizsgálatnál 11-szer talált bőséges csírákat, az epe ötször steril volt.

Körte 76 epeköesetben végzett bakteriologiai vizsgálatot. Az epéből 10-szer positiv mikroskopi lelet ellenére bakteriumok nem keltek ki. 33-szor tiszta coli, 10-szer coli strepto-, staphylo- és diplococcussal vegyest, 15-ször strepto-, hétszer staphylo-, ötször diplococcusok keltek ki tisztán, háromszor strepto- és staphylococcus vegyesen, egyszer *Friedländer*-féle bacillus, kétszer meghatározhatatlan mikroorganismus. *Berger* 30 esete közül csupán hat volt steril, 18 tiszta culturában colit tartalmazott. *Hartmann* 46 esete közül csak egyben nem talált bakteriumot, az esetek felében coli tiszta tenyészetben volt jelen. *Törnquist* 34 esete közül csak kettőben nem tudott semmiféle módon bakteriumot kimutatni.

Hogy mi az oka a köves epehólyag ezen úgyszólván állandó bakteriumtartalmának, azzal a következő fejezetben fogunk foglalkozni. Itt csak azt óhajtom még kiemelni, hogy 1. a köves epehólyagban található bakteriumok virulentiája rendszerint csekély; 2. az epe macroscopicus sajátságaiból annak bakteriumtartalmára, mint azt *Riedel* állította, következtetni egyáltalán nem lehet Tiszta genyes tartalom (régi empyemáknál) steril lehet és teljesen normálisnak tetsző, átlátszó, egyáltalán nem zavaros epe hemzseghet a bakteriumoktól (*Petersen, Mieczkowski*).

Honnan származnak az epében levő mikroorganismusok?

Kétségtelen, hogy a vérpályából, első sorban a vena portae vérköréből léphetnek át mikrobák az epébe. Ez a legkülönfélébb mikroorganismusokra, minök a malleus *(Ferraresi* és *Guarneri)*, cholera *(Nicati)*, anthrax *(Oemler, Strauss, Chamberland)*, pneumococcus *(Pernice* és *Alessi)*, *Friedländer*-féle bacillus *(Bernabei)*, a marhapestis bakteriuma *(Oreste, Bernabei)*, tuberculosis-bacillus *(Fränkel* és *Krause)* be van bizonyítva. További szerzők *(Blakstein, Letienne, Biedl, Kraus, Menzel, Cushing, Miyake)* ezen tényeket megerősítették, és kibővítették azzal, hogy strepto-, staphylococcusok, coli-, typhusbacillusok is léphetnek át a vérpályából az epébe. *Fränkel* és *Krause* vizsgálatai szerint a különfele heveny fertőző bántalmak kórokozói közül csupán a typhuséi és a choleráéi mennek át az epébe.

Mivel azonban 1. az epehólyagban rendszerint található mikroorganismusok a vena portae rendszerében nem találhatók fel *(Ehret* és *Stolz)*; 2. ellenben az epehólyagban többnyire csupán a bél bakteriumflórájának typikus példányai lelhetők (coli, bacillus mesentericus, streptococcus, typhus stb.); 3. a choledochus ezeket beszájadzásától kezdve felfelé csökkenőleg állandóan tartalmazza *(Duclaux* stb. l. fennebb): joggal mondhatjuk, hogy az epe bakteriumtartalma a bélből származik s csak kivételes pathologikus esetekben jutnak a vérpályán át az epébe a mikroorganismusok. Ebben az összes szerzők megegyeznek. *Ochsner* amaz észlelete, hogy epekőbetegeinek 35%-a előzőleg appendicitisben szenvedett, a mellett szólna, hogy a portális vérpálya révén az epehólyagba került mikroorganismusoknak szerep juthat a köképződés körül. De ezen tényt más oldalról még nem erősítették meg.

Ha az epe nem is baktericid, a bakteriumok elszaporodását mégis meglehetősen gátolja. *(Mosse.)* Ez az oka annak, hogy enyhén inficiált marhaepe költőkemenczében egyáltalán nem mutat bakteriumnövekedést. *(Ehret* és *Stolz)*. Ez azonban épen nem jelenti azt, hogy az epében a bakteriumok ne volnának képesek elszaporodni. Úgy epével kevert táptalajokra *(Charrin* és *Roger, Hanot, Letienne, Copeman, Winston, Mieczkowski)*, mint tiszta ember, marha-, disznó- és kutyaepére *(Leubuscher, Fränkel* és *Krause, Miyake)* nézve kimutatták, hogy bennük a bakteriumok el birnak szaporodni, bár rendszerint nem oly mértékben mint bouillonban.

Azt is kimutatták, hogy a bakteriumok különfélesége is nagy szerepet játszik itt. Némelyik növését hátráltatja, némelyikét előmozdítja az epe. Ezt már *Corrado*, ki először foglalkozott e kérdéssel (1891), kiemelte. Nagyon fontos ama *Mieczkowski* által megállapított tény, hogy a bakterium coli számára az emberi epe kitünő táptalaj. Mindenesetre azonban lecsökkenti az epe a bakteriumok virulentiáját. Igen meggyőzően bizonyítják ezt *Mignot* vizsgálatai, továbbá *Ehrhardt* kisérletei, a ki megállapította, hogy ha macskáknál intraperitoneális epefistulát létesített s a hasürbe folyó epét erősen virulens coli-bakteriummal fertőzte, jámbor lefolyású peritonitis jött csak létre, mely összetapadásokra rendkivül hajlamos volt.

És noha az epe a coli-bacillus számára igen jó táptalaj és a bélben oly nagy számmal jelenlevő bacillusoknak a choledochuson át bő alkalmuk volna az epetractusba való bevándorlásra, az epehólyagban levő epe bakteriumtartalma nagyon csekély; ennek oka főleg abban rejlik, hogy az ép epehólyag tartalmát gyorsan és teljesen kiüríteni képes. Ezt számos kisérlet igazolja.

(Folytatása következik.)

A budapesti egyetemi diagnostikai tanszék közleménye. (Igazgató: Korányi Sándor dr. nyilv. rk. tanár.)

A polyglobulia lépmegnagyobbodással.

Irta: *Bence Gyula* dr., egyetemi tanársegéd.

(Folytatás.)

A kisérletek eredménye teljesen meggyőző.

Az I. számú betegnél négy alkalommal sikerült oxygenbelégzés után a viscositás csökkenését kimutatni, a mennyiben 0·8, 1·2, 1·5, illetve 3·0 relativ viscositási egységgel kisebbedett a vér viscositása. A viscositással párhuzamosan vörösvérsejtszámlálást végeztem és minden esetben jelentékeny csökkenést találtam, a mennyiben oxygenbelégzés után a vörösvérsejtek száma 1·46, illetve 1·55 millióval kevesbedett. Ez utóbbi eredményekre vonatkozólag kiemelendőnek tartom, hogy az oxygenbelégzés után minden egyes esetben bekövetkezett a csökkenés, úgy hogy nem érhet az a szemrehányás, hogy hasonló nagyságú eltérések e betegségnél elég gyakran észlelhetők egy és ugyanazon egyénnél. Ott azonban természetesen az ingadozások nem egyirányúak, másrészt ez esetben a két egymást követő számlálás mindig ugyanazon testrészen végeztetett, úgy hogy a hely különbözőségéből származó esetleges hiba sem jöhet itt tekintetbe.

Tekintettel arra, hogy a vér viscositását venosus véren

határoztam meg, a vérsejtek számát pedig az ujjcsúcs vérén, a két adat közti megegyezés arra utal, hogy az oxygenbelégzés hatása nemcsak a felületes hajszálerek vérét befolyásolja, mint ez pl. akkor történnék, ha a különböző érterületek vérelosztódásában változás következnék be, hanem hogy ezen befolyás sokkal mélyebb, az egész árammederre kiható.

Az I. esetben végzett ötödik meghatározásná 13·0-mal nagyobb értéket eredményezett a vizsgálat mint oxygenbelégzés előtt. Ekkor kisérlet közben eltörött a viscositás mérésére szolgáló egyik hajszálcsövem, úgy hogy szükségből egy hosszabb ideig nem használt csövet alkalmaztam, mely valószinüleg nem volt kellőleg megtisztitva. A többi vizsgálatban mutatkozó következetes csökkenés feljogosit arra, hogy ezen eredményt tévesnek nyilvánitsam, annyival inkább, mert a viscositás értékével teljes ellentétben a vörösvérsejtek száma 1·55 milliónyi csökkenést mutat, a mi pedig biztosan a viscositás növekedése ellen szól. De el sem képzelhető, hogy az oxygenbelégzés ily nagy emelkedést okozzon, mert ha hatástalan az oxygenbelégzés, úgy legfeljebb változatlan marad a viscositás értéke.

A viscositás és vérsejtszám e következetes csökkenése az oxygenbelégzés után feltétlen bizonyitéka annak, hogy e betegségnél oxygenhiány áll fenn.

De ezzel még mindig nem vehetjük feltétlenül bebizonyitottnak *Korányi* tanár nézetét, hogy ez esetekben az oxygenhiány a primaer, és ennek fedezésére indul csak meg másodlagos úton a vörösvérsejttúlproductio.

Lehetne ugyanis a különböző phasisok sorrendje fordított is. Ha elsődleges a vörösvérsejt-túlszaporodás, növekszik a vér viscositása, vagyis rendellenes magasságot ér el a keringési akadály és pedig oly mértékben, hogy a szív ereje és az erek tágulata nem képes már a rendes keringési sebességet fenntartani, ennek következtében szénsavfelhalmozódás következik be, a mely ismét a maga részéről egy többlettel növeli a vér viscositását. Ha a beteg ezután oxygent légzik be, akkor a szív és tüdőbajoknál jelenlevő szénsavfelhalmozódáshoz hasonlóan, az oxygen kiüzi a szénsav-többletet és ezzel a viscositást a szénsav okozta viscositás-többlettel leszállítja. Ez utóbbi lehetőséget kell megczáfolnunk, hogy *Korányi* tanár nézetének helyességét bebizonyitsuk. Mindenekelőtt ha összehasonlítjuk a szivbajosoknál elért eredménynyel az ez esetben észlelhető csökkenést, úgy feltünik, hogy az utóbbinál a viscositás kisebbedése oxygenbelégzés után sokkal jelentékenyebb. A szénsavfelhamozódás klinikai tünetei teljesen hiányzanak a betegség első szakában, midőn a szív kimerülési tünetei még nem léptek fel. *Osler* kiemeli, hogy a nagyfokú cyanosis daczára e betegeknél dyspnoet nem észlelt, eseteim közül az I.-ben csak akkor jelentkezett nehézlégzés, ha erősebb légcsőhurutja volt, vagy ha nagyobb testi munkát végzett, a II. és III. esetben egyáltalán sohasem mutatkozott nehézlégzés. Ennek ellenére a viscositás csökkenése I. betegemnél a legjobb érzés közepette is ki volt mutatható, tehát olyankor, mikor légszükségről szó sem volt. Végül a vér objectiv vizsgálata, mint többször emlitettem, egész határozottan szénsavfelhalmozódás ellen szól. A szénsav kiüzése részben talán magyarázhatná a vér viscositásának csökkenését, de egyáltalán nem a vérsejtszám kisebbedését. Egyelőre semmiféle bizonyitékunk nincs, hogy a vér szénsavtartalma és vérsejtszáma közt valamelyes összefüggés van. Ellenben bebizonyitott dolog, hogy ez utóbbi függ a vér oxygenfeszültségétől és befolyásolja a vér viscositását. Az oxygenbelégzés következményeit tehát sokkal egyszerübben tudjuk a vér oxygentartalmának megváltozásából magyarázni. Ha tehát nem a szénsav kiüzése útján, úgy mikép kell a viscositás illetve a vérsejtszám csökkenését magyaráznunk? *Korányi S.* tanár nézete szerint *a szervezet oxygenhiányt szenved, és pedig valószinüleg azért, mert a polyglobuliás betegek haemoglobinja nem tud elég oxygent megkötni (Mohr). Ez a primaer ok, a mi teljes összhangzásban áll a polyglobulia többi formájával. Az oxygenhiány másodlagos úton váltja ki a vörösvérsejt szaporitását czélzó csontvelőizgalmat.* Ezen magyarázat feltétlenül áll az I. esetre vonatkozólag. A II. esetben nem következett be csökkenés O-belégzés után. Ez esetben a külső körülményeknél fogva csak egyszer lehetett a vizsgálatot megejteni, úgy hogy vagy azt kell felvenni, hogy itt a kisérleti berendezés nem volt megfelelő, mert az előbbi esetben négyszer volt positiv az eredmény, vagy azt kell tartanunk, hogy e betegség aetiologiája nem egységes.

A viscositás és a vérsejtszám csökkenésének mechanismusát úgy kell képzelnünk, mint a hogy a vérsejtszám kevesbedik, ha magasan fekvő helyről a völgybe megyünk. Ugyanazon módja az alkalmazkodásnak, a mely a vérplasma kisebb oxygennyomására a vérsejtszám szaporodásával válaszol, annak kisebbedését hozza létre, ha a tüdőalveolusok levegőjének és ezzel a plasmának oxygennyomása megnő. A vörösvérsejtek az oxygenbelégzés után azonban nem pusztulnak el, mert különben az oxygenbelégzéssel kapcsolatban nagyobbfokú urobilinuriát kellene észlelnünk. Ez azonban nem következett be, úgy hogy fel kell vennünk, hogy ép úgy, mint a magas hegyről a sikra való leszálláskor, a vörösvérsejtek a vérsejttartó reservoirokba, esetleg a lépbe, a csontvelőbe jutnak (Vornweld), vagy hogy a vér nyiroknak felvétele útján felhígul (Bunge).

A mi a betegség *therapiáját* illeti, causális kezelést tulajdonképen csak azon esetekben javasoltak, a melyekben primaer léptuberculosis állott fenn, ámbár a lép kiirtása ez esetekben sem nyújtja feltétlen biztositékát annak, hogy a polyglobulia megszünik, mert *Conninotti* esetében 7 évvel a lépkiirtás után is még fennállott a polyglobulia. Kisérletek történtek arsen-kezeléssel, vasmentes diaetával, de valami jelentékenyebb sikerre egyik sem vezetett. *Rosengart*, majd utána többen emlitik a vérveszteség előnyös hatását és ezzel kapcsolatban ismételt venaesectiót ajánlanak. Ez utóbbinak magam is észleltem előnyös voltát, betegeimnél többször végeztem érvágást 500 cm³ vér kibocsátásával, a hatás mindenkor igen jó volt. A fejfájás, szédülés, fülzúgás, hányásinger elmulott, és a beteg néhány napig jól érezte magát utána. Egyik betegem annyira tudatában volt a vérveszteség előnyös hatásának, hogy olyankor, a mikor nem volt alkalma magán eret vágatni, órákig szopogatta a vért vérzékeny foghúsából. Kisérleti úton is sikerült az érvágás előnyös voltát igazolnom, a mennyiben az I. sz. betegnél megmértem a vér viscositását érvágás előtt s ekkor $\eta = 14{\cdot}0$ volt, 500 cm³ vér kibocsátása után ¾ órával $\eta = 12{\cdot}9$ volt. Hasonló csökkenést mutatott a vér összszejttérfogata is. Ugyanazon módon, mint az érvágásnál, érvényesült az oxygenbelégzés hatása is.

A betegnek a fő kellemetlenségeket az ereknek, így különösen az agy ereinek túltelődése okozza, ha már most eret vágunk, vagy oxygent légeztetünk, a túltelődést okozó vér egy részét eltávolítjuk és ezzel okozzuk a könnyebbülést. Az oxygent naponként 1—2 szer 50—100 liternyi mennyiségben légzették be a betegek.

Említenem kell még, hogy félig hig, azaz főleg tejből és tejes ételekből álló diaeta mellett egyik betegünk jobban érezte magát és vérsejtszáma is ekkor kisebb volt mint annakelőtte. Lehet, hogy ez csak véletlen müve, de megkisérlésre mindenesetre érdemesnek látszik.

Az észlelt esetek kórtörténete a következő:

I. K. D. 43 éves gyapjuvágó, 1903 őszén jelentkezett először a budapesti szt. István kórház *E* pavillonjában, a hol *Fuchs* dr. alorvos észlelte és a közkórházi orvostársulat ülésén tavaly májusban be is mutatta. Ezután további észlelés és az eset közelebbi feldolgozása czéljából a beteget *Korányi Sándor* tanár osztályára helyezte át.

A beteg szülői részéről hereditás nem forog fenn. Családjában tuberculosis állitólag nem fordult elő. 12 éves korában 1½ évig tartó hideglelésben szenvedett.

Már körülbelül 20 év előtt megerőltető munka végzésekor, gyors, különösen pedig lépcsőnjáráskor nehézlégzése volt, de nagyobb kellemetlenséget baja ekkor még nem okozott. 29 éves korában utolsó hadgyakorlata közben e nehézlégzés annyira fokozódott, hogy kénytelen volt a sorból kiállani. Már ekkor feltünt katonatársainak jó egészséges arczszine, úgy hogy ennélfogva panaszait alig akarták elhinni.

10 évvel ezelőtt állitólag tüdőgyuladásban betegedett meg. E betegsége kezdetén 5 napig vért köpött, majd hat hétig tartó lázas, öntudatlan állapotba jutott, úgy hogy ez utóbbi baját

typhusnak tartották. E betegsége alatt is feltünt környezetének egészséges arczszíne.

Néhány hét alatt ismét összeszedte magát annyira, hogy rendes foglalkozását folytathatta. Foglalkozása, a gyapjuvágás, erős porképződéssel jár, a minek következtében gyakran heves köhögésben és ezzel párosulva fokozottabb mérvü nehézlégzésben szenvedett. E foglalkozása csak időszakos volt, de azért foglalkozásának szünetelésekor, bár a köhögés megszünt, a nehézlégzés megerőltetőbb testi munkánál mégis jelentkezett.

Körülbelül négy év előtt tünt fel a betegnek először, hogy végtagjainak distális részei feltünően kékesvörös színüek, szintúgy arczszíne is állandóan sötétkékes, pirosas színüvé vált. Ezen idő óta állandóan tompa teltségi érzés van fejében, melyhez nagyon gyakran hányásinger kiséretében szédülés és időnként fülzúgás társult.

A betegnek feltünően gyakran voltak aranyeres vérzései. A szt. István-kórházban való első jelentkezésekor profus hasmenésben szenvedett, a bélsárhoz időnként friss vér volt keveredve. Betegségének tünetei mind vehemensebbekké váltak, úgy hogy 1903 öszén a szt. István-kórházba vétette fel magát. Panaszát ekkor a már csekély testi megerőltetésnél, különösen lépcsőn járásnál mutatkozó nehézlégzés, rohamokban jelentkező szédülés, melyet többnyire hányásinger kisért, továbbá a bal, s kisebb mértékben a jobb bordaív alatt érzett tompa fájdalom, profus véres hasmenés képezték. A betegen végzett vizsgálat a következő statust derítette fel:

A középtermetü egyén közepesen táplált. A köztakaró általában kissé pirosas színü. Az arcz, a fülek, az orr, a kézfej és a lábak színe sötét cseresznyepiros, a börnek e helyeken való megnyomásakor feltünik, hogy a bőr nem halványodik el teljesen a nyomás helyén, és a nyomás megszünte után a vér csak nagyon lassan tér vissza. A halánték és homlok bőrén nagyobb, az arcz és orrszárnyak bőrében sok kisebb tágult ér látható. A szemek a szemgödörből kissé előállanak. Az egész kötőhártya, de különösen bulbaris része erősen belövelt, ez utóbbi helyen igen sok erősen tágult ér látható. A szemtükri vizsgálatkor, melyet *Barlay* tanársegéd volt szíves végezni, feltünt a szemfenék sötét színe, a venák igen sötét színüek, a rendesnél jóval tágabbaknak látszanak és kanyargós lefutásúak. Az ajak és nyelv nyálkahártyája sötétpiros, kissé livid-színü, a nyelv gyökén számos tágult ér látható. A száj nyálkahártyája egészében sötét cseresznyepiros színü. A foghús nyálkahártyája nagyon vérzékeny, többnyire lassú vérszivárgás áll fenn, már csekély érintés elegendő a vérzés megindítására. A gége nyálkahártyája, melyet *Pollatschek* dr. volt szíves megtükrözni, sötét piros belöveltséget mutat, és duzzadtnak látszik. A nyakon erősen tágult venák vannak és a carotisok erős lüktetése látható.

A mellkas alaki eltérést nem mutat, légzési kitérései rendesek, a légzések száma perczenkéntkint 16. A szívcsúcslökés az V—VI. bordaközben a bimbóvonalban tapintható, körülirt, kissé emelő. A szívtompulat balfelé kissé megnagyobbodott, a mennyiben a bimbóvonalig ér, jobbfelé a sternum jobb szélét nem haladja meg. A szívhangok tiszták, az aorta II. hangja ékelt. A tüdők felett kopogtatáskor eltérés nem található. Kissé megnyúlt sejtes belégzés, kissé hangosabb kilégzés és itt-ott egy-egy búgás észlelhető. A léptompulat a VII. borda alsó szélén kezdődik és előfelé eléri a mellső hónaljvonalat. A lép alsó széle két harántujjal a bordaív alatt tapintható, mellső éles szélén több kisebb behúzódás érezhető, tapintata általában kemény, a nyomás csekély fájdalmat okoz, de spontan állandóan tompa fájdalomérzés áll fenn. A máj tompulata a bimbóvonalban a VI. borda alsó szélén kezdődik, alsó széle három harántujjal a bordaív alatt tapintható, nyomásra kissé fájdalmas. A beteg étvágya elég jó. Állandó székrekedésben szenved. A végbélnyilás körül több vérzékeny haemorrhoidális csomó látható. A vizelet napi mennyisége 2400 cm³, fajsúlya 1012, 1‰ fehérjét tartalmaz, cylinder és vesealakelemek nem találhatók. A vörösvérsejtek száma 10.342,000, a fehérvérsejteké 12,500, haemoglobin-tartalom 180% Gowers szerint. (Fleischl-Mischer szerint körülbelül 25·2%.)

(Vége következik.)

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. sz. sebészeti kórodájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., egyet. ny. r. tanár.)

A czombcsont veleszületett hiányáról (phokomelia).

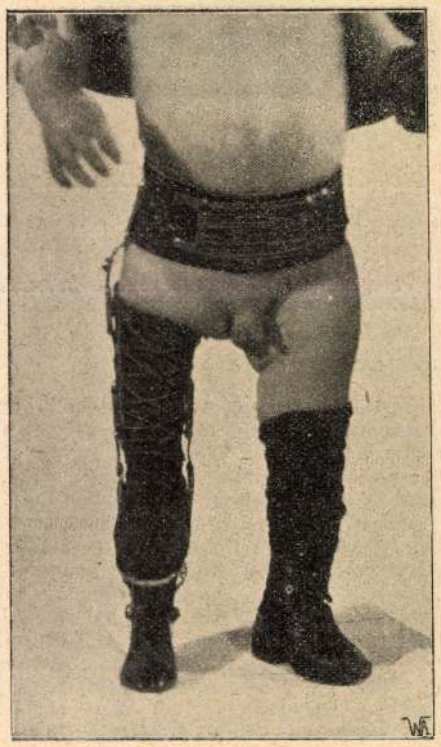
Irta: *Gergő Imre* dr., klinikai műtőorvos.

(Vége.)

Végül még nehány szót a bántalom *kezeléséről*. Művi beavatkozás szóba nem jön. Hisz czélunk nem lehet más, mint hogy a beteget a járásra képessé tegyük egy olyan gépezettel, mely a beteg láb rövidülését kiegyenlíti.

Megfelelő készülékkel azután nem pusztán ezen feltételnek felelünk meg, hanem meggátoljuk az egyébként elkerülhetetlen statikai scoliosis kifejlődését és functionális ingert gyakorolunk a femurcsonkra, növésre indítjuk, vagy mint Lange magát kifejezi, „felébresztjük a csonknak alvó növési energiáját".

Erre való tekintettel ügyelnünk kell arra, hogy gépezetünk ne legyen holmi tehermentesítő tok; typusa egy támasztó készülék legyen, mely a rövidülést kiegyenlíti. Szerkezetétől még megkivánjuk, hogy erős legyen, de a mellett a lehetőségig könnyü és egyszerü.

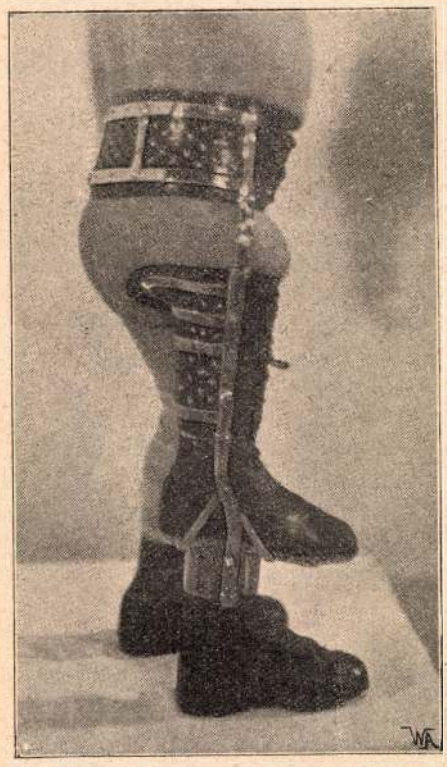


4. ábra.

Esetünkben ezen elvek alapján és Dollinger tanár útbaigazításai szerint szerkesztettük meg a gyermek járókészülékét. Ez áll: 1. egy medenczerészből, mely börből és erősítő aczélpántokból készült és elül füzhető; 2. egy lábszártokból, mely hátul a csípőnek jó részét is befogadja és belül-kivül egy-egy hosszsín, hátul több haránt sín által erősittetik. A lábszártokot a medenczerészszel a külső hosszsín köti össze, melynek e czélból a csipő magasságában golyós izületet is készittettünk. A tok szintén elől füzetik. 3. Alul a bokák magasságában a tok hosszsíneivel egy deltakengyel izesül, mely aczéltalpat hord. Ehhez támaszkodik a készülékbe helyezett láb czipőstül. Az aczéltalp alatt következik végül 4. a végtag hosszát kiegyenlítő 12 cm. hosszú műláb, fából, oldalsínekkel és izülő bokával; a műláb felett a gyermek szintén czipőt hord.[1]

[1] A készüléknek jobb szemléltetése czéljából a 4. sz. ábrát ezen czipő nélkül készittettük.

Úgy az alszártok, valamint az aczéltalp és műláb hossza néhány cm.-nyire szabályozható.



5. ábra.

Készülékével a fiú csakhamar jól járt, jelenleg minden nehézség nélkül szalad és ugrik is vele. Gerinczoszlopát nem scoliotizálja.

A fiut elbocsájtottuk, időnként azonban szülei behozzák, hogy kóros végtagjának fejlődését a járás functionális ingere mellett megfigyelhessük és diaphysis csonkjának növekvését röntgenographiával is ellenőrizhessük.

Irodalom. 1. *Rédard*: Deuxième contribution à l'étude des difformités du pied en rapport avec l'absence congénitale des os de la jambe. Revue mensuelle des maladies de l'enfance. Septembre 1906. et Février 1893. — 2. *H. Grisson*: Angeborener Defect der Oberschenkeldiaphyse. Arch. für klin. Chir. 1895. 49. kötet, 1. füzet, 252. l. — 3. *F. Lange:* Über den angeb. Defect. der Oberschenkeldiaphyse. Deutsche Zeitschr. für Chirurg. 1896. 43. kötet, 528. l. — 4. *G. Lotheissen*: Über angeb. Mangel des Oberschenkelknochens. Beiträge zur klin. Chirurg. 1899. 23. kötet, 1. füzet, 139. sz. — 5. *E. Kirmisson*: Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale. Paris. 1898. — 6. *M. Reiner:* Über den congenit. Femurdefect. Zeitschr. für orthop. Chirurg. 1901. IX. kötet, 544. l. — 7. *Blencke:* Über congenit. Femurdefect. Zeitschr. für orthop. Chirurg. 1901. IX. kötet, 584. l. (Az eddigi irodalmat is mind felsorolja). — 8. Über angebor. Defectbildung am Oberschenkel. Archiv für. Gynäk. 1902. 65. kötet, 1. füzet, 113. lap. — 9. *Drehmann*: Über congenitalen Femurdefect. Centralbl. für Chirurg. 1902. 24. sz. 652. l. — 10. *Joachimsthal:* Angeborener Oberschenkeldefect und Coxa vara. Zentralbl. für Chirurgie 1903. 9. sz. 261. l. — 11. *A. Lüning* u. *W. Schultess:* Atlas und Grundriss der orthop. Chirurgie. Lehmann, 1901. XXIII. köt. — 12. *A. Hoffa:* Lehrbuch d. orthopädischen Chirurgie. 1002. 4. kiad. — 13. *J. Riedinger*: Wesen, Ursachen und Entstehung der Deformitäten. In Handbuch d. orthopäd. Chirurg. I. Lieferung. 1904. — 14. *Welsenburg:* Das Versehen der Frauen. 1899. — 15. *H. Ploss. herausg. von M. Bartels:* Das Weib in der Natur- und Völkerkunde 1902. 7. Aufl.

TÁRCZA.

Bevezető előadás a nemi betegségek terjedése ellen létesítendő országos egyesületnek alakuló közgyülésén.

Tartotta: *Ráskai Dezső* dr.

(Vége.)

Az országos közegészségi egyesület 1905. november 14.-én tartott választmányi ülésén elfogadta régebben tett indítványomat egy a venereás betegségek ellen szervezendő küzdelem tanulmányozására kiküldendő állandó bizottság tárgyában.

Ezen állandó bizottság munkálatainak során azon meggyőződésre jutott, hogy a maga elé tüzött munka tervszerü végrehajtásának érdekében, valamint a czélszerü organisatio szempontjából a munka egy részét egy országosan szervezendő védőegyesületre ruházza át, mely mint könnyebben mozgó, kevésbé kötött és nagyobb agitatorius eszközökkel felruházható szervezet a védekezés gyakorlati kivitelét magára vállalná. E határozatnak végrehajtását megkönnyítette az a körülmény, hogy egy ily egyesület megalakítását czélzó törekvés társadalmi úton épen e bizottság néhány tagja által már megindíttatott és visszhangra talált.

Nem lehet feladatom, hogy alakítandó egyesületünk programmját és munkatervét e helyütt és ez alkalommal bővebben kifejtsem. Csak a legfontosabb kérdések egynehányát akarnám röviden érinteni.

Valamely betegség csökkentésére, és ha lehetséges megszüntetésére irányuló küzdelemnek kettős a feladata: a baj megelőzése és a már megszerzett vagy meglevő baj meggyógyítása.

A ragályos betegségek az emberiségnek régi gonosz ellenségei. Az egészséges, tiszta élet ellen küzdő serege ez a pusztulásnak, mely a káros szervezetek myriadjaival vonul fel ellenünk, hogy szenvedést, elfajulást, nyomort, halált hozzon az emberiségre. És mivel ezt a milliófejü ellenséget puszta szemmel nem láthatjuk, azért oly félelmetes, azért oly borzasztó az általuk keltett veszély.

A tudománynak feladata, hogy szemet kölcsönözzön, a melylyel a veszélyt felismerjük, és hogy megmutassa az eszközöket, a melyekkel ellene küzdhetünk. Először a nép szemeit élesítsük a környékező veszélyek megismerésére, mert a nép tudatlanságában vak és csak a tudás biztositja a győzelmet.

Ki kell hámoznunk a nemi életről, a nemi bajokról szóló tudományos igazságokat az évszázados előitélet által képezett, s az e bajok kezeléséből élősködő kuruzslók, lelketlen reklámorvosok haszonleséséből szött tévtanok és hazugságok vastag burkából.

Mert az az álszemérem, mely még most is sokakat visszatart, hogy bajukat szakszerüen gyógyíttassák, az e bajok fertőző képességéről, lényegéről, jelentőségéről és horderejéről való teljes tudatlanság, mely e bajokat, mint titkosakat, nem az orvos, hanem a hirdetők, mystikus szédelgők, kuruzslók rosszhiszeműségére bizta, egyik oka e bajok terjedésének.

E mellett egyesületünk teljes tekintélyét vetjük latba azon immár orvosilag kétségbe nem vonható ténynek hatásos terjesztésére, hogy az egészséges embernek a nemi tartózkodás nem árt. Az egészség, a testi és szellemi functiók épsége és zavartalan működése a nemi életet nem tételezi fel és nem kivánja. Ezzel szemben állanak azon veszélyek, a melyek a házasságon kivüli nemi érintkezést nyomon követik a nemi bajok nagy elterjedése miatt. Nem moralizálni akarunk, legalább nem a szó odiosus értelmében. A természet által adott ösztönök sem rosszak, sem erkölcstelenek; de míg egyrészről a könnyen elkerülhető túlzások és eltévelyedések kárhoztatandók, addig másrészt egészségi okokból senki se szerezzen magának nemi bajt.

Nem kivánunk lehetetlent, nem többet, mint a mit magunk is megtarthatnánk, de át kell hogy menjen a köztudatba, hogy az érzékiségnek féktelen megnyilatkozása nem a férfierőnek, hanem a férfi gyengeségének jele.

Nekünk pedig küzdenünk kell a nemi vágyakat fokozó vagy idő előtt felkeltő érzékiség ellen, és igy, különösen a nagy városokban, gátját vetni a kereskedői haszonlesésből származó, művészi érték nélküli, érzékesiklandozó látványosságoknak, törekednünk kell az irodalmi érték nélküli pornographiának terjesztését, mely fővárosunknak szomorú hirü specialitása, megnehezíteni.

Csökkentenünk kell a prostitutio veszélyeit, nyesegetni kinövéseit, korlátozni a keresletet messze túlhaladó kinálatot, a kinálatnak megbotránkoztatóan tolakodó módját, fel kell világositanunk az ifjúságot a titkos prostitutio veszélyeiről. Kutatnunk kell, hogyan lehet a titkos prostitutio forrását elzárni, hogyan lehet a folytonos odatódulást megakasztani. Kutatnunk kell azon gazdasági és sociális okokat, ha azok megszüntetéséhez csak kevéssel járulhatunk is hozzá, a melyek végzetszerü biztonsággal a prostitutio karjaiba sodornak, nem veleszületett hajlamból, nem beteges érzékiségből, nem dologkerülő henyeségből, hanem rettentően szomorú sociális viszonyok nyomása alatt egész néprétegeket, első sorban annak nőtagjait. Munkásnők, cselédek anyagi és

erkölcsi szinvonalának emelése, a munkáslakás-viszonyok javítása, a leánykereskedelem korlátozása, a kiskorúak védelme, a cseléd-ügy rendezése, a házasságon kivül született gyermekek jogainak növelése, a magas tartásdíjak, csábítás büntetése, különösen a munkaadó részéről, a felelősség érzetének növelése a nemi érintkezésben: ime a sokból kiragadott nehány tényező, a melyektől a nemi életben uralkodó szabadság korlátozását remélhetjük, s a prostitutio ijesztő növekedését talán csökkenthetjük. Csak csökkentjük, mert tisztában vagyunk azzal, hogy a prostitutio ebben vagy abban a formában megmarad. A mint virágzott az ókor hetaera-kultuszában, a mint túlélte a középkor legborzasztóbb büntetésekkel és megbélyegzésekkel járó rendszabályait, a mint özönlött a tridenti zsinathoz, úgy özönlik majd a milanói világkiállításhoz. A mint letelepedett az ókorban az országutak mentén és követte a középkorban a keresztes hadjáratok seregeit, úgy özönlik az újkor nagy városai felé és növekedik meg mindenütt ott, a hová a munka vagy az élvezet férfiakat nagyobb számban gyüjt egybe.

De ez a társadalmi törvény nem lehet ok arra, hogy ki ne vegyük részünket abból a nemzetközi mozgalomból, mely még a kapitalistikus termelés által teremtett munkásviszonyok határain belül is a prostitutio felé való áramlást korlátozni akarja, hogy ne törekedjünk arra, hogy ha a prostitutiót mint a férfi erkölcs egy termékét nem is szüntethetjük meg, azt lehetőleg veszélytelenné tegyük a rendszabályozás, az ellenőrzés és orvosi vizsgálat mai módszerének javítása, tökéletesítése útján, a gyógyíttatás lehetőségének megkönnyítése és a gyógyítás eredményeinek biztosítása által.

Törekedni fogunk saját erőnkből, tisztán társadalmi úton oly eszközök birtokába jutni, a melyek feladataink megvalósítását lehetővé teszik. Azért apellálunk az egész társadalom segítségére, áldozatkészségére. Működésünk sikerének egyik alapfeltétele a legszélesebb körü nyilvánosság, az agitatio minden eszközének felhasználása. Nem várhatjuk, hogy hatósági vagy magánorvosok, tanítók, jegyzők vagy más hatósági személyek, egyedül a jó ügy iránti lelkesedésből, a felvilágosítás és kitanítás nehéz feladatát magukra vállalják. Ezért kell az egész mozgalmat magunknak szerveznünk és fenntartanunk. Intő lapok, röpiratok, népszerű, de szakavatottan megirt füzetek, könyvek tömeges terjesztése útján, de főleg congressusok, nyilvános felolvasó estélyek, sorozatos előadások megtartása által. Kiküldünk esetleg a vándortanítók példájára orvosokat, kik a tárgy feletti uralom mellett, jó előadó és szónoki képességgel felruházva, demonstratiós táblákkal ellátva, községházakban, kaszinókban, olvasókörökben, szakszervezetekben, a *két nemnek különváltan* és csak *felnőtteknek, erre éretteknek előadásokat* tartanak, de nem praktizálnak.

A felnőtteket, éretteket azért hangoztatom, mert nézetem szerint valamely veszélyre csak azt kell figyelmeztetni, a kinél a veszély már az eshetőségek körébe jutott. Az ifjúságnak időszerütlenül korai felvilágosításával rendesen a szándékolttal ellenkező hatást érünk el.

Az előadások megtartására azért fektetünk különös súlyt, mert tudvalevő, hogy különösen a vidéki ember az előadást mohó kiváncsisággal hallgatja meg, míg könyvet még akkor sem olvas szivesen, ha ingyen kapja.

Az elmondottakban magunk elé tüzött működésünknek sem teljes, sem összefüggő képét nem akartam adni. Csak kiragadtam a sokból nehány pontot, hogy a reánk váró feladatokról némi fogalmat nyujtsak, hogy megmutassam az irányt, a melyben mozgalmunk és ez egyesület megalkotói haladni akarnak. Sok a tenni valónk, tudjuk, hogy minél tovább haladunk, minél jobban mélyedünk majd munkánkba, annál inkább nő majd terjedelme.

De ha Önök velünk lesznek, ha munkánkban támogatnak, a melyet Önökért, gyermekeikért vállaltunk magunkra, akkor akadálytól és fáradságtól vissza nem rettenve, haladunk majd a megkezdett úton.

Tudjuk, hogy igen sokan még azok közül is, a kik hivó szavunkra ide eljöttek, törekvésünket ábrándnak tartják, a melyből igen keveset vagy talán semmit sem válthatunk valóra. Ez a bizalmatlanság nem csüggeszt. Nem bizalmukat kérjük előre: kritizáljanak, csak ne legyenek irántunk közönyösek. A messze távolságok felé vezető utat sem a practikus emberek, hanem az idealisták mutatják meg, kik végső eredményben mindig megtartják igazukat. A lehetetlent tüzik ki czélul és midőn így ellentmondásra izgatnak, ép ellenzőik által bővitik ki a lehetőségek határait. A mindennapi élet útvesztőiben az általuk kitüzött czélok képezik a csillagot, mely a pusztában barangolóknak megmutatja az utat.

Fejtegetéseim végéhez értem. Tudom, hogy a kép, a melyet önök előtt feltártunk, nem vidám: szenvedés, betegség egyik oldalon, óvatosság, tartózkodás, örömökről való lemondás a másikon. És midőn mégis táborunkba akarjuk gyüjteni a társadalmat, a szülőket, az ifjúságot, akkor tudjuk, hogy e sötét, komor képeken túl derültebb tájra vezérelhetjük, oly körbe, a hol tisztaság, egészség, elégedettség otthonos.

Németország népessége az utolsó öt év alatt alatt 8%-kal növekedett; a sociális, jóléti és közegészségi intézmények egész legioja gondoskodik a rohamosan növekvő népesség javáról, minden e czélt szolgáló mozgalom lelkes visszhangot kelt. Magyarország az elmult 1905. évben a tengeren túli és szomszéd országokba történt kivándorlás útján 220,000 munkabiró embert veszített, a mivel szemben áll 140,000 újszülött, a kiknek a fele a 2. életévét alig éri el. A valóságos veszteség lélekszámban, még ha e két számot egyenértékünek veszszük is, 80,000 lelket tesz. E szomorú statistika a mi mozgalmunknak nemcsak általános emberi jelleget kölcsönöz, hanem nemzetfenntartó missioval is ruházza fel. Ha annyi ezer ember nem találja meg e szerencsétlen országban kis igényü létének eszközeit, ha áldatlan viszonyok, a melyeket e történelmi helyről még érinteni sem akarok, annyi munkabiró és munkára vágyó embernek teszi életét elviselhetetlenné, úgy legalább járuljunk hozzá, hogy e kegyetlen életküzdelemben betegség ne bénítsa a munkás karját, hogy testi szenvedéstől óvjuk meg az egyént, hogy tartsuk meg egészségben e folyton kevesbedő fajt, hogy e nemzet jövendő nagy feladataihoz nemcsak értelmileg érett, hanem testileg is ép, egészséges nemzedéket találjon.[1]

Egészségügyi szolgálat az óczeánon.

— Különös tekintettel a magyar kivándorlási járatokra. —

(Folytatás.)

Általánosan elfogadott szabály például egész Európában, de Amerikában is, hogy a nagy városok éjjeli menedékhelyeit igénybe vevő egyének addig nem bocsáttatnak a hálóterembe, a míg langyos fürdőben nem volt részük. Ha nem akar megfürödni, mert ez is megtörténik, egyszerüen elutasítják. Már most, ha ezt az előzetes fürdést az egészségügy szabályai megkövetelik az éjjeli menedékhelyeken, mennyivel szükségesebb követelmény ez egy olyan hajón, a mely rendes körülmények között is tizenhat napot tölt a tengeren.

Lássuk csak a kettő között a különbséget és a hasonlatosságot.

Az éjjeli menedékhelyek hálóhelyiségei magas, tágas termek, a melyek a szigorúan keresztülvitt kettős rendszerü szellőztetés minden kellékével birnak. Nem szabad elfeledni, hogy ezen termek ablakai télen-nyáron reggel hat órától délután négy óráig állandóan nyitva vannak, míg éjszaka a legmodernebb szellőző készülékek működnek; az este bevonulók tehát, azt mondhatni, absolut tiszta levegőt kaptak. A hálóteremben egymástól távol álló, kényelmes (és nem egymás fölé helyezett) ágyak állanak, melyek a közvetlen érintkezést feltétlenül kizárják. Az ágyakat mindennap tiszta huzattal látják el, valamint gondoskodnak arról is, hogy a körülbelül egykorúak lehetőleg egy terembe kerüljenek; a nem szerinti elkülönítés magától értődik. Az éjjeli levegőfogyasztás pedig jóval előnyösebben alakul egy személyre nézve, mint például azokban az úri hálószobákban, a hol együtt aluszik egy hat tagból álló család. És daczára annak, hogy az egészségi védelem tekintetében úgyszólván minden lehető intézkedés meg van téve, a fürdés mégis szigorúan megkövetelt előfeltétel.

Egy több mint ezer lelket szállító kivándorlási hajó sajátos

[1] Tördelési hiba folytán a mult számban a második hasáb öt első sora a harmadik hasáb élére került.

viszonyaiban rejlenek azok az okok, a melyek lehetetlenné teszik, hogy az éjjeli elszállásolás kérdését a fennebbi módon oldjuk meg. A kivándorlóhajónak utasokat szállító fedélközi része két és fél meternél ritkán magasabb, a B. M. rendelet csak két metert ir elő. Ezekben a helyiségekben vannak egymás felett két sorban elhelyezve az ágyak, rendesen tizenkettő egy sorban; nagyobb területen több. A B. M. szabályrendelet szerint az ágyaknak 1·80 m. hosszúaknak és 0·60 m. széleseknek kell lenni. Az ágyak csak annyira vannak egymástól elválasztva, hogy az utasok össze ne guruljanak; a szalmazsákon huzat nincs és mindenki egy ugyanazon zsákon fekszik tizenhat napon keresztül. Könnyen megérthető ebből, hogy éjszaka idején a közönségnek csak annyi levegő jut, a mi valamivel több a feltétlenül szükségesnél, daczára a legszigorubban keresztülvitt szellőztetésnek és tisztogatásnak. És ez az óczeánjáró hajókon nem is lehet másképen. Itt az egészségügyi rendszabályoknak feltétlenül gátat vetnek a hajó sajátos viszonyai, a melyek nem engedik, hogy a szárazföldi elméleteket ideálisan vigyük keresztül. De viszont vannak dolgok, melyeknek keresztülvitele a hajón nemcsak hogy nem ütköznék a hajó sajátos viszonyaiba, hanem a melyek sokkal könnyebben megvalósíthatók, mint a szárazföldön, nem is beszélve az egészségi védelem és követelmény szükségességéről.

A kivándorló hajók fedélközi utasai és az éjjeli menedékhelyeket igénybe vevő közönség között, általánosságban beszélve, 75%-ban nincs különbség. Sőt tapasztalásból mondhatom, hogy például Amerikában az éjjeli menedékhelyet igénybevevők minden tekintetben magasabb szinvonalán állanak a tisztaság, az intelligentia stb. stb. követelményeinek, mint a fedélközben utazók elitje. Sajnos, mi Európában még nem vagyunk ennyire és épen ezért az európai viszonyokból kell levonni a következtetéseket. Mivel pedig, mint mondám, e két contingens között különbség alig van, mindegyiknek egy elbirálás alá kell esni az egészségügy szempontjából.

Az összehasonlítás már magában is igazolja azt az elvet, hogy a fürdés szükséges követelmény az olyan hajón, a mely tizenhat napot tölt tengeren. A hajóra szállás előtt ugyan meg kellene fürödniök a kivándorlóknak, de ez is csak papiroson van meg részben, mert én igen sok olyan utast hajóztam be, a ki egyenesen a vasútról jött és így nem fürödhetett meg. De tegyük fel, hogy ha az 50,000/904. sz. B. M. rendelet 39. §-a szerint minden egyes kivándorló részesül is fürdőben, azt hiszem, nem koczkáztatok meg valami vakmerő véleményt, ha azt állitom, hogy ez nem elég.

Ha az éjjeli menedékhelyek lakóinak kötelező fürdése egészségügyi követelmény, akkor ugyanannak kell lenni a hajón is. Tessék elképzelni azokat az ágyviszonyokat, a hol közvetlen egymás mellett hevernek tizenhat napon keresztül az emberek egy és ugyanazon fekhelyen. Hiszen hiába tartjuk mi azokat a szük „vaczkokat" a legnagyobb rigorositással tisztán, ha nem nyujtunk a benne fekvőnek módot arra, hogy testét tisztán tarthassa. Azt mindenkinek be kell látni, hogy ha magán a tényen nem lehet változtatni, akkor a körülményeket kell lehetőleg úgy alakítani, hogy abból ne kár, hanem haszon fejlődjék. Éjjeli menedékhelyen, kaszárnyákban feltétlenül praecisebben alakulnak az egészségi viszonyok; egyik helyen sincs meg még a relativ túlzsufoltság sem, és a fürdés, mosdás feltétlenül kötelező. Azt hiszem, nem mulatságból sorozták ezt a szabályok közé. A kinek alkalma volt vidéken orvosgyakorlatot folytatni, az tudja, hogy milyenek a mi kezdetlegesnél is kezdetlegesebb szegényházaink és borzongva gondolt arra, ha mint orvosnak kellett oda a lábát betennie. Pedig, hogy ott a viszonyok olyan rettenetesek, csakis a fürdés hiányának lehet betudni.

Igazán csodálatos a magyar paraszt eszejárása. A legnagyobbrésze ruhástól fekszik az ágyba és ruháját nem veti le éjszakára az egész tizenhat nap alatt. Ha valaki megkérdezi, miért teszi ezt, azt feleli, hogy nem lehetvén fürödni, fél, hogy a mellette levőtől ragad rá valami. Ezt nem argumentumnak hoztam fel, csak curiosumnak. A tengeri hajókon a fürdés lehetővé tétele mindenesetre hozzájárulna az egészségi védelem hathatósabb keresztülviteléhez.

Sejtette ezt az a valaki is, a ki az 50,000/904. sz. B. M. rendelet egészségügyi részét összeállította. Elvben ott is elismerik, hogy a test tisztántartása, a fürdés egészségügyi követelmény a hajón, de csak elvben. Itt is, mint a mi szerencsétlen, összetákolt egészségügyi törvényünk és egy könyvtárt kitevő ministeri rendeleteink egész mezején, zöldasztal-theoriával találkozunk.

Az idézett rendelet 13 § a így szól:

A kivándorlók számára annyi mosdóhelyet kell létesiteni, hogy a hajón lévő összes kivándorlók két óra alatt megmosakodhassanak. A mosdáshoz elegendő mennyiségü édes vizet kell rendelkezésre bocsátani.

Minden hajón *két-két kádfürdőnek* kell lennie, külön a férfiak, külön a nők részére.

Azokon a hajókon, a melyeknek menettartama egyik kikötőből a másikba nyolcz napnál tovább tart és a melyek a 30. északi szélességi foktól délre közlekednek, olyan zuhany-berendezésü fürdőt kell létesiteni, hogy azt a hajón lévő összes kivándorlók öt százaléka egyidejüleg használhassa.

A mint ez a paragrafus is mutatja, a B. M. rendelet is tisztában van azzal, hogy fürdés és mosakodás szükséges az egészségi védelem szempontjából. De hát miért van ez csak elvben kimondva a fürdésre nézve, és ha csak elvben követeli a rendelet, akkor miért van ez az utolsó pontja a paragrafusnak — a rendeletben utolsóelőtti, — egyáltalában felvéve? Miért van feltétlenül kikötve a nyolcz napon felüli út, a 30. szélességtől délre közlekedés a fürdés tekintetében?

Ha az ember theoriában és gyakorlatban is foglalkozott ezzel a kérdéssel, akkor valóságos homeri kaczaj vesz rajta erőt, annál is inkább, mert hamarjában nyilt kérdés marad az, hogy a rendelet naivitásán kell-e nevetni, vagy azon, hogy a rendelet a közönséget tartja naivnak?

Mindenki tudja, hogy a magyar kormány az ellenőrzés szempontjából, meg hogy némileg jobb viszonyokat biztosíthasson a magyar kivándorlók számára, az amerikai kivándorlást Fiumén keresztül biztosította. Biztosította úgy, hogy szerződéses viszonyba lépett a Cunard angol társasággal, mely társaság a kivándorlás czéljaira szolgáló hajókat járat Fiume és New-York között. Ennek a járatnak a beállítása is azt igazolja, hogy Magyarországból épúgy, mint a többi európai államból, a kivándorlók legnagyobb contingense Észak-Amerikának veszi útját. A ki a statistikai adatokat a kivándorlást illetőleg forgatja, az az első pillanatra láthatja, hogy Magyarország kivándorlása Dél-Amerikába, Ausztráliába, Dél-Afrikába és az Indiákra a statistikai adatok között egyáltalában nem szerepel. Nem szerepel pedig azért, mert oda kivándorlás nincs, sőt előreláthatólag nem is lesz; de magát az amerikai kivándorlást illetőleg is, a Braziliába való kivándorlást ez idő szerint törvény tiltja el.

Mivel a magyar kormány tudta, hogy a kivándorlás nálunk kizárólag Észak-Amerikára szorítkozik, a Belügyministerium, az 1903: IV. törvényczikk 6. §-ára támaszkodva, a kivándorlási útvonalat tíz évre Fiume—New-York között állapította meg.

Már most ebből az következik, hogy a Fiuméból New-Yorkba induló és a magyar állammal szerződéses viszonyban álló kivándorló hajók legalább is tíz éven belül, de azt hiszem azután sem jutnak abba a helyzetbe, hogy a 30. szélességü foktól délre közlekedhessenek, ha csak kéjutazásból előbb nem mennek le a Jóreménység fokáig, vagy megkerülve Dél-Amerikát, San-Franciscoban teszik partra az amerikai kivándorlókat. Egyéb európai kikötőkből indulnak ugyan dél felé személyszállító hajók, de azt hiszem, azokkal nem áll a magyar kormány szerződéses viszonyban.

Fiuméból tehát nem indulván olyan kivándorlóhajó, mely a 30. szélességü foktól délre közlekedik, semmi kilátás nincs arra, hogy a mi szegény kivándorlóink a tizenhat napi út alatt a zuhanyberendezésü fürdő áldásait élvezhessék. Pedig ime a ministeri rendelet maga is elismeri annak szükséges és jó voltát, de mit tehet arról, hogy a magyar kivándorlók csak akkor részesülhetnek a ministeri rendelet áldásaiban, ha majd Cochinchinába vándorolnak ki?!

Günther József dr.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Ludwig Török: Spezielle Diagnostik der Hautkrankheiten für praktische Ärzte und Studierende. Wien, 1906. Alfred Hölder.

A szerző, kinek a bőrgyógyászati irodalomban jól ismert és becsült neve van, nagyjelentőségü munkával lép az olvasó elé. A vaskos kötet szerény címe nem is sejteti a benne foglalt tudományos ismereteknek valóságos tárházát. Gyakorló orvosoknak és tanulóknak van szánva, pedig a dermatologiát szakszerüen müvelő orvosok számára is forrásmunkát képezhet, még pedig főleg azért, mert egészen új, és sajnos, eddig még szokatlan csapáson halad. Szerzőnek alapelve a diagnosis megállapításában a pathogenesis és a kórboncztani lényeg kiderítése; ezeknek klinikai szempontból vizsgálata képezi diagnostikájának alapfeltételeit. Ez az irány a jelen munkában folytatása és kiterjesztése annak a törekvésnek, melyet szerző már 11 évvel ezelőtt Philippson-nal együtt inaugurált (Allgemeine Diagnostik der Hautkrankheiten, begründet auf pathologische Anatomie, 1895). Hogy ez az irány az egyedül helyes, azt minden világosan látó orvos érzi; s mégis csak nehezen terjed. Pedig ezen iránynak kifejlesztése teljesen azonos értékü és jelentőségü azzal a dignostikai haladással, melyet mintegy hat évtized előtt *Skoda* teremtett a belgyógyászat terén.

Nagy haladásnak tekinthetjük és csak örömmel vehetjük, hogy szerző diagnostikája a bőrgyógyászatban ma már kellemetlen teherré fejlődött óriási nomenclaturának hadat üzen. Ez csak természetes folyománya a pathogenetikai irányzatnak. A ki ennek követője, az nem fog egységes ok jelenléte esetén nagyszámú münevet keresni, a míg a folyamat pl. a reactiv hyperaemiától a szövethalásig jut. A könyv áttanulmányozása közben egy másik jóleső tapasztalásra is jutunk, s ez az, hogy az úgynevezett elkülönítő kórismének csak igen szük hely jutott, noha azt a dermatologiai tankönyvek rendesen igen terjedelmesen tárgyalják. Ez mindkét esetben csak következménye a diagnostikai irányzatnak. Mert míg szerző kórboncztani alapon nyugó diagnostikájában valamely gyuladásos irhabeli megbetegedés mérlegelésekor már eleve elhanyagolhatja pl. a hyperplasia által létrejött bántalmakat, addig a hagyományos klinikai diagnosishoz szokott irónak igen sok és kórboncztanilag egymástól igen távol eső betegséget kell számításba vennie. Szerző munkájában irodalmi adatot csak egészen elvétve találunk, a leirásban mindig csak azon felfogást tárgyalja, a melyet ő elfogad. Ez a mód egyrészt elevenebbé, folyékonyabbá teszi a leirást, másrészt individualisabbá a könyvet. A szerző nyilt sisakkal lép az olvasó elé s igy nagyobb felelősséget is vállal magára, a mikor minden állitásáért helyt állani kénytelen. Természetes, hogy ezt nem minden szerző engedheti meg magának.

A könyv összesen harmincz fejezetre oszlik és az egész dermatologiai anyagot felöleli. A csoportositás, a hol csak lehetett, kórboncztani alapon történt. A betegségek mindig a legjellemzőbb és legfontosabb tünet szerint vannak az egyes csoportokban tárgyalva. Kivételt képeznek a hajzat és köröm betegségei, ezek czélszerüségi okokból egybe vannak foglalva. A kitünően megirott egyes fejezetek külön méltatása az eddigiek után talán felesleges s igy azokra nem térünk ki bővebben. Nem hagyhatjuk azonban említés nélkül, hogy egyik-másik fejezet különösen plastikusan és világosan tárgyalja a megfelelő betegségcsoportokat. Igy első sorban a II—IV. (reactiv vérérzavarok) és a XXII—XXIV. fejezetre (granulomák) hivjuk fel különösen az olvasó figyelmét. A könyv kitünő stylusban, nagy könnyedséggel van megirva. A tárgy feldolgozása mindvégig magas szinvonalú, szigorúan tudományos. Szerző könyvét mindezek alapján minden orvosnak és tanulónak, ki a dermatologia iránt érdeklődik és azt behatóbban megismerni óhajtja, melegen ajánljuk és csak azt sajnáljuk, hogy nem jelent meg magyarul is; de reméljük, hogy még erre is rákerül a sor. A 25 ívnyi könyv kifogástalan kiállitása kiadóját dicséri. *Guszman.*

M. Weinberger: Die Entwickelung und der gegenwärtige Stand der Röntgentechnik und Röntgendiagnostik innerer Krankheiten. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg, 1906.

A 38 lapra terjedő füzet kissé bővített foglalata szerző azon előadásának, a melyet a Röntgen-sugarak felfedezésének 10. évfordulóján tartott, s a melynek az volt a czélja, hogy tágabb orvosi körökkel ismertesse meg a röntgenezés technikájának alapelveit, valamint a Röntgen-sugarak hasznát a belorvostan körébe tartozó betegségek felismerésében. Ma már nem vagyunk szükiben a Röntgen-sugarakkal foglalkozó munkáknak; a mikor tehát épen ezen kis füzetre irányitjuk a figyelmet, teszszük ezt főleg azért, mert egyrészt egyszerü és világos előadásmódja, másrészt rövidsége miatt nagyon alkalmas arra, hogy a gyakorló orvos igényeit kielégitse.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A szívműködés neurogen és myogen elméletét állítja szembe egymással *E. Mangold.* Előadásában abból indul ki, hogy *Engelmann* szerint a neurogen ingervezetés és a neurogen coordinatio theoriája ma vitára sem méltó, minthogy „a szivizomzat mozgató ganglionokat vagy idegrostokat a szó közönséges értelmében nem is tartalmaz". Az egész szervezetben ily kivételes helyzettel még csak az ureter izomzata birna, mit *Biedermann* azzal akar megmagyarázni, hogy e szervek „bizonyos alacsonyabb embryonális fokon állapodtak volna meg".

A kérdés tárgyalásánál az automatismus fogalmának pontos meghatározására van szükség s e fogalmat a *Langendorf*-féle értelemben használja, mely szerint az automatismus „motoros készülékek azon képessége, melynél fogva magukban képesek, minden külső behatás nélkül, a mozgások okául szolgáló ingereket kifejleszteni".

Az *Engelmann*-féle álláspontnak a ganglion sejtek hiányára alapított részével szemben kiemeli, hogy mily nehéz a histologiai készitmények magyarázata s a histologiai technica mily hiányos. Pl. békánál *Engelmann* a bulbus aortae-t ganglionmentesnek állítja, mig *Löwit* ugyanott ganglionokat ir le, melyekről *Engelmann* kijelenti, hogy azok endothelsejtek és kötőszöveti testek. Mig *Engelmann* theoriája megalapitásánál arra hivatkozik, hogy a mollusca-, tunicata- és arthropoda-szíveken teljes kifejlettségben sem lehet ganglionokat és idegeket kimutatni, *Hunter* és *Carlson* 1904-ben fejlettebb technikájukkal kimutatták a jelzett idegelemeket ez állatokban is, sőt *Carlson* az arthropodaszívet illetőleg bebizonyítja, hogy rythmusa, vezetőképessége, coordinatioja *kizárólag* a jelzett idegelemek integritásától függ. Hasonló biztos példája a myogen eredetü szívfunctionak eddig még ismeretlen, mert a *His* jun. által kétségtelenül kimutatott embryonális pulsatioja a 36 órás és teljesen idegelemmentes tyúkébrény-szívnek oly időbe esik, melyben még az izomzat sem fejlődött ki. *(Bethe.)*

A myogen theoria szerint sem postulatum, hogy a szív minden részének egyenlő mértékü automatismusa legyen. Sőt *Engelmann* szerint minden gangliontartalmú része a szívnek ollóval való isolatio után is oly, vagy nagyobb gyorsasággal lüktet, mint az egész szív; a ganglionmentes részek azonban tartós nyugalomban maradnak, vagy vérrel való ellátás esetén is csak igen csekély szaporasággal rángatóznak. A functio kiindulása rendesen a nagy venáktól és a sinustól vehető fel, s a *Remak*-féle ganglionok „talán" trophikus befolyásuknál fogva bizonyos mértékig befolyással birhatnak a spontan ingerek létrejöttében.

Ha kétségtelen is, hogy az automatismus és rythmicitás tulajdonsága lehet ép úgy a protoplasmának, mint az izomsejteknek: minthogy emlős szívet még sohasem sikerült minden idegelemtől, főleg az idegrostoktól, physiologiailag elkülöniteni, csak valószinüségekről lehetne vitázni, de nem tények eredményeiről.

Igaz, hogy a már nem pulzáló és elválasztott békaszívcsúcsot, vagy a belőle készült csikokat villamos, chemiai vagy mechanikai ingerek által ismét rythmusos működésre lehet hozni, azonban automatikus mozgásokról ilyenkor a ganglionsejtektől való függetlenség értelmében lehet csak szó, de nem az automatikus mozgások azon meghatározása értelmében, mely szerint mozgásokat a szervben képződő, autochthon, belső ingerek váltanak ki; hiszen külső ingerek által a csontvázizmokon is lehet rythmusos mozgásokat kiváltani, de azért automatikus mozgásokra azok képesnek nem tarthatók. Maga a rythmicitás különben is alárendelt jelentőségü a kérdésben, mert nem tudjuk, vajjon az automatikus

mozgásingerek szakadatlanul, vagy rythmusosan keletkeznek-e. *Munk* azon észlelete, hogy az atrio-ventriculáris határnak tüszúrások által okozott ingerlésével rythmusos összehúzódásokat lehet kiváltani, nem a myogen automatismus, hanem csak a ganglionok nélkül is lehetséges rythmicitás mellett bizonyít. A *Gaskell* és mások által hidegvérüeknél, *His* jun. és *Hering* által melegvérüeknél kimutatott pitvargyomrocsi izomkötegek feltételezett automatismusát sem bizonyitja pl. *Engelmann* azon kisérlete, melynél a *Stannius*-féle lekötés után újból beálló összehúzódások vagy a gyomrocs felől indultak ki, vagy a gyomrocson és pitvaron egyszerre jelentkeztek. Pedig *Gaskell* szerint e rostok, mint az ébrényi állapothoz közelebb állók, fokozott automatikus ingerlékenységgel birnak. Ezen rostok t. i. a legnagyobb mértékben idegbővek, mely tulajdonság oka lehet a talált kisérleti eredményeknek.

Hoffmann szerint a sinus-gyomrocsi ingervezetést nem a nagyobb idegpályák eszközlik, hanem olyan elemek, melyek a pitvarfalban diffuse vannak elterjedve. Hogy ezek izomrostok-e, vagy a pitvarizomzat finom, velőtlen idegrostjai, az nem dönthető el. *His* mutatta ki, hogy az atrioventriculáris hídrostok megsértése után a pitvar és gyomrocs tovább pulzál, de pulsatiojuk allorythmusos. *Hering* ez izmok ingervezető rendeltetését azzal támogatja, hogy semmi czéljuk sem lehetne, ha helyettük a vezetést idegelemek eszközölnék; hogy mindkét (izom és ideg) tényezőben beálló hűdés nem tételezhető fel; hogy a centrifugalis extracardialis idegek befolyása az egyes szívrészeken külön, egymástól függetlenül érvényesül s így ezek ingereinek vezetésére is felesleges külön idegutak felvétele. Miután ezek szerint a coordinatio és vezetőképesség is független az idegelemektől, a ganglionok a myogenelmélet szerint csak a trophikus functiók és a vagusgátlórostok coordinatiojának fenntartására valók.

Az anatomiai módszerek haladása a neurogen elmélet mellett a régieken kivül sok újabb bizonyítékot nyujt a vezetés és coordinatio neurogen módját illetőleg, kimutatván, hogy a hídkötegekben böven vannak idegelemek, s hogy a szivizomzat minden részében rendkivül böven el van látva minden rostot körülvevő, finom ideghálózattal (*Heymans* és *Demoor*, *Hoffmann*). Viszont az is igaz, hogy a myogen elméletet is anatomiai leletekkel támogatják, vagyis az anatomiai eredmények egyik elméletet sem döntik meg és mindkettőt támogathatják. Mindezek alapján végeredményben azt véli, hogy *mindkét theoria ma még annyira szükölködik positiv bizonyítékokban, hogy egyiknek vagy másiknak feltétlen bizonyosságát elfogadni nincs jogunk.* (Münch. med. Woch. 1906. 10—11. sz.) *R. Zs.*

A Doyen-féle rákserum értékéről irt czikkükben *A. Paine* és *D. J. Morgan*, a londoni rák-kórház orvosai, először is 9 rákesetről számolnak be, a melyekben a Doyen-féle serumot használták. Az esetek közül 4-ben semmiféle befolyás sem mutatkozott; 2 esetben a befecskendezések után nagyon erős fájdalmak jelentkeztek; 3 esetben pedig többé-kevésbé súlyos általános zavarok (szivgyengeség, magas láz, fejfájás stb.) támadtak. A kedvező hatás teljes hiánya miatt a további kisérletezést beszüntették. Megjegyzendő, hogy az említett 9 beteget Doyen maga is látta és alkalmasnak mondta a szerével való kezelésre. A továbbiakban a Doyen-féle mikrococcus neoformanssal végzett állatkisérleteiket irják le a szerzők; daganatok sohasem képződtek. Az említett mikroorganismust rákos daganatokban elég sokszor megtalálták; csakhogy egyéb coccusok is elég gyakran találhatók rákokban. (The lancet, 1906. április 7.) Hasonló vizsgálatokról számol be *C. Jacobs* és *V. Geets* is. A mikrococcus neoformanst a vizsgált daganatok 90%-ában sikerült megtalálniok és 30%-ban tudtak tenyészetével egereken és fehér patkányokon daganatokat létesiteni. A Doyen-féle *serummal* végzett klinikai vizsgálataik teljesen eredménytelenek voltak. A Doyen-féle *vaccinekkel* ellenben sok esetben kedvező eredményt tudtak elérni, csak az a baj, hogy nem állandóan egyforma értékűek. Ezért ők maguk is előállitottak vaccineket, úgyszintén módszert is dolgoztak ki, a melynek segélyével már nehány befecskendezés után meg lehet mondani, hogy az illető esetben eredményes lesz-e a vaccinek használata. (The lancet, 1906. április 7.)

A saccharinnak — a mint ismeretes — sokan káros hatásokat tulajdonitanak. A kérdés tisztázására *Heijermans* gyüjtővizsgálatot indított meg. Diabetesben szenvedő 209 beteget kérdezett ki; az illetők túlnyomó többsége (180) 2—12 év óta használt rendszeresen saccharint. Nagyobb mérvü károsító hatás egy esetben sem volt kimutatható és csak 22 esetben voltak az észlelt kisfokú kellemetlenségek (étvágytalanság, keserü szájiz, szédülés stb.) több-kevesebb valószinüséggel a saccharinra visszavezethetők. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1905. december 30.)

Belorvostan.

Az idült szívbajok kezeléséről tartott előadást az ezévi német balneologiai congressuson *F. A. Hoffmann*. Ebben a szivbetegségeket a therapiás eljárások szerint osztályozza. *I. főcsoport*: 1. Digitalis-kezelésre alkalmas esetek („digitalis-szív") azok, melyekben a szív nem képes a vér szabályos áramlását a venákból az arteriákba fenntartani, s a vér a jobb szívben és a hasi szervekben halmozódik fel. Ez főkép mitralbillentyü és szivizombántalmakban áll be, de kivételesen bekövetkezhetik az aorta-szájadék vagy a vérerek betegségeiben is. Felismeréséhez nélkülözhetlen a II. hangok minőségének ismerete; nagyon kevés eredményt várhatunk a digitalistól ott, hol a II. hangok a szivbázison nem hallhatók, vagy az elsőknél gyöngébbekké váltak. Ha az első hangok váltak ékeltekké, egyenesen ellenjavalt a digitalis. Az említett irányadó jeleket kiegészitheti az irregularitás, és végszükség esetében a kisérletes digitalis-adás eredménye. 2. Jodkezelésre valók („jod-szivek") az anaemiás egyének, magas arteriás nyomással, kiknél a II. hangok túlerősek, s a csücs II. hangja jelentékenyen erősebb az elsőnél. Vesegyuladás, Basedow-kór, vérköpésre hajlam kizárandó. Ide tartoznak tehát az aortabillentyü elégtelensége, az aneurysmák, a központi vagy peripheriás arteriosclerosisok. *Romberg*-től eltérőleg, csak 4—6 hetes kúrákban alkalmazza a jodot. A jod hatásmódja nyilván a vér-viscositás csökkenésében áll; a vérnyomást alászállító szernek nem tekinthető. 3. Hidegvíz kúrák („hidegvíz-szivek") azon esetekben alkalmazandók, melyekben a szivbázis II. hangjai az elsőknél aránytalanul és feltünően gyengébbek. Legkifejezettebben a Basedow-kór képviseli ezt a csoportot, melyben a hydrotherapia mellett a tej- és vegetabilis diaetának jut nagyobb szerep.

II. főcsoport. Az ide tartozó gyógyeszközök nemcsak jól jellemzett és elhatárolt csoportokban, hanem általán minden szivbajban használhatók és ezért javalataik nem is oly pontosak, mint az első csoportbeliekéi. Ide tartozik 1. a balneotherapia. A *Gumprecht*-féle hatásmagyarázattal szemben, mely a szivre gyakorolt specifikus befolyások felvételén alapszik, csak a szervezetre gyakorolt általános hatásokat fogadja el, mint a bőrbeli keringés fokozása, a belső szervek vérének böséges levezetése és ezzel élénkebb átáramoltatásuk, a bél, máj, szív, tüdő, idegrendszer tonusának emelése. E kedvező általános hatások a vérkeringés útján eszközöltetvén, mindenekfelett a szívnek válnak javára, s innen van a szivbetegségek kezdeti állapotában feltünő kedvező hatásuk Ha a betegség még nem előhaladott, úgy asthmás állapot, stenocardia, oedemák, dyspnoea, arteriosclerosis nem képeznek ellenjavalatot. A szénsavas fürdő valószinüleg villamos fürdő által is pótolható; a fürdőhely megválasztásában pedig nem a szív állapota, hanem a beteg anyagi helyzete és egyéb egyéni viszonyai határoznak. A sanatoriumi kezelésnek előnyt ad. 2. A szív hygienejének fontosságát ma már általán elismerik; sokféle kúra tulajdonképen ennek köszöni jó eredményét. 3. A respiratio hatalmas adjuvansa a szívnek a vér áramlásában. Semmi más módon nem lehet oly biztosan erősítő vérhullámot juttatni a gyengült szívnek s a táplálkozását javítani, mint az erélyes légzéssel. A betegség korai szakában ezért a légzésgyakorlatok mindenkor alkalmazandók, de mindenekfelett ajánlja ezeket arteriosclerosisban, idős emphysemásoknál, bronchitises egyéneknél, anaemiásoknál.

Ezekkel szemben a szivmassageról, mint a szivet gyakorló eszközről, nem nyilatkozik kedvezően, s azt nem tartja ajánlatosnak. A többi közismert szer tulajdonképen csak tüneti kezelésre való, akkor rendszerint, mikor már az elérhető határáig érkeztünk s a szenvedéseken kell könnyitenünk.

Kiemeli végül, hogy az eventeratio diaphragmatica kezdeti fokai, melyeket más alkalommal „Magenblase" néven már leirt,

igen gyakoriak, s ez esetekben a gyomor (bél) a rekeszt a bal oldalon igen magasra tolván fel, a szívet teljesen dislokálhatja; gyomorbajok, habituális székrekedések, esetleg a rekesz izomzatának praedisponált gyöngesége lehet ezen eseteknek alapja, s azért a gyomor-bélbajok korai felismerése és kezelése kiváló hatású lesz ezen szivtünetekre is. (Berlin. klin. Wochenschrift, 1906. 14. sz.) *R. Zs.*

A dobverőujjak aetiologiájához. *Bernhardt M* tanárhoz 62 éves egyén fordult orvosi segélyért azzal a panaszszal, hogy jobb karját már hosszabb ideje csak tökéletlenül tudja mozgatni s benne nagy fájdalmai vannak. Ugyanezen végtag ujjai jellegzetes dobverőszerű elváltozást tüntetnek fel. Bővebb vizsgálatra kiderült, hogy az egyénnek aneurysmája van az aortaiven s az art. anonymán. Nyilván ennek a nyomása a karfonatra okozta az egyéb tüneteken kivül az ujjak csontjainak és izületeinek táplálkozási zavarain alapuló dobverőszerű ujjalakulást. Az utóbbi időben két, egészen hasonló esetet irt le *Berent* (1903) és *Grödel* (1906). Bernhardt Berentnek azon nézetéhez csatlakozik, hogy az ujjak ezen elváltozása mindig neuritisnek a következménye, melyet azonban toxinok is okozhatnak; igy magyarázhatjuk pl. a tüdővészes egyéneken is a dobverőujjak képződését. (Berliner klinische Wochenschrift, 1906. 12. sz.)

Thiosinaminnal meggyógyított bárzsingszűkület érdekes esetét közli a stettini városi kórház belosztályáról *Pollack* főorvos. A jelenleg 39 éves férfibetegnél 8 év előtt történt marólúgmérgezés következményeképen lassanként oly fokú bárzsingszűkület keletkezett, noha éveken át kezelték szondákkal, hogy még folyadék sem juthatott át rajta. A fokozódó hegzsugorodás folytán a bárzsingnak mind nagyobb részletei váltak átjárhatlanná, úgy hogy a szűkület, a mely eleinte 32 cm.-nyire volt a fogsortól, később már 18 cm. távolságban kezdődött. Fokozódó inanitio, erős köhögés, neuralgiás fájdalmak, pneumoniák, mediastinitis, empyema, pericarditis végre is gyomorsipoly képzését tették szükségessé, mire az állapot kissé javult; a köhögésnek és a neuralgiás fájdalmaknak továbbra is megmaradása miatt azonban az inanitio nemsokára ismét fokozódott. Ilyen, teljesen reménytelen állapotban kezdték meg a thiosinamin-befecskendezéseket. Az első befecskendezés 1905. julius 14. én történt és már 5 nap mulva, a 3. befecskendezés után sikerült vékony szondát a bárzsingon át bevezetni; ugyanekkor folyadékok is már bejutottak a gyomorba. Julius végén kisujjvastagságú, egy hónapal később pedig már a legvastagabb szonda keresztülhatolt; ugyanekkor a beteg már mindent egészen jól nyelt, akárcsak az egészséges ember. Természetesen a testsúly is rohamosan fokozódott (3 hónap alatt 34 fonttal); az erős köhögés és a neuralgiás fájdalmak úgyszólván egy csapásra megszüntek. A használt oldat, melyből minden egyes alkalomkor $^1/_2$ cm^3-t fecskendeztek be a karon, következő volt: Rp. Thiosinamini 2·0; solve in Glycerini 8·0, cui adde Aqu. destill. 10·0. (Die Therapie der Gegenwart, 1906. márczius.)

Sebészet.

Nem genyes bántalmak miatt végzett műtétek utókezelésében Bier-féle pangásos vérbőséggel tett tapasztalatairól számol be *Kaefer*. Ha t. i. ily esetekben a sebgyógyulás valamely zavara fenyeget (fájdalmak jelentkeznek, hőemelkedés áll elő, a sebszélek lobosak stb.), Bier-féle pangás alkalmazása mellett a lobos reactio visszafejlődik és per primam gyógyulás érhető el. Amputatióknál, exarticulatióknál szerzett bő tapasztalatai bátorítják szerzőt a közlésre; az említett módon gyakran ért el sima gyógyulást akkor is, midőn különben a fonalak kiszedésére lett volna késztetve. (Zentralblatt für Chirurgie, 1906. 10. szám. *Gergő.*

A hasseb hosszát appendixműtéteknél tárgyalja *Eiselsberg* tanár a „Zentralblatt für Chirurgie“ ez évi 11. számában. Nem híve a kis metszéseknek, a melyeket Bier nemrégiben ajánlott. Még pedig azért nem, mivel tapasztalatai szerint főleg heveny esetekben, melyek genyedéssel szövődtek, rejtett tályogokat a kis metszésen át nehezebben lelünk meg. Lezajlott appendicitisnél még inkább megengedhető Hahn és Bier kis hasmetszése, bár itt is összenövések esetén utólag vagyunk kénytelenek a sebet hosszabbítani. Hogy kis metszések varrata nehezebb volna, azt Eiselsberg tagadja. Híve marad a hosszabb metszéseknek, a nélkül, hogy adott esetben a kisebb incisiót mellőzné; csak módszerré tevését ellenzi. Tapasztalatai 494 appendixmütéten alapulnak.

Gergő.

A jóindulatú gyomorbetegségek sebészeti gyógykezelésével foglalkozik *Garré* tanár. A közelmultig szövődmény nélküli gyomorfekély esetekben a mütétet akkor ajánlotta, ha 2—3 gondosan végzett ulcuskúra eredménytelen maradt. Jelenleg a műtétet már akkor ajánlja, ha 1—2 kúra sikerre nem vezetett, mert azt tapasztalta, hogy a műtétnél gyakran súlyos elváltozásokat találunk, hogy a műtét jó prognosist ad, továbbá hogy a londoni kórházak statistikája szerint a gyomorfekély belorvostani kezelése gyakran sikertelen. E mellett szól *Bulstrode* 500 ulcus-esete is, melyek közül belső kezelés mellett meghalt 18%, a többi 82%-ból pedig 42% recidivált. A kérdés már most az, vajjon a fekély kimetszését, vagy gastroenterostomiát végezzünk-e?

I. *Egyszerü ulcusnál Garré* a gastroenterostomiát ajánlja, mert a gyakori pylorospasmust megszünteti, az aciditás kisebb fokú lesz, a gyomor nyugalomba jut. II. *Ulcus vérzéssel*: ha a vérzés nagyfokú, nem avatkozik be; ha kisebbfokú, ismétlődő, a gastroenterostomiát ajánlja. III. *Callosus ulcus* esetén szintén gastroenterostomiát ajánl. IV. *Hegcs pylorusszükületnél* sem pyloroplastikát, sem resectio pylorit nem végez; a gastroenterostomia alig 2% halálozással jár. V. *Perigastritis adhaesiva* eseteiben 12-szer végzett gastrolysist; e műtét némely esetben nem vált be, azért ilyen esetekben a gastrolysis mellett a gastroenterostomia végzését is ajánlja. VI. *Homokóragyomornál* gastroplastika, gastrogastrostomia és gastroenterostomia jöhetnek szóba. VII. *Perforationál* azonnali műtétet ajánl.

77 gastroenterostomiából (g.-ent. retrocolica post. varrattal) meghalt 6; 7 pylorusresectioból meghalt 1; 10 pyloro- és gastroplastikánál nem volt halálozás; 12 gastrolysisnél szintén nem volt halálozás; 5 jejunostomia közül meghalt 1; 4 divulsio pylori gyógyulással végződött. (Allg. med. Central-Zeitung, 1906. 7. szám.)

Steiner Pál dr.

Gyermekgyógyászat.

Pseudo-uraemia a gyermekkorban. *Birchmore* nagyobb számú gyermeken és serdülő korban levön olyan tüneteket észlelt, a melyek alapján uraemiára lehetett volna tenni a kórjelzést, pedig nem ez a baj forgott fenn. A tünetek rendkivül heves fejfájással veszik kezdetüket, a mihez fiatal gyermekeken görcsök társulhatnak. Egy-két óra mulva somnolentia következik be, a melyet nemsokára lethargiaszerű állapot követ: a gyermekeket nem lehet annyira sem magukhoz téríteni, hogy a legegyszerübb kérdésre választ adjanak. A bőr többé-kevésbe lilaszínű, az érverés lassú és gyenge, perczenként átlag 59; a lágzás felületes, száma perczenként 10—15; két esetben Cheyne-Stokes-légzés volt észlelhető. A hőmérsék 39 C° körül jár. A pupillák szükek, fényre nem hatnak vissza; csak egy esetben, melyben már kezdetben is látászavarok voltak, észlelt a comatosus szakban spasmodikus mydriasist. Fehérje a vizeletben nem mutatható ki, s már ez a körülmény arra utal, hogy nem uraemia okozhatja a tüneteket, a melyek hasonlítanak a muscarin-mérgezés tüneteihez. Minthogy pedig némely emésztészavar következtében olyan anyagok termelődhetnek, a melyeknek hatása a muscarinével egyező: a fentiekben vázolt kórkép az emésztő szervek valamely zavara folytán keletkezett autointoxicatiora vezethető vissza. Az ilyen esetekben első teendő atropin-sulfatot a bőr alá fecskendezni a légzésközpont izgatása czéljából; másrészt strophantint is adunk a szivmüködés javítására. A mikor a gyermeket sikerült már annyira felélesztení, hogy valamit bevehet, nagy adag sós hashajtót adunk és ezt az adagot fél óra mulva megismételjük. A hashajtó hatásának beállta után átlag 3 óra mulva szünik meg a coma. Az esetek egy részében idülten, huzamosan tartó somnolentia alakjában folyik le ugyanez az autointoxicatio; ezen idült esetek felismerését megnehezíti az a körülmény, hogy többnyire fehérje található a vizeletben. A therapia ilyenkor is a szív és a légzésközpont élesztésében, valamint a bélhuzam alapos kiürítésében áll. (Medical Record, 1906. január 27.)

Konyhasómentes táplálás vörhenyben. *Pater* vörhenyben szenvedő betegeinek egy részét tiszta tejdiaetán tartotta, másik részének pedig kissé változatosabb, de konyhasómentes diaetát rendelt (sótalan kenyér, tejes rizskása, burgonyapép, tojás vajjal, czukorral vagy tejjel). Az esetek mindkét sorozatában huzamosabb időn át pontosan megfigyelte a testsúlyt, a vizeletnek és benne a chloridoknak és a húgyanyagnak mennyiségét. Az eredmény az volt, hogy a konyhasómentes diaeta tulajdonképen kedvezőbb, mint a tiszta tejdiaeta: a testsúly azonnal gyarapodásnak indul, a reconvalescentia gyorsabban áll be, a jobb táplálkozás folytán a szervezet ellentálló képessége fokozódik a másodlagos fertőzésekkel szemben, chlorid- és húgyanyagretentio nincsen. A konyhasómentes diaetát a láz megszünése után azonnal meg lehet kezdeni. (Bull. et mém. de la société médicale des hôpitaux de Paris, 1906. 4. szám.)

Lumbális punctiót végeztek rendszeresen *Lesage* és *Abrami* olyan csecsemőkön, kiknél bármily okból meningeális tünetek voltak észlelhetők; majd a bonczoláskor megvizsgálták az agyburkokat s az idegrendszert és állatoltásokat is végeztek. Meglepődve tapasztalták ekkor a gümős agyhártyalob feltünő gyakoriságát. 29 eset közül csak négynél volt jelen klassikus klinikai kép, 25 esetben hiányoztak az összes klassikus tünetek. Ezeknél ellenben sajátságos tünetcsoportot észleltek: 1. előrehaladó állandó somnolentiát, 2. korai pupillamerevséget, 3. az érlökés és hömérsék közti aránytalanságot s 4. korai, állandóan előrehaladó lesoványodást. A lumbális punctioval kibocsátott folyadék cytologiai vizsgálatakor lymphocytákat találtak, s hét esetben megtalálták benne a Koch féle bacillust. Összes állatoltásaik tuberculosisra positiv eredményt adtak. (Bull. de la soc. médic. des hôp. 1906. január 26.) *Flesch Ármin* dr.

Gyógyszertan.

A szamárhurut gyógyítása euchininnel és aristochinnel. *Binz* tanár újolag felhivja a figyelmet a chinin kedvező hatására szamárhurut eseteiben. A hatásmódot illetőleg ma is azon az álláspontón van, a melyen 1868-ban volt, a mikor mint első ajánlotta volt a chinint ezen betegség ellen. Az a véleménye ugyanis, hogy a chinin a szamárhurut kórokozójának életképességét csökkenti. Hagy a chinin használata szamárhurut eseteiben még mindig nem terjedt el eléggé, azt abból magyarázza, hogy a chinint keserű íze miatt nagyon nehéz a gyermekeknek beadni. Ezért az euchinin és az aristochin nevü chininkészítményekre hívja fel a figyelmet, mint a melyek vízben oldhatlanok s ezért ízük nem érzik. Minthogy nehezen oldódnak, nem juthat egyszerre oly nagy mennyiség belőlük a nedvkeringésbe s azért mintegy felényivel nagyobb adagok adandók belőlük, mint a sósavas chininből. Mindkét szer legczélszerübben a készen kapható tabletták alakjában rendelhető, a melyeket mozsárban széttörünk és csokoládé- vagy czukorporral keverve adunk be. Savanykás italok (higított málnalé stb.) a por leöblítésére ne használtassanak, mert az euchinin és az aristochin némileg oldódik bennük és azért keserű íz mutatkozik, a mi a szer továbbhasználásának visszautasítására vezethet a gyermekek részéről. Ha azonban a gyermek már lenyelte a port, utólag valami savanykás ital még ajánlható is, mert a szernek a gyomorban való oldódását elősegíti. Arra is figyelmeztetni kell a hozzátartozókat, hogy legjobb a szert hányásroham után beadni, s ha a gyermek egy órával a bevétel után ismét hányna, újból beadni neki. Az euchinin rendelésekor jó a „purum“ jelzőt használni, hogy ezzel figyelmeztessük a gyógyszerészt arra, hogy csak euchinint szolgáltasson ki, ne pedig ennek valamely sóját. Az euchinin sói ugyanis vízben oldódnak s azért keserű ízüek. (Berliner klinische Wochenschrift, 1906. 15. szám.)

A vesipyrin nevü új antirheumaticummal és húgyfertőtlenitővel tett kisérleteikről számolnak be *Hoffmann* és *Lüders*. A vesipyrin vízben oldhatlan, csaknem íz- és szagnélküli anyag, a mely csak a bélben bomlik salicylsavra és phenolra; ez utóbbinak esetleges károsító hatását az egyidejüleg képződő kis mennyiségü eczetsav teljesen kompenzálja. A gyomrot nem támadja meg s izzadás sem keletkezik használata után. A szer használata javalt cystitis és pyelitis eseteiben, valamint általában akkor, a mikor a húgyutak fertőtlenítése szükséges; javalt továbbá izületcsúz, neuralgia, influenza eseteiben. Felnőtteknek naponként 2—5 gramm adható, legczélszerübben egy órás időközökben 1 grammos adagokban (Therapie der Gegenwart, 1906. 2. füzet.)

A haemorroisid nem más, mint a pentjasonának, egy Ázsiában honos cucurbitaceának kivonata, mely tabletta-alakban jön forgalomba. A végbél tartalmára oldólag hat, a nélkül, hogy hasmenést okozna vagy a nyálkahártyát izgatná, sőt ellenkezőleg, a végbél nyálkahártyájának érzékenységét csökkenti s azonfelül összehúzó hatást is fejt ki. Mindezek alapján visszeres végbélcsomók jelenléte esetén kifejezetten jó hatású, a mint azt többek között *Brings* állítja legújabban. A kedvező eredmény már nehány nap alatt mutatkozik, s ha a baj keletkezésének tényezőit sikerül megszüntetni vagy távoltartani, végleges, tartós gyógyulás áll be. Naponta 3 tabletta veendő be 2—3 héten keresztül. (Die Heilkunde, 1906. márczius.)

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A gelatináról mint antidiarrhoicumról lapunk egy előző számában már tettünk említést. *Herzberg* most évek óta szerzett tapasztalatai alapján arra hívja fel a figyelmet, hogy gelatina helyett borjúlábból készült leves is ($^1/_2$ kiló súlyú borjúláb 1 liter vízzel $^1/_2$ liter mennyiségre befőzve) nagyon jó eredménynyel használható diarrhoea eseteiben. Előnye a gelatinával szemben az, hogy nagyon olcsó és könnyen állítható elő. Typhus eseteiben is szokta adni, a mikor nem csupán a hasmenést csökkenti, hanem a táplálkozást is javítja. Ujabban pedig dysenteria eseteiben látott tőle jó eredményeket; ilyenkor előzőleg 30 gramm ricinus olajat ad. (Die Therapie der Gegenwart, 1905. november.)

Pruritus ani egy nagyon makacs, négy éve tartott esetében gyógyulást látott bekövetkezni *Klein* narcosisban végzett erélyes paquelinezés után. Az égetett terület utókezelése kamillateás ülőfürdők és lanolincrême alkalmazásából állott és négy hetet vett igénybe. Valami lényegesebb hegesedés nem maradt vissza. Véleménye szerint ez az eljárás idült pruritus vulvae egyik-másik esetében is meg volna kisérelhető. (Die Therapie der Gegenwart, 1905. november.)

A trygase nevü sörélesztőkészítménynyel különböző megbetegedésekben (furunculosis, eczema, pruritus vulvae stb.) nagyon jó eredményeket ért el *Domenico*. Különösen kiemeli e szer értékét diabetes mellitus eseteiben, nem mintha meggyógyítaná a bajt, hanem mert lehetővé teszi, hogy a beteg szénhydratokat vegyen magához, a menyiben az ezekből keletkező czukrot hasítja. Ilyen módon tehát a diabeteses beteg diaeteája sokkal változatosabbá tehető. (Zentralblatt für Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten, 1905. 21. füzet.)

Különböző scrophulosus bajokban (eczema, blepharitis et rhinitis scrophulosa) *Weclewski* nagyon jó eredménynyel használja a 10%-os jodipint belsőleg; kis gyermekeknek naponként $^1/_3$ kávéskanálnyit adat. (Deutsche Medizinal-Zeitung, 1905. 90. szám.)

Tüdőüszkösödés esetét közli *Storbeck*, melyben creosotal használatára (7·5 gramm pro die) feltünő javulás következett be, úgy hogy az illető beteg néhány hét mulva ismét munkaképes volt. (Allgem. mediz. Central-Zeitung, 1905. 42. szám.)

Vegyes hirek.

Kinevezés. A belügyminister *Prokess Antal* és *Keményffi Gyula* dr.-okat a székes fővárosi államrendőrséghez fizetéstelen rendőrorvosokká nevezte ki. — *Gruber József* és *Sefcsik Alajos* dr.-okat Máramarosmegye főispánja tiszteletbeli megyei főorvosokká nevezte ki.

Megbizás. A belügyminister a munkácsi állami gyermekmenedékhely igazgató-főorvosi teendőinek ellátásával *Markfeld Ignácz* dr. vágbeszterczei orvost bizta meg.

Ideggyógyitó osztály létesitése. A belügyminister megengedte *Niedermann Gyula* dr. cz. ministeri tanácsosnak, hogy az igazgatása alatt álló rákospalotai magángyógyintézet kötelékében külön ideggyógyitó osztályt létesíthessen.

Az ásványos és egyéb vizek szénsavval való telítésének szabályozása tárgyában a belügyminister a következő rendeletet bocsátotta ki: Ujabb időben gyakrabban fordulván elő az az eset, hogy ásványos és egyéb vizeket szénsavval telítenek, az országos balneologiai egyesület javaslatára s az országos közegészségi tanács véleményének meghallgatása után vizeknek szénsavval való telítésére és ily állapotban való forgalomba hozatalára nézve a következőket rendelem: 1. Asványvizek szénsavval telítve csak belügyministeri engedély alapján hozhatók forgalomba. 2. Az ásványvizeknek — legyenek azok bár savanyú vagy más természetű ásványvizek — szénsavval való telitése és telitett állapotban való forgalomba hozatala csak akkor engedhető meg, ha az illető forrás előzetes pontos mennyiségi chemiai analysis alapján mint ásványvíz már bir forgalmi engedélylyel. 3. Minden más szénsavval telített talaj-, kút-, forrás- vagy egyéb viz szódavíznek tekintendő s mint ilyen az 1894. évi 110,461. szám alatt kiadott belügyministeri szabályrendelet határozmányainak elbirálása alá esik. Az ezen pontban említett vizek forgalomba hozatalának engedélyezésénél a szükséghez képest elrendelhető az is, hogy a szénsavval való telítés előtt ezen vizek sterilizálás czéljából legalább 1/4 óráig felforraltassanak. 4. A szénsavval telített ásványvizek ép úgy, mint a természetes ásványvizek és a szódaviz az egészségügyi hatóságok ellenőrzése alá tartoznak s a mennyiben a rendeletileg megszabott feltételeknek meg nem felelnek, a forgalomból kitiltandók. Budapesten, 1906. évi márczius hó 28.-án.

A budapesti poliklinikán márczius hóban 4652 új beteg jelentkezett; a rendelések száma 11,191 volt.

A budapesti egyetemi I. számú női klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét márczius hó folyamán 81 esetben vették igénybe; a műtétek száma 69 volt.

Az egyetemi II. sz. női klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikum segélyét márcziusban 129 esetben vették igénybe. A műtétek száma 103 volt.

A kolozsvári önkéntes mentőegyesület márcziusban 175 esetben nyujtott első segélyt; ezenkivül betegszállitást végzett 33 esetben és mint mozgóőrség vonult ki 37 esetben.

A szabadkai önkéntes tűzoltó-testület mentő-osztálya márcziusban összesen 88 esetben nyujtott segélyt.

Meghaltak. *Ixel Soma* dr., Miskolcz város tiszti főorvosa, e hó 10.-én 66 éves korában. — *Wittchen Ernő* dr., a debreczeni közkórház alorvosa e hó 8.-án. — *Lobmayer A.* tanár, az országos szülő-intézet igazgatója Zágrábban, 62 éves korában.

A budapesti orvosi kör országos segélyegylete pénztárába befizettek: alapitványt Albecker Károly dr. Dunavecse 100, Gömöry Elek dr. Losoncz 20, Imrédy Béla dr. e. m.-tanár 100, VII. ker. orvostársaság 25, Egyesült budapesti fővárosi takarékpénztár 100, Novotny Lajos dr., kir. tan. Budapest, „Novotny Magdolna emlékezetére" 100, Szegvári László dr. Budapest 100, Tauszk Ferencz dr., kir. tan. 20, Meisels Vilmos dr. Budapest 20, Szűz István gyógyszerész Budapest 10, Lichtenstein Salamon dr. és Szenes Zsigmond dr. Budapest 5—5, dr. Egger Leó és Bódog gyógyszerész 50 és Budapesti központi takarékpénztár 50 koronát.

4—4 korona tagdíjat fizettek Ollariu Valér, Guszbet Ede, Marton Imre, Csillag Ignácz, Reisz Miksa, Szőke István, Stuchlik Tivadar, Varjas Gábor, Heller József, Rosenberg Samú, Lehner Jakab, Jánosi József, Mangold Henrik, Gergő Samú, Holczer Miksa, Kohn Ármin, Kreiner József, Stein Ferencz, Fuchs Károly, Hüvös Henrik, Hegyesi Béni, Fejér Dávid, Zsigárdy Aladár, Kocsis Elemér, Kovalszky Ferencz, Halász Andor, Ponyitzky Elek, Bojthár Ambrus, Rosenberg Jenő, Holländer Dávid, Kerekes István, Hoffmann Zsigmond, Rózsa Zsigmond, Kottler Sándor, Balkányi Vilmos, Papp Károly, Zirkelbach Antal, Weinhardt János, Venczel Tivadar, Reitzer Mór, Nádori Béla, Polgár Emil, Stahli Ignácz, Schwarcz Nándor, Kaiser Károly, Káldor Bertalan, Kanitzer Ignácz, Kollarits Jenő, Jendrássik Ernő, Iványi Ernő, Fried Samú, Ebner János, Dolecskó János, Csapodi István, Baán Sándor, Angyán Béla, Csillag Jakab, Donogány Zakariás, Gmellin Ottó, Korányi Sándor, Körmöczi Zoltán, Steiner József, Tóth Lajos, Nemes Károly, Steinberger Ármin, Platzer Sándor, Mann Mór, Sz. Moszáik Elemér, Fanta Adolf, Stern Ignácz, Auszterweil László, Nettel Ottó, Ruzsiny János, Krämer Lipót, Makara Lajos, Doktor Sándor, Molnár József, Simonyi Adolf, Grosz Menyhért, Csillag Gyula, Tenner Vilmos, Friedmann Adolf, Kovács Lajos, Kirchner József, Mandl Miksa, Veber Ignácz, Balogh János, Rüll János, Steiner Károly, Lévai Dezső, Perlesz Ede, Liszt Nándor, Gere Adolf, Csinár Miklós, Fehér Soma, Grűn Jakab, Moskovitz Ignácz, Hanke József, Engel Gusztáv, Venczel József, László Károly, Déri Henrik, Grünwald Elek, Rudy Béla, Krepuska Géza, Schlesinger Samú, Keller Miklós, Pataki Ármin, Stehlu Auréll, Bakó Péter (8 kor.), Schwarcz Márk, Porutiu Romulus, Tapay József, Porgesz Bertalan, Dohány Lajos, Simontsits Miklós, Radó Adolf, Szántó Armin, Villányi Béla, Kresméry Cyril, Szász Géza, Schön Hugó Pollák József, Czakó Zsigmond, Klein Arthur, Schönfeld László, Horváth Mihály, Wachsmann Ede, Dsida Sándor, Wachsmann Oszkár, Blau Adolf, Deutsch Ignácz, Mérey Sándor, Ecsedy Mór, Grasser József, Féja Ferencz, Kovács Sebestyén, Rózsa Imre, Celler Nándor, Breuer Mór, Kronberger Adolf, Müller Samú, Szabó Mihály, Huszár Adolf, Walkó Rezső, Kregori Ottó, Téry Ödön, Révész Zsigmond, Gerő Adolf, Kiss Gyula, Székely Sándor, Czilczer Benedek, Petruska Illés, Klein Mór, Weisz Mór, Gelényi Miksa, Csiky Ferencz, Rácz Adolf, Rameshofer Sándor, Szilágyi György, Lechner Károly, Láng Frigyes, Stankovics Géza, Szentkirályi István, Marganyai Gyula, Munk Jakab, Keith Károly, Haas Simon, Brunner Lajos, Polgár Károly, Iricz Ignácz, Raisz Aladár, Göllner Aladár, Dragits Imre, Fary Béla, Ungár Adolf, Gál Arthur, Bojniczy Géza, Glasner Ármin, Nagy Imre, Karsay Zoltán és Ormos Béla dr.-ok.

8—8 koronát fizettek: Terray Lajos, Náray Pál, Lichtfuss Antal, Berger Hugó, Somogyi Zsigmond, Szana Sándor, Borlován Péter, Kenyeres Balázs, Hámorszky Oszkár és Pavelka Ernő dr.-ok.

12—12 koronát fizettek: Kuti Elek, és Molnár Vilmos; 6 koronát Bernádi Dániel dr.; Flesch Salamon dr. Moson 15 kor. 50 fill.-t. Budapesten, 1906. április 1. *Katona József* pénztárnok.

Kisebb hirek külföldről. *Schaudinn* dr., a spirochaeta pallida felfedezője, megválik a császári egészségügyi hivataltól és a hamburgi „Institut für Tropenhygiene" kötelékébe lép. — *E. Aufrecht* dr.-t, a magdeburgi kórház ismert belorvosát, *F. Kretschmann* dr. magdeburgi gégeorvost, *K. Dapper* dr. kissingeni fürdőorvost és *P. Strassmann* dr.-t, a gynaekologia docensét a berlini egyetemen a tanári czímmel tüntették ki.

Syphilises fertőzés pióczák által. Pióczák alkalmazása után syphilises fekély támadt az illető helyen kis gyermeken. Kiderült, hogy a pióczákat közvetlenül előtte syphilises egyénen alkalmazták. (Notizen aus d. Gebiete der Natur- und Heilkunde, XVIII. 7. sz.)

A betegségek utáni reconvalescentia, a lábadozás időszakában szükséges, hogy a kimerült szervezet energiakészlete gyorsabb ütemben pótoltassék, mintsem azt a táplálékkal felvett anyagok tehetnék. Ily esetekben a természetes glycerophoshatok — lecithinek — rendelése van javalva, mint a melyeknek hatása alatt a testsúly gyorsabban gyarapszik és az idegrendszer megfogyatkozott lecithinje substitutáltatván, annak functionális zavarai is megszünnek. A lecithin rendelhető tablettákban (**tabl. lecithini Richter**, 3—8 pro die), granulákban (Lecithine granulée Richter 2—4 pohárkával), tejczukor alakjában (Lactolecithin Richter 2—6 kávéskanállal) avagy bőr alá fecskendezve (Lecithinol Richter naponta 1—2 fiolával). Anaemiás egyéneknél a vas pótszere gyanánt legújabban *bromlecithin-tablettákat* is rendelnek, a melyek a bromnak a lecithinnel való szerves vegyületét tartalmazzák.

Keleti orvosi műszergyáros gyártmányait olvasóink szives figyelmébe ajánljuk. Mint értesülünk, a gyár — a felemelt behozatali vámok által indittatva — a közel jövőben az összes orvosi műszerek, kórházi felszerelési butorok, sterilisatorok, gyógyvillany készülékek stb. gyártására is berendezkedik. Ma, a hazai iparpártolási mozgalom idején, talán felesleges is felhivni a figyelmet arra, hogy mit nyer ezáltal a hazai ipar és hogy mennyi szép pénz maradhat ez által az országban a magyar munkás kenyerére. Olvasóink helyesen cselekszenek, ha szükségleteik beszerzése előtt hazánk ezen elsőrangú czégének dúsan felszerelt raktárát saját érdekükben megtekintik.

Lapunk mai számához **Farbwerke vorm Meister Lucius & Brüning** czég **Orthoform** prospektusai vannak mellékelve.

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

„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, **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.

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

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. (XII. rendes tud. ülés 1906. április 7.-én.) 462. l. — 16. magyar balneologiai congressus és a magyar szent korona országai balneologiai egyesületének évi közgyülése. (Első ülés 1906. márczius 31.-én.) 464. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XII. rendes tud. ülés 1906. évi április hó 7.-én.)

Elnök: **Stern Samu.** Jegyző: **Kövesi Géza.**

Elnök az ülést megnyitja. Mult ülés jegyzőkönyvét hitelesiti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesitésére felkéri Győry, Rotter és Szabóky kartársakat.

Jelenti, hogy az egyesület könyvtára részére beérkeztek: *Hutyra-Marek*: Spezielle Pathologie und Therapie der Haustiere, 2. kötet. *Schultz*: Die Axendrehung des myomatösen Uterus és Zur Lehre vom Scheintod der Neugeborenen. Köszönettel vétetnek.

Jelenti továbbá elnök, hogy Szabadka város tanácsa meghivja az orvosegyesületet a Palics-tófürdő kiépitésére beérkezett és díjazott pályamunkák megtekintésére, melyek a mérnök-épitészegylet helyiségeiben láthatók.

Semmelweis családfája.

Győry Tibor: Némely (legújabban Schürer v. Waldheim) osztrák iró azon állitásával szemben, hogy Semmelweisnak szülei vagy nagyszülei vándoroltak be Magyarországba, Győry anyakönyvi adatok felkutatásával visszavitte Semmelweis magyar családfáját 1692-ig (Szikra község).

Myositis ossificans progressiva esete.

Singer Gusztáv és **Péteri Ignácz**: A XVIII. század közepétől mostanáig 66 eset ismeretes. Hazánkban 1889-ben Bókay János mutatott be egy esetet. Ez a második hazai eset. 4 éves fiúgyermek, kinél 1½ éves kora óta jelentkeznek a csontváz különböző izmaiban duzzanatok, melyek lassanként csontos anyaggá alakulnak. Jelenleg a tarkótáj izmai csontos pánczélt képeznek, mely az oldalsó megcsontosodott izmokkal együtt a fej teljes merev tartását eredményezi. A mimikai és rágóizmok szabadok. A mellkas és hát izmai is többé-kevésbé csontosodtak, a légzés abdominális typusú. A felkarok hajlitói vaskos csontléczczé alakultak és a latissimus dorsi és pectoralis major megcsontosodott kötegei által fixáltak a törzshöz. Az alkar és kéz izmai szabadok. A hasizmok hálózatos csontos fonalakkal átszőttek. A glutaeusok és alsó végtagok izmai szabadok. Igen fontosak és a kórtanra vonatkozólag kétségtelenül a congenitális eredetre utalnak a fejlődési rendellenességek, melyek esetünkben is jelen vannak. Ezek a hüvelykujj rövidebb volta, a hallux valgus, az os cuneiforme III. hiánya. Szellemi integritás mellett majdnem teljes mozgási képtelenség. A vegetativ functiók épek.

Pubotomia esete.

Rotter Henrik: N. S-né 1906. február 17.-én jelentkezik osztályunkon és tőle a következő anamnestikus adatokat kapjuk:

Első tisztulását 15 éves korában kapta meg. Négy esztendős korában tanult meg járni, gyermekkori rhachitisben szenvedett. Jelenleg hatodszor terhes. Az előző szülések a következőképen folytak le:

I. partus 1899. szeptember 16.-án, ikerterhesség. Az első magzat spontan születik meg élve, a második magzatot egy nappal később fogómütéttel hozta világra orvosa; a második magzat halva született, az első ½ éves korában halt meg.

II. partus 1901-ben lakásán. A magzatot haránfekvésből lábrafordították, extrahálták. A magzat halva született.

III. partus 1903-ban lakásán. Állitólag kihordott magzatot szült spontan; ez a gyermeke most is él.

IV. partus abortus 1904. május hóban.

V. partus abortus 1904. karácsony táján.

Utolsó menstruatioja 1905. május 14—17.-ig tartott; fájásai 1906. február 16.-án éjjel 11 órakor kezdődtek, 2 órával később folyt el a magzatviz. 1906. február 17.-én délelőtt 6 órakor jelentkezik osztályunkon és a vizsgálat a következőket deriti ki:

Hőmérsék 37·0, pulsus 88. Méh fundusa a bordaivet eléri. Magzat szivhangjai jobbra, apró részek balra. Magzat feje a medencze bemenetére illeszkedett, mozgatható. Hüvely tág, portio elsimult, méhszáj 4 ujjnyi, burok nem ép. A kimozditható fej nyilvarrata a harántban van, kutacska jobbra, közel a medencze tengelyéhez, nagy kutacs balra magasan, éppon elérhető. Nagy, kemény, csontos koponya.

Az asszony 145 cm. magas, gyermekkori rhachitis kifejezett jeleivel. Medencze: Spin. ant. sup. 25, crist. ilei 27·5, conjug. ext. 17 cm. Linea terminalis végig letapintható, promontorium igen könnyen érhető el, erősen beszögellő; conjug. diagonalis szüken 10 cm. A keresztcsont vájulata mindkét irányban lapos, a farkcsikcsont előre tekint és a keresztcsonttal hegyes szöget képez.

Ez esetben egy hatodszor szülő nővel van dolgunk, a kinél rhachitikus alapon fejlődött, általánosan szük, lapos medenczét találtunk. Arra való tekintettel, hogy az egyik magzatát állitólag a terhesség rendes végén spontan szülte meg, a mely magzat most is él, várakozó álláspontra helyezkedtünk abban a reményben, hogy ez a szülése is spontan folyhat le. Megkiséreltük a koponyának Hofmeier-féle impressioját Walcher-helyzetben is, azonban eredmény nélkül.

A szülés lefolyása a következő volt:

Február 17., délelőtt 8 óra: Hő 37·2, pulsus 92, sürű, erélyes fájások; fej kimozditható, magzati szivhangok jók.

Február 17., délelőtt 10 óra: Méhszáj eltünt, a kimozditható fejen almányi szülési daganat.

Február 17., délután 3 óra: Hő 37·5, pulsus 108.

Most tehát a hőmérsék már emelkedni kezdett, a pulsus is és az erélyes sürű fájások következtében a méh alsó szakaszának elvékonyodását is constatálhattuk. Az asszony érdekében tehát a szülés befejezésének indicatioja következett be.

A befejezésre alkalmas műtétek közül a sectio caesareán a feltételek már nem lévén meg, a magas fogó kisérlete, az élő magzat perforatioja vagy a pubiotomia között választhattunk.

Az asszony elhatározását tekintjük mindig irányadónak. Az asszony azt a nyilatkozatot tette, hogy élő magzatot kiván és ennek kedvéért szivesen beleegyezik nagyobb műtétbe is. Az élő magzat perforatioját tehát teljesen elejtettük. A szülés befejezésére tehát csak a magas fogó kisérlete állott volna rendelkezésre a pubiotomián kivül. Arra való tekintettel azonban, hogy a Hofmeier-féle impressio nem sikerült, arra a következtetésre kellett jutnunk, hogy a térarántalanság a magzat feje és a medencze közt oly nagy, hogy azt a magas fogóval legyőzni nem leszünk képesek, vagy ha igen, akkor is a magzat fejének olyan compressioja, esetleg sérülése árán, mely az anya intentiojával, hogy tudniillik élő magzatot hozzunk a világra, merőben ellenkezett. Ezért a pubotomiát választottuk.

Sudeck-narcosisban, a hólyag gondos kiüritése után, a szeméremdombon kitapintjuk a baloldali os pubis harántágának felső szélét, s itt 1½ cm.-es metszést ejtünk harántirányban egészen a csontig. E metszésbe illesztve a Doederlein-féle, erre a czélra szerkesztett aneurysma-tűt, csupán két ujjal a hüvely felől ellenőrizve a tű előrehaladását, az os pubis hátsó felszinén végig vezetjük, s a mint az alsó csontszélnél tapinthatóvá válik a nagy ajakban, egy kis incisiot készitve, a tűt kiszúrjuk. Belé akasztván a Gigli-féle fürészt a tű horgába, nehány tractio után a gracilis csontvázú asszony os pubisa át volt fürészelve. A vérzés egészen jelentéktelen volt. A csontvégek rögtön széjjel térnek s a köztük való távolság körülbelül 5 cm. Most már a legnagyobb könnyüséggel sikerül a fejet a medencze üregébe nyomni, s a Breisky-fogóval a II. koponyafekvésnek megfelelő mechanismussal 1—2 enyhe tractioval a világra hozni. Placenta 10 percz mulva Credé-féle expressiora születik meg, a burkokkal együtt, hiánytalanul; a méh jól contrahálódik. Méhüregöblités 1:6000 sublimat-oldattal. Az anya lágyrészei az os pubison s a nagy ajkban tett kis incisión kivül teljesen sértetlenek. A műtét után csapolt vizelet tiszta, a kis sebeket 3 csomós varrattal teljesen elzárjuk.

Magzat élő érett leány, 3700 gm. sulyú, 52 cm. hosszú, 34 cm. fejkerületű.

Műtét után az anya medenczéje körül egy lepedővel fixáljuk a medenczét s a két lábat pólyával egymáshoz kötözzük.

Az asszony láztalanul gyógyul. A medenczét rögzitő lepedőt másnap eltávolitottuk s helyébe egyik tomportól a másikig terjedő ragtapaszcsikokat alkalmaznunk. Első két napon az asszonyt csapolni kellett, a harmadik naptól fogva spontan vizel. Egy hét mulva a ragtapaszcsikokat is eltávolitottuk, lábait azonban a 18. napig, a mikor az asszony felkelt, összepólyázva tartottuk.

A 18. napon az asszony felkelt s járása mindjárt teljesen kifogástalan volt. A megejtett vizsgálatnál constatálhattuk, hogy a csontvégek különösebb callusképződés nélkül teljesen összeforrtak és tapintással a műtét nyoma egyáltalán észre nem vehető.

A magzat jól fejlődött, nyolcz héttel a műtét után súlya 4900 gramm. A mellékelt Röntgen-képen látható a bal os pubison, közel a symphysishez, itt is csak a felső szélen, talán 1 mm. széles csik, a mely a műtét helyét jelzi.

Bemutató ezután a műtét indicatioit sorolja fel és a pubiotomiát csak azokra az esetekre korlátozza ez idő szerint, a melyekben az élő magzat perforatioján kivül más műtétnek a feltételei már nincsenek meg. Hogy vajjon a pubiotomia, mint azt némely szerző hiszi, képes lesz a relativ indicatioból végzett császármetszést, a magas fogót, a mesterséges koraszülést, a prophylaktikus lábrafordítást helyettesiteni, nem tartja eldöntöttnek. Ez irányban még tapasztalásra van szükség. A technikára vonatkozólag legjobbnak tartja a teljesen subcutan végzett methodust, a tű felülről való bevezetésével.

Tóth István: Messze vezetne a pubotomia indicatioinak tárgyalása, azért csak egy-két megjegyzésre szoritkozom.

Utóbbi időben a szülészeti beavatkozás meglehetősen az operativ irányba terelődött, sőt itt-ott túl is teng. Ez az irány az, mely késsel nyit utat a magzat megszületésére. Ez két czélzatból történik. Egyik az anya érdekében (eklampsia, placenta praevia) történik, hogy a szülést minél előbb befejezzük. Hogy ennek statistikája kedvezőbb az eddigi eljárásoknál, oly tény, mely elől el nem zárkózhatunk. Másik a magzat megmentését czélozza. A ki csak egyszer is azon helyzetben volt, hogy élő magzatot perforáljon, tudja, hogy ez milyen keserves érzés, és érthető az

igyekezet a magzat megmentésére. Erre nézve sokan annyira mentek, hogy azt mondják, klinikán nem szabad élő magzatot perforálni, minden magzatot meg kell menteni. A magyar szülészeti iskola nem állt ezen álláspontón és ma sem áll. Sőt a Leopold klinikájáról, a hol ezen irányt felette ápolják, közli Kannengiesser, hogy 26 hónap alatt 13 pubotomiát végeztek, a mellett 9 vagy 10 mesterséges koraszülést és 7—8 élő magzatot is perforáltak, pedig a pubotomia az anyára nézve állítólag a legenyhébb beavatkozás és a klinikán minden megvolt a műtét végbezvitelére. Teljesen azon álláspontra helyezkedni, hogy minden magzatot megmentsünk, nem lehet.

Elischer tanár osztályán mindkét irányt művelik. Végeznek vaginális sectio caesareát és pubotomiát. Mi is végeztünk pubotomiát ezen törekvések behatása alatt és pedig négy esetben 1½ év alatt. A műtét kivitele egyszerű és szép sikert érhetünk el, a gyógyulás zavartalan. De nem minden esetben. A nagy statistikákban előfordul itt-ott egy halálozás, pedig a halálesettel nem is szoktak dicsekedni. Egy esetet sem vesztettünk, de egyik esetünk súlyos sérülésekkel menekült csak meg. 8—10-szer szült asszonynyal volt dolgunk, az előző szülések perforatióval, fordítással történtek. Az operatio sima, sematikus volt és szétszakadt a cervix, megrepedt a hólyag, az anya sajnálatos helyzetben volt, mig ha perforáltuk volna a magzatot, az anya baj nélkül menekszik meg, mig hólyaghüvelysipolya ma is megvan. Tehát a műtét jogosultságára nézve tapasztalatokat kell szerezni, ámbár a műtét nem lesz soha a gyakorló orvos műtéte, a melyet a beteg otthonában is lehet végezni, hanem a kórházaké és klinikáké.

A mi a bemutatott esetet illeti, pontosan észlelték, vártak mig lehetett, az egyéni judicium mérlege döntött; esetleg magas fogót lehetett volna végezni, de igazolja az eljárás jogosságát, hogy a magzat feje a középmértéknél nagyobb volt és nehezen configurabilis, úgy, hogy nehezen lehetett volna keresztülhozni. A magyar szülészeti iskolának conservativismusát tartsuk meg továbbra is és ne menjünk azok után, kik minden magzatot meg akarnak menteni.

Rotter Henrik: Szándékosan nem akartam irodalmi adatokat felsorolni, nehogy a t. Orvosegyesület türelmével visszaéljek. Mi csaknem valamennyien Kézmárszkytól tanultuk a szülészetet és így conservativismusunk közös. Megnyugtathatom felszólalót, hogy Elischer tanár olyan szellemben vezeti az osztályt, mint Kézmárszkynál divatban volt.

Az esetre nézve megmondottam, miért nem tartottuk helyén valónak a magas fogót, mert olyan volt a téraránytalanság, hogy az anyára nézve a magas fogó legalább olyan veszedelmes lett volna, mint a pubotomia, de a magzat belepusztult volna.

Tóth István helyreigazitólag megjegyzi, hogy nem rótta fel hibául, sőt elismeréssel honorálta azon működést, melyet Elischer osztálya fejt ki.

Agglutinatio és immunitás tuberculosisnál.

Gescheit József: Arloing és Courmont, továbbá Koch kisérleteinek ismertetése után előadó saját kisérleteinek ismertetésére tér át, melyeket nem folyékony, homogen tuberculosis-bacillus culturával, hanem a Koch által forgalomba hozott, szárított és porrátört bacillusspraeparatumnak 10,000-szeres higitásával végzett. Összesen 128 vérsavót és 2 exsudatum pleuriticumot vizsgált agglutináló képességére és azt találta, hogy az I. stadiumú betegek 26%-ánál, a II. stadiumú betegek 87%-ánál és a III. stadiumú betegek 100%-ánál a vérsavó a Koch-féle folyadékban csapadékot okozott. Előadó tehát Arloing és Courmont, továbbá Koch kisérleti eredményeivel ellentétben azt találta, hogy a vérsavó agglutináló képessége egyenes arányban áll a megbetegedés progrediált, malignus voltával, azért előadó

1. a reactiót absolut specifikusnak nem tartja, mert nem minden gümőkórosnak a vérsavója adja;

2. a korai diagnosis szempontjából használhatónak nem mondja, mert csak a többé-kevésbé progrediált és malignus phthisisben szenvedők vérsavója okozott csapadékot;

3. az általa észlelt reactiót a szervezet immun-képességének, az antitestek mennyiségének a mértékeül vagy a kifejezőjéül nem tarthatja, mert épen azoknak a betegeknek a vérsavója nem adott csapadékot, a kiknek a vérsavójában a legtöbb agglutinint és antitestet kellett feltételezni és azoknak a betegeknek a vérsavója agglutinált, a kiknél a legkevesebb agglutinint, a legkevesebb antitestet és le nem kötött bacillusanyagcseretermékeket kellett feltételezni.

Ezen utóbbi feltevés előadóban azt a gondolatot ébresztette, hogy ellentétben a valódi agglutinatioval, mely a vérsavó baktericid képességének a jele, az általa a Koch-féle folyadékban észlelt csapadékképződés ezen le nem kötött bacillusanyagcseretermékeknek a hatása folytán keletkezett. Ennek a bizonyitására százszorosan higitott tuberculint, mint bacillusanyagcseretermékeket kevert össze a Koch-féle folyadékkal s kifejezett csapadékképződés jött létre. Nem jött létre csapadékképződés akkor, ha a tuberculin és Koch-féle folyadék keverékéhez nem agglutináló vagy normalserumot adott, a mit ő annak tulajdonit, hogy a nem agglutináló vagy normalserum alexinjei a tuberculin csapadékképző ágensét megkötik, valamint nem jött létre csapadékképződés akkor sem, ha agglutináló serum és Koch-féle folyadék keverékéhez elegendő mennyiségű nem agglutináló vagy normalserumot öntött, mert ekkor feltevése szerint a nem agglutináló vagy normalserum alexinjei az agglutináló serum csapadékképző agensét kötik meg. A nem agglutináló serum hatástalannak bizonyult akkor, ha azt előzetesen 55 C. fokra felmelegitette, a mi a mellett bizonyit, hogy valóban az alexinek azok, a melyek a csapadékképződést gátolják.

Mindezeknél fogva előadó a Koch-féle folyadékban beálló csapadékképződést agglutinationak nem tartja, hanem azt a vérsavó toxicitása kifejezőjének mondja, a mely az immunitásnak épen az ellenkezőjét bizonyitja.

Okolicsányi-Kuthy Dezső: A szervezet chemiájába beletekinthetni mindenkor nagy tanulsággal jár az orvosra nézve, de különösen értékes minden olyan adat, mely a beteg organismus chemiai viszonyaiba enged bepillantást.

Tudjuk, hogy pl Czerny a scrophulás diathesis magyarázatához a szervezet bizonyos physico-chemiai sajátosságait veszi alapul és a görvélykór lényegének igazi megértéséhez vezető felvilágositásokat chemiai vizsgálati eredményektől várja. Tudjuk továbbá, hogy a tudomány mai felfogása szerint a fertőző betegségeket okozó mikrobák toxikus anyagcseretermékei okozzák in ultima analysi a betegség symptomáit, Donath szerint ezek játszanak főszerepet pl. a kisérő láz előidézésében is.

Azon eklatáns gyógyeredményeket, melyeket főleg heveny fertőző bántalmak hydriatikus kezelése folyamán a methodice alkalmazott hideginger útján elérünk, nem magyarázhatjuk másként, mint azzal, hogy a hideginger a mellett, hogy elsőrendű szívtonicum és értonicum, a szervezetet a vér chemiájára gyakorolt alkalicitás-emelő befolyása által a pathogen bakterium számára kedvezőtlenebb táptalajjá változtatja, nemkülönben a vese- és börműködés fokozása útján az organismust könnyebben és gyorsabban méregteleniti.

Ilyen körülmények között nagyon érdekes és értékes szerintem az az eredmény, melyre Geschoit az Erzsébet-sanatoriumban végzett agglutinatiós vizsgálatok közben jutott s melynek segélyével meg fogjuk tudni bármely tüdővészesetben határozni a vérsavó toxicitásának fokát, becses irányító adatul használva azt úgy a prognosis, mint a therapia terén.

Detre László: Az elhangzott előadásnak két részlete ragadta meg figyelmemet; az egyik egy új, érdekes adatot, a másik pedig egy theoriát foglal magában. Az új adat a gümőbacillusnak a tuberculin által való agglutinatiójára vonatkozik: a lelet eszünkbe juttat egészen hasonló észleleteket, melyeket más vizsgálók régebben közöltek egyéb bakteriumokra vonatkozólag. Ha régi typhus- vagy colibacillus-húsleveskulturát megszűrünk és a szűrletet hozzákeverjük például typhus- vagy coli-agaremulsiohoz, azt találjuk, hogy e szűrlet agglutinál. A régi cultura tehát úgynevezett autoagglutinineket tartalmaz. Kétségtelen, hogy az előadó által a tuberculinoldatra nézve kimutatott agglutinatio e csoportba sorolható. Kérdés azonban, hogy a magában véve értékes lelet hozható-e egyáltalán kapcsolatba az előadó által kifejtett theoria értelmében a gümőkórosok vérsavójának agglutináló képességével? A magam részéről el nem fogadhatom az imént elhangzott nézetet, a mely szerint a gümőkóros savó agglutináló hatását ilyen tuberculinszerű, a tbc.-bacillus által termelt mérges anyagok vagy bakt.-termékek okozzák. Nem pedig két okból. Emlékezzünk csak vissza a diagnostikai tuberculinreactiora. Parányi mennyiségei a tuberculinnak, néha a milligramm töredékei már hatalmas reactiót váltanak ki a gümőkóros szervezetben. Már most ha felveszszük az előadóval, hogy a gümőkóros egyén vérében tuberculin vagy ehhez hasonló anyagok keringenek, még pedig nem is csekély mennyiségben, mert hiszen szerinte a vérsavó 1:30 és erősebb higitásban is hat, mig a tuberculin agglutináló hatása gyengébb, teljesen érthetetlenné válik, miként hathat az az egy milligramm tuberculin olyan erősen, mikor a szervezet már úgyis úgyszólván telítve van sok ezerszer annyi tuberculinnal.

Előadót theoriájának felépitésében az a szintén érdekes észlelet vezette, a melyet szivesen elfogadok, a mely szerint minél előrehaladottabb a gümőkór, annál erőteljesebb az agglutinatiós reactio, tehát az utóbbi nem vehető immun jelenségnek. Ez okoskodás nem helytálló. Igenis immunitás és infectio egyazon szervezetben egymás mellett, de egymástól elkülönitve lehetséges. Nem is kell messze mennünk. Itt a typhus közismert példája: a betegség tetőfokán, erős láz és súlyos kórtünetek mellett igen gyakori a vérsavónak erős specifikus agglutináló képessége. Semmi sem szól az ellen, hogy a gümőkórra nézve ne vegyünk fel hasonló viszonyokat. Néhány hónapja, hogy más helyen volt alkalmam e tárgyra vonatkozó véleményemet közzétennem, a melyet Wassermann és Brucknak a mult héten megjelent kisérletes vizsgálatai teljesen igazoltak és mely szerint a gümőkór bacillusa ellen is készit a szervezet ellenanyagokat, még pedig magának a gümőnek sejtműködése útján. Az az ismert tapasztalat, a mely szerint tuberculin bevitelére a gümőnek peripheriája specifikus gyuladást mutat, megérthető, ha felveszszük, hogy a gümőnek legkülsőbb sejtjeiben van valamely a tuberculin iránt specifikus affinitással biró „antituberculin“, a mely az affinitás birtokában antigenjét, azaz a tuberculint leköti.

Már most akár az történik, a mit magam hiszek, hogy ez esetben a Pirquet- és Schick-féle serumbetegség analogiájaként maga a létrejövő antigen és ellenanyagvegyület a mérgező, a lobgerjesztő; akár pedig, a hogy a két német kutató felveszi, hogy e vegyület csak a serumcomplement (alexin) lekötése útján lesz mérgessé: azzal a ténynyel, hogy t. i. a tuberculin képes tbc.-ellenes ellenanyagokat produkálni, ma már számolnunk kell. Ez ellenanyagok, a melyek közé — biologiai értelemben — az immun agglutinineket is sorozhatjuk, a gümőkból átmehetnek és át is menek a vérbe. Most aztán megérthetjük, miért agglutinál a súlyosabb beteg vérsavója erősebben: azért, mert szervezetében több a tuberculum, tehát több agglutináló anyagot is termelhet.

Mindezek alapján megmaradok a régi nézet mellett, a mely szerint a gümőkórosok vérsavójában kimutatható specifikus tbc.-agglutininek az immun agglutininek csoportjába sorozandók. E mellett azonban elismeréssel vagyok az előadó úr iránt, a kinek még a tbc.-agglutinatio igazán kitaposott mesgyéjén is sikerült szép és értékes új leleteke

találnia és feltétlenül kivánatosnak tartom, hogy ez irányú vizsgálatait folytassa.

Kovács József: Arra nézve, a mit előadó úr talált és arra nézve, a mit Detre tagtárs felhozott, világosságot adnak Jürgens vizsgálatai, melyekből más úton, mint a melyen előadó haladt, megállapitottnak tekinthető, hogy az agglutináló képesség nem halad párhuzamosan az immunitás fokával. Jürgens vizsgálatai részint állatkisérletekre, részint klinikai vizsgálatokra vonatkoznak, a melyek nem mindenben vannak egymással összhangban. Jürgens ugyanis azt találta, hogy azon tengeri malaczoknál, a melyek röviddel azelőtt vagy ugyanazon időben inficiáltattak, a tuberculin hatása alatt az agglutininek sokkal kifejezettebben fejlődnek, mint azon állatoknál, melyeket tuberculinnal nem kezelt. Sőt tuberculosissal inficiált és tuberculinnal nem kezelt esetekben az agglutinatiót nem tudta megállapitani.

Azonban J. megállapitotta egyúttal azt is, hogy a tuberculosissal nem inficiált állatokban (melyek a bonczoláskor is épnek mutatkoztak), ha tuberculinnal kezelte őket, az agglutininek kifejlődnek ép úgy, mint a tuberculosissal inficiált állatokban. A boncztani lelet igazolta, hogy a tuberculosissal inficiált és tuberculinnal kezelt állatokban a tuberculosis sokkal lassabban fejlődik ki és meg van a hajlam a localisatióra, mig a tuberculinnal nem kezelt állatokban a tuberculosist gyorsabban haladónak tapasztalta. Tehát nem lehet azt a határozott következtetést vonni, hogy az agglutininek keletkezése és ennek mértéke nincsen összeköttetésben az immunitás fokával. Ellentétes eredményre jutott azonban a betegágynál. Azon esetekben, melyekben kezdődő tuberculosis észleltetett hónapokon át és a klinikai gyógyulás bekövetkezett, nem lehetett agglutinineket a vérsavóban találni, tehát immun anyag sem fejlődött. Az előrehaladott tuberculosis-esetekben Krauss és Jürgens az agglutinineket megtalálták. Ebből azt következtették, hogy az immunitás fokának nem lehet jelzője a szervezet agglutináló képessége. Krauss azt következtette, hogy az agglutininekben nem lehet mást látni, mint a tuberculinra való reactiót, a mit előadó is talált. Azonban abból, a mit előadó említett, hogy oly esetekben, melyekben tuberculosist egyáltalán nem lehetett találni klinikailag, agglutininek mégis voltak, nem lehet semmit sem következtetni; hiszen tudjuk pl. typhusnál, a hol klinikai megbetegedés hiányzik, csak a bakterium bevitele történik, ezeknek behatása alatt kifejlődnek az immun anyagok. Ugyanezt lehet feltételezni tuberculosisnál is.

Tény az, hogy a szervezetnek agglutináló képessége nem mértéke az immunitásnak és további vizsgálatok szükségesek, hogy az agglutinatio elentőségét és lényegét kideritsük.

Hutyra Ferencz: A tuberculin és az agglutináló hatás közötti összefüggésre nézve közvetve felvilágositással szolgálhat az a tény, hogy malleinra reagáló lovak seruma sokkal erősebben agglutinál, ha az illető lovak előzőleg malleint kaptak, vagyis a mallein fokozza a lovak serumának agglutináló képességét.

Gescheit József: Köszöni a hozzászólásokat. Detre tanárnak azt feleli, hogy kisérleteiben nem gümőbacillusok agglutináltattak, hanem gümőbacillustöredékek és a bacillusokból kivont agglutinabilis substantia. A reactiót nem a tuberculin okozta, hanem a tuberculinban jelenlevő valamely ható ágens. Azon ellentét magyarázására, hogy tuberculinra olyan betegek is reagálnak, a kiknek a vérsavója agglutináló képességet nem mutat, a kiknek a vérsavójában tehát a tuberculin hatását paralyzáló substantiákat kell feltételezni, felhozza Wassermann és Bruck kisérleteit. Kovács tagtársnak azt feleli, hogy nem ő, hanem Arling és Courmont állitják, hogy egészséges egyének vérsavója is agglutinál. Ő ezt kisérleteiben nem észlelte.

Az öröklött dispositio szerepe a tuberculosis aetiologiájában.

Szabóky János: 1456 tuberculosisban szenvedő s 1433 más betegségben szenvedő betegre vonatkozó összehasonlító statistikájából kitünik, hogy a terheltség (szülői és testvéri részről) az elsőben 56·4%-ot, az utóbbiban pedig 19·4%-ot tett ki. Azon 368 tuberculosus betegnél s 356 nem tuberculosus betegnél, kiket magam kérdeztem ki, s így a nagyszülők, s a szülők testvérei részéről is tekintetbe vehettem a terheltséget, arra az eredményre jutottam, hogy mig a tuberculosisban szenvedő betegeknél a terheltség a nagyszülők részéről 15·8%-ban, a szülők testvérei részéről pedig 33·3%-ban volt kimutatható, a nem tuberculosus betegeknél ezen százalékszám csak 3 illetve 2·5%-ot tett ki. A 40·4% szülői terheltséget mutató statistikámban az atyai s anyai terheltség körülbelül egyenlő arányban oszlott meg. Azon esetek száma csak 14·8%-ot tett ki, hol az atya, illetve anya tuberculosisa már a beteg fogamzása előtt volt kimutatható.

Statistikámban ezek mellett Brehmer állitására — mely szerint ugyanazon család tuberculosusa betegei jóformán egyidőben betegednek meg —, a phthisikus alkat jelenlétére, ennek s az öröklött dispositionak egymásközti viszonyára, az esetek súlyosságára s a betegek korára is tekintettel voltam. Tapasztalataim a következők: Brehmer állitását az eseteknek csak csekély számában tudtam konstatálni; a phthisikus alkatot, bár gyakrabban fordul elő terhelt tuberculosusoknál, sem az öröklött dispositiora, sem a tuberculosisra jellegző tünetnek még sem mondhatjuk. Az öröklött dispositio nem befolyásolta az esetek súlyosságát, s azt sem tapasztaltam, hogy az öröklött dispositio csak fiatal egyéneknél volna kimutatható.

Okolicsányi-Kuthy Dezső: 12 évvel ezelőtt a II. belklinikán 540 beteg anamnestikus adatait tanulmányozta át a rokonság gümőkórjára nézve és pedig 432 tuberculosisban és 108 egyéb tuberculosissal viszonyba nem hozható betegségben szenvedőét.

Az eredmény, mint az előadó is észlelte, az volt, hogy a tbc. betegek közeli ascendentiájában 23·8%-ban, a nem gümőkórosak felmenő rokonságában pedig 22%-ban fordult elő tbc. A különbség tehát csekély volt. Hasonlóképen nem mutatkozott jelentékenyebb különbség az oldalrokonságot illetőleg sem.

S a 432 gümőbetegből csak 7·2%-nál lehetett az anamnestikus adatok alapján biztossággal vagy valószinűséggel megállapitani, hogy az egyén már a gyermekkorban tuberculosus lett volna, moly arányszám, akkor is, ha a kétes eseteket is hozzáveszszük, csak 11·6%-ra emelhető fel.

Ekként szerinte, ha nem is hagyható egészen figyelmen kivül a tbc. direkt átöröklése, még kevésbé az öröklött dispositio szerepe, mégis a gümőkór terjedésében kétségtelenül az infectio gyakori alkalma s a szerzett dispositio a fontosabb factorok.

Friedrich Vilmos: Az Orvosi Hetilap jubiláris számában megjelent dolgozatában a fősúlyt első sorban a fertőzésre helyezte. A dispositio kérdése még nincs tisztázva, mert az eddigi statistikára súlyt helyezni nem lehet. Előadó statistikájára nézve csak olvasás után reflectálhat, de nagyobb súlyt helyezne szóló a Turban szerinti locus minoris resistentiae statistikára.

Szabóky János: Kuthynak 108 controllesete kevés. Reiche 2400 controllvizsgálatot végzett és 18%-ban tudott tbc.-t kimutatni a családban. Szóló 1560 tuberculosus családjában 56%, 1500 nem tbc. beteg családjában 19% tbc.-t talált. A fertőzésre szóló is súlyt helyez, de a dispositio is szükséges és pedig a szerzett dispositio fontosabb, mint az öröklött, 14%-ban ki tudta mutatni, hogy a nemzés előtt megvolt már a szülőben a tbc.

16. magyar balneologiai congressus és a magyar szent korona országai balneologiai egyesületének évi közgyülése.

Első ülés 1906. évi márczius 31.-én délelőtt 10 órakor.

Bókay Árpád elnök a következő beszéddel nyitotta meg a congressust.

Tisztelt Congressus!

Hazánk egyik legkiválóbb orvosa, a ki egyesületünk bölcsőjénél is ott állott, megalakulásunk után egy-két év mulva egészen visszavonult egyesületünktől, mondván, hogy zsákutczába jutottunk; mert mi csak a fürdők érdekeit istápoljuk, midőn azoknak propagandát csinálunk, s nem védjük egyszersmind a nagy közönség, főleg pedig a betegek érdekeit is, mert nem akarjuk vagy nem merjük a fürdőkkel szemben a kritika azon mértékét gyakorolni, mely okvetlenül szükséges a közönség szempontjából; a közönséget hazai fürdők látogatására unszoljuk, de az ellenértéket javára nem követeljük!

Hát nem tagadom t. Congressus, hogy ezen szemrehányásban van egy jókora adag igazság. De van mentség is számunkra. Tizenhat évvel ezelőtt, midőn megalakultunk, bizony satnya egy lény volt minden téren a mi fürdő- és ásványvizügyünk s úgy voltunk fürdőinkkel, ásványvizeinkkel, mint a gyengetestű gyermekekkel a szülők: féltünk erőltetni őket a tanulásra, nehogy megártson az nekik, kényeztettük, takargattuk s lehetőleg tápláltuk őket, hogy megéljenek, megerősödjenek.

Hála Istennek, ez a nevelési módszerünk helyesnek mutatkozott, mert a gondjainkba fogadottak életképesebbjei nem oly gyengék, nem oly soványak, nem oly vérszegények már, mint kezdetben valamennyien voltak. Beismerem, hogy ezekkel szemben most már más nevelési politikát kell követnünk, nagyobb munkára, fokozottabb tanulásra kell őket szoktatnunk, ha azt akarjuk, hogy fejlődésük normális, hogy jövőjük biztositott legyen. Bűnt követnénk el ellenük, ha nem igy tennénk, mint bűnt követnek el azok a szülők, a kik nem eléggé követelők, nem eléggé szigorúnak serdülő gyermekeikkel szemben. Ha egyesületünk letünt 15 évi cyclusa az erőgyüjtés, a testi erősödés ideje volt, az ezutáni idő a már gyüjtött és még ezentúl gyüjtendő erők czélszerű felhasználásának, a fejlődés irányitásának cyclusa kell hogy legyen, a mi persze csak őszinte, de mindenesetre szeretetteljes (s ez nem is képzelhető másként) kritika segélyével történhetik meg. Az előbbi cyclus feladata a nehezebb volt, a most küszöbön állóé a kényesebb. Kényesebbnek érzem, t. Congressus, a jövő feladatát, mert szinte előre látom, hogy sok kritikánk, melyet pedig nemcsak a látogató közönség, hanem a fürdők érdekében is gyakorolni fogunk, gyakran rosszul felfogott anyagi érdekekbe, megcsontosodott előitéletekbe, megrögzött rossz, bár eddig jónak tartott szokásokba, téves, bár eddig helyesnek látszott véleményekbe fog ütközni. Azonban nem kétlem, hogy mikor jövő feladatunkat igy fogjuk fel, nem fogunk sem félreértéssel, sem túlérzékenységgel, sem ezek alapján fakadó elkedvetlenedéssel találkozni azok részéről, a kiknek érdekében eddig is példátlan önzetlenséggel dolgozott az egyesület s a kiket az erőgyüjtésben, testi fejlődésben 15 éven át segitett. Hiszen ezentúl is az ő érdekükben akarunk dolgozni, ép oly önzetlenül mint eddig, bár talán némileg más methodussal, t. i. az igazságos, méltányos és mértéket tartó kritika segélyével, mert egyedül ez lehet a haladás záloga, s mi a haladáson óhajtunk munkálkodni.

Az eddigi propagandát persze ezentúl is folytatni kivánjuk, ha lehet fokozott erővel — s erre a nemzeti felbuzdulás, együttérzés mai napjai különösen alkalmasak —, de kezdjük követelni az ellenértéket is: a tökéletesedést, a haladást.

S ezen a téren sok, igen sok még a tenni való. Néhány fürdőhelyünk, igaz, hogy némely tekintetben már európai színvonalon áll, de

a többség még mindig az ú. n. patriarchális utat járja, a mi azt jelenti, hogy a helyi szokásokról nem tud lemondani, a melyek pedig már a szomszéd vármegye közönségét is feszélyezik, még inkább a fővárosi vendégeket. A mi közönségünk, még a szerényebb sorsú is, a mai közlekedési viszonyok fejlettsége és olcsósága révén már világlátottá s ezért követelővé is lett. Megjárta nagyrészt Ausztriát, Németországot, Svájczot, Olaszországot s mediuma volt a külföld ú. n. idegeniparának. Tudja jól, hogy mennyiért mit és milyent követelhet; tudja azt is, hogy egyenlő összegért a külföldön mindenütt körülbelül egyenlő ellenértékeket nyujtanak. Ezt követeli mennyiségben és minőségben most már itthon is. A melyik fürdőhelyünk ezt neki biztositani tudja, oda elmegy a mi közönségünk, ott jól érzi magát s oda visszatér ismét. Az ilyen fürdő prosperál is, halad is látogatottság tekintetében, A melyik pedig nem tud vagy nem akar alkalmazkodni, az helyi jelentőségű maradhat ugyan, de fejlődni nem fog. Mindebből a logikai consequentia az, hogy a fürdők tulajdonosainak, igazgatóinak, vendéglőseinek is meg kell szerezniök azon tapasztalatokat, a melyeket a mi közönségünk a külföldön már megszerzett. Utazniok kell, minél többet, minél többször, minél czélszerübb helyekre, nem egy-két napot töltve el egy-egy az övéhez hasonló fürdőhelyen, hanem hosszabb időt, hogy alaposan tanulmányozhassa egy-egy fürdőhely életét, psychologiáját. A balatoniak menjenek a bodeni, a wörthi, a Garda-, Como-tó, a Lago maggiore üdülő helyeire s a lidoi, rimini-i tengeri fürdőkbe; hévvizi fürdőink vezetői látogassák meg a mintaszerű Ragatzot, Baden-Badent, Aachent, Aix les Bainst s a Vogesek, Pyreneusok és Németország hévvizű fürdőit, és pedig nemcsak a nagy világfürdőket, hanem a kisebbeket, sőt legkisebbeket is, mert az utóbbiak nekik esetleg tanulságosabbak lehetnek; subalpin és alpin gyógyhelyeink vezetői utazzák be Svájczot, Tirolt, az olasz Alpeseket, ha lehet Norvégiát is; az erdélyi subalpin helyek vezetőinek különösen a Harzhegységet és a Schwarzwaldot ajánlom tanulmányozásra és így tovább. Mindenki ott, azon helyen tegyen tanulmányokat, a hol a gyógyvizek, a klimatikai s egyéb viszonyok, pl. a gyógyhely terjedelme, látogatottsága, közönsége az ő fürdőjéhez a leghasonlóbb.

Jobb befektetést, mint az ily utazásokat, ha azok elfogulatlan lélekkel, nyitott szemmel, józan birálattal történnek — nem ismerek.

Vendéglősökül, hotelek vezetőiül is csak olyanokat szerződtessenek fürdőink, a kik már látták a világot, a kik utaztak, vagy még inkább, a kik külföldön már talán működtek is.

Hogy az európalátás milyen eredményeket szülhet, mutatja Ó-Tátrafüred példája. Örül az ember lelke, ha látja azt az életet, a mi ott két év óta megindult, a mióta szakitva a bátortalan krajczároskodó patriarchális kezelés-el, egy nagy ugrással Davos, Set. Moritz és Chamonix példájára rendezkedtek be. A kurta hathetes saisont meg tudták hosszabbitani, a téli saisont népszerűvé tudták tenni; a közönség nem tud eltelni a dicsérettel, s maholnap nem is tartják úri embernek Budapesten azt, a ki télen nem volt a Tátrában.

Mindezzel t. Congressus, nem akarom azt a badarságot suggerálni önöknek, hogy minden fürdőnk nagyralátó világfürdői aspiratiókkal legyen eltelve, hanem csak azt, hogy nagy és kicsi úgy rendezkedjék be, mint europaszerte a hozzájuk hasonló nagy, kis és legkisebb gyógyhelyek berendezkedtek, mert ez a legczélszerübb, a legolcsóbb, a mi fürdőtjáró közönségünknek a legmegszokottabb, legkényelmesebb és a mi fő, a legjutányosabb.

Ne tessék attól sem félni, hogy ha igy járnak el, koczkára teszik fürdőik nemzeti jellegét, hogy lekopik róluk az a zománcz, a mi oly kedvelt nekünk s a miért sokszor még a hibákat is hajlandók vagyunk elfelejteni. A maradiság, a moskovita elzárkózás a világ jó szokásaitól még nem a nemzeti jelleg, a nemzeti zománcz megóvását jelenti, a mint a vendégmarasztó alföldi rossz utak sem tekinthetők nemzeti jellegnek. A nemzeti zománczot a hazai közönség adja meg a maga magyarságával, élénk, derült temperamentumával, barátságos, lovagias modorával, továbbá az odavaló lakosság a maga ethnologiai sajátságaival.

Egy másik pont, a mire szives figyelmüket szintén fel kell hogy hivjam a haladás, tökéletesedés érdekében, *a fürdőorvos kérdése.*

A fürdőorvosok adnak igazi jelentőséget minden gyógyhelynek. Nélkülük holt tőke minden gyógytényező. A Seegen-ek nélkül Karlsbad, a Pfeifer-ek nélkül Wiesbaden, a Schott-ok nélkül Nauheim, a Rörig-ek nélkül Wildungen, hogy csak egynéhány nevet emlitsek, nem fejlődtek volna soha oda, a hol most vannak. Hidegvizgyógyintézetekről itt nem is akarok szólani, mert azoknak igazán egyetlen éltető lelke az orvos.

Kiváló fürdőorvos azonban, bármily kitünő képzettségű is máskülönben, nem lesz valaki máról holnapra.

Csak ugyanazon helyen eltöltött hosszabb idő, évek hozzák meg neki azokat a tapasztalatokat, melyek alapján azután az ott levő gyógytényezőket minutiosusan kihasználni tudja. Tehát a legnagyobb hiba az, ha valamely gyógyhely nem tud magának állandó, lehetőleg egész erejét, egész tudását, egész életét neki szentelő, o vost vagy orvosokat biztositani. S ezt a hibát hány fürdőnk követte már el s hány sinylette már meg. Hisz vannak fürdőink, a hol minden évben változik az orvos, vagy vannak, a hol cyclusonként választja a közbirtokosság az orvost, s nem mindig azt választja, a ki már ott működött, hanem újat és ismét újat, a szerint, a mint az egyes közbirtokossági szavazók érdekei, vagy egyéb befolyásos egyének érdekei megkivánják. És megtörténik, hogy az új orvos olyan, a ki még azon gyógyhelyen sohasem járt, s így nem ismeri annak sem gyógytényezőit, sem közönségét, sem a szokásokat. Az ilyen orvoshoz azután nincs és nem is lehet bizalma a közönségnek, az ilyen orvos eredményeket nem is tud felmutatni, dolga rosszul megy, elkedvetlenedik és semmi esetre sem azonositja magát és érdekeit a gyógyhely érdekeivel. Hogy a tapasztalt, a közönség által már ismert régi orvos távozása milyen csapás valamely fürdőre, azt a következő évi látogatási statistikájának adataival bizonyithatnám önöknek; de nem akarok nevek emlitésével senkinek keserűséget okozni. Mindebből következik, hogy a fürdő és a fürdőorvos érdekei parallel haladnak, s a hol nincs állandó fürdőorvos, ott nincs állandó közönség, nincs fejlődés.

Hogy azonban a fürdőorvos állandó lehessen, s egész existentiáját, egész jövőjét a gyógyhelyhez köthesse, ahhoz az szükséges, hogy a gondtalan megélhetést a fürdőhely neki biztositsa s eltünjenek már egyszer azok a szégyenletes tiszteletdijak s egyéb megalázó szolgáltatások, melyek ma napirenden vannak; továbbá, hogy orvosi ténykedésében teljesen függetlennek érezhesse magát a fürdőorvos, s ebben a tekintetben a fürdőtulajdonos befolyásától teljesen mentes lehessen, s végre, hogy tanácsait, betegei érdekében kifejezett kivánságait, hygienikus irányú útmutatásait ne tekintse a tulajdonos alkalmatlankodásnak, hanem érezze mindig azt, hogy mindez tulajdonképen a gyógyhely érdekében történik.

Készséggel, sőt örömmel elismerem, hogy nagyobb fürdőink fürdőorvosi kara csekély kivétellel állandó jellegű — s épen talán ezért lettek ezen fürdőink fejlettebbekké —, s ezen állandó fürdőorvosi karból valók azon erős támaszai is balneologiánknak, a kiket évenként itt látunk; de kisebb fürdőinknek még sokat kell javulniok a fürdőorvosi kérdés tekintetében, ha fejlődni akarnak.

T. Congressus! Méltóztatnak látni, hogy a bevezetésben jelzett módszerváltoztatást már meg is kezdettem ezen megnyitó beszédemben, midőn hibákra mutattam reá és legjobb tudásom szerint az utat is jeleztem, a melyre térve, a felsorolt hibák elkerülhetők. De kérem Önöket t. tagtársaim, hogy mindabban, a mit mondottam, semmi mást ne lássanak, mint azon őszinte törekvésem jelét, hogy használjak azon ügynek, a melynek szolgálatába már vagy két évtizede önként állottam. Azon reményben, hogy jó és eredményes munkát végzünk ez év összejövetelünk alkalmával is, megnyitom a XVI. magyar balneologiai congressust és szivből üdvözlöm mindazon t. tagtársainkat, a kik időt, fáradságot, költségeket nem kimélve, a közös munkára ide fáradtak. Isten hozta mindnyájukat!

Jakab László: A mesterséges szénsavas fürdők élettani hatása a vérkeringésre.

Vizsgálatainak eredménye az, hogy a mesterséges szénsavas fürdők hatása az egészséges emberi szivre és a vérkeringésre a bőrerek kitágulásában, az érlökések ritkulásában és az érmozgató központban lefolyó változatok szerint majd a vérnyomás emelkedésében, majd csökkenésében nyilvánul. Szénsavas fürdők hatása alatt az érlökés ritkul és ezáltal a szív jobban táplálkozik.

Vámossy Zoltán: A rendesen használni szokott mesterséges szénsavas fürdőt illusoriusnak tartja, a mennyiben a szénsav a vizből olyan gyorsan elszáll, hogy nem használhat. Ajánlja, hogy a mesterséges szénsavas fürdők úgy készittessenek, hogy lúgos vizet telitsünk szénsavval. A képződött hydrocarbonatok lassan és nagy mennyiségben adják le a szénsavukat.

Sümegi József: A természetes szénsavas fürdőknek szintén csak jelentéktelen hatást tulajdonit.

Fornet Elemér: A természetes szénsavas fürdőknek a szivre gyakorolt jótékony hatását a szív trophikus viszonyainak javitásában látja.

Turán Bódog: A mesterséges szénsavas fürdők készitésénél legjobbnak tartja a Vámossy által ajánlott eljárást. A tudományos kisérletek eredményét beigazoltnak nem tartja.

Jakab zárószavában elfogadja Vámossy ajánlatát.

Sugár Rezső: A nauheimi gyógymód és újabb gyógyjavalatok Buziás-fürdőn.

Az idült szivbántalmak észszerű gyógykezelése szénsavas, sós fürdőkkel és gyógygymnastikával történik. Buziás-fürdő igen alkalmas e therapia végzésére.

Sümegi József: A congressus helyeslése mellett utal arra, hogy a „nauheimi gyógymód" helyes t, mivel ilyen nincsen, helyesebb, ha az előadó előadásának „Az idült szivbántalmak physikális therapiája" czimet ad.

Arányi Zsigmond: Adatok az idegesek rheumájának fürdőkezeléséhez.

A rheuma és a neurasthenia egymásra való hatását fejtegeti. Az idegesek rheumájának balneotherapiájában csak nagy ritkán lehet meleg fürdőt alkalmazni, minélfogva itt a konyhasós kénes fürdőket illeti az első hely, mint a mely vizek konyhasó-tartalmukkal langyos állapotban is élénkitőleg hatnak az anyagcserére.

Rottenbiller Ödön: A rákos megbetegedések kiújulásának balneotherapiájáról.

Egyrészt Hohenegg, másrészt saját tapasztalataira való hivatkozással javasolja, hogy a műtett betegeknek anyagcseréjét szakszerű balneotherapiai eljárásokkal fokozzuk.

Ormay József: Az ásványvizek periodikus analysisének kötelezővé tételéről.

Az igazgató tanács felszólitására tartott előadásában tudományos alapokon kimutatja, hogy feltétlenül szükséges, hogy az ásványvizek analysise, valamint bakteriologiai vizsgálata legalább 10 éves időközökben kötelezővé tétessék.

Schwarcz Alajos a kötelező analysisnél előbbre valónak tartja az ásványvizeknek külső fertőzésektől való megvédését.

Than Károly: Csodálja, hogy a gazdasági osztály az ásványvizek kötelező megvizsgálását nem helyesli. Hisz a fürdőtulajdonosok érdeke is megkivánja ezt, mert sokkal nagyobb a közönség bizalma az

olyan ásványvíz iránt, melyről tudja, hogy jóságát, megbizhatóságát, tisztaságát, állandóságát folytonosan ellenőrzik. Nem tartja szükségesnek annak kimondását, hogy az ásványvizek analysise bizonyos záros időn belül ismételtessék, hanem a vizeknek évenként többször történő ellenőrzését óhajtja kötelezővé tenni és csak ha ezen ellenőrző vizsgálat, mely a szilárd részek meghatározására, a víz bakteriologiai vizsgálatára és az elektromos vezetőképesség meghatározására szoritkoznék, a viz jósága iránt gyanút ébreszt, rendeltessék el a teljes analysis. Ez az eljárás nem költséges és az ásványvizek megbizhatóságát jelentékenyen emeli. Nagyobb gondot kellene fordítani a vizek csomagolására is, mert sokszor a rossz csomagolás következtében a forgalomba hozott ásványvizek megromlanak. Szükségesnek tartja tehát, hogy a vizsgálat ne csak a forrásból meritett vizzel, hanem a forgalomban levővel is történjék.

Ilosvay Lajos: Teljesen egyetért Than tanár javaslatával, csak arra figyelmeztet, hogy ha a szilárd részek kimutatásánál találnak is szerves anyagokra utaló ammoniát, salétromossavat, ebből még nem szabad következtetni a víz rosszaságára. A budai vizek is tartalmazzák ezeket az anyagokat, mégis jó gyógyvizek. A bakteriologiai vizsgálatnál a figyelmet arra kell fordítani, hogy pathogen bakterium van-e jelen a vízben.

Papp Samu, mint a gazdasági osztály elnöke kijelenti, hogy a teljes analysis kötelezővé tétele ellen a személyes szabadság megóvása érdekében foglal állást. Elegendő pressionak tartja a fürdőtulajdonosokra, ha a balneologiai congressus kimondja, hogy az analysis megismétlését kivánatosnak tartja.

A tárgyhoz röviden még hozzászólnak: *Oelhoffer*, *Kelen*, *Kallós*.

Végül az elnök tudatja a congressussal, hogy kérdést intézett Preisz dr.-hoz, a kir. állami bakteriologiai intézet vezetőjéhez, a ki azt irja, hogy a vezetése alatt álló bakteriologiai intézet díjtétele szerint egy vízvizsgálat csak tiz koronába fog kerülni, és kivánatra megküldi a vízpróbák vételére szükséges steril üvegeket is használati utasítással együtt.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A traumás eredetű Bright-kórról tartott előadást *Posner* a berlini belgyógyászok egyesületének egyik utóbbi ülésén. Már Israel kisérletei is a mellett szólottak, hogy trauma következményekép is jelentkezhetik nephritis. Embernél a terhesek albuminuriája bizonyitja, hogy keringési zavarok nephritisre hajlamositanak. Ugyancsak keringési zavarok felvételével magyarázhatni az egyik vese kiirtása után jelentkező albuminuriát. Ezen pont alá tartozik a vándorvese is, mely nem egyszer idült szövetbeli elváltozásokhoz vezet. A szerző esetében egy 23 éves leány, a ki eltekintve attól, hogy 11 éves korában skarlátban szenvedett, mindig egészséges volt, lóvasútról leesett, mely időponttól jobb oldalában heves szúró fájdalmat érzett, mely azóta is gyakorta jelentkezik. Posner e betegnél jobboldali vándorvesét talált, a melylyel járó panaszok corset viselésére sem szüntek. 2½ év multán a vesetáji fájdalom állandó jellegűvé lett, eleinte cyclusos, majd constans jellegű fehérjevizelés jelentkezett. Mikor Posner utolsó alkalommal látta a beteget, a vesetáji fájdalom kétoldali, mindkét vese tapintható s nyomásra érzékeny, a beteg lábai vizenyősek, a bal szív mérsékelten túltengett s a vizelet fehérjetartalma 1‰ körül ingadozik. Cylinderek a vizeletben nagy számban találhatók. Posner ez esetben teljes joggal tartja a vesegyuladást traumás eredetűnek. (Münchener med. Wochenschrift, 1906. 11. sz.)

Priapismus. A berlini orvosegyesületben márczius 14.-én *Lohnstein* 51 éves férfit mutatott be, kinek 16 napja állandó erectioja van. A merevedés a feleségével végzett coitus interruptus után fejlődött ki. Az esetben az a rejtélyes, hogy az illető egyénen a priapismuson kivül semmiféle kóros jelenség nem mutatható ki, a mely talán világot vetne a merevedés létrejöttére; az utóbbitól eltekintve teljesen egészséges. Subjectiv tünetek tekintetében a beteg arról panaszkodik, hogy a merevedés munkájában gátolja s e mellett mozgásnál és vizelésnél mérsékelt fájdalmakat érez penisében. Blennorrhoeája nincs. Az eset aetiologiája teljesen homályos. Therapia: meleg ülőfürdők és narcoticumok.

Foncière pesti biztosító intézet. A Foncière pesti biztosító intézet f. évi április 10.-én tartotta ez évi rendes közgyülését. A zárszámadásokból, melyeket ez az intézet az 1905. évre vonatkozólag nyilvánosságra hozott, a következő lényegesebb számadatokat veszszük át:

A mult évi *díjbevétel* a törlések levonása után összesen 13.338,572.32 koronát tett ki, mig a díjkötelezvények és díjváltók összege 24.373,074.31 koronára rúgott. A díj-, nyereség- és árfolyam-különbözeti *tartalékalapok*, valamint a díjáthozatok 25.434,347.12 koronát tesznek ki. Az intézet *összes tartalékai* a nyereség-tartalék ezidei javadalmazása után 1.891,781.36 koronával szaporodtak. Az intézet *tőkéi* a következőkép vannak elhelyezve: Pénztári készpénz-állomány 209,140.70 korona, hitelintézeteknél lévő követelésekben 3.370,014.62 korona, az intézet házaiban 3.113,138.25 korona, vasúti részvények és elsőbbségi kötvényekben 13.200,402.79 korona, váltókban 186,215.88 korona, jelzálogkölcsönben 166,505.18 korona, az intézet kötvényeire adott kölcsönökben 2.906,120 korona. Az 1905. évre kimutatott 251,146.77 korona nyereségből *részvényenként 14 korona (7 százalék) osztalék* kifizetését határozták el.

Az Első Leánykiházasító Egylet m. sz. Gyermek- és életbiztosító intézete Budapesten, VI., Teréz-körút 40—42. sz. Alapittatott 1863. Folyó év márczius havában 1.513,700 k. értékü biztositási ajánlat nyujtatott be és 1.311,900 k. értékü uj biztositási kötvény állittatott ki. Biztositott összegek fejében 117,134 k. 71 f. fizettetett ki. 1906. január 1-től márczius 31-éig bezárólag 4.139,300 k. értékü biztositási ajánlat nyujtatott be és 3,598,300 k. értékü uj biztositási kötvény állittatott ki.

PÁLYÁZATOK.

4384/1905. kig. szám.

Csik vármegyében, a gyergyószentmiklósi járásban, Gyergyóremete, Várhegy és Salamás községekből alakult egészségügyi körben a **körorvosi állásra** Gyergyóremete székhelylyel pályázatot hirdetek és felhivom mindazon orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy törvényes képesitésüket, valamint eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati folyamodványaikat hozzám **f. évi április hó 30.-ig** nyujtsák be.

A körorvos évi fizetése a látogatási díjak váltságával együtt 2336 kor., lakbére 200 korona, fuvarváltsága évi 104 korona, összes javadalma ása tehát 2640 korona.

Kézi gyógytár tarthatásának engedélyezése szokásos.

Gyergyószentmiklós, 1906. évi április hó 5.-én.

2—1 *Szász Lajos*, főszolgabiró.

A pécsi állami gyermekmenhelynél az **intézeti másodorvosi állás** jelenleg üresedésben lévén, felhivom azon nőtlen orvosdoktor urakat, a kik ezen 1200 koronányi (100 koronás havi előzetes részletekben fizetendő) évi tiszteletdijjal, az intézetben levő tágas, bútorozott szobából álló lakással, valamint annak fűtésével és világitásával és I. oszt. élelmezéssel (hivatalos telepellenőrző vizsgálatok alkalmával pedig külön napidijjal) javadalmazott állást elnyerni óhajtják, hogy a nagymélt. m. kir. belügyminister úrhoz czimzett, 1 koronás okmánybélyeggel ellátott és orvosi oklevelüknek, valamint esetleges eddigi orvosi működésükről szóló bizonyitványaiknak hitelesitett másolataival felszerelt pályázati kérvényüket hozzám legkésőbb **f. évi május hó 5-éig** okvetlenül beküldeni sziveskedjenek.

Pécs, 1906. évi április hó 5.-én.

Gobbi Gyula dr., a pécsi állami gyermekmenhely igazgató-főorvosa.

6972 1906. kig. szám.

A nyitrai vármegyei közkórházban a kórházi osztályon valamint az **elmebetegek osztályán egy-egy alorvosi állás** betöltendő lévén, ezen állásokra a m. kir. belügyminister 125,000/1902. számú körrendeletével életbeléptetett vármegyei ügyviteli szabályzat 2 § a alapján pályázatot nyitok.

Felhivom mindazon nőtlen s ezen állás betöltésére az 1876. évi XIV. t.-cz. 63. §-a. illetve az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt képesitéssel rendelkező orvosdoktorokat, kik ezen a kórházosztályon 1400 korona, az elmebetegek osztályán 1600 korona évi fizetéssel, egy-egy szobából álló lakással, fűtéssel, világitással, természetbeni élelmezéssel javadalmazott és nyugdijjogosultsággal egybekötött állások valamelyikét elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt kérvényeiket az ügyviteli szabályzat 4. §-ában előirt módon annak megjelölése mellett, mely állásra pályázik a folyamodó, **f. évi április hó 25.-ig** hozzám nyujtsák be.

A kinevezett alorvosok kötelesek a kórházban lakni, szolgálati viszonyaik a kórház szolgálati utasitásában és alapszabályaiban közelebbről meg vannak határozva.

Azon pályázók, a kik közszolgálatban állottak és azt megszakitották vagy abbanhagyták, kötelesek hivatalos működéseik időleges szünetelésének illetőleg a kilépésnek okát okirattal igazolni.

Nyitra, 1906 évi április hó 6-án

Kostyál dr., alispánhelyettes, főjegyző.

1547/1906. szám.

A lemondás folytán megüresedett **királydaróczi körorvosi állásra** pályázatot hirdetek, és felhivom a pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám **f. évi május hó 1.-ig** adják be.

Az orvosi körhöz a rendes heti és évenként 7 országos vásárral biró Királydarócz község székhelylyel Esztsó, Gézes, Gyöngy, Madarász, Piskárkos és Tőketeberes községek tartoznak 8233 lélekszámmal.

Az állás a választásig helyettesités útján azonnal betölthető.

Javadalmazás:

1. Törzsfizetés 1233 korona 02 fillér, melynek 1600 koronára való felemelési eljárása folyamatban van.
2. A halottkémlési teendőkért esetenként 1 korona.
3. A vágóbiztosi, illetve hússzemlével járó teendőkért darabonként 40 fillér.
4. Károlyi Sándor gróf uradalmától és a szatmári kerületi betegsegélyző pénztártól kölcsönös megegyezés alapján nyerhető tiszteletdijak.
5. Szabályszerűleg megállapitott látogatási és rendelési dijak.

Erdőd, 1906. évi márczius hó 26.-án.

3—3 *Péchy*, főszolgabiró.

9080/1906. C. szám.

A diósgyőri m. kir. vas- és acélgyárhoz tartozó Pereczes és Barossakna szénbányáknál Pereczes székhelylyel rendszeresitett **bányaorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással a közmunka és közlekedési minister úr Ő Nagyméltósága által 1887. évi február hó 24.-én 6830. sz. a. jóváhagyott czim- és illetményszabályzat, illetőleg az ahhoz 1887. évi deczember hó 5.-én 46,652. sz. a. kiadott függelék, s legújabban a pénzügyminister úr Ő Nagyméltósága által 1904. évi julius hó 19.-én 47,129. sz. a. az uj czim- és illetményszabályzat pótlásául kiadott magas rendelet értelmében az állami vasgyárak hivatalnokaira megállapitott V. fizetési osztály 3. fizetési fokozata szerint 2000 korona évi fizetés, természetbeni lakás, 200 korona fűtési átalány és az üzleteredményekhez képest változó jutalék élvezete van egybekötve.

A pályázóktól egyetemes orvostudori oklevél kivántatik meg; kik kórházi gyakorlattal birnak, előnyben részesülnek. A tót nyelv lehető ismerete kivánatos.

A kinevezendő orvos köteles állandóan rendelkezésére álló fuvaron Parasznya községben hetenként kétszer, előre meghatározott napokon orvosi rendelést tartani, és azonkivül Radistyán, Varbó és Kondó községekben lakó bányamunkásainkat és azok családtagjait is, szükséghez képest a helyszinén gyógykezelni.

A bányatárspénztár tagjait és azok igényjogosult családtagjait a pénzügyminister úr Ő Nagyméltósága által 1905. évi május hó 22.-én 31,856/1905. sz. a.

Ötvenedik évfolyam. 16. szám. *Budapest, 1906. április 22.*

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.

Sugár K. Márton: A füleredetű agyhártyalob operativ kezelésének kérdéséhez. 467. lap.

Edelmann Menyhért: A felső bélfodorbeli verőér eltömülése. (Emboli a arteriae mesentericae super.) 469. lap.

Pólya Jenő Sándor: Az epekövek kórtanának mai állása és az epekőbetegség sebészi kezelésének javalatai. 471. lap.

Bence Gyula: A budapesti egyetemi diagnostikai tanszék közleménye. (Igazgató: Korányi Sándor dr. nyilv. rk. tanár.) A polyglobulia lépmegnagyobbodással. 473. lap.

Tárcza. Günther József: Egészségügyi szolgálat az óczeánon. 474. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Prof. Dr. M. v. Zeissl*: Die Behandlung der Syphilis. — *B. Buxbaum*: Kompendium der physikalischen Therapie. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Riebold*: A praemenstruális hőmérsékemelkedésekről. — *Ancel* és *Bouin*: A „született eunuch"-okról. — *Rivalta*: Exsudatumok és transsudatumok megkülönböztetése. — *Belorvostan. Kümmel*: A bárzsing gümős megbetegedése. — *Dörner*: Összehasonlító gyomornedvvizsgálatok. — *Welsch*: A vakbélgyuladás megelőzése és gyógyítása. — *Sebészet. Gelpke*: A Murphy-gomb alkalmazása. — *Munster*: Heveny vérzéses pankreasiob. — *S. Clifford Haymann*: A vakbél 180°-os elcsavarodása. — *Ph. Turner*: 17 hónapos leánygyermek kizáródott köldöksérve. — *Gyermekorvoslás. Binswanger*: A gümőkórgyakorisága az első életévben. — *Freeth*: Varicella bullosa. — *Idegkórtan. Anton*: A functio újraéledése az agyvelő megbetegedéseiben. — *Bőrkórtan. Kromayer*: A bőr és a nyálkahártyák kezeléséhez használt vízlámpáról. — *Krzysztalowicz*: Myoma cutis. — *Fülorvostan. Hechinger*: Helyi érzéstelenítés a fülorvoslástanban. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Credé*: Calodal. — *Bossi*: Stypticin. — *Eulenburg*: A Basedow kór kezelése antithyreoidinnal. 476—479.

Magyar orvosi irodalom. Budapesti orvosi ujság. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. Klinikai füzetek. 479.

Vegyes hirek. Rovás. — Kitüntetés. — Kinevezés. — Új magántanárok. — A XII. szünidei orvosi cursus. — A budapesti önkéntes mentő-egyesület. — Az I. sz. nőiklinika. — Elhunytak. — Kisebb hirek külföldről. — Az V. nemzetközi tuberculosis-conferentia. — Közegészségtani pályadijak. — Orvosi per. — Az operatioban résztvevők ellenőrzése. — Meggyógyithatók-e teljesen a syphilissel fertőzöttek? — 479—480. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. 16. Magyar balneologiai congressus és a magyar szent korona országai balneologiai egyesületének évi közgyülése. 481. lap. — Közkórházi orvostársulat. 482. lap. — Budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya. 482. lap. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. 483. lap. — Szegedi Orvosegyesület. 484. lap. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 484. lap.

Mellékletek. Hoffmann-La Roche & Co. Digalen, Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer. & Co. Elberfeld czég Veronal és Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning czég Sajodin prospektusai.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A füleredetű agyhártyalob operativ kezelésének kérdéséhez.[1]

Irta: *Sugár K. Márton* dr. Budapesten.

Az otogen meningitis operativ kezelését még a közelmultban is a lehetetlenségek közé sorozták. A mióta azonban *Macewen* a genyes arachnitis egy esetét sikerrel operálta, állandóan napirenden van e nehéz kérdés és az otogen meningitis már nem a régi „noli me tangere".

Egy, sajnos, hirtelen lefolyású és halállal végződött saját esetem indított arra, hogy az irodalomban szétszórt adatokból egységes képet alkossak és ezt saját, immár több mint másfél évtizedre terjedő tapasztalataimmal kiegészítsem. Közleményem folyamán a kérdés mai állását lehetőleg kimerítően kivánom ismertetni és be akarom bizonyítani, hogy a gyakorló orvos valóságos életmentője lehet betegének, ha idejekorán szakorvoshoz utasítja őt.

Még öt év előtt *Th. Ziehen* jenai tanár az *Ebstein-Schwalbe*-féle nagy belorvostani gyüjtőmunkában teljesen elutasító álláspontot foglal el e téren és szó szerint ezeket mondja: „Chirurgische Eingriffe sind nicht indicirt. Ergiebt die Lumbalpunction Eiter, so ist von einer chirurgischen Behandlung nichts zu erwarten".

Hasonlóképen, de nem oly határozottan nyilatkozik *Bergmann* berlini sebésztanár, az agysebészet kiváló képviselője: „Die diffuse acute Form ist durch Eröffnung des Durasackes und der Subarachnoidealräume nicht zu bessern, sie ist eine schnell tödtliche Krankheit. Erfolge sind nur in der circumscripten Form, welche extradurale Eiterungen und Hirnabscesse begleitet, erzielt worden."

Főkép a sebészek kedvező tapasztalatai a dura mater szakadásaival járó komplikált koponyatöréseknél ösztönözték a fülorvosokat arra, hogy e tárgygyal behatóbban foglalkozzanak, úgy hogy ma már az operativ kezelés javalatait is felállíthatjuk. Az utolsó évek tapasztalatait *Hinsberg* breslaui fülorvos tanár foglalta össze, kiegészítve őket egy saját észleléséből származó esettel. *Hinsberg* kifejti, hogy kifejezett meningitisre valló tünetek mellett, genycoccusokat tartalmazó liquor cerebrospinalisnál, tehát a lumbális punctio positiv eredménye esetén, képesek vagyunk a csecsnyúlványban székelő elsődleges genygócznak operativ kiküszöbölésével a typusos klinikai tüneteket megszüntetni s a beteget meggyógyítani, a nélkül, hogy magát a meningitises góczot operáltuk volna. E sikert akkép magyarázza, hogy azon fertőző csirák, melyek már a műtét előtt áthatoltak a kemény agyburkon, a szervezet természetes védőeszközei által legyőzetnek, mihelyt meggátoljuk a fülműtét által újabb bakteriumokkal való gyarapodásukat.

A magunk részéről hozzátehetjük, hogy közismeretes a liquor baktericid sajátsága, miért is igen helyesen állítja fel *Schulze* a hallei fülgyógyászati klinikáról szóló dolgozatában azt a követelést, hogy bakteriumfestés czéljából a festő folyadéknak 30—40 perczig tartó behatása szükséges a liquor cerebrospinalisra.

Hogy azonban a fertőzést előidéző bakteriumok minősége és virulentiája sem közömbös, azt különösen *Grunert* hangoztatja; szerinte sohasem gyógyul ki a streptococcus-meningitis, hanem csakis a pneumococcus okozta agyhártyalob. Látjuk tehát, hogy fontos a liquornak bakteriologiai vizsgálata, és nem elég azzal megelégednünk, hogy a zavaros liquorban genysejtek találhatók.

[1] Előadatott a Kir. Orvosegyesület otologiai szakosztályában.

Mindazonáltal vannak oly körülirt meningitis-esetek, melyek az elsődleges genygócz kiküszöbölése után is hajlamot mutatnak a továbbterjedésre, azaz diffus megbetegedéssé válnak. Különbséget kell tehát tennünk circumscript és diffus menineingitis között.

Feltünik, hogy 1901-ig, a fülsebészet rohamos haladása ellenére, az operált meningitisnek csak három biztosan konstatált esetét ismertük: *Macewen*, *Jansen* és *Lucae* esetét. 1904-ben *Friedrich* kieli fülorvos, a tömkeleggenyedések pontos leirója, az egész durazsáknak drainezése czéljából már bemetszi a fertőzés helyén a durát és ellennyilást ajánl laminectomia által a canalis vertebralisban.

Hinsberg 1905-ig már a meningitis 10 esetét tudta összeállitani, melyekben az agyburkok belsejében lévő fertőző gócz szabaddá tétele után, az arachnoideális üreg drainezése által sikerült teljes gyógyulást elérnie. E kecsegtető szép eredménynek csak az von le az értékéből, hogy nem igen lehetséges a megkülönböztető kórjelzés a körülirt és diffus meningitis között. A klinikai kép ugyanis nem adja meg ennek a lehetőségét, és másrészt nem zárkózhatunk el azon aggodalom elől, hogy épen a dura és a pia bemetszése által létesülhet a subarachnoideális üreg másodlagos fertőzése.

Továbbá nehezen képzelhető el, hogy sikerülne az arachnoideának és piának teljesen kielégitő drainezése, tekintve azon anatomiai elrendezést, hogy a lágy agyhártya kötőszöveti rostjai egymást keresztező gerendázatot, hálózatot alkotnak.

E nehézségek oly súlyosan esnek latba, hogy újabban *Heine* berlini fülorvostanár még *Kümmel* hamburgi sebésztanár sokat idézett esetét is csak az agyalapon létrejött subdurális genyedésnek minősíti, mely áttört a subarachnoideális üregbe, miáltal a liquor cerebrospinalisnak sürüen genyes voltát okozta, mert szerinte nem lett volna különben sikere a drainezésnek. Valódi meningitis diffusa esetében tehát hasztalannak tart minden mütéti beavatkozást.

Egy különös veszélyről kell még e helyen megemlékeznünk. *Zeroni* karlsruhei fülorvos, *Schwartze* volt tanitványa, újabban emlékezetünkbe hozza *Brieger* breslaui fülorvosnak azon állitását, hogy tömkeleggenyedéseknél a gyökeres mütét alkalmával a vésők okozta koponyarázkódtatások a perilymphatikus üreg belsejében létrejött összenövések oldására vezethetnek és ekkép helyreállhat a genyedés folyamán megszünt közlekedés a subarachnoideális üreggel, miáltal meningitis keletkezésére nyilik alkalom. *Zeroni* maga az agyhártyalob ily módon való létrejöttének okát inkább a tömkeleg és dobüreg között létesült, kórosan képződött vérér-anastomosisokban keresi, mert elegendők a labyrinthitis suppurativa kiváltására már aránylag csekélyfokú beavatkozások a dobüregben is, mely tömkeleggenyedés közvetítő kapcsot alkot a meningitis fejlődésére. *Zeroni* 29 honczolt esetében ugyanis mindig labyrinthgenyedést talált, mely a gyökeres mütét után fejlődött ki, mit egyébiránt a tömkeleg ablakán való defectusok is okozhatnak. Egy az intradurális üreg közelében fekvő betegségi gócz továbbá könnyebben okoz fertözést, sőt eltokolt góczoknál az összenövéseknek elszakitása is támadhat, miáltal diffus meningitis fejlödik.

E lehetőségek miatt *Lermoyez* Párisban csak az extralabyrinthaer genyedéseket operálja, biztosan kórjelzett tömkeleggenyedéseket azonban már nem vet alá mütéti kezelésnek. Mennyivel megokoltabb ezek szerint a meningitis circumscripta *nem* operativ kezelése, hiszen már a dura mater szabaddá tétele által kapu nyilik a diffus fertőzésre, mit többek között *Lucae* berlini tanár is hangoztat. Igaz, hogy *Schulze* az agyhártyalobban jelentkező remissiókból következteti, hogy a meningitist nem a vésők okozta rázkódtatások, illetve a dura szabaddá tétele okozta, hanem hogy az már előbb lappangva megvolt, és minthogy az agyhártyalob veszélye tapasztalatunk szerint csak nagyon előrehaladt esetekben fenyeget, ebben biztatást kellene látnunk a sziklacsontban levő genygócz korai feltárására, mert hisz ekkép életveszélyes szövődményekre sem nyilik alkalom.

Egy másik, nem csekélyebb veszély forog fenn a diagnosis czéljából megejtett lumbális csapolás alkalmával. Ha ugyanis sok liquort eresztünk ki, összenövéseket oldó térelváltozások támadhatnak a koponyaüregben, miáltal a genyet eltokoló összenövések engedhetnek, átszakadhatnak, agytályogok áttörhetnek a lágy burkok felé vagy az oldalgyomrokba és igy diffus meningitist okozhatnak. Látjuk tehát, hogy a tapasztalatlan fülsebészt sok veszély fenyegetheti.

És ezzel elérkeztünk volna a lumbális punctio értékéhez kórjelzési szempontból. A liquor cerebrospinalis minősége csak akkor bir bizonyító erővel, ha sok genyet és főkép bakteriumokat tartalmaz. Nem elég a folyadéknak többé kevésbé zavaros volta, hanem szükséges a genynek és a bakteriumoknak biztos jelenléte a diffus meningitis felvételére.

Azonban e tétel sem tekinthető axiomának, mert pl. *Voss* rigai fülorvos a sinusthrombosisnál is talált bakteriumokat a liquorban, másrészt tudjuk, hogy agytályogoknál, melyeknél sipolyszerü közlekedés áll fenn az oldalgyomrokkal, vagy olyan esetben, ha a subdurális genyedés áttört a subarachnoideális üregbe, szintén genyes a liquor, sőt *Lucae* klinikája határozottan azon az állásponton áll, hogy diffus meningitis felvételére nem elegendő a bakteriumok jelenléte a nagyobb mennyiségü liquorban. Ha továbbá az agyhártyalob a canalis vertebralisnak csak egyik részére szorítkozik, akkor is genyes a liquor, a nélkül, hogy diffus meningitis forogna fenn. Csak egy nem szenved kétséget: az, hogy abban az esetben, ha a tiszta liquor igen felszaporodott, a nélkül, hogy fehérvérsejteket, genysejteket, bakteriumokat tartalmazna, jogosult az a felvétel, hogy meningitis serosával van dolgunk. Ép úgy, mint bordacaries folyamán pleuraizzadmány, vagy osteomyelitis folyamán savós izzadmány képződhetik valamely izületben, hasonlóképen fejlődhetik a meningitis serosa a sziklacsont genyedése folyamán.

A meningitis serosa azonban bármikor átmehet genyes kórfolyamatba. Összehasonlítható *Merckens* szerint a tüdőlob szomszédságában fejlődő collaterális oedemával, mely a genygóczból származó toxinok helybeli káros behatása által támad és *Grossmann* szerint (*Lucae* klinikájáról) ép úgy, a hogy a savós izzadmánynyal járó heveny füllhurutból genyes otitis media acuta fejlödhetik, azonképen átmehet a meningitis serosa is a súlyos agyhártyalob kórképébe. Ha korán operálunk, mindig jó prognosist ad a meningitis serosa, mert hisz a sziklacsontban levő genygócz kiküszöbölése által sikerül a bajt megszüntetni. Heveny genyedésnél antrumfelvésést végzünk, idült genyedésnél gyökeres mütétet, de az agytünetek még mindig nem fejlödnek vissza, miért is a középső vagy hátsó koponyaárkot felnyitjuk, punctiót végezünk és azt észleljük, hogy nem mutatkozik ugyan genyedés, de feltünően sok liquor ürül ki, mely nemsokára a kötést és a párnát átnedvesíti és melynek kiürülése után az összes aggasztó agytünetek megszünnek.

A meningitis serosa ily esetében határozott sikerrel jár a lumbális csapolás, hacsak nem forog fenn valami akadály a liquor lefolyásában, a minő például a for. Magendie vagy az aquaeductus Sylvii elzáródása, miáltal az agygyomrok közlekedése a subarachnoideális üregekkel és a gerinczvelő canalis centralisával meg van akasztva, mert ilyenkor természetesen csak az agygyomor punctioja vagy drainezése előzetes trepanatio után járhat sikerrel Fontos azonban, hogy nemcsak tömkeleggenyedések, hanem extradurális tályogok, sinusthrombosisok is okozhatnak meningitis serosát, mely ezek szerint ismételt lumbális punctio és a sziklacsontban levő genygócz kiküszöbölése által gyógyitható.

Midőn ekkép a meningitis serosával végeztünk volna, felmerül az a kérdés, gyógyitható-e a meningitis circumscripta és milyenek e tekintetben kilátásaink a meningitis diffusa mütevésével? Az irodalomban leirt legtöbb gyógyult eset valójában meningitis circumscripta volt. De hát képesek vagyunk e egyáltalában megállapitani a meningitist olyankor, mikor még körülirt a megbetegedés? E kérdésre nemmel kell felelnünk. A meningitis sokszor csak igen bizonytalan tünetekkel jár, kisfokú fejfájás, rosszullét, hányás, mérsékelt indokolatlan hőemelkedés jelentkezik; a spastikus és paralytikus tünetek hiányozhatnak, vagy csekély mértékben vannak kifejezve, sokszor csak könnyü szemizombénulásokat és ezzel kapcsolatos kettőslátást találunk mint első és egyedüli tárgyilagos leletet. E tünetek kezdetben igen protrahált módon jelentkezhetnek, úgy hogy gastricismusra gondolunk, nemsokára azonban beáll a rosszabbodás, Kernig-féle tünetet, nystagmust, szabálytalan pulsust, az ágyból való felemelkedéskor szédülést, minden ételfelvételkor hányást találunk. Az ágyékcsapolás

kezdetben negativ, később kissé zavaros liquort ad fehérvérsejtekkal, egyes bakteriumokkal, majd tisztán genyest. Kezdetben még agytályogra vagy extradurális tályogra gondolunk, mely utóbbi különösen feltünően kevés kórjelenséget okozhat, meningeális izgalmat veszünk fel, de a tarkómerevség, mely mellesleg szólva az agy kéreg meningitisénél el is maradhat, a tág, rosszul vagy egyáltalán nem reagáló pupillák, az emelkedő hőfok, a magas febris continua, az eszméletlenség és deliriumok már útba igazítanak; később a végtagok és szemizmok kifejezett bénulásai, beszédzavarok jelentkeznek, de még mindig meglepő remissiók állhatnak elő, míg egyszerre nagyfokú nyugtalanság, elesettség, szabálytalan szünetelő légzés, az érlökés kimaradása, az állandóan magas, 40—41° ú láz uralják a vigasztalan kórképet.

Más esetekben azonban egyszerre kezdettől fogva súlyos tünetek jelentkeznek, így izgalmi tünetek: hányás, rázóhideg, magas hőfok, jellemzetes magas érverés, diffus fejfájás, izgatottság vagy eszméletlenség deliriumokkal, székdugulás, sajkaszerüleg behúzott has, tarkómerevség, opisthotonus, trismus, általános bőrhyperaesthesia, az izmok fokozott ingerlékenysége, görcsök, floccilegium, a szükült pupillák renyhe reactioja. Majd bénulási tünetek: oculomotorius-bénulás ptosissal, a pupillák egyenlőtlen volta, strabismus divergens, abducensbénulás, déviation conjugée, hemiplegia, hemianaesthesia, végbél-hólyagbénulás és halál.

A lefolyás gyors lehet, nehány óráig tarthat és biztos exitusra vezet, különösen ha agytályogok áttörnek az agyfelület vagy az oldalgyomor felé, vagy pedig protrahált a kórkép, hirtelen beálló és gyorsan lefolyó rosszabbodással és halállal pár hét mulva, és végre igen protrahált lefolyású, évekig tartó remissiókkal, míg a nyilván körülirt agyhártyalob általánossá válása által beáll a halál. Természetes, hogy csak a két utóbbi esetben operálhatunk a kedvező kilátás reményével. Fontos azonban, hogy a kórtünetek nem felelnek meg az agyhártyalob kiterjedésének és a sziklacsont genyedésének egyes kórképei át is mehetnek egymásba. A meningitis spinalisnál hiányzik a fejfájás és inkább hátfájások lépnek előtérbe; a könnyen vulnerabilis idegtörzseket az agyalapon meningitis serosa is comprimálhatja és ekkép bénulásokat is okozhat, míg a neuritis optica egyáltalában nem állandó tünet; a hátulsó koponyaárok meningitisénél facialis- és acusticusbénulások támadhatnak, végre ha a fülgenyedéssel contralaterális agyfélteke a meningitisnek székhelye, könnyen megtéveszthetnek a jelentkező kéregtünetek (görcsök, később bénulások).

(Vége következik.)

A felső bélfodorbeli verőér eltömülése.

(Embolia arteriae mesentericae super.)

Irta: *Edelmann Menyhért* dr.

Úgynevezett „ritka eset" hajhászásának értékét belátni nem tudom, mert az a meggyőződésem, hogy a mindennapi orvosi gyakorlatnak bármely esete adhat alkalmat hasznosítható megfigyelésre. Ha valamely kóreset megjegyzésre, megfigyelésre érdemes jelenséget nem mutat, nagy valószinüséggel feltehető, hogy az a megfigyelön mult.

A mint a természet életének csodáit a kutató, a látni tudó szemnek a legközönségesebb, lekisebb füszál is felfedi, úgy egy mindennapi kóreset megfigyelése is adhat módot reá, hogy az élet szabályszerü vagy kóros jelenségeinek érdekes lefolyását észlelhessük.

De ha ezt vallom is, ezúttal azok szemében is indokolt lesz egyik, az orvosi gyakorlatnak gyorsan váltakozó munkája közben nem épen klinikai részletességgel és pontossággal megfigyelt, s még utólagos bizonyítékok megszerzése czéljából megejtett boncolással sem támogatott kóresetemnek lehető rövidre fogott ismertetése, a kik valamennyi úgynevezett mindennapos eset elől ridegen elzárnák a nyilvánosságot képviselő szaklapok hasábjait. Az ily szigorú biráknak álljon itt az adat, hogy hasonló esetet *Oppolzer* csak egyszer, *Virchow* három izben észlelt.

A kinek betegségéről beszámolok, 40 éves, magasnövésü, erőteljes, erős izomzatú bőrkereskedő, a ki mult évi április hó 11.-én fordult hozzám orvosi segélyért. Figyelmemet nyomban bajára terelte, a mely a jobb lábszáron a *vena saphena magna tágulása, lobosodása és eltömülése* (varicositas, phlebitis, thrombosis) volt.

A gyüjtőértágulás a jobb lábszár elülső, belső felületén húzódott, de már a térd felett mintegy 25 cm.-nyire kezdődött, s a lábfejig, a lábtőig ért és kanyargó, helyenként egész ujjnyi köteg alakjában volt látható. A köteg nem volt rugalmas, mint valamely folyékony vérrel telt ér, hanem tömött. A kötegként látszó és tapintható gyüjtőérben a vér vérrögöt, thrombust alkotott.

A lábtőnél, a belső boka táján gyermektenyérnyi területen a tágult gyüjtőereknek egész tömött csomója volt, a mely felett a bőr lobos, piros volt s a nyomás fájdalmat okozott. A vérér itt lobossá lett, *phlebitis* volt megállapítható.

A betegnek nyugalmat ajánlottam, hidegvizes borogatásokat s a lobos résznek ichthyol-glycerinnel való ecsetelését.

Néhány napi pihenés után a beteg türelmetlenségében, bár vattával és rugalmas pólyával bekötött lábbal, a járást kisérlette meg, de ez kárára volt, mert állapota lényegesen rosszabbodott s ismét ágyba kellett feküdnie.

A betegség természetesen nem volt újkeletü. A beteget már inas-korától kezdve, a segéd-minőségben eltöltött éveken át s utóbb, jelentékeny idő óta, mint önálló kereskedőt is, hivatása arra kényszerítette, hogy egész napon át az árusító asztal mellett álljon s bár az utóbbi években orvos rendelésére állandóan gummipólyát hordott, bőséges alkalom kinálkozott arra, hogy lábszárán nagymérvü gyüjtőértágulás jöjjön létre. A leirt köteg már jóval mostani megbetedése előtt észlelhető volt, csaknem jelenlegi vastagságában és tömöttségében, a beteget is ez vezette félre s bátorította arra, hogy lobos lábszárgyüjtőerével a járást saját kárára megkisértse.

Hasonló gyógykezelésben volt most is része: ágynyugalom, hidegvizes borogatások, csak az ichthyol-glycerinnel való ecsetelés helyett higanykenőcscsel dörzsöltük be naponként a lobos ér területét.

Állapota, ha lassan is, javult, de közben a hó utolsó napján a betegen váratlanul oldalnyilalás jelentkezett.

Okát a megejtett vizsgálat könnyen kiderítette. A jobb mellkasfél hátulsó felületén, alól, a jobb tüdő alsó lebenye felett, csaknem a lapoczcsúcsig a kopogtatás tompulatot jelzett. Ugyanott hallgatódzáskor szörczörej és vele egyidejüleg dörzszörej volt hallható. A beteg köhögött is és köpetet ürített.

Kezdetben pleuropneumoniára támadt gyanum, bár meglepő volt, hogy e folyamat több heti ágybanfekvés közben támadt. De csakhamar tisztázódott a helyzet. A beteg a jellegzetes tüdőlobos köpet helyett élénkpiros, tiszta vérből álló köpetet ürített. A többi jelenséggel együtt ezt s az előzményeket figyelembe véve, *tüdőinfarctus* felvétele vált indokolttá. A véráram a lábszár beteg, lobos gyüjtőeréből ragadott magával egy vérrögöt a tüdő megbetegedett részébe, a hol a tüdőverőér egy ágát elzárva, eltömve, infarctust, véres tüdőeltömülést hozott létre.

A jelenségek egymásutánja világos volt: a vena saphena magna varicositása, ugyanennek lobosodása (*phlebitis*) s egy benne létrejövő *thrombus*. Ebből egy részlet, egy vérrög (*embolus*) a véráram útján a jobb tüdő alsó lebenyébe jutva, ott *infarctust* iétesített, utóbbi meg a tüdőfelszin közelében lévén elhelyezve, alapjával a mellhártyáig érve, a közeli borító mellhártyarészben lobot, *pleuritist* idézett elő.

Ezeket kiderítve, a közben adott digitalis-forrázatot félretétettem, a véráram feszülését, a szív hajtó erejét akarván kisebbiteni. Teljes nyugalom mellett jeges borogatást a lábra és a mellkasra, a mellhártyalobnak megfelelő területen a mellkas bőrének jodvasogennel való ecsetelését, a köhögési inger csillapítására s a láz csökkentésére aspirint morphiummal rendeltem.

A beteg állapota napról napra javult. A mellkason kikopogtatható tompulat kisebbedett, utóbb csak egy bordaköznyi lett, felette crepitatio csak itt-ott s igen csekély dörzszörej volt hallható. A nyilalás megszünt, a köhögés ritkább s gyöngébb lett, a vérköpés is megszünt, étvágy jelentkezett, a beteg erőállapota kielégitőbb lett, egészségérzete fokozódott. Kilátás volt reá, hogy néhány nap elteltével az ágyat elhagyhatja. Ez május hó közepén volt, a midőn lábbaja is annyira javult, hogy rugalmas

gummiharisnya beszerzése czéljából lábszárának körfogatát megmértem.

Ekkor történt, május 18.-án éjjel 10 óra tájban, hogy a lábadozó beteg coitust végzett. A coitus közben hirtelen annyira rosszul lett, hogy haladéktalanul orvost kellett hivniok, a ki nagy kimerültség, szívgyöngeség jeleit, collapsus tüneteit találta a betegen.

Egyidejűleg mellkasában, a betegség régi helyén újra nyilalás jelentkezett s a köhögés és vérköpés is megújult.

A másnap megejtett vizsgálatkor a beteg mellkasának már jelzett helyén ismét megtaláltam, bár kisebb terjedelemben, a tompulatot, hallhattam a zsörcszörejeket. A beteg erősen köhögött, véres köpetet ürített, lázas volt, légzéskor fájdalmat érzett, igen gyönge, elesett volt. A szívgyöngeség is jelentékeny volt, a végtagok hűvösek, az érlökés szapora, gyönge, kicsiny, s a mi meglepő volt, a szívtompulat, a melynek határai eddig rendesek voltak, jobb felé a szegycsont közepéig terjedt. Szóval a *heveny szívtágulásnak* minden jelét együtt találtam.

A magyarázatot könnyü volt megtalálnom: közösülés közben, megerőltetés folytán a még gyönge betegnél vértorlódás támadt többek közt a tüdőben is, az infarctus tünetei kiújultak, a szívre háruló fokozott munka következtében a szívnek kifáradása, elgyöngülése és heveny kitágulása következett be.

A rendelés jégtömlő a szívtájra, jeges borogatás a mellkasra, digitalis-forrázat coffeinnel, a köhögés ellen codein volt.

Már e váratlan rosszabbodás közbejöttekor éjjel s főkép másnap gyomorzavarok keltettek figyelmet. Felböfögés, hányásinger, naponta többször hányás, émelygés, étvágytalanság jelentkezett, a közben már feltisztult nyelv újra bevont lett s a szájíz igen kellemetlen.

E jelenségeket is kezdetben a szívgyöngeséggel hoztam kapcsolatba, de több napi megfigyelés után, a midőn újabb jelenségek is magukra vonták figyelmemet, más magyarázatot találtam.

Május 23.-án is a beteg naponta még 2—3 szor hányt, gyakran öklöndözött, hányásinger és émelygés bántotta, gyomra és belei puffadtak voltak s főkép az utóbbiakban nagy fájdalmat érzett, a hasban igen jelentékeny meteorismus, úgy hogy ez a májtompulatot is részben fedte s a rekeszszel együtt felszorította. A gyomor s a belek igen érzékenyek voltak, főkép a has bal felének tapintása a szigmabél s a végbél táján okozott jelentékeny fájdalmat.

Hasmenés indult meg, naponta 2—3, sőt többszöri székletéttel, a mely híg, sárgás, helyenként vörösesbe játszó, barnás, geny- és vértartalmú volt. Nemcsak, hogy kifejezetten keverve volt vérrel, hanem itt-ott kis pontokban tiszta vér, helyenként egész borsónyi véralvadék, sőt néha tiszta, piros vér is cseppekben volt látható. Néhány nap mulva ugyanily minőség mellett a székletét szokatlanul büzös lett, a szájíz még rosszabb, az étvágytalanság fokozódott.

A hasra és a gyomor tájára jégtömlőt tétettem s opiumcseppeket és más hányásszüntető és fájdalomcsillapító szert rendeltem. A hányásinger csökkent, a beteg 24 óra alatt csak 1—2-szer hányt, székletéte is csak kétszer, utóbb csak egyszer volt naponta s belőle a vér lassacskán, körülbelül egy hét lefolyása alatt eltünt. A köhögés és vérköpés már egy hét előtt megszünt volt.

Junius 2.-ig a rendesnél magasabb hőmérsék már 36 8° C.-ra szállt alá, az érlökések száma 78 volt. A megelőző nap reggele óta a beteg nem hányt, székletéte kevés, híg, sárgás, igen kevés genyet tartalmazó, de vérnélküli volt, a gyomor s a has kevésbé puffadt, a has bal fele kevésbé érzékeny volt s az öklöndözés is mind ritkábbá vált. Nyelve már élénkpiros, eléggé nedves volt és csak töve volt kissé bevont, a köhögés megszünt, köpetet nem ürített. Az étvágy még csekély volt, szomjúsága még fokozott.

A jeges borogatásokat még mindig alkalmazzuk, jéglabdacsokat nyel, kis adagokban jégbehütött tejjel, közönséges és bilini vízzel táplálkozik és oltja szomját.

Néhány nap óta a jobb lábszáron, egy más vena mentén újra nagy érzékenység jelentkezett, de ez csakhamar megszünt. Végre is, néhány hét után, a beteg felgyógyult.

Kétségtelen volt tehát, hogy a venákban, tüdőben, mellhártyán és szíven észlelt kóros jelenségekhez mások társultak a gyomor és belek részéről, sőt nyilvánvaló volt, hogy a hashártya is a bántalom körébe jutott s lob jelenségeit mutatta (peritonitis), vagy legalább is a peritoneális izgalom jeleit.

Kezdetben e jelenségeknek magyarázatát adni nem tudtam, de az eset felett elmélkedve, egy napon az a gondolat villant át agyamon, hogy a gyomor- és bélzavarokkal járó s hashártyalob jelenségeire emlékeztető újabb bántalom is hasonló származású lehet, mint az eddig észlelt jelenségek, s hogy ismét csak egy elsodort vérrög volt okozója a bajnak, a mely ez alkalommal a gyomrot, a beleket vagy a hashártyát ellátó valamely vérérbe juthatott.

Minthogy hasonló esetet észlelni alkalmam nem volt, irodalmi forrásaimat kezdtem átkutatni. De ez eredményre nem vezetett. A rendelkezésemre álló művekben erről mitsem találtam, sőt hasonló esetet egy a casuistikus eseteknek ezreit tartalmazó gyüjtőmunkában is hasztalanul kerestem. De végre a nagy *Oppolzer* jött segítségemre, a kinek összegyüjtött előadásait tartalmazó nagybecsü könyve már más hasonló esetben is, a midőn egyéb irodalmi forrásaim cserben hagytak, segítségemre volt.

Meglepetésemre külön szakaszt, több részből állót, szentel a betegségnek, a melynek jelenségeit és lefolyását az előbbiekben vázlatosan, sőt hézagosan ismertettem, s csaknem minden szava találó jellemzése volt a kórképnek, a melynek magyarázatát kezdetben megadni nem tudtam, később is csak sejtettem. A szakasz az *arteria mesenterica superior embolusáról* szól, a mely szerinte is, mint említém, a legritkábban észlelt kóralakok közé tartozik.

Hogy felvételét megérthessük, tudnunk kell, hogy a szóban levő hasi verőér (a felső bélfodorbeli verőér) mily lefutású s a hasüregnek mely zsigereit látja el. Kezdetben a hasnyálmirigy középső része mögött halad, annak alsó része s a duodenum alsó vízszintes része közt a bélfodor lemezei közé jut, itt a jobb csipőtájig halad, domborulatával balra és előre néző, gyöngén görbült ívet irván le.

Futásában vérrel ellátja a duodenum alsó részét és a hasnyálmirigy fejét, az éhbélt, a csípőbelet, vakbelet, felhágó és haránt vastagbelet. Jobboldali, hátulsó, homorú oldalából az alsó hasnyálmirigy-, duodenum és középső vastagbélverőér, a jobb vastagbélverőér és a csípő-vastagbélverőér erednek, bal mellső, domború oldalából a vékonybélverőerek *(Krause-Mihalkovics)*.

E verőér egyik részébe sodorta a véráram ugyanazon helyről, a honnan a tüdőbe jutott embolust, az elragadott vérrögöt, vérkeringési akadályt, másrészt meg szokatlan vérteltséget okozván a belek falát alkotó rétegekben s a mesenteriumban. Igy jöttek létre extravasatumok, vérkiömlések, így történt, hogy a szomszédos hashártyarész lobos lett vagy legalább is peritoneális izgatottság jelei támadtak.

Oppolzer szerint is kevés eset észlelése nem jogosít fel minden hasonló esetben ily felvételre, de ily emboliára nagy valószinüséggel következtethetünk, ha az egész hasban hirtelen nagy fájdalom támad, kólikaszerü roham, a midőn azután kezdetben szelek, azután vér- és genytartalmú, később vörösbarna, besürüsödött vérből és genyből álló, igen büzös bélsár ürül, a midőn kisérő tünetekként a has puffadt, érzékeny lesz, hányás, émelygés jelentkezik, a beteg elesett lesz.

Mind e tünetek kifejezetten észlelhetők voltak a leirt esetben is s a betegség lefolyása s előzményei csak megerősíthetik a felvételt, hogy az a. mesenterica sup. embolusának esete forog fenn.

Ezen kivül csak intussusceptiora és incarceratiora lehetne még gondolni, de a betegség jelentkezése, lefolyása, előzményei ezek felvételét kizárják.

Oppolzer az irodalomban talált kilencz eset ismertetéséből a leirt kórfolyamatnak kórboncztani képét is megalkotta s ez csak világosabbá teszi a jelenségek magyarázatát.

Az eltömült verőér lefolyásának megfelelőleg, a duodenum alsó haránt darabjától kezdve, az ileumon, jejunumon és coecumon át, az egész felhágó vastagbél s a haránt vastagbél jobb fele jelentékeny lobosodás jeleit mutatja. Az emlitett s a bántalom körébe vont belek minden rétege duzzadt, igen vörös, hajszálerek elszakadásából eredő vérrel beivódott. A bélfodor belövelt, a nagy cseplesz is és mindkettőnek peritoneális bevonatán rostonyás izzadmány látható.

A vastagbélben s vékonybelekben sok, részben alvadt, barnapiros, sürü, genynyel kevert vér.

* * *

Jól tudom, hogy e vázlatos közleménynek nem egy állítása bővebb és alaposabb megindokolásra szorulna; világosan belátom, hogy a kórkép vázlata nem egy részletében egészen elmosódott; de legyen az mentségem, hogy a mindennapi orvosgyakorlat egymást kergető eseményei közben ritkán van alkalom pontos, minden részletre kiterjeszkedő klinikai észlelésre. Ehhez járul, hogy a közlemény anyagát is csak hosszú idő előtt nagyjából papirra vetett hiányos jegyzetek alkotják, a melyekből egységes képet összeróni nehéz.

Ép a hézagosság miatt kell lemondanom arról is, hogy a kóreset további részletezésével és az ismert anatomiai és élettani, jobban mondva kórtani tények figyelembevételével igyekezzem kimutatni azt is, hogy a betegség utolsó szakaszában támadt jelenségeket okozó vándorló vérrög a szóban levő nagy, sokágú, számos hasi zsigert ellátó vérérnek mely részében akadt fenn, illetőleg annak mely ágát tömte el?

E feladatot pontosabb adatok hiányában megoldani nem tudom, de mégis úgy vélem, hogy a leirt eset megérdemelte a szóvátevést.

Az epekövek kórtanának mai állása és az epekő betegség sebészi kezelésének javalatai.

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

(Folytatás.)

Már *Charcot* és *Gombault* észlelte, hogy kutyáknál a choledochus lekötése után fonalak és lánczczá sorozott szemcsék jelentkeztek a pangó epében. *Netter* a choledochus mély lekötése után 24 órával nagymérvü bakteriumelszaporodást birt az epében kimutatni, míg magas lekötés után ez hiányzott. *Gangitano* a cysticus egyszerü lekötése vagy aseptikus idegen testekkel való eltömetése után az epehólyag zsugorodását és atrophiáját észlelte, de az epehólyagtartalom aseptikus maradt. *Miyake* kutyán tett kisérletei szerint is a cysticus lekötése után az epehólyag steril marad, míg a choledochus lekötése után coli- vagy streptococcus-tenyészet fejlődik ki benne.

Ehret és *Stolz* kimutatta, hogy a cysticuslekötés, sőt az epehólyag kiürülésének még egyszerübb mechanikus megzavarása után is állandóan előáll a bakteriumok elszaporodása a hólyagban, de ez csak múló s néhány nap mulva a bakteriumok száma folyton csökken, úgy hogy már 10—12 nap után vizsgálva, újra sterilnek találhatjuk az epehólyagot. *Miyake* eseteit a 12—112. napon vizsgálta meg; azonfelül befolyásolhatta az ő eredményeit az is, hogy a cysticus lekötése előtt kiszívta az epehólyag tartalmát.

Homén érdekes kisérleteiben arra az eredményre jutott, hogy a choledochus lekötése után az epében és májban ama bakteriumok mutathatók ki, melyek a duodenumot és a choledochus alsó végdarabját foglalják el. Ha choledochuslekötés után a choledochusba a ligatura alatt bakteriumokat fecskendezett, ezek a májban és epében ép oly hamar voltak kimutathatók, mint mikor a choledochust le nem kötötte, s ha csupán az egyik májlebeny epeútját kötötte le s úgy fecskendezett a choledochusba bakteriumokat, a lekötött részben hamarább jelentek meg a bakteriumok, mint abban, melynek kivezető útja szabad volt; ő ezt úgy magyarázta, hogy a bakteriumok a ligaturán át vándorolnak fel a lekötött epeutakba. *Ehret* és *Stolz* azonban hasonló eredményekre jöttek akkor is, ha a choledochust a két ligatura között átvágták és egy darabját resekálták, úgy hogy e leletek egyszerüen úgy magyarázhatók, hogy a májban kiválasztott vagy előzőleg az epében jelen volt mikroorganismusok a lekötés folytán az epében elszaporodtak.

Hogy az infectioval egymagában, ha az nem jár pangással együtt, az epehólyag igen könnyen végez, a mikroorganismusokat egyszerüen kiürítve magából, azt már *Naunyn* bebizonyította. Kis kutyák epehólyagjába coli bacillust fecskendezett; kettőnél előzetesen lekötötte a choledochust, ezek súlyos infectioban elpusztultak, míg annak az egynek, a melyiknek a choledochusa szabad volt, semmi baja sem lett, s 8 nappal a kisérlet után megöletvén, az epehólyagban és epeutakban a legcsekélyebb változás sem találtatott. A további kisérletek *Naunyn* ezen leletét megerősitették, úgy hogy áll az a tétel, melyet *Ehret* és *Stolz* hangoztatnak, hogy a kisérleti állatok, különösen pedig a kutya epeútjai, ha egyéb módon nem sérelmeztetnek, a nem nagyon virulens fertőzést, akár direct akár indirect, a legnagyobb könnyüséggel képesek legyőzni. Az itt szóba jövő együttes sérelem főleg az epepangás, míg az epehólyagfal sérelmei, minők a cauterisatio, kaparás által előidézettek, a bakteriumok elszaporodására nem igen birnak befolyással. (*Miyake.*) Mindazonáltal sikerült az epének teljesen szabad lefolyása mellett is bakteriumokat az epehólyagba való bevitelük után még hosszú ideig abban kimutatni (*Gilbert* és *Dominici*, *Miyake*). Ez utóbbi még 214 nap mulva is ki tudta őket mutatni és hat esete közül csak egyben volt a hólyag a mikrococcus prodigiosus bevitele után a 12. illetőleg 25. napon steril.

Hogy az epehólyagba bevitt különféle steril idegen testek egyidejü bakteriumbevitellel vagy a nélkül, továbbá maguk az epekövek minő módon mozdítják elő a bakteriumok elszaporodását az epehólyagban, arról később fogunk szólni, most még csak nehány szót az állatoknál mesterségesen előidézett epekövekről.

Gilbert és *Dominici*-nek sikerült első izben 1897-ben kutyában, majd tengerimalaczban colibacillussal való fertőzés útján epekövet létrehozni. Ez azonban csak véletlen megfigyelés volt.

Mignot-é az érdem, hogy a mesterséges epekövek létrehozásának kérdését teljesen tisztázta. Rájött arra, hogy virulens bakteriumokkal követ létrehozni nem lehet. Ilyenkor csak genyes epés pép képződik, többé-kevésbé heves cholecystitis, de kő soha. A kő létrehozásához szükséges, hogy a bakterium virulentiája lényegesen csökkent legyen. A virulentia csökkenését tiszta vagy bouillonnal kevert epében hosszú ideig való tenyésztéssel érte el. A bakterium faja mellékes. Coli, staphylococcus, streptococcus, bacillus subtilis mind alkalmas kőképzésre, de csupán akkor, ha virulentiája erősen csökkent. Ha ilyen gyengített bakteriumokat az epehólyagból eltávozni nem tudó idegen testtel (vatta, vászondarab) vitt be tengerimalacz epehólyagjába, azután ezt az idegen testet nehány hét mulva eltávolította s csak egy az epehólyagfalhoz rögzített selyemszálat hagyott benn a hólyagban, e körül 5—6 hónap alatt igen typikus epekövek képződtek. Egyszerü bakteriuminjectiók után nehány hónappal a hólyag teljesen steril és kötől ment volt; nehány héttel az injectio után puha, sárszerü tömegeket lehetett ugyan az epehólyagban látni, de ezek rövidesen távoztak s azért a kőképződés szempontjából hat ilyen kisérlet negativ maradt. Ezért úgy járt el, hogy a mikrobás infectioval egyidejüleg az epehólyagot steril vattával vagy gaze-zel tamponálta, s három héttel utóbb az idegen testet teljesen eltávolította. 19 ily módon végzett kisérlet közül 7-szer, tehát az esetek 1/3-ában tudott követ előidézni (6 tengerimalaczon és 1 kutyán); az állatok közül 2 choledochuselzáródás miatt pusztult el.

Miyake-nak bakterium coli, staphylococcus aureus és albus gyöngitett culturáival sikerült 2 esetben incrustatiokat, 3 esetben pedig önálló epeköveket előidéznie. Ezen esetekben a ductus cysticus 1-szer lekötve (itt tiszta mészkő keletkezett egy selyemszál körül), 2-szer pedig — midőn valódi bilirubinmészből és cholesterinből álló epekövek keletkeztek — szükitve volt, egy ízben laza alákötés, egyszer pedig a cseplesznek aláfektetése által. A kövek ezen két esetben 1 év 10 nappal, illetve 9 hó 25 nappal az oltás után észleltettek.

Gilbert és *Fournier*-nek, továbbá *Cushing*-nak typhusbacillussal sikerült epeköveket előidézniök, ez utóbbi a bacillust nyúl fülvenájába fecskendezte be. Hogy a typhusbacillus emberben is képes köveket előidézni, azt oly megfigyelések bizonyítják főképen, a minő *Naunyn* é, ki typhusos bélvérzésben elhalt 15 éves fiú epehólyagjában 15 kicsiny, nyilvánvalóan egészen friss epekövet talált, és *Rokitzki* esete, ki a typhus 3 hetében elhalt nőnél 58 apró cholesterinkövet talált, melyek centrumában typhusbacillus volt kimutatható. Hogy typhusban az epehólyag typhusbacillust sokszor tartalmaz, arra *Chiari* (22-ből 19) és *Cushing* (50%) vizsgálatai mutatnak. Ez utóbbi szerző véleménye szerint az epekövek 30%-a typhusos eredetü.

Mint említők, *Mignot* és *Miyake* vizsgálataiból kiderült, hogy

csak gyengített virulentiájú bakteriumok képesek köveket létrehozni. Erősen virulens bakteriumoktól genyes-epés pép keletkezik, de kő soha. Mint *Ehret* és *Stolz* kimutatta, cholecystitis purulentánál köképző anyagok (bilirubinmész, cholesterin) az epehólyagban nincsenek jelen. Az epehólyagba ugyanis ilyenkor epe egyáltalán nem ömlik, ezt a benne levő genyes exsudatum feszülése megakadályozza, s így epefesték sem jut belé; a cholesterin productioja pedig az epehólyagnyálkahártya részéről genyes gyuladásnál szünetel.

De nemcsak a gyuladásnak, hanem a pangásnak is igen erős foka megakadályozza az igazi köképződést *(Mignot)*. Réteges kövek keletkezése azt igényli ugyanis, hogy az epe folytonosan áramolva az epehólyagban, új és új köképzőket juttasson oda, teljes pangás mellett pedig ez lehetetlen.

Teljesen igazat kell adnunk *Gilbert*-nek akkor, midőn azt mondja, hogy azon körülményből, miszerint állatokon bakteriuminfectio és epepangás combinatiojával sikerült köveket létrehozni, jogosulatlan volna arra következtetni, hogy embernél is az epekő így jön és csakis így jöhet létre. Egy szellemes hasonlattal élve azt mondja, hogy e következtetés olyan volna, mintha abból, hogy állatokon ólommérgezéssel nephritist sikerül előidézni, arra következtetnénk, hogy minden nephritis ólommérgezés következménye. Azonban e hasonlat mégis tagadhatatlanul nagyon is sántikál. Mert a nephritis keletkezésére nézve a klinikai tapasztalat és a kisérleti vizsgálódás százszámra tud felhozni egyéb okokat heveny és idült mérgezések és fertőzések alakjában, melyekről könnyű bebizonyítani, hogy a vesegyuladás aetiologiájában szerepelhetnek. Mindaz a tapasztalás azonban, a mit a cholelithiasisra nézve a kórodai megfigyelés ki tudott mutatni, semmiféle diathesissel, semmiféle anyagcsereviszonyokkal nem egyeztethető meg, ellenben igenis minden eddig tudott körülményről, melynek az epekő kifejlődésére befolyása van, bebizonyítható, hogy alkalmas arra, miszerint hurutra és pangásra vezessen az epetractusban s ilyen módon megvalósítsa az epekövek létrejövetelének a fentebbi kisérletek által kikutatott feltételeit.

Igen messze vezetne e kérdés részleteibe belemerülnünk, csak arra utalunk, hogy már maga az a statistikai tény, miszerint az epekő főleg idősebb emberekben, főleg nőkben és legfőkép sokszor szült nőkben fordul elő, eléggé utal arra, hogy az epepangásnak, mely úgy a női ruházat, mint a graviditás, valamint az epehólyag izomzatának az öregkorral járó atoniája, gyengülése (*Charcot*) által egyaránt előidéztethetik, minő kiváló szerep jut az epekövek létrejötte körül, a mit különben *Fernelius* már a XVI. században hangoztatott. Hogy öregebb egyénekben gyakrabban találunk köveket, mint fiatalabbakban, az különben már abból is magyarázható, hogy az epekőképződésre szükséges különféle körülmények összetalálkozása sokkal valószinübb egy hosszú élet folyamán, mint rövid pár esztendő alatt. De hogy ezen körülmények másfelől igen korán is összetalálkozhatnak, azt az bizonyítja, hogy gyermekeknél is előfordul epekő. *Hill* 23 esetet állított össze, hol 14 éven aluli gyermeknél észleltetett kő (*v. ö. Moynihan*), sőt újszülöttekben is (*Hill* 10 ilyet talált) láttak már epekövet. Legjobban lehet az epeköveknek ezen főleg az öregkorban való előfordulását párvonalba állítani az appendicitisnek azon nagyon chronikus, obliteráló formáival, melyek szintén az epekőhöz hasonlóan igen enyhe infectio folyományai s melyekkel az esetek túlnyomó többségében szintán öreg embereknél, ezeknél azonban oly szabályossággal találkozunk, hogy az appendicitis ezen formáját normális involutionak tartották.

* * *

Hátra volna még, hogy az epeköveken keletkező nevezetesebb változásokat érintsük röviden. Ezek a következők:

1. Az összetapadás, melynél fogva a kis kövek szeder- vagy málnaszerű képletté csoportosulnak össze; az a körülmény, hogy az ilyen alakú kövek bensejében csak egy üreg található, arra enged következtetni, hogy a megszilárdulás csak az eredeti apró kövek összetapadása útján jött létre *(Naunyn)*.

2. *A facettaképződés* szintén a még puha köveknek egymáshoz való préselése által jő létre, nem pedig a már megszilárdult köveknek surlódása által. Kopás csak a kövek élein és csúcsain fordul elő. Ezen körülmény tudása azon szempontból bir fontossággal, mert mutatja, hogy az epehólyagban levő nagyszámú, néha százakra, sőt ezrekre menő kő mind egy időben volt puha, tehát egy időben keletkezett. (*Naunyn.*)

3. *Törések* a köveken külső trauma után észleltettek nehány ritka esetben *(Gould, Jamieson)*. *Naunyn* szerint a kő nem egyszer az epeutakon való áthaladása közben eltörik s szerinte ez kemény, ujjnyomással is nehezen szétmorzsolható köveken is bekövetkezhetik.

4. *A kövek oldódásának* lehetősége állatoknál ép epében kisérletileg be van bizonyítva *(Labes, Bain)*, azonban a képződött epekövek feloldódása az ember epehólyagjában mindenesetre igen ritkán fordul elő. *Naunyn* mintegy 1000 epeköves obductioja alkalmával csak körülbelül tizszer birta ezt constatálni. A kövek cholesterinjének kioldódása azonban rendszerint erős mészcarbonat- és phosphat-incrustatiókkal jár karöltve s az oldódás folytán származó törésdarabok a lobos hólyagban maradva új kövek magvait alkothatják. *Naunyn* szerint ezen ritka „kőoldási" jelenségek is rendszerint hasadó gombák jelenléte által tételeztetnek fel s a folyamat nem egyszerű oldódás a köveket körülárasztó epében, annyival kevésbé, mert ezen jelenségeket rendszerint kövekkel túltömött, tehát kevés epével és lassú áramlással biró epehólyagokban észlelte.

Bain vizsgálatai szerint a lob az epekövek oldódásának legfőbb akadálya. Míg állatok ép epehólyagjába bevitt kövek rendszerint oldódnak, a colival fertőzött epehólyagban ezen oldódás nem következik be.

Mielőtt az epekövek keletkezéséről és sorsáról való mondandóinkat befejeznők, még két pontra kell kiterjeszkednünk, arra t. i., hogy az epetractus mely részében van a kövek képződésének helye s hogy mennyi idő szükségeltetik az epekövek képződéséhez.

A mi első sorban az epeköképződés helyét illeti, kétségtelen egyfelől, hogy az epetractus minden részlete alkalmas arra, hogy benne kövek képződjenek, másfelől azonban az is bizonyos, hogy az epekövek túlnyomó többsége az epehólyagban található, hogy a cysticusban, choledochusban található kövek mind az epehólyagban keletkeztek és hogy a hepaticusban és az apró epeutakban csak choledochuselzáródás esetén találhatók kövek.

Naunyn szerint apró bilirubinmészkövek gyakran keletkeznek a májbeli epeutakban; itt a sürü epében finom daramekkoraságú, és valamivel tömegesebb, de még mindig nagyon apró concrementumokat képeznek. Azonban ezek a hepaticusba és choledochusba kerülve, a képződési helynél mindig tágabb és tágabb helyre jutnak s így akadálytalanul és könnyen távozhatnak a bélbe; ugyanez áll az epeköveknek puha kezdeteire nézve, melyek szintén csupán az epehólyagban tarthatják magukat, a nagyobb epeutakból az első étkezés után az epével kimosatnak. A kellő nyugalmuk a köveknek arra, hogy megnőjjenek és megkeményedjenek, csak a pangó epehólyagtartalomban van meg. Ezen epehólyagköveknek magvát képezhetik azonban az intrahepatikus epeutakban képződött apró kövecsek (*Naunyn*). Ha az epehólyagban megnött és megkeményedett kő a choledochusba kerül s azon át távozni nem tud, ott tovább nőhet, ép úgy a hepaticusban és a májbeli utakban keletkezett kö is, ha a choledochusban akadályra talál. A tapasztalat továbbá azt mutatta, hogy hepaticus-kövek rendszerint csak a choledochus köves elzáródásakor jönnek létre, az egyéb természetű choledochuselzáródásokkor (daganat, compressio, heg, stb.) pedig nem, s mivel az ilyen természetű elzáródások nem folynak le mindig hurut és infectio nélkül, *Körte* a köképződés kimaradásából ilyen esetekben, midőn annak mindkét ismert feltétele: a hurut és pangás adva van, arra következtet, hogy a kövek képződésében egy harmadik, még ismeretlen momentum: a nyálkahártya abnormitása, vagy az anyagcsere valamely zavara is szerepel, melynél fogva az epe köképző elemekben gazdagabbá válik.

Positiv bizonyítéka azonban ezen felvételnek eddig nincs és ha meggondoljuk, hogy a köképződés feltételei nem tisztán hurut és pangás, hanem bizonyos csekélyfokú infectio és bizonyos fokú, de nem teljes pangás, más szóval, hogy a köképződésben nemcsak ezen állapotok jelenléte, hanem *fokozata* is szerepet játszik, nem fogunk a köképződés kimaradásából a fentjelzett esetekben arra

következtetni, hogy az említett két tényező a kőképződés magyarázatára önmagában véve nem elegendő.

A kőképződéshez szükséges idő tartamára nézve egyes megfigyelések mutatják, hogy ½—1½ év alatt már elég jelentékenyn agyságú kövek képződnek. Ezen megfigyelések operált esetekre vonatkoznak, a melyekben elsülyesztett selyemfonál vagy gazetampon leszakadt fonala körül jelentékeny kövek képződtek már 5 hó *(Kehr)* egész 1½ év alatt *(Homan)*. A papilla Vateri táján kilógó 2 selyemfonál körül *Hansemann* 7 hóval a *Hahn* által végzett műtét (pylorusresectio, gastroenterostomia) után látott apró köveket keletkezni, melyek chemismusa és külseje az epeköveknek teljesen megfelelt. Az artificiális kövek képződésére szükséges idő *(Mignot, Miyake)*, mint láttuk, ½—1 év volt. A typhus után keletkező kövek felhozott példáiban *(Rokitzki, Naunyn)* nehány hét (minimum 3) volt elég a kövek képződésére. Még gyorsabban, napok, sőt órák alatt is történhetik azonban a kőképződés, *Naunyn* szerint különösen akkor, ha a valamiképen elzárt epehólyag, melyben sok mésztartalmú váladék gyülik meg, hirtelen megnyílik az epepassage számára. Ilyenkor a beözönlő epe nagy mennyiségü bilirubinmész kiválására s így nagy bilirubinkövek képződésére adhat alkalmat. Ilyesféle folyamatot azonban *Naunyn*-nak eddig mindig csak régibb concrementumok (cholesterinsolitaerek) körül volt alkalma megfigyelnie.

Összefoglalva az epekövek keletkezéséről és sorsáról mondottakat, klinikai szempontból a következő fontos tényeket állapithatjuk meg:

1. *A klinikai fontossággal biró epekövek képződési helye az epehólyag; az epeutakba a kövek csak másodlagos bevándorlás által jutnak, illetve az itt képződő kövek csak akkor érnek el számbavehető nagyságot, ha a choledochus el van záródva.*

2. *A kövek képződésének oka az enyhe virulentiájú infectio által előidézett hurut, mely a kőképző anyagokat produkálja s azok kicsapódását okozza, s a pangás, mely a hurutot fenntartja és a kövek consolidatiojára lehetőséget nyujt, melynek azonban nem szabad oly fokúnak lennie, hogy az epeáramlást teljességgel megakaszsza.*

3. *Az epehólyagban levő összes kövek minden valószinüség szerint egy időben képződnek.*

4. *Az epekövek teljes feloldódására a követ képző epehólyagon belül nincs remény.*

(Folytatása következik.)

A budapesti egyetemi diagnostikai tanszék közleménye. (Igazgató: Korányi Sándor dr. nyilv. rk. tanár.)

A polyglobulia lépmegnagyobbodással.

Irta: *Bence Gyula* dr., egyetemi tanársegéd.

(Vége.)

1904. április 3. A fennállott hörghurut javult, a beteg lényegesen kevesebbet köhög, a tüdők felett már rendes sejtes légzés hallható, a mellékzörejek egészen eltüntek. A vörösvérsejtek száma 11.280,000, 50 l. oxygen belégzése után a vérsejtszám 10.840,000.

Április 20.-án a vörösvérsejtek száma 9.440,000. A beteg 50 l. oxygent lehel be. A belégzés után két órával a vérsejt szám 9.496,000.

Április 25.-én a vörösvérsejtek száma 10.500,000, a vér relativ viscositása $\eta = 16{\cdot}2$. 50 l. oxygen belégzése után két órával a vérsejtszám 9.040,000, $\eta = 15{\cdot}4$.

Április 30.-án a beteg változatlan állapota mellett a vér viscositása $\eta = 16{\cdot}5$, egy órával 50 l. oxygen belégzése után $\eta = 15{\cdot}3$. A vér fagypontja $-0{\cdot}54^{0}$.

Május 15.-én $\eta = 15{\cdot}9$, rögtön 90 l. oxygen elfogyasztása után 14·4. A beteg ekkor elhagyja osztályunkat. A vizsgálat a hörghurut javulását kivéve, változást a beteg állapotában nem mutat.

Augusztus 17.-én a beteg felvéteti magát az I. belgyógyászati klinikára. A beteg panaszát szédülés és erős bőrviszketés képezi. Az objectiv tünetek nem változtak. A bőrviszketés bromocoll-zinkkenőcs használata után elmúlik. A szédülés ezután rendesen javul.

Augusztus 22. én a betegnek vérnyomása Riva-Rocci szerint 180 Hg.-mm., a vörösvérsejteknek száma 10 millió.

Szeptember 5.-én a vörösvérsejtek száma 11.536,000.

Szeptember 21.-én. A beteg négy napon át félfolyékony diaetát kap, így sok tejet és tejbe főtt ételeket. Vörösvérsejtjeinek száma ekkor 9.366,000, vérének viscositása $\eta = 21{\cdot}5$, 150 l. oxygen, vagyis egy óráig tartó folytonos inhalatio után a vörösvérsejtszám 8.344,000, $\eta = 17{\cdot}7$.

1905. január 1.-én a beteg gyakrabban szédülési rohamokban szenved, az ilyenkor alkalmazott oxygenbelégzésre a szédülés lényegesen javul. A vérnyomás 170 Hg. mm.

Február 30.-án szédülési rohamok gyakrabban ismétlődnek, ezért érvágás útján 600 cm³ vért bocsátunk. Utána a beteg több napon át egészen jól érzi magát.

Márczius 5.-én a beteg vörösvérsejtjeinek száma 10.400,000, a vér haemoglobinja (Fleischl-Mischer) 29%, a fehérvérsejtek száma 13,000. A vörösvérsejtek nagysága nagyjában egyenlő. Polychromatophiliás elváltozás nem látható. 650 fehérvérsejt megszámolása közben a festett készítményen 1 megalo- és 1 normoblast található. A fehérvérsejtek egymásközti aránya a következő: 80% neutrophil, 6·7% eosinophil, 2·3 basophil polynuclearis, 1·7% mononucleáris leukocyta, azonkivül 9·2% lymphocyta.

Április 1.-én a beteg elhagyja a klinikát.

Április 5.-én otthon állítólag igen nagymérvü, a beteg által 5 literre becsült haemorrhoidális vérzés jelentkezett. Utána a beteg nagyon jól érzi magát. Arczszíne sokkal halványabb, vörösvérsejtjeinek száma 7.500,000.

Julius 6.-án a beteg állítólag meghülvén, sokat köhög, szédülés-rohamai ismét gyakrabban ismétlődnek. Venaepunctiót végzünk, 500 cm³ vért bocsátván ki. E vér fagypontja — 0·56°, a vörösvérsejtek száma 10.664,000. A *Bence*-féle methodussal meghatároztam a vörösvérsejtek térfogatát; az eredmény a már előbb közölt táblázat szerint az, hogy a vér savótartalma 22·8%, vagyis a vörösvérsejteké 77·2%.

II. V. J.-né, 45 éves mosónő, felvétetett 1904. október 11.-én. Öröklött terheltség nem állapitható meg. Gyermekkori betegség felől nem tud. Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy körülbelül két év óta veszi észre, hogy arcza és végtagjai feltünően kékek. Körülbelül 1 éve étvágytalan s gyomornyomásban szenved. 2—3 hó óta néha hirtelen szédülés lepi meg, ilyenkor rendesen hányni is szokott. E szédülési rohamok után arczszíne sötétebb szokott lenni és fejében erős teltségi érzés jelentkezik. Havi baja rendes, utána könnyebbnek érzi magát, kórodánkra való felvételekor a beteg állapota következő volt:

A középtermetü, gyengén táplált beteg arczszíne feltünően piros, kissé ibolyás árnyalattal. Az arcz bőrén számos apró, tágult ér látható. Az ajkak és száj nyálkahártyája hasonló sötétpiros, kissé ibolyás színü elszínesedést mutat. A conjunctiván a bulbáris részre is ráterjedőleg az erek erős belöveltsége látható, a szemgolyó kissé kidülled. A szemfenéki vizsgálatkor a retinán venosus hyperaemia látható. A mellkason eltérés nem található. A szívcsúcslökés rendes helyén az V. bordaközben a bimbóvonalon belül egy ujjnyival tapintható, nem emelő. A pulsus középhullámú, erősen telt, kissé feszes, rythmikus, száma perczenként 80.

A léptompulat a VII. borda alsó szélén kezdődik, előfelé meghaladja az elülső hónaljvonalat, alsó széle négy harántujjal a bordaív alatt tapintható. A máj felső határa rendes, alsó széle a bimbóvonalban 3 harántujjal haladja meg a bordaívet. A vizelet napi mennyisége: 1500 cm³, fajsúlya: 1020. Idegen alkatrészeket nem tartalmaz. Górcső alatt sok vaginális laphám és nehány genysejt látható. A vörösvérsejtek száma felvételkor 7.330,000, a fehérvérsejteké 6400.

A beteg 2 hétig tartózkodik a klinikán, ez alatt esténként 50 l. oxygent légez be. Állapota subjective javul, a szédülési rohamok ritkulnak. Objective változás állapotában nem mutatható ki. Vörösvérsejtjeinek száma távozásakor 7.223,000.

1905. Május 11. én jelentkezik újból kórodánkon, ekkor általában jobban érzi magát, de a vizsgálatkor régebbi állapotához képest változás nem tapasztalható.

Vörösvérsejtjeinek száma 8.064,000, poikilocytosis vagy polychromatophilia nincs, 573 fehérvérsejt megszámolása közben 1 normoblast található. 8000 fehérvérsejt közül 78·6% leutrophil, 3·1% hízósejt, 4·6% eosinophil és 1·4% mononucleáris kocyta, továbbá 11·3% lymphocyta található. A vér haemoglobintartalma Fleischl-Miescher szerint 27·3%. A vér relativ viscositása $\eta=14$.

A beteg 60 l. oxygent légez be, utána közvetlenül vörösvérsejtjeinek száma 8.024,000, vérének viscisitása $\eta=14$, haemoglobintartalma 27·24%. A beteg ezután még többször jelentkezett kórodánkon, de említésre méltó változást állapota nem mutatott.

III. H. M.-né, 42 éves, kereskedő neje. Állítólag gyermekkorában köhögött és egy izben vért köpött. Hereditas nem deríthető ki. Jelen betegsége körülbelül két év előtt kezdődött, a mennyiben körülbelül ezen idő óta veszi észre, hogy arczának és végtagjainak bőrszine feltünően kékessé vált. Folytonos teltségi érzés van fejében, melyhez időnként fejfájás és szédülés társul. Legfőbb panaszát főleg bal, de kisebb mértékben jobb kezének ujjaiban jelentkező, tüszúráshoz hasonló, néha kínzó fájdalom képezi. Azonkivül a bal bordaív alatt tompa nyomást érez. Menstruatioja az utóbbi időben sokkal bővebb, 6—8 napig tart. Néhány év óta fluor albusa van. Foghúsa nagyon vérzékeny, néha spontan is vérzik.

1905. május 23.-án vétetett fel az I. belgyógyászati klinikára a következő status praesenssel: A középtermetü, jól táplált betegen már ránézéskor feltünik arczának sötétibolyásvörös színe, ajkainak sötétkékes pirja, a szem kötőhártyájának a szemtekére is ráterjedő erős belöveltsége.

Felső végtagjainak distális részei feltünően kékes színüek, különösen az ujjak, melyeken alaki eltérés nem található s melyekben időnként igen heves, szúró jellegü fájdalmak támadnak. Az alsó végtagok distális részei hasonlóképen kékes-ibolyás színüek. A mellkasi szerveken eltérés nem található. A léptompulat a VIII. borda felső szélén kezdődik, a lép alsó széle 2 haránttujjal tapintható a bordaív alatt. A máj felső határa rendes, alsó széle a bimbóvonalban 2 haránttujjal a bordaív alatt található. A vizelet fehérjét nem tartalmaz. A vörösvérsejtek száma 8.350,000; a fehérvérsejteké 8400. A beteg csak nehány napig marad kórodánkon, úgy, hogy részletesebb vizsgálatok nem történtek. Második alkalommal vörösvérsejtjeinek száma 8.100,000, a fehérvérsejteké 8700, a vér haemoglobintartalma Fleischl-Miescher szerint 27·8%.

* * *

Végül köszönetet mondok *Fuchs Zsigmond* dr. szt. István-kórházi alorvosnak, a miért nekem az I. sz. esetet átengedni szíves volt.

Irodalom. Vaquez: Semaine médicale 1892. 195. old. — *Osler*: Amer. Jour. of Med. Sciences 1903. augusztus. — *Weintraud*: Zeitschr. f. klin. Med. 1904. 55. k. 91. o. — *Korányi S.*: Magy. Orv. Arch. 1896. — *Hijmans von der Bergh*: Deutsch. Arch. f. klin. Med. 83. k. 86. old. — *Stokvis*: az előbbiből idézve. — *Türk*: Wiener klin. Woch. 1904. 6. és 7. f. — *Breuer*: Mittheil. der Wiener Ges. f. inn. Med. 1903. 16. sz. — *Korányi S.*: Orvosi Hetilap. 1906. 1. sz. — *Weber* and *Watson*: „The clinical society of London"-ban 1904. márczius 11.-én tartott előadása után. — *Bayer*: Mittheil. aus den Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1904. 13. k. 523. old. — *Vaquez*: Folia haematologica 1904. — *Lefas*: Weintraud czikkéből idézve. — *Weber*: Lancet 1905. 1256. old. — *Cominotti*: Wien. klin. Woch. 1900. 39. sz. — *Mohr*: Verhandl. d. Kongresses f. inn. Med. in Wiesbaden 1905. — *Tangl* u. *Bugarszky*: Pflüger's Arch. 72. köt. 531. old. — *Tangl* u. *Bugarszky*: Centralbl. f. Physiol. 1897. julius 24. — *Roth*: Ibidem. 10. Juli 1897. — *Stewart*: Ibidem. 7. August 1897. — *Oker Blom*: Pflüger's Arch. 79. k. 1900. — *Fraenckel P.*: Zeitschrift f. klin. Med. 52. k. 492. old. — *Bence*: Orvosi Hetilap. 1905. 27. sz. — *Bence*: Magy. Orv. Arch. 1905. 1. és 2. f. — *Ewald*: Arch. f. Anat u. Physiol. 1877. — *Jacoby*: Deutsch. med. Woch. 1901. Vereinsbeilage 63. old. — *Korányi* és *Bence*: Magy. Orv. Archiv. 1905. VI. f. — *Rosengart*: Mittheil. aus. d. Grenzg. d. Med. u. Chir. 1903. 11. köt. 495. old. — *Rendu* et *Vidal*: Sem. méd. 1899. — *Moutard-Martin* et *Lefas*: Ibidem. 1899. — *Preiss*: Deutsch. med. Woch. 1904. Nr. 6, Vereinsbeilage 230. old. — *Kovács*: Berl. klin. Woch. 1902. 16. sz.

TÁRCZA.

Egészségügyi szolgálat az óczeánon.

— Különös tekintettel a magyar kivándorlási járatokra. —

(Folytatás.)

A másik feltétel a fürdést illetőleg: ha a hajó menettartama egyik kikötőből a másikba nyolcz napnál hosszabb. Ez a mondatszerkezet olyan ügyes, hogy nem lehet positive tudni, vajjon két külön feltétel-e a nyolcz nap és a 30. foktól délre közlekedés, vagy a kettőnek csak együttes fennállása követeli meg a zuhanyberendezést? Azt hiszem, az utolsó a helyes, mert a kettőt nem „vagy", hanem „és" köti össze. De ez különben tökéletesen egyre megy. Mert ha ez a nyolcz nap külön feltétel lenne, meg vagyok győződve, hogy a Fiume—New-York között közlekedő hajókon lenne zuhanyberendezésü fürdő. Ez idő szerint ugyanis ez nincs és hihetetlennek kell tartanom, hogy tűrnék ennek elhanyagolását, ha szabályrendeletileg lenne kimondva. Ez a bizonyos nyolcz nap egyébként is gondolkozóba ejti azt az embert, a ki valamivel messzebb is járt, mint ama hires zöld asztal kerülete. Kivándorlóhajók a déli világrészekbe, a 30. szélességi fokon túl alig jutnak el nyolcz napon belül, nem is beszélve arról a mindenki által tudott dologról, hogy a magyar kivándorlást teljesitő Cunard-hajók 14—18 nap alatt teszik meg útjokat. A mint látni méltóztatik, ez a bizonyos nyolcz nap csak fiktiv dolog és az ember az első pillanatban nem tudja, hogyan került a rendeletbe.

Azt hiszem sikerült kimutatnom, hogy maga a B. M. szabályrendelet is szükségesnek és helyesnek tartja kivándorlóhajókon a fürdést, de azt hiszem sikerült azt is kimutatnom, hogy ezt olyan feltételhez kötötte, a mely a mi viszonyaink mellett nem csak egyelőre, hanem sohasem lesz meg. Igy tehát bele kell nyugodnunk abba a ténybe, hogy bármilyen szükséges és hasznos követelmény a zuhanyberendezésü fürdő egy tizenhat napos útnál, még a 30. foktól északra is, az a B. M. rendelet bölcs intézkedése következtében nem válhat valóra mindaddig, a míg a mi magyarjaink csak Észak-Amerikába vándorolnak ki.

A ki pedig ezek után csodálkozik, hogy miképen került ez a képtelen és a mi viszonyainkra egyáltalában nem alkalmazható paragrafus az említett szabályrendeletbe, az vegye kezébe a német, angol vagy franczia egészségügyi hajózási szabályzatot és ott megtalálja szóról szóra ezt a rendelkezést. Hogy ott, a hol rendes hajójáratokat tartanak fenn a délre fekvő gyarmatokkal és világrészekkel, szükség van erre a rendeletre, a melyben a nyolcz napon felüli út és a 30. foktól délre közlekedés külön-külön feltétel, az magától értődik. Nálunk azonban csak a fordítás lázas munkájában került bele a paragrafusok közé.

Pedig higyje el nekem mindenki, hogy a rendelet által megkövetelt négy kádfürdő ezerötszáz embernek kevés. A Slavonia első osztályán, ha jól emlékezem, tizenkét kádfürdő van 120—140 utasra és csak épen, hogy elég; hogyan képzelik a belügyministeriumban a fürdést négy kádban ezerötszáz utas mellett!?

Bizony, bizony mondhatom, hogy tizenhat napos tengeri útnál a zuhanyberendezésü fürdőre szükség van még a 30. foktól északra is . . .

Hosszújáratú tengeri hajókon fontos dolog a vízszolgáltatás kérdése is. Évtizedekkel ezelőtt ez meglehetős nehéz kérdés volt, mert a hajók berendezése nem volt olyan, hogy nagy mennyiségben vihetett volna vizet magával, egyrészt mert nem volt hely, másrészt mert nem tudták megvédeni az elromlástól. Ez volt az oka részben annak, hogy a multban a vitorlásoknak vízfelvétel czéljából igen gyakran ki kellett térni eredeti útirányukból. Ma már ez a vitorlásokon is másképen van, nemhogy a gőzösökön. A nagy személyszállító hajókon hatalmas tartályok állanak rendelkezésre, a melyek átlagosan kétszer annyi vizet képesek magukba fogadni, mint a mennyi a teljesen megtelt hajó utasainak és személyzetének bőven elegendő. A mechanika, technika és chemia gondoskodik arról is, hogy a víz ne romoljék meg és mindvégig élvezhető legyen. Fiumében és New-Yorkban kifogástalan tiszta, egészséges forrásvízzel töltik meg a Cunard-hajók tartályait. Az első szem-

pont természetesen az, hogy ivásra legyen elegendő vízmennyiség; de tekintettel kell lenni a mosdásra is, mert tengervízzel szappant tudvalevőleg nem lehet használni. A hajók elülső és hátulsó fedélzetén rendesen két-két vízvezetéki csap szolgáltatja a vizet bőséges mennyiségben, míg lenn a fedélközökben 40 literes tartályok vannak elhelyezve elegendő számban. New-Yorkban és Fiumében az el nem fogyott vizet kiszivattyuzzák, míg New-Yorkban, üres lévén a hajó, a víztartályokat gőzzel és 1%-os forró szódáslúggal kitisztítják.

Mielőtt áttérnék a járvány- és orvosi rendészetre, meg kell említenem, hogy az amerikai törvény értelmében mindazon kivándorlókat, a kiknek karján a himlőoltás nyoma elhalványult vagy nem látható, újra kell oltani. Ebben a rendelkezésben is nem annyira az utasok egészségi védelme, mint inkább az amerikai hatóságok óvrendszabályainak tisztelete nyilvánul meg. Azért is ezt az oltást nem a parton, hanem néhány nappal a kikötőbe érkezés előtt szoktuk foganatosítani, hogy a bevándorlási bizottság láthassa az oltás friss nyomát és a kivándorló ne legyen zaklatásnak kitéve. Partraszállási gátló okot különben nem képez az oltás hiánya; mert ha véletlenségből elkerüli a figyelmet, Ellis-Islandon elvégzik a beoltást.

A mi a járványrendészetet illeti a hajón, az megfelel a szárazföldön követelt elméletnek, csak az intézkedések szigorubbak. Első sorban jön itt tekintetbe a prophylaxis, a melynek sarkpontja a behajózási eljárásra esik, a mint ezt ott és az utasok egészségi védelméről szóló fejezetben bőven kifejtettem.

Ha a hajón tör ki járványos betegség, az illető azonnal kórházba internáltatik és a sectio, a melyben volt, a lehetőséghez képest, ha tudniillik van üres, egészben vagy részben kiüríttetik. Az ágynemü tengerbe vándorol; az ágyak karbollal lemosatnak, magát a sectiót pedig gőzformalinpermetezővel fertőtlenítik. A Slavonián a nyári időszakban mindig fordult elő néhány kanyaró, de az erélyes intézkedések mindig megakadályozták a tovább terjedést és járványnyá nem is fajult soha. Nagy része van ebben a naponkénti surolásnak a fedélközben és a fedélzeteken, valamint annak az alapos fertőtlenítésnek, a melyen a hajó New-Yorkban keresztülmegy. A Slavonián ugyanis minden út végén, akár volt fertőző beteg, akár nem, úgy az első osztályon, mint a fedélközben az ágyakat lemossák és az összes helyiségeket formalinnal fertőtlenítik. Ez a szigorúan betartott tisztasági rendszer a legjobb prophylaxis a járványos betegségek kitörése ellen. Az angol hajókon nemcsak a fedélközben, de a fedélzeten is mindennap homokos surolást végeznek bő tengervizes lemosással, a mi tulajdonképpen nem egyéb, mint naponkénti fertőtlenítés. Az angol hajókon ennek ellenőrzésére a parancsnok és az orvos mindennap körutat tesz a hajón, és jaj annak, a kit hibásnak találnak.

Súlyos és olyan fertőző betegségek esetére, a melyek veszteggzárt vonnak maguk után, minden hajón még egy nagy gőzfertőtlenítő is van a ruházat és az ágynemüek fertőtlenítésére.

Ürülékek, hulladékok, szemét nem nagy szerepet játszanak a hajón, a mennyiben azok felhalmozódása lehetetlen. A kényelmi helyek, különösen a fedélközben, lehetőleg a hajó oldalán vannak elhelyezve, úgy hogy úgyszólván közvetlen érintkezésben vannak a tengerrel; ezeknek fertőtlenítését bőségesen ömlő tengervíz és nyers karbolsav végzi. Egyéb hulladék és szemét, konyhából és máshonnan, azonnal a tengerbe vándorol.

Ha a hajón haláleset fordul elő, a hullavizsgálat és az ezzel összefüggő kérdések ugyanúgy oldatnak meg, mint a szárazföldön. Ravatalozásról természetesen szó sincs. Az orvosi hullavizsgálat után a tetemet kettős vitorlavászonba varrják; a külső burkolatban van a szükséges súly. A hullát azután lobogóval letérítve deszkalapra fektetik és a lobogó alól szépen lecsusztatják a tengerbe. A temetési szertartást rendesen a kapitány végzi; ha megfelelő felekezetü pap van a hajón, akkor az. Két apró kis magyar gyerek temetési szertartását például a savannai érsek végezte. Fertőző betegségben elhaltak, ha közbeeső kikötőben lennének eltemetendők, a mi vajmi ritkán történik meg, még sublimatos lepedőbe is csavartatnak. Ezeknek a fedélzeti temetése rendesen éjjel van, hacsak különös okok nem teszik szükségessé az azonnali eltemetést.

VI.

Úgy a modern egészségügyi szolgálat, mint a hajó utasainak érdeke feltétlenül megköveteli, hogy a nagy tömegeket szállító óczeánjáró hajók olyan helyiségekkel is rendelkezzenek, a melyekben egyrészt a múló természetű bajokat, másrészt az esetleg hosszabb ideig tartó betegségeket kezelni lehet. Ilyen helyiségek az orvosi rendelő szoba és a kórház. A mi a kórházat illeti, az természetesen két önálló részre oszlik: általános és fertőző kórházra; magától értődvén, hogy úgy a férfiak, mint a nők számára külön helyiségek vannak.

E kórházak berendezésénél természetesen nem szabad klinikákra gondolni. A tengeri hajók sajátos viszonyai nagyon szük keretet szabnak meg úgy a rendelő, mint a kórházi helyiségek berendezésénél. De nem szabad elfelejteni azt sem, hogy ezen helyiségek nem vonhatók szigorúan a kórház fogalma alá. Hiszen súlyosabb természetű megbetegedések, a szerencsétlenségektől eltekintve, vajmi ritkán fordulnak elő, és ha elő is fordulnak, a kezelés is csak átmeneti, a mennyiben a legelső alkalommal lehetőleg szárazföldi kórházba internáltatnak az illetők.

Ugyanilyen elbirálás alá kell hogy essenek a rendelő szobák is, melyeknek egyik része gyógyszertárul, másik része pedig műtőtermül szolgál. A műtőterem szónál se tessék Réczey vagy Dollinger klinikájára gondolni, mert ilyen helyiségekre hajón nincs hely. Egy gyalult, négy lábon álló lapos deszkaasztal, melynek lábai a padlóhoz vannak erősítve: ez az operatiós asztal. De hát ez elegendő is; a ki tud operálni, az ezen az asztalon is elvégezhet mindent; a ki pedig nem tud, annak tökéletesen egyre megy, milyen asztalra fektetik a beteget. Különben is nem szabad elfeledni, hogy hajón tulajdonképen csak szerencsétlenségek esetén lehet szó műtétről, mert a mindennapi sebészet keretébe tartozó apróságokat, mint tályognyitás, elgenyedt körömágy, szénhányásban feltört tenyér stb. stb., kezelését nem sorozom a műtétek közé. Kizárt sérvek, laparotomiák a legnagyobb ritkaságok közé tartoznak. A tengerészeti statistika leginkább amputatiókról, csonkolásról, agylékelésről, zárt és nyilt törésekről — ez utóbbiak 75%-kal szerepelnek — számol be, melyeket szerencsétlenségek után kellett végezni és kezelni. A műtőasztal különben is igen gyakran csak fogalommá alakul át a hajón, mert hullámzó tenger mellett, ha szükséges, ott operálunk, a hol lehet. Mi a *Slavonián* a legénységi szobában, az ágyon voltunk kénytelenek egy súlyos műtétet végezni, mert az illetőt nem volt már idő a fedélközbe leszállítani. Akkor tettem azt a keserves tapasztalatot, hogy a tengeren nem elég operálni tudni, hanem az orvosnak jongleurnek is kell lenni, hogy amputáló késsel a kezében egyensúlyt is tudjon tartani a tánczoló padozaton.

A műtőterem felszerelése mindazonáltal teljes, és ha szükség lenne rá, bármilyen műtétet el lehetne végezni. Kiváló gond van fordítva a lehető absolut tisztaságra, és a hat hónap alatt, pedig sokszor volt kés a kezemben, egyetlen egy septikus eset sem fordult elő. Nem is a műtőasztal milyenségétől van ez feltételezve, mert azt hiszem, abban mindenki igazat ad nekem, hogy a még olyan modern műtőasztal is csak a műtét kivitelét könnyíti meg, de tisztátalanság esetén nem óv meg a sepsistől, míg ellenkező esetben egy közönséges derékaljon végzett műtét is láztalan lefolyást biztosít.

A kórházul szolgáló helyiségek többnyire az első fedélközben vannak elhelyezve, a hajó hátulsó részén, és ugyancsak a hajó hátulsó részén, a többi helyiségtől teljesen elkülönítve, vannak elhelyezve a fertőző betegek számára fenntartott helyek. A berendezés itt is a lehető legegyszerübb; nincsen más a termekben, mint ágyak; de hiszen egyébre nincs is szükség. Az egyedüli luxusa ezeknek a helyiségeknek a féltő gonddal keresztülvitt szellőztetés és tisztaság, no meg a mellettük levő fürdőkádak és kényelmi helyek, melyeket kizárólagosan a betegek használnak.

Az orvosi rendelőben van a gyógyszertár, melynek felszerelése úgy a magyar, mint az angol és amerikai gyógyszerkönyvek követelményeinek megfelel. Sőt még az én baranyamegyei parasztmenyecském is kifejezte megelégedését, hogy itt is ugyanazon gyomorcsöppeket kapta, a melyeket otthon vett mindig a patikában. Ez a megelégedés pedig, azt hiszem, mértékadóbb, mint a hajóvizsgáló bizottságok jóakaró fejbólingatása.

A ki nem látta, nem is hiszi, hogy milyen nagy szükség van a kivándorlóhajókon egy jól és bőségesen felszerelt gyógyszertárra. Hiszen majdnem azt lehet mondani, hogy a hajógyógyszertár egy népes falut lát el; mert ezerötszáz átlagos fedélközi utas mellé rendesen 80—120 másodosztályú, 25—30 elsőosztályú sorakozik és ehhez járul magának a hajónak személyzete, mely rendesen 200—220 személy között váltakozik: vagyis majdnem 2000 személy ellátásáról van szó. *Günther József* dr.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Prof. Dr. M. v. Zeissl: Die Behandlung der Syphilis. Mit 2 Figuren. Urban u. Schwarzenberg, Berlin u. Wien. 1906.

A syphilis gyógyítása folyamán gyakran juthat a gyakorló-orvos oly helyzetbe, hogy szívesen vesz tanácsot és útmutatást valamely nagytapasztalású szerzőtől, a ki a therapiának e fontos fejezetét röviden és világosan, a tudomány szinvonalán ismerteti. *Zeissl* kis munkájában e kívánalmaknak óhajt eleget tenni, és mondhatjuk, hogy az jórészben sikerült is neki. A ki ismeri *Zeissl* eddigi munkálatait, az nem fog csodálkozni számos oly kijelentésén és nézetén, a melyek bizonyos tekintetben ellenkeznek az általános felfogással, mert a bátor, egyéni nézetnyilvánítás régi tulajdonsága e szerzőnek, a ki véleményét mindenkoron sikeresen meg is tudja védeni. Szerző szerint a syphilis pontos és kétségtelen diagnosisának megtételéhez mindig általános — tehát ú. n. secundaer — bőr vagy nyálkahártya-eruptiók szükségesek. Sclerosis, tájéki nyirokcsomók jelenléte egyedül még nem elegendő. E felfogás magával hozza, hogy a sclerosis therapiai kimetszésének, tehát a praeventiv eljárásnak nem híve. Ennek már csak azért sem híve, mert az igazi — később látható általános tüneteket maga után vonó — sclerosist már az alkati syphilises infectio helyi reactiójának tartja. Alkalmas helyen, pl. a praeputiumon levő primaer nyilvánulások kimetszését azonban nem ellenzi. Az antilueses kezelés kérdésében nézetét abban foglalja össze, hogy minden primaer nyilvánulás esetében a helybeli kezelés azonnal megkezdendő. A syphilisnek általános kénesőkezelését csak akkor indítja meg, ha az általános tünetek a kifejlődés magaslatán vannak, vagy még helyesebben, ha már visszafejlődőben vannak. A következő kénesőkúra csakis akkor foganatosítandó, ha a syphilisnek valamelyes recidivája mutatkozik. E kijelentésével elvi ellenségévé válik az ú. n. hosszasan intermittáló kezelésnek (*Fournier, Neisser*), a mely ellen nagy ügyességgel, sőt bravourral hozza fel érveit. E téren ma a legtöbb szakember nem követi *Zeissl*-nek merev álláspontját, bár kétségtelen, hogy nem árt, ha egyikmásik szerző a mostanában dívó, csaknem állandó és túlhajtott kénesőkezelés ellen erélyesebben küzd. A kénesőkúrák közül a kenőkúrát tartja a legjobbnak és leghatásosabbnak. Az injectiós kúrát csak másodsorban ajánlja és azt is csak akkor, ha oldható kénesősókkal történik. Az oldhatatlan kénesőkészítményekkel való fecskendezéseket főleg veszélyességük miatt teljesen elveti. A jodnak nagy hatást tulajdonít már a syphilis secundaer szakában és ezért kiterjedt használatára buzdít. *Guszman.*

B. Buxbaum: Kompendium der physikalischen Therapie. Leipzig, Verlag von Georg Thieme, 1906.

A szerző előszavában hangsúlyozza, hogy a kuruzslás terjedésének meggátlására és ezzel az orvosok sociális helyzetének megjavítására mily nagy fontosságú, hogy az orvosok alaposan megismerkedjenek a physikális gyógyításmódokkal. Ez a meggyőződése birta rá a szerzőt — kinek neve Winternitz tanár oldalán töltött huzamos működése, valamint rövid idő alatt két kiadást ért hydrotherapiája révén széles körökben előnyösen ismert, jelen munkája megirására.

A mintegy ötödfélszáz lapra terjedő munka általános és részletes részből áll. Az általános rész a különböző physikális gyógyító eljárások technikájával és methodikájával foglalkozik, külön főfejezetekben szólva a hydro-, thermo-, elektro-, balneo-, thalasso- és klimatotherapiáról, nemkülönben a massage-ról és gymnastikáról. A Röntgen- és phototherapiáról szóló két utolsó fejezetét az általános résznek *Winkler* dr. irta. A részletes rész a szokásos beosztás szerint sorra veszi a fő betegségcsoportokat és ezeken belül azon betegségeket, a melyekben a physikális gyógyításmódok igénybe vehetők. Ezen részben főleg a heveny fertőző, valamint az idegrendszerbeli betegségek physikális therapiájával foglalkozó fejezetek válnak ki nemcsak terjedelmükkel, hanem tartalmukkal is. A részletes rész utolsó fejezetét, mely a gynaekologiában és a szülészetben használható physikális gyógyításmódokról szól, *Herzl* dr. irta.

A physikális gyógyításmódokkal foglalkozó munkáknak ma már nem vagyunk hiján. S ha az előttünk fekvő munkát mégis mintegy hiánytpótlónak merjük jelezni: teszszük ezt főleg azért, mert úgy terjedelme, mint előadásmódja miatt épen ez a munka alkalmas a gyakorló orvos igényeinek kielégítésére. Az okvetlenül tárgyalandó helyes érzékkel van kiválasztva; az előadásmód mindig világos, értelmes; a mellékelt ábrák jól magyarázók; a fejezetek egy részében található physiologiai fejtegetések szabatosak; a javalatok felállításáról szóló részek teljesen megbizhatók és mentesek minden túlzástól, a mi vajmi kevés speciális therapiai munkáról mondható.

Mindent egybevetve: oly munkával gyarapodott az orvosirodalom, a melynek minél szélesebb körökben elterjedése úgy az orvosok, mint a szenvedő emberiség érdekében rendkivül kivánatos és véleményünk szerint nem is fog elmaradni.

Új könyvek: *Goldscheider:* Über naturgemässe Therapie. Leipzig, G. Thieme. — *J. Boas:* Beiträge zur Kenntniss der Rektumkarzinome nebst Bemerkungen zur Frühdiagnose. Berlin, S. Karger. — *H. Oppenheim:* Psychotherapeutische Briefe. Berlin, S. Karger. — *G. Holzknecht:* Mitteilungen aus dem Laboratorium für radiologische Diagnostik und Therapie in Wien. Jena, G. Fischer. — *Sante de Sanctis:* Die Mimik des Denkens. Halle a. S., C. Marhold. — *F. Crämer:* Darmatonie. München, J. F. Lehmann. — *E. Sommer:* Über Ischias. Würzburg, A. Stuber. — *O. Heubner:* Lehrbuch der Kinderheilkunde. II. (Schluss-) Band. Leipzig, J. A. Barth. — *H. Ribbert:* Beiträge zur Entstehung der Geschwülste. Bonn, F. Cohen. — *A. Daiber:* Mikroskopie der Harnsedimente. Zweite Auflage. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *H. Pässler:* Über Ursache und Bedeutung der Herzaffektion Nierenkranker. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *W. Fliess:* Der Ablauf des Lebens. Grundlegung zur exacten Biologie. Wien, F. Deuticke. — *C. Jung:* Leitfaden der Zahn- und Kiefer-Korrektur. Wien, F. Deuticke. — *J. Guiart* et *L. Grimbert:* Précis de diagnostic chimique, microscopique et parasitologique. Paris, F. R. de Rudeval. — *G. W. H. Kemper:* The world's anatomists. Concise biographies of anatomic masters from 300 b. C. to the present time. Philadelphia, P. Blakiston's Son and Co. — *W. Arbuthnot Lane:* The operative treatment of fractures. London, Medical publishing co.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A praemenstruális hőmérsékemelkedésekről közöl terjedelmes tanulmányt *Riebold* a „Deutsche medizinische Wochenschrift“ ez évi 11. és 12. számában. Tanulmányának rövid foglalata a következő: sok nőnél röviddel a havi vérzés bekövetkezése előtt az összes életfolyamatok tetemes fokozódása áll be, a melyet a folliculus-érés folyamata vált ki. S a míg az egészséges nők ilyenkor nem disponáltak megbetegedésekre (eltekintve a gyakori emésztészavaroktól), addig a betegeseket a praemenstruális idő nagyon veszélyezteti: a legkülönfélébb bajok rosszabbodhatnak ilyenkor, különösen gyakoriak a hőemelkedések, a melyek valószinüleg régóta fennálló fertőzéses góczokból történő felszívódásra vezetendők vissza, sokszor azonban az alapbetegség rosszabbodásának következései. Az ilyen praemenstruális hőemelkedések nagyon gyakoriak gümőkórosaknál, de azért nem szabad azt gondolnunk — a mint azt némelyek tették —, hogy csakis ezeknél fordulnak elő. Teljesen egészséges nőknél azonban sohasem emelkedik a hőmérsék a havi vérzés előtt.

A „született eunuch“-okról. Utczán, társaságban nem ritkán látunk férfiakat, a kiknek külső habitusát legjobban jellemzi a „született eunuch“ (castrat naturel) elnevezés. Rendszerint magas termetűek, hízásra hajlandók, aránylag rövid, zömök törzsökkel, széles, nőies medenczével s aránytalan hosszú, gyakran x-alakú alsó végtagokkal. Arczuk öregasszonyos, halvány, fakó, teljesen

csupasz, vagy ha van is szakáluk, bajuszuk, annak szőrei gyéren állanak, bőrük finom, sima. Mellük gyakran nőies fejlődésü, fanszőrük nincs, penisük kicsiny, merevedésre nem képes, belső nemi szerveik infantilis jellegüek. Nemi ösztönük hiányzik, vagy igen gyenge, de nem pervers; hangjuk sajátszerü árnyalatú. Az ilyen egyének általában kevés tetterővel birnak, lusták s nem egyszer korlátolt észbeli tehetségüek is.

Mi ennek a veleszületett anomaliának az oka? Ancel (Lyon) és Bouin (Nancy) franczia tudósok szerint a rendellenesség kapcsolatos a here „interstitiális sejtjei“-nek tökéletlen fejlődésével. A here szövettani metszetein a herecsatornák közötti hézagokban epitheloid sejtek csoportjait látjuk. E sejtek, a melyeket Leydig fedezett fel, különböző fejlődésüek az egyes állatokban; az emberen közepes mennyiségüek. Bennük zsír, secretum-szemecskék, festék, krystalloidok láthatók, a mi mind arra utal, hogy mirigyszerü működésüek, még pedig kétségtelen, hogy a „belső elválasztás“ typusa szerint működnek, vagyis váladékukat közvetlenül a vérnek vagy nyiroknak adják át. Összességükben egy második mirigyet (glandula interstitialis testiculi) alkotnak, mely a herébe van ágyazva. Az említett szerzők szerint e mirigy váladéka a fejlődő szervezetben érvényesül, a mennyiben ez a váladék létesíti és tartja fenn a hímnemü másodlagos nemi vonásokat, vagyis a masculinitás bélyegeit a szervezetben. Ha e sejtek fogyatékos fejlődésüek, a hím-typus nem jut eléggé kifejezésre a fejlődő szervezetben, s ugyanez történik a kiherélésre, ha ezt fejlődő szervezeten hajtják végre. Később az interstitiális sejteknek inkább az anyagcserére van hatásuk. (Presse médicale, 1906. január 13.)

Exsudatumok és transsudatumok megkülönböztetésére *Rivalta* már sok év előtt nagyon egyszerü módszert ajánlott, a melynek lényege a következő: eczetsavas vízbe (2 csepp eczetsav 100 gm. vízre) kevés vizsgálandó folyadékot cseppent, mire exsudatum esetén zavarodás keletkezik, míg transsudatum esetén tiszta marad a folyadék. E módszert azóta nagyon sok esetben (186 exsudatum és 61 transsudatum) használta és megbizhatóságáról bizonyosságot szerzett. A zavarodást exsudatum eseteiben újabb vizsgálatai szerint nem a nucleoalbumin okozza, mint a hogyan előbb hitte, hanem a vér két globulinja, az euglobin és a pseudoglobulin. A szerző kiemeli, hogy vér jelenléte nem túlságos nagy mennyiségben nem zavarja a reactiót. Cirrhosis hepatis okozta ascites eseteiben többször ismételt punctio után sokszor positiv eredményt kapunk, a zavarodás azonban ilyenkor mérsékelt; viszont a mell- és hasüreg exsudatumaival többször ismételt punctio után — nagy ritkán ugyan — nem áll be a reactio. (Policlinico, XII. köt., 10. és 11. füz.)

Belorvostan.

A bárzsing gümős megbetegedésének ritka esetét ismerteti *Kümmel*. 52 éves, tüdőbajos és iszákos betegének bonczolásakor a bárzsingban számos apró fekély mellett egy 13 cm. hosszú, a bárzsing egész körfogatára kiterjedő, szembetünően felszinesen roncsoló, gümős jellegü fekélyesedést talált; a szomszédos szervekkel való összekapaszkodás és áttörés hiánya a mellett szólt, hogy a fertőzés ez esetben nem terjedt per continuitatem, inkább a *lenyelt köpet* gümőbacillusai támadták meg a bárzsing hámbélését. Egyébként az illetőnek gége- és bélgümőkórja is volt. Érdekes, hogy az ugyancsak nagykiterjedésü bárzsingfekélyesedés a betegnek semmi subjectiv kellemetlenséget vagy nyelési nehézséget nem okozott, miért is a bántalom az előben nem, csak a hullán volt kórismézhető. (Münchener med. Wochenschrift, 1906. 10. sz.)

Halász Aladár

Összehasonlító gyomornedv-vizsgálatokat végzett *Dörner* gyomorbetegeinél úgy a szokásos próbareggeli, mint a próbaebéd után, s kutatásainak eredményekép állítja, hogy a próbaebéd után vett gyomornedv sósavtartalma összes eseteiben csekélyebb, mint a milyet a próbareggeli után nyert gyomornedvre vonatkozólag megállapíthatott; az összaciditás ellenben próbareggeli után kisebb, mint próbaebéd után. Egyébként a sósavelválasztás fokozott voltát próbareggeli után már Riegel is említi s a dolog magyarázatát abban keresni, hogy a kevés mennyiségü próbareggelihez mérten bőséges lehet a sósav elválasztása akkor, mikor a próbaebéd nagyobb mennyiségéhez viszonyítva már nem elegendő. A mondottakból önként következik, hogy minden esetben nemcsak próbareggeli, de próbaebéd után is vizsgálnunk kell a gyomornedvet, s a próbareggeli után nyert magas sósavértékből nem szabad rögtön gyomorfekélyt kórisméznünk: a próbaebéd után vett gyomornedv sósav-tartalma ugyanis nem egy ilyen esetben teljesen normális lehet. *A valódi H Cl-hypersecretio* ellenben sokkal kifejezettebb lesz a próbaebéd után vett gyomornedv vizsgálatakor, mint a próbareggeli után. Ha a próbaebéd utáni gyomorváladék vizsgálata elégtelen sósavelválasztás mellett bizonyít, a HCl-secretio elégtelenségének fokára a próbareggeli után nyert értékekkel való összehasonlításból vonhatunk következtetést. (Münchener med. Wochenschrift, 1906. 10. szám.) *Halász Aladár.*

A vakbélgyuladás megelőzéséről és gyógyításáról ir *Welsch*. Manapság a sebészek nagy többsége a lehetőleg korai, 24—36 órán belüli műtevés mellett foglal állást. Az appendicitis azonban ily korai szakában gyakran még nem ismerhető fel s vesekő okozta kólikával, epekőbajjal, bélátfúródással és bélelzáródással ép úgy összetéveszthető a vakbélgyuladás, mint a hogy petefészektömlő kocsányának megcsavarodása és méhen kivüli terhesség is utánozhatja az appendicitis kórképét. Még több tévedésnek vagyunk kitéve a gyermekek vakbélgyuladásánál s nem egyszer egyszerü dyspepsiának tartjuk azt. A korai kórismézés nehézségeitől eltekintve, a belgyógyászati kezelés jó eredményei is biztatnak, hogy ne vegyük minden esetben a sebészi beavatkozást igénybe. A megbetegedés későbbi szakában — hacsak tályog nem képződött — határozottan a belgyógyászati kezelésnek van helye. Welsch betegeinél Ochsner ajánlatára az első napokban kizárólag táplálócsőréket alkalmaz, a szomjazás ellen konyhasós beöntéseket ad, ha hányásinger jelentkezik, gyomormosást végez és csak akkor tér át a *per os* való táplálásra, ha a beteg már pár napja fájdalommentes.

A vakbélgyuladás megelőzésében fontos szerep jut a bélhurut kezelésének: *az appendicitis ugyanis bélhurut* részjelensége, miért is nagyon megszívlelendők Roux szavai, hogy bélhurutnál ricinusolaj stb. adagolása helyett szigorú diaetára fogjuk a beteget. Prophylaxis szempontjából fontos a koszt is: a tapasztalat bizonyítja, hogy vakbélgyuladás főkép hússal táplálkozó népeknél (északamerikaiak, angolok) igen gyakori, míg a növényi koszton élőknél felette ritka. A béltartatalom ugyanis épen a Bauhin-billentyü táján a leggazdagabb bakteriumokban: a bakteriumok elszaporodásására pedig a hústáplálék (fokozott bélrothadás és renyhe szék!) sokkal alkalmasabb, mint a növényi. Igy tehát könnyen érthető a féregnyújtványgyuladás gyakorisága és a bő hústáplálkozás között levő összefüggés. Különösen influenzás időben — mikor a vakbélgyuladás igen gyakori — a rendes székletétre kiváló gondot kell fordítanunk. Az idült appendicitis kezelésében, a mennyiben a beteg a mütétbe bele nem egyezik, a meleg sós- és iszapfürdők tehetnek szolgálatot. (Münch. med. Wochenschrift, 1906. 12. szám.) *Halász Aladár.*

Sebészet.

A Murphy-gomb alkalmazásáról értekezik *Gelpke*. *Murphy* 1892-ben alkalmazta először a róla elnevezett gombot, s előnyeit és hátrányait számos congressus megvitatta. Történelmi áttekintés és saját tapasztalatai után szerző a Murphy-gomb *hátrányait* a következőkben látja:

1. Gomb alkalmazása mellett gyakoribb a gastro-enterostomiánál észlelt perforatio, mint a Czerny-Lembert-varrat használata mellett; 2. gomb alkalmazása mellett könnyebben fejlődnek obstructiós jelenségek, a melyeket a gomb lumenének eltömeszelése okoz; 3. a gomb, mint fel nem szívódó idegen test, a béltractusban hosszú ideig vesztegelhet s nyomási elhalást, átfúródást idézhet elő. Egy esetben ileust okozott.

Ezen okok miatt nem ajánlja a gomb alkalmazását:

1. Vastagbélműtéteknél; 2. a vékonybél idült obstructiójánál; 3. jóindulatú heges pylorusszükület miatt végzett gastro-enterostomiánál.

A gomb alkalmazását ajánlja: 1. a vékonybél gangraenás sérveinél erősen elgyengült betegeknél; 2. gastroduodenostomiánál

pylorusresectio után; 3. a gyomron végzendő palliativ műtéteknél, főleg a gastroenterostomia post.-nál, főleg erősen elgyengült betegeknél, mert a gomb alkalmazása nagy időmegtakarítást jelent.

Gelpke 54 esetben végezte a szájadékképzést Murphy-gombbal; 16 esetben pylorusresectiót, 2 esetben vakbélresectiót, 10 esetben hernia gangraenosa-műtétet, 26 esetben gastroenterostomiát és ileocolostomiát végzett. A pylorusresectiós eseteknek operativ halálozása 26% volt. Aránylag magas mortalitással dolgozott gastre-enterostomiáknál (19%); megjegyzendő, hogy két esetben circulus vitiosus okozta a halált, egy esetben pedig átfúródás volt a halál oka. Hernia gangraenosa tíz műtéte közül négy volt halálos, a mi aránylag szintén nagy mortalitás, ha tekintetbe veszszük, hogy *Petersen* elsődleges resectio után 33%, *Bruns* 23·5%, *Hacker* 19% halálozásról számol be. (Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, 1906. 81. kötet, 2—4. füzet.) *Steiner Pál* dr.

Heveny vérzéses pankreaslob esetét közli *Munster*. Az 54 éves férfira vonatkozó esetben kiemelendő az aránylag hosszú tartam, valamint a bőséges gyomor- és végbélvérzés. A bonczolás kiterjedt zsírelhalást mutatott ki. (Lancet, 1905. decz. 30.). *Jeffrey* betege 60 éves nő volt, kinek baja három napig tartott, s kinek bonczolásakor a zsírelhaláson kivül epeköveket is találtak (Lancet, 1906. jan. 20.). A betegség mindkét esetben a szokott módon súlyos collapsussal és erős epigastrikus fájdalmakkal kezdődött. A kórismét az élőben egyik esetben sem sikerült felállítani; az első esetben gyomorfekélyátfúródásra, a másodikban epeköre gyanakodtak. *Pólya.*

A vakbél 180°-os elcsavarodását a lobosan a hasfalhoz tapadt appendix következtében észlelte *S. Clifford Haymann*. Az elcsavarodás teljes ileust okozott s a 7. napon végzett műtét már nem tudta a különben is veselobban és gümőkórban szenvedő 50 éves nő életét megmenteni. (Lancet, 1906. február.) *Pólya.*

17 hónapos leánygyermek kizáródott köldöksérvét operálta meg szerencsésen *Ph. Turner*. Az eset ritka, mert köldöksérv-kizáródás vagy újszülötteken (veleszületett sérv), vagy felnőtteken a 25. év után szokott keletkezni. (Lancet, 4298. szám.) *Pólya.*

Gyermekgyógyászat.

A gümőkór gyakoriságával az első életévben foglalkozik *Binswanger*. Ismeretes, hogy *Nägeli* kimutatta, hogy majd minden *felnőtt* ember gümőkórral fertőzött és hogy anatomiai értelemben az embereknek csupán körülbelül 3%-a tekinthető gümőkórtól mentesnek. Megerősítették ezt *Burkhardt*-nak még nagyobb anyagon végzett vizsgálatai. Ezen vizsgálatok azonban csak kevés gyermekre terjedtek ki. Azon élénk érdeklődés folytán, melylyel az utóbbi években épen a *gyermekkori* gümőkór iránt viseltetnek, iparkodtak a *Nägeli*-féle vizsgálatokat ez irányban is kiegészíteni. Ezt célozták *Stirnimann, Hamburger-Sluka* és *Binswanger*. *Binswanger* vizsgálatai a drezdai csecsemőházban elhalt egy éven aluli csecsemőkre vonatkoznak, s az összeállítás alapjául 532 bonczolat szolgál. Ezek közt összesen 36-nál, azaz 6·8%-ban találtak gümőkóros elváltozásokat. Érdekes, hogy miként viselkedik e százalékszám az első életév egymás után következő szakaszainak megfelelőleg. 277 0—3 hónapos kórban elhalt csecsemő közül 6, azaz 2·2% volt gümőkóros, 154 4—6 hónapos korban elhalt közül 13=8·4% 101 7—12 hónapos korban elhalt közül 17=16·8%. Azt látjuk tehát, hogy a százalékszám a növekedő életkorral fokozatosan emelkedik, a mit különben *Comby*, továbbá *Hamburger-Sluka* összeállításában is megtalálunk. Míg azonban felnőtteknél sok a nem letális gümőkór, addig csecsemőknél a gümőkór kórjóslata annyira rossz, hogy e 36 eset közül csupán háromnál volt nem a gümőkór, hanem más betegség a halál oka. (Arch. f. Kinderhk. 1906. 43. kötet.) *Flesch Ármin* dr.

Varicella bullosa esetét közli *Freeth* három éves gyermeken. Két testvérének röviddel előtte rendes kinézésű bárányhimlője volt. A kiütés eleinte nála is rendes typusú volt, de a megjelenésétől számított harmadik napon nagy hólyagok képződtek: a legnagyobb ($4^1/_2 \times 3^1/_2$ hüvelyk) a has bal felén, a másik a jobb czomb felső-belső oldalán, s egy harmadik a jobb nagy tompor felett. A hólyagok megjelenésének napján a gyermek hőmérséke 37·2° C. volt. A gyermek teljesen meggyógyult. (Brit. med. Journal, 1906. 679. lap.) *Flesch Ármin* dr.

Idegkórtan.

A functio újraéledése az agyvelő megbetegedéseiben volt tárgya *Anton* megnyitó előadásának a hallei egyetemen. Először utalt „a néma agyvelőrészekre", melyek sérülése kiesést nem idéz elő. A gyermekkorban az agyvelő góczmegbetegedései után a kieső tünetek könnyebben simulnak el, de ez a későbbi életkorban is megeshetik. Erre példa az a 70 éves férfi, a ki élete utolsó napjaiban is bonyolult kérdésekben helyesen ítélkezett, noha bonczolásakor agyvelejében arterio-sclerosisból támadt sok lágyult gócz került napvilágra. Látszik ebből, hogy a középponti idegrendszernek nagy az alkalmazkodó képessége saját sérüléseivel szemben. *Anton* azt hiszi, hogy ilyenkor más agyvelőrész pótló képessége folytán veszi át a megbetegedett rész szerepét. Az első idevágó kisérleteket *Hitzig* kutyákon végezte.

A functio pótlása különfélekép történhetik.

I. Ha a kutya egyik tömkelegét kiirtjuk, hiba esik a testtartásban és egyensúlyban, de a zavar idő multán helyreáll. A második tömkeleg kiirtása után súlyosabb a zavar, de ez is elsimul egynehány hónapra. Harmadik műtétkép a féloldali mozgató agyvelőkéreg kimetszése következett az ismert kieső tünetekkel, melyek azonban újból rendbe jöttek. Csak a mikor a túloldalon ismétlődött ez a műtét, támadtak helyrehozhatatlan hibák, melyek között fontos volt az, hogy a tömkelegtünetek is kiújultak. Itt tehát a tömkeleg munkáját az agyvelőkéreg vette át.

II. *Luciani* kisérleteiben előbb a kutyája jobb kisagyvelejét vette le, az ebből támadt zavarok 10 nap alatt majdnem tökéletesen elmultak; 3 hónapra a mozgatókéreg kétoldali kiirtása következett, de a kiesés újból rendbe jött. Csak a mikor 7 hónappal később a bal kisagyvelőfél is kiirtásra került, szünt meg a működés további pótlása, bár az állat még 1 évig élt. *Anton* egy esetét hozza fel, és azzal ugyane felfogás mellett akar kardoskodni. Az eset az, hogy egy 6 éves fiúnak, a ki járni és állani tudott, kisagyvelője porencephalia következtében a legutolsó maradékig elpusztult. Az agyvelő súlya $3^1/_2$ éves gyermekének felelt meg, de a hurokpálya és a pyramisok annyira hypertrophiások voltak, hogy elérték a felnőtt emberen megszokott nagyságot. Ezt a körülményt *Anton* arra magyarázza, hogy ezek a pályák azért fejlődtek ennyire túl a rendes térfogaton, mert több munkát végeztek. Meg kell azonban jegyezni, hogy ez a pótlás sohasem tökéletes.

III. Ha a kutya hátulsó gyökereit átvágjuk, az a járászavar áli elő, melyet némelyek spinális ataxiának neveznek. Ez a zavar azonban egy idő mulva eltünik. Ha most ennek az állatnak sensomotoros agyvelőkérgét elpusztítjuk, újból előbukkannak ugyanazok a zavarok, a melyek azonban most már nem találnak kiegyenlítést.

Anton továbbá azt gondolja, hogy a symmetriás kéregmezők egymást helyettesíthetik és hogy ugyanígy helyettesítheti egymást két egymás felett álló középpont. A helyettesítő agyvelőrész ilyenkor hypertrophiás lesz. Meg kell azonban jegyezni, hogy ez csak fiatal egyénekre van bebizonyítva. A túltengés az egyes rostok megvastagodásában áll, csak akkor létesülhet, ha az illető rész jól fejlett, a megvastagodás a munkatöbblet következménye. Végül Anton a góczmegbetegedések után való compensatioról szól egynéhány eset kapcsán, különös tekintettel az aphasiára. (Monatschr. f. Psych. u. Neurol. 1906. jan.) *Kollarits Jenő* dr.

Bőrkórtan.

A bőr és a nyálkahártyák kezeléséhez használt kénesővízlámpákról ir *Kromayer*. A kénesőlámpa haladás a fénykezelés terén, mert olcsóbb és kényelmesebb fényforrást nyujt, mely hatásában nemcsak eléri, de talán túl is szárnyalja a *Finsen*-kezelést. A kénesőfény nem egészen új keletű, mert *Leo Arons* azt már 14 év előtt felfedezte. Szerző eleinte egy *Arons*-féle módosított lámpával kisérletezett, de kevés eredménynyel. A lámpának bár erős a chemiai energiája, mindazonáltal gyöngébb a felület-hatása a vasfénynyel szemben, a penetráló képessége pedig a Finsen-

fénynyel szemben. Ez főleg az energia-mennyiség kismértékü ($2^1/_2$ Ampère) elhasználásán alapul. A lámpának egy másik hiánya az, hogy a kisugárzó hő miatt a lámpa csak bizonyos távolságban volt alkalmazható. Mindezek az okok *Kromayer*-t arra birták, hogy egy új kénesőlámpát szerkeszszen. Az új lámpa két külön részből áll: 1. egy quarcz-csőből, a melybe légmentesen vannak beillesztve az elektrodok, továbbá a kéneső-tartókból; 2. egy víztartóból, a melyben a quarczcső vízhatlanul van elhelyezve s a melyben a vízáram állandóan keringhet. A lámpák különböző alakúak, a szerint, hogy minő czélokat szolgálnak. Az egyiknek csöve endoskopszerű, ez a húgycső számára való, egy másik lámpa kamaraalakú és egy stativon szilárdan áll. Egy további alakbeli módosítás a könnyen kezelhető kézi lámpa, melynek csöve igen karcsú és a fejbőr kezelésére szolgál. *Kromayer* eddigi tapasztalatai azt mutatják, hogy a kénesőfény gyuladáskeltő és bakteriumölő képessége igen nagy. Erythemák már néhány másodperczny megvilágítás után láthatók a bőrön. E reactiók a rövid hullámú, chemiailag leghatásosabb sugarak hatásán alapulnak. De a gyógyhatás dolgában még a kék, az ibolya és a hosszú hullámú ultraibolya-sugarak tömege is számba jön. A kénesőlámpa előnyei az eddigi fényforrásokkal szemben jelentékenyek és *szerző* szerint a következők: 1. Rövid megvilágítási idő. 2. Nagy bőrfelületek kezelhetősége (átlag két-szer-hatszor akkora terület, mint a Finsen-fénynyel). 3. A nyálkahártyák könnyü kezelése. 4. Kényelmes kezelés. 5. Csekély áramfogyasztás (átlag 4 Ampère, szemben a vas- és Finsen-fény 20 Ampère-jével). A kénesőlámpakezelés javalatai szerző szerint elég kiterjedtek. Kezelhetők vele: lupus vulgaris, epithelioma ($^1/_4$—$^1/_2$ órai megvilágítás), naevus vasculosus ($^1/_2$ órai megvilágítás), acne rosacea, alopecia areata (1—6 percz), eczema, idült kankó (5—10 másodpercz) és bizonyos makacs syphilises elváltozások. (Deutsche med. Wochenschrift., 1906. 10. szám.) *Guszman.*

Myoma cutis esetét ismerteti *Krzysztalowicz*. Ezt 19 éves nőszemélyen észlelte, kinek baja már tíz év óta tartott. A bántalom a jobb orrszárnyon és a felső ajkon ült és kölesnyi-babnyi göbökből állott. A daganat színe részben sárgásrózsaszinü, részben kékes volt. Az egyes göbök porczkemények, felettük a bőr feszes, fényes. Fájdalmat vagy egyéb kellemetlenséget nem okoz nak. A kórjelzés a szövettani lelet alapján történt. A szövettani vizsgálat ugyanis kimutatta, hogy az egyes göbök kisebb-nagyobb csomókból állottak, melyeket kötőszövet választott el egymástól. Az elemi csomócskák sima izomsejtek tömegéből állottak. Az izomsejtek kötegekbe voltak rendezkedve. A csomócskák vérerekben feltünően szegények. Rugalmas rostok hiányoztak. Szerző határozottan nem tudta kimutatni, hogy az izomsejtdaganatok honnan indultak ki, bár talált némi összefüggést a hajtüszőkkel. A bőr myomák egy részében spontan vagy nyomásra jelentkező fájdalmakat észleltek. Mint láttuk, szerző esetében ezek hiányoztak. Ez azonban nem kivétel, mert már mások is észleltek ilyesmit. Diagnostikai tünetet a fájdalom jelenléte vagy hiánya tehát nem képezhet (Monatshefte für prakt. Dermatologie, 1906. 42. kötet, 6. füzet.) *Guszman.*

Fülorvostan.

Helyi érzéstelenítés a fülorvoslástanban. Kisebb sebészi beavatkozásokat — a külső hallójáratban székelő furunculus felmetszése, a dobhártya paracentesise — a gyakorló orvosnak is akárhányszor kell végeznie, és épen ő rá nézve, a ki az ilyen eljárásokban nem lehet annyira gyakorlott, mint a specialista fülorvos, fontos, hogy a beavatkozást nyugodtan végezhesse, a miért is a mütét területének érzéstelenségére van első sorban szüksége. Erre a czélra nagyon ajánlja *Hechinger*, a freiburgi egyetemi fülklinika segédje, a következő oldatot: Rp. Acidi carbolici liquefacti 0·5; Cocaini muriatici, Mentholi āā 2·0; Spir. vini 10·0. A külső hangvezetőben végzendő mütétek előtt az imént említett oldatba mártott vattát helyez be, a míg a bőr megfehéredik, a mi átlag 10—15 percz alatt szokott bekövetkezni. A dobhártya paracentesisének szükségessége esetén csak azt a részt érzéstelenítjük gombos szondára csavart s a fenti oldatba mártott vattával, a hol a bemetszést ejteni akarjuk. Az említett oldat lényeges alkotórésze a carbol, mert ez megmarván az epidermist, lehetővé teszi, hogy a tulajdonképeni anaestheticumok: a cocain és a menthol, hatásukat kifejthessék. (Deutsche medizinisce Wochenschrift, 1906. 13. sz.)

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Calodal elnevezéssel a Heyden-féle vegyészeti gyár két évvel ezelőtt egy könnyen oldódó fehérjekészítményt hozott forgalomba, a melyet főleg tápláló klysma alakjában nagyon jó eredménynyel használt *Credé*. Ugyanezen szerző most újból felhivja a figyelmet a calodal-klysmára, a mely nem egyéb, mint calodal 10%-os oldata meleg vízben. Ebből 50—100 gramm viendő naponként többször a végbélbe, melyet naponként egyszer nagyobb mennyiségü vízzel jól megtisztogatunk. Megjegyzendő, hogy a calodal nem drága szer; egy klysmára való mennyiség (5 gramm) ára körülbelül 20 német fillér. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1906. 1. szám.)

A stypticinről nagyon dicsérően nyilatkozik *Bossi* mint olyan szerről, a mely méhvérzés eseteiben megbizhatóan hat, méhösszehúzódásokat nem vált ki és kellemetlen melléktüneteket nem okoz. Viburnummal és piscidiával együtt adva (5 centigramm stypticin, 25 csepp tinctura viburni és 20 csepp piscidia pro die) nagyon jó szer fenyegető abortus eseteiben. Különben egymagában is adható 5 centigrammos labdacsok alakjában, a melyekből 24 órában 5—6 is adható. (Petit journal de médecine, 1905. nov. 14.)

A Basedow-kór kezelése antithyreoidinnal. *Eulenburg* elég jó symptomatikus és palliativ eredményt látott e kezelésmódtól s azért a szokásos physikális-diaetás kezelésmód mellett használhatónak tartja. Javalatainak, valamint használatmódjának pontosabb körülirása azonban még csak a folytatólagos nagyobb számú vizsgálatoktól várható. 11 esetében következő módon használta a szert: az első 2 napon 3-szor 10 cseppet adott, a 3. és 4. napon 15 cseppet, az 5. és 6.-on 20-at, a 7. és 8.-on 25-öt, a 9. és 10.-en pedig 30-at, ugyancsak 3-szor naponként; a 11. naptól hasonló módon csökkentette az adagot 3-szor naponként 10 cseppig, majd legalább egy hetes szünetet tartott és azután kisebb adagban (10—20 csepp háromszor naponként) még egy ideig használtatta a szert. Carboltartalma miatt a szer meglehetősen kellemetlen ízü, ez az íz azonban nagyon jól leplezhető málnaszörppel. (Berliner klinische Wochenschrift, 1905. 44/a. szám.) Hasonlóképen kedvezően nyilatkozik az antithyreoidinról *Stein* (Wiener medizinische Wochenschrift, 1905. 48. szám) és *Schüler* (Deutsche Medizinal-Zeitung, 1905. 83. szám.); utóbbi bőr alá fecskendezés alakjában is használta a szert, a helyi izgalmi tünetek és fájdalmasság miatt azonban ez az alkalmazásmód nem igen ajánlható.

Magyar orvosi irodalom.

Budapesti orvosi ujság, 1906. 14. szám. *Áldor Lajos*: Adatok az epekőbetegség kór- és gyógytanához. „Gyermekorvos“ melléklet 1. szám. *Ranschburg Pál:* Öröklött bujakóros alapon fejlődött gyermekdedség (infantilismus) esete. *Adler Zoltán*: Gümőkóros peribronchiális nyirokmirigy áttörése a bronchusba. 15. szám. *Szabóky János*: A különböző összetételü ásványvizek befolyása a vér és a vizelet töménységére. *Sümegi József:* Az idült szívbajok és az ütérelmeszesedés physikális gyógymódja. „Urologia“ melléklet 2. szám. *Borszéky Károly:* A traumás húgyhólyagrepedések. *Picker Rezső:* Bakteriologiai tanulmány a gonococcusról. *Paunz Sándor*: Ureterresectio gyógyult esete. *Feleki Hugó*: A gonorrhoeás húgycsőgyuladás therapiájának mai állása. *Emődi Aladár*: Az ivarszerveknek idült ólommérgezéshez társuló functionális zavarai. *Remete Jenő:* Sectio alta után fellépett paraplegia spuria.

Gyógyászat, 1906. 13. szám. *Pirovits Aladár*: A typhus aetiologiájáról. *Vámossy Zoltán:* A törvényszéki chemia néhány fontosabb fejezetéről. 14. szám. *Pollacsek Arnold*: Maradó csőrék. *Mandel Ignácz:* Az iszákosok paranoid elmebajai.

Orvosok lapja, 1906. 14. szám. *Weisz Ferencz:* A prostata gyuladásairól. 15. szám. *Hertzka Imre*: A cholelithiasis kórismézése és gyógytana. *Tauszk Ferencz:* Takadiastase. *Sellei József:* A kankó abortiv kezeléséről.

Klinikai füzetek, 1906. 3. füzet. *Doctor Károly*: A diabetes mellitus jelen állása aetiologiai és diagnostikai szempontból. *Révész Béla:* Az öngyilkosság psychiatriai és sociologiai szempontból.

Vegyes hirek.

Rovás (Folytatás). 16. A *névelő elhagyása*. Kórtörténetekben és könyvismertetésekben igen szeretik az orvosok elhagyni a határozott névelőt a „beteg“ és „szerző“ elől (Beteg előadja, hogy .... Szerző véleménye szerint ..). Ez a kiállhatatlan szokás a német tudományos jargonból szakadt reánk; semmi más nyelv nem ismeri. De a németben is hiba, melyet gáncsolnak a nyelvjavitók. Wustmann pl. „ganz widerwärtige Unsitte“-nek és „alberne Mode“-nak nevezi. Ideje volna, hogy leszokjunk róla.

17. *Az alany helytelen elhagyása.* Ha két vagy több, vesszővel vagy kötőszóval egybekapcsolt egyrangú mondatnak közös az alanya, a másodikban s a többiben az alany elhagyható. Ámde ez csak akkor van helyén, ha a mondatoknak csakugyan közös az alanyuk. Ezért megengedhetetlen pongyolaság az ilyen: „Beteg ereje mindinkább fogy s harmadnapra meghal", mert itt az első mondatban nem a „beteg", hanem az „ereje" az alany. Pedig kórtörténetekben lépten-nyomon találkozunk ezzel a furcsasággal.

18. A fogalmazásbeli gyámoltalanság és németes gondolkozás egyik gyakori jele a sok *„vonatkozólag"* és *„illetőleg"* betoldása. E két szó rossz és mindig felesleges. „E kérdésre vonatkozólag többen nyilatkoztak", e helyett: e kérdésről. „A therapiát illetőleg", e helyett: a mi a therapiát illeti, vagy therapia dolgában. A -lag -leg raggal az újabb magyar irodalmi nyelvben különben is szeretnek visszaélni. Ez a rag a székely nyelvjárásból jutott az irodalmi nyelvbe s már-már kiszorítja az egyszerűbb -an -en képzőt. Ennek pedig csakis az az oka, hogy véletlenül hasonlít a német „lich" raghoz, mely az újabb hirlapi németségben mindinkább tért foglal a régibb, egyszerűbb módhatározók rovására. A magyar persze hiven utánozza a németnek ezt a maguktól a németektől üldözött és kifigurázott szokását, s erre jó a -lag -leg képző. A -lag -leges módhatározókat jobbára könnyű elkerülni, mert pl. valószinűleg = alkalmasint, remélhetőleg = remélhetjük, hogy, végleg = végkép, lényegileg = velejében, folytatólag = folytatva, stb.

19. *Visszaélés a -nál -nél raggal.* Simonyi Zsigmond ismert könyvében (Helyes magyarság, Budapest, 1904.) külön kiemeli a 31. lapon, hogy a -nál -nél ragnak németes használata a „bei" mintájára főkép az orvosok stylusában harapódzott el. Legtöbbször magyarosabb, ha a nál -nél helyett az -on -en -ön vagy -ban -ben ragot használjuk. Pl.: 3 éves fiúnál észlelték: fiún. Typhusnál előfordul: typhusban.

20. *Visszaélés a „képes"-sel.* Némely czikkben csak úgy hemzseg a sok „képes" és „nem képes". Pedig szebb és magyarosabb, ha helyette a „tudni" vagy „birni" igéket használjuk. Pl.: a daganatot nem voltunk képesek teljesen kiirtani: nem tudtuk, nem birtuk, vagy nem irthattuk ki egészen.

21. *A -nak -nek birtokos jelzőt* mindig ki kell tenni, ha a birtok nem következik mindjárt a birtokos után, hanem közöttük egy vagy több szó van; csak akkor hagyható el, ha ez a közbeeső szó a birtokosra vonatkozó jelző. Hibás tehát ez, hogy: A betegség ezen prodromális tünetei: betegségnek. Elismeréssel emlithetjük a szerző azon mindenütt észlelhető igyekezetét: szerzőnek! (Vége következik.)

Kitüntetés. *Blumenfeld Ármin* dr.-nak, Sárosmegye tiszteletbeli főorvosának, bártfai járásorvosnak a király emberbaráti tevékenységéért a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta.

Kinevezés. *Kőszegi Winkler Béla* dr.-t a pénzügyminister az aranyidkai bánya- és kohóhivatalhoz ideiglenes minőségű bányaorvossá nevezte ki.

Új magántanárok. *Hasenfeld Artur* dr.-nak a vérkeringési szervek kór- és gyógytanából, *Lovrich József* dr.-nak a szülészeti műtéttanból és *Minich Károly* dr.-nak az erőszakos halálnemek törvényszéki orvostanából egyetemi magántanárrá képesitését a vallás- és közoktatásügyi minister jóváhagyóan tudomásul vette és a nevezetteket ebben a minőségükben megerősitette.

A XII. Szünidei Orvosi Cursus intéző bizottsága most küldötte szét a május 27-től junius 9-ig tartandó cursus programmját. Egyes előadásokat fognak tartani: Lenhossék Mihály egyetemi tanár „Az ember fejlődésének rövid áttekintése" és Bókay Árpád kir. udv. tanácsos, egyet. tanár „Hazai fürdők és ásványvizek" czimen; mindkettő vetített képekkel. Előadásokat tartanak még: Dollinger Gyula, Grósz Emil, Korányi Sándor, Tóth István, 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 egyetemi tanárok és magántanárok. A május 27.-én tartandó megnyitó ülésen kivül, a melynek tárgysorozatát Grósz Emil elnök megnyitója és Temesváry Rezső titkári jelentése teszi, a cursus ideje alatt még két nagyobb értekezlet lesz, nevezetesen pünkösd vasárnapján Magyarország szemorvosainak évi ülése, pünkösd hétfőjén pedig a méhrák ellen való védekezés országos szervezése tárgyában tartandó értekezlet, a melyet Tauffer Vilmos kir. udvari tanácsos, egyet. tanár hivott egybe. A szünidei orvosi cursus díjtalan, csak beiratási díj fejében fizetendő 20 korona. A kereskedelemügyi minister kedvezményes vasúti jegyeket engedélyezett. A cursuson való jelentkezés Temesváry Rezső dr. egyetemi magántanár titkárhoz (VII. Erzsébet-körút 32) intézendő, a kihez a beiratási díj is küldendő, s pedig legkésőbben május hó 15.-ig.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület márczius hóban 709 esetben nyujtott első segélyt, 584 szállítást végzett, 52 esetben mint mozgóőrség működött és 28 esetben vaklárma miatt vonult ki. A márczius havi működési főösszeg tehát 1373.

Az I. számú női klinikán márcziusban a szülések száma 121 volt (először szülő 57, többször szülő 64). A született magzatok száma: 122, ezek közül élő 116, halott 6; érett 108, kora 10, éretlen 4; fiú 64, leány 57, kérdéses nemű 1; törvényes 45, törvénytelen 77. A gynaekologiai osztályon márcziusban 98 beteget ápoltak; közülök 2 meghalt.

Elhunyt: *Pót Radó* dr. járásorvos Bonyhádon 60 éves korában. — *L. Kleinwächter* tanár, ismert szülész, 67 korában Czernowitzban. — *Aubenas* dr., valaha a szülészet tanára a strassburgi egyetemen, 76 éves korában. — *Ogden Doremus* dr., a chemia és méregtan nyug. tanára New-Yorkban, 82 éves korában. — *P. Stolberg* dr., a törvényszéki orvostan rendkivüli tanára Göttingenben, 40 éves korában. — *Lyubimoff N.* dr., az általános kórtan tanára Kazan-ban. — *Ch. A. Lindsley* dr., a belorvostan nyug. tanára New-Havenben. — *V. Vleminckx*, a belga orvosi akadémia elnöke. — *A. Haslund*, a dermatologia tanára Kopenhágában.

Kisebb hirek külföldről. *F. Bezold* dr., a fülorvostan rendkivüli tanára a müncheni egyetemen, rendes tanári czimet és jelleget nyert. — *Lord Lister* dr. április 5.-én töltötte be 80. évét. — *G. Baccelli* tanár, a hirneves római belklinikus, e hó 8.-án ünnepelte 50 éves orvosi jubileumát.

Az V. nemzetközi tuberculosis-conferentiát ez évben Hágában tartják meg, még pedig szeptember havában.

Közegészségtani pályadijak. Az olasz király a milanói hygiene-kiállitás alkalmából két pályadijat tüzött ki, még pedig egy 4000 és egy 8000 lirásat. Az előbbivel a városoknak tiszta tejjel ellátására vonatkozó legjobb ajánlatot, az utóbbival pedig a délolasz klimának megfelelő bérkaszárnya legjobb mintáját fogják jutalmazni.

Orvosi per. Gráczban január 27.-én a következő per került tárgyalásra. Egy fiatal szobaleányt 1904-ben megoperáltak a gráczi városi kórházban gyomorfekélye miatt. A leány azt a vádat emeli most az operáló orvos, Jurinka dr. sebész-főorvos ellen, hogy operatio közben tudta és beleegyezése nélkül a czombjáról nagy bőrlebenyt távolitott el egy más beteg nagy kiterjedésü sebének a befedésére. A leány 20 ezer koronányi fájdalomdijat és kártérités követel azzal a megokolással, hogy a torzító forradás miatt nem tudott férjhez menni. A szakértőül behivott két egyetemi tanár, Payr és Zingerle dr. csak arra nézve tett nyilatkozatot, hogy a czomb sebzése a panaszos egészségére semmiféle tartós káros hatással nem volt. A tárgyalást egyes adatok pótlására elhalasztották.

Az operatioban résztvevők ellenőrzése. Az osztrák belügyminister rendeletet bocsátott ki, mely szerint minden műtétnél a kórtörténetben pontosan megjelölendő, hogy kik vettek részt a műtétben, beleszámitva a segédszemélyzetet is. A rendelet megmondja, hogy erre egy bécsi magánkórházban nem rég előfordult eset szolgáltatott okot, melyben a betegnek az okozta a halálát, hogy az operationál ércsiptetőt felejtettek benne. A bűnvádi eljárást be kellett szüntetni, mert nem lehetett megállapitani, hogy ki volt a műtétnél az instrumentarius?

Meggyógyithatók-e teljesen a syphilissel fertőzöttek? Ezt a fontos kérdést tárgyalja félig-meddig népszerű füzetében (En Guérit-on? Paris, 1906.) *Fournier*. A nagyhirű szerző e sokat vitatott kérdésben sok évre terjedő tapasztalatai alapján optimismussal nyilatkozik. Kellő kezelés mellett, a mi alatt Fournier három évig folytatott kéneső-kezelést ért, a betegek 95—97%-a teljesen gyógyultnak tekinthető, a mennyiben rajtuk soha sem tertiaer tünetek, sem parasyphilitikus betegségek nem állanak be, továbbá nem fertőznek s utódjaik épek. Fournier művét egyfelől megnyugtató czélzattal, másfelől azért irta, hogy a syphilis alapos, gondos, türelmes kezelésének a fontosságára utaljon.

Lapunk mai számához
1. F. Hoffmann-La Roche & Cie. **Digalen,**
2. Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. Elberfeld **Veronal,**
3. Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning czég **Sajodin** prospektusa van mellékelve.

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 díjak. 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.

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: 16. magyar balneologiai congressus és a magyar szent korona országai balneologiai egyesületének évi közgyülése. 481. l. — Közkórházi Orvostársulat (II. bemutató ülés 1906. január 31.-én). 482. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya. 482. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. 483. l. — Szegedi Orvosegyesület. 484. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 484. l.

16. magyar balneologiai congressus és a magyar szent korona országai balneologiai egyesületének évi közgyülése.

Második ülés 1906. márczius 31.-én délután 5 órakor.

Elnök: **Ángyán Béla.**

Táusz Béla: Ujabb szempontok a scrophulás nyirokmirigyek balneotherapiájában. Kimutatja, hogy a scrophulás megbetegedésekben balneotherapeutikus eljárásokkal jobb eredményt érhetünk el, mint gyógyszeres kezeléssel. Felveti a konyhasós fürdőkben felállítandó gyermekmenhelyek kérdését.

Kallós Jenő: Az ásványvizek radioactivitásáról. Azon nézetének ad kifejezést, hogy az ásványvizekben talált radiumos emanationak lényeges befolyása lehet a víz gyógyhatásában.

Lengyel Béla összehasonlítja a csízi víz radioactivitását a buziásival. *Dalmady Zoltán*-nak és *Rottenbiller Ödön*-nek az a véleménye, hogy a vizek radioactivitásának hangoztatásával gyógyhatás helyett egyelőre csak reklámczélt lehet elérni.

Papp Samu: A légfürdőkről. A napfürdő izzasztó eljárás és sóvanyitólag hat, a légfürdő az idegrendszert zsongitja. A légfürdő előnye a vízfürdő felett, hogy mint rossz hővezető kevesebb meleget von el a testtől, mint a víz, és azért sokkal hidegebben alkalmazható a test hőegyensúlyának megzavarása nélkül. Légfürdőre legalkalmasabb időszak a tavasz, a nyár, a szép ősz, de télen is lehet légfürdőt venni a szobában. Különösen jót tesz ez a kúra olyan embereknek, kik erős szellemi munkát végeznek és kénytelenek sokat irodában tartózkodni.

Okolicsányi Kuthy Dezső megerősíti az előadó észleleseit.

Beck Soma: Az állandó vizágy alkalmazása a bőrbajok gyógyitásában. Az állandó vizágy használatának fő javalatát a gyermekkori viszkető bőrbántalmakhoz csatlakozó furunculosis, pyodermitis, universális eczemák bizonyos formái teszik. Kiterjedt égések korai szakában főleg mint fájdalomcsillapító, a genyedő és sarjadzási szakban pedig mint valóságos gyógyszer szerepelhet.

Mansfeld Géza: Mennyiben van befolyása a villamos áramnak a jodvegyületek bőrön át való felszivódására. Ismerteti Du Bois-Reymond és H. Munk vizsgálatait a kathaphoresisről, mely lehetővé teszi jodvegyületeknek az ép bőrön át, fürdők alakjában a szervezetbe juttatását.

Okolicsányi Kuthy Dezső és *Jármay László: Minő magatartás követendő klimatikus gyógyhelyeken megforduló tüdőbetegekkel szemben?* (Az igazgató-tanács által a congressusra előkészitett vita-tárgy.)

Kuthy Dezső általánosságban javasolja:

1. A nyilt gyógyhelyen is az orvosi szolgálat intensivebbé tételét s az orvos hatáskörének megfelelő kiterjesztését.

2. Az orvos részéről a tüdőbajosok kötelező bejelentését, a megkivánható discret formában.

3. A nyilt gyógyhelyen a lakáshygiene kifejlesztését és gondos ápolását.

4. A fertőtlenítés helyes keresztülvitelét a lakásra és a megfelelő használati tárgyakra nézve.

5. A köpet útján történő fertőzés teljes kizárását czélzó intézkedések foganatosítását.

6. Az orvosi fogalmak szerint való tisztaság megteremtését és fenntartását czélzó intézkedéseket és üzemberendezést a gyógyhely minden részében, épületeiben, valamint parkjában.

7. A tüdőbajosok kitanitását és reászoritását olyan viselkedésre, hogy jelenlétük a gyógyhely többi lakójának egészségét a legkevésbé se károsithassa.

8. A gyógyhely egészséges vendégeinek hygienikus életmódra oktatását, a mivel biztositjuk úgy a gyógyhely saját morbiditásának a minimumra leszállitását, valamint a helyes védekezés lehetőségét a fertőzésnek nem is az ilyen gyógyhelyen, hanem sokkal inkább a mindennapi életben fenyegető veszélye ellen.

Jármay L. következtetései speciális viszonyainkra vonatkozólag ezek:

Miután Magyarországon kizárólagosan csak tüdővészesek számára szolgáló sanatorium eddig csak egy van s ez kevés, a tuberculotikus betegek nagy része klimatikus gyógyhelyeket kénytelen felkeresni.

Ezen gyógyhelyek két csoportba oszthatók: az egyik csoport indicatiojába felveszi a tuberculosist, ezeket befogadja; az ezen csoportba tartozó gyógyhelyek részéről szükséges, hogy az előbb jelzett elővigyázati hygienikus szabályok szigorúan keresztülvitessenek.

A másik csoport határozottan tiltakozik tuberculotikus betegek befogadása ellen s az ezen csoportba tartozó gyógyhelyeknek megvan a joguk, hogy az olyan tüdővészes egyéneket, kiknek jelenléte a többi beteg, valamint az egészségesek jólétét veszélyeztetné, a gyógyhelyről kizárják.

Heinrich Adolf a fürdőhelyeken az orvosi vizsgálat kötelezővé tétele mellett szól.

Szabóky János: Gleichenbergben az előadók javasolta óvintézkedések már mind be vannak tartva. Elegendőnek tartja a súlyos tuberculotikus betegeknek bejelentését. A felsorolt óvintézkedéseken kivül szükségesnek mondja a tuberculinizált tehenek tejének használatát.

Okolicsányi Kuthy Dezső: A tej felforralásával teljesen elenyészik a fertőzés veszélye, a tuberculinizálás teljesen felesleges.

Végül *Bókay Árpád* megismerteti a congressussal, hogy mi volt tulajdonképen e kérdés szőnyegre hozásának előzménye.

Harmadik ülés 1906. április 1.-én délelőtt 10 órakor.

Elnök: **Papp Samu.**

Bosányi Béla az egyesület igazgató tanácsának megbizásából az *1905. évi külföldi balneologiai eseményekről* tart előadást és felhivja a magyar fürdőket, hogy minél nagyobb erővel vegyék fel a versenyt a külfölddel.

Löw Sámuel: Az egyesület igazgató tanácsának megbizásából előadást tart *a hazai fürdők látogatottságáról az 1904. évben*, továbbá *a magyar ásványvizek forgalmáról az 1904. és 1905. évben.* Az előadás hiteles adatait az országos statistikai hivatal szolgáltatta.

Bókay Árpád az előadó által felsorolt adatok között a legnagyobb megbotránkozással hallotta, hogy egyes fürdők a statistikai adatokat a legnagyobb könnyelműséggel, felületességgel szolgáltatják be. Indítványozza, hogy a statistikára vonatkozó törvény alapján ez ellen megtorló lépésekkel éljenek. Felemliti, hogy tárgyalásokat folytatott Elek Pállal, a Kereskedelmi részvénytársaság elnökével az ásványvizek külföldi forgalmának emelése érdekében. Ajánlja, hogy az ásványvízforrástulajdonosok szövetkezzenek s oly quantumokat (2—3 száz waggont) állitsanak össze egyszerre, hogy a Kereskedelmi részvénytársaság a kiviteli irányitást kellő sikerrel eszközölhesse.

Vámossy Zoltán: A megbizhatatlan statistikai adatokat szolgáltató fürdők megrendszabályozására vonatkozó indítványt irásban terjeszti elő.

Elnök: Mivel a congressus határozatokat nem hozhat, a beterjesztett indítványt az igazgató tanács elé utalja. Letárgyalván a congressus programmját, meleg szavak kiséretében bezárja az ülést.

Közgyülés 1906. április 1.-én.

Elnök: **Bókay Árpád.**

Vámossy Zoltán főtitkár bemutatja jelentését az egyesület 1905. évi működéséről. Ebből megtudjuk, hogy sikerült ásványvíz-kiállitást rendeztek Budapesten az alkoholellenes congressus alkalmával, s rendeznek Bukarestben a nyár folyamán megnyiló országos kiállitáson. A tagok száma 409-ről 435-re emelkedett. A mult évben megjelent balneologiai értekezések száma 30, köztük egy 800 koronás pályamű.

A közgyülés köszönetet mond a főtitkárnak jelentéseért.

A pénztáros jelentése szerint az egyesületnek 1905. évi bevétele 5401 kor. 42 fill., kiadása pedig 3090 kor. 42 fill. volt.

A pénztár megvizsgálására kiküldött számvizsgálók jelentéséből kitünik, hogy az összes kiadásra és bevételre vonatkozó tételeket a mellékletekkel együtt rendben és helyesnek találták.

Ezután a főtitkar felolvassa a biráló bizottságnak jelentését, melyből kitünik, hogy a balneologiai egyesület által kitüzött 200 koronás pályadijra összesen 27 dolgozat érkezett be 21 hazai szerzőtől. Ezek közül 10 dolgozat részint nem fürdőorvos tollából ered, részint külföldön működő fürdőorvos dolgozata és igy csak 17 dolgozat tarthatott igényt a jutalomra.

A 17 dolgozat közül legjobbnak *Lenkei Vilmos Dani* dr. balatonalmádi-i fürdőorvos „Folytatólagos vizsgálatok a napfürdő hatásáról a szervezet némely működésére“ czimü művét ismerték el. Ezután kihirdették az új pályázatot, melynek értelmében a balneologiai egyesület 200 korona pályadíját tűz ki oly dolgozat jutalmazására, mely az 1906. év folyamán magyar nyelven, nyomtatásban jelenik meg és melynek szerzője magyar fürdőn működő orvos. Beküldési határidő folyó évi deczember hó 31., azonban a be nem küldött dolgozatok is figyelembe veendők. A jutalomdíjat az 1907. évi közgyülésen adják ki.

Indítványok. A közgyülés egyhangúlag elfogadta *Gerlóczy Zsigmond* következő inditványát:

1. Intézzen az Országos Balneologiai Egyesület sürgősen felhivást az Országos Orvos-Szövetség valamennyi fiókjához és a Budapesti Orvos-Szövetséghez hazai fürdőink és ásványvizeink hathatós támogatása ügyében, felkérvén valamennyi orvos-szövetség elnökét arra, hogy tagjait különösen most, a mikor a családokban a fürdőzés és nyaralás kérdése már szóba kerül, a magyar fürdők fokozottabb, sőt kizárólagos pártolására buzditsa.

2. Készitsen az Országos Balneologiai Egyesület mielőbb hazai fürdőinkről és ásványvizeinkről egy olyan gyakorlatias irányú leirást, a mely röviden felsorolná azt, hogy mely külföldi, nevezetesen osztrák

fürdőt milyen hazai fürdő pótolhat, illetőleg hogy mely idegen ásványvíz helyett milyen hazai ásványvizet fogyaszszon a mi közönségünk.

Épen úgy elfogadja a közgyülés az igazgató tanács inditványát az alapszabályok 6. §-ának megváltoztatása tárgyában.

Végül az elnök köszönetet mond a congressus tagjainak megjelenésükért, s továbbra is sikeres működést kivánva, a közgyülést bezárja.

Közkórházi orvostársulat.

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

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

Elnök az ülést megnyitja. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesitésére felkéri Donath Gyula és Juba Adolf tagtársakat.

Keratitis parenchymatosa esetei.

Fejér Gyula: A keratitis parenchymatosa aetiologiájában legfontosabb szerepet játszik a lues hereditaria; a scrophulosis, az uretikus diathesis, a malaria, a rheumatismus, az influenza is okozhatnak hasonló nem genyedő és áttörésre nem hajlamos szarúhártyagyuladást, de Fuchs csakis a lues hereditáriánál előforduló szarúhártyagyuladást tekinti typusnak és csak azt illeti a keratitis parenchymatosa elnevezéssel. Ujabb, állatkisérleteken alapuló és histologiai vizsgálatok kiderítették, hogy a tuberculosis is okozhat szarúhártyagyuladást, de a klinikai lefolyás és a tapasztalatok szerint a kórképet annyira elkülöniteni nem lehet. A keratitis parenchymatosa a lues hereditaria legfontosabb tünete. E betegségben a gyuladás, a beszüremkedés a szarúhártya hátsó lemezeiben, a Descemet-hártya közelében zajlik le, az uvea is meg van támadva és soha át nem törik. A szarúhártya egészben van megtámadva, egészen tejszerű lesz, felülete szurkált, chagrinirozott és csak nagyon ritkák azon alakok, melyeknél a szarúhártya mélyebb rétegeiben genyedés mutatkozik, vagy geny gyülemlik össze a mellső csarnok fenekén. A betegség sokáig tart, teljes gyógyulása 3—4 hónapot, sőt fél évet is vehet igénybe, de ritkaság számba megy azon körülmény, hogy egy lefolyt keratitis parenchymatosa három év után recidivál és annak gyógyulása hónapokig eltart.

Van szerencsém a következő eseteket bemutatni.

1. Egy typusos esetet 6 éves leánygyermeknél, kinek mindkét corneája tejszerűen zavaros, felülete szurkált. Anyja előadja, hogy 10 gyermeke részint holtan jött a világra, részint az első hónapokban meghalt.

2. Egy 8 éves leánykát, kit már 2½ év előtt gyógykezeltem kétoldali keratitis parenchymatosa miatt a Margit-kórházban. Corneája akkor a finom maculák visszamaradásával meggyógyult, de két hét óta a bal szemén újra beszüremkedés van, a corneában régi és újonnan képződött erek nyomai láthatók és a legerélyesebb Hg-kúrára is alig akar javulni. A beesett orr, a rossz, hiányos fogazat, az anamnesisben számos abortus eléggé felderitik az aetiologiát.

3. 15 éves leánynak két hét óta fájnak a szemei; jobb szemén a keratitis parench. typusos lefolyást mutat, a homályosodás már a cornea közepére szorul, az edényződés is megindult, de a bal szemen a cornea belső-felső felének mélyebb rétegei között lencsenagyságban genyes beszüremkedés van, sőt hypopion is látható. Érdekes, hogy a szarúhártya teljesen fénylő, az epithel egyáltalában nincs bántalmazva, a cornea felülete olyan, mintha teljesen egészséges volna. A beteg fogai épek, orra rendes állású; négy testvére csecsemő korában meghalt.

A keratitis parenchymatosa gyógykezelése sablónos; meleg borogatás, atropin és Hg-kúra, újabban a dionin-port kiváló sikerrel lehet alkalmazni, mert a dionin behintése által létrejött reactio sietteti az izzadmány felszivódását, elősegiti új erek képződését, mindkét körülmény kedvező befolyással bir a gyógyulásra.

Goldzieher Vilmos: Arlt azt tanitotta, hogy a keratitis parenchymatosának lues vagy tuberculosis az oka. Bizonyos morphologikus különbségeket is állitottak fel a kettő között, de ezek később elmosódtak. A nagy városokban praktizálók inkább a lueses eredetet tartják túlnyomónak, a kis városokban praktizálók a tbc.-s alapon keletkezettet. Rendesen lues congenita tarda az ok. Szóló hajlandó most a tuberculosisnak is oki jelentőséget tulajdonítani. Egy ilyen esetben Michel ajánlatára tuberculint próbált meg, mely javitott is a helyzeten. A keratitis parenchymatosából a cornea teljesen kigyógyulhat, de visszamarad gyenge tükörrel áteső fényben jól látható finom érhálózat, mely a lefolyt betegségre jellemző. Szóló ezt észlelte és congenitális eredetűnek tartotta, mint ilyent közölte is, de Hirschberg kimutatta, hogy ez a keratitis parenchymatosa maradványa.

Mohr Mihály: Elismeri a luesnek oki jelentőségét az esetek túlnyomó számában, de concedálja a tbc.-s eredetet is. E mellett szól a kenőkúra sikertelen és a tuberculin-reactio positiv volta. Egy ilyen gümősnek tartott esetben mindent megpróbált siker nélkül. Végre a Römer-féle jequiritolt is, de ezt sem sok sikerrel.

(Folyt. következik.)

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(II. rendes ülés 1906. január 25.-én.)

Elnök: **Haberern J. Pál.** Jegyző: **Winternitz M. Arnold.**

(Vége.)

Közvetlen a születés után sikerrel operált csecsemőfejnyi encephalocele esete.

Rosenák Miksa: A néhány órás csecsemő nyakszirtje táján egy majdnem az újszülött feje nagyságát elérő, hajzatos, elvékonyodott bőrrel fedett daganat foglal helyet, mely 8 cm.-nyi kocsányon lóg. A bőr ötkoronás területen a repedésig elvékonyodott. A daganat puha, rugalmas hullámzást mutat, összenyomással valamennyire kisebbithető, a gyermek sirásakor kissé nagyobbodni látszik. Mindezek alapján kétségtelen volt, hogy a koponyaürrel communikáló daganattal van dolgunk, másrészt a bőrnekrosis kezdete kétségtelenné tette, hogy a gyermek csakis rögtön végzendő műtéttel menthető meg. A műtét technikájáról nem sok mondani valója van. A gondos asepsisen kivül két körülményre kellett különösen figyelemmel lenni. Az egyik arra irányult, hogy a csecsemő a műtét alatt le ne hűljön, a miért is műtét előtt a gyermeket vastag vattarétegbe teljesen beburkolta, a másik szempont, hogy lehető gyorsasággal, vérzés nélkül történjék a műtét.

A bőrmetszést úgy vezette, hogy harántirányú két lebenyt, felsőt és alsót képzett, a bőrlebenyt — mint amputationál szokásos — kissé lepraeparálta, a daganat kocsányát klammerrel papirvékonyságra összezúzta, külön átöltő selyemfonállal lekötötte s felette a bőrt néhány csomós silk-öltéssel egyesitette. A daganat szövettani vizsgálata kétségtelenné teszi, hogy encephalecele esete forog fenn.

Jelenleg a gyermek öt hónapos, jól fejlett, úgy felső, mint alsó végtagjait minden irányban mozgatja, csak a fej mutat hydrocephal-typust. A kis kutacs helyén a harántirányú heg felett két ujjhegyet befogadó diastasis van.

Hűdési tünetek nem észlelhetők, a csecsemő elég élénk; hogy mennyiben fog a szellemi functiók terén fejlődni, vagy visszamaradni, az a jövő titka. Heineke statistikája, mely szerint az ilyen esetek túlnyomó többségében idiotaság fejlődik, nem nagyon kedvező kilátást nyujt.

Winternitz Arnold: A meningo-encephalocelevel született és műtett gyermekek sorsa elég szomorú. Majdnem kivétel nélkül idült hydrocephalus fejlődik. A bemutatott gyermek feje is nagyobb már a rendesnél, a mennyiben a faldudorok jobban kiboltosulnak és az orbita teteje sülyedni kezd. A hydrocephalus kifejlődésének ellensúlyozása czéljából lumbal-punctiók végzését ajánlja.

A duodenumnak férfifejnyi myomájáról.

Hültl Hümér: A 72 éves nőbeteg jelen bajáig mindig egészséges volt. Néhány év óta veszi észre, hogy hasa növekszik, nehezen tud lehajolni. Két hét előtt hányt, széke csak két napi gyógykezelésre volt. Orvosa akkor az alább leirt daganatot állapitotta meg hasában. A jól fejlett nőbeteg hasa hordóalakú, feszes. A mesogastriumot férfifejnyi, igen kemény, élesen elhatárolt, sima felszinű, minden irányban kissé mozgatható daganat boltositja elő. A daganat jobb oldalon a csipőtányérba ér le. A vaginális vizsgálat azt mutatja, hogy a daganat a genitaliákkal nem függ össze. Műtét 1905. szeptember 5.-én, chloroform-narcosisban. Metszés a középvonalban, a processus xiphoideustól a symphysisig. A mesocolon ascendens és transversum két lemeze között van a tumor, alapjával a gerinczoszlophoz, illetve a duodenumhoz rögzítve. A mesocolon ascendens belső lemezének felhasitása után a daganat kifejtése aránylag könnyen sikerül, csak a hasnyálmirigyből van nagyobb, nehezen csillapitható vérzés. A duodenum mellső faláról a daganatot késsel kell lemetszeni, a mi a nyálkahártya megsértése nélkül sikerül. A mesocolon sebének egyesitése után hasfalreconstructio. A beteg a műtét után két nappal szivhűdésben meghalt. A boncziegyzőkönyvnek fontosabb adatai ezek: „Arteriosclerosis univ. majoris gradus et petrificatio arteriarum medicor. gradus, art. coronarium cordis quoque. Atrophia brunea et fragmentatio myocardii. Laparotomia; exstirpatio fibromyomatis magnit. capitis virilis e duodeno orti. A mesocolon ascendensben szücs-varrattal egyesitett 15 cm. hosszú seb, melynek szélei még nem tapadtak össze. A sebüreg felső részében a duodenum alsó szárának mellső falán a körkörös izomréteg le van csupaszitva. A hasnyálmirigy fején véralvadékok közt több éralákötés, a sorvadt mirigyállomány lebenykéi közötti zsirszövetben több felületes, köles-, kendermagnyi, fehéres, nekrotikus részlet. Adipositas majoris gradus."

A bemutatott készitmény az eddig közölt duodenum-myomák közül nagysága által tünik ki. A bél subserosus myomái közé tartozik Steiner összeállitása szerint 11 ilyen subserosus bélmyoma; valamennyi a bél hosszanti izomzatából indult ki. A mikroskopi vizsgálatot Feldmann dr. volt szives megejteni, eredménye a typusos bélmyoma képétől miben sem tér el.

A collodium-kötésről.

Hültl Hümér. Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

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

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

1. **Lukács Hugó**: „**Enkephalopathia infantilis epileptica**“ esetet mutat be. Sz. E., 26 éves. Nagybátyja elmebeteg. Szülés normális. 6 éves koráig jól fejlett. Ekkor eklampsiával járó lázas betegségben szenvedett. Utána vették észre, hogy jobb testfele hűdött. Jobb karjában később athetosis támadt. Azóta epileptikus görcsökben szenved. Szelleme fokozatosan megváltozott. Imbecillis. Állhatatlan, altruistikus érzelmei nem fejlődtek. 3—4 év óta időnként zavart, nyugtalan, maniakális, hallucinál, fecsegő, erotikus.

Terheltségi jelek: nyúlajk, tág, egyenlőtlen orrlikak, plagiokephalia, asymmetricus arcz. A jobb testfél atrophiás. A jobboldali végtagok 2—3 cm.-rel vékonyabbak, mint az ellenoldaliak. Durva erejük nagy mértékben csökkent. Cyanoticusak. Spastikus reflexek ezen oldalon. Vérnyomás ezen a testfélen felényi, mint a balon. Jobb kézen és lábon intentiós tremor.

Tehát 3 tünetcsoporttal állunk szemben: motilászavar, imbecillitás és epilepsia. Mind e tünet mint önálló betegség is előfordul. De az ehhez hasonló, klinikailag typikus gyakori megbetegedésre e 3 tünetcsoport együttes megjelenése jellemző. E megbetegedésnek egységes elnevezése nincsen. Oka ennek, hogy a háromféle zavar foka, kiterjedése, sőt qualitása igen sokféle lehet.

A motilitás zavarai: hemiplegia különböző fokai, contractura, atrophiák, hemichorea, athetosis, tremor. Ezek együttesen vannak meg, vagy külön-külön, ideiglenesen vagy állandóan.

Az agyi idegek zavarai vagy atrophiák vagy paresisek alakjában jelentkeznek. (Veleszületett vagy szerzett degeneratiós jelek.)

Az imbecillitás foka nagyon különböző az idiotismusig. A jellemre jellemző, ha a baj szerzett, a teljes változás, a moralis insanitás. Sok az epileptikus vonás (poriomania, impulsivitás)

Az epilepsia foka és megjelenési módja is különböző. Jacksonvagy teljes rohamok. A jellemet is befolyásolja.

Épen ennyire változó a kórboncztani kép is: porenkephalia, sklerosis, cysták, de a mi lényegesebb, hypo- és aplasiák.

A kórtani lényeg: egy a fejlődő idegrendszert ért bármely laesio (infectio, trauma, intoxicatio), mely a fejlődést gátolja.

Ezen betegség elnevezésére az enkephalopathia infantilis elnevezést ajánlom.

Gyakori e betegeknél, hogy a fanosodás idejében maniakális izgalmakkal, paranoid téveszmékkel psychosisok támadnak, melyeket Ziehen az imbecillitás hebephreniás módosulásának nevez.

Purjesz tanár inkább hypoplasiának, mint atrophiának látja az izmokon észlelhető változást.

2. **Jancsó Miklós** dr.: „**Situs transversus viscerum**“ esetet mutat be.

Ákontz Károly dr. felemliti, hogy a szülészeti klinikán ő is észlelt egy gyermeknél situs transversust.

3. **Buday Kálmán** tanár bemutatásai:

I. Echinococcus multilocularis a májban.

Az echinococcus multitocularis tudvalevőleg az által különbözik a nálunk rendszerint előforduló echinococcustól, hogy a kicsiny hólyagok nem egy nagyobb tömlő belsejében vannak, hanem egymástól függetlenül valamelyes kötőszövetes vázuak hézagaiban, s a többnyire igen kicsiny tömlőcskék kocsonyaszerűen áttetszők, miáltal az egész kép feltünően hasonlit a kocsonyás rákhoz. Nálunk, a mennyire tudom, az echinoc. multilocularis igen ritka, irodalmi közlést csak egyet ismerek, a melyet Scheuthauer tanár tett egy Budapesten bonczolásra került esetről. Mi egy 33 éves, kolozsborsai oláh asszonynál constatálhattuk az echinococcus multilocularist. A nő 4 hónap óta szenved sárgaságban, hasa puffadt, hőmérséke csak kevéssel, néhány tizedfokkal emelkedett, az utolsó napokban azonban 40° fölé szökött a gáttájon keletkezett gangraenás gyuladás következtében. Bonczoláskor igen erős icterus, gömbszerűen puffadt has mellett a máj tenyérnyivel a bordaív alá nyúlik, zöldes barna, jobb lebenyének rekeszi felületén kis gyermekfenyi, 10 cm. átmérőjű gömbölyded daganat emelkedik ki, mely szálagosan a rekeszhez nőtt. Első pillanatra ráknak gondoltuk, de már kivülről feltünt, hogy a míg általában igen tömött, porczszerű, egyes helyei lágyak, hullámzók. Bemetszéskor csakugyan sok epés folyadék ürült, narancs-sárga fövénynyel keverve, a daganat belsejében lévő, szabálytalan, czafatos szétesö falazatú barlangból. Az üreget 2—3 cm. szélességben igen tömött daganatszerű állomány veszi körül, a mely kénsárga reczézetből s ennek hézagaiban fekvő 1·3 mm. átmérőjű nyúlós, colloidos cseppekből áll. A környező ép májállományban egyes elszórt kocsonyás tömlőcskék látszanak. A májkapuban ezen daganattól teljesen függetlenül, de egyébként ahhoz hasonló szerkezetű kisebb, alig diónyi, göröngyös felületű csomó van, a mely a máj- és az epevezetéket körülveszi, illetőleg megtöri. Már ez a boncztani kép is echinococcus multilocularis mellett szólt s ezt a feltevést a górcsői vizsgálat is igazolta, a mennyiben egyes tömlőkben jellegzetes echinococcus-skolexek találtattak horogkoszorúval, másokat az erősen redőzött chitinburokról lehetett felismerni, a melynek keskeny szalagjai a központi üregecskével a kocsonyás rák szokott képétől már fagyasztott metszetekben is merőben különböztek. A chitingombolyagok körül sok óriássejt volt, a melyet echinococcus multilocularisnál, mint a szervezet erősebb reactiójának jelét, mások is kiemelnek. A kocsonyás anyaggal egy kutyát megetettünk, de 3 hónap mulva, a mikor leöltük, taenia echinococcust nem találtunk benne.

II. A májvenák elzáródása cirrhosis hepatis tüneteivel.

Chiari 1899-ben felhivta a figyelmet arra, hogy a májvenák eldugulása elsődlegesen is támadhat, és pedig különösen a vena cava inferiorhoz közel eső legvastagabb törzsek szűkülnek meg gyuladás folytán, a mely a hozzá csatlakozó thrombosis következtében teljes elzáródásra vezethet. Ő 3 esetben észlelte ezt a kóralakot, a mely a nagyfokú hasvizkór miatt cirrhosis hepatis gyanuját kelti, de a bonczoláskor magában a májban csak erős vérpangás képe látszik. Ezen betegség egy jellegzetes esetét láttuk 2½ éves fiúnál, a ki állítólag nem régóta volt beteg, előbb hasa, majd alsó végtagjai megdagadtak. Felvételekor úgy a hasvizkór, mint az anasarca igen nagyfokú volt, s minthogy szív-, vese- és tüdőbaj jelei hiányoztak, májcirrhosisra kellett gyanakodni. A fenyegető tüdővizenyő miatt hascsapolás történt, mindazáltal a gyermek már másnap meghalt. A bonczoláskor csakugyan a szivben, tüdőben és vesében semmi olyat nem találtunk, a mi az erős vizenyőt megmagyarázta volna, de a máj sem mutatta a szokott cirrhosis képét, a mennyiben a máj elég nagy, nem szemcsézett, csak némi homályos egyenetlenség látszott a felületén, s már kivülről is nagyfokú vérpangás tünt fel szabálytalan szerecsendiórajzolattal. A metszéslapon is hiányzik a cirrhosisra jellemző szemcsézettség, kötőszöveti váz, ellenben mindenütt a vérpangás képe és pedig igen változó fokban, nevezetesen foltonként sötét kékesvörös besüppedő helyek voltak az atrophia cyanotica képével. A vena portae teljesen ép. Ezek az elváltozások a májvenákra hivták fel figyelmünket, s csakugyan azok tüzetesebb megtekintésekor kiderült, hogy a nagyobb törzsek többé-kevésbé meg vannak szűkítve, illetve teljesen eldugaszolva sarjadzásszerű szövet által; a teljes átjárhatatlanság többnyire az által keletkezett, hogy a frissebb vagy régibb, részben már barnás thrombusok a megvastagodott, illetőleg megszűkített erek belvilágát teljesen elzárták. Egyes eldugaszolt venák benyilása helyén a vena cava inf.-ba tölcsérszerű heges behúzódás látszik. Górcső alatt ezen venák fala sejtdús kötőszövet által nagy fokban megvastagított, a burjánzás főkép az intimát illeti, de a vérér körüli májszövetbe is sugarasan beterjed. A mint látjuk, ez az eset teljesen a Chiari-kórkép jellegével bir s talán némileg megerősíti Chiari azon gyanuját, hogy ez a betegség syphilises alapon keletkezik, a mennyiben 2½ éves gyermeknél ilyen önálló vérér-gyuladás, a melynek hasonlatossága a pylephlebitis adhaesiva syphiliticához szembeszökő, nagy valószinüséggel syphilisre vezethető vissza.

III. Két elsődleges rák együttes előfordulása.

Az úgynevezett többszörös rákok közt, a melyeknél két elsődleges rák egymástól függetlenül jött létre egyugyanazon betegnél, azon eseteket tartják morphologiai szempontból a legbizonyitóbbaknak, a melyeknél a két elsődleges rák nemcsak két külön szervben jön létre, és pedig olyan körülmények között, hogy egyik a másikból sem metastasis, sem beoltás által nem keletkezhetett, hanem a melyeknél egyúttal a két különböző szerv rákja szöveti szerkezet tekintetében is lényegesen eltér. Ezen aránylag nem nagy számmal észlelt esetek közé tartozik a következő: Egy 64 éves férfi 3½ év előtt a szemészeti klinikára vétette fel magát a bal cornea szélén fejlődött borsónagyságú szemölcsös daganattal, a mely fehéres bőrszerű külseje miatt első tekintetre dermoid gyanuját keltette. A kiirtás a cornea lehető kimélésével történt; a megejtett szövettani vizsgálatkor a vastag hámból a mélybe nyúló csapok, illetőleg elszigetelt hámfészkek is találtattak, elszarúsodott hámgyöngyökkel, sok magoszlással, s ennek alapján a diagnosis szemölcsös rákra tétetett. 1903. februárban kiújulással jelentkezett megint a klinikán, a hol a daganat az előbbi módon ujból eltávolittatott. 1905. augusztusban harmadik felvételkor már a bulbust a cornea területéből kiálló rákos tömeg miatt enucleálni kellett, s mivel az orbita csontos falára is átterjedt a daganat, a sebészetre tétetett át, a hol exenteratio orbitae végeztetett a gyanus részek levésésével. A beteg, a ki az utóbbi időben erősen legyengült, a műtét utáni nap kezdődő tüdőgyuladásban elhalt. A halál előtti napon véres hányás jelentkezett nála. A bonczolás alkalmával a gyomor nagy görbületén körülbelül annak középső harmadában egy kis tenyérnyi területen a gyomorfal egész 1 cm.-re megvastagodott, tömött, majdnem porczszerű, kivül a hashártyán apró fehér göbök vannak s a cseplesz sugarasan odafüzött. Felmetszve ezen megvastagodott terület közepén egy sekély tányérszerű fekély van elmosódott szélekkel, hasonlóképen igen elmosódottak, inkább csak tapinthatók, mintsem élesen elhatároltak a megvastagodás szélei is. Daczára annak, hogy sem a nyirokmirigyekben, sem egyéb szervekben metastasis nem volt, a gyomor ezen elváltozását már a boncztani képből is rostos ráknak kellett tartani annál is inkább, mert annak területében a gyomorfalrétegeket fehéres hegszerű szövet igen erősen egymáshoz fűzte, s a muscularisban is a scirrhusra jellemző fehéres hálózat látszott. A szöveti vizsgálatkor csakugyan a gyomorfal összes rétegei, nevezetesen az izomréteg és a serosa is telve voltak kicsiny rákfészkekkel, a melyek a lazább helyeken hengerhámsejtekből álló csöves mirigyhez hasonló csoportokat alkottak, a központilag elhelyezett kicsiny lumenben néhol colloidszerű dugaszszal. Ez a kép tehát az adenocarcinoma fibrosum szövettani kórisméjét nyujtotta, a miből a cornea és a gyomor rákja között a szerkezeti különbség nyilvánvaló.

(Folyt. következik.)

Szegedi Orvosegyesület.

(1906. márczius 14.-én tartott szakülés.)

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

1. *Berger* dr. bemutat egy 14 éves fiut, a kinél mult év deczemberében tonsillitis follicularis confluenst észlelt s az enyhe lefolyás miatt diphtheriára gyanúja nem volt. Hat héttel a fertőzés után alkalmazkodási hüdés, garat-paresis s az alsó végtagok ataxiája jelentkezett. A hűdéses tünetek strychnin-befecskendezések és farado-massage után jelentékenyen javultak, különösen a szemen és a garaton. Kérdés, hogy a seruminjectió alkalmazásával esetleg elkerülhetők lettek volna-e az utóbajok. Mindenesetre esete is igazolja azoknak nézetét, a kik a klinikai diagnosissal meg nem elégedve, a legenyhébb esetekben is bakteriologiai vizsgálatot követelnek.

Kovács és *Falta* dr.-ok hozzászólásaikban a strychnin-injectiók hasznát problematikusnak mondják.

2. *Wolf Ferencz* dr. egy méhsarkomának (nyálkahártya-sarkoma góczos formája) bemutatása kapcsán rövid histologiai értekezést tart és a méhsarkomák górcsövi készitményeinek egész sorát demonstrálja. Esete 64 éves multiparára vonatkozik, a kinél 9 hónap előtt alhasi és derékfájdalmak támadtak, 6 hónap óta erős vérzései vannak, négy hét előtt bűzös folyás jelentkezett.

Jelenállapot: Régi, mély gátrepedés, a hüvelyből bűzös, czafatos folyás, a kissé megnagyobbodott, tömöttebb méh anteflexioban és retropositioban, teljesen szabad környezettel, a nyakcsatorna két ujjal átjárható, a belső méhszáj táján jó diónyi daganat tapintható, a mely kocsányosan függ össze a méhfenék hátulsó falával. A méh nyálkahártyáján, a mennyire a tapintás engedi, elváltozás nem észlelhető. Mikroskopi vizsgálat: sarkoma makroglobulocellulare kiterjedt elhalásokkal.

3. *Klein* dr. a szegedi bábaképezdében lefolyt szülési esetről referál, a melyben a magzat feje a szülőnő lakásán spontan megszületett, minthogy azonban a szülés egy órai várakozás után nem haladt előre, a bába orvost hivatott, a ki extractiót kisérelt meg, miközben a magzat feje leszakadt és igy hozatott a nő az intézetbe. Vizsgálatkor a hüvelyben a visszamaradt nyakcsonk, a két felső végtag, a köldökzsinór és a vállak tapinthatók, a vizsgálóujj a symphysis fölé jutva a törzset tölcsérszerűen kitágítottnak találta. Hydrothoraxot és ascitest véve fel, a törzset a jobb hypochondriumon keresztül Naegele-féle ollóval perforálták, mire öt liter folyadék ürült és az igy megcsappant törzs könnyen volt kihúzható. A 44 cm. hosszú leánymagzatot *Hollós József* dr. boncolta, a midőn kitünt, hogy a nemi rész teljesen elzáródott és a szülési akadályt a rendkivül módon kitágult húgyhólyag képezte.

4. *Hollós József* dr. bemutatja az újszülött kórboncztani leletét. Úgy az urogenitális rendszernek, mint pedig a bélesatorna végbéli részének teljes atresiája van jelen, s a vizelettel telt, egészen a könyökig érő húgyhólyag imponált a szülés alkalmával hasvizkórnak.

5. *Hollós József* dr. congenitális luesben szenvedő csecsemőnél keletkezett májszemcsésedést mutat be, valamint az ugyanezen csecsemő koponyatetőjén fejlődött gummát. Az esetet in vivo *Turcsányi* dr., az állami gyermekmenhely igazgatója figyelte meg és diagnostizálta.

6. *Hollós József* dr. „Az orvos és az alkohol" czimű értekezésében rámutat a therapiában általában uralkodó téves felfogásra, a mely az alkoholnak oly nagy tért biztosit, s előadásában utal azon körülményre, hogy a szesz tulajdonképen csak bódító szer, s ott, a hol mint roboranst és excitanst alkalmazzák, hatékonyabban pótolható más gyógyszerek által. Az orvostól követeli elsősorban, hogy az alkoholellenes mozgalomból kivegye részét s igen fontosnak tartja ezen szempontból a szeszes italok teljes mellőzését a gyógykezelésben.

Hodoly dr. főtörzsorvos nem osztja *Hollós* nézetét, mert pl. a tokaji bornak, mint gyógyszernek, főleg a typhus-reconvalescentiában kitünő hatását tapasztalta.

Faragó dr. utal a szesznek bakteriumellenes tulajdonságára.

Kovács és *Turcsányi* dr.-ok szintén sok esetben mellőzhetetlennek tartják az alkoholnak mint gyógyszernek adagolását.

Elnök az idő előrehaladottságára való tekintettel a vitát a legközelebbi szakülésre halasztja.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Szívvarrat esetét ismertette *Quénu* a párisi „Société de chirurgie" egyik utóbbi ülésén. A 19 éves nőbetegen a bal második bordaközben behatolt kés megsértette a bal szívgyomrot. 2½ óra mulva került műtétre, a mikor érlökése már alig volt tapintható. Nagy mellkasi sebet készitettek s azután megnyitották a szívburkot, mire nagyon nagy mennyiségű sötét vér ömlött. A szív sebét két öltéssel egyesitették, majd a szívburkot és a mellkas sebét zárták egy kis nyilás kivételével, a melybe néhány perczre kis draincsövet tettek és ezen Potain-készülékkel kiszivták a levegőt; ezután ezt a kis nyilást is öltéssel elzárták. Az illető 13 nap után hagyta el a kórházat. (La semaine médicale, 1906. 13. sz.)

A nyelv idiopathiás heveny vizenyőjének két esetét észlelte *Galliard*. A baj mindkét esetben fiatal, 25 éves egyéneken támadt, kiknek egyike tüdőgümőkóros volt. A nyelv hőmérsékemelkedés kiséretében rendkivül megduzzadt, úgy hogy suffocatio tünetei jelentkeztek. Az egyik betegen a baj egy év mulva ismétlődött. A kezelés a nyelvfék két oldalán végzett scarificatiókból állott, mire néhány nap alatt gyógyulás következett be. (La semaine médicale, 1906. 13. szám.)

PÁLYÁZATOK.

4384/1905. kig. szám.

Csik vármegyében, a gyergyószentmiklósi járásban, Gyergyóremete, Várhegy és Salamás községekből alakult egészségügyi körben a **körorvosi állásra Gyergyóremete** székhellyel pályázatot hirdetek és felhivom mindazon orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy törvényes képesitésüket, valamint eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati folyamodványaikat hozzám **f. évi április hó 30.-ig** nyujtsák be.

A körorvos évi fizetése a látogatási dijak váltságával együtt 2336 kor., lakbére 200 korona, fuvarváltsága évi 104 korona, összes javadalma tehát 2640 korona.

Kézi gyógytár tarthatásának engedélyezése szokásos.

Gyergyószentmiklós, 1906. évi április hó 5.-én.

2—2 *Szász Lajos*, főszolgabiró.

1074/906.

A szegedi állami gyermekmenhelynél az 1200 korona fizetés, I. osztályú élelmezés, egy szobából álló lakás, fütés és világitással javadalmazott **másodorvosi állás** megüresedvén, felhivom a pályázni kivánókat, hogy a kellőképen felszerelt pályázati kérvényüket a belügyminister úrhoz czimezve, legkésőbb **f. é. május hó 1-ig** a szegedi állami gyermekmenhely igazgató-főorvosánál nyujtsák be.

Szeged, 1906. április hó 3. án.

Turcsányi Imre dr., igazgató-főorvos.

A nagyváradi izraelita szent egylet nyilvános jellegü kórházában egy **segédorvosi állásra** pályázat hirdettetik. Évi fizetés 1000 korona, I. osztályú teljes ellátás, lakás, fütés és világitás. Pályázók felhivatnak, hogy kérvényeiket **f. é. április hó 30.-ig** Weisz Márton dr. igazgató-főorvoshoz nyujtsák be.

Nagyvárad, 1906. évi április hó 12.-én.

Az előljáróság.

329/906. szám.

Az elhalálozás folytán megüresedett **németi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: 1600 korona évi fizetés és községenként 12 koronában megállapitott fuvardijváltság. A körorvos kézi gyógytár tarthatására igényjogosult.

A körorvos 45 községből álló körorvosi körközségeit negyedévenként beutazni, a szegényeket ingyen gyógykezelni, a himlőoltást végezni és a vármegyei szabályrendeletekben előirt közegészségügyi teendőket teljesiteni tartozik.

Felhivom a pályázni kivánókat, hogy kellően felszerelt pályázati kérvényeiket alulirotthoz **f. évi május hó 31.-ig** nyujtsák be.

Korpona, 1906. évi április hó 13.-án.

Halmay, 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.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

Egy kies fekvésü, berendezett, jó hirnevü

vizgyógyintézet 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 eltűnt 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.

„GUAJATIN JENCS“

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

Tuberculosisnál, valamint a tüdőbetegségeknél rendkivül jó hatású szer.

Ára 2 korona 50 fillér.

Készítője: JENCS VILMOS gyógyszerész,
Budapest, II., Széna-tér 1. szám.

„Bayer“ **CONTRATUSSIN** „Bayer“

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a
VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR
Budapest, VI., Andrássy-út 84.
Minden gyógyszertárban kapható.
Kivánatra próbaküldeményt kisérletezésre díjmentesen.

Téli kúra tüdőbetegek részére

Sanatorium Wienerwald.

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

Egész éven át nyitva. — Prospektus kivánatra.

Dr. Arthur Baer. Dr. Hugo Kraus.

Kissingen

elősegíti az anyagcserét.

Rákóczy Maxbrunnen világhirű, gyomor- és bélzavarok, elhájasodás stb. ellen. a légzőszervek hurutjai ellen, vese-, hólyag- és epekövek, köszvény ellen. — **Alacsony ára miatt mint asztali víz a legszélesebb körök is használhatják**, továbbá kapható: **kissingeni keserűvíz, kissingeni fürdősó, bocklet aczélforrás.**

Az orvos uraknak mintákat ingyen küldünk, a további szükséglet pedig mérsékelt árak mellett.

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.**

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 szivesen szolgál a kezelőség. Prospektusok díjmentesen.

VIZGYÓGYINTÉZET

VÖSLAU-GAINFARN.

Déli vasúttal 1 órányira Bécstől. Egész éven át nyitva.

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

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.

Málnási Mária-forrás

Természetes alkalikus — sós savanyúvíz —

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

Budapesti főraktár: **Edeskuty L.**

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

Kapható mindenütt.

Kútkezelőség: Brassó.

Klinikusok és gyakorló orvosok előszeretettel rendelik a

Tabl. Ferri Protox. Dr. Deér

sine et c. arseno

készítményt a **szegénynyvérűség, sápadtság, étvágytalanság** és **általános gyengeség eseteiben.** A készítmény **szerencsés összeállítása,** kényelmes alakja és technikai tökéletessége biztositják sikeres alkalmazását. Ára **2** korona. Kapható a gyógyszertárakban.

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

NESTLÉ

az egészséges **gyermeklisztje**

és a beteg gyermek, a gyomorbajosok régóta bevált tápláléka.

Megóv a hányástól, hasmenéstől, bélhurouttól és elháritja ezeket.

A gyermekápolásról ismertető füzetet ingyen küld: **NESTLÉ**

Wien I., Biberstrasse 11.

Rohitsch-Sauerbrunn

Stájerország.

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, égés- és légcsőhurutok ellen. Leghatásosabb gyógyforrások, hasonlók Karlsbad és Marienbad forrásaihoz. 1906: Új szálloda megnyitása diaetetikus vendéglővel és új ivóvízvezetékkel kitünő édesvízzel.

Szag és íz nélküli a

Zoltán-féle Csukamájolaj

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

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

Készitője:

ZOLTÁN BÉLA gyógyszerész,

Budapest, V., Szabadság-tér.

Kapható az ország összes gyógyszertáraiban üvegenként 2 koronáért.

Az 1900-iki párisi világkiállításon kitüntetést nyert!

Csak „SICULIA“ névvel ellátott üvegek valódiak.

A Málnási „SICULIA” forrásvíz

a sós savanyúvizek királya.

Sziklarétegeken átfúrt artézi forrás.

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

a málnási „SICULIA“-forrást

a kontinens legdúsabb természetes alkalikus, sós savanyúvizének minősítik.

Magyarországi főraktár:

BRÁZAY KÁLMÁN BUDAPEST, József-körút 37.

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

BAD HALL

Felső-Ausztria.

Legrégibb elsőrangú jodsófürdő.

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

Fényüzéssel berendezett fürdők és **legmodernebb gyógyeszközök. Massage, hidegvízkúra, villamos fény-** és **kétrekeszes fürdők. Legújabb rendszerű inhalatorium. Remek fekvés az Alpesekben, kiterjedt park, szinház, parkzene, hangversenyek, bäli mulatságok.** Elegáns szállodák és privátlakások. Pensiók fe'nőttek és gyermekek részére.

A Kremstha'bahn és Steyrth.albahn állomása. Pécstől via Steyr vagy Linz (közvetlen kocsi) 6 óra alatt, Passau és Salzburgtól via Wels-Unterrohr 3½ óra alatt elérhető. Értesí éseket és prospectusokat küld

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

MERAN, SANATORIUM HUNGARIA.

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

Vezető orvos: **Dr. Gara Géza.**

I. pharmazeutische Produktiv-Genossenschaft r. G. m. b. H. **WIEN XVII/3, Hernalser Hauptstrasse 130.** Raktár: IX., Garnisongasse Nr. 1. Sürgönyczim: 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.

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.

A világ legjobb keserüvize. **Páratlan a maga nemében.**

Saxlehner András, Budapest

cs. és kir. udvari szállító.

Hunyadi János

természetes keserűvíz.

Gyors, biztos és enyhe hatás. A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer.

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

A bevásárlásnál kéretik a palaczk czímképén a Saxlehner András nevet figyelembe venni.

Az orvos urak által melegen ajánlva:

GRADO

Pension Wiener Kinderheim

a tengerpart és tengeri fürdők mellett, kerttel és terrasseval; **kiséret nélküli gyermekek** is elfogadtatnak a leggondosabb ápolás mellett. **Bécsi konyha**; mérsékelt árak.

Értesítést ad: Frau **Adele Sadger, Wien, XIX., Lannerstrasse 20**; Frau **Anna Jurecsek, Wien, III., Marokkanergasse 10.**

Prospektus ingyen. Prospektus ingyen.

Elsőrangu magyar vasspecialitás.

KRIEGNER „MAGYAR KORONA“ GYÓGYSZERTÁR, BUDAPEST, VIII., KÁLVIN-TÉR.

LEGMAGASABB VAS és CHININ TARTALMA ÉS A TOKAJI BOR ELSŐRENDÜ MINŐSÉGE FOLYTÁN SZÁMOS ORVOSTANÁR RENDELI ÓVAKODJÉK A SILÁNY, BÁR HANGZATOSABB REKLAMMAL HIRDETETT UTÁNZATOKTÓL.

TOKAJI CHINA VASBOR

KAPHATÓ 3.20 ÉS 6. KORONÁS ÜVEGEKBEN.

Ötvenedik évfolyam. 17. szám. *Budapest, 1906. április 29.*

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.

Pesthy István: Közlemény a székesfővárosi szt. István-kórház VI. orvosi osztályáról. (Főorvos: Hirschler Ágost dr. egyet. rk. tanár.) A gyomor zsírhasító képességéről. 485. lap.

Sugár K. Márton: A füleredetű agyhártyalob operativ kezelésének kérdéséhez. 489. lap.

Pólya Jenő Sándor: Az epekövek kórtanának mai állása és az epekőbetegség sebészi kezelésének javalatai. 491. lap.

Tárcza. Günther József: Egészségügyi szolgálat az óczeánon. 493. lap.

Összefoglaló szemle: Steiner Pál: Újabb adatok a lumbalis analgesiához. 494. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Marikovszky György:* Markusovszky Lajos válogatott munkái. — *Prof. H. Eichhorst:* Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Dixon:* A belső vérzések kezelése gyógyszerekkel. — *Belorvostan. Ewald:* A vérről és a vérzésekről az emésztőszervek megbetegedéseiben. — *Venereás bántalmak. Metschnikoff:* A syphilis prophylaxisa. — *Kollmann:* Utasítás heveny kankóban azenvedők részére. — *C. Bruhns:* Veleszületett syphilis eseteiben aorta-elváltozások. — *Húgyszervi betegségek. Wasserthal:* Pollakiuria. — *Max Hirsch:* Az epidurális injectiók hatása. — *F. Bodländer:* A húgyszervek mentén keletkező idiopathikus colibacillosis. — *Rochet:* A húgycsővarrat. — *O. Herrmann:* Kankós eredetű erythema nodosum. — *Idegkórtan. Long* és *Kramer:* A későnjövő tabes. — *Babinski:* A pupilla-fényreactio vizsgálata. — *Közegészségtan.* Az italok hűsítésére szolgáló jég hygienés ellenőrzése. — Sikeres küzdelem a malaria ellen a római Campagná-ban. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Levy:* A bornyavalról. — *Boettcher:* A guderin. — *Ulrici:* A styracol. — *Lange:* Az enuresis aetiologiája. — *Krausz:* Az olaj gyomorfekély eseteiben. 496—499. lap.

Magyar orvosi irodalom. Budapesti orvosi ujság. — Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. 499. lap.

Vegyes hirek. Kinevezés. — Az Országos Közegészségügyi Egyesület. — A Budapesti kir. Orvosegyesület. — Pályázat. — Nemzetközi orvosi congressus Budapesten. — Elhunytak. — Kisebb hirek külföldről. — Mennyit adnak ki Németországban alkoholra? — A labdarugás közben előforduló sérülések gyakorisága. — Életmentés a szív nyomkodása útján. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Királyi Magyar Természettudományi Társulat élettani szakosztálya. 501. lap. — Budapesti kir. Orvosegyesület — Közkórházi orvostársulat. 503. lap. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 504. lap.

Melléklet. G. Hell & Co., Troppau-Wien prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a székesfővárosi szt. István-kórház VI. orvosi osztályáról. (Főorvos: Hirschler Ágost dr. egyet. rk. tanár.)

A gyomor zsírhasító képességéről.

Irta: *Pesthy István* dr., karlsbadi fürdőorvos.

Már régóta foglalkoztatja kutatóinkat a zsíremésztés kérdése s hamar feltünt az epe rendkivül nagy fontossága ezen physiologiai folyamatban. Pflüger törvénye, hogy minden zsírnak, mielőtt felszivódnék, hasadnia kell zsírsavra és glycerinre, csak jóval később került a köztudatba; addig az volt az általános vélemény, hogy a táplálékunkkal bevitt zsírból az epe emulsiót alkot s mint emulsio szivódik fel azután a zsír. A vizsgálatok tehát az epe emulgeáló képessége körül forogtak s megállapitották, hogy az epének tetemesen nagyobb az emulgeáló képessége, ha a zsírokban szabad, már lehasított zsírsav is van. *Marcet* 1858-ban felfedezte, hogy a gyomorba vitt közömbös zsírokban bizonyos idő mulva már van zsírsav s ezen zsírsavnak fontosságot ad épen az a körülmény, hogy igy az epének emulsiót alkotó képessége igen meg van könnyitve. Ő volt tehát az első, a ki a gyomor zsírhasító képességét constatálta, bár nem ismerte még ezen functio okát s nem mai felfogásunk értelmében magyarázta fontosságát. Hiszen akkor még nem tudtak semmit a pankreas rendkivül fontos szerepéről sem, mely a zsíremésztés lebonyolítása körül néki jut.

Marcet vizsgálatai után 22 év mulva foglalkozott e kérdéssel ismét *Cash*. Mindenben megerősíti Marcet adatait s még tovább menve kimutatja, hogy zsírhasítás nemcsak a gyomorban történik, hanem kimutatható az a gyomornyálkahártyakivonattal in vitro is. Kimondja egyszersmind, hogy a gyomornak zsírhasító képessége fermenthatás eredménye. Ugyanezen vélemény mellett tör pálczát *Ogata* is.

Müller a zsíremésztés kérdésével foglalkozva, kitért Cash és Ogata eredményeire is, vizsgálatai alapján azonban oda kellett nyilatkoznia, hogy zsírhasító képessége pusztán csak a pankreas nedvének van. *Klemperer* és *Scheuerlen* azt a minimális zsírhasítást, a mit gyomorban kimutatni tudtak, erjedéses eredetünek, bakteriumhatásnak tulajdonitották. *Klug* és *Contejean* szintén tagadnak minden zsírhasítást a gyomorban.

Harley kutyában a pankreas teljes kiirtása után is talált zsírhasitást, midőn e kutyának gyomrába tejet vitt. A zsírhasítás nagyságát 18·5 százalékra teszi.

A vázolt vélemények eredménye az volt, hogy a legújabb időkig a gyomor zsírhasító képességének tagadói sorába állottak kutatóink, s *Mering*-nek 1897-ben közölt új eljárása, a mely a gyomorból történő felszivódás kimutatására szolgált, még azon az alapon nyugodott, hogy a zsírok a gyomorban teljesen változatlanul maradnak. Ismert mennyiségü zsírból készitett emulsioban bizonyos mennyiségü czukrot oldott, az oldatot a gyomorba vive, bizonyos idő mulva próbát vett, s a zsír és czukor viszonyának megváltozásából a czukor felszivódására következtetett, lévén a zsír állandó. E vizsgálatokat vetette *Volhard* Riegel klinikáján ellenőrzés alá, a mikor kitünt, hogy a zsír a gyomorban épen nem marad változatlanul, mert az emulsioban már rövid idő mulva bizonyos mennyiségü lehasadt zsírsavat lehet titrálás útján kimutatni. A zsírsavmennyiség sokszor oly nagy volt, hogy a bevitt zsír 60 százaléka hasadt zsírsavra és glycerinre. Most azután teljes figyelemmel fordult a gyomorbeli zsírhasadás körülményei felé s vizs-

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.
Sorszám	Név	Próbareggeli							Az emésztési próbához felhasználva		A zsírhasítás nagysága					Megjegyzés
											1/10 normál lúgban kifejezve			százalékban		
		Residuum	Reactio	Sósav	Tejsav	Összaciditás	Szabad HCl.	Fehérjeemésztés	Gyomornedv	Tojássárga	Hasított	Összes zsírsav	Nem hasított	Hasított	Nem hasított	
						I. Normális chemismusos gyomrok.										
		cm³					%	mm.	cm³	cm³	cm³	cm³	cm³			
1	S. T.	200	savanyú	+	—	37	1·1	4	10	10	9·6	30·8	21·2	31·1	68·9	Dyspepsia nervosa
2	Sch. S.	50	„	+	—	54	0·80	4	10	10	11·0	31·4	20·4	35	6·5	Tabes dorsalis
3	B. E.	100	„	+	—	43	0·68	6	10	10	23·0	45·0	22·0	53·3	46·7	Epilepsia
4	R. Sz.	80	„	+	—	48	0·91	6	10	10	6 9	18·3	11·4	37·7	62·3	
5	F. F.	80	„	+	—	20	0·32	2	10	10	5·5	20·4	14·9	27·0	73·0	
6	F. J.	100	„	+	—	38	0·51	3	10	10	8·2	20·4	12·2	40·2	59·8	
7	S. E.	50	„	+	—	51	0·76	4	10	10	4·8	12 1	7·3	39·7	60·3	
8	A. B.	70	„	+	—	40	1·09	7	10	10	4·6	17·4	12·8	25·8	74·2	
9	R. S.	250	„	+	—	39	0·36	1	10	10	6 2	12·4	6 2	50	50	Motorius insufficientia
10	K. E.	70	„	+	—	48	1·02	5	10	10	5·1	14·2	9·1	35·9	64·1	Bronchitis
11	N. J.	100	„	+	—	60	1·09	4	5	5	14·5	21·5	7·0	67·4	32·6	Gastroptosis
12	M. J.	80	„	+	—	38	0·58	3	5	5	26·0	43·0	17·0	60·4	39·6	Anaemia
13	A. E.	70	„	+	—	54	0·92	6	5	5	21·0	45·0	24·0	46·6	53·4	Rheumatismus
14	M. J.	80	„	+	—	36	0·57	8	5	5	5 9	11·9	6·0	49·5	50·5	Gastroptosis
15	M. M.	80	„	+	—	62	1·09	6	5	5	4·8	8·7	3·9	55·2	44·8	Bronchitis
16	V. L.	60	„	+	—	34	0·66	1	5	5	3 5	6·3	2·8	55·5	44·5	Gastroptosis
17	P. M.	70	„	+	—	25	0 51	6	5	5	4·5	10·8	6·3	41·6	58·4	Bronchitis
18	T. F.	50	„	+	—	42	0·98	5	5	5	3·1	10·0	6·9	31·0	69·0	Anaemia
19	K. J.	50	„	+	—	36	0·87	7	5	5	2·9	10·0	7·1	29·0	71·0	Bronchitis
20	R. S.	500	„	+	—	24	0·46	8	5	5	3·1	10 7	7·6	28·9	71·1	Motorius insufficientia
21	S. Gy.	50	„	+	—	29	0·62	10	5	5	4·1	10·7	6·6	38·4	61·6	Tabes dorsalis
22	K. M.	50	„	+	—	42	0·83	5	5	5	2·5	11·5	9·0	21·7	78·3	Bronchitis
23	B. Gy.	25	„	+	—	24	0·58	3	5	5	3	11·5	8·5	26·1	73·9	Rheumatismus
24	O. J.	50	„	+	—	26	0·51	2	5	5	3·5	11·5	8·0	30·5	69·5	Tbc. pulmonum
25	P. A.	40	„	+	—	40	1 02	5	5	5	4·1	9·3	5·2	44·1	55·9	Myelitis
26	H. P.	50	„	+	—	20	0·43	2	5	5	2·4	16·0	13·6	15·0	85·0	Rheumatismus
27	F. A.	30	„	+	—	38	0·94	2	5	5	2·3	12·1	9·8	19·0	81·0	Hysteria
28	P. B.	50	„	+	—	30	0·58	10	5	5	2·1	5·5	3·4	38·1	61·9	Dyspepsia nervosa
29	B. J.	50	„	+	—	38	0·94	4	5	5	2·0	5·5	3·0	36·3	63·7	Otitis media catarrhalis
30	B. S.	50	„	+	—	38	0·57	3	5	5	2·4	6·7	4 3	35·8	64·2	Bronchitis
31	G. J.	10	„	+	—	32	0·55	12	2½	2½	1·8	3·0	1·2	60	40	Hysteria
32	H. J.	50	„	+	—	40	0·8	4	2½	2½	1·2	4·6	3·4	26·1	73·9	
33	P. J.	30	„	+	—	32	0·61	1	2½	2½	1·8	4·9	3·1	36·7	63·3	Bronchitis
34	K. A.	25	„	+	—	36	0·83	5	2½	2½	1·3	5·5	4·2	25·5	74·5	Myelitis
35	A. K.	10	„	+	—	15	0 36	2	2½	2½	1·6	3·35	1·75	47·7	52·3	Contusio
36	M. J.	10	„	+	—	25	0·54	2	2½	2½	1·5	3·35	1·85	44·8	55·2	Enteroptosis
37	P. B.	50	„	+	—	55	0 91	1	2	2	3·1	7·5	4·4	41·3	58·7	Phlegmone cruris
38	B. H.	30	„	+	—	45	1·08	6	2	2	1·7	4·3	2·6	39·5	60·5	Anaemia
39	O. E.	15	„	+	—	40	0·91	3	2	2	2·6	6·4	3·8	40·7	59·3	Hysteria
40	K. G.	15	„	+	—	20	0·36	1	2	2	0·6	6 4	5·8	10·0	90·0	Tbc. pulmonum
41	L. M.	25	„	+	—	30	0·83	2	1	1	0 6	3·0	2 4	20 0	80·0	Hysteria
42	L. J.	10	„	+	—	40	0·94	3	1	1	0·6	1·3	0·7	46·1	53·9	Enteroptosis
43	V. J.	50	„	+	—	40	0·93	4	5	5	2·6	6·4	3 8	40·7	59·3	Neurasthenia
						II. Hyperchlorhydriás gyomrok.										
		cm³					%	mm.	cm³	cm³	cm³	cm³	cm³			
44	L. J.	200	savanyú	+	—	65	1·71	8	10	10	3·2	5·6	2·4	57	43	Rheumatismus
45	S. Gy.	150	„	+	—	59	1·4	12	10	10	1·9	3·6	1·7	52 8	47·2	
46	Sz. É.	60	„	+	—	60	1·3	6	10	10	7·2	30·8	23·3	23 3	76·7	Hysteria
47	Sz. A.	300	„	+	—	85	2·19	13	10	10	9·0	36·7	27·7	22·9	77·1	Anaemia
48	H. J.	300	„	+	—	68	1·13	12	10	10	9 3	25·9	16·6	34·7	65·3	Dyspepsia nervosa
49	Sz. J.	150	„	+	—	71	1·53	12	10	10	12·3	23·8	11·5	51·6	48·4	Hysteria
50	P. B.	200	„	+	—	90	2·6	14	10	10	3·9	12·2	8·3	32	68	

Átlagos zsírhasítás 36·6%

		cm³					%	mm.	cm³	cm³	cm³	cm³	cm³				
51	P. B.	200	savanyú	+	—	47	1·16	6	10	10	7·1	18·6	11·2	38 8	61·2		
52	K. J.	150	„	+	—	62	1·32	8	10	10	9·5	18·6	8·8	51·9	48·1		
53	Sz. J.	150	„	+	—	82	1·72	8	10	10	7·1	15·6	8 5	45·5	54·5		
54	F. P.	100	„	+	—	53	1·27	7	10	10	5·9	15·3	9·7	37 8	62·2		
55	D. J.	200	„	+	—	41	1·10	9	10	10	5·2	12·3	7·4	41·4	58·6	Lues recens	
56	K. L.	120	„	+	—	98	2·77	14	10	10	8·5	17·3	8·8	49·1	50·9		
57	Cs. J.	150	„	+	—	56	1 38	9	10	10	8·8	17·3	8·5	50·8	49·2	Stenosis pylori, insufficientia motoria	
58	Cs. J.	80	„	+	—	62	1·39	2	10	10	5·5	17·3	11·8	31·8	68·2		
59	G. V.	80	„	+	—	95	2·84	14	10	10	4·8	14·2	9·4	33·8	66·2	Tonsillitis	
60	O. J.	100	„	+	—	66	1·53	8	10	10	9·8	21·7	11·9	48·5	51·5	Arteriosclerosis	
61	A. J.	70	„	+	—	59	1·38	10	10	10	5·7	20·0	14·3	28·5	71·5	Bronchitis	
62	H. R.	200	„	+	—	47	1·10	4	10	10	4·1	22·1	18·9	18 6	81·4		
63	H. M.	60	„	+	—	60	1·16	9	5	5	4·0	8·1	4·1	49·3	50·7	Bronchitis	
64	S. Gy.	60	„	+	—	72	1.46	5	5	5	2·5	8·7	6·2	29·6	70·4	Tabes dorsalis	
65	P. B.	100	„	+	—	65	1·35	9	5	5	2·1	10·8	8·7	19·4	80·6		
66	O. J.	150	„	+	—	64	1·53	12	5	5	3·2	10·7	7·5	30 0	70 0	Arteriosclerosis	
67	K. J.	80	„	+	—	78	1·89	7	5	5	2·6	15·0	12·4	17·4	82·6	Bronchitis	
68	P. E.	100	„	+	—	58	1·38	3	5	5	3·6	15·0	11·4	24·0	76·0	Bronchitis	
69	B. A.	100	„	+	—	72	1·54	9	5	5	2·6	14·0	11·4	18·6	81·4		
70	M. J.	60	„	+	—	42	1·13	12	5	5	2·9	14·0	11·1	20·8	79·2	Emphysema	
71	M. P.	50	„	+	—	70	1·49	5	5	5	1·9	14·0	12·1	13·6	86·4	Bronchitis	
72	W. M.	100	„	+	—	64	1 35	7	5	5	3·4	11·5	8·1	29·6	70·4		
73	F. F.	60	„	+	—	56	1·53	5	5	5	2·1	12·1	10·0	17·3	82·7	Tabes dorsalis	
74	K. J.	50	„	+	—	42	1·09	5	5	5	2·9	12·1	9·2	24·0	76·0	Tabes dorsalis	
75	H. J.	50	„	+	—	54	1·38	5	5	5	2·5	5·5	3·0	45·4	54·6	Hysteria	
76	K. M.	80	„	+	—	54	1·42	4	5	5	2·7	6·4	3·7	42·3	57·7	Tbc. pulmonum	
77	V. M.	40	„	+	—	58	1·50	5	5	5	3·2	6·4	3·2	50·0	50·0	Hysteria	
78	U. A.	10	„	+	—	56	1·46	8	2½	2½	1·4	2·7	1·3	51 8	48·2		
79	P. J.	10	„	+	—	72	1·53	6	2½	2½	1·0	2·7	3·7	37·0	63·0	Hysteria	
80	P. B.	50	„	+	—	90	2·19	10	2	2	2·7	7·5	4·8	35 7	64·3		
81	P. J.	20	„	+	—	70	1·64	3	2	2	1·0	5·6	4·6	17·9	82·1	Parametritis	

Átlagos zsírhasítás 35·1%

III. Achlorhydriás gyomrok.

		cm³					%	mm.	cm³	cm³	cm³	cm³	cm³				
82	J. M.	80	savanyú	—	—	22	0	3*	10	10	7·2	31·4	24·2	22·9	77·1	Rheumatismus *sósav hozzáadása után	
83	H. J.	100	„	—	—	18	0	1	10	10	6·5	15·6	9 1	41·6	58·4		
84	M. S.	50	„	—	—	17	0	0	10	10	5·5	17·3	11·8	31·8	68 2	Enteroptosis	
85	K. L.	80	„	—	—	20	0	2	10	10	6·8	12·4	5·6	54·8	45·2	Nephritis	
86	K. J.	50	„	—	—	20	0	2	5	5	0·3	2·4	1·1	12·5	87·5		
87	M. S.	30	„	—	—	12	0	0	5	5	2·2	14·2	12 0	18·3	81·7	Gastroptosis	
88	Sz. M.	100	„	—	—	13	0	0	5	5	3·7	10·7	7·0	34·6	65 4	Influenza	
89	G. K.	100	„	—	—	8	0	0	5	5	4·5	11·5	7·0	39·2	60·8		
90	N. A.	100	„	—	—	6	0	0	5	5	1·9	12·1	10·2	15·7	84·3	Bronchitis	
91	B. M.	50	„	—	—	6	0	0	5	5	2·2	6·7	4·5	32·9	67·1	Cystitis	
92	F. M.	10	„	—	—	10	0	0	2½	2½	1·8	3·2	1·4	56·3	43·7	Bronchitis	
93	P. B.	25	„	—	—	15	0	0	1	1	2·7	3·7	1·0	72·9	27·1		

Átlagos zsírhasítás 34·1%

IV. Carcinomás gyomrok.

		cm³					%	mm.	cm³	cm³	cm³	cm³	cm³				
94	Sz. J.	150	savanyú	—	+	34	0	0	10	10	0·4	12·6	12·2	2·4	97·6		
95	L. K.	60	„	—	—	8	0	0	5	5	0·4	15·0	14·6	2·7	97·3		
96	Cs. J.	100	„	—	+	22	0	0	5	5	0·5	6·7	6·2	7·5	92·5		
97	R. A.	50	„	—	—	2	0	0	2½	2½	0·2	6·5	6·3	3·1	96·9		
98	L. K.	25	„	—	—	8	0	0	2	2	0·3	3·9	3·6	7·7	92·3		
99	Sz. J.	50	„	—	+	8	0	0	1	1	0·05	3·0	2·95	1·7	98·3		
100	P. B.	10	„	—	—	2·5	0	0	1	1	0·05	1·28	1·23	4·0	96·0		

Átlagos zsírhasítás 4·2%

gálatainak több izben közölt eredményei, valamint ugyancsak Riegel klinikáján *Stade* kutatásai a zsírhasítás teljes physiologiai képét tárják elibénk.

A gyomor nedve egy zsírhasító enzymet tartalmaz, mely közömbös zsírokból zsírsavat hasít le. A fermentumnak hatása kimutatható úgy a gyomorban, valamint gyomornedvvel végzett kisérletekben kémlőcsőben is. Ha kémlőcsőben hozunk össze emulsioval gyomornedvet, rövidesen megváltozik a keverék makroskopikus képe is. A zsír hengerformában, melynek átmérője valamivel kisebb mint a kémlőcsőé, gyülemlik meg a keverék felszínén. Ez a makroskopikus elváltozás nincs semmi összefüggésben a zsírhasítás folyamatával, mint azt Volhard kezdetben hitte, hanem a pepsin-sósav hatásának következménye, a mely az emulsiokat tönkreteszi. A gyomorban magában a táplálékkal bevitt zsírokból és a mesterséges emulsiókból a zsírhasítás aránylag csak igen csekély épen azért, mert a pepsin-sósav a mesterséges emulsiokat igen könnyen tönkreteszi, az emulsio keletkezésének pedig útjába áll s így a vizes oldatú fermentumnak a zsíros anyagokhoz való férkőzését megakadályozza. Természetes emulsiókból azonban, mert ezek sokkal ellentállóbbak az emulsiót tönkretevő behatásokkal szemben, a zsírhasítás a gyomorban is tetemesen nagyobb.

A közömbös gyomornedv zsírhasító képessége épen oly nagy, mint a rendes aciditásúé, bizonyos magasabb concentratioban a pepsin-sósav azonban már deletaer hatású a zsírhasító fermentumra, ezért hyperaciditásos gyomrok Volhard szerint kisebb zsírhasító képességü gyomornedvet választanak el.

A gyomornedv zsírhasító képessége nem a duodenumból regurgitáló nedv fermentumtartalma által van feltételezve, mert a Pawlowféle gyomorfistulán át nyert gyomornedvnek is épen oly erős a zsírhasító képessége, mint a milyen a gyomorcsövön át nyert nedvé.

A zsírhasító fermentumot a gyomor fundusrésze produkálja, a mennyiben a disznógyomor e részéből készített kivonat a zsírt hasítja, a pylorusrészből nyert kivonat azonban nem. Glycerinnel a fermentum a nyálkahártyából jól kivonható; nincsen azonban semmi zsírhasító képessége a kereskedésben levő pepsin-sósavkészítményeknek, mert a steapsin, a mely sokkal érzékenyebb mint a pepsin, az előállítás közben valahogyan tönkremegy.

Volhard és Stade kimutatták, hogy a gyomorsteapsin hatásmódja ugyanazoknak a törvényeknek van alávetve, a melyeket minden más emésztőtractusbeli fermentum követ. A zsírhasítás időbeli lefolyására vonatkozólag kitünt, hogy az legnagyobb az első két órában, aztán mindinkább csökken. A hatás maga continuens, nem szökellő. Ha a fermentconcentratio állandó s a próbáknál a zsír mennyiségét változtatjuk, úgy bizonyos határok között (5—10 cm^3) a lehasított zsírsav mennyisége arányos a használt zsír mennyiségével.

A gyomor zsírhasító fermentuma követi a Schütz-Borissowféle törvényt, mely úgy hangzik, hogy ugyanazon idő alatt a keletkezett emésztési productumok úgy aránylanak, mint a ferment mennyiségek négyzetgyökei:

$$p_1 : p_2 = \sqrt{f_1} : \sqrt{f_2}$$

E törvényt Schütz és Borissow a pepsinre vonatkozólag állapitották meg, később Pawlow és Walther az összes fermentumokra vonatkozólag érvényesnek nyilvánitották, Volhard pedig a gyomorsteapsinre vonatkozólag is bebizonyította. A törvényszerüség azonban csak bizonyos határok között mozog, a mennyiben túlnagy fermentconcentratio vagy túlhosszú emésztési idő mellett már cserben hagy. E törvény szerint 2—3—4-szer annyi ferment ugyanazon idő alatt 4—9—16-szor annyi zsírsavat hasít le. Ismert mennyiségek esetén kiszámítható ezen törvény alapján valamely fermentconcentratio a következő egyenlet értelmében

$$p = k\sqrt{f},$$

a hol k jelenti az egységül választott fermentconcentratio kifejezőjét.

Stade kimutatta, hogy a gyomorsteapsin nemcsak a Schütz-Borissow-féle törvényt követi, hanem még bizonyos időbeli törvényszerüségnek is alá van vetve. E törvény úgy hangzik, hogy agyanazon fermentummennyiség mellett a keletkezett emésztési productumok úgy aránylanak, mint az idők négyzetgyökei. Vagyis ugyanaz a fermentum 2—3—4-szer annyi idő alatt 4—9—16-szor annyi zsírsavat hasít le:

$$p_1 : p_2 = \sqrt{t_1} : \sqrt{t_2}.$$

$$p = x\sqrt{t},$$

a hol x ismét az egységül választott fermentum kifejezője.

A két törvény combinatiojából

$$p = K\sqrt{f.\,t}$$

egyenletet nyerjük s ha most fermentegységül azt választjuk, a hol k = 1 s a hol az emésztési productumok az idő négyzetgyökének felelnek meg, tehát 1 óra alatt 1%, 2 óra alatt $\sqrt{2}$%, 4 óra alatt 2% stb., úgy a következő formulát nyerjük

$$p = \sqrt{ft},$$

$$\text{a miből } f = \frac{p^2}{t},$$

vagyis valamely gyomornedvnek a fentemlített egységre vonatkoztatott fermentconcentratioját megkapjuk, ha a keletkezett emésztési productumok négyzetét osztjuk az idővel.

Huppert és Schütz szerint a pepsinemésztésnél a secundaer albumosék arányosak az albumin mennyiségével és a fermentum, idő és sósav mennyiségeinek négyzetgyökével. A törvényt kifejező formula a következő:

$S = k\,A\sqrt{p.\,t.\,s.}$, a hol S a secundaer albumosékat, A az albumin mennyiséget, p a pepsinmennyiséget, t az időt, s a sósavmennyiséget jelenti, k pedig az ú. n. sebességi constans.

Ugyanezen törvény érvényes a gyomorsteapsinra vonatkozólag is, elmarad azonban ekkor a sósavmennyiséget kifejező tényező, mert a sósav a zsírhasításnak nemcsak hogy nem előmozditója, hanem még inkább hátráltatója. A $p = k\sqrt{f.\,t}$ egyenletben a p a hasított zsírsav százalékos mennyiségét jelenti, a mit kifejezhetünk úgy is, hogy a hasított zsírsav mennyiségének százas szorzatát osztjuk az összes zsír mennyiségével. Vagyis

$$p = \frac{v\ 100}{F}$$

$$\text{s ebből } \frac{v\ 100}{F} = k\sqrt{f.\,t}$$

$$v = \frac{F}{100}\,k\sqrt{f.\,t}$$

a mely teljesen megfelel a Huppert-Schütz-féle törvény formulájának.

Ezekben foglaltam röviden össze a gyomor zsírhasító fermentumának physiologiai jelenségeit s hatásmódjának törvényszerüségeit. Hogy már most hogy viselkedik a fermentum bizonyos gyomormegbetegedésekben, vagyis milyen a fermentum pathologiája, erre vonatkozólag az eddigi irodalomban kevés felvilágositást nyerünk. Volhard említi, hogy hyperaciditás esetében a fermenthatás jelentékenyen csekélyebb, mint a normális összetételü gyomornedv steapsinhatása, szerinte a pepsin-sósav bizonyos concentratioban már deletaer a steapsinra. Mint azonban *Zinsser* is kimutatta, ez a csökkent zsírhasítás abban leli magyarázatát, hogy a sósav az emulsiót tönkreteszi s így a fermentumnak a zsírhoz való férkőzését megnehezíti; s ellenkezőleg is állván e feltevés, magyarázhatjuk azon jelenséget, hogy hypo- vagy anaciditásoknál a zsírhasítás nagyobb. *Fromme* is kimutatta, hogy az ember zsírhasító fermentuma savra rendkivül érzékeny, alkali azonban bizonyos határig elősegíti hatását az élénk emulsiokeletkezés révén. Midőn tehát Hirschler tanártól azt a megbizatást nyertem, hogy a gyomorbeli zsírhasítás körülményeit vizsgáljam, a gyomorsteapsin pathologikus körülményei felé fordult figyelmem s ezen irányban gyüjtött adataimmal óhajtok a gyomor ezen functiojának ismeretéhez járulni.

Hogy a különböző gyomormegbetegedésekben a steapsin functiojára vonatkozólag biztos következtetéseket vonhassak, a különböző gyomornedveket ugyanazon körülmények közé kellett hoznom. Vizsgálati eljárásom a következő volt: Próbareggeli után a gyomor tartalmát egy óra mulva gyomorcsővel kivettem, filtráltam, pontosan közömbösitettem. A zsírok közül a próbákhoz állandóan tojássárgaoldatot használtam, 1 tojássárgát 25—30 cm^3 vízben oldottam. A gyomornedvből és tojássárgaoldatból egyenlő

mennyiséget előbb külön edényekben thermostatban 38—39°-ra felmelegítettem, azután összeöntöttem s egy órán át a thermostatban állni hagytam. A lehasadt zsírsav mennyiségének meghatározására némi módosítással Volhard és Stade titráló eljárását alkalmaztam. Ők az emésztési próbához 75 cm³ aethert s nehány cm³ alkoholt adtak s aztán órák hosszat rázták, hogy lehetőleg az összes lehasadt zsírsavat kioldja az aether-alkohol keverék. Ezután az aetherből bizonyos mennyiséget leöntöttek, 50 cm³ közömbös alkohollal keverték s 1/10 normal lúggal titrálták phenolphthalein-indicator mellett. Így meghatározták a lehasadt zsírsav mennyiségét. Most a kititrált keverékhez pontosan 10 cm³ normál lúgot adtak, s vagy 2 óra hosszat vízfürdőn, vagy pedig 24 óra hosszat szobahőmérséken állni hagyták s ez által a még meglevő zsírt elszappanosították. Ehhez a keverékhez pontosan 10 cm³ normál sósavat adva, közömbösítették az elszappanosításhoz szükségelt normál lúgot. A közömbösítés után ismét titrálták a keveréket 1/10 normál lúggal s ezen titrálás eredménye az elszappanosítás révén lehasadt zsírsav mennyisége volt, vagyis az a zsírsav, a melyet a fermentum már nem tudott a tojássárgaoldatból lehasítani. Így ismertté lett a fermenthatás következtében lehasadt zsírsavmennyiség és a ferment által érintetlenül hagyott zsírsav mennyisége. Ezen adatok birtokában százalékokban fejezték ki a fermenthatás nagyságát.

Az én módosításom abban állott, hogy az emésztési próbát aether-alkohollal kirázás után egészében titráltam, nem öntöttem le az aetherből a titráláshoz. Ezután pedig ugyanazon tojássárgaoldatból meghatározott mennyiséget külön véve, feles mennyiségű normál lúggal az ebben levő összes zsírt elszappanosítottam s ezt ismét titráltam a normál lúg mennyiségének pontosan megfelelő normál sav hozzáadása után. Így megkaptam az első titrálásnál a fermenthatás következtében lehasadt zsírsav mennyiségét, a második titrálásnál pedig ugyanazon mennyiségű tojássárgaoldatból lehasítható összes zsírsavmennyiséget. A két érték különbözete adja a ferment által érintetlenül hagyott zsírsav mennyiségét. Tehettem e módosítást azért, mert pontosan közömbösített gyomornedvekkel dolgoztam, tehát más sav, mint a lehasadt zsírsav, a titrálásnál szóba nem jött; tettem pedig azért, mert naponta több gyomornedvet is vizsgáltam s minden vizsgálathoz ugyanazon tojássárgaoldatot véve, az összes zsírsavmeghatározást csak egyszer kellett végeznem s az ez úton nyert értéket az aznapi valamennyi vizsgálathoz felhasználhattam. Így többszöri titrálást és sok időt takaríthattam meg.

A vizsgálatok eredményét a mellékelt táblázatban mutatom be, hol a 3—9. számú rovatokban a próbareggeli útján megállapított gyomorchemismus adatait sorolom fel. A 10. rovatban a zsíremésztési próbához felhasznált gyomornedv mennyisége, a 11. rovatban ugyanezen próbához használt tojássárgaoldat mennyisége van feltüntetve, a 12—16. rovatok pedig a zsírhasítás nagyságát sorolják fel és pedig a 12. a steapsin által hasított zsírsav, a 13. az ugyanazon töménységű és mennyiségű tojássárga oldatból lehasítható összes zsírsav, a 14. a ferment által nem hasított zsírsav mennyiségét mutatja. A 15. és 16. rovatban a zsírhasítás százalékmennyiségei vannak felsorolva.

Az első csoportban 43 normális chemismusos gyomornedv zsírhasító képességének számadatait sorolom fel. A legkisebb zsírhasítást a 40. eset mutatja, hol a szabad sósav 0·36%, a fehérjeemésztés Mett szerint 1 mm., a zsírhasítás 10%; a legmagasabb értéket pedig a 11. eset szolgáltatja, hol a szabad sósav 1·09%, a fehérjeemésztés 4 mm., a zsírhasítás 67·4%. Ezen határok között a legkülönbözőbb értékekben szerepel most már az egyes gyomornedveknek zsírhasító képessége, a nélkül, hogy a legcsekélyebb összefüggést mutatná akár a pepsinemésztés fokával, akár a szabad sav mennyiségével. A középérték a zsírhasítás nagyságára 36·6%-ot tesz ki.

A második csoportban a hyperchlorhydriás gyomrok zsírhasítási functióját tüntetem fel 38 esetben. A legkisebb zsírhasítást a 71. eset mutatja: 13·6%-ot, 1·49% szabad sósavval, 5 mm. fehérjeemésztéssel; a legnagyobbat a 44. eset: 57%, 1·71% szabad sósavval s 8 mm. fehérjeemésztéssel. Az e határok között váltakozó értékek sem mutatnak semmi consonantiát a pepsinsósavval s a zsírhasítás középértéke 35·1%.

A harmadik csoport 12 achlorhydriás gyomornedv zsírhasítási képességét tünteti fel. A legkisebb zsírhasítás a 86. esetben: 12·5%, a legnagyobb a 93. esetben: 72·9% volt. Mindenik esetben a szabad-sósav hiánya és a Mett-próba negativ eredménye vet világot a gyomor chemiai functiojára. A középzsírhasítási érték 34·1%.

A negyedik csoport végül 7 carcinoma-eset zsírhasítási képességét tárja elénk, bemutatja egyszersmind azt a positivumot, melyet az összesen 100 vizsgált eset révén felmutathatok. Míg ugyanis az első három csoportba sorolt gyomornedvek zsírhasítási képessége egymással tökéletesen megegyezik, legalább is az átlagos számokban mutatkozó 1·1%-nyi különbség nem oly nagy, hogy ezen a réven a különböző kórformák között megkülönböztetést tenni jogunk lehetne, legfőként, mivel ezen minimális középértékbeli különbségek mellett még az egyes gyomornedvek zsírhasítási képessége olyan tág határok között megy át egymásba; addig a carcinomás esetek kivétel nélkül oly csekély zsírhasítási képességet mutatnak, hogy még a maximális képességű carcinomás gyomorból eredő nedv e functioja — 7·7% — is messze elmarad az előbbi csoportok minimális zsírhasítási képességű gyomornedve alatt; a minimumot a carcinomás gyomrokra nézve a 99. eset adja 1·7% zsírhasítással. Fényesen bizonyítja e tény egyszersmind azt is, hogy a gyomorbeli zsírhasítás nem erjedéses eredetű, mert akkor épen a carcinomás gyomrokban és a carcinomás gyomornedvekkel kellene a legmagasabb értékeket nyernünk a zsírhasításra vonatkozólag, mert hiszen e gyomrokban folyik a legélénkebben az erjedés, e gyomornedvek vannak a legjobban erjedéses mikroorganismusokkal fertőzve, mint a minek kézzelfogható bizonyítékát a positiv tejsavreactio adja.

Pontosan közömbösített gyomornedvekkel végzett emésztési kisérletekben nem mutatnak tehát semmi különbséget a zsírhasítás nagysága szempontjából a normális chemismusos gyomroktól sem a hyperchlorhydriás, sem az achlorhydriás gyomornedvek, elenyésző csekély azonban a carcinomás gyomrok zsírhasító képessége.

Végül tartozó és kedves kötelességet teljesítek, midőn Hirschler tanárnak útbaigazításaiért és támogatásáért leghálásabb köszönetemet fejezem ki.

Irodalom. Marcet: The med. Times and Gazette. New Series 1858. vol. XVIII. 210. l. — *Cash:* Du Bois' Archiv 1880. — *Ogata:* ugyanott 1881. — *Müller:* Zeitschrift für klin. Medicin 11. — *Klemperer* és *Scheuerlen:* ugyanott 15. — *Klug:* Ungar. Archiv für Med. 3. — *Contejean:* Archives de physiologie 1894. — *Harley:* The british medical journal 1897. — *Mering:* Verhandlungen des Kongresses für innere Med. 1897. — *Volhard:* Münchener med. Wochenschrift 1900. — *Volhard:* Zeitschrift für klin. Medicin 1901. 42. kötet. — *Volhard:* Ugyanott 43. kötet. — *Volhard:* Verhandlungen der Versammlung deutscher Naturforscher u. Ärzte in Hamburg 1901. — *Stade:* Inaugural-Diss. Giessen 1902. — *E. Schütz:* Zeitschrift f. physiol. Chemie 1885. — *Borissow-Pawlow:* Die Arbeit der Verdauungsdrüsen, németre forditotta Walther, Wiesbaden 1898. — *Pawlow:* ugyanott. — *Walther:* Archives des sciences biologiques publiées par l'Institut Imperial de médecine expérimentale à St. Pétersbourg. VII. kötet. — *Huppert* és *Schütz:* Pflügers Archiv f. d. ges. Physiologie 1900. — *Schütz:* Zeitschrift f. physiol. Chemie 1900. — *Zinsser:* Beiträge zur chem. Physiol. und Pathologie 1905. — *Fromme:* ugyanott 1905.

A füleredetű agyhártyalob operativ kezelésének kérdéséhez.

Irta: *Sugár K. Márton* dr. Budapesten.

(Vége.)

Hogy a tévedések lehetősége téljes legyen, még a typhus abdominalisra utaló *Vidal*-kémlés is positiv eredményt adhat és egyedül a gyakori peptonuria lehet a genyfelszivódás külső jele, a mi mellett, a mint kifejtettem, a szintén nem teljesen megbizható lumbális punctio ad még némi útbaigazítást és az esetleg meglevö herpes labialis támogatja a meningitis felvételét.

Azt sem lehet az otogen meningitisről állítani, hogy többnyire basális, mert egészen elszigetelve az agykérgen is jelentkezhetik, sőt, mint láttuk, a fülgenyedéssel ellenkező oldalon is mint az agydomborulat burkainak gyuladása állhat elő. Elég ehhez, ha a meningitis basilaris a halántéktekervényből a fossa Sylvii-be felkúszik és innét felfelé az agykéreg felé terjed. Hozzájárul még, hogy az egészen szövődményektől mentes otitis media a gyermekkorban súlyos meningitises tünetekkel járhat. Zsenge korban, az élet első

évtizedében különben ritkább az otogen meningitis, hanem gyakoribb az agyburkok gümőkóros fertőzése. A jellegzetes *lassú* érverés, specifikus bacillusok jelenléte a liquorban, esetleg chorioideális elváltozások a szemben döntik el a megkülönböztető kórjelzést.

Ha a feltárt csecsnyújtványon erős tamponálást végzünk, s ezzel az esetleg sérült sinus sigmoideust comprimáljuk, a legsúlyosabb meningitis-tünetek állhatnak elő, melyek a geny lefolyását gátló tamponnak eltávolítása után egyszerre megszünnek. A dura mater alatti genyfelhalmozódást a kemény agyburok erős feszülése és vérszegénység következményekép e helyen az agypulsatio hiánya jellemzi. A dura és arachnoidea közötti összenövések mindig a lefolyt lobos kórfolyamatok termékei és körülirt agyhártyalobra utalnak. Ha a csontgócz a középső koponyaárok ban van, a nagyagy pia materjén találjuk a legerősebb genyedést; ha a tömkeleg közvetíti a geny továbbterjedését, a kórfolyamat a hátulsó koponyaárokban a kisagyvelő pia materjén kezdődik és főképen meningitis spinalis támad. A geny a telae chorioideae-n át veszi útját, a plexusok genyes beszűrődését okozza, de sokszor a szomszédos agyállományon felületes lágyulási góczokat is hoz létre, az agygyomrokat tágítja, mely utóbbiak zavaros, genyes folyadékot tartalmaznak. Egyszerűbb lesz mindenesetre az operativ beavatkozás, ha a meningitis a középső árokban, tehát a halántékkarély alapján kezdődik. Ez esetben csak *Körner* rostocki fülorvos tanár elvét kell követnünk, hogy a genyet azon az úton keressük, a melyen az agyba került. Gyakoribbak azonban a kisagyvelő bázisán támadó genyedések, mert, mint *Hinsberg* helyesen megjegyzi, a belső hangvezeték, mely a sinusfalon kivül a genyedésnek leggyakoribb bevezető kapuja a hátulsó koponyaárokba, tetemes mélységben fekszik, de *Jansen* berlini magántanár szerint a hátulsó sziklacsontfelület levésése és a hátulsó tömkelegrészek kiirtása által mégis elérhető.

A meningitis keletkezésére különösen oly esetek hajlandók, melyekben a gyuladásos fülfolyamat kicsiny, közvetetlenül a dobüreg teteje alatt fekvő cellulákban székel; ezeknél heveny fejlődésük esetén kielégítő genylefolyás mellett is képződhetik agyhártyalob. Gyakoribb ez utóbbi fejlődése idült kórfolyamatoknál a tömkelegben levő geny közvetítésével az aquaeductus vestibuli és saccus endolymphaticus útján, vagy a dobüreg és csecsüreg tetején fejlődő cariosus folyamatoknál. Dehiscentiák nem játszanak nagy szerepet *Brieger* szerint, mert ezek többnyire el vannak zárva kötőszövettel; veszedelmesebb a cariosus csonthiányok szomszédsága. A fertőzés a canalis facialis, ritkán a canalis caroticus mentén terjedhet. *Hilgermann* utalt arra, hogy a sinus caroticus és cavernosus phlebitise a szomszédos ganglion Gasseri közvetítésével okozhat meningitist, vagy az első trigeminuság gyökere, esetleg az idegtörzsököt körülvevő laza kötőszövet útján történhetik a fertőzés.

A milyen jól ismert a fertőzés anatomiai útja, olyan legyőzhetlen diagnostikai nehézségeket okozhat a klinikai kép, főképen, ha nem iskolaesettel van dolgunk és az egyes szövődmények kórképei (öbölvérrög, agytályog, otogen extradurális tályog) átmennek egymásba.

Agytályognál, megkülönböztetésül a meningitistől, az érverés feltünően lassú, nagy elevatiót és fokozott feszülést mutat (cephalikus pulsus), a hőfok subnormális, mindenesetre sohasem oly magas, mint meningitisnél; a kórjelzés biztos, ha gócztünetek vannak jelen, melyek a halántéklebeny tályogjainál vannak leginkább kifejezve (a túloldali végtagok és a facialis bénulása, itt-ott keresztezett hemianaesthesia, bénulási jelenségek más agyidegek területén, beszédzavarok, az ellenkező oldalon levő fül hallásának csökkenése), vagy kisagytályogoknál sokszor rohamokban jelentkező tarkófájdalom és a légvételek számának feltünő csökkenése (a légzési centrumra ható nyomás) mutatkozik.

A füleredetü öbölvérrögöt az általános fertőzésre való hajlam, a pyaemiás, erős remissiokat mutató láz, rázóhideggel és utána következő izzadással és metastasisokkal eléggé jellemzi. A legcsekélyebb tünetekkel jár még az extradurális tályog, mely tudvalevőleg pachymeningitis purul. ext. és jelentkezhetik a perisinuosus tályog képében is. Ez utóbbi, és csakis ez, lázat is okozhat; ha azonban a hátulsó koponyaárokban székel, tarkómerevséggel jár, mely, ha láz társul hozzá, meningitisre kelt gyanút. A helybeli objectiv tünetek lobosodási jelenségek alakjában a csecsnyújtvány mögött (nyomásra érzékenység, oedema vagy csonthártya alatti tályog) az emissaria mastoidea szomszédságában, itt is útba igazíthatnak és főképen végzetes diagnostikai tévedésektől megóvhatnak, mint ezt egy esetben többek között Párisban láttam, hol egy ilyen beteget neuralgia occipitalis miatt még elektromos árammal is kezeltek.

Ha most már áttérünk a meningitis mütevésének technikai részére, először is kiemelendő, hogy fontos a kóros helynek lehetőleg széles feltárása. Ezen általános sebészeti követelmény könnyebben teljesíthető az agy domborulatán székelő meningitiseknél; tekintet nélkül kell lennünk a csontos koponyatok feláldozandó részének terjedelmére, és követve a genygóczok „csápszerü" nyúlványait, annyit kell belőle elvennünk, míg mindenütt szabad szemmel egészségesnek látszó pia mater fekszik előttünk.

Már *Volkmann* elhunyt sebésztanár csak vésőt és kalapácsot használt a koponya trepanatiojára, tehát a fülorvosok ismert eszközeit, melyeknek előnyük, hogy a koponyát velük bármi alakban és terjedelemben megnyithatjuk; hátrányuk csak a mütevés hosszabb tartama, miáltal a diploë venáiból nagy vérzés támadhat. Ezért *Krause* berlini sebészszel a *Dahlgreen*-féle metsző csontollónak kell elsőséget adnunk, mely e mellett inkább meg is óvja a koponyát a véső okozta veszélyes csontrázkódtatásoktól. Két vagy több fraise likból könnyen sikerül a koponyatokból tetszésszerinti nagy csontlebenyt kivágni, a nélkül, hogy a dura matert megsértenök. A csontot *Wagner* (Königshütte) osteoplastikus módszerével megtartjuk. A koponya megnyitására több módszerünk van, így *Doyen* párisi sebész teljes hemikraniektomiát végez (a mivel egy egész agyféltekét tehet szabaddá) elektromotorral hajtott körfürésze segítségével, melynél a dura matert egy alácsúsztatott útilapú védi meg a sérüléstől; hasonló *Bergmann* körfürésze, vagy a *Sudeck*-féle fraise, melyet szintén villamosság hoz gyors mozgásba, és végül ide tartozik a *Gigli*-féle sodronyfürész, melylyel a koponyatokot belülről metszhetjük át, miután azt a csont két likján átvezettük, miközben a dura matert magát *Braatz*-féle szondákkal megvédjük a sérüléstől. A halántékcsontban levő genygócz előzetes mütevése azt a tagadhatatlan előnyt nyujtja, hogy az agyburkok szemmel nem látható gyuladásos elváltozásai esetén előbb bevárhatjuk a fülmütét sikerét az agytünetekre. A kivülről való mütevésnek, tehát a koponyatrepanationak *Bergmann* javaslata szerint, azonban az a hátránya van, hogy a góczjelenségek szerinti topographiai eligazodás nem megbizható, így például contralaterális bénulásoknál, a capsula internára való távolhatás folytán keletkező bénulásoknál; előnye részben, hogy nem fertőzött területen végezhetjük a beavatkozást.

A *középső* koponyaárkot *Bergmann* szerint akkép nyithatjuk meg, hogy a halántékcsont pikkelyéből egy derékszögalakú csontdarabot kivésünk. Ha ezen kivülről történő trepanatiót a gyökeres mütéttel, tehát a középfülüregek feltárásával combináljuk, mély betekintést nyerhetünk. A *hátulsó* koponyaárkot azáltal nyitjuk meg, hogy a középfülüregek operativ feltárása után a pyramisnak hátulsó falát a sinus sigmoideus mediális szegélyétől egészen a frontális ívjáratig levéssük, a mikor is a kivésett háromszög csúcsán az aquaeductus vestibulira bukkanunk, mely utóbbi közvetíti rendszerint a tömkeleg genyedését a hátulsó koponyaárokba és ezért is előnyt érdemel az antrum tájékáról történő mütét, míg az agyalapot nehezen megközelítő koponyatrepanatiora csak igen ritkán szorulunk.

A mütét közelebbi technikáját illetőleg utalok *Gerber* königsbergi fülorvostanár újonnan megjelent nagy képes atlasára, melyet az „Orvosi Hetilap" 1905. évi 7. számában a 107. oldalon részletesen ismertettem. Egyébiránt teljesen közömbös a módszer választása, mert a kemény agyburkot mindenkor keresztmetszéssel átszeljük, vagy még jobban alsó bázissal biró lebeny alakjában körülszeljük és lefelé hajtjuk, mire szemünk elé tárul szabadon a lágy agyburkokkal borított agyfelület.

Az agyalapon való mütevés, mint ezt *Hinsberg* helyesen kiemeli, már nehezebb, mert e hely nehezebben közelíthető meg, már pedig fontos épen a meninxek szabaddá tétele a fertőzés helyén, főkép kezdő gyuladásoknál, habár elegendő az agybasis legmélyebb helyének, azaz a nyakszirtkarélyoknak drainezése.

Mindig fontos a gócz szomszédságának alapos drainezése,

mert ez kórboncztanilag kimutathatóan többnyire fertőzve van. Ezért *Witzel* a fertőzött részek autoirrigatioját ajánlja, lehetőleg nagy, beivódásra alkalmas tamponokat alkalmaz, melyek sugárszerű nyúlványokat bocsátanak a szomszédságba, hogy mindig új liquorrészekkel öblítse a helyeket, a liquor cerebrospinalisnak aspiratioja által a fertőzött rész felé. E tamponok 14 napig maradnak egy helyen, míg a dura és leptomeninx között a gócz szomszédságában védő összenövések képződnek. A tamponokat óvatosan, folytonos konyhasóöblítések között kell megújítanunk, hogy az adhaesiokat el ne szakítsuk.

Igaz, hogy a dura kiterjedt bemetszésének az a hátránya van, hogy könnyen képződik agyprolapsus és nem mindig sikerül az előesett részleteket másodlagos gyuladástól megóvni, miáltal könnyen halálos szövődmények támadhatnak. Lumbális vagy agygyomorpunctio által azonban itt-ott visszafejlődnek az agyelőesések.

Felmerül végre az a kérdés, hogy mikor operáljunk? Mindenesetre minél előbb, csakhogy nem könnyű a helyes időpontot megválasztani otogen meningitisnél, melynél a tünetek igen csekélyfokúak lehetnek és sokféleképen változnak, sőt még a lumbális punctio sem megbizható. Minthogy azonban a beavatkozással könnyen elkéshetünk, a próbabeavatkozás ma már ép oly megokolt, mint az agy próbapunctioja tályogra való gyanu miatt, vagy a sinus feltárása phlebitis gyanujánál.

Meningitis diffusa esetében is tehát szélesen feltárjuk a dura matert és drainezni fogjuk a subarachnoideális üreget, mert az egyszerű ágyékcsapolás után jelentkezhető múló javulás nem felel meg a fülsebészet mai állásának.

Körülhatárolt meningitisnél kétségen kivül áll az operativ kezelésnek sikere, főkép pedig meningitis serosa esetében, melynél már lényeges javulást okozhat a lumbális punctio is.

Különben a középfülben és csecsnyújtványban levő genygócz eltávolítása, a sinusthrombosis vagy tömkeleggenyedés kiküszöbölése már egymagában is nem igen előrehaladt meningitis cerebrospinalis gyógyulására vezethet.

A fülsebész tehát fel fogja keresni a genyedés útját a halántékcsontban levő fertőző góczban, habár tekintettel kell lennünk arra is, hogy itt-ott a pia matert a halántékcsont szomszédságában egészségesnek találjuk, mert kis csontvenák periphlebitise is közvetítheti az agyhártyák fertőzését. Az is lehetséges, hogy a dobüregben levő gyuladásos folyamat már lezajlott, a dobhártyán még az átfúródás is behegedt már, látszólag primaer antrumempyema van jelen, mert a dobhártyán már nem találunk elváltozást, s mégis genyes otitis mediával indult meg a kórkép s ez volt kétségtelenül az intracraniális szövődmények kútforrása is, a miért is mindenesetre gondos szakorvosi kezelést igényel.

Az operativ kezelést illetőleg legjobbnak bizonyult a fokozatos, lépésről lépésre való beavatkozás: paracentesis, gyökeres műtét, rosszabbodásnál a dura illetve a sinus szabaddá tétele, abscessus cerebrire való gyanú esetén az agyvelő punctioja illetve incisiója, az oldalgyomrok punctiója, végül a dura bemetszése és az arachnoideális üreg leirt drainezése. Természetes, hogy csakis protraháltabb lefolyású esetekben várhatunk a beavatkozásoktól sikert, ha azonban meningitis fulminanssal van dolgunk, mint a dolgozatom elején röviden említett esetemben, elkésünk minden beavatkozással és a beteg néhány óra alatt menthetetlenül elpusztul.

És ekkép ki vagyunk tehát szolgáltatva az esélynek és resignatioval gondolunk ama jeligére, mely *Schwartze*-nek, a fülsebészet nagymesterének hallei műtőtermében olvasható: „Ohne Glück und Gunst ist Weisheit und Kunst umsunst!“

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

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

(Folytatás.)

II. Az epekövek okozta kórboncztani változások és azok klinikai jelentősége.

Az eddigiekben csupán az epekövek keletkezésével és sorsával foglalkoztunk; nézzük már most, hogy a kőnek a szervezetre minő hatása van, és pedig első sorban azt, hogy a kő megtelepedési helyéül szolgáló epetractus miképen viselkedik a benne képződött idegen testekkel szemben.

Általános tételnek fogadhatjuk itt el azt, hogy a lob, melynek jegyében a kő fogantatott, végig kiséri azt egész pályáján, és hogy a kő a szervezetre épen csak ezen lob által, vagy legalább is csak ennek közvetítésével gyakorol káros, sőt végzetes befolyást. Maga a kő az epehuzamban négyféle módon képes a gyuladásos folyamatot fentartani.

1. *A nyálkahártya felületének mechanikai sérelmezése*, mely annak simaságát megszünteti, lényegesen elömozdítja a bakteriumok megtelepedésének lehetőségét.

2. *Vérkeringési zavarokat* okoz, melyeknél fogva a talaj az infectióra alkalmasabbá válik.

3. *Gátolja az epehólyag tökéletes kiürülését*, mely az epehólyagban levő csirok felhigításának s a bélbe való juttatásának legfőbb feltétele. Ilyen kiürülési akadály nem csupán oly módon jön létre, hogy a kő a cysticusba vagy a hólyagnyakba jutva az epe lefolyásának útját teljesen elzárja vagy legalább is nagy fokban szűkíti; elég az is, hogy a kő a hólyagnak ad maximum való összehúzódása elé gördít akadályokat. Ez is képes az epehólyag tökéletes kiürülését meggátolni; az egyes kövek közti üregekben, hézagokban, a kő melletti recessusokban állandóan visszamarad valamelyes residuális epe, mely azután alkalmat nyujt az epehólyagba a choledochus vagy a vérpálya felől jutott gyér csirák elszaporodására. *Miyake*, *Ehret* és *Stolz* kisérletei igazolják e felvételt. Igy *Miyake* azt tapasztalta, hogy steril idegen testeknek az epehólyagba való bevitele után az esetek jó részében bélbeli bakteriumok szaporodnak el az epehólyagban; ha az idegen testekkel együtt bakteriumot is vitt be az epehólyagba, az utólagos vizsgálatkor 155—231 nap mulva rendszerint vegyes fertőzést tapasztalt. *Ehret* és *Stolz* aseptikus idegen testek bevitele után mindig prompt látták bekövetkezni az epehólyag infectióját. Igen érdekes és tanulságos következő kisérletük: 2 kutyának, melyek már hónapok óta nagy kvarczköveket hordtak az epehólyagjukban, streptococcus-kulturát fecskendeztek a fülvenába; ugyanigy tettek 2 controll-kutyával. 24 óra mulva mindegyik kutya epéjéből 1 cm^3 epét vettek s ebből lemezkulturát készitettek. Míg a controll kutyák epéjéből mindössze 11—13 streptococcus-colonia kelt ki, a köves kutyák egyikének epéjéből 9000 colonia streptococcus és coli, a másikból pedig megszámlálhatlan colonia nőtt. Hogy bebizonyitsák, hogy az idegen test a bakteriumelszaporodást nem csupán a cysticus eltömeszelése által, hanem tisztán az epehólyag hiányos kiürülése révén is elősegítheti, *Ehret* és *Stolz* czüstdrótból tojásalakú vázat készitettek s ezt vitték be teljesen aseptikusan az epehólyagba. Ez által az epehólyag összehúzódása meg volt akadályozva, de a cysticus eltömeszelődése mindenesetre ki volt zárva, és mégis igen nagy bakterium-elszaporodás állott be a hólyagban, mely az egyik kutyánál perforativ cholecystitisre is vezetett.

4. Mint arra ugyancsak *Ehret* és *Stolz* mutattak rá, a kövek az által is elömozdítják a *bakteriumok elszaporodását, hogy nekik kellő nyugalmat, az epeáramlás által nem érintett búvóhelyet biztosítanak*. Ilyen hely gyanánt szerepel porosus köveknél a kőnek belseje s mindenféle kőnél az a folyadékréteg, mely capillárisan a kő felületéhez tapad. S hogy a kövekben rejtőző ezen bacillusok mily hosszú ideig életképesek és mily hosszú ideig idézhetnek elő gyuladást az epehólyagban, arra igen feltünő példaként említik az idézett szerzők a cholecystitis typhosát. 32 ilyen eset közül 20-ban találtak epeköveket s ezen esetekben a cholecystitis a typhus lezajlása után sokszor hónapok, sőt évek mulva következett be, és még ily hosszú idő mulva, 6—7, sőt egy esetben 17 évvel (*Droba*), egyben pedig 20 esztendővel (*Writer*) a typhus kiállása után sikerült a köves hólyagok epéjében a typhusbacillust teljesen virulens állapotban kimutatni.

És mindezen felsorolt körülmények ellenére előfordulhat, hogy az epehólyagban felgyült s az epehólyagba újolag betolakodott bakteriumokkal a szervezet végez, s az epe egy idő mulva — a mint azt *Mignot* kisérletileg is kimutatta és a mint azt epekövesek epéjének bakteriologikus vizsgálata is számos esetben bizonyította — mégis sterillé válik, avagy pedig a fennálló bakteriumos infectio mellett is a lobfolyamat olyan enyhe, hogy a követ viselő betegnek nemcsak hogy számbavehető nehézséget nem

okoz, hanem egyáltalán észrevétlen marad az évek és évtizedek folyamán.

Ennek okai *Ehret* és *Stolz* szerint a következők:

1. A bakteriumok elszaporodása önmagában véve nem elég súlyosabb cholecystitis létrehozásához, azoknak bizonyos virulentiával is kell birniok. Pl. a cysticus egyszerű lekötése után nem támad genyes gyuladás, mert a normális körülmények közt jelenlevő csírák nem elég virulensek ennek létrehozására;

2. az epehólyag idővel leküzdi a kiürülése ellen felmerülő akadályokat; ezért van az, hogy az idegen testeket tartalmazó epehólyag kezdetben fokozott bakteriumtartalma folyton csökken és egész a normálisig alászállhat.

3. végül az sincs kizárva, hogy idővel a bakteriumos infectio compenzálására az epehólyag baktericid anyagokat fokozott mértékben termel.

Súlyos gyuladásokat a köves epehólyagnak majdnem állandó bakteriumtartalma mellett pedig azért észlelünk aránylag ritkán, mert hogy ilyenek létrejöjjenek, arra különös körülményeknek kell találkozniok, szükséges ugyanis, hogy virulens bakteriumos infectio és lényeges áramlási akadály *együttesen* legyen jelen.

Az experimentális vizsgálatok kimutatták, hogy igen virulens bakteriumkulturákat lehet befecskendeni az epehólyagba a nélkül, hogy ott gyuladás származnék *(Naunyn, Onochowski* és *Janowski, Mignot, Fournier)*; csak ha az epe lefolyását is egyidejüleg megakadályozzuk akár az epeút lekötése *(Naunyn)*, akár nagyobb idegen testek (vatta *Mignot*, bodzabél *Fournier*, parafadarabok, drótváz *Ehret* és *Stolz)* bevitele által, sikerül a hólyagban genyes gyuladást előidézni. Azok a positiv eredmények, melyeket *Roger, Charrin, Dominici* virulens bakteriumoknak a choledochusba való bevitelével elértek, mint *Ehret* és *Stolz* igen szellemesen magyarázza, csak úgy értelmezhetők, hogy ezen esetekben a bakteriumok bevitelével egyidejüleg a choledochus sérelmezése is történt s ennek következtében áramlási akadályok állottak elő. Hogy az epehuzam szabad epefolyás mellett mennyire ellenáll az infectióval szemben, azt frappánsan bizonyítja az *Ehret* és *Stolz* által tapasztalt tény, hogy cholecystitis-suppurativa-nál az epeutak, noha az epehólyag részéről folyton genyes tartalommal árasztattak el, szabadok maradtak az infectiótól. Ha a genyes cholecystitisben szenvedő kutya choledochusát lekötötték, az infectio rohamosan terjedt az epeutak összes elágazásaiba. Átgondolva mindezeket, látjuk, hogy abban, hogy kő mellett az epehólyag és az epeutak gyuladása jöjjön létre, két tényező játszhatik szerepet.

1. Az epehólyagba hirtelen erősen virulens bakteriumok kerülnek, akár a bél felől (így *Stolz*-nak sikerült rothadt hús etetése által epehólyagjukban idegen testeket hordozó kutyákon genyes cholecystitist előidézni; embernél gastroenteritisek hathatnak ilyen módon), akár pedig a vérpálya útján. Ez utóbbiból magyarázható, hogy gyermekágy folyamán, abortust követőleg *(Herczel)*, avagy műtétek után (incarcerált hernia, epityphlitisből kiinduló subphrenikus tályog *Körte*, végbélcsomók *Rose*, strumitis *Kraske*, genitális tumorok eltávolítása *Freund*) jelentkeznek súlyos epekőrohamok, illetve az epehólyag legsúlyosabb, nem egyszer necrotizáló gyuladásai;

2. az áramlás kő incarceratioja folytán hirtelen megakad.

A bennünket mint orvosokat legelső sorban érdeklő esetek azok, melyekben az epekövek az epehuzamban nem húzódnak meg jámboran, symptomák nélkül, hanem ott többé-kevésbé súlyos lobokat okoznak. Ezek az esetek adják az epekőbetegség változatos kórformáit.

A legelső lobos jelenségek, legalább is az esetek túlnyomó többségében, természetszerüen az epekövek eredeti székhelyén: az epehólyagban játszódnak le. Az itt lappangó lob fellángolása a cholecystitis acuta calculosa, melynek klinikai megnyilatkozása a heveny epekőroham.

A heveny epekőroham okául a modern bakteriologiai vizsgálatokon alapuló felfogás, melyet az ezen kérdésben legelsőknek elismert szakemberek — *Naunyn, Kehr* — osztanak, tisztán az epehólyagnak és az epeutaknak bakteriumos infectión alapuló heveny lobját veszi fel. Tagadhatatlan azonban, hogy vannak egyesek, így *Murphy*, kik a régi felfogáshoz híven a fájdalmakat mindig kövek távozásával hozzák kapcsolatba, és mások, mint *Körte, Fleiner, Moynihan*, kik úgy kövek távozása által feltételezett, mint lobos eredetű kólikákat vesznek fel *(Moynihan* szerint az utóbbi esetekben a görcsös fájdalmakat a lobos váladéknak az epeutakon való megnehezített távozása idézi elő), míg *Riedel* azt állítja, hogy az epekőkólikákat mindig lob, de némely esetben infectión alapuló, más esetekben pedig aseptikus lob (perixenitis) idézi elő.

Ismerve a köves epehólyag állandó csíratartalmát és tudva azt, hogy az epeutak múló elzáródásának is mily befolyása van ezen csírák elszaporodására, azt az álláspontot kell helyesnek elfogadnunk, hogy kövek távozása teljesen aseptikus lefolyással nem képzelhető, s a legenyhébb roham is egy bakteriumos eredetű gyuladásnak a klinikai megnyilatkozása.

Biztosan e kérdés azért nem dönthető el, mert hisz enyhe epekőrohamban senki sem operál s így ezen stadiumban az epehólyag anatomiai és bakteriologiai állapotáról senkinek sem volt alkalma meggyőződni; mindenesetre azok a fentidézett tények, melyeket a modern bakteriologiai és experimentális vizsgálatok a köves hólyag mikroorganismustartalmára s a művi cysticus-elzárás következményeire nézve napfényre hoztak, kétségtelenül valószinűtlenné teszik a tisztán mechanikus, aseptikus epekőkólika lehetőségét.

A kérdés ellentéte sokkal inkább tisztázva van, tudniillik azon tény, hogy valódi epekőkólika észlelhető epekövek nélkül, tisztán az epehólyag gyuladása folytán. Lehetséges mindenesetre az, hogy a műtét idejéig a kövek a bélbe távoztak s a hólyagot azért találjuk üresen a műtét alkalmával; de vannak kétségtelen esetek, a hol a roham tartama alatt kellett a fennálló súlyos tünetek miatt beavatkozni s a hol a műtét alkalmával sem a hólyagban, sem az epeutakban kövek nem találtattak, sem pedig a bélből ilyenek távozása nem észleltetett, s a hol a hólyagnak súlyos, rendszerint genyes gyuladása állott fenn. Typhus folyamán fellépett cholecystitiseknél, ha kövek nem is voltak jelen, az epekőkólika typikus jelenségei észleltettek. Épen úgy epekőkólika jelenségeit észlelték adhaesióknál, melyek traumatikus eredetüek *(Kehr)*, avagy az epehólyag megnyúlásával és vándorlásával kapcsolatban főleg sokszor szült nőknél *(Krukenberg)* találtattak. Mindenesetre azonban igazat kell adnunk *Mayo*-nak abban, hogy kövek nélküli cholecystitis felvételére csupán akkor vagyunk jogosítva, ha a gyomor, a jobb vese és az appendix épségéről meggyőződést szereztünk, avagy ha az epehólyag maga félreismerhetetlen lobos jelenségeket (genyes tartalom, fibrinlepedék a nyálkahártyán) mutat.

Mai felfogásunk szerint tehát az epekőroham lényege mindig a gyuladás, de e gyuladás kapcsolódhatik kövek vándorlásával, és pedig akár úgy, hogy a kő vándorlása a primaer, mely a lobot kiváltja, akár úgy, hogy az egyéb okból támadt heveny gyuladás s az általa fentartott fokozott váladéktermelés hajtja bele a köveket az epeutakba. Jelentkezhetik azonban az epeköves roham a nélkül, hogy a kő egyáltalán elhagyná a helyét, hisz akárhányszor láttunk súlyos rohamokat oly kövek által előidézve, melyek már nagyságuknál fogva sem hagyhatják el az epehólyagot s így nem zárhatják el teljesen a cysticust.

Szemügyre véve már most azon lehetőségeket, melyek egy acut cholecystitist létrehozhatnak, a következőkkel kell számolnunk:

1. Az epehólyag nyakába vagy a cysticusba kő ékelődik.

2. A cysticus szájadéka lobosan beduzzad.

3. A nélkül, hogy az epehólyagpassage különösebb zavart szenvedne, tisztán nagyobb virulentiájú bakteriumok bejutása folytán támad a gyuladás.

Akármint is következik azonban be a bakteriumok elszaporodása, a gyuladás az epehólyagban fennálló pangást, s a pangás a gyuladást növelni fogja, tehát circulus vitiosus áll elő. Felesleges bővebben magyarázni, hogy az epehólyag gyuladása, az epehólyag tartalmának ennek következtében való megszaporodása miképen fokozza a hólyagbeli pangást, akár úgy, hogy a követ még szorosabban a cysticusba nyomja, akár úgy, hogy a cysticust a túltelt hólyag megtöri vagy épen comprimálja; hogy a lob már a cysticus nyálkahártyaduzzadásának fokozása által is növeli az áramlási akadályokat; hogy egyszóval olyan akadályokat teremt, melyek a létrejött elzáródás spontan megoldását tetemesen megnehezítik. Az tény, hogy a természet áldásos gyógyereje, a vis medicatrix naturae ezen akadályokkal akárhányszor, mond-

hatjuk az esetek túlnyomó többségében meg tud küzdeni és végeredményben az elzáródást megoldja.

Megoldja pedig vagy úgy, hogy a kő visszaesik a hólyagba (peristaltica, heves testmozdulat által kimozdul helyéből, a cysticuson beömlő epe visszaszorítja, vagy épen ellenkezőleg a kő mellett utat tör magának a pangó hólyagtartalom s ezáltal a kő kiszorulását előmozdító vis a tergo megszünik), avagy a kő átmegy a cysticuson, avagy a cysticus duzzanata a lobfolyamat visszafejlődése folytán leapad, avagy pedig végül (ha mechanikus akadály nem forgott fenn) az epehólyagban létrejött infectionak a szervezet természetes védőberendezései által való leküzdetése folytán.

Hogy melyike ezen eshetőségeknek a leggyakoribb, arra még megközelítő bizonyossággal sem lehet feleletet adnunk, csak igen valószinünek kell tartanunk, hogy a rohamok többsége nem jár kövek távozásával s a *Riedel*-féle ú. n. eredményes roham a ritkábbik megoldás. Abból, hogy az acut choledochuselzáródás tünetei aránylag ritkán észleltetnek epekörohamok kapcsán és hogy a kövek nagysága rendszerint olyan, hogy nem tételezhető fel, miszerint a choledochuson tünet nélkül áthaladhatnának, jogot meríthetünk eme felvételhez. A gyakoribb eseménynek azt kell tartanunk, hogy a köveknek a roham létrehozásában különösebb mechanikus szerep, mint hogy a hólyag teljes kiürülését tömegüknél fogva gátolják, nem jut, vagy ha be is ékelődnek a cysticusba, ez azzal végződik, hogy végre mégis csak visszaesnek a hólyagba.

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

Egészségügyi szolgálat az óczeánon.

— Különös tekintettel a magyar kivándorlási járatokra. —

(Folytatás.)

Leginkább igénybe veszik a gyógyszertárt a fedélközi utasok. És ez könnyen érthető is. Eltekintve attól, hogy ezek az emberek már a hajóra szállás előtt heteken át olyan izgalomban élnek, a melyhez nemcsak hogy nincsenek hozzászokva, de a mely psychikai izgalom egyszersmind erős befolyással van a physicumra is, a hajóra szállás pillanatától kezdve gyökeresen megváltozott életviszonyok közé kerülnek. Más a környezet, más a levegő, más a táplálkozás, és orvosi szempontból könnyen érthető, hogy ezek a hirtelen, majdnem átmenet nélküli változások befolyással vannak az anyagcserére. Ezzel függ össze a táplálkozási zavaroknak egész sora, a melyet az orvosnak böven van alkalma tanulmányozni. Szerencsére ezek a bajok a legritkább esetben okoznak komoly kellemetlenséget és a partraszállás alkalmával rendesen minden utóbaj nélkül meg is szünnek. Felnőtteknél leginkább a székrekedés és az ezzel szorosan összefüggő bajok jelentkeznek; csak kuriozumképen említem fel, hogy a *Slavonián* egy útban 70—75 liter senna-főzet fogyott el, a mely a hat hónap alatt minden esetben kifogástalanul működött. A székrekedés különben tengerészbetegség, a melynek hódolni kell minden olyan utasnak, a ki 10—12 napot a tengeren tölt.

Gyermekeknél, csecsemőknél sokkal ritkábban fordult elő a járványszerü hasmenés, mint azt várni lehetett volna. Ha volt is, aggasztó tünetekkel még a nyári hónapokban sem járt, a mit igazol az is, hogy az egész hat hónap alatt csak egy négyhónapos leánygyermek halt meg bélhurutban. Igaz, hogy lehetőleg iparkodtunk is elejét venni, a mennyiben a gyermekek, csecsemők és a szoptatós anyák böven kaptak az utazás alatt tejet és Nestlé-féle gyermeklisztet.

Ritkán ugyan, de néha, különösen a forró nyári hónapokban a fedélzeten való hosszas tartózkodás után elő szokott fordulni az úgynevezett hőkiütés, melyet az angol „heat pickles“ néven ismer. Érdekes a baj annyiban, hogy a súlyosabb esetekben teljesen utánozza a himlő képét. Az illető hőguta tünetei között összeesik, egész teste apró, vörös, genyes pontozatú kiütéssel van borítva és a hőmérő 40°-ot mutat. A ki nem ismeri a bajt, felületes vizsgálat után könnyen kimondja a himlő diagnosisát, a mivel természetesen csak feleslegesen megriasztja a közönséget. Kezelése a lázas stadiumban jeges lepedőzés, azután nyugalom. Az ijesztő tünetek egy-másfél napig tartanak; a kiütések később minden különösebb zavar nélkül gyógyulnak. Egyik esetünk az óczeánon volt, a másik Nápoly után támadt és ezt nézték Fiumében himlőnek, felesleges aggodalmat okozva. A betegség különben az angol gyarmatokon meglehetősen gyakori.

A személyzet között bő alkalmam volt tanulmányozni a malaria különböző eseteit: a közönséges malariától egészen a zambesi lázig majdnem minden forma képviselve volt. Nem is csoda, mert a tengeri hajók személyzete között alig akad egy-kettő, a ki Dél-Afrika, Dél-Amerika és az Indiák veszedelmes kikötőiben meg nem fordult volna. Ezek az emberek majdnem kivétel nélkül szenvednek valamelyik sorvasztó lázban, vagy annak utóbajaiban; én egy pár nagyon érdekes esetét láttam a kiállott sárgaláznak. A hajószemélyzet foglalkozási betegségei között ezek a lázas betegségek tekintélyes számmal szerepelnek. A matrózok között gyakoriak a különböző szem- és fülbajok. A fütőknél és gépészeknél a hő okozta kellemetlenségek, valamint az előbbieknél a szénhányástól feltört tenyér, az égési sebek és a gőzzel való leforrázás a legtöbbször előforduló foglalkozási betegségek.

A foglalkozással összefüggő betegségek között meglehetősen szerepelnek a szerencsétlenségekből kifolyó bajok is. De ezek szerencsére ritkán lépik át a zúzódások és a csonttörések határát, a minek a magyarázata az, hogy a modern berendezésü hajókon lehetőleg minden intézkedés meg van téve a szerencsétlenségek elhárítására. Ha történik is szerencsétlenség, az többnyire az illetőnek saját hibája vagy gondatlansága következtében fordul elő.

Hogy a kivándorló hajó utasai között mint betegség leginkább a tengeri betegség grasszál, azt talán felesleges is említenem. Ezt a bajt és annak minden kellemetlen tünetét hallomásból még azok is ismerik, a kik sohasem jártak tengeren, a kik pedig megpróbálták, azokkal felesleges bővebben ismertetni.

A maláriás lázaktól eltekintve, a többi, bizonyos földrajzi helyhez kötött betegség, mint cholera, pestis, sárgaláz, dengueláz (black fever), a mennyiben feltétlenül vesztegzárt okoz, inkább a kikötők egészségügyéhez tartozik és azoknak feladata megakadályozni, hogy ezek a súlyos járványos betegségek a hajóra ne hurczoltassanak. Elbirálás alá is csak olyan kikötőben jönnek esetről esetre, a hol ezek a betegségek járványszerüen jelentkeznek, vagy esetleg állandóan uralkodnak. Az ellenük foganatosítandó intézkedéseket általánosan ismert nemzetközi megállapodások szabályozzák, melyeknek ismertetése nagyon messze vezetne.

Úgy az utasok, mint a hajószemélyzet számára naponként kétszer van rendelés az orvosi rendelőszobában. Az előbbiekből kiviláglik, hogy leginkább melyek azok a panaszok, a melyekkel az utasok és a személyzet legtöbbször jönnek. A fedélközi utasok közül igen soknak azért kell megjelenni, hogy szeme rendszeres kezelésben részesüljön. A kötőhártya különböző bajai igen gyakran fordulnak elő, de mert a baj nem olyan, hogy vissza kellene utasítani, az illetőt azzal a kikötéssel hajózzuk be, hogy szemének gyógykezelése elé akadályt nem gördít. Ezek rendesen czédulát kapnak behajózásuk napján, a melyen nevük, a betegség és a kezelés van feljegyezve. Ezzel a czédulával jelennek meg mindennap a reggeli rendelésen; így könnyebb őket kezelni és ellenőrizni.

Mint említettem, a legtöbb jelentkező a tengeri betegséggel és a táplálkozási zavarokkal összefüggő panaszokkal jön, de elég szép számot tesznek ki a könnyebb lefolyású légzőszervi bántalmak, valamint szervi baj is akad; ezeknek az utóbbiaknak, sajnos, rendesen az a sorsuk, hogy az Ellis-Islandi bevándorlási hatóság a legtöbb esetben „gyógyíthatlan szervi baj“ czímén visszautasítja őket. Ezenkivül meglehetős számmal jelentkeznek a fogfájósok is, a kiknek a révén igen szép fogorvosi gyakorlatra lehet szert tenni a foghúzás terén. Vihar alkalmával ez egy kicsit bajos ugyan, de az ember ebbe is beletanul.

Ha valamelyik jelentkezőnek csak kissé komoly baja volt, azonnal kórházba internáltuk. Ott rendesen az első osztályú konyháról kapott táplálékot és rendes ápolásban is részesült, valamint alkalma volt a fürdésre is. Gyermekek, csecsemők, a mint az anyjuk hasmenésről tett jelentést, anyjukkal együtt a kórházba vándoroltak, hogy folytonosan ellenőrzés alatt álljanak. Volt hét, különösen a nyári hónapokban, hogy a női kórház zsufolva volt gyermekekkel és asszonyokkal. És mondhatom,

olyan jól érezték magukat, hogy még akkor sem akartak kimenni, a mikor már semmi bajuk nem volt.

Persze, a ki a fertőző kórházba került (néha két család is volt benne), az meg az egész út alatt nem távozhatott, ha még úgy szeretett volna is. Szerencsére más esetünk nem igen volt, mint kanyaró, ezek is, egy kivételével, mind könnyű lefolyásúak voltak és járványnyá nem fejlődtek egyik úton sem.

Ha New-York felé nem is, de visszafelé bizony minden úton igénybe voltak véve úgy a fertőző, mint a nem fertőző kórházak. A fertőző kórházban rendesen két-három másodlagos elmekórban szenvedő beteget hoztunk, a kiknek gyógykezelése, sajnos, majdnem az egész úton a kényszerzubbonyra szorítkozott. Ezeket a szerencsétleneket az amerikai hatóságok küldik vissza, mert nem hajlandók a nem ép eszűeket is eltartani államköltségen. Ezeknek, valamint a kórházban fekvő betegeknek ápolására volna egy megjegyzésem. Ezek a szerencsétlen emberek ugyanis egy pillanatra sem maradhatnak magukra, hanem állandó felügyelet alatt kell lenniök. Ezzel kapcsolatban említem meg azt is, hogy a kórházban fekvő betegek ápolását, ha csak nincsenek sokan és nem súlyos természetű a baj, az orvosi rendelőbe rendelt szolga végzi el. Ez már magában véve anomália, mert annak a szolgának egyéb dolga is van. Ha azonban több a beteg, vagy olyan a baj, mely állandó felügyeletet kiván, a kirendelt emberrel sem a kórházban, sem az elmebajosoknál nem az orvos rendelkezik, hanem a főpinczér, a ki akkor rendeli más munkára, a mikor neki tetszik, a minek egyszerű következménye a fél ápolás és a fél felügyelet. Pedig a B. M. rendelet szerint a betegek ápolására felvett ápolószemélyzettel az orvos rendelkezik és ezek egyéb hajószolgálatra csakis az ő beleegyezésével alkalmazhatók. Ezen az anomálián is nagyon könnyű volna segíteni, a minek a betegek látnák hasznát.

Az elmekórban szenvedőkön kivül rendesen tíz-tizenöt olyan visszaküldöttet is hoztunk, a kiket az amerikai hatóság munkaképtelenség czímén utasított ki Amerika területéről. Mondhatom, rémes az a kép, a mit ezek a szerencsétlen emberek nyujtanak. A Lourdesba robogó hires *fehér vonat* alig mutat fel olyan testi és lelki nyomorékokat, mint a milyenek itt kerülnek össze. És az a szomorú a dologban, hogy ezek többnyire negyven éven aluli emberek. A különböző szervi bajoknak utolsó stadiuma, mindennemű gümőkór . . . stb. stb. Ezek a szerencsétlenek meghalni jönnek haza. A másik csoportot a nyomorékok alkotják: van itt béna, féllábú, félkarú, vak ember, a kiken igazán megesik az ember szíve és a kiknek idehaza a koldusboton kivül semmijük és senkijük sincs. Hogy az olvasónak fogalma legyen ezeknek az állapotáról, csak annyit jegyzek meg, hogy ezek közül a fedélzetre egy se tud maga menni: a vakot vezetni kell, a többieket többnyire derékaljjal kell felvinni a fedélzetre, hogy a friss tengeri levegőt élvezhessék az istenadták. De nemcsak a testük, a lelkük is beteg ezeknek a szerencsétleneknek. Komoran, szótlanul, még egymással sem beszélve ülnek vagy fekszenek ágyukon napokon keresztül és nem érdeklődnek semmi iránt. Nem is csoda. Nagyon friss még a szerencsétlenség emléke, mert hiszen rendesen a kórházból kerültek a hajóra, a mint annyira felépültek, hogy szállítani lehetett őket. Amerika senkire sem költ egy centet sem fölöslegesen, még huszonnégy óráig sem. Ezek az emberek az amerikai nyugatnak, a bányáknak, a vasmüveknek, a gépházaknak az áldozatai. Az óriási gépek kenyeret adó és öldöklő karjai szorították magukhoz őket, vagy a kitóduló göznek gyilkos harmata borult szemükvilágára . . . De némelyik mégis szerencsés volt; a nyári hónapokban, a mikor a hajó zsufolva volt az Európába tóduló ameriakaiakkal, egyik-másik jómódú utasnak a szíve megesett a legnyomorékabbon és gyüjtést rendezett a számára. Jól emlékezem, hogy egy fogarasi paraszt, a kinek mind a két lábát tőből amputálták, kétszázötven dollárt kapott így. Kicsordult a köny a szeméből, mikor átadtuk neki az összeget és azt kérdezte tőlem, tudnak-e ezért a pénzért neki lábat csinálni . . . Mi rendesen első osztályú élelmezést rendeltünk a szerencsétleneknek, hiszen ki tudja, mi vár reájuk itthon, a hol olyan szegények vagyunk, hogy az ilyen nyomorékoknak koldulni kell menni . . .

Günther József dr.

(Folytatása következik.)

Összefoglaló szemle.

Ujabb adatok a lumbalis analgesiához.

Közli: *Steiner Pál* dr., műtőorvos.

Adam: Ein Fall von Abduzenslähmung nach Lumbalanästhesie. Münch. med. Wochenschr., 1906. 8. sz. — *Anghelovici* és *Joanitescu:* Rachistovainisation. Rômania med., 1905. 22. sz. — *Bosse:* Zur Lumbalanästhesie. Berliner klin. Wochenschr., 1906. 12. sz. — *Chaput:* L'anesthésie à la stovaïne lombaire. Revue de Chirurgie. 1906 3. sz. — *Dollinger:* Klinikai évkönyv., 1905. IV. kötet, 500. lap. — *Dönitz:* Technik, Wirkung und specielle Indication der Rückenmarksanästhesie. Archiv für klin. Chir., 1905. 77. kötet. — *Finkelnburg:* Betrachtungen und Untersuchungen bei der Rückenmarksanästhesie mittels Cocain und Stovain. Münchener med. Wochenschr., 1906. 9. sz. — *Hackenbruch:* Zur Technik der Rückenmarksanästhesie. Zentralbl. f. Chir. 1906. 14. sz. — *Hermes:* Weitere Erfahrungen über Rückenmarksanästhesie. Med. Klinik 1906. 13. sz. — *Kendirdjy:* L'anesthésie chirurgicale par la stovaïne. Paris. Masson et Cie., 1906. — *Krecke:* Über Spinalanästhesie. Gynäk. Gesellsch. in München., 1906. jan. 17. — *Lazarus:* Zur Lumbalanästhesie. Berliner klin. Wochenschr., 1906. 12. sz. — *Loeser:* Augenmuskellähmungen nach Lumbalanästhesie. Medizinische Klinik, 1906. 10. sz. — *Milkó:* Spinalis analgesia stovainnal. Előadás a Kir. Orvosegyesület sebészi szakosztályában. 1906. — *Penkert:* Lumbalanästhesie im Morphium-Skopolamin-Dämmerschlaf. Münchener med. Wochenschr. 1906. 14. sz. — *Preindlsberger:* Bemerkungen zur Rückenmarksanästhesie. Wiener med. Wochenschr., 1906. 2. sz. — *Sandberg:* Respirationsparalyse efter stovain. Medicinsk Revue. 1906. februar. Refer. Zbl. f. Chir. 1906. 16. sz. — *Trautenroth:* Ein Fall von schwerer Stovainvergiftung nach Lumbalanästhesie. Deutsche med. Wochenschr., 1906. 7. sz.

Néhány hó előtt utaltunk azon haladásra, melyet a lumbális analgesia terén észlelhettünk[1] s láttuk, hogy *Bier*-nek a mult évi sebészcongressuson tartott előadása minő érdeklődést keltett. Egymásután számoltak be a különböző klinikák a lumbális analgesia körül tett tapasztalataikról, melyeknek kiemelkedő momentuma, hogy a *Fourneau* tól felfedezett *stovain* messze felülmulja az eddig ismert összes anaestheticumokat.

Dönitz a lumbális analgesia technikáját, hatását és javalatait beható vizsgálat tárgyává tette s kimutatja, hogy az eddig szeszélyesnek tartott eljárás méltán helyt állhat az érzéstelenítő módszerek között. Hisz egyszerű, diagnostikai czélból végzett lumbális punctionál ugyanazon kellemetlen utóhatásokat észlelték a nélkül, hogy bármit is fecskendeztek volna a gerinczcsatornába. *Nissl* lumbális punctio eseteinek 25%-ában észlelt fejfájást, hányást, *Gerhardt* 18%-ban tapasztalt kellemetlen utóhatásokat, s ezért *Dönitz* azon véleményének ad kifejezést, hogy az utóhatások nem irandók kizárólag a befecskendett anaestheticum rovására. Kimutatja, hogy a stovain *gyök*-anaesthesiát létesít s az ideális eljárás az volna, ha a stovaint közvetlenül a megfelelő ideggyökre tudnók applikálni. Ezen alkalmazási mód ellen szól azonban a gerinczvelő esetleges megsértése, s azért be kell érnünk azzal, hogy a 2—3. ágyékcsigolya közt végezzük a befecskendést és a medencze felpolczolása vagy a nyak körül alkalmazott gummipólya segélyével indirecte hozzuk az anaestheticumot azon helyre, a hova directe nem deponálhatjuk. Eseteiben 0·04—0·06 gm. stovain kielégítő eredményt adott; az injectiót ülő helyzetben előre csüngő fejjel és kyphosist utánzó gerinczoszlop mellett végezte. A beteget a gáton végzendő műtéteknél horizontális helyzetben, egyébként mindig a fej felé lejtő positioban helyezi el. Mindig megfigyeli, hogy hol kezdődik az anaesthesia s a további teendőket ehhez irányítja, így pl. ha herniotomiánál a lábszáron jelentkezik az érzéstelenség, a lejtő-helyzetet fokozza és hosszabb időn át fentartja.

Finkelnburg a bonni klinikán 50 esetben megvizsgálta, hogy mikép viselkedik a központi idegrendszer a lumbális analgesia beállásakor s azt tapasztalta, hogy rendesen 1 percz mulva kimarad a térdreflex, 2 percz mulva az Achilles inreflex, 4—5 percz mulva a bőrreflex és 4—6 percz mulva állanak be a motorius zavarok. A villamos ingerlékenység nem változik. A hatás megszünése legelébb a motilitás visszaállásában nyilvánul, azután jelentkezik a sensibilitás, utoljára állnak helyre a reflexek, egyes izomcsoportokban kisebb fokú paresis néha órákon át megmarad.

A mellék- és utóhatások az inreflexek fokozódásában, vizelési zavarokban, pulsus-lassubbodásban és mérsékelt hőemelke-

[1] *Steiner Pál* dr.: A lumbális analgesia jelen állása. Orvosi Hetilap. 1905. XLIX. évfolyam, 37—38. sz.

désben nyilvánulnak; az idegrendszer tartós bántalmazását sohasem észlelte. A refractaer viselkedés oka technikai hibákban rejlik.

Lazarus is vizsgálat tárgyává tette főleg belgyógyászati szempontból a lumbális analgesiát s azt tapasztalta, hogy gyakran érzési dissociatio van jelen, mint syringomyeliánál: positiv tapintó érzés mellett negativ fájdalom- és hőérzés. A cerebrospinális folyadékban stovain befecskendése után semmi kórosat nem talált, lymphocytosist sem észlelt. A lumbális analgesia jogosultságát nemcsak a sebészetben, hanem a belgyógyászatban is elismeri olyan esetekben, midőn az alsó testrészek súlyos, fájdalmas állapota van jelen, és semmiféle helybeli érzéstelenítéssel czélt nem érünk.

Igy tabes dorsalis és compressiós myelitis krisiseiben és hyperaesthesiájában, paramyoclonia, spastikus spinális paralysis, fájdalmas contractura eseteiben, továbbá a nerv. ischiadicus nyújtásakor az általános narcosis helyett 0·04—0·05 stovainnal és 0·0003 suprareninnel jó eredményt ért el, de néha fejfájást, rosszullétet észlelt a beavatkozás után.

Dollinger tanár legutóbb két esetben alkalmazta a lumbális punctiót s tropacocainnak a befecskendését tabeses krisisek ellen. A befecskendést a III. lumbalis csigolyaközben végezte; a tropacocaint fractionált sterilizálással csíramentesítve, 2%-os oldatából 1/2 cm³-t fecskendett be. A beavatkozás után harmad napra egyik esetben az alsó végtagokban eddig jelentkezett czikázó fájdalmakat bizsergés váltotta fel, a fájdalmak csak ritkán jelentkeztek s az injectio után két héttel a betegnek már sem fájdalma, sem bizsergése nem volt és teljesen jó közérzettel távozott.

Általában a lumbális punctio, mint fentebb jeleztük, a központi idegrendszert nem bántja s ime egyszerre két esetről számol be *Loeser* a berlini szemésztársaságban, midőn lumbális analgesia után a szemmozgató izmok bénulását észlelte. Az egyik esetben *Hermes* 45 éves férfin hydrocele-műtétet végzett novocainos lumbalis analgesiában és az 5. napon kettőslátás támadt; a másik esetben *Israel* gyüjtőeres végbélcsomókat távolított el stovainos lumbális analgesiában s a 8. napon jelentkezett a diplopia. Ez nemcsak egyszerü post hoc, hanem propter hoc is, a szemmozgató idegek, illetve magvaik mérgekkel szemben nagy affinitással birnak s a bénulást toxikus eredetűnek kell tartani. Míg ez esetekben rövid néhány hét után a normális állapot visszatért, addig egy harmadik esetben, melyet *Adam* közöl a berlini szemészeti klinikáról, sérvműtét után, melyet stovainos lumbális analgesiában *Bergmann* végzett, három héttel nerv. abducens bénulás állott be, mely az eset közlésekor még fennállott. Nem tartja valószinünek, hogy a stovain a n. abducensre vagy annak magjára közvetlenül hatott volna, mert sem a légzőközponton, sem egyéb idegmagvakon káros hatása nem volt észlelhető. Valószinübb, hogy a spinális folyadék lebocsátása után beállott nyomáscsökkenés vérzést vont maga után az abducens-mag körül. *Dufour* szerint épen az abducens-mag körül gyakoriabbak a vérzések, a melyeket 13 nucleáris haemorrhagia közül 9-szer észlelt a jelzett helyen.

Fontos ezen kedvezőtlen eseteknek az ismerete, mert az enthusiasmus, melylyel a stovainos lumbális analgesiát felkarolták, s melyről *Reclus* iskolája csak dicsérő szavakat hallat, józanabb megfigyelésnek, kritikának ad helyet. *Reclus* 325 esetben alkalmazta az érzéstelenítés e módját s azt irja, hogy a közvetlen és közvetett utóhatások számba sem jöhetnek, ha tekintetbe veszszük azt a nagy előnyt, a melyet alkalmazása biztosít. Hogy mily előszeretettel alkalmazzák a franczíák ez eljárást, mutatja az is, hogy 325 műtét közül 142 esetben circumcisionál alkalmazták. Olyan jelentéktelen beavatkozásnak azonban mégsem tarthatjuk e módszert, hogy a helybeli érzéstelenítést teljesen kiszorítsa. Hogy nem jogosult az alkalmazása ilyen általánosságban, e mellett szól *Hildebrand* klinikájának tapasztalata is. 55 esetben végezték a stovainos lumbális analgesiát s már az analgesia beállása körül sok kellemetlen tapasztalatot tettek a technikai fogások helyes keresztülvitele mellett is. Az analgesia először a gáton áll be, azután a genitális tájon 3—10 percz mulva. Néha 30 perczet is kellett várni, sőt 3/4 órát is, míg az analgesia a műtét kivitelére elegendő volt. Sem az analgesia beállása, sem annak tartama nem állandó, de a mi a legfontosabb, a stovain hatását sem találták megbizhatónak. 6 esetben teljesen eredménytelennek bizonyult, 2 esetben részlegesen vált be, az esetek felében általános narcosisra kellett áttérni. 7 esetben nagyfokú érlökéslassubbodás, 2-szer collapsus támadt, s gyakran maradt vissza rosszullét, incontinentia urinae, hosszas fejfájás. 2 esetben nagyon súlyos következményekkel járt: egyik esetben az egyik végtag paraplegiája 4 héten át fennállott, a másik esetben a műtét (amputatio) estéjén arhythmia cordis, légzési elégtelenség, *halál állott be.* Bonczoláskor a mellhártyán nagyszámú ecchymosist találtak, a mi a fuladási halálra jellemző; a szerző a halál okául a medulláris központ direct bénulását vette fel, mely a chemiai méreg következtében állott be.

Hermes beszámol a *Sonnenburg* osztályán végzett 367 lumbális analgesiáról. 114 esetben stovaint használtak, 26 esetben nem állott be anaesthesia. 162 esetben novocaint alkalmaztak, teljes anaesthesiát 150 esetben értek el. Ezen újabb észlelések alapján a novocaint a stovain fölé helyezi, mert a mellék- és utóhatások úgy quantitative, mint qualitative kisebb fokúak. 367 esetből *2 esetben meningitis spinalis volt a halál oka*; tekintve, hogy a műtét pyaemiás, illetve sepsises bántalom miatt történt, a meningitist a kórkép részjelenségének (!) tekinti.

Krecke a müncheni gynaekologiai társaságban 35 esetről számolt be, melyekben lumbális analgesiát végzett, még pedig 25 esetben stovainnal, 10 esetben novocainnal. A befecskendést ülő helyzetben a középvonalban a II—III., illetve az I—II. ágyéki csigolya közt végezte. Hasüri mütéteknél nem alkalmazta, mert a hashártya vongálásakor beálló fájdalomra nem hat kedvezően ez eljárás. 4 esetben teljesen sikertelennek bizonyult a módszer, 3 esetben a műtét első felében 40 perczen belül megfelelt, később általános narcosist kellett végezni. *1 esetben halál állott be* 0·05 gm. stovain alkalmazása után kizárt sérv műtétekor; a sérvkapu tágításakor a beteg collabált és meghalt. Minthogy bonczolás nem történt, e haláleset nem irható bizonyossággal az analgesia rovására.

Még a kedvező kimenetelü esetekben is nagy számban észlelt utóhatást: heves fejfájást, hányást 16 esetben, meningeális tüneteket 1 esetben, súlyos collapsust 2 esetben.

Trautenroth súlyos stovain-mérgezést észlelt lumbális analgesia után, melyet 39 éves V.-paranál alkalmazott fogómütétkor. 10 perez után cyanosis, kis pulsus, felületes légzés, öntudatlanság állott be, mely kámfor használatára javult. 2 hét után jobboldalt erős fájdalmak, izomrángások a felső és alsó végtagon, Kernig-tünetek jelentkezek, tehát meningitis spinalis és a jobboldali ideggyökökben neuritis. Ezt *Trautenroth* a stovain toxikus hatásának tudja be, bár nem szabad figyelmen kivül hagynunk, hogy 0·003 gm. carbolsavat is fecskendett be a stovainnal együtt.

Preindlsberger sincs megelégedve a stovainnal, melyet 30 esetben alkalmazott. 10-szer teljesen elégtelen volt az analgesia, 5 esetben általános narcosisra kellett áttérni. 3 esetben napokig tartó heves fejfájást észlelt mint utóhatást. Kedvezőbb eredményt ért el a tropacocainnal, melyet újabban ismét alkalmaz a stovain helyett.

Sandberg 31 esetben alkalmazta a stovaint, az eredmény kielégítő volt, 1 esetben a légzőcentrum hüdése folytán 25 perczig tartó mesterséges légzés volt szükséges.

Penkert ajánlja, hogy a műtét előtt 3 órán át 1 órai időközökben 0·01 gm. morphint és 0·0003 gm. skopolamint injiciáljunk a beteg psychejének megnyugtatására. Ily módon 140 esetet operált, de eljárása, úgy véljük, a skopolamin-morphin ismert kedvezőtlen, sőt halálos hatása miatt, követésre nem méltó.

Anghelovici és *Joanitescu* 89 esetben alkalmazták a stovaint, melynek 0·03 gm.-jával jó eredményt értek el, csak 1 esetben nem vált be az eljárás.

Chaput 309 esetben a stovainnal elért hatást ideálisnak nevezi s csak a beteg nagy kachexiájában lát ellenjavalatot.

Milkó is 100 esetben alkalmazta a stovaint sérvműtéteknél, húgy-, ivarszervi, végtagoperatioknál, appendicitisnél a Rókus-kórház I. sebészi osztályán és kedvezően nyilatkozott az Orvos-egyesület sebészi szakosztályában ez eljárás felől. Főleg végbélmütétekre ajánlja. 5 esetben nem vált be az eljárás.

Ha így áttekintünk az újabb tapasztalatokon, azon következtetést vonhatjuk belőlük, hogy a lumbális analgesia sem panacea, mely az általános narkosist kiszorítani van hivatva, s alig teljesülnek azok a remények, a melyeknek *Sonnenburg* egyik előadásában

kifejezést adott. A priori elesik a lumbális analgesia 10 éven aluli betegeknél és acut septikus megbetegedéseknél; nem fogadhatjuk el, hogy ez eljárással szemben egyes esetekben tapasztalt refractär viselkedés kizárólag technikai hibákon nyugszik, és be kell látnunk, hogy ez eljárás nem minden esetben megbizható. Suum cuique! Azt hiszszük, hogy az eddig tett tapasztalatok fenntartják a jogosultságát a helybeli érzéstelenítésnek és az általános narcosisnak; a lumbális analgesiának a helye e kettő között van. Azon esetekben, midön a lokális anaesthesia ki nem vihető, az általános narcosis pedig ellenjavalt: *öreg egyéneknél, szívbajosoknál, súlyos arteriosklerosisban, tüdőbántalmakban szenvedőknél és nagyfokban diabetesesek amputálásánál a lumbális analgesia igen jó szolgálatot tehet sebészeti beavatkozás szüksége esetén.*

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Markusovszky Lajos válogatott munkái. Összegyüjtötte és sajtó alá rendezte **Marikovszky György.** Budapest, Orvosi Könyvkiadótársulat. 1905. 8°, VIII + 320 l.

Tiszteletreméltó elhatározása a Magy. Orv. Könyvkiadótársulatnak és elismerésre méltó munkája a kiadónak!

Ha Markusovszky életéből mást se tudnánk felmutatni, mint azt az egyet, hogy abban az időben, mikor az egész külföld kinevette, becsmérelte Semmelweisunkat — többek között a nagy Virchow is —, Markusovszky buzdítással és a „scripta manent"-nek bizonyára teljes és felelősséges tudatában irásban is melegen védte s megokolni segítette Semmelweis nagy elveit, ha, mondom, Markusovszky egyebet se tett volna: örök tiszteletét őriznénk meg nevének, tudásának. Pedig mennyivel többet tett! Tudjuk jól mindnyájan. Marikovszky könyvvé foglalta működésének ezen részét. Markusovszky azonkívül nagyszámú elaboratumszerü közleményt irt, melyek az egyetemi ügyekre vonatkoznak, köztük egyet, 1869-es kelettel (!), melyben a nőknek az orvosi pályára engedése mellett tör lándsát. Az egyetemen kivül a közegészségügyi dolgok s az orvosegyesület ügyei érdekelték öt melegen; ezekre vonatkozó czikkei, tartalmuk és számuk tanusága szerint, bizonyságot tesznek ezen érdeklődéséről. A praktikus szakmák közül a nőgyógyászat és a rhinologia kötötték le figyelmét (ő találta fel a rhinoskopia anteriort). Kora nagyjait mélyérzésü és magas szinvonalú nekrologokkal búcsúztatta el. Mindezen czikkeit Marikovszky összegyüjtötte. De ennél sokkal többet irt Markusovszky. A mit szerénységből nem látott el neve aláirásával, még ha öt is kell szerzőként sejtenünk, helyes, hogy fel nem vették a gyüjteménybe. De hogy jól agnoskálható közleményei nem *mind* kerültek bele a kötetbe, erre a „társulat viszonyai által megszabott határok" nem nyujtanak megnyugvást keltő megokolást. Óhajtandó volna II. kötetté foglalásuk. *Györy.*

Prof. H. Eichhorst: Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie. Zweiter Band. Sechste, umgearbeitete und vermehrte Auflage. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. Ára 18 korona.

A már öt nagy kiadásban elfogyott, jól ismert négykötetes Eichhorst-féle belorvostani kézikönyv új kiadásából nemrégiben jelent meg a második kötet, mely az emésztőszervek, továbbá a húgy-ivarszervek betegségeit öleli fel. Felesleges volna ez alkalomból behatóbban ismertetni a munkát, hisz az előző kiadások megjelenésekor ismételten volt alkalmunk megemlékezni kiváló tulajdonságairól. Megelégszünk tehát azzal, hogy két előnyére hivjuk fel újból olvasóink figyelmét. Az egyik az, hogy a legkisebb részletekre kiterjedően tárgyalja az egyes belbajokat, úgy hogy az orvos mindig teljesen kimerítő felvilágositást nyerhet valamely öt érdeklő esetben az illető betegségre vonatkozó ismeretek jelen állásáról, még pedig a munka jól átnézhetősége folytán nagyon könnyü szerrel; ez a körülmény, a mely a tanuló számára ugyan nem előnyös, mert az adatok nagy tömege eltereli a figyelmet a lényegről, az orvosra nézve annál nagyobb értékü. A másik előny pedig az, hogy a gyógyitást a tan- és kézikönyvekben megszokottnál nagyobb figyelemben részesiti, még pedig nem egyoldalúan, hanem úgy a gyógyszeres, mint a physikális és diaetás eljárás egyforma méltánylásával s a saját tapasztalatai alapján jónak bizonyult gyógyitásmód kiemelésével. A munkának még hátralévő két kötete a kiadók igérete szerint gyorsan fogja követni a már megjelent köteteket.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A belső vérzések kezeléséről gyógyszerekkel közöl érdekes kis tanulmányt *Dixon.* Egyes belső vérzéseknél, a mikor közvetlen érintkezésbe hozható a gyógyszer a vérző helylyel (pl. gyomor- és méhvérzésnél), jó eredménynyel használhatók bizonyos gyógyszerek, a melyek vagy véralvasztó hatásúak (tannin, vaschlorid), vagy a vérző eret összehúzódásra birják (adrenalin, cocain, digitalis). Másképen áll azonban a dolog, a mikor csak az általános vérkeringés útján juttatható a gyógyszer a vérzés helyéhez. Ilyen esetekben megfontolandó, hogy először is a gyógyszer változásokon mehet keresztül, mielőtt rendeltetéshelyére jut, a mely változások miatt hatástalanná válik. De tekintetbe kell venni azt is, hogy ha nem is vált volna hatástalanná a felszivódás folyamán vagy a vérben, s azért megtartotta volna például érösszehúzó hatását az illető gyógyszer: hatását ilyenkor valamennyi érre ki fogja fejteni; minthogy pedig az érösszehúzódás foka egyrészt a test különböző részeiben levő erek nagyon is különböző fokú innervatiojától, másrészt pedig izomzatuk erősségétől függ: sokszor megesik, hogy valamely gyógyszer használata után épen a vérző terület erei húzódnak össze legkevésbé, míg a test többi erének összehúzódása sokkal kifejezettebb; ez utóbbi ok miatt pedig a vérnyomás tetemesen fokozódván, végeredményben a vérzés megszüntetése szempontjából kedvezőtlen lesz az illető szer hatása.

A különböző tanninkészítményekről tudjuk, hogy nem igen szivódnak fel mint ilyenek és hogy körülbelül csak 1%-ban jutnak a vérbe natriumgallat alakjában, a mely azonban egyrészt nem fokozza a vér megalvadásképességét, másrészt pedig nincs is érszükitő hatása.

A mellékvesék hatóanyagáról azt állitották, hogy kifejezetten csökkenti a belső vérzéseket még akkor is, ha a szájon át adjuk. Szerző azonban részint embereken, részint állatokon végzett kisérletei alapján azt állitja, hogy az adrenalin a szájon át adva semmiféle érösszehúzó hatással nem bir, tehát valószinüleg nem szivódik fel a tápcsatornában. Ha azonban közvetlenül a vérbe fecskendezzük az adrenalint, már nagyon kicsiny mennyiségben is fokozza a vérnyomást és szaporábbá teszi az érverést. Bőr alá fecskendezve is teljesen hatástalan az adrenalin a vérkeringésre, a mint azt a szerzőnek és másoknak vizsgálatai kimutatták, alkalmasint azért, mert ott helyben elroncsoltatik.

Vannak azonban gyógyszereink az intravenosusan alkalmazott adrenalinon kivül is, a melyek az erekre biztosan összehúzó hatásúak; ilyen az ergotin, a digitalis-csoport, az ólom. A mi azonban ezen szerek használhatóságát illeti belső vérzés eseteiben, a fentebb elmondottakat kell szem előtt tartani, hogy tudniillik hatásuk valamennyi érre kiterjed, még pedig nagyon különböző fokban. Általában mondható, hogy a splanchnicus területének erei húzódnak össze legerősebben; kevésbé kifejezett a hatás a csontváz-izomzat, a vese, a lép, a méh stb. ereire, és még gyengébb a tüdő, a máj és az agyvelő ereire, valamint a szív koszorú-ereire; úgy hogy az utóbbiakban beálló mérsékelt összehúzódás előnyét erősen túlszárnyalja az a kár, a melyet a splanchnicus-terület ereiben keletkező erős összehúzódás eredményeképen támadó vérnyomásfokozódás okoz.

Az adrenalin intravenosus befecskendezése után az izmok sympathicus-idegvégződésére gyakorolt hatása útján érösszehúzódást létesít. Ennek következtében legerősebb lesz az összehúzódás ott, a hol a legerősebb a sympathicus-beidegzés, vagyis a splanchnicus-terület ereiben; kisebb már az összehúzódás a lábszárak ereiben, még kisebb az agyerekben és teljesen hiányzik a coronariákban. Ha tehát tüdő- vagy agyvérzés eseteiben adrenalint fecskendeznénk a vérbe, tulajdonképen fokoznánk a vérzést, mert a tüdő vagy az agy ereire gyakorolt mérsékelt összehúzó hatás hasznát

messze felülmúlná az a kár, a mely a splanchnicus-területen támadt erős érösszehúzódás folytán keletkezett erős vérnyomásfokozódás révén előállana. És itt felhivja szerző a figyelmet az adrenalin intravenosus befecskendezésének nagy hasznára toxinok okozta szívkimerülés eseteiben. (Referens véleménye szerint a kedvező eredmények ilyenkor nem annyira a szívre való hatással, mint a vasomotorius-hüdés megszüntetésével magyarázhatók.)

Az ergotin érösszehúzó hatása bizonyos idegközpontokra gyakorolt hatása útján áll elő, végeredményben azonban körülbelül megegyezik az adrenalin hatásával, t. i. a splanchnicus-terület és a lábszárak erei húzódnak össze erősen és ennek következményeképen a májban, a tüdőben és az agyban vérbőség támad. Az ergotinnak a szívre való hatását illetőleg megjegyzi a szerző, hogy a szív erejét növeli, még pedig közvetlenül a szívizomra gyakorolt hatása útján. A hatás kifejezettebb, mint a digitalisé; szívszer gyanánt való használatát csak készítményeinek nem egyforma volta miatt hanyagolják el.

Az adrenalin és az ergotin között még egy nagy különbség van: az adrenalin hatása ugyanis nagyon hamar múló, mert már nehány percz alatt oxydálódik, míg az ergotin hatása órákig eltart.

A digitalis-csoportból három szer érdemel említést: a digitalis, a strophantus és a scilla. Érösszehúzódás tekintetében legerősebb hatású a scilla; hatását egyrészt az idegvégződésekre, másrészt az izmokra fejti ki. Eredményképen a splanchnicus-terület erős érösszehúzódása áll elő a tüdő és az agyerek következményes tágulásával, mert az utóbbiakban nagyon kevés az izomzat.

Az említetteken kivül még nehány szer van, a melyeket vérzések ellen érösszehúzó hatásuk miatt használni szoktak; ilyen a veratrin, a baryum és az ólom. Hatásuk az erek izomzatának tonikus összehúzódásán alapulván, huzamosabb ideig tart.

Az elmondottak alapján tehát könnyen belátható, hogy a tannin, az adrenalin, a digitalis-csoport, az ergotin, a veratrin stb. tüdő-, agy- és májvérzés eseteiben nemcsak hogy nem használ, hanem még árthat. Milyen gyógyszereket vegyünk tehát ezekben az esetekben igénybe? Minthogy a szív fokozott működése és az érösszehúzódás, melyek a vérnyomást fokozzák, az agy révén reflectorius úton könnyen beállanak: elsőrendü fontosságú ezen reflexeket csökkenteni, s erre a czélra legjobb a morphium, mint a mely a beteget úgy testileg, mint szellemileg megnyugtatja. Tekintetbe jöhet azután a calcium, mint a mely a vér alvadásképességét fokozza. Legjobb a calciumchlorid. Minthogy azonban a szájon át adva, csak órák mulva fejti ki hatását, vérzés eseteiben pedig ily soká nem várhatunk, legjobb bőr alá fecskendezés alakjában használni; 6—12 centigrammot fecskendezünk be közönbösített oldatban jó mélyen. (The lancet, 1906. márczius 24.)

Belorvostan.

A vérről és a vérzésekről az emésztőszervek megbetegedéseiben ir *Ewald* tanár a „Berliner klinische Wochenschrift“ ez évi 9. és 10. számában. A czikk természetesen nagyon sok közismert dolgot is tartalmaz, a melyektől eltekintve, az alábbiakban csupán a kevésbé ismert részletek, valamint a szerző érdekesebb személyes tapasztalatainak ismertetésére szorítkozunk.

A mi a vérvizsgálatot illeti: az emésztési leukocytosis gyomorrák eseteiben többnyire hiányzik; csak az a baj, hogy ez a hiányzás csak akkor jelentkezik, a mikor a rák kétségtelen egyéb tünetei már megvannak. Gyomorhurut vagy neurosis kapcsán keletkezett achylia eseteiben a vérlelet többnyire normális, míg latens carcinoma a vörösvérsejtek számának és a vér haemoglobin-tartalmának megkevesbedéséhez szokott vezetni. Nem szabad azonban megfeledkezni arról, hogy akárhányszor már jól tapintható gyomorrák esetén is alig van elváltozás a vérben. A vér kimutatására a helyesen végzett guajac-reactiót és az aloin-próbát tartja a gyakorlatban a legmegbizhatóbbnak. Kezdődő rák eseteiben vér a bélsárban nem igen mutatható ki; de már előrehaladt rák eseteiben is hiányozhatik a bélsárban a vér, a mennyiben a rákos daganatok néha csak nagyon későn fekélyesednek, a vérzést pedig a fekélyedés okozza.

Sokkal nagyobb jelentőséggel bir a vérkimutatás gyomorfekély eseteiben. Akárhányszor találunk ilyenkor vért a bélsárban, noha a gyomorban nincs; ez úgy magyarázható, hogy a gyomorban a vérzés megszünt s belőle a vér a belek felé már eltávozott. Fontos lelet a vérkimutatás a gyomorneurosis és gyomorfekély megkülönböztetése szempontjából, a mi tudvalevőleg sokszor nagyon nehéz. Boas azon nézetét, hogy hosszasan elhúzódó vérzés a gyomorfekélynek rákká átalakulása mellett szól, szerző nem találta minden esetben beigazoltnak, valamint azt sem, hogy a vérzés továbbra fennmaradása olyanoknál, a kik tejdiaetán élnek, rákra utal. Kis mennyiségü vér kimutatása a bélsárban nagyon fontos praemonitorius tünet lehet

A gyomorvérzés ellen használatos eljárások (hidegség jégtömlő alakjában, jéglabdacsok, hideg ital, vaschlorid, morphium és secale cornutum bőr alá fecskendezése, hydrastis canadensis, hamamela virginica) felsorolása után az újabban ajánlott szerekre: a stypticinre, styptolra, adrenalinra, gelatinára, chlorcalciumra tér át, a melyektől nem sok hasznot látott Nagyon dicséri azonban a jeges vízzel végzett gyomoröblítéseket súlyos, minden kezeléssel daczoló esetekben; a betegnek előbb morphium-befecskendést ad, torkát cocainnal érzésteleníti és azután bevezeti a gyomorcsövet úgy, hogy ez a cardiát épen csak meghaladja; a gyomorcsövön át már most megtölti a gyomrot jeges vizzel s ezt csakhamar kibocsátva, az eljárást mindaddig folytatja, a míg a kifolyó víz már nem véres szinezetü; a bélbe jutott vér pangásának és igy bomlásának megakadályozására bélbeöntésekkel bélürülést indit meg; collapsus jelentkezése esetén kámforaether (1 : 6) befecskendéseket végez, tojásos vagy peptonos borral klysmát ad, a végtagokra pedig forró borogatásokat rendel; elvérzés veszélyekor nagymennyiségü konyhasó-oldatot fecskendez a bőr alá. A mütéti beavatkozás szükségességét és időpontját illetőleg nem igen lehet szabályokat felállítani. Egyrészt ugyanis nagyon veszedelmesnek látszó vérzések is többnyire megszünnek kellő belső kezelésre, másrészt az ilyenkor végzett sebészi beavatkozások eredményei sem nagyon fényesek.

A bélvérzések közül a haemorrhoidális vérzések többnyire maguktól megszünnek, vagy pedig hideg alkalmazásával könnyen megszüntethetők (hideg ülőfürdő, jeges víz befecskendése, jégdarabkák betolása a végbélbe). Nagyon gyakran ismétlődő és bőséges vérzések ellen összehúzó oldatok (1—2%-os tannin, 1—3%-os timsó, 0·2—0·5%-os plumbum aceticum, 0.5—1%-os argentum nitricum) fecskendezhetők be, avagy hydrastis canadensis és hamamela virginica egyenlő mennyiségével átitatott vatta tolható a végbélbe. Külső csomók chrysarobin-kenőccsel (Rp. Chrysarobini 0·8; Jodoformii 0·3; Extr. belladonnae 0·6; Vaselini 15 0. S. Többször naponként bedörzsölendő), belsők chrysarobin-suppositoriumokkal (Rp. Chrysarobini 0 08; Jodoformii 0·02; Extr. belladonae 0·01; Butyri cacao 2·0. Fiat suppositorium. D. tal. suppos. No. X. S. Naponként kettőt) kezelhetők. Ez az eljárás huzamosabb használat esetén nem csupán a vérzés megszünéséhez, hanem az érzékenység csökkenéséhez és a csomók megkisebbedéséhez is vezet. A következő kenőcsöt is dicsérik: Rp. Hydrargyri bichlor. 0·02; Acidi carbolici 1·0; Lanolini 8·0; Vasel. alb. 20·0. Szerző nagyon dicséri a fascol-capsulákat is, melyeket O. Hütter chemiai gyára Kölnben állít elő s a melyek fő alkatrészek gyanánt calciumoxydot, bismuthum tannicumot és resorcint tartalmaznak. Eleinte naponként 5 capsula vezetendő a végbélbe 1—2 órás időközökben; később elegendő esténként 1—2 capsulát alkalmazni, sőt enyhe esetekben hetenként csak 1—2-t. Egyidejüleg jelenlevő obstipatio esetén enyhe hashajtók (pl. budai keserüvíz) adhatók. Súlyosabb haemorrhoidális vérzéseknél azonban sem ezek az eljárások, sem a vaschloridos vagy ferripyrines vattával, illetve vaschlorid- vagy jodoform-gazezel tamponálások nem vezetnek tartós eredményre, úgy hogy ilyen esetekben legjobb a csomók kiégetése, illetve általában sebészi kezelése.

Végül felhivja a figyelmet arra, hogy bélbeli vérzéseknél mily nagy fontosságú a belet nem izgató diaeta és a bélürülés szabályozása; nemkülönben arra is, hogy sokszor mintegy anaemia perniciosára emlékeztető állapot fejlődhetik ki magasan levő haemorrhoidális csomókból eredő s azért nehezebben felismerhető állandó vérzés miatt.

Venereás bántalmak.

A syphilis prophylaxisáról irott czikkében *Metschnikoff* először is felemliti, hogy prophylactikusan ható syphilisellenes serum előállítása még nem sikerült, alkalmasint azért nem, mert nem áll elég fertőző anyag rendelkezésünkre, hogy a serumot adandó állat immunitását a megkivánt mértékig fokozzuk. A syphilis kórokozójának felfedezése sem segit ezen a bajon, mert mindezideig nem sikerült a spirochaeta pallidát tenyészteni. De még ha birtokában is volnánk hatékony serumnak, a praktikus syphilisprophylaxis szempontjából nem volna nagy haszna, mert a serum adta immunitás csak 2—3 hétig tart, tehát 2—3 hetenként kellene a serumot újból meg újból befecskendezni. Más mód után kell tehát kutatnunk, melylyel a syphilis prophylaxisát szolgálhatjuk. Metschnikoff nagyobb számú majmon végzett idetartozó kisérleteket olyan módon, hogy az állatokat a syphilis virusával fertözte s utána 3/4—1 órával a fertözés helyét különböző módon kezelte. 1‰ sublimatoldattal 4 perczig folytatott erélyes mosogatás teljesen eredménytelennek bizonyult, alkalmasint azért, mert a sublimatoldat nem tud a mélybe hatolni. Eredményesek voltak azonban a kenöcsökkel végzett kisérletek. Minthogy az egyszerü szürke kenöcs erösen izgat, czélszerübb calomel-, fehér praecipitatvagy salicyl-arsenessavas-higanykenöcsöt használni (a kenöcsök 3—4-szer annyi lanolinnel készitendök). Megjegyzendő, hogy az ilyen kenöcsök még akkor is hatékonynak bizonyultak, ha 18½ óra mulva történt csak alkalmazásuk. Hogy a kenöcs teljesen tönkretette a syphilis fertöző anyagát, a mellett az szól, hogy az ilyen majmokat később syphilis-virussal újból fertözve, typusos fekély keletkezett. Nem érdektelen, hogy a calomelkenöcs az ulcus molle kórokozójával szemben hatástalannak bizonyult ugyancsak majmokon végzett hasonló kisérletekben. Az elmondottak alapján Metschnikoff calomel- vagy fehér praecipitatkenöcsnek 4—5 perczig tartó bedörzsölését ajánlja minden gyanus közösülés után. (Medizinische Klinik, 1906. 15. szám.)

Utasítás heveny kankóban szenvedők részére. A Kollmann tanár vezetése alatt álló lipcsei urologiai poliklinikán a heveny kankóval jelentkezöknek a következő nyomtatott utasítást adják:

„A kankó komolyan veendő megbetegedés, melyet a nyomában járó utóbajok lehetősége miatt nem szabad elhanyagolnunk. Ezeknek az utóbajoknak elejét vehetjük szakszerü kezeléssel; ha a beteg ilyenben részesül, baja gyógyitható.

Általános utasítások. Legszigorubban ügyeljen a beteg a tisztaságra s óvja meg kezét a genynyel való szennyezéstől, mert ha a geny a szemébe jut, súlyos gyuladást okozhat ott. Őrizkedjék *a)* minden alkoholtartalmú italtól, bor, sör, pálinka, likör, pezsgő, szénsavas italok, szódavíz ivásától. Sok vizet sem szabad innia, ha erre külön utasitást nem kapott. *b)* Kerülje az erős fűszereket s az erősen fűszerezett ételeket (gulyás, paprikás, eczetes uborka, retek, torma, spárga, zeller, hagyma, snidling, stb.) Korán vacsorázzon! Tilos továbbá *c)* minden testi megerőltetés, különösen az olyan, a mely rázkódással jár, mint a lovaglás, ugrálás, tánczolás, tornázás, kerékpározás, sok kocsizás, tilos továbbá a sok lépcsőjárás, hegymászás és nehéz súlyok emelése. Italul ajánlható: tej, kevés vörösbor vízzel (de nem savanyúvízzel!), tiszta víz, gyümölcslimonádék (de nem czitromlimonádé!), hársfavirágtea; a teát és kávét csak tejjel erősen felhigítva szabad a betegnek innia.

Részletes utasítások. A beteg állandóan jól illő suspensoriumot viseljen, s ha teheti, minden este 15 perczig 32—32 C°-ú ülőfürdőt vegyen. Ha ez nem áll módjában, legalább mossa meg minden reggel a tagját meleg vízben. Napjában 3—4-szer vegyen be, mindig evés közben (reggeli, ebéd, uzsonna, vacsora alkalmával) két-két tokocska gonosant. A fecskendezésre rendelt folyadékból a beteg a fecskendőt 3/4 részéig szivja tele s a folyadékot lassan, óvatosan nyomja be a húgycsövébe. Befecskendezés előtt vizelnie kell, nehogy a húgycső ép részeibe szoritsa a gonococcusokat tartalmazó genyet. A folyadékot, a szerint hogy milyen a rendelet, 4—10 perczig a húgycsőben kell tartani a makk összeszorítása által; ha a beteg kiállja, a fecskendés után legalább egy óráig ne vizeljen. Minden feltünő változást, minden bárhol jelentkező fájdalmat azonnal jelentsen be az orvosnak. Az orvosi rendelés előtt lehetőleg 5 óra hosszat tartsa vissza a vizeletét. A nemi izgalom ártalmas. A ki kankós állapotban közösül, továbbterjeszti baját s ezzel törvénybe ütköző és erkölcstelen cselekményt követ el.“ (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1906. 10. szám.)

Veleszületett syphilis eseteiben aorta-elváltozásokat irt le *C. Bruhns*, a ki összesen 9 veleszületett syphilises gyermeket vizsgált. Ezek közül nyolcz halva született, illetőleg közvetlenül a születés után halt el. Egy esetben a gyermek 3 hónapig élt. Bruhns a 9 eset közül hat izben talált az aortán rendellenességeket. A veleszületett syphilis diagnosisának helyessége minden egyes esetben kétségtelen volt. A szövettani vizsgálat alapján a következő tételeket állítja fel: 1. Veleszületett syphilis esetében az aortában gyuladásos góczok találhatók, melyeknek székhelye a mediának legkülsőbb rétege, az adventitia, de leginkább a vasa vasorum szomszédsága. 2. A gyuladásos góczok képe teljesen egyezik azon „productiv mesaortitis“ képével, melyet *Chiari* a szerzett syphilisnél leirt. 3. A veleszületett syphilis kapcsán mutatkozó ezen aortaelváltozások azt is bizonyítják, hogy a *Chiari*-féle „mesaortitis productiva“ valóban az aorta syphilises megbetegedésének egyik nyilvánulási alakja (Berl. klin. Wochenschrift, 1906. 8—9. sz.) *Guszman.*

Húgyszervi betegségek.

Pollakiuriát észlelt májzsugorban szenvedő betegénél *Wasserthal*; 2—30 perczenként, főleg éjjel, erős vizelésinger jelentkezett, a melynek — minthogy a vizelet összetétele normális, helyi vagy idegtünetek pedig nem voltak kimutathatók — semmiféle okát sem lehetett adni. Azon körülményből, hogy a bármely csekély vizelet-mennyiségre rendkivül érzékeny hólyag 150 cm³ bór-oldatot minden zavar nélkül eltürt, szerző azon véleményének ad kifejezést, hogy a vizeletben oly anyagoknak kellett lenniök, a melyek a nyálkahártyát izgatták; ez esetben tehát, minthogy májzsugorról van szó, ammoniákra, tejsavra és aromatikus vegyületekre gondolhatunk. (Centralbl. für die Krankh. der Harn- und Sexualorg., 1905. 11. füzet.) *Drucker Viktor* dr.

Az epidurális injectiók hatását *Max Hirsch* nem tartja suggestión alapulónak, hanem okozatbeli összefüggésbe hozza azon vérbőséggel, melyet a befecskendezés után a cystoskoppal a hólyagban csakugyan látott. Ezen vérbőség nem szorítkozik kizárólag a hólyagra, hanem melegségérzet képében kiterjed a test egész alsó felére, és az ivarszervekben férfiaknál a priapismushoz hasonló erős merevedések alakjában lokalizálódik. A műtét sikerének főfeltétele az, hogy a tű hegyének a hiatus sacralison át az epiduralis, vagyis a gerinczagy dura materje és a gerinczcsatorna belső periostja között levő ürbe kell kerülnie; az oldatból (natrium chlor. 0·2, cocain. muriat. 0·01, aqua destill. 100·0) felnőtteknél 10—20 cm³-nyit, gyermekeknél koruknak megfelelően kevesebbet használt el egy befecskendezésre és a műveletet három napi időközben 2—3 szor ismételve, makacs esetben tíz injectiót is adott; aggodalmat keltő jelenségeket némi fejfájástól, mérsékelt hányástól és csekély láztól (egész 38°-ig) eltekintve nem látott. Ezen eljárás javalt az alsó testrésznek fájdalommal járó különböző bántalmaiban, úgymint: ischias, lumbalneuralgia, tabes vagy saturnismus után támadó bélbaj, főképen pedig a húgyszervekből kiinduló ideges izgalmak, vagyis enuresis és hólyagneurosis eseteiben. (Centralbl. für die Krankh. der Harn- und Sexualorg., 1905. 12. füzet.)

Drucker Viktor dr.

A húgyivarszervek mentén keletkező idiopathikus colibacillosisról ir *F. Bodländer* egy gondosan észlelt esete kapcsán. A kizárólag bakterium coli által okozott fertözés a 49 éves férfibetegnél prostatitisre, cystitisre, pyelitisre, illetőleg pyelonephritisre és epididymitisre vezetett. A Barbacci által leirt hasonló eset ez ideig egyedül állott az orvosi irodalomban. A kórkép kezdetben mindenben megegyezett a tuberculosiséval, a betegség további lefolyásában azonban ez ellen szólt nemcsak a bakteriumvizsgálat és az állatokon végzett oltások negativ eredménye, hanem főképen azon körülmény, hogy a szokásos kezelés mellett a beteg teljesen felépült. (Centralbl. für die Krankh. der Harn- und Sexualorg., 1905. 12. füzet.) *Drucker Viktor* dr.

A húgycsővarratok *Rochet* szerint akkor gyógyulnak szépen, ha 1. a sebszéleket felfrissíttettük, 2. miként a bélvarrásnál, rétegenként egyesítjük a sebet és 3. a mütét után nem vezetünk be állandó kathetert. A vizelet lefolyására inkább nyissunk gátsipolyt, a mely, a mikor akarjuk, magától szépen beheged. (Revue de chirurgie, 1905. 423. oldal.) *Drucker Viktor* dr.

Kankós eredetű erythema nodosumot észlelt *O. Herrmann* egy 14 éves fiun, a ki lázzal járó, izületi fájdalmakkal súlyosbított, tíz hét óta fennálló húgycsőfolyását egy feszesen ülő, használt nadrágnak tulajdonítja, a melyet egy fiatal embertől kapott ajándékba. Első sorban a lapos papulosus kiütések jellegzetesek, a melyek részben központi hólyagocskákat, részben pedig a typikus typhusroseolák képét mutatják. A felületes bőrrészletben székelő ezen exanthemák mellett még nagyobb, mozdulatlan subcután csomókat is talált, melyeknek tünetei az eryth. nodos.-éival mindenben egyeznek; végül pedig még a lágyrészek diffus, halvány, tésztás tapintatú, fájdalmas duzzadására is tekintettel kellett lennie. Szerző szerint tehát úgy az izületekben nyilvánult fájdalmak, a tömeges bőrkiütések, a magas láz, mint az endocardium és a savós hártyák lobosodása arra engednek következtetni, hogy az összes tünetek, tehát az erythema nodosumnak az erythema exsudativum multiformeval kevert jelenségei is szoros összefüggésben állanak a kankóval. Az egy hónapig tartó betegség után 3 gm. 2%-os collargol-oldatnak intravenosus befecskendésére hirtelen gyógyulás állott be. (München. mediz. Wochenschrift, 1905. 36. szám.) *Drucker Viktor* dr.

Idegkórtan.

A későn jövő tabesről *Long* és *Cramer* közlik tapasztalataikat. Az öreg ember tabese néha az élet delén kezdődik, és mint *Marie* kimutatta, sokszor nem rövidíti meg az életet. A tankönyvek szerint a baj ritkán támad az 50. év után és a 60. után meg épen csak kivételesen. *Erb* azt irja, hogy ez akkor történik meg, ha az illető későn szerezte a syphilisét. Ezek az állítások javításra szorulnak. A szerzők 46 esete közül hat támadt 51—55, négy 56—60, négy 61—65, egy 66—70 év között. Erb szerint a tabes 5—20 évvel támad a lues után, míg a szerzők esetei között van olyan, a melyben *ez az idő 30, sőt 42 év volt.* (Revue neurol. 1906. február 15.)

A pupilla-fényreactio vizsgálatáról *Babinski* közöl újabb megfigyeléseket. B. epilepsiában szenvedő asszony pupilláját vizsgálta homályos szobában olyan módon, hogy gyertyát tartott szeme elé. Ez a vizsgálat azt mutatta, hogy a pupilla nem reagált fényre. Egynehány perczczel később történt újabb vizsgálatkor ellenben a fényreflex tisztán kivehető volt. B. ezen tapasztalatból kiindulva több ilyen megfigyelést tett és arra az eredményre jutott, hogy hosszabb fénybehatás kimeríti a fényreactiót, a sötétben való tartózkodás ellenben erősíti. Ez az oka annak, hogy világos napokon gyengébb ez a reflex, mint sötéteken. Ha valamely betegen ez a reflex gyengült, úgy ajánlatos szemeit fél órára bekötni. Ekkor azt tapasztaljuk, hogy a kötés levétele után az előbb gyengült reflex olyan élénk lesz, mint a milyen rendes körülmények között lenni szokott. Még érdekesebb ennél az, hogy ha csak az egyik szemet kötjük be, akkor a bekötött szem fényreactioja megélénkül, míg a be nem kötött szemé változatlanul renyhe marad. B. az ilyen fényben fényre nem reagáló pupilla reflexhiányát pseudoabolitionak nevezi, mert a valódi Rotertson-tünet nem múlik el a sötétben történt pihenés után. B. megfigyeléseit egészséges embereken folytatta és rajtuk a szem bekötésének ugyanazt a hatását tapasztalta. Különösen nevezetes ezek között az, hogy a félszemre bekötött emberen, ha világos helyre kerül, egy ideig pupilladifferentia látszik. (Soc de neurolog. de Paris, 1905. deczember 7.) *Kollarits Jenő* dr.

Közegészségtan.

Az italok hűsítésére szolgáló jég hygienés ellenőrzése mindinkább foglalkoztatja külföldön az illetékes köröket. Ismeretes, hogy a jégben különböző pathogen bakteriumok, így többek közt a typhusbacillus is, hónapokon át életben maradhatnak s így a szennyezett vízből vett jég terjesztője lehet különböző betegségeknek. Párisban ezért most a következő rendeletet szándékoznak kibocsátani: 1. Szigorúan tilos az olyan jégnek az eladása vagy vendéglőkben, czukrászboltokban stb. való használata, mely felolvadva nem ad tiszta, iható vizet. 2. A vendégeknek kiszolgáltatandó jeget külön edényekben kell tartani és kiszolgáltatni, a melyek ezt a feliratot viselik: Glace alimentaire. 3. Ezt az „élvezeti jeg"-et teljesen elkülönítve kell tartani az egyéb czélokra szolgáló jégtől. A jeget szállító kocsin is külön felirat kell hogy jelezze, vajjon „élvezeti" vagy egyéb czélokra szolgáló jég van-e a kocsiban.

Sikeres küzdelem a malaria ellen a római Campagná-ban. Az olasz Vöröskereszt-egylet legutóbbi kimutatása szerint, a mióta az egyesület feladatai közé felvette a malaria elleni küzdelmet, a malaria igen tetemesen apadt a római Campagnában. Még 1900-ban a lakosság 31%-a szenvedett malariában, de már 1901-ben, mikor az egyesület megkezdte a chinin prophylaktikus adagolását, e százalékszám lesülyedt 26-ra; 1902-ben 20, 1903-ban 11, 1904-ben 10 és 1905-ben 5·1% volt.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A bornyvalt (borneolisovalerianasavester) Leyden tanár klinikáján *Levy* jó eredménynyel használta hysteria, neurasthenia, klimakterium os zavarok, fejfájás, neuralgiák, neuritis alkoholica, szív- és érneurosisok eseteiben. Csak nagyon ritkán fordult elő, hogy a betegek nem türték e szert, a mint hogy általában ismeretes némely egyén idiosyncrasiája a valerianával szemben. Az eredmény elérésére szükséges adag az egyes esetekben nagyon változó volt. (Die Therapie der Gegenwart, 1905. október.)

A guderin nevü vas-mangan-pepton-készítményt nagyon dicséri *Boettcher*, a ki 50 részletesen ismertetett eset kapcsán ir használatáról. Előnyeiként kiemeli, hogy nagyon könnyen szívódik fel, hogy közömbös kémhatású és hogy nem okoz székszorulást. E mellett íze is jó s a vérképződést rövid idő alatt tetemesen fokozza. Felnötteknek evőkanálnyi adandó háromszor naponként. (Berliner klinisch-therapeutische Wochenschrift, 1905. 14. és 15. szám.)

A styracol, a guajacol fahéjsavestere, *Ulrici* szerint nagyon kedvező hatást fejt ki tüdőgümőkórosak hasmenésénél. 1·0 grammos tabletták alakjában kerül forgalomba, a melyekből naponként 3—5 darab veendő be. (Therapeutische Monatshefte, 1905. decz.)

Az enuresis aetiologiájában némelyek túlságos nagy szerepet juttatnak az adenoid vegetatióknak. *Lange* szerint azonban ez helytelen álláspont. Enuresis 39 esete közül ugyanis csak 8-ban talált adenoid vegetatiokat, 3-ban pedig hypertrophiás retronasalis hurutot, míg a többi esetben az orrgaratüreg teljesen normalis volt. Az adenoid vegetatiók eltávolítása csak 1 esetben a 8 közül járt némi eredménynyel az enuresis tekintetében. Szerző szerint az enuresis általános neuropathia jele és legeredményesebben arsennel, joddal és vassal gyógyítható. (Wiener mediz. Presse, 1905. 52. szám.)

Gyomorfekély eseteiben jó eredménynyel használja *Krausz* az olajat, még pedig minden étkezés előtt ad egy evőkanálnyit a következő mixturából: Rp. Natrii bicarbonici 5·0; Olei olivarum 95·0. (Wiener medizinische Wochenschrift, 1906. 1. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Budapesti orvosi ujság, 1906. 16. szám. *Plesch János*: A Dupuytren-féle contracturáról és fibrolysisnel való kezeléséről. „Fülészet" melléklet 1. szám. *Fleischmann László:* A genyes középfülgyuladások kezelése Bier-féle pangásos vérbőséggel. 17. szám. *Okolicsányi-Kuthy Dezső:* A tüdővész és az alkohol. *Hollós József:* Az orvos és az alkohol. „Sebészet" melléklet, 2. szám. *Milkó Vilmos:* Spinális analgesiák stovainnal. *Róna Dezső:* Közlések a bajai izr. kórházból. *Herczel Manó*: Néhány eset a gyakorlatból.

Klinikai füzetek, 1906. 4. füzet. *Cséri János:* Munkásjóléti intézmények a külföldi, különösen a német vasutaknál.

Gyógyászat, 1906. 15. szám. *Fuchs Zsigmond:* Zsirszövetnekrosis. *Mandel Ignácz*: Az iszákosok paranoid elmebajairól. 16. szám. *Pártos Sándor:* Idült izületi csúzban szenvedők diaetája és hygienéje. *Norák Károly:* Az influenza therapiájához.

Orvosok lapja, 1906. 16. és 17. szám. *Hertzka Imre:* A cholelithiasis kórismézése és gyógytana. *Glück Tibor*: Az inhalatiós és pneumato-therapia módjai. *Szabóky János*: A phthisikusok éjjeli izzadását csillapitó nehány újabb szerről.

Vegyes hirek.

Kinevezés. *Wallner Emil* dr.-t az igazságügyminister a veszprémi törvényszékhez orvossá nevezte ki.

Jubileum. *Haubner Rudolf* dr. soproni orvos e hó 19.-én érte meg 80. születésnapját, a mely alkalommal kartársai részéről meleg ovációkban részesült.

Az Országos Közegészségügyi Egyesület e hó 25.-én tartotta 21. rendes évi közgyülését. *Ilosvay Lajos* elnöki megnyitója után *Gerlóczy Zsigmond* főtitkár számolt be az egyesület mult évi működéséről, majd *Elischer Gyula* terjesztette elő pénztárosi jelentését. A vidéki osztályok és az állandó bizottságok jelentésének felolvasása után a jutalmakra vonatkozó javaslatokat ismertették. Gerlóczy Zsigmond főtitkárt és Elischer Gyula pénztárost a közgyülés a Trefort-féle nagy oklevéllel tüntette ki. A tisztújítás a következő eredménynyel járt: elnök: Ilosvay Lajos; alelnök: Elischer Gyula; főtitkár: Gerlóczy Zsigmond; másodtitkár: Aujeszky Aladár. Az I. szakosztály elnöke: Klug Nándor; titkára: Győry Tibor; választmányi tagjai: Ábrahám Béla, Genersich Antal, Grósz Emil, Kétly Károly, Szegedy-Maszák Elemér. A II. szakosztály elnöke: Farkass Kálmán; titkára: Genersich Vilmos; választmányi tagjai: Kauser József, Kajlinger Mihály, Liebermann Leo, Palóczi Antal. A III. osztály elnöke: Frank Ödön; titkára: Bexheft Ármin; választmányi tagjai: Bókay János, Csapody István, Jurkiny Emil, Pákozdy Károly, Schuschny Henrik. A IV. szakosztály elnöke: Romy Béla: titkára: Kaiser Károly; választmányi tagjai: Magyarevics Mladen, Raisz Gedeon, Rákosi Béla.

A Budapesti kir. Orvosegyesület a kezelésében levő Schuster-Bugát árva-alap kamataiból alakított évi 200 korona ösztöndíjra pályázatot hirdet. A folyamodónak hiteles okmányokkal kell igazolni: 1. anyakönyvi és családi értesítővel, hogy Magyarországban született és magyar anyanyelvű; 2. atyja halotti bizonyítványával, hogy Magyarországon működött orvos vagy gyógyszerész árva fia; 3. hogy hazai nyilvános elemi iskola 4. osztályát sikerrel elvégezte és középiskolába léphet, vagy pedig, hogy valamely hazai gymnasium vagy reáliskolának első, esetleg magasabb osztályába jár; első esetben iskolai bizonyítványon, a másik esetben az előző év bizonyítványán kivül iskolai látogatási bizonyítvány is szükséges; 4. hatósági orvosi bizonyítványnyal, hogy egészséges; 5. vagyoni állapotát hatósági árvaszéki bizonyítványnyal, esetleg telekkönyvi kivonattal. Az anya vagy gyám teljes neve, állandó lakása megnevezendő. Megjegyzendő: *a*) iskolai bizonyítványnyal igazolt jó magaviselet, a tanulásban jeles eredmény különös figyelemben részesül; *b*) teljes árvának félárva felett előnye van, úgyszintén oly árváknak, kiknek atyja a közegészségügy, közszolgálat vagy a magyar orvosi tudomány terén érdemeket szerzett; *c*) ha az ösztöndíjas iskolai bizonyitványaiban állandóan szabályszerű magaviseletet és átlag jó osztályzatot mutat fel: az ösztöndíjat a középiskola bevégzéséig élvezi. Hanyagság a tanulásban, elégtelen osztályzat vagy rossz magaviselet az ösztöndíj elvesztését időközben is maga után vonja.

A folyamodások *f. évi junius hó 5.-ig* a Budapesti kir. Orvosegyesület igazgató tanácsához intézendők és az egyesület első titkárának (*Lévai József* dr., Budapest, VI., Gyár-utcza 19) czímére bérmentett és ajánlott levélben küldendők. A borítékon kiirandó, hogy tartalma folyamodvány a Schuster-Bugát ösztöndíjra.

Pályázat. Az orsz. balneologiai egyesület a magyar fürdőkben működő orvo ok tudományos és irodalmi működésének buzdítására ez évben is 200 korona pályadijat tűz ki oly dolgozat vagy monographia (fürdőleirás) jutalmazására, a mely 1906. év folyamán magyar nyelven nyomtatásban megjelent, s a melynek szerzője magyar fürdőn működő orvos. Beküldési határidő f. é. deczember 31.-e, azonban a be nem küldött dolgozatok is tekintetbe fognak vétetni. A jutalomdij az 1907.-i évi rendes közgyülésen adatik ki.

Nemzetközi orvosi congressus Budapesten. A XV. lissaboni nemzetközi orvosi congressus e hó 26.-án tartott záró ülésén elfogadta a magyar delegátusok meghivását s az 1909.-i congressus helyéül Budapestet jelölte ki. A végrehajtó bizottság elnökéül *Müller Kálmán* dr. egyetemi tanár, főrendiházi tagot, az országos közegészségügyi tanács elnökét, főtitkárul *Grósz Emil* dr. egyetemi tanárt választotta meg.

A congressuson a meghivást a magyar bizottság elnöke, *Tóth Lajos* dr., ministeri tanácsos terjesztette elő. Az ő fáradhatatlan buzgalmának köszönhető, hogy a magyar bizottsági tagok kitünő fogadtatásban és ellátásban részesültek.

Fürdőorvosi gyakorlatát *Pesthy István* dr., *Áldor Lajos* dr. és *Kelen István* dr. Karlsbadban, *Schwartz Alajos* dr. pedig Pöstyénben újból megkezdette.

Meghaltak: *Fischer Ferencz* dr. e hó 18.-án 78 éves korában Brassóban. — *J. B. Mac Callum*, a physiologia tanára a californiai egyetemen, több jeles szövettani és fejlődéstani dolgozat szerzője. — *W. Wood*, a gyógyszertan tanára Edinburghban. — *R. Curie* tanár, a radium felfedezője, e hó 19.-én véletlen szerencsétlenség következtében 47 éves korában.

Kisebb hirek külföldről. Recklinghausen tanár helyébe, a ki nyugalomba vonul, *H. Ribbert* bonni tanárt hivták meg a strassburgi egyetem kórboncztani tanszékére.

Mennyit adnak ki Németországban alkoholra? A „Reichs-Arbeitsblatt" szerint az utóbbi években évenként és személyenként 5·82 liter bort, 123·4 liter sört és 8·52 liter pálinkát fogyasztottak, a mi 47 márka 10 fillér költségnek felel meg. 60 millió lakót véve fel kerekszámban, évenként 2826 millió márkát adnak ki alkoholos italokra, vagyis körülbelül annyit, mint a mennyi a német birodalom adóssága, háromszor annyit, mint a mennyibe az egész hadsereg és a tengerészet évenként kerül, és hétszer annyit, mint a mennyit a népiskolákra fordítanak.

A labdarugás közben előforduló sérülések gyakoriságát eléggé megvilágitja az egyik amerikai csapatnál (Boston) a felügyelettel megbizott két orvos, *Nichols* és *Smith* czikke a Boston Medical and Surgical Journal egyik legutóbbi számában. A mult játéksaisonban előfordult e csapatnál: 12 szúrás, 5 bordatörés, 2 vállizületi ficzamodás, 10 más ficzamodás, 6 izomszakadás, 7-szer betört orr, 4 medenczetörés, 11-szer a kulcscsont eltolódása az acromionról, 19 agyrázódás, 1 nyakcsigolyatörés és 1 agyburokvérzés. A nevezett orvosok ebből azt a következtetést vonják le, hogy a football okozta sérülések száma, komolysága és maradandó volta sokkal nagyobb, mintsem gondolni lehetne. Követelik ezért az állandó orvosi felügyeletet a játéknál. (Megjegyzendő, hogy Amerikában főleg az ú. n. Rugby-football-t játszszák, a mely összehasonlithatlanul veszedelmesebb a nálunk s általában a kontinensen szereplő ú. n. association-football-nál.)

Életmentés a szív nyomkodása útján. *Smith* a következő esetet irja le a British Medic. Journal egy nemrégiben megjelent számában. 63 éves egyén végbélrákra utaló tünetekkel jelentkezett a kórházban. Alaposabb vizsgálat czéljából chloformmal elaltatták. Mialatt Smith végbelét vizsgálta, a beteg — 4 perczczel az altatás megkezdése után — teljes asphyxiába esett. A mesterséges légzés s strychninnak a bőr alá fecskendése mit sem használt s igy Smith utolsó kisérletkép a szív közvetlen nyomkodásához folyamodott. A kardnyújtvány alatt a középvonalon megnyitotta a hasüreget, s bevezetve ebbe kezét, a petyhüdt rekeszen át a szivgyomrokat könnyen körülfoghatta s a bordák felé szorithatta. A szív petyhüdt és mozdulatlan volt s csak egy kis gyenge rezgés volt rajta észlelhető. Kiméletes nyomkodásra a szív csakhamar össze kezdett húzódni, eleinte gyengén, szabálytalanul, majd — 60 másodpercz mulva — rendesen; e közben a mesterséges légzést folytatták. Nehány pillanat mulva a beteg magától kezdett lélegzeni, meg volt mentve! Nehány percz mulva a hassebet bevarrták, gazecsik bennhagyásával, mivel az operáló orvos nem bizott keze tisztaságában, minthogy csak röviddel előtte a végbelet vizsgálta meg ujjaival s a nagy sietségben csak felületesen tudta kezét megmosni. Ezen óvatosság az eset további lefolyásában szükségtelennek bizonyult, mivel a hasseb minden szövődmény és hőemelkedés nélkül begyógyult; a gaze-t a negyedik napon távolitották el. Smith dr.-t ezen eljárás megkisérlésére Gray dr. czikke birta, melyben hasonló esetről van szó.

Lapunk mai számához **„G. Heil & Co., Troppau-Wien"** czég prospektusa van csatolva.

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.**

„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, **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.

Tonogen suprarenale Richter. (1:1000.) A mellékvesék **vérzéscsillapító vérnyomást fokozó, véredényösszehúzó, szíverősítő, 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.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Királyi magyar természettudományi társulat élettani szakosztálya. 501. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (XIII. rendes tud. ülés 1906. évi április hó 21.-én.) 501. l. — Közkórházi Orvostársulat (II. bemutató ülés 1906. január 31.-én). 503. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 504. l.

Királyi magyar természettudományi társulat élettani szakosztálya.

(124. ülés 1905. november 21.-én.)

Halász Aladár: „A czukorbetegségben található elváltozásokról, tekintettel a baj aetiologiájára és klinikai lefolyására" czimen adja elő vizsgálatait, melyeknek eredménye az, hogy fiatalkorú egyének diabetesének oka ismeretlen, idősebb egyéneknél pedig a czukorbetegség kiváltásában a főszerepet a hasnyálmirigy érrendszerének megbetegedése játszsza. (Lásd az Orv. Hetil. 1905. 43—48. számait.)

Tellyesniczky Kálmán: „Egy histologiai csalódásnak, az ondószálcsák és a Sertoli-féle elemek úgynevezettt copulatiojának magyarázata" czímű előadásában az ondószálcsák csoportosulását és a Sertoli-féle magvak felé való irányulását mechanikai okokra vezeti vissza. Hozzászólt *Lenhossék Mihály.*

(125. ülés 1906. január 16.-án.)

Hári Pál: „Vizsgálatok a trypsinemésztésről" czimen előadja vizsgálatait, melyekkel meg akarta állapitani, vajjon emésztés közben elhasználtatik-e chemiai energia, vagy ellenkezőleg felhalmozódik-e, vagy pedig thermodynamikai szempontból semlegesen folyik-e le ezen folyamat. Vizsgálataiból kitünt, hogy ha pankreaskivonattal vagy trypsinnel emésztjük meg a fehérjét, elég jelentékeny energiaveszteség mutatkozik, a mi valószinűleg N-tartalmú anyagok elillanásának tudandó be; ha emésztésre pankreatint használunk, az energia-veszteség sokkal csekélyebb ugyan, de mégis nagyobb, semhogy kisérleti hibákra vezethetnők vissza. Elementáris analysis útján kitünt, hogy még ezen csekély energia-veszteség sem tudható be magának az emésztési folyamatnak, hanem azon anyagveszteségnek, melyet az energiameghatározásra szükséges bepárlás okoz. Igy tehát a trypsinemésztés reactiohője zerus vagy legalább is ki nem mutatható. Hozzászólottak: *Körösy Kornél, Liebermann Leó, Tangl Ferencz, Klug Nándor.*

Rhorer László: „A bélresorptioról" czimen túlélő macskabélen végzett kisérleteinek eredményét adja elő. Kimutatja, hogy a Cohnheim-féle felfogás, mely szerint az élő bélhám egy a lumenből a serosa felé irányuló resorptiós áramot tartana fenn, téves.

(126. ülés 1906. február 6.-án.

Révész Géza: A színes fényingerek hatásának gyengitése fehér fénynyel. Akadémiai tudósitásunkban már ismertettük.

Fenyvessy Béla előadja **Kabdebó György**-gyel együtt végzett vizsgálatait: **„A kénsavas synthesis feltételeiről"**. Főként arra irányitották figyelmüket, hogy a szervezetben képződő phenolkénsav mennyisége miként függ össze 1. a beadott phenol, 2. a szervezetben keringő sulfatok mennyiségével. Kitünt, hogy 1. az aetherkénsavképződés a phenolbevitellel nem tart lépést; bizonyos határon túl a phenol-adag növelése ellenére sem emelkedik; 2. a synthesis ezen korlátoltságát a synthesisre szolgáló kénsav időleges relativ elégtelensége okozza; 3. natriumsulfat beadása az aetherkénsav képződését fokozza, 4. a kénsav és glukuronsavas synthesis között oly viszony áll fenn, hogy a phenol a szervezetben előbb kénsavval egyesül s ha ez a synthesis a phenol megkötésére elégtelen, jelentkezik a glukuronsavas synthesis. Kisérleteiket kutyákon végezték.

(127. ülés 1906. február 20.-án.)

Jendrássik Ernő: „További vizsgálatok a járásról; futás, ugrás" czímű előadásában a járásról végzett tanulmányainak harmadik szakaszát mutatja be. (Lásd Orv. Hetil. 1906. 8. sz. 335. old.)

Kentzler Gyula: „Véroltások után beállott gerinczvelő-elváltozások kisérleti állatokban" czimen tart előadást. Előadó kisérleteiben, melyeket tuberculotikusok vére complement-tartalmának vizsgálata czéljából végzett, azt tapasztalta, hogy a vérrel oltott állatokon bénulá os tünetek támadtak, a bénulással együtt igen erős testsúly-csökkenés is jelentkezett. Összesen 7 állaton volt jelen bénulás, mely átlag 4—6 héttel a foganatositott első véroltás után állott be. A vastagbél tágult voltától és elég erős hólyagbénulástól eltekintve a belső szervek épek voltak. A szövettani vizsgálat a szervekben eltérést nem derített ki, csak a gerinczvelőben voltak kóros elváltozások, a melyek a gerinczvelő elülső szarvának nagy motorius sejtjeire vonatkoztak; rost-degeneratio vagy rostkiesés, gyuladásra való tünetek teljesen hiányoztak. A sejtelváltozások különböző fokúak, a kisfokú halványabb színeződéstől kezdve a sejt teljes elpusztulásáig, melyben úgy a sejt stromája, mint a sejt egyes részletei részt vesznek; minden phasisa megtalálható a sejtpusztulásnak az egyes segmentumokban, általában véve a sejtek typikus degenerativ elváltozásokat tüntetnek fel. Az erősebb fokú elváltozás mindig a sacrolumbális segmentumokon található, innen felfelé az elváltozások kisebb fokúak.

Az előadó a vért szülőnőktől vette és annak eldöntése végett, vajjon nem volt-e a szülőnők placentavérében valamely ismeretlen mérgező anyag, az oltásokat állatvérrel (szarvasmarha, disznó és nyúl) is folytatta; az elváltozások ilyenkor is jelentkeztek, kétségtelen bizonyitékául annak, hogy a vér maga okozta a bénulásokat.

Kérdéses volt ezután, vajjon a vérsejtek vagy a vérserum volt-e a bénulások okozója? Az eredmények azt bizonyitották, hogy a serum ily elváltozásokat nem hoz létre és igy a vérsejtekkel hozandók kapcsolatba a bénulások. A vérsejtek az elváltozásokat kétféleképp hozhatták létre: vagy úgy, hogy feloldódásuk után a sejt belsejében levő anyag hat méreg gyanánt, vagy úgy, hogy a vérsejtek egy mérgező anyag képezésére ingerelték a szervezetet, mint a hogy a szervezetben azelőtt jelen nem volt anyagok az immunizálás eredményeképen a szervezetben később kimutathatókká válnak. Ennek eldöntésére oly kisérletet végzett, hogy vérsejteket haemolytikus savó segélyével in vitro feloldott, a vért agyagszűrőn átszűrte és igy csak a sejtek belsejében levő mérget vitte az állat bőre alá, abból indulva ki, hogy endotoxinok antitestek képzésére nem ingerlik a szervezetet. Az eredmény positiv volt, a bénulás, súlycsökkenés, gerinczvelőelváltozás ezen állatokon is beállott, a minek alapján egy a sejt belsejében levő mérget, cytoendotoxint vesz fel az elváltozások oka gyanánt.

Az endotoxin-hatás mellett szólnak az előadónak tejjel, tojással, vérsavóval végzett kisérletei is. Az ezekkel oltott állatokon bénulások nem álltak be, az állatok az oltásokat jól tűrték el, testsúlyuk nem igen csökkent, sőt többször súlygyarapodás volt észlelhető, mig az ugyanakkor vérrel oltott controll-állatokon a jellegzetes elváltozások beállottak. Ujonnan képződött praecipitáló anyag tehát az elváltozásokat nem idézte elő és igy a véroltásnál az elváltozások a vérsejtek feloldatása után a keringésbe jutott endotoxinok rovására irhatók.

Részben újonnan képződött anyagok hatása mellett szól a bénulások időbeli beállta, mely az immunanyagok megjelenése idejének megfelel, de ez is magyarázható azon incubatio idővel, mely pl. tetanus-oltásoknál minden esetben beáll, és ez esetben is jelen lehetett.

Végül e mellett szólnak a bakterium-endotoxinokkal végzett kisérletek, melyeket előadó anthrax- és typhus-bacillus endotoxinjaival végzett és a melyekben a bénulások szintén beállottak.

Előadó még a cachexiára figyelmeztet, mely kisérleteiben beállott és melyet épen azért, mivel állatain csak idegrendszerbeli elváltozás volt jelen, az idegrendszeri elváltozásokkal kapcsolatba hoz.

Eredményképen előadó megállapitja az okozati összefüggést a véroltások és a keletkező gerinczvelőelváltozások között, mely elváltozások azonban nem specifikusak a különböző vér- és bakteriumfajokra. Messzebbmenő következtetéseket nem akar vonni, de figyelmeztet az embernél található azon ascendáló jellegű idegbetegségekre, melyekben bakterikus fertőzés nem található és melyekben kisérletei szerint esetleges autointoxicatio felvételére némi alapot szolgáltatnak az emlitett kisérleti adatok.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XIII. rendes tud. ülés 1906. évi április hó 21.-én.)

Elnök: **Erőss Gyula**. Jegyző: **Manninger Vilmos.**

Elnök az ülést megnyitja. A mult ülés jegyzőkönyvét hitelesiti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesitésére felkéri Siklóssy Gyula, Tuszkai Ödön és Justus Jakab tagtársakat.

Jelenti, hogy az egyesület könyvtára számára beérkezett „A stomatologia tanitásának története Magyarországon 1906-ig" czímű munka Salamon Henriktől. Köszönettel vétetik.

Röntgen-égés két esete.

Justus Jakab: A két testvér leány körülbelül 3 évvel ezelőtt hypertrichosis faciei ellen keresett segitséget, és akkor egyik röntgennel foglalkozó collega négy izben 1/2—1/2 óráig sugároztatta be arczukat. A szőrszálak erre kihullottak, de fél év mulva újra nőttek, mire ismét azon módon sugároztatták be őket, azonban fél év mulva, bár kisebb mértékben, a hajszálak megint elötünek. Ujolagos négy ülés. Egy évvel a kezelés után kezdődött a piros foltok megjelenése, még pedig az egész röntgenezett területen. A hajszálak kevés kivétellel nem nőttek ki újra. Ez idő szerint a szájzugtól a fülkagyló közepéig húzott vonalon alul, az áll alatt a nyakra tenyérnyi szélességben húzódó, éles határral végződő területen a bőr fehér, kissé fényes, vékonyodott. E területen sok gombostűfejnyi, borsónyi, kissé kiemelkedő környezeten ülő apró fekély, illetve behúzódó hegecske látható. Minden ilyen góczocska igen számos, sűrű, élénkvörös, kicsiny vékony érhálótól környezett.

Donáth Gyula: Figyelmeztet a Röntgen-sugarak óvatos használatára. Ezen szerencsétlenségek onnan származnak, hogy a Röntgen-sugaraknak túlságos hosszú ideig exponálják a beteget. A Rókus-kórház

Röntgen-laboratoriumában szabály, hogy 10 perczénél tovább nem exponálunk és szerencsétlenséget sohasem tapasztaltunk. Hypertrichosis esetében szép sikerünk volt káros következmény nélkül.

Manninger Vilmos: Rövid ideig tartó expositio után természetesen kisebb a veszély. De láttunk egy esetben olyan Röntgen-égési sebeket is, melyek szakember nagyon óvatos és lemért mennyiségű Röntgen-adagolása után keletkeztek fél év mulva és semmiféle eljárással sem voltak meggyógyíthatók. Egy másik beteg hét év előtt kezeltetett röntgennel azzal az eredménynyel, hogy kezein az összes feszítő inak elpusztultak, csak csont és heg van rajtuk, a mely heg sokszor feltörik. Narcosisban transplantatiót végeztem az egyik kezén. A másik kezén kis ulcus volt. Ezt kimetszettem, transplantatiót csináltam reá, de nem tapadt meg, sőt a behámosodott hegrészek újra feltörtek.

A Röntgen-dermatitisek nagyon kellemetlenek. Azt kérdem tehát Justustól, hogy tud-e valami sikeresebb gyógyításmódot. Az ulcus egyetlen gyógyítása a transplantatio.

Huber Alfréd: Kétségtelen, hogy a Röntgen-sugarak a ††-tel jelzett gyógyszerek közé tartoznak. Az óvatosság, melyet Donáth hangoztatott, nem elegendő, mert a Röntgen-fény hatása függ a lámpától. Puha lámpa után 10 perez mulva is támadhat már égési seb, míg kemény lámpával 4—5 óráig is lehet exponálni. Ezért a Holzknecht vagy a Sabouraud-féle chromoradiometerrel kell controllálni. Röntgen-ulcusoknak nem szabad előfordulniok, annál kevésbé, mert praedispositio a Röntgen-sugárégésekre nézve nem létezik.

Kívánatos még, hogy a Röntgen-sugarakkal foglalkozók alaposan tanulják meg előbb a vele való bánást.

Donáth Gyula megjegyzi, hogy puha lámpát gondolt.

Justus Jakab: A pesti izr. hitközség kórházának Röntgen-laboratoriumában középnagyságú lámpásokkal öt perczre szoktunk exponálni, de ezután is láttunk már, bár igen kisfokú dermatitist.

A két bemutatott eset az utóbbi két év alatt a 6. és 7. égés volt, köztük jó szakemberektől származók is voltak. Néha esztendők mulva állanak be az égések. A therapiával nagyon meg vagyunk akadva. Megpróbáltam mindenféle eljárást. Az edénytágulatot skarifikáltam, de ezután lassú a gyógyulás, vékony hegek maradnak vissza. Legjobban bevált a puhító-kenőcscsel való kitartó kezelés, ennek hatása tartósnak is látszik, továbbá a még be nem fejezett kisérletek szerint a Bier-féle szívókezelés.

Hydroaestivale.

Justus Jakab: 42 éves, Karlsbadban dolgozó munkás ember, ki körülbelül 25 év óta, tavasz elején fokozódó kiütésben szenved, mely az arczon, a nyak felső részén, a kézháton, tehát csak a szabadon a fénysugaraknak kitett részeken jelentkezik.

A fülek, az arcz és a tarkó bőre duzzadt, a normális redőzöttséget erősebben mutatja, halványvörös, részben összefolyó depigmentatiós és felületes hegekkel fedett. A két kézhát vaskos, duzzadt bőre számos nagyobbacska heget és depigmentatiót mutat; részben eczematosus. A köztakaró ruha alatti részei és a két láb bőre teljesen épek.

Radiummal kezelt orrháti epithelioma két esete.

Justus Jakab: Az elsőt körülbelül 2½ év előtt kezelte radiummal, akkor mint gyógyult esetet mutatta volt be, azóta időről időre látja és eddigelé recidiva nem állott be. Ezen kezelést megelőzőleg többszöri radiumkezelésre kiújult.

A másik eset 49 éves asszonyt illet, kinél három héttel ezelőtt következő volt az állapot. Az orrháton jobbra-balra leterjedőleg finoman atrophizált a bőr, az atrophiás rész alsó szélén kissé baloldalt részben exulcerált, borsónál nagyobb, lapos, vaskos, áttünő hámmal fedett epithelioma székel. Kilencz napon át körülbelül fél-fél óráig helyeztük reá a radiumot, mire a kis tumor teljesen a bőr szintjébe lapult és most egy halványvörös sávon kivül, mely az atrophiás terület szélén ül, más nyoma az epitheliomának nincsen.

A látás élessége és a mindenkori megvilágítás közötti viszony.

Siklóssy Gyula: Abban a tanulmányban, mely a látás élességével foglalkozott, részt kellett juttatni annak a viszonynak is, melyben a látás élessége a mindenkori megvilágítással áll. A gyakorlati életben, ha valamit *jobban* akarunk látni, részint közelebb veszszük szemeinkhez, részint jobb világítás mellett tekintjük meg. A franczia a félhomályt (szürkületet, alkonyatot) úgy nevezi, „Entre loup et chien", a mikor t. i. nem lehet a kutyát a farkastól megkülönböztetni. Hogy tehát a látás élessége és a megvilágítás között van valamilyen viszony, azt könnyű sejteni, gyakorlatilag sem nehéz bebizonyítani, de nem könnyű általános érvényű, törvényszerű szabályba foglalni ezt a viszonyt pontos tudományos vizsgálatok és kisérletek segitségével.

Régi időben, 150 évvel ezelőtt, *Mayer Tóbiás*, göttingeni csillagász foglalkozott ezzel a kérdéssel. Mesterséges fényforrást távolított valamely vonalrendszerből összerótt rajztól s megfigyelte, milyen távolból látja meg a változó távolságban álló fényforrás világítása mellett. A mit kisérletei, melyeket saját szemein végzett, eredményül adtak, azt a következő törvénybe foglalta: A látás élessége egyenes arányban van a megvilágítás 6. gyökével.

Aubert nyiláskisérleteit is fel kell említeni, a melyekkel szintén saját szemein végzett kisérleteket. Megállapította, hogy a látás (a tárgyak láthatósága) függ a világítás absolut fokától, a contrasttól és a látás szögétől.

Klein-nek Javal laboratoriumában végzett vizsgálatai arra az eredményre vezettek, hogy a megvilágítás növekedése úgyszólván a végtelenségig (még 200,000 normálgyertyánál is) javítja a látási élességet.

Posch többféleképen végzett elég pontos vizsgálatokat, a melyeknek eredményét abban a szabályban foglalta össze, hogy a *látás élessége kissé gyorsabban növekszik, mint a világító erő logarithmusa.*

Körülbelül ugyanilyen módon végezte vizsgálatait *Albertotti* s eredményei azt látszottak bizonyítani, hogy a látás élessége számtani sorban növekszik, ha a megvilágítás mértani haladványban szaporodik.

Megvilágítás 64, 32, 16, 8, 4, 2.

Látás élessége $^6/_6$, $^5/_6$, $^4/_6$, $^3/_6$, $^2/_6$, $^1/_6$.

H. Cohn különböző, de kitünő látású szemeken végzett ilyen vizsgálatokat s kimondotta, hogy ez a szabály így, a hogy Posch és Albertotti felállitották, még hozzávetőlegesen sem állja meg a helyét. Az elért eredmények rendkivüli eltéréseket mutatnak, úgy hogy törvény felállításáról szerinte szó sem lehet.

Ebben a tárgyban még többen dolgoztak, eredményre azonban nem jutottak.

Az eredménytelenségnek az lehetett az oka, hogy a kisérleti berendezés nem volt megfelelő. A fényforras közelitése és távolitása, szürke lemezes szekrénykének alkalmazása, nappali fénynek különböző nagy nyiláson át való bebocsátása olyan rendkivüli hibák kútforrása lehet, a melyek az egész munkát eredménytelenné teszik.

Mikor azt az egységes felületi fényességét kerestem a látáspróbáknak, a mely mellett az átlagos maximum (50 A = 1·45 V) elérhető, s a mikor meg akartam állapitani, hogy pro $\sphericalangle\ \alpha = 1'$— vagyis V = $^5/_5$ értékhez mennyi felületi fényességre van szükség –, ilyen kisérletek végezése úgyszólván magától kinálkozott.

Uj, kipróbált fényerejű villanyoslámpákat helyeztem universal-examinatoromba — az áram feszültségét elől kapcsolt ellenállással szabályoztam —; a látáspróbák e szekrényben transparens megvilágítást kaptak. Pontos számítás alapján meg lett határozva, mennyi az alapállásnál a látáspróbák felületi fényessége. Majd 2 mm. vastag 44 %-os fényelnyeléssel biró csontlemez-sorozattal gyengítettem a felületi fényességet, mi által a felületi fényességnek egy olyan lefelé haladó mértani haladványát állitottam elő, a melynek kitevője körülbelül 1·8.

Ezzel a berendezéssel két perczenyi időt szánva egy-egy látásélességérték megállapitására — az adaptatio bekövetkezésére — 32 olyan egyént vizsgáltam, a kinek látása 0·8—2·0-ig (28 A-tól 70 A-ig) változott. A sorozatban volt olyan, a mely Posch és Albertotti typusára emlékeztetett; de volt olyan is, a mely attól nagy eltérést mutatott. Az átlag elég jól simult a logarithmus-görbéhez, kétségtelen volt azonban hogy a látás élessége az átlagértékben *kissé lassabban* növekedett, mint a felületi fényesség logarithmusa.

Azt gondoltam, hogy ez tévedés, hogy talán az esetek különböző látási élessége az oka ennek a különös tüneménynek; megállapítottam tehát ezt a viszonyt újra 36 egyforma látású egyénen. Az eredmény ugyanaz volt. Az így nyert görbe kiindulási és végső pontja egyezik a logarithmus-görbével, lefolyásában azonban kissé elmarad töle, jeléül annak, hogy a látás élessége kissé lassabban növekszik, mint a felületi fényesség logarithmusa. Hangsúlyozandó, hogy az alap 1·8.

Sajátságos, hogy gyenge látási élességgel biró szemen — a mely teljesen ép — a látás élességének relativ visszamaradása sokkal szembetünőbb, mig a nagyon éles látású szemen a látási élesség jóval gyorsabban növekszik, mint a felületi fényesség logarithmusa.

A törvényes viszony tehát megvan a látás élessége és a felületi fényesség között, sőt az ki is mutatható úgy egynemű, mint különnemű eseteken is.

A moorfürdők élettani hatásáról.

Tuszkai Ödön: Az emberekkel végzett kisérletek oly rendkivül ellentmondók, hogy felettük csakis állatkisérlet dönthet. Szükséges ez a kisérlet azért is, mert csak állatokon lehet a kisérleteket a túlzásig vinni, vagyis e módszerek hatásait egészen a károsig fokozni, és ezután tudhatjuk meg, hogy „mutatis mutandis" mikép kell, illetőleg mikép szabad emberre alkalmazni.

Egyetlen hátránya a kisérleti sorozatnak, hogy a „subjectiv" érzéseket nem jelezhetjük, de ezek értéke úgy is csekély és ezer mellékkörülménytől függő, tehát még embernél sem megbizható.

A másik hátránya, hogy az ú. n. közvetlen bőrhatásokat nem észlelhetjük, még akkor sem, ha nagyon lenyirjuk az állat szőrét. Egészen leborotválni ugyanis nem szabad, mert ebbe belebetegszik az állat.

Mint a későbbiekből azonban ki fog tünni, ez nem is fontos, mert a moorfürdők hatását mint első sorban *thermális* hatást kell és lehet felfognunk.

Nem akarjuk ezzel mondani, hogy a moorfürdők chemiai összetétele mellékes azok alkalmazásakor, de egészen bizonyos az, hogy nem a főfaktor. A 7 kg. súlyu kutyát mindenekelőtt N-egyensúlyba kellett hozni, mit el is értünk, midőn naponként 140—150 gramm ú. n. kutyapogácsát nyujtottunk az állatnak. Ennek N-tartalma állandóan 4·24 gm. volt, melyből körülbelül 3 grammot a vizeletben választott ki az állat, a többi a bélsárral távozott.

Az anyagcsere forgalmának megitélésére elégséges a vizelet útján kiválasztott N-tartalmat ismerni. A kisérleti állatot körülbelül 3 hétig tartottam N-egyensúlyban, mely idő alatt testsúlya valamit fogyott, úgy hogy körülbelül 6850 gm. volt középértékben.

Az érverés 102 volt perczenként, a légzés 24, a végbélhő 37·8, a szájbeli hő 37° C. A vér és vizelet viszonyai normálisak. Ezután 10 moorfürdőt kapott az állat 10 egymásután következő napon 1 órai tartartammal, 39° C. meleg középsűrűségü fürdőt, mely idő alatt és utána 10 napig pontosan észleltem az anyagcsere változását és a többi élettani viszonyokat.

A moorfürdők hatása alatt és után a következő igen érdekes és lényegesebb változások állottak be a kisérleti állatnál.

A napi N-mennyiség a vizeletben 4·21 grammra szökött fel, tehát 1·26 grammal növekedett meg, a testsúly körülbelül 200 grammal fogyott, a hő majdnem változatlan volt, az érlökések száma valamivel emelkedett. A vizelet napi mennyisége valamivel csökkent, átlag 30—40 grammal pro die. *Feltünő változás* állott be a vizelet *savanyuságában, a mennyiben ez 33‰-ről leesett 17·7‰-re.*

Ellenben a *chloridok* 1·10‰-ről, vagyis napi *3·90 grammról* felszöktek 18‰-re vagyis, naponta *10 grammra a vizeletben.*

Két teljesen új és meglepő jelenség.

Ugyancsak ilyen a vér haemoglobinjának viselkedése, mely kezdetben 80%-ról leszállott 70% alá. Végeredményként azonban tartósan 110% volt. A vörösvérsejtek száma szintén rendkivül megszaporodott és ezek között fiatal nagymagvuak (normoblastok) voltak, úgy hogy polyglobuliáról szólhatunk, mely azonban nem oxygenéhség eredménye.

Összefoglalás.

1. A prolongált középsürű 39°-os moorfürdő hatalmas stimuláns, mely a szervezetre való ártalom nélkül annak anyagcseréjét tartósan növeli és ezzel mindenek szerint lobos izzadmányok felszivódását teszi lehetővé.

2. A moorfürdők előbb leirt alakjai úgy látszik a vérképződés folyamatára igen serkentőleg hatnak (polyglobulia) és azért alkalmazásuk a vérszegénység különböző eseteiben ajánlható.

3. A moorfürdők a vizelet aciditását kisebbitik és igy olyan anyagcserebántalmaknál, melyek fokozott savkiválasztással járnak, valószinüleg jó eredménynyel rendelhetők.

4. A moorfürdők a chloridok kiválasztását a vizeletben fokozni látszanak, miért is az organismus nedveinek osmotikus nyomására változtatólag hatnak, annál is inkább, mert a vérveszteség az izzadás daczára sem jelentékeny.

5. Kétségtelen, hogy a moorfürdő a hőkezeléseknek egyik legkiválóbb módja, mely kezeléseknél a physikális faktorok játszszák a főszerepet és a hatások mint activ és passiv hyperaemia értelmezendők.

Végül hangsúlyozni akarom, hogy e kisérleti adatokat korántsem tekintem végleges törvényeknek és nagyon jól tudom, hogy emberre csak mutatis mutandis alkalmazhatók; azt hiszem azonban, hogy az irány, melyben jártam, helyes és alkalmas a divergáló nézetek megegyeztetésére.

A kisérleteket a marienbadi städtisches hygienisches Laboratoriumban végeztem Zörkendorfer dr. igazgató vezetése mellett, kinek e helyen fejezem ki szives fáradozásáért őszinte köszönetemet.

Nenadovics Lázár: Én a moorkezelést kétfélére osztom. Izzasztó eljárásra és nem izzasztó eljárásra. Az irodalomban száz év óta úgy tárgyalják a dolgot, hogy a moorfürdők az anyagcserét fokozzák. Az orosz szerzők embereken végzett kisérletekkel megállapitották, hogy az izzasztó módszer fokozza az anyagcsereforgalmat. Erről már 1905-ben irtam az Orvosi Hetilapban. Tehát előadó e tekintetben nem mondott újat, legfeljebb azt, hogy állatokon végezte kisérleteit. 39°-os fürdő egy óra hosszat már izzasztó eljárás. Ezt nálunk ritkán alkalmazzák, de Oroszországban 40°-os R. fürdőt is használnak addig, míg a betegnél 39° C. temperatura áll be, vagyis mesterséges láz. Franzensbadban magamon végeztem kisérleteket és azt találtam, hogy a nem izzasztó módszer leszállítja az anyagcserét. Tehát az anyagcserefokozódás csupán a hőmérséklet hatásából magyarázható.

Tuszkai Ödön: Marienbadban 39° C. a legmagasabb fokú moorfürdő, Elsterben is ilyent adnak, Franzensbadban még alacsonyabb hőmérsékűeket. Hogy Oroszországban magasabb fokú fürdőket adnak, tudom; de mi nem adjuk, nem is jár haszonnal. A hozzászóló beosztása, izzasztó és nem izzasztó fürdő, nekem is rationálisnak látszik, és kivánom, hogy mások is elfogadják a beosztást.

Közkórházi orvostársulat.

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

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

(Folytatás.)

Cataracta totalis congenita esete.

Fejér Gyula: A veleszületett hályognak több formája van. Leggyakoribb a cataracta perinuclearis, a cataracta centralis, a cataracta polaris anterior és posterior, a cataracta fusiformis és ritkaság számba megy, midőn a lencse teljesen zavaros, s a cataracta totalis. A veleszületett hályogok rendszerint egy az uterusban elszenvedett gyuladás és ezzel összefüggésben levő táplálkozási zavar következményei, minek bizonyságául sokszor synechiákat lehet találni.

Ezen 3 hónapos, jól fejlődött csecsemő mindkét szemén vak, fényérzése úgy látszik van, mert szemeivel a reávetített fényt követi és anyja elbeszéli, hogy lámpagyujtáskor a fényt keresi és szemét tágra nyitja. Jobb szemén a hályog tokja egyenetlenül megvastagodott, a pupilla atropin becseppentésére elég jól tágul, bal szemén azonnal feltünik, hogy a csarnok sekélyebb, az iris szövetének középső része elődomborodik, a pupilla nem tágul, az iris pupilláris széle kissé czafrangos és a pupilla területét barnás tömeg foglalja el. A bal szemen tehát nemcsak a lencse zavaros, hanem izzadmányréteg az irist elődomborította és az iris pupilláris szélét a lencsetokhoz fixálta. Megjegyzem, hogy a gyermek szülei nem rokonok.

Mindkét szemen iridektomiával egybekötött extractiót akarok végezni, mert az összenövések és tokvastagodás miatt discissioval eredményt elérni nem lehet. Ha ilyen hályogot korán nem operálunk, akkor a reczehártya elveszti érzékenységét, degenerálódik és amblyopia és anopsia fejlődik.

Sectio caesarea relativ indicatioból

Rotter Henrik: K. J., 31 éves hajadon, 1905. deczember 20.-án jelentkezik osztályunkon. Jelenleg negyedszer van teherben és előbbi szülései is osztályunkon folytak le.

Első menstruatioját 13 éves korában kapta, mely azóta 4 heti időközökben jelentkezett 3—5 napi tartammal. Három éves korában kezdett járni. Medenczeméretek: 25·5—27·0—18 cm.; conj. diag. 9·5 cm.

Első partus 1897-ben; erről a szülésről feljegyzéseink hiányoznak. A terhesség állitólag spontan végződött; két napi vajudás után halott magzatot szült.

Második partus 1901. junius 16.-án. Burokrepedés után köldökzsinórkacs esik elő, a fej a bemenetre nyomul. Fogókisérlet közben a magzat elhal, ezért perforatio, kranioklasis. Magzat 51 cm. hosszú fiú.

Harmadik partus 1904. február 21-én. Schröder-féle prophylaktikus lábrafordítás. A méhszáj eltünése után burokrepesztés, fejről lábrafordítás, extractio. A fejet a medencze bemenetén áthúzni nem lehetett; a magzat elhal. Az utoljára jövő fej perforatioja. A magzat fiú, méretei 4200 gm., 58, 35 cm.

Jelenlegi szülés. Érkezésekor a status a következő volt. 1905. deczember 20.-án. Medencze mérotek mint fent. A méh fundusa a gyomorgödörben; a magzat háta, szivhangjai balra, az apró részek jobbra, a vagina tág, a portio elsimult, a hüvelyboltozat mérsékelten ledomboritott, a méhszáj bőven két ujjnyi; a burok ép; elülfekvő rész: a medencze bemenete felett mozgatható fej.

Rhachitikus lapos medenczéjü asszonynyal volt dolgunk másodfokú szükülettel. Előbbi szüléseinek lefolyása meggyőzött bennünket arról, hogy per vias naturales élő érett magzatot nem tud megszülni. A magzatok különben is nagy méreteket mutattak és jelenleg is megkiséreltük a Hofmeier-féle impressiót, de ez ismét meggyőzött bennünket arról, hogy a fej és a medenczebemenet között lényeges térarány-talanság van. Élő magzatot csak császármetszés útján remélhettünk; az anya nemcsak hogy beleegyezett, de egyenesen kivánta az élő magzatot.

Műtét előtt az anyával még egy dologra nézve kellett megállapodásra jutni. Még pedig arra vonatkozólag, hogy műtét közben sterillé tegyük-e, vagy pedig kiván-e még szülni. A mi véleményünk az volt, hogy ez az asszony csak életének koczkáztatásával tud élő érett magzatot szülni, újabb császármetszésnek kitenni nem láttuk czélszerűnek és ezért a sterilizálást ajánlottuk. Az asszony is igy határozott.

Műtét 1905. deczember 21.-én, tünőfélben lévő méhszájnál, ép burok mellett. Műtét előtt 2 pravaznyi Bombellon-ergotin bőr alá. Aether-narcosis.

Has megnyitása a linea albában a symph.-től kezdve 4 haránt-ujjal a köldök fölé. A nagy terhes méhet kiemeljük és mögötte a hasfalakat provisorikusan összevarrjuk, hogy magzatvíz, vér a hasűrbe ne jusson. Fundális keresztmetszés az egyik lig. rotundum tapadásától a másikig, mely egész terjedelmében a placentát éri. A magzat gyors kifejtése. Közepes vérzés. A méh sebét catgut csomós öltésekkel varrjuk el oly módon, hogy az öltések a méh egész falán áthatolnak. Felületesebb catgut csomós öltésekkel a serosát fektetjük pontosan össze. A sterilizálást úgy végezzük, hogy a tubák interstitiális részét resekáljuk, a sebeket pontosan elvarrjuk és a lig. latummal fedjük. Hasfalvarrat 3 étageban. Magzat 4400 gm. súlyú, 52 cm. hosszú, 36 cm. fejkerületű élő fiú, megszületése után hangosan sirt. A magzatot ápolás végett a Fehér-Kereszt egyesületnek adjuk át. A lefolyást súlyosabb természetű bronchitis komplikálta, mely több napig tartó hőemelkedést okozott. A hasseb primára egyesült és a méh jól involválódott.

Fibromyoma centralis nekrosissal.

Rotter Henrik: Sz. M., 40 éves, napszámos asszony, 1905. deczember 20.-án jelentkezik osztályunkon.

Anamnesis: Első menstruatio 13 éves korában jelentkezett, azóta négyhetenként volt meg, 4—5 napig tartott közepes vérzéssel. 8-szor szült rendesen, utoljára 6 év előtt. Egy év óta nem menstruál és ugyanezen idő óta fájdalmakat érez hasában, derekában és az utolsó hónapban ezek a fájdalmak nagy mértékben fokozódnak, görcsszerűen jelentkeznek.

St. pr. A lesoványodott nőbeteg meglehetősen sápadt, a mellkasi szervek épek, a vulva halvány, a vagina tág, a portio 2 cm., kemény, a méhszáj harántujjnyi, a portio hirtelen kiszélesedve megy át a kora gyermekfejnyi méhtestbe, a mely kemény, gömbölyű, sima felszinű és elég jól mozgatható, környezete teljesen szabad.

Diagnosis: Fibromyoma corporis uteri. Egy már a klimacteriumban lévő 40 éves asszonynál a fibromyoma diagnosisát állapitottuk meg és a beteg csakis nagy fájdalmai miatt keresett orvoslást; ezek a fájdalmak magukban véve is arra indítottak volna bennünket, hogy beavatkozzunk a betegnél, mert 3 heti kórházi megfigyelés alatt meggyőződtünk róla, hogy nem múló természetű kellemetlenségről van szó, hanem csillapithatatlan fájdalmakról, ezek a fájdalmak pedig pathognomonikusak vagy a fibroma-góczok nekrosisára, vagy malignus degeneratióra. Ennélfogva műtétre határoztuk el magunkat.

A műtét 1906. január 9.-én történt aether-narcosisban. A has megnyitása a középvonalban a symphysistől a köldökig Landau szerint. A has megnyitása után látni, hogy a méh mellső falából kiinduló nagy ökölnyi intramurális fibromával van dolgunk. Supravaginális amputatio Chrobak szerint. A lig. latumok lekötése után mellső peritoneális lebenyt készítünk, a hólyagot letoljuk és a méhet a belső méhszáj táján amputáljuk. A vérző ereket külön lefogjuk és ligáljuk, a cervicalis canalist csomós végén öltésekkel elvarrjuk és a csomókat pontosan fedjük a mellső peritoneális lebenynyel. Hastoilette, hasfalvarrat 3 étageban. A lefolyás láztalan, 10. nap a varratok kiszedésénél konstatáljuk, hogy a hasseb per primam egyesült.

Dirner Gusztáv: A II. fokú medencze-szűkület és a nagy magzat absolut indicatiót képeznek a császármetszésre. Kérdés, nem figyelmeztették-e a beteget arra, hogy a 34—36. héten mesterséges koraszülés végett jelentkezzék. A sterilizálás kérdése is igazolva van, bár mesterséges koraszüléssel esetleg több élő gyermek is születhetett volna.

Elischer Gyula: Az esetre nagyon jól emlékszik és mindig figyelmeztették, hogy a szülés előtt 6 héttel jelentkezzék. De a beteg nem jött. Minden ilyen esetet figyelmeztetnek, hogy újabb terhesség esetén korán jelentkezzék, rendesen hiába. Szóló a sterilisatiót helyeselte, a beteg is megelégedett egy gyermekkel, a mely különben jól fejlődik.

Bélsérülések.

Milko Vilmos: 1. *Többszörös bélruptura.* A betegnek folyó év január 22.-én 6 méter hosszú vasgerenda esett a hasára. 18 órával a sérülés után diffus hashártyalob kifejezett tüneteivel szállíttatott be. Előadó főnöke, Herczel tanár megbizásából azonnal laparotomiát végzett. A köldök és symphysis között megnyitva a hasat, kitünt, hogy legnagyobb fokú általános hashártyalob van jelen. A hasűrben több liternyi, bűzös bélsárral és nagymenuyiségű emésztetlen ételmaradványnyal (babszemek és zöldbab hüvelye) kevert folyadék. Az összes vékonybelek eventeratioja után a sérülés helyét a legalsó ileumkacson találta meg, hol egymástól 20 cm. távolságban kétkoronás nagyságú perforatio volt. Ezeket kétsoros Lembert-varrattal zárván, a hasűrt konyhasós vízzel bőven kiöblítette és Mikulicz szerint tamponálta. Műtét után a beteg erősen collabált, 3 napig sokat hányt és csuklott, azóta jobban van, a peritoneális tünetek teljesen visszafejlődtek.

2. *Hétszeres bélsérülés* műtéttel gyógyult esetét mutatja be. K. J., 25 éves kárpitost mult év szeptember 16.-án törrel hasba szúrták. A sérülés után két órával beszállított betegnél a bal m. rectus külső szélén 1 cm. hosszú, éles szélű folytonossághiány látható, melyből 8 cm. hosszú csepleszdarab lóg ki. Daczára annak, hogy a betegnél bélsérülési tünetek teljesen hiányoztak, előadó Herczel tanár megbizásából azonnal laparotomiát végzett. A jejunum felső részében hét, egymástól 10—15 cm.-nyi távolságban lévő perforatio találtatott, melyeket egyenként többrétegű Lembert-varratokkal zártak. A hasűr öblítés nélkül teljesen záratott. Sima lefolyás mellett a beteg 3 héttel a műtét után teljesen egészséges.

3. *Súlyos hasűri vérzéssel complicált többszörös bélsérülés* gyógyult esetét demonstrálja. A külső sérülés ezen esetben konyhakéssel ejtett, a bal m. rectus közepén ülő 1 cm. hosszú folytonossághiány volt, mely körül ökölnyi haematoma látható. Semmi peritoneális tünet, csupán nagy nyugtalanság és anaemia; laparotomia 3 órával a sérülés után.

A hasűr tele van körülbelül 2 liternyi folyékony és alvadt vérrel, mely a megsértett arteria epigastricából került oda. Kifelé nem történhetett nagyobb vérzés a bőrseb kicsinysége miatt és azért, mert a képződött haematoma a külső sebnyilást mintegy tamponálta. 3 penetráló vékonybélsérülés réteges varratokkal elzáratott. A sok vért és alvadékot a hasűrből gondosan kitörölve, a hassebet teljesen bevarrta. Zavartalan lefolyás.

A bemutatott esetek kapcsán előadó oda concludál, hogy hassérüléseknél a conservativismust a lehető legszükebb határok közé kell szorítani. A műtét indicatiójának felállításakor nem szabad mindig a tankönyvekből ismert typikus tünetek jelentkezését bevárni.

Magasan fekvő vékonybélsérülések, különösen ha üres beiek mellett történt a sérülés, az első órákban sokszor egyáltalán semmi tünetet nem okoznak. Azért a csak félig-meddig kétes esetekben mindig operálni kell.

(Vége következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A polyserositisről tartott előadást *Cnopf* a nürnbergi orvosegyesületben. Másfél éves fiúbetegénél igen súlyos jobboldali csúcspneumonia után 5 nappal baloldali mellhártyagyuladás, 9 napra rá szivburokgyuladás, majd végül agy- és gerinczagyburoklob támadt. Ugy a szivburok csapolásával, mint a lumbális punctioval nyert folyadékban diplococcusokat talált.

A bonczolat mindenben beigazolta a klinikai kórisme helyes voltát. Cnopf ilyen sok szerv együttes megbetegedéséből a gyermeki szervezet autoinfectiojára gondol s a pericardium, nemkülönben az agyburkok utólagos megbetegedéséből a diplococcus virulentiájának a szervezetben való fokozódására következtet. Van Netter és Schkarm állatkisérletei ugyanis azt mutatják, hogy az izzadmány mineműségének befolyása van a diplococcusok virulentiájára.

A gyermekkorban oly gyakori tüdőgyuladás mellett a szerző nem egyszer észlelte a savós burkok gyuladását. Igy egy 1—2 éves gyermeknél a baloldali tüdőgyuladás fennállásának 14. napján ugyanazon oldali, diplococcus által okozott mellhártyagyuladást észlelt, majd három nappal később jobboldalt is pleuritis fejlődött, a négy nappal később végzett bonczoláskor pedig már körülirt hashártyalobot és kezdődő szivburokgyuladást is találtak.

Egy tüdőgyuladásban elhalt 11 hónapos gyermekben kétoldali pleuritist és kezdődő genyes pericarditist látott a szerző.

Egyébként nemcsak tüdőgyuladás mellett, de egy alkalommal 6—7 éves fiúbetegénél diplococcus okozta angina után is észlelt a szerző genyes mellhártyagyuladást, szivburoklobot, vesegyuladást és coxitist. Cnopf inhüvely- és izületi gyuladás mellett, nemkülönben otitis media suppurativa után is látott polyserositist. (Münch. med. Wochenschr., 1906. 12. szám.) *Halász Aladár.*

PÁLYÁZATOK.

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** nyújtsák be.

Pécska, 1906. évi április hó 26.

2—1 *Senk Ferencz*, főszolgabiró.

5363/1906. ikt. szám.

A békéscsabai nyilvánossági jelleggel felruházott kórháznál rendszeresi ve 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—1 *Dr. Fábry*, alispán.

558/1906. eln. sz.

Szabadka sz. kir. város tulajdonát képező Mária Valéria-közkórházban lemondás folytán 1906. évi junius hó 15.-ével üresedésbe jövő s 1200 kor. évi fizetéssel, lakás, fütés, világitás és élelmezéssel javadalmazott **két alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állást elnyerők tartoznak a közkórházban lakni és magángyakorlatot — az első segélynyujtás esetét kivéve — nem folytathatnak; nős orvosok pályázatai figyelembe nem vétetnek.

Felhivom a pályázni kivánókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának II. pontja értelmében kellően felszerelt pályázati kérvényeiket f. évi **május hó 15. éig** Bezerédj István főispán úrhoz Szabadkán annál is inkább nyujtsák be, mert az elkésetten benyujtott pályázati kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

Szabadka, 1906. évi április hó 20.-án.

Dr. Biró Károly, polgármester.

A temesvári „Fehér-kereszt gyermekvédő egyesület“ másodrendű bábaképezdével egybekötött szülészeti és nőgyógyászati osztályán a **segédorvosi állásra** pályázat nyittatik.

A segédorvos javadalmazása: 1600 (egyezerhatszáz) korona évi fizetés. Berendezett két szobából és előszobából álló lakás, elsőrendű teljes ellátás.

A kinevezés két évre történik, mi azonban meghosszabbitható. Csak nőtlen orvosok pályázhatnak. A magyar, német és román nyelvnek tökéletes birása feltétlenül szükséges. Román anyanyelvűek előnyben részesülnek. A magánorvosi gyakorlat, a mennyiben a szolgálat megengedi, nincs megtiltva.

Az eddigi működést igazoló okmányokkal felszerelt pályázatok a „Fehérkereszt gyermekvédő egyesület“ igazgató tanácsához intézve, alulirotthoz czimzendők.

Temesvár, 1906. évi április 20.-án.

Tauffer Jenő dr.,
oszt. főorvos, a II. r. bábaképezde vezetője.

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—1 *Berkes* dr., kórházi igazgató.

4208/1906. szám.

Tolna vármegye **völgységi** járásában elhalálozás által megüresedett és a X. fizetési osztályba sorozott fizetéssel, 350 korona lakbér és évi 600 korona utazási átalánynyal javadalmazott **járásorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhivom mindazokat, kik ezen tisztiorvosi állást elnyerni óhajtják, hogy orvostudori oklevelük, a tisztiorvosi vizsga letételét s eddigi szolgálatukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket f. évi **május hó 20.-áig** Tolna vármegye főispánjához czimezve hozzám nyujtsák be.

Elkésetten beérkező pályázatok figyelembe vétetni nem fognak.

Szekszárd, 1906. évi április hó 24.-én.

Döry, alispán.