50. évfolyam. 35. szám. *Budapest, 1906. szeptember 2.*

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.

Elischer Gyula és **Engel Károly**: Közlemény az I. számú belgyógyászati kórodáról. Igazgató: Korányi Frigyes dr., egyetemi tanár. Röntgen-fénnyel kezelt mediastinális daganatok. 812. lap.

Kentzler Gyula: Közlemény az I. belgyógyászati klinikáról. (Igazgató: Korányi Frigyes tanár.) Serummal kezelt traumás tetanus három esete. 814. lap.

Jacobi József: Közlemény a Budapesti Kerületi Betegsegélyző Pénztár rendelő intézetének ideggyógyászati osztályáról. (Rendelő orvos Sarbó Artur dr., egyet. magántanár.) A tetaniáról 78 eset kapcsán. 816. lap.

Tárcza. A berlini orvosegyesület appendicitis-vitája. 818. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. D. O.-Kuthy*: Physikalische Therapie der Skrofulose. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Paterson*: Steril sajtos anyag használata a gümőkór gyógyitásában. — *Gyógyszertan. Fritsch*: Kephaldol. — *Reicher*: Salimenthol. — *Belorvostan. Hingston Fox*: Haematogen albuminuria. — *Michalke*: Typhus abdominalis ritka szövődménye. — *Strübing*: Asthma bronchiale. — *H. Meyer*: Idült dysenteria gyógyitása. — *Bondi* és *Rudinger*: A zsirok befolyása a czukorkiválasztásra. — *Idegkórtan. Babinski*: Az agydaganat korai felismerése. — *Dumolard*: Idegbajok a mohamedánokon. — *Sebészet. Riedinger*: A haemorrhoidális csomók gyógykezelése. — *Kümmell*: Appendicitisnél a korai műtéttel elérhető eredmények. — *Bőrkórtan. M. Biach*: Arsenkeratosis esete. — *P. Linser*: Az általános jellegü bőrbajokban észlelhető hőszabályozás. — *Közegészségtan. Gemünd*: Miért ártalmas a nedves lakás? — *Häberlin*: A st.-galleni himlőjárvány. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Sainton*: A Basedow-kór gyógyitása. — *Rebaudi*: Bromprotylinnal elért eredmények. 823—826. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 827 lap.

Vegyes hirek. Kinevezés. — Választás. — Jubileum. — Lakásváltozás. — Orvostanhallgatók statistikája. — Magyar fürdők látogatottsága. — Meghalt. — Kisebb hirek külföldről. — Az öngyilkosok statistikája. — A tibeti orvostudományról. — Pályázatok. — Hirdetések. 827. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. Orvosegyesület dermatologiai és urologiai szakosztálya. 828. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet 829. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 811. l.

Mellékletek. *Récsey Imre*: A budapesti kir. m. tud.-egyetemi 2. számú sebészeti klinikum betegforgalma az 1905. évben. — Barabás-féle szt. István-gyógyszertár „Nervinol", Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüuning, Hoechst a/M. „Sajodin" prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény az I. számú belgyógyászati kórodáról. Igazgató: Korányi Frigyes egyetemi tanár.

Röntgen-fénnyel kezelt mediastinális daganatok.

Irta: *Elischer Gyula* dr. klinikai tanársegéd és *Engel Károly* dr. klinikai gyakornok.

Mindinkább szaporodik azon casuistikai közlemények száma, melyek a leukaemia és pseudoleukaemiának Röntgen-fénnyel kezelésével elért jó eredményekről számolnak be. Noha most már igen nagyszámú ilyen esetről van tudomásunk, az eljárás sokkal újabb, semhogy végleges gyógyulásról beszélhetnénk, mint a hogyan ezt a szerzők egy része teszi; az eredmények azonban a legtöbb esetben oly meglepők, hogy feltétlenül igazat kell adnunk azoknak, kik eredményeik alapján az eljárás általánosítását követelik.

Nem akarunk e helyen részletesen foglalkozni a leukaemia és pseudoleukaemia gyógykezelésében a klinikánkon elért sikerekkel; és ha mégis az idetartozó néhány esetben a Röntgen-kezeléssel elért eredményekről akarunk beszámolni, ennek az az oka, hogy a megbetegedés oly localisatiójáról van szó, mely a Röntgen-sugarak számára az anatomiai viszonyok kedvezőtlensége miatt kevéssé látszik hozzáférhetőnek. Ezen kóralak a mediastinális tumor, melynek több esetét volt alkalmunk kezelni, és pedig többször meglepő eredménynyel, ámbár ez, sajnos, nem mutatkozott oly állandónak, mint kezdetben vártuk.

B. József 25 éves érczöntőt első izben 1904. szeptember 14.-én vettük fel az I. belklinikára a következő anamnesissel: hosszabb idő óta lehajoláskor erősen szédül, arcza vérpirossá lesz, szemeit kidülledni érzi. Négy hét óta arcza éjjelenként kissé megdagad, nappal lelohad. Nyaka rövid idő alatt 4 centimeterrel vastagodott, mellében szúró fájdalmak keletkeztek, köhögött, majd nehézlégzés jelenségei mutatkoztak. Felvételkor a beteg arcza erősen dagadt, kifejezettebben jobboldalt. Az arczbőr a homlokot kivéve mindenütt tömötten beszürődött, a szemrés szükített, az ujjbenyomatokat a bőr nem tartja meg. A nyak rövid, vastag, duzzadt, legkifejezettebben a bal sternocleidomastoideus állkapocsi tapadásánál, a nyakon néhány tágult gyüjtőér. A szegycsont erősen elődomborodó. A mellkas bőre, kivált felső részében, erősen duzzadt, a csontalaphoz nyomva az ujjbenyomatokat megtartja. A légzés nyugodt, hátonfekvéskor is megnehezített, száma perczenként 22. A mellkas felső részén kiterjedt tompulat van, mely a szegycsont markolatát balra 3, jobbra 2 ujjnyira meghaladja, igen resistens, a szivtompulattal összefolyik. A gerinczoszlop felett kopogtatva, a VI. háti csigolya tövisnyújtványáig tompult a kopogtatási hang, mintegy tenyérnyi tompulat van az interscapuláris tér felső részében is. A tompulat felett úgy elöl, mint hátul gyenge hörgi légzés hallható.

A fehérvérsejtek száma 6200, qualitativ eltérést nem mutatnak. Röntgen-átvilágításkor a középárnyék, kivált legfelső részén, erősen kiszélesedett mindkét oldal felé, felső részében lüktetést nem mutat.

Diagnosis: Tumor mediastini. A beteg eleinte natrium cacodylicum-injectiokat kapott, melyeket rosszul türt, miért is a szer belső adagolására tértünk át. A beteg általános állapota ezen szerelésre kifejezetten javult, a nyak kerülete 3 centimeterrel csökkent, az arcz kevésbé puffadt, a mellkasi lelet azonban nem változott. Október 19.-én a beteg elhagyta a klinikát. Ezután néhány hétig türhetően érezte magát, csakhamar azonban arcza és nyaka újból megdagadt, mellkasának bőrén igen vastag tágult erek mutatkoztak, fájdalmakat érzett mellkasában, légzése már csekély mozgáskor is nehézzé lett, a mely tünetek fokozódván, a

beteg 1905. márczius 7.-én újból felvétette magát, a midőn az első felvételhez képest úgy a subjectiv, mint az objectiv lelet nagyfokú rosszabbodása volt megállapítható. A beteg nyaka és arcza sokkal nagyobb mérvben volt megdagadva, mint az első alkalommal, már nyugalomban is kifejezett cyanosist tüntetett fel. A máj jó tenyérnyire tapintható a bordaív alatt, a sternum jelentékenyen elődomborodó, nyomásra érzékeny, a szegycsont markolata felett észlelhető intensiv tompulat mindkét oldalt a parasternális vonalig terjed, a szív bal felé helyezett, tompulata a daganat tompulatával összefolyik. A légzés gyors, felületes, száma perczenként 28.

A betegnél 1905. márczius 15.-én kezdtük a röntgenezést, melynek ideje kezdetben 5 percz, a harmadik besugárzástól kezdve 10 percz volt. Az igazán meglepő eredmény már a 8. ülés után a következőkben mutatkozott: A közérzet javult, a nehézlégzés jelentékenyen csökkent, a szegycsont elődomborodása és a tompulat jelentékenyen visszafejlődött. 16, összesen 150 percznyi besugárzás után a beteg állapota annyira megjavult, hogy a klinikáról való elbocsátását kérte, a miről lebeszélhető nem volt. A klinikáról való távozáskor a mediastinális daganatnak a felvételhez képest igen jelentékeny megkisebbedése szembetünő volt, és egyrészt a subjectiv tüneteknek (dyspnoe, cyanosis) teljes eltünésében és a sternum előbomborodásának megszünésében, másrészt a daganat tompulatának jelentékeny megkisebbedésében nyilvánult és orthodiagraphikus felvétel útján is kimutatható volt.

Nehézlégzés még nagy testi megerőltetés után sem jelentkezett. A beteget azután még ambulanter kezeltük 8, 10—10 perczig tartó besugárzással és azóta súlyos munkáját szakadatlanul és kimerültség nélkül tudta végezni. Ellenőrzés czéljából gyakrabban rendeltük be a klinikára és hosszú időn keresztül úgy a subjectiv, mint az objectiv leletet változatlanul jónak találtuk. 1906. február óta állapota azonban kissé megrosszabbodott, a mennyiben gyors járás után légzése nehezebb lett, munkáját mindazonáltal tudja végezni. A gyüjtőerek duzzadása, a daganat kisfokú megnagyobbodása újból megállapítható volt és ilyen állapotban mutattuk be a beteget az orvosegylet február 17.-i ülésén. A beteg az újból ajánlott röntgenezésről egyelőre hallani sem akar, mivel még nehézség nélkül tud dolgozni. A május közepén megejtett vizsgálat a februárihoz képest rosszabbodást nem mutat, a beteg súlyos munkáját könnyűséggel látja el.

Ezen kóreset több szempontból érdekes. Kétségkivül azon fajtájú megbetegedéssel van itt dolgunk, melyet Hoffmann a mediastinum classikus megbetegedésének nevez, t. i. a lymphoma malignummal (mint ő mondja lymphadenoma, lymphosarkoma).

Hogy csakugyan lymphosarkoma volt-e jelen kórboncztani értelemben, vagy csak lymphoma malignum, azt ezen stadiumban eldönteni természetszerüen nem lehet, mert metastasisok, melyek rosszindulatúságot tüntettek volna fel, nem forogtak fenn, s a vérkép sem mutatott jellegző elváltozást. Feltünő a daganatnak rendkivül érzékenysége a Röntgen-sugarakkal szemben, a mely körülménynél tekintetbe kell vennünk azt, hogy a daganat nem közvetlenül a bőr alatt, hanem a mediastinumban, főtömegével a szegycsont által takartan feküdt, azaz oly viszonyok között, hogy a Röntgen-kezelés első pillanatra igen kevés reménynyel kecsegtetett. És csakugyan Cohn, ki tapasztalatai alapján a röntgenezést a lymphosarkomatosis igen hatásos gyógyszerének tekinti, annyira, hogy végleges gyógyulásról is beszél, azon véleményének ad kifejezést, hogy a mediastinumban levő daganatoknak Röntgen-fénynyel való sikeres kezelése a szegycsonton keresztül nem is igen várható. És mindazonáltal ezen betegnél úgyszólván minden egyes besugárzásnak megvolt a maga feltünő hatása, annyira, hogy a beteg szembetünő javulása már a 8. ülés után igen kifejezett volt, mely javulás azután fokozatosnak is mutatkozott a beteg látszólagos gyógyulásáig, a mely aránylag rövid idejü expositio által volt elérhető.

A mediastinális daganatoknak Röntgen-fénynyel való sikeres gyógykezelése a betegség súlyossága folytán elsőrangú fontosságú kérdés. Hogy ezideig az ily módon kezelt esetek száma az irodalomban még igen csekély (Bergonné, Clopatt, Kienböck, Schein, Stein), azt annak kell tulajdonitanunk, hogy a kezelés ezen módját még csak rövid idő óta használják. Az utóbbi években klinikánkon mediastinális daganatban szenvedő számos beteget volt alkalmunk észlelni, kiknél Röntgen-kezeléssel meggyőződésünk szerint tetemes javulást sikerült volna elérnünk, és a kiket az arsennel való gyógykezelés sikertelensége után részben igen súlyos állapotban kellett elbocsátanunk.

Többi esetünk kórtörténete a következő:

L. Gy. 17 éves férfi. Másfél éve veszi észre arczának és lábainak időnként jelentkező, majd visszafejlődő, néha hosszabb időre állandósuló duzzadását. 5 hó óta gyorsabb járáskor légzési nehézségei is vannak, mely panaszokkal 1905. szeptember 5.-én kereste fel a klinikát.

A jól fejlett és jól táplált beteg arcza duzzadt, kifejezett vizenyő nélkül, ajkai kissé cyanotikusak, duzzadtak, nyaka megvastagodott. A dombordad mellkason a szegycsonttól oldalt kanyargó gyüjtőerek láthatók. A légzés kissé hangos, mérsékelten nehezített, száma perczenként 18. A jobb bordaív alatt ezt 3 ujjnyira meghaladó homályos ellentállás tapintható. A lábszárak bőre kissé vizenyősen duzzadt, a hasban kevés szabad folyadék. A szegycsont markolata felett, annak széleit mindkét oldalt meghaladó tompulat van jelen, mely a bal felé kitolt szív tompulatával összefolyik. A gerinczoszlopon az 5. hátcsigolyáig tompa a kopogtatási hang. Röntgen-átvilágításkor a mellkas felső részében széles, eléggé éles határú, nem lüktető árnyék mutatkozik. Vérlelet: 4.800,000 vörös-, 6600 fehérvérsejt, 85% haemoglobin. A fehérvérsejtek qualitativ aránya normális. Diagnosis: Tumor mediastini. A betegnél a besugárzást sikertelen arsenkúra után október 31.-én kezdjük az előbb említett módon. Összesen 225 perczig tartott expositio után erythema jelentkezik a mellkas bőrén, mely miatt a besugárzást félbeszakítjuk, úgy hogy az expositiokat csak deczember 11.-én folytathatjuk. Újabb 300, tehát összesen 525 percznyi expositio után a beteget jelentékenyen javult állapotban volt alkalmunk az orvosegyesületben (február 17.-én) bemutatni. A pangásos tünetek (dyspnoë, cyanosis, oedemák) teljesen eltüntek, a máj csak kissé nagyobb. Erősebb testi munka után sem nehéz a légzése. A mediastinális daganat a physikális vizsgálati eszközök segélyével, valamint a Röntgen-átvilágítás útján még megállapítható, de terjedelme jelentékenyen megkisebbedett. A javulás azonban a helyi leletet illetőleg ezen esetben nem olyan nagyfokú, mint az első esetben.

A daganat azon sajátszerű magaviselete, hogy a kezelés kezdetén a javulás igen gyors volt, ezután pedig hosszú és elég intensiv besugárzás ellenére ugyanazon stadiumban maradt, megfelel azon magatartásnak, melyet Holzknecht a gümős hyperplasiás mirigyekről irt le. A betegnél van ugyan öröklött gümőkóros terheltség, de szervezetében gümőkórra utaló jel nincsen, a tuberculin-reactio is negativ. Sajnos, ezen esetben a javulás nem bizonyult oly állandónak, mint az első esetben. A beteg továbbra is klinikánkon maradt a Röntgen-kezelés folytatása czéljából. A tovább folytatott besugárzások ellenére azonban állapota rosszabbodni kezdett, a mellkas bőre is túlérzékenynek mutatkozott a Röntgen-sugarakkal szemben, úgy hogy az igen könnyen támadó dermatitisek miatt gyakran hosszabb időre voltunk kénytelenek a besugárzást félbeszakítani.

Mindazonáltal május közepén a beteg állapota elég jó; a mellkas bőre ugyan kissé vizenyős, az ajk cyanotikus, de a légzés járáskor, sőt lépcsőn járáskor sem dyspnoës jellegü. A mediastinális daganatnak kisfokú megnagyobbodása úgy kopogtatással, mint átvilágítással kimutatható. Hogy vajjon röntgenezéssel képesek leszünk-e még a daganatot visszafejleszteni, azt csak a hosszabb időköz után megindítandó újabb röntgenezés fogja eldönteni.

Harmadik esetünk kórtörténete a következő:

A. L., 34 éves kőmüves. Felvettük 1906. deczember 6.-án. Több hónap óta veszi észre, hogy arcza, nyaka és melle fokozatosan dagad. Időnként erősen szédül, kivált lehajoláskor. Eleinte még tudott dolgozni, az utolsó időben azonban a már csekélyebb munka végzésekor is jelentkező nehézlégzés miatt munkaképtelen lett. Felvételkor a különben jól táplált, erőteljes férfibeteg arcza és nyaka feltünő módon duzzadt, *kékes* színü, az ajkak erősen cyanotikusak. A mellkas bőre is duzzadt, a szegycsont felett az ujjbenyomatot megtartja. A légzés *hangos*, dyspnoës, már kissé gyorsabb menés után is igen nagyfokúvá válik a nehézlégzés. A

mellkas felső részében egy a szegycsont markolatát mindkét oldal felé, kivált jobb felé, több ujjnyira meghaladó resistens tompulat van jelen, mely a megnagyobbodott szívtompulattal összefolyik. A daganat felett hangos tracheális légzés hallható. Hátul a jobb interscapuláris tér felső harmadában is tompult a kopogtatási hang, a gerinczoszlopon intensiv tompulat van a 6. hátcsigolyáig. Röntgen-átvilágításkor a középárnyék felső része erősen kiszélesedett, kivált jobb felé, igen sötét, lüktetést nem mutat. Diagnosis: Tumor mediastini. A betegnél röntgenezést alkalmaztunk, melyre a beteg állapota gyorsan javult, úgy hogy deczember 20.-án elhagyta a klinikát és mint járó beteg kezeltette magát tovább. 250 percznyi expositio után az orvosegyesületben való bemutatás alkalmával (február 17) a javulás a felvételekor talált állapothoz képest (deczember 6) szembetünő volt. A helyi lelet a mediastinális tumort illetőleg még kifejezett volt ugyan, de a daganat erősen megkisebbedett, a tompulat nem volt oly széles és az orthodiagraphikus felvétel is az árnyék jelentékeny megkisebbedését mutatta ki. E mellett az arcz és a nyak duzadtsága, a cyanosis teljesen elmult, hosszú és fáradságos testmozgás után sincsen nehézlégzés. Újabb öt, egyenként 10 percig tartó besugárzás után csekély bőrerythema támadt, mely miatt a kezelést félbeszakítottuk. Április végén újból jelentkezésekor a beteg állapota kissé rosszabbnak mutatkozott, lélegzete nehezebb volt, kezelésre azonban nem járt be, úgy hogy ez idő óta nem is láttuk.

Ezen három esetünkben a Röntgen kezeléssel — a mint láttuk — igen tetemes javulást sikerült elérnünk. A gyógyulás, sajnos, nem volt végleges az esetek egyikében sem, söt hosszú tartamú sem, hosszabb rövidebb idő mulva újból rosszabbodás állott be. Volt azonban oly mediastinális tumor-esetünk is, mely kezdettől fogva refractaernek mutatkozott a Röntgen-kezeléssel szemben annyira, hogy a kezelés ellenére feltartóztathatlanul terjedt tovább a betegség.

N. Julia, 20 éves varrónő, felvettük 1905. október 24.-én. Egy év előtt a jobb kulcsfeletti árokban mirigymegnagyobbodások keletkeztek, a melyek ellágyulva, sebészileg eltávolíttattak. 4 hét óta délutánonként lázas, éjjel izzad, köhög, vért nem köpött. A mellkas felső részében igen intensiv, nagy tompulat van, melynek szélessége a szegycsont markolata közepének megfelelően 18 cm. A lép normális. A jobb kulcscsont felett és alatt, valamint a jobb tövisfeletti és alatti árokban tompult a kopogtatási hang, e helyeken hangos, megnyúlt, kissé hörgi jellegű légzés hallható. A Röntgen-átvilágítás rendkivül széles, igen sötét árnyékot mutat a mellkas felső részében. A fehérvérsejtek száma 27,000, 95% polynucleáris leukocytával; a köpetben ismételt vizsgálat ellenére sem lehetett gümőbacillust kimutatni.

A betegnél 10—10 percig tartó 30 expositio, vagyis összesen 300 percznyi besugárzás után kénytelenek voltunk a kezelést félbeszakítani. Az intermittens lázak fennállása mellett a beteg anaemiája, lesoványodása fokozódott. Midőn a klinikát elhagyta (január 1), a helyi lelet a felvételihez képest igen nagyfokú rosszabbodást mutatott, a mennyiben a gyorsan növekvő daganat a mellkasfél felső részét a bordákkal együtt nagy mértékben elődomborította.

Kezdetben az anamnestikus adatok, a lázas állapot, a neutrophil leukocytosis gümőkóros mirigymegnagyobbodás mellett szóltak, azonban a daganat rendkivül gyors és kifejezetten rosszindulatú növekvése inkább lymphosarkoma mellett bizonyított.

Eseteink alapján a következő rövid összefoglalásra érezzük magunkat feljogosítva: A mediastinális daganatok Röntgen-kezelésével igen jelentékeny javulást lehet elérni. A javulás nem mutatkozik állandónak, úgy hogy végleges gyógyulásról nem beszélhetünk. A legjobb prognosist alkalmasint a tiszta lymphoma malignum nyujtja, kevésbé jó a gümőkóros hyperplastikus mirigymegnagyobbodás vagy a lymphosarkoma. Minden mediastinális daganat esetében a Röntgen-kezelést meg kell kisérlenünk.

Irodalom: *Cohn:* Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Behandlung der lymphatischen Sarcome. Berl. klin. Wochen. 1906. 1. szám. — *Hoffmann:* Die Erkrankungen des Mediastinums. Nothnagel's Specielle Pathologie u. Therapie. — *Kienböck:* Über Röntgenbehandlung der Sarcome. Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. 2. k. 5. f. — *Schein, Stein:* Orvosi Hetilap, 1906. 8. sz.

Közlemény az I. belgyógyászati klinikáról. (Igazgató: Korányi Frigyes tanár.)

Serummal kezelt traumás tetanus három esete.

Irta: *Kentzler Gyula* dr., belklinikai gyakornok.

(Vége.)

III. eset. I. László, 13 éves tanuló. Előadja, hogy mintegy 2½ hét előtt az utczán elesett, bal térdét megütötte, ott kis sebzés támadt, felette ruházata elszakadt. A sebzés erősebb fájdalommal nem járt, gyógyult. Deczember 21.-én, a felvétel előtt 4 nappal vette észre, hogy száját nehezen tudja nyitni, s hogy evéskor fájdalmai vannak. 2 nap mulva erős gyomortáji fájdalmai támadtak, nyugtalanul aludt, a száj nyitása nehezebb lett, következő reggel pedig az egész testre kiterjedő görcsök jelentkeztek melyek azóta sürün ismétlődnek. Nyakának és gerinczoszlopának merevsége miatt felülni nem tud A görcsök erős fájdalommal járnak. A táplálkozás csak folyékony ételekre szorítkozik, vizelészavarok nincsenek, a hömérsék 38·0° C. Deczember 25.-én a klinikára veszik fel.

Jelenállapot. A beteg jól fejlett, rendes csontalkatú. Az izomzat nagy része állandó erős tonikus összehúzódásban van. Legkifejezettebb ez a tarkó és hát izomzatában, mely oly merev, hogy a mozgatás teljesen lehetetlen. Állandó nagyfokú opisthotonus van jelen. A masseterek erős görcsös összehúzódása miatt a száj csak 1 cm.-nyire nyilik. Kifejezett risus sardonicus. A hasfalak rendkivül kemények. Úgy a felső, mint az alsó végtagok izmaiban kifejezett a merevség.

A pupillák jól reagálnak, kisfokú strabismus convergens van, a zsigerekben eltérés nincs. A vizelés rendesen történik, a húgy rendes. A hömérsék 38·0° C. Az idegrendszerben az izmok jelzett görcsén kivül elváltozás nem található.

A bal lábszáron kis pörkkel fedett anyaghiány látható, mely a bőr alá terjed s ellágyult sarjakkal fedett.

A seb feltárása és kitisztítása után sublimatpárakötést alkalmaztunk és 0·01 gm. morphint fecskendeztünk a bőr alá, mire a görcsökkel járó fájdalmak kissé enyhültek. Majd a bal lábszárba 200 egység Behring-féle antitoxint fecskendezünk. Éjjel ezenkivül 2·0 chloralt kap és újból 0·01 gm. morphint subcutan. Az alvás nyugtalan.

Deczember 26. Reggel erős gyomortáji fájdalmak. A hömérsék 37·7. Délelőtt 8 percz alatt 5 igen erős, az egész testre kiterjedő görcsrohama volt Ekkor 0·01 gm. morphint kapott subcutan. Ezután nyugodtabb, délután újból 100 egység antitoxint, este pedig 0·01 gm. morphint fecskendeztünk a bőr alá; éjjel 3 gm. chloral. Az alvás nyugtalan.

Deczember 27. A tarkó- és hátizmok merevsége változatlan. Az általános görcsök ritkábbak és kevésbé fájdalmasak. Hömérsék max. 37 3° C., újból 100 egység antitoxin, e mellett 0 02 gm. morphin és 2 gm. chloral a nap folyamán.

Deczember 28. A beteg nyugodtabb, fájdalmai kisebb fokúak, az izmok feszessége változatlan. Általános görcsei nem voltak. Hö 37·7° C. Therapia: 100 egység antitoxin, 0·02 morphin subcutan, 3 gm. chloral a nap folyamán.

Deczember 29. Görcsrohamok nincsenek, az izmok feszessége változatlan. Therapia: 100 egység antitoxin, 0·02 morphin subcutan, 4·0 gm. chloral. Láztalan.

Deczember 30. Az állapot változatlan. Therapia: 0·03 morphin, 3·5 gm. chloral. A beteg elég jól aludt.

Deczember 31. 10 órakor délelőtt a beteg ágytálon ülve rendkivül heves görcsrohamot kapott, a légzésizmok erős görcsével, úgy hogy erős cyanosis állott be, a szemek kidülledtek. Mesterséges légzésre, mely az izmok merevsége miatt rendkivül nehezen megy, a görcs csakhamar enged, a légzés szabadabb, a cyanosis szünik. 0·015 morphint kap ekkor subcutan A beteg igen kimerült. Napközben nyugodt. Therapia: 100 egység antitoxin, 0·015 morphin subcutan és 4 gm. chloral.

1905. január 1. Az állapot változatlan. Néhány enyhébb és kevésbé fájdalmas görcsrohama volt. A seb tiszta, sarjadzik. Therapia: 100 egység antitoxin, azonkivül a nap folyamán 0·04 morphin subcutan, 4 gm. chloral. Az alvás elég nyugodt. Hö max. 37·5° C.

Január 2. A közérzet elég jó, az izmok tonikus görcse kifejezett. Általános görcsök nem voltak, kisebb görcsök ritkábban, a fájdalom kisebb fokú. Láztalan. A therapia ugyanaz.

Január 3. A merevség változatlan, a görcsök elég ritkák. A táplálkozás és közérzet jó. A bal czombon nagy területen, csaknem az egész czombot elfoglalóan, szabálytalanul szegélyezett, nem fájdalmas erythema jelentkezett. Therapia: 100 egység antitoxin, a nap folyamán 0·03 morphin, 3 gm. chloral.

Január 4. és január 5. Az állapot változatlan. Therapia: 100—100 egység antitoxin, 0·02 morphin, 3 gm. chloral.

Január 6. A beteg állapota jobb. Erős fájdalmai nincsenek. Görcse nincs. Az izmok merevsége változatlan. Serumot nem kapott. Különben a therapia ugyanaz.

Január 7. és január 8. Az állapot változatlan. Therapia: 100—100 egység antitoxin, 0·03 morphin, 3 gm. chloral.

Január 9. A beteg állapota jobb, lábait be tudja hajlítani. A trismus sem oly erös, az opisthotonus még fennáll. Serumot nem kap. Therapia: 0·02 morphin, 1·50 gm. chloral.

Január 10. Az állapot jobb. A merevség enged.

Ez időtől kezdve a beteg rohamosan javul. Trismusa enged, tarkómerevsége szintén.

Január 15. Már felkel ágyából és széken ül. Sebe gyógyult.

Mindhárom esetben a sebváladékból kitenyésztettük a jellegzetes bakteriumokat. A tetanus első tünete az I. esetben a sérülés után 10, a II. esetben 7 nappal, a III. esetben körülbelül két héttel jelentkezett, az I. eset 27, a II. 26 nap alatt, a III. szintén 26 nap alatt teljesen gyógyult. Az első 19·95 gm. száraz Tizzoni-féle antitoxint, a II. 1100 egység, a harmadik 1500 egység Behring-féle serumot kapott. A kezelés lokális reactioval nem járt, általános reactioképen két izben jelentkezett kisebb fokú bőrkiütés. Mindhárom esetben az első antitoxinadagokat még nem követte kifejezett javulás, sőt némi terjedés volt észlelhető, de ez rövid idő mulva megállapodott és újabb adagolásra a betegség elég gyorsan jobbra fordult.

A három észlelt esetből a serumtherapia hasznára vonatkozólag következtetést vonni nem lehet. Az a körülmény azonban, hogy a serumbefecskendezést rövid idő mulva tüneti, majd később mindhárom esetben teljes javulás követte, jogosan keltette azon benyomást, hogy a betegség kedvező lefolyása részben a serumkezelésnek tudható be. Érdemesnek tartottam tehát a rendelkezésemre álló irodalmi adatok megvizsgálását, hogy így nagyobb anyagból következtetést vonhassak a serumtherapia értékére.

Már a serumkezelést megelőző időkből tett összeállításokban lényeges eltérések találhatók. Igy Albertoni 21%, Kowaltzky 34%, Curschmann 44·6%, Friedrich 50·9%, Larrey 84%, Garrigner 87·72%, Rose 88%, Köhler 95%, Richter 95·6%, Polland 96·7% halálozást tüntet fel.

E statistikai adatok a nagy különbségek mellett is arra mutatnak, hogy a serumkezelést megelőző időkben a tetanus halálozási arányszáma magas volt, kivált magas oly statistikai összeállításokban, a melyek sok esetre vonatkoznak, a melyek tehát az esetek nagyobb száma miatt pontosabbaknak tekinthetők.

A különböző eredetű antitoxinokkal elért eredmények statistikai összeállítása is nagy ingadozást tüntet fel. Igy Engelmann 28%, Köhler 43%, Erdheim 50%, Stinzing 34·4%, Marson 34·2%, Holsti 43·2%, Lund 39·5% mortalitást tüntet fel. E sokféle adat arra indított, hogy magam is összeállítsak statistikát az eddig serummal kezelt esetekről és keressem, hogy mi az oka a nagy különbségeknek.

Összesen 564 serummal kezelt esetről találtam megbizható közlést. Ebből 356 eset, azaz 63·12% gyógyult, és 208 esetben, azaz 36·88%-ban állott be a halál. Összehasonlítva ezt azon 184 esettel, melyet egy év (1882) irodalmából gyüjtöttem, a hol 32·61% gyógyulással szemben (68 eset) 67·39% halálozási szám (116 eset) áll, az eredmény mindenesetre szembeötlő.

A tetanus kezelésénél fontos szerepet játszik az a körülmény, hogy mennyi ideig volt latens alakban a fertőzés. Fontos ez különösen azért, mert úgy látszik, minél tovább tart e latens időszak, minél hosszabb incubatio után tör ki a betegség, annál kedvezőbb a kórjóslat. Engelmann szerint 10 napon aluli incubatiós idővel birt 27 esetből 9 = 33·33% halt el, 10 napon felüli latens idővel birt 16 esetből 1 = 6·2%; Köhler szerint 1—10 napos incubatioval járt 21 esetből 12 (57%) halt meg, 10 napon felüli latens időszakú 11 esetből pedig 4 (36·4%). Schuckmann 2—5 napos incubationál 46%, 5 napon túlinál 80% gyógyulást talált.

A serumkezelést megelőző időből Kaliski 45 eset incubatiós idejét közli: 1—5 napos incubatio 11 esetben volt 81·83% mortalitással, 5—10 napos incubatio volt 29 esetben 62·07% mortalitással, 10—15 napos incubatio volt öt esetben 20% mortalitással. Richter 224 esetben 1—5 napos incubationál 95·6%, sőt Polland ugyanily incubationál 96·1% halálozást állapit meg.

Magam 440 eset incubatio-idejét vizsgáltam át. Ebből 256 eset serummal kezelt, 184 serum nélkül kezelt esetekre vonatkozik. Könnyebb áttekinthetés kedvéért a számadatokat táblázatba foglaltam össze.

I. Tábla.

	Serum nélkül.					Serumkezelés mellett.					
Incubatiós idő	Esetek száma	Gyógyult		Meghalt		Incubatiós idő	Esetek száma	Gyógyult		Meghalt	
		Szám	%	Szám	%			Szám	%	Szám	%
1	4	—	—	4	100·0	1	6	3	50·0	3	50·0
2	10	5	50·0	5	50·0	2	4	1	25·0	3	75·0
3	4	1	25·0	3	75·0	3	10	5	50·0	5	50·0
4	7	2	28·57	5	71·43	4	7	3	42·86	4	57·14
5	13	2	15·39	11	84·61	5	13	6	46·17	7	53·83
6	16	4	25·0	12	75·0	6	18	8	44·45	10	55·55
7	15	2	13·34	13	86·66	7	26	11	42·31	15	57·69
8	19	4	21·05	15	78·95	8	33	15	45·46	18	54·54
9	16	5	31·25	11	68·78	9	14	10	71·43	4	28·57
10	12	4	33·34	8	66·66	10	24	11	45·84	13	54·16
11	5	—	—	5	100·0	11	14	8	57 14	6	42·86
12	12	5	41 67	7	58·33	12	21	15	71·43	6	28·57
13	4	4	100·0	—	—	13	12	7	58·34	5	41·66
14	21	14	65·72	7	34·28	14	24	22	91 67	2	8·33
15	4	2	50·0	2	50·0	15	9	7	77·78	2	22·22
16	9	6	66·67	3	33·33	16	3	2	66 67	1	33·33
17	—	—	—	—	—	17	3	2	66·67	1	33·33
18	1	1	100·0	—	—	18	1	1	100·0	—	—
19	1	1	100·0	—	—	19	1	1	100·0	—	—
20	1	1	100·0	—	—	20	—	—	—	—	—
21	4	3	75·0	1	25 0	21	7	4	57 15	3	42·85
22	—	—	—	—	—	22	1	1	100 0	—	—
23	2	1	50·0	1	50·0	23	—	—	—	—	—
24	1	1	100·0	—	—	24	2	2	100·0	—	—
25	—	—	—	—	—	25	—	—	—	—	—
26	—	—	—	—	—	26	—	—	—	—	—
27	1	—	—	1	100·0	27	—	—	—	—	—
28	1	1	100·0	—	—	28	1	1	100·0	—	—
29	—	—	—	—	—	29	—	—	—	—	—
30	—	—	—	—	—	30	2	2	100·0	—	—
31	—	—	—	—	—	31	—	—	—	—	—
32	—	—	—	—	—	32	—	—	—	—	—
33	—	—	—	—	—	33	—	—	—	—	—
34	—	—	—	—	—	34	—	—	—	—	—
35	1	—	—	1	100·0	35	—	—	—	—	—
35 felett	1	1	100·0	—	—	35 felett	—	—	—	—	—

Még jobban érzékelhetjük az adatokat, ha, mint azt a II. táblázatban tettem, 5 naponkénti cyclusokban vizsgáljuk az incubatiónak befolyását a tetanus prognosisára.

II. Tábla.

	Serum nélkül.					Serumkezelés mellett.					
Incubatiós idő	Esetek száma	Gyógyult		Meghalt		Incubatiós idő	Esetek száma	Gyógyult		Meghalt	
		Szám	%	Szám	%			Szám	%	Szám	%
1—5	39	10	25·65	29	74·35	1—5	40	18	45·0	22	55·0
5—10	78	19	24·11	59	75·89	5—10	115	55	47·83	60	52·17
10—15	47	25	53·20	22	46 80	10—15	80	59	73·75	21	26·25
15—20	12	9	75·0	3	25·0	15—20	8	6	75·0	2	25 0
20—25	7	5	71·43	2	28·57	20—25	10	7	70·0	3	30·0
25—30	2	1	50 0	1	50·0	25—30	3	3	100·0	—	—
30— feljebb	2	1	50·0	1	50·0	30— feljebb	—	—	—	—	—

E táblázatokból 2 dolog világlik ki. Először feltünő, és ez megegyezik a már említett összeállításokkal is, hogy legnagyobb a halálozás azon esetekben, a melyekben az incubatio rövid (1—10 nap). A mint a latens periodus ideje nő, vele együtt emelkedik a gyógyult esetek száma is. Feltünő azután az a különbség, mely a serumkezelés előtti és a serumkezelés melletti halálozásban nyilvánul; s bár az esetek legtöbbjében a serum mellett más gyógyeljárásokat (chloral, morphin) is használtak, a serumnak mégis lehetett szerepe az eredményben.

Fontossággal bir az a körülmény is, hogy a serumkezelést mikor kezdik meg; Behring szerint a trismus megjelenése után az első 30 órában adott serumtól várható a legtöbb haszon. Stinzingnek 15 ilyen korán kezelt betegről készített összeállítása szerint 66·66% volt a halálozás. Hasonló volt a halálozás Engelmann 15 esetében, melyeket a trismus jelentkezése utáni 2 napon belül kezdett serummal kezelni. Köhler 16 esetében 62·5% volt a halálozás. Saját összeállításom szerint az első 36 órában kezelt 47 betegből 29, azaz 61·7% halt el, míg később megkezdett kezelés mellett 111 esetből csak 35-ben, azaz 31·53%-ban állott be a halál. Ez a lát-szólagos ellentmondás abban találja magyarázatát, hogy az első csoportban épen azon esetek szerepelnek, melyeknek igen rövid incubatiós időszakuk volt, ennek fontos szerepét pedig az előbbi táblázatokban már vázoltam; a második csoportban ellenben legnagyobbrészt enyhébb esetek foglaltak helyet

A használt serumfajokkal elért eredmények között lényeges eltérés nem volt. A mi eltérés található, az annak a rovására irható, hogy az irodalomban a gyógyulással végződött eseteket nagyobb számban ismertetik, mint azokat, a melyek halállal végződtek. Épen ez egyik hiányossága is az összes statistikáknak, a miért is pontos képet a serum hatásáról csak úgy nyerhetnénk, ha az összes tetanuseseteket közzétennék.

A serumkezelésnek valamely különösebb hátránya nincsen. Összesen csak 17 esetben találtam említést exanthemákról, 1—2 esetben utólagosan paresisek állottak be egyes izmokban. Néhány esetben a serumbefecskendezést rosszabbodás követte. Általában azonban, még halálosan végződött esetekben is, a befecskendezések után physikális és közérzeti javulás mutatkozott. A görcsrohamok ritkábban jelentkeztek, a hőmérsék csökkent, az izmok feszültsége s az ezzel járó fájdalom kissé engedett, bár ebből sok tudható be a legtöbb esetben alkalmazott narcotikus szereknek.

A kezelés mindenesetre még tökéletesítésre szorul. Az azonban nem tagadható, hogy a serumkezelés bizonyos fokban kedvezően befolyásolja a betegséget, a kórjóslat, úgy tetszik, javul, és azért ajánlatosnak tartanám e kezelésmódnak a kórházon kivül használatát is.

Közlemény a Budapesti Kerületi Betegsegélyző Pénztár rendelő intézetének ideggyógyászati osztályáról. (Rendelő orvos: Sarbó Artur dr., egyet. m.-tanár.)

A tetaniáról 78 eset kapcsán.

Irta: *Jacobi József* dr., v. egyetemi belgyógyászati tanársegéd.

(Vége)

Látható az elmondottakból, hogy a tetania minden esetében szereplő mikroorganismus felvételére támpontunk nincsen. Nem tartom azonban valószinünek ilyennek létezését az idiopathikus tetaniaesetekben sem, és pedig egyrészt abból kifolyólag, hogy egy ily mikroorganismus felvétele mellett is sok minden megmagyarázatlan maradna, másrészt mivel mindazon körülmények, vagy legalább is azoknak nagy része, így a bántalom időszakos jelentkezése, a láz, a hallicunatiók stb., a tetania azon eseteiben, melyekben infectiosus agens szereplésére kevésbé van okunk gondolni, épen úgy jelen vannak, mint az idiopathikus tetaniáknál. Végül pedig azért, mivel az idiopathikus tetaniák egy részét, mint látni fogjuk, szintén tudjuk értelmezni, a nélkül, hogy fertőzéses hatányt volnánk kénytelenek fölvenni.

Kitünik továbbá az elmondottakból az is, hogy egy és ugyanazon kórokra visszavezetni a tetania minden esetét nem sikerül. Valamint valószinünek látszik az is, hogy még ugyanazon esetben is csak ritkán elégséges egy ok a baj létrejöttéhez. Részemről, mint azt a kóroktan tárgyalásánál előrebocsátottam, határozott befolyást tulajdonítanék a rheumatikus hatányoknak, mint a melyek a tetaniára disponált avagy latens tetaniában szenvedő egyéneknél a bántalom kitörését előidézik. Ezen egységes kiváltó okon kivül a dispositiót avagy a meglevő lappangó betegség létrejöttét azonban más okoknak tudnám be, melyeket a következőkben azon körülményekben fogok keresni, melyek között a betegséget megjelenni látjuk.

Lássuk, melyek ezen körülmények:

Strumakiirtás és pajzsmirigymegbetegedések.

Terhesség és szoptatás.

A szervezetbe kivülről bevitt mérgező anyagokkal történt mérgezések.

Infectiosus bántalmak.

Gyomor- és bélbántalmak.

Bizonyos foglalkozások (nyomdász, czipész, szabó stb.).

Hogy ezen állapotok, betegségek, foglalkozások és a tetania között a megfelelő esetekben bizonyos összefüggés van, arról beszélni manapság már felesleges. Egyedül a mérgezések kapcsán észlelt kevés számú esetben lehet az összefüggést illetőleg kétség. Az ezen esetekről szóló közleményekben olvashatni még ma is, hogy a két bántalom véletlen találkozására gondolnak a közlemények szerzői. Ezen kérdésre a megfelelő helyen rá fogok térni. Lássuk már most, feltalálható-e és miben a kapcsolat az említett állapotok és a tetania között, és az egyes esetekben meddig vezethetők le az összekötő láncszemek positiv tudás alapján.

A strumaoperatiokhoz csatlakozó esetekben a láncz kezdete a pajzsmirigy részleges avagy teljes hiánya, mondjuk a pajzsmirigy hiányos működése avagy működésének teljes kiesése, az utolsó szem pedig a tetania A közbeeső láncszemek közül csupán egyet mondhatnánk ismertnek, s ez azon gerinczagybeli elváltozás, melyet egyik-másik ilyen eset bonczolatánál a gerinczagy elülső szarvaiban találtak (Weisz Nathan). Azon búvárok nagy része, kik a tetania kórboncztani tüneteivel foglalkoztak, megegyeznek manapság már abban, hogy a tetania typikus tüneteinek kiindulási helye a gerinczagyban van s ennek felelnek meg az elméleti levezetések is. Positiv tudásunk azonban ezzel meg is szünik, s hogy mi által okoztatnak a gerinczagybeli elváltozások, arra nézve már csak mint legvalószinübb hypothesis van a thyreoideaelmélet elfogadva.

Körülbelül így áll a dolog a tetania azon eseteivel is, melyek a pajzsmirigy megbetegedéseivel járó bántalmak folyamán, myxoedema, *Basedow*-kór kapcsán, valamint egyszerü struma mellett támadnak. A pajzsmirigy megbetegedése és a tetania közötti kapcsolat bebizonyítható, de a mechanismusra nézve csak azon hypothesis állítható fel, mint az előbbi csoportnál, azon különbséggel, hogy míg ott csak a pajzsmirigy működésének hiányáról beszéltünk, addig ezen esetek némelyikében megváltozott működéséről szólunk.

Hogy a tetaniának a szoptatással és terhességgel, valamint a női nemi szervek betegségeivel való összefüggése hol volna, arra nézve már régebben gyanakodtak, hogy a közti sorozatban az egyik lánczszemet a pajzsmirigy képezi, és pedig egyrészt azon kapcsolat következtében, mely a pajzsmirigybetegségek és a tetania, másrészt a női nemi szervek betegségei és működése, valamint a pajzsmirigy kóros volta között észlelhető. Ide vonatkozó bizonyítékokat szolgáltattam egy előbbi dolgozatomban az idevágó irodalmi adatok összegezéséből levont statistikai következtetések alapján. Azt találtam ugyanis, hogy 43 szoptatási és terhességi tetaniában szenvedő közül mintegy 13-nál volt a pajzsmirigy részéről elváltozás, és hogy azon esetek közül, melyekben a tetania több terhesség, illetve szoptatás folyamán jelentkezett, még nagyobb százalékban, 12 közül 6-ban volt eltérés észlelhető a pajzsmirigy részéről. Továbbá, hogy azoknál, kiknél terhesség alatt végeztetett a strumaoperatio, nagyobb százalékban lépett fel tetania, mint azoknál, kiknél graviditás nem játszott közre. Arra mutatna mindez, hogy a terhesek és szoptatók tetaniája szintén thyreogen eredetü, de a mirigy szerepéről ez esetekben is csak hypothesisek szólanak.

Mint az előzőkből látható, a tetaniának bizonyos esetei kétségtelenül a pajzsmirigygyel függenek össze, egy másik szintén nem kis csoportjában az eseteknek pedig ugyanily eredetre alapos gyanunk van. Természetes, hogy ez azon kérdéshez vezetett, vajjon nem a pajzsmirigy megbetegedésben rejlik-e minden tetania oka? Bármily kecsegtető volna is egy ily egységes hypothesis felvétele, az csak a hypothesisek további lánczolatához vezetne (hogy a pajzsmirigy különböző mérgeket van hivatva közömbösíteni a szervezetben, avagy azok ellen mentesíteni stb.), mellette pedig nem tudnánk az épen említettnél egyebet felhozni. Legfeljebb egy körülmény volna még a tetania jelentkezésében, mely kisértésbe vihetne, hogy rágondoljunk, s ez az, hogy jóval több férfi betegszik meg tetaniában mint nő. Tekintettel arra, hogy bizonyos körülmények arra engednek gondolni, hogy a pajzsmirigy szerepe a két nemnél különböző, vagy legalább is működése különböző intensitású, talán nem épen indokolatlan ezen kérdés felvetése; mindamellett magam is elejtem s a tetaniának a két nemnél való különböző előfordulási arányát más okokban fogom keresni.

A legközvetlenebbnek látszik a kapcsolat azon kevés esetben, melyben *heveny* mérgezések folyamán észlelték a tetaniát. Az idevonatkozó esetek száma nagyon csekély, azokban azonban úgy a klinikai tünetek, mint a supponálható kórboncztani elváltozások megengedik a direct kapcsolat felvételét. A *Frankl-Hochwart* által a mérgezések kapcsán támadt tetaniákról szóló részben említett esetek közül csak azokat számíthatom ide, melyek hevenymérgezések folyamán léptek fel. Így említ esetet, melyben morphiumbefecskendezés, egy másikat, melyben sperminiinjectio, egy harmadikat, melyben chloroformaltatás után lépett fel a tetania. Mindezek azonban csak egy-egy esetre vonatkozó észleletek s így kevés bizonyító erővel birnak. Már több észleletünk van az anyarozsnak és az abból készült praeparatumoknak a szervezetbe való bevitele után támadt tetaniáról, igaz ugyan, hogy ez az esetek legnagyobb részében oly egyéneknél (terhesek, szoptatók, különböző genitális bántalmakban szenvedő nők) alkalmaztatott, kiknél tetania különben is gyakrabban szokott fellépni; mindamellett annak alkalmazása, illetve a szervezetbe jutása és a tetania közötti időbeli összefüggés következtében a szóbanforgó bántalom tüneteit ezen szer kizárólagos hatásának kell mégis némely esetben betudnunk. Az említett kétségek is elesnek azonban a phosphor mérgezés kapcsán támadó tetaniáknál, a milyen esetről négyről van tudomásom. *Purjesz* tett legelőször említést ilyen esetekről s ő kettőt, egyet *Stranszky*,[1] egyet pedig *Routa*[2] észlelt. *Purjesz* esetei közül részletesen közölve tudomásom szerint csak az egyik lett, melyről már a magyar irodalomban közölt esetek felemlítésénél megemlékeztem.

Stranszky esetében 18 éves leány vett be öngyilkossági szándékból 0·45 gm. phosphornak megfelelő oldatot 1896. február 23.-án, mire másnap a májtáj nyomásra érzékenynek találtatott. Február 26.-án kisfokú icterus mutatkozott s gyenge görcsökről panaszkodott az alsó végtagokban; 27.-én kis hőemelkedés (37·7) jelentkezett, valamint mindkét felső végtag és az arcz izmaiban görcsök és hangyamászás érzete. *Chwostek* ekkor még nem volt kimutatható. Február 29.-ére a tetania typikus tünetei kifejezettek voltak s ily intensitásban négy napig állottak fenn. Az icterus egy napi tartam után elmult. A beteg hovatovább jobban lett, márczius 7.-én a tetania tünetei is elmultak, s már csak a *Trousseau* volt hosszabb nyomásra kiváltható.

A *Routa* által észlelt esetben 20 éves leány április 5.-én 13 csomag gyufa fejét itta meg vízben. Négy nap mulva gyenge icterus jelentkezett, a beteg erősen elesett, somnolens volt. A kezek szülész-kéz tartásban, a *Chwostek*- valamint *Trousseau*-tünet kiváltható. Mindkét kézen az érzés nagyon lefokozott, annyira, hogy az ujjakat meg lehetett égetni. Április 10.-én az icterus kifejezettebb lett, egyébként mint az előző napon. A beteg állapota ettől kezdve javult s április 13.-án úgy a mérgezés, valamint a tetania tünetei megszüntek.

[1] *Stranszky*. Ein Fall von Phosphorvergiftung mit Tetanie. Prager med. Woch. 1897. 32. sz.

[2] *Routa*. Tetanie nach Phosphorvergiftung. Prager med. Woch. 1903. 479. old.

A méreg bevétele után pár nap mulva fellépő tetania, mely a mérgezés gyógyultával szintén gyógyul, már egy esetben is, még ha azt nem is tudnók értelmezni, gyanússá tenné az összefüggést. De mint látható, négy ily észleletünk is van, az okozati összefüggés pedig azt mondhatnám az összes tetaniaesetek közül legtisztábban ezekben áll előttünk. Mint már előbb említettük, a tetania kórboncztani székhelyét a központi idegrendszerben, első sorban a gerinczvelőben kell feltételeznünk, a mire nézve bizonyítékaink is vannak. A phosphor pedig, mint ezt *Sarbó*[1] kisérletei is bizonyítják, a gerinczagyi idegsejtekben szemcsés szétesést hoz létre. Noha ezen felvétel valószínűnek látszik, még sem tarthatjuk kizártnak, hogy a tetania ezen esetekben az epefelszívódással áll szorosabb kapcsolatban, s pedig annál kevésbé, mert egy pár esetben sárgasággal járó más betegség mellett is észleltetett tetania.

Mielőtt tovább mennék, nem hagyhatom megemlítetlenül azt, hogy a phosphormérgezés következtében fellépett fenti három tetania egyike február, másika márczius, harmadika pedig április hónapban észleltetett.

A mi már most a chronikus mérgezéseket illeti, természetes, hogy az azok mellett észlelt esetekben, tekintettel a méreg behatásának hosszú tartamára, véletlen találkozás könnyen lehetséges. De ha meggondoljuk, hogy ép azon anyagokkal való mérgezések mellett észleltek tetaniát, melyekről ki van mutatva, hogy úgy mint a phosphor, a központi idegrendszert megtámadják (*Schaffer* ólomra vonatkozólag), nem legközelebb fekvő-e, hogy ezeket okoljuk a tetania létrejöttében? Ily anyagok közül főképen az ólommal találkozunk gyakran tetaniásoknál. Ide vonatkozó pár észlelet fenti eseteim között is foglaltatik. Míg azonban ólommérgezés tünetei mellett aránylag ritkán észleltek tetaniát, addig meglehetős számú észlelet van az újabb irodalomban, melyből az tünik ki, hogy ólomtartalmú anyagokkal foglalkozóknál tetania támadt. Az a kérdés merül fel tehát, vajjon azon esetekben, melyekben a tetaniát acquiráltak ólommérgezésnek ki voltak téve, de annak ismert tünetei fel nem találhatók, azért ezen anyag rová sára irhatjuk-e a tetaniát? Biztos feleletet adni e kérdésre ez idő szerint nem lehet, de erre következtethetek a jelen dolgozatomban közölt esetek alapján azon körülményből, hogy mint láttuk, 43 férfi közül 11 betűszedő volt, tehát azon foglalkozások egyikét űzte, melyek mellett az ólommérgezés leggyakrabban szokott fellépni. De nem csupán betűszedőknél, hanem más foglalkozások mellett is gyanúba vehetjük az ólmot mint kórokozót. Eseteinkben pl. a két szerelőnél, a szerkovácsnál, a lakatosnál, a géptanoncznál részemről szintén az ólomra gondolnék mint kórokra, s pedig annál inkább, mert a legtöbb statistikában megtaláljuk ezen foglalkozásokat.

A mérgezések kapcsán támadó tetaniákról kezdtem tulajdonképen beszélni, de mint látjuk, átvezettek ezek az idiopathikus tetaniákhoz s így maradjunk most már meg ezeknél. Idiopathikus tetaniát, mint tudjuk, bizonyos foglalkozások mellett nagyobb arányban észlelünk, mint más mesterségeket folytatók között, s különösen feltünő az, hogy földmíveléssel foglalkozók, valamint szellemi munkások között a baj csak igen elvétve fordul elő. Ezt véve alapul, tulajdonképen ipari megbetegedésre kell az idiopathikus tetaniánál gondolnunk. De hol van az összefüggés az ipar és a tetania és illetve azon iparágak és a tetania között, melyek mellett a szóbanforgó bántalmat gyakrabban látjuk megjelenni? Részemről az *Oppenheim* által felvetett kérdésben: vajjon nem azon munkaanyagokban, melyeket egyes helyeken az iparosok használnak, van-e az oka a tetaniának? keresném a feleletet. Különösen czipészek, szabók, továbbá nyomdászok és más ólomtartalmú anyagokkal foglalkozók, valamint az asztalosok azok, kik nagyobb számú tetaniaesetet szolgáltatnak. Ezek egyik csoportjánál, azt hiszem nem indokolatlanul, az ólomfelszívódásban kerestük az okot. Hogy a czipészeknél és szabóknál minő anyagok okoznák a tetaniát, arra nézve annál kevésbé tudnék feleletet adni, mivel a bőr- és posztógyártás technikáját nem ismerem; de legyen szabad azon gyanúnak kifejezést adnom, hogy talán az azok festésénél

[1] *Sarbó*. A házinyúl gerinczveleje ép idegsejtjeinek szerkezete és azok elváltozásai phosphor- és morphiummérgezéseknél. Magy. orv. arch. 1892.

alkalmazásba jövő anyagokban van valamelyes ilyen vegyszer, s pedig annál inkább gyanakszom erre, mivel az lényegében a bőrnél, valamint a szöveteknél ugyanaz lehet. Vajjon nem az ásványi festékek, melyeket még manapság is használnak úgy a szövet-, mint a bőrfestésben, s melyek tudvalevőleg mérges anyagokat, különösen ólomvegyületeket tartalmaznak, okai-e a tetaniának? Asztalosoknál talán szintén a festékben volna azon káros vegyi anyag keresendő, mely a tetaniát létrehozza.

Saját eseteimben még a következőknél gondolnám a tetaniát káros vegyi anyagokkal való foglalkozásra visszavezethetni: a vegyi gyári munkásoknál, gyapjúfestőknél (ólom), a bronzmüveseknél (higany), festékcsomagolóknál (ólom), kefekötőknél (ólom), valamint a gázizzófénygyári munkásoknál (higany), mely utóbbi foglalkozás mellett létrejövő higanymérgezésre *Donath*[1] hivta fel a figyelmet.

Nem lehet czélom minden egyes foglalkozásra, mely mellett tetania már észleltetett, kiterjeszkedni és kutatni azokban a bántalom okát, s nem is vélek minden egyes önállónak látszó (idiopathikus) tetaniaesetben mérgezést fennforogni, csupán azon foglalkozásokra nézve, melyek mellett gyakrabban észleltetik a bántalom, valamint az eseteim kapcsán felmerült egyik-másik iparágat illetőleg utaltam arra, hogy milyen irányban vélném a további kutatást kiterjesztendőnek, mivel azt több körülmény, melyeket itt fel fogok sorolni, indokolttá teszi. Főképen oly foglalkozású egyéneknél találjuk a bántalmat, kiknél ily mérgezésre az alkalom fennforog; tehát ez legjobban megmagyarázná azt, hogy miért lép fel előszeretettel bizonyos foglalkozások között, megmagyarázná azt, miért jóval gyakoribb férfiaknál mint nőknél, mivel épen azon iparágak mellett találjuk leggyakrabban, melyekkel nők nem igen foglalkoznak. Az itt szóba jövő iparágak közül még leginkább a szabóipar az, melyet nők is üznek, de nem jóval több e a férfi mint a női szabó? Hiszen férfiszabósággal csakis férfiak, női szabósággal pedig nagyrészben férfiak foglalkoznak. Megmagyarázná e felvétel azt, hogy miért gyakoribb egyes helyeken bizonyos foglalkozások mellett, mert hiszen a bőr- és szövetfestés nem mindenütt és nem minden időben történik ugyanazon anyagokkal. Valamint arra nézve is feleletet adna, hogy miért nem szokott e bántalom jelentkezni a földmíveléssel, valamint a szellemi munkával foglalkozóknál, s hogy miért ritka e kóralak a gyermektetania éveitől kezdve egészen a 14–15 éves korig.

Hátra volna még az infectiosus bántalmak, valamint a gyomorbélbajok és a hozzájuk csatlakozó tetania közötti összefüggésről szólanom. Positiv tudásunk ezen eseteket illetőleg nincsen. Az előbbiekre nézve gondolhatnánk arra, hogy némely esetben pajzsmirigy eredetű a tetania, mivel acut infectiosus bántalmak egyik-másikánál néha pajzsmirigygyuladás észleltetett. Valószinübbnek tartom azonban, hogy az illető bántalmakat okozó mikroorganismusok productumai szerepelnek itt mint kórokozók s e mellett felhoznám azt, hogy az agy részéről heveny infectiosus bajokban jelentkező tüneteket szintén ezen toxinoknak tudjuk be, elképzelhető tehát, hogy a gerinczagyban is hozhatnak oly elváltozásokat létre, melyek izgalmi jelenségekben nyilvánulnak, s a melyek e bántalom megszüntével szintén elmulnak.

A gyomorbántalmakhoz csatlakozó tetaniákra nézve a legáltalánosabban elfogadott hypothesis szintén az autointoxicatiós elmélet.

Ha a következőkben a *felnőttek* tetaniájának kóroktanára vonatkozó positiv ismereteinket, valamint hypothesiseinket összegezzük, legegységesebben a következőkben tehetjük azt. *A tetania, mely az idegrendszernek mechanikai valamint villamos behatások iránti fokozott ingerlékenységében nyilvánul, az idegrendszer mérgek által okozott táplálkozási zavarának következménye. A mérgek, melyek az idegrendszer ily megváltozását előidézik, kétféle származásúak lehetnek: vagy a szervezetben képződnek, mint a tetania strumipriváinál, a szoptatáshoz és terhességhez, az infectiosus bántalmakhoz, valamint a gyomorbélbetegségekhez társuló esetekben; vagy pedig a szervezetbe kivülről jutnak be, mint az acut és a chronikus mérgezések kapcsán támadó tetaniáknál, valamint az idiopathikus tetaniaesetekben, melyekre vonatkozólag, mint kifejtettem, szintén arra gyanakszom, hogy valamely kivülről bejutott méreg támadja meg az idegrendszert, vagyis arra, hogy ipari mérgezéssel, néha talán technikai vagy háztartási mérgezéssel állunk szemközt.* A kivülről bevitt mérgek között azt hiszem leggyakrabban az *ólom* szerepel mint a tetania kóroka, de ezenkivül előrebocsátott levezetéseim alapján valószinünek kell tartanom, hogy a *higany, phosphor, arsen, réz* (mely utóbbival való mérgezés kapcsán *Kétly*[1] látott tetaniás tüneteket), valamint az idegrendszerre károsan ható más anyagok szintén lehetnek a bántalom előidézői. Hogy mindezen szerves és szervetlen mérgek, melyeket a fenntiekben gyanúba vettem, közvetlen támadják e meg az idegrendszert, avagy a vérben, vagy talán a sejteket tápláló verőereken (*Pick* kórszövettani leletei) hoznak létre kóros elváltozásokat, s azok alapján támad az idegsejtek táplálkozási zavara, szintén feleletre vár még, részemről azonban az előbbieket valószinübbnek gondolom.

Az itt összefoglaltak magyaráznák meg legjobban tudásunk mai álláspontja mellett azon számtalan sajátságot, melyet a tetania fellépésében látunk, s értelmeznék azon tapasztalatokat is, hogy az infectiosus bántalmak kapcsán, valamint az acut mérgezések folyamán támadó tetaniák csak nehány napig tartanak; érthetővé tennék, hogy a maternitási tetaniák miért recidiválnak leginkább az újabb anyaság alatt, s hogy az iparosoknál előforduló esetekben miért jelentkezik a bántalom sokszor éveken keresztül.

Ha visszatérek ezek után azon kérdésre, hogy miért leggyakoribb a tél-tavaszi évadban a tetania, úgy a rheumatikus befolyásnak elnevezett ismeretlen hatány megvilágítását is megkisérelhetném pár megjegyzéssel. Vajjon a fentebb említett mérgek kiküszöbölése nem következik-e be könnyebben nyáron, s illetve nehezített télen a bőrtransfusio és izzadás csökkent volta, a bőr hiányosabb ápolása, valamint a kültakaró vérereinek a hideg következtében beálló összehúzódása miatt?

A tetania oktanát az itt kifejtett hypothesisek irányában tovább vizsgálni nézetem szerint érdemes.

[1] *Donath Gyula.* Orvosi Hetilap, 1894. 7. sz.

TÁRCZA.

A berlini orvosegyesület appendicitis-vitája.

(1906. julius 18., 25. és augusztus 1.-én).

Az az általános érdeklődés, melyet az orvosi közönség manapság az appendicitis iránt tanúsít, indított arra, hogy a berlini orvosegyesületnek ezen tárgy legégetőbb kérdéseit tárgyaló vitájáról a hivatalos jegyzőkönyv alapján[2] a szokottnál bővebben számoljunk be.

Az elnöklő *Bergmann* tanár nyitotta meg a vitát annak kijelentésével, hogy a berlini sebészek úgyszólván kivétel nélkül a korai mütétnek, vagyis annak az elvnek hívei, hogy minden appendicitist az első 12—14 órában meg kell operálni. A legfontosabb kérdés, mely ezen elv kapcsán felmerül, az, hogy miképen lehet az appendicitist ilyen korai stadiumában kórismézni? A másik kérdés pedig, a melyet discussiora tüz ki, az, vajjon az appendicitis szerencsés lefolyása után kell-e minden esetben a féregnyúlványt kiirtanunk? A discussiót csakis ezen pontokra kivánja korlátozni.

Kraus tanár tapasztalatai szerint az appendicitis ritkán köszönt be, legalább is felnötteknél, teljesen hirtelenül és váratlanul. Bizonyos gastrointestinális nehézségek, „abortiv“ rohamok rendszerint előremennek s ez a körülmény a házi orvosnak, kire a baj felismerése szempontjából ilyen acut esetekben mindig a legnagyobb felelősség háramlik, könnyebbé teszi a diagnosis felállítását. Azzal azonban mindenkinek tisztában kell lennie, hogy a klinikus jelekből a fennálló anatomiai elváltozásokat megitélni nem lehet, s hogy arról sohasem tudunk nyilatkozni, vajjon a roham könnyü lesz-e vagy súlyos; még a perforativ és különösen a gangraenosus appendicitisre nézve sincs egyetlen tökéletesen megbizható jelünk. Viszonylag nagy biztossággal meg tudjuk mondani,

[1] A belgyógyászat kézikönyve. II. kötet. Gyakorlatilag fontosabb mérgezések. Réz.

[2] Berliner klinische Wochenschrift, 31., 32. és 34. szám.

hogy appendicitissel állunk szemben, de a bántalom súlyossága rejtve van előttünk; enyhe tünetek mellett súlyos boncztani folyamat játszódhatik le az appendixben — a közérzetnek különös zavara nélkül, a pulsusfrequentiának, fájdalmasságnak aránylag csekély foka mellett, kifejezett lobos tumor esetén gangraena lehet jelen. Máskor súlyos tünetek ellenére az appendix boncztani változása nem valami nagyon jelentőségteljes. Épen ez a disharmonia a klinikai kép s az anatomiai elváltozások között, továbbá az a tudat, hogy a legnyugodtabb állapot órák alatt a legvehemensebbe mehet át, képezi az okát a korai operáláshoz való ragaszkodásnak.

A mai sebészi álláspont e kérdésben a régihez képest jelentékenyen eltolódott. Régente a controversia a genyes perityphlitisek operálása körül forgott s akkor főleg annak megdiagnostizálásáról volt szó, hogy melyik appendicitis genyes; a mai sebészi irányzat a korai és az intervallum-operatiókban csúcsosodik ki, a sebészek tehát épen a genyes eseteket operálják a legkevésbé szívesen. A diagnostika czélja is változott ezzel, mert most nem a periappendiculáris genyedést, hanem a roham bekövetkeztét kell már néhány órán belül megállapítani.

A typikus syndroma, mely a roham beállását jelzi: állandó fájdalom s nyomási érzékenység az appendiculáris tájon, hányás, hányásinger, (székrekedés), hasmenés, (lokális) meteorismus, a hasizmok megfeszülése, tumor, láz (38—40° között). Collapsus, erősebb bélhűdés hiányzik. Rendszerint ezen „teljes rohamokat" (Vollattacke) gastrointestinális zavarok előzik meg, különféleképen lokalizált fájdalmassággal, esetleg hányással; ezek a tünetek részben az enterocolitis, részben magában az appendixben lejátszódó bizonyos lobfolyamat rovására irandók; az appendix megbetegedésére vallanak már ezen korai stadiumban is az ileocoecális táj időnkénti megpuffadása, a hasizmok reflexcontracturája (defense musculaire), különösen azonban a fájdalmak és a nyomási érzékenység az appendiculáris tájon. Az appendiculáris fájdalmakra egyfelől helyük, másfelől a fájdalom kiváltásának módja jellegző. A fájdalom ugyanis spontan, az étkezéstől függetlenül támad, ellenben nyomás, a has és medenczeizmok összehúzódása, rázkódás, vongálás (pl. bizonyos testmozdulatoknál) kiváltják. A fájdalmat a megfelelő *Head*-zónában hyperaesthesia s azonfelül a jobboldali hasizmok reflectorius összehúzódása (defense musculaire) kiséri, s e tüneménycsoport nemcsak súlyos rohamokban, hanem abortivokban is jellegzetes módon van jelen.

Azonban ezen abortiv rohamokat, melyekben a fájdalom csekély, láz, collapsus, hányás, a pulsus szaporasága hiányzik, sem szabad félvállról venni, mert rapid rosszabbodástól mindig kell tartanunk, és perforatio is bekövetkezhetik. Mindazonáltal az ilyen prodromális és abortiv rohamokat (colica appendicularis) kellő vigyázattal és a szükséges kivételekkel (pl. gyakori ismétlődés) a belgyógyász hatáskörébe tartozónak véli, ellenben az olyan eseteket, hol láz, collapsus, hányás, pulsusszaporaság van jelen, ha a roham 24—36 óránál tovább tart, avagy a genyedő eseteket a sebészhez utalandónak tartja.

Végül utal arra, hogy a conservativ kezeléssel elért eredmények távolról sem oly jók, mint azt azon belgyógyászok, kik opiumtól és jégzacskótól minden vagy majdnem minden appendicitises betegüknél gyógyulást láttak, gondolták. Hivatkozik a Riedel féle statistikára, mely a belgyógyászilag kezelt súlyosabb rohamoknál 22·8% mortalitást mutatott ki, míg a gyermekek appendicitisére vonatkozó statistikák 6—88% halálozást mutatnak. Hangsúlyozza végül az appendicitis morbiditásra vonatkozó nagyarányú statistikai kutatások szükségességét.

Heubner is megerősíti *Kraus* adatait arra nézve, hogy gyermekeknél az appendicitis mortalitása különösen magas. Pontos adatokat nem tud, de azt hiszi, hogy az összes gyermekkori appendicitisek mortalitása nem nagyobb a sebészileg kezeltek mortalitásánál. (Ez nem mond semmit, mert mindig a legsúlyosabb eseteket operálják. Ref.) Az appendicitis diagnosisa gyermekeknél különösen nehéz, és különösen nehéz a megbetegedés kezdetét követő egynéhány órában, midőn nagy felelősség terheli az orvost akkor is, ha az életmentő műtét ajánlását elmulasztja, akkor is, ha a műtét czéltalannak bizonyul. Ő is hangoztatja, hogy anatomiai diagnosist nem lehet csinálni; lehet, hogy ha appendicitis tünetei mellett a korai stadiumban beavatkozunk, csak csekély változásokat találunk (az oly gyakran talált haemorrhagiák, mint azt *Dieulafoy* hangsúlyozta, s mint az Heubner segédje, *Nöggerath* kisérleteiből is kitünt, legalább részben arteficiálisak, a műtét alatti előzetes érlekötés következményei lehetnek), de ép úgy lehet az is, hogy súlyos gangraenát találunk s azért a korai operatio feltétlen híve. A diagnostikában a hirtelen kezdetnek, pulsusszaporodásnak, hőemelkedésnek, a közérzet általános megzavarásának tulajdonít fontosságot; a hasizmok contracturájára gyermekeknél, a kik félelmükben a has legcsekélyebb érintésére is megfeszítik hasukat, nem sokat lehet adni.

Orth a pathologia szempontjából mérlegeli azt a disharmoniát, mely az appendix kórboncztani elváltozásai s az általa okozott tünetek közt fennáll. Kijelenti, hogy a volt segédje, *Aschoff* által vizsgált, appendicitis miatt kiirtott féregnyúlványok 9—10%-ában anatomiai változás egyáltalán nem volt kimutatható; ezekben másféle betegségek (salpingitis, oophoritis, epekövek) okozták a tüneteket. Továbbá igen súlyos megbetegedéseknél enyhe boncztani elváltozásokat találtak az appendixben és viszont. Végül hullákban sokszor súlyos előrement appendicitisnek boncztani jeleire találtak, a nélkül, hogy az egyén életében erre valló tünetek fennállottak volna. Az obliteratio és callosus hegképződés, melyet ezen esetekben találtak, granulatiók szervüléséből indulhatott ki csupán, ezen sarjképződés pedig előrement genyes-phlegmonosus gyuladásnak lehetett csak következménye.

Saját és *Aschoff* vizsgálatai alapján kijelenti azt is, hogy egyfelől az appendix legsúlyosabb gyuladásai kigyógyulhatnak, másfelől azonban az előrement gyuladás folytán oly elváltozások jöhetnek létre a féregnyúlványban, melyek egy bekövetkező acut gyuladás kiindulási pontjául szolgálhatnak. Maga a boncztani meggondolás tehát nem szolgálhat irányelvül ama kérdésben, hogy előrement roham után az appendix kiirtassék-e vagy sem; kétségtelen, hogy vannak esetek, melyekben az acut gyuladást megelőzőleg már voltak gyuladások s vannak esetek, melyekben nem lehet mondani, hogy a kiirtás okát képező roham az utolsó volt-e, s hogy nem jött-e volna később még egy másik, mely az előzőknél még sokkal rosszabb lett volna.

Israel azzal a kérdéssel foglalkozik, van-e jogunk, illetve kötelességünk-e minden esetben a kiállott appendicitisroham után az appendix kiirtását ajánlani. Szerinte az eseteket két csoportba kell beosztani Olyanokra, hol a betegségnek maradványai vannak (chronikus nehézségek, visszamaradó ileocoecális erzékenység a coecum felfúvódottságával, kérges vastagodások az appendix táján, fistulák), és olyanokra, a hol sem objectiv, sem subjectiv elváltozások a roham után nem maradtak vissza. Az első csoportba tartozó esetek közül a chronikus nehézségeket okozók és a fistulák kétségtelen indicatiót szolgáltatnak a műtétre. Ott, a hol objectiv elváltozás nélkül is az ileocoecális táj nyomásérzékenysége visszamarad 3 hónapon túl, szintén indikált a műtét. Ezzel szemben kérges periappendiculáris összenövések eseteiben, hol a műtét elöreláthatólag igen nehéz és veszedelmes, lehetőleg várakozni kell, csak tartós fájdalmak, kólikák, bélpassage-zavarok esetén avatkozzunk be, s ekkor is sokszor czélszerűbb az egész bélconvolutumot kiiktatni, mint a féregnyúlvány minden áron való eltávolítására törekedni.

Sokkal nehezebb a döntés oly esetekben, hol az appendicitisnek sem objective, sem subjective residuumai nem maradtak vissza. Az operatio czélja ily esetekben csak a recidiva elkerülése. Az indicatio felállítása előtt két kérdést kell tisztáznunk.

1. Felismerhető-e klinikai jelekből az, hogy bizonyos esetben recidiva fog-e bekövetkezni vagy sem? Erre képtelenek vagyunk. Csak annyit tudunk, hogy genyedő appendicitis után recidiva csak igen ritkán (az eseteknek csak körülbelül 5%-ában) következik be, s hogy a recidivák tömege az első éven (80%), legfeljebb az első 2 éven (90%) belül következik be.

2. Van-e jogunk principiell minden kiállott appendicitis után műtétet ajánlani? Ez a kérdés szorosan összefügg azzal, hogy minő a recidivák aránya egyszerü appendicitis simplexnél, veszedelmesebb-e a recidiva, mint az első roham, minő különbség van a veszedelmesség szempontjából a rohammentes időben való operatio s a roham első 48 órájában végzett operatio között, s megvan-e a bizonyosság arra, hogy a kik rohammentes időben nem engedik magukat operálni, a bekövetkező roham első 48 órájában operálhatók lesznek. Csak hozzávetőlegesen állítja, hogy az appen-

dicitiseknek 50%-a recidivál és pedig 45% az első 2 éven belül. Arra, hogy az első roham súlyosabb-e mint a következők, nincs szabály, néha így van, néha fordítva. Enyhe appendicitisrohamok után következett be már nem egyszer a halálos roham. Az intervallum-operatiók 0·5% halálozásával szemben 2% a mortalitás az acut roham alatt végzett műtéteknél (saját statistika), míg másoknál 3% a korai műtétek halálozása; de azt is kell venni, hogy az esetek egy része az acut roham első 48 órájában nem lesz megoperálható, tályogképződés, peritonitis következik be s ezen esetekben a mortalitás 12%-ig emelkedik. Általában véve tehát jobban járunk, ha minden appendicitist az intervallumban megoperálunk, mert így 200 eset közül egy halálesetre számíthatunk, míg várakozás mellett legalább 3, de valószinüleg a korai operatio elmaradása miatt még több halálesetre van kilátásunk.

Indicatioit végül így irja körül: Szükségtelen az intervallum-operatio genyes appendicitis után, ha objectiv és subjectiv kórtünetek hiányoznak, úgyszintén a rohamok 2 évi teljes kimaradása után. Stricte indikált a műtét fistulák, chronikus nehézségek esetén, valamint ha egy évben több roham jelentkezett, továbbá terheseknél és gyermekeknél. Relativ az indicatio és a tünetek tartósságától függ subjectiv tünetek nélkül fennálló belső fistulák, továbbá a coecális tájon való érzékenység és a vakbél puffadásának esetén, ha subjectiv tünetek hiányoznak. Ajánlatos a műtét ott, a hol a viszonyok valószinüvé teszik, hogy recidiva esetén korai műtét nem lesz végezhető, a hol terhesség bekövetkezése valószinüleg várható, a hol a recidivától való félelem hypochondrikussá teszi az egyént s a hol a beteg külső körülményeinél fogva jobb a műtétet egy bizonyos szabadon választott időpontban végezni, mint a roham bekövetkezte esetén, midőn a műtét által a beteg fontos teendőiben akadályozva lehetne.

Krause szerint genyedések után is ki kell irtani a féregnyúlványt. Az intervallum-operatiót főleg fiatal, nehéz munkát végző egyéneknél, gyermekeknél, továbbá olyanoknál ajánlja, kiknek viszonyaik folytán recidiva esetén prompt sebészi segitségben valószinüséggel nem lehet részük; kövér egyéneknél, alkoholistáknál tartózkodó a műtéttel. Hangsúlyozza, hogy súlyos gyomorbéltünetek okoztathatnak az appendix által, a nélkül, hogy tulajdonképeni appendicitisroham ment volna előre. Ilyeneknél is a féregnyújtvány kiirtása, mint azt példákkal igazolja, gyógyulást hoz.

Rotter a korai, az első 48, helyesebben az első 24 órán belül való operálás elvét tartja az appendicitis sebészi kezelése terén az utóbbi korszak legnagyobb vivmányának. Azt hiszi, hogy az appendicitis korai kórismézése elegendő biztossággal tehető. *Orth* megjegyzésére, hogy a korai stadiumban kiirtott féregnyúlványok 10%-a ép, azt feleli, hogy ő az 1905/6. évben 149 korai operatiót végzett, ezek közül 76-ot küldött be vizsgálatra *Aschoff*-nak, és pedig azokat, hol makroskopice semmi, vagy csak kevés elváltozás látszott, *mind*, míg a súlyosabb kórboncztani elváltozást mutatók közül csak keveset. Ezen 76 eset közül *Aschoff* csak 7-ben találta épnek a féregnyúlványt, a miből az következik, hogy az eseteknek csak $4^3/_4$%-ában történt hibás diagnosis; ezen 7 eset közül is 2-ben chronikus appendicitis jelenségei állottak fenn. Összetévesztésre főleg friss gonorrhoeás salpingitisek adtak okot s ezek legjobban elkerülhetők, ha nőknél a családi állás és társadalmi positiora való tekintet nélkül ezen irányban mindig kutatunk.

Áttérve a diagnostikára, kiemeli, hogy az esetek 15—20%-ában $^1/_2$—2 napig tartó prodromális tünetek — a közérzet enyhe zavara, könnyü indigestio jelenségei — előzik meg a klassikus rohamot. Ennek subjectiv symptomái: zavart közérzet, étvágytalanság, hányásingerrel és hányással járó gyengeség, nyomorúság érzése, melyet „Peritonealgefühl"-nek nevez, s végül a fájdalom, mely a jobb oldalra, vagy a gyomor- illetve köldöktájra lokalizált. Objectiv jel a fájdalmasság a Mac Burney-ponton, mely kissé feljebb az ágyéktáj irányában vagy le a Poupart-szalag felé eltolódhatik. A vizsgálatot a bal hasfélen kezdi s végigmenve az egész hason, az ileocoecális tájon végzi s igen enyhén hajtja végre, hogy csak a kóros fájdalmasságot hozza ki. Támogatja a kórismét a hőemelkedés, melynek már csekély fokai is gyuladásra mutatnak, a psoas fájdalmassága a jobb czomb mozgatásánál s a hasizmok megfeszülése jobboldalt. Ha a fájdalom kiterjedtebb, ez a peritonitis terjedése mellett szól; ha a bal oldalra is átterjed, ez szabad Douglas-ömleny jele. A pulsus szaporasága és a has megpuffadása már igen súlyos roham jele. Azt, hogy a roham súlyos-e vagy sem, csak az esetek 70—80%-ában sikerül megállapitani, 20—30%-ban a hasür megnyitása meglepetést hoz, a várt enyhe anatomiai elváltozás helyett igen súlyosat találunk és fordítva, s azért, hogy betegeinket a beavatkozás késő volta miatt el ne veszitsük, valamennyit korán kell megoperálnunk.

Beck (New-York) vendégként szólal fel. Az amerikai chirurgia az appendicitis korai operálása terén megelőzte a németet s ott mind ezen az álláspontón vannak. A recidiva a roham kiállása után rendszerint bekövetkezik. Az „once appendicitis, always appendicitis" (egyszer appendicitis, mindig appendicitis) tétel annyira átment a köztudatba, hogy szinte közmondásszerü és mégis előrement rohamok után az anatomiai lelet nem egyszer teljes gyógyulást mutat és sok esetben szerzi meg épen a sebész azt a tapasztalatot, hogy a gyógyulás műtét nélkül is tökéletes lett volna. Csakhogy ép azt nem tudjuk eldönteni klinice, hogy melyek ezen esetek. Egyáltalán a diagnostikát sokkal nehezebbnek tartja, mint a milyennek azt *Rotter* említette, s oly sebészek, kik, mint *Mac Burney*, *Bull*, *Morris*, ezerszámra operáltak appendicitiseket, szintén ezen a véleményen vannak. Tapasztalatai szerint különösen a bélsárkövek által okozott körülirt gangraenák azok, melyekben a súlyos folyamat kezdetben úgyszólván teljesen klinikai symptomák nélkül folyik le, s a nem a tünetek súlyossága folytán, de a korai operálás elve alapján végrehajtott műtét alkalmával egész váratlanul találjuk szemben magunkat ezen súlyos anatomiai képpel. És épen a diagnosis bizonytalanságának ezen tudata adja kezünkbe a kést az ilyen esetekben, annak ellenére, hogy el vagyunk rá készülve, miszerint oly féregnyúlványt találunk, mely a mi beavatkozásunk nélkül is kigyógyult volna. És csak az vethet ránk követ, a ki azt meri állitani, hogy meg tudja mondani a roham elején, hogy ez az eset magától meg fog gyógyulni, amazt pedig rögtön operálni kell. A korai operálás elve mellett kétségtelen történik felesleges beavatkozás, történnek egyszer-máskor diagnostikai tévedések, de sok oly beteg megmenekül, a ki, ha még 24 órát várakozunk, menthetlenül elveszett volna. Az első 24 órán belül operált betegei közül egy sem halt meg.

Landau a nők appendicitisének differenti aldiagnosisát fejtegeti. Hangsúlyozza, hogy az appendicitis által okozott acut rohamot a jobb oldalon lejátszódó bizonyos genitális bajok okozta acut rohamoktól kezdetben nem lehet megkülönböztetni. E bajok: genyes salpingitis heveny terjedése a jobb oldalon, pyosalpinx dextra repedése, heveny kocsánycsavarodás egy kis jobboldali ovariális tumoron, végül acut pelvioperitonitis, mely néha gravid tuba megrepedéséből származik, s melynek kórboncztani képe az appendix perforatioja után is kifejlődhetik. Nehezíti a diagnosist még az, hogy az appendix és tuba együttesen betegedhetik meg, akár egyugyanazon kóros agens, akár a folyamatnak az egyik szervről a másikra való átkapaszkodása folytán. Igy észlelt eseteket, a hol appendixkiirtás után tuba-, sőt endometriumtuberculosis keletkezett, mely a tuberculosus genitaliák kiirtása után radikálisan meggyógyult, s a mely szerinte kétségtelenül a primaer tuberculosusan megbetegedett appendixből indult ki. Tagadja a Rotter által felhozott jeleknek differentialdiagnostikai értékét, ép úgy a Mac Burney-pont fájdalmasságának kórjelző értékét túlbecsültnek tartja; szerinte ez ép oly kevéssé jellegző az appendixgyuladásra, mint a Charcot-féle pont nyomási érzékenysége az ovarium megbetegedéseire. Egyáltalán kétségbe vonja, hogy az appendicitis okozta fájdalom valami különös, valami specifikus, valami jellegzetes módon felismerhető volna. A hasi fájdalmak localisatioja mindig homályos; tud esetekről, a hol az uterus eltávolítása után az asszonyok szülőfájdalomszerü fájásról panaszkodtak. Tubakólikák bélkólikaszámba mehetnek, a medenczebeli ureterbe ékelt kövek által okozott fájdalmak appendiculáris vagy tubáris fájdalmaktól el nem különíthetők.

A therapia szempontjából a korai operatio híve, s gynaekologiai tapasztalatok, melyeket pyosalpinxrúptura, extrauterin graviditás, kocsánycsavarodás, acut pelvoperitonitis korai operálása alkalmából szerzett, megerősitik a korán operáló chirurgusok álláspontját. Az intervallum-operatiók tekintetében tartózkodóbb s

ezen chronikus esetekben tisztán a subjectiv panaszok alapján nem tartja megengedettnek a műtétet.

Olshausen szintén a női genitaliák megbetegedéseivel szemben felmerülő differentialdiagnostikát teszi megbeszélése tárgyává. Szerinte a differentialdiagnosis szempontjából az esetek túlnyomó többségében csak a pyosalpinx és szövődményei jönnek szóba és az esetek túlnyomó többségében a kórisme megállapítását lehetségesnek véli. Szerinte a hibás diagnosisok mind egy irányban mozognak. Névszerint a jobb tubából kiinduló megbetegedést appendicitisnek vélik, ellenben a megfordítottja ezen tévedésnek alig fordul elő. Azt is állítja, hogy az appendix valódi megbetegedése a tuba révén úgyszólván sohasem következik be. A tévedésre leginkább alkalmat szolgáltató esetek azok, a hol az appendicitis exsudatumot hoz létre, genyes exsudatumot, mely retroperitoneálisan a medenczébe terjed, esetleg a medencze fenekére, a mikor azután egy retrovaginális tumor válik per vaginam érezhetővé. A differentialdiagnosist főleg az anamnesis (gonorrhoea) s a folyamat kétoldalisága adja meg. Azonfelül a proc. vermiformis okozta exsudatum inkább felülről terjed lefelé, míg a genitális inkább a szélességi irányban, vagy pedig a daganatok egészen gömbszerűek; végül a tubák gondos kitapintása (ép vagy kezdetén megvastagodott) adhat útbaigazítást akkor is, ha a tubadaganat jellemzetes formájában nem is tapintható ki.

Guttstadt statistikai adatokkal szolgál az appendicitis terjedéséhez. Poroszországban 1903 ban és 1904-ben 8412 illetőleg 10,793 egyén részesült vakbélgyuladás miatt kórházi (sanatoriumi) kezelésben. Magában Berlinben 1847 illetőleg 2372 egyén. A megbetegedetteknek 1903-ban 56·64%-a fi és 43·31%-a nő, 1904 ben 55·55%-a fi és 44·45% a nő. A betegeknek több mint fele (57%) 15—30 éves, félannyi a megbetegedés aránya a 30—60 év között; 15 év alatt 15%, 60 éven felül 2% betegedett meg. 1903-ban a betegek 40·42%-a lőn megoperálva, összes halálozás 9·46%; 1904-ben a betegek 44·23%-a operáltatott, összes halálozás 9·14%. Az operáltaknak 1903-ban 13·71%-a, 1904-ben 11·29%-a halt meg. Hogy a statistika a lakosság körében foglalt esetek nagy többségét felöleli, azt az bizonyítja, hogy Berlinben 1904-ben 282 vakbélgyuladás okozta haláleset volt s ebből 238 (84%) kórházban halt meg.

Baginsky a gyermekkori appendicitisről szól. Az appendicitisek többsége szerinte lassan fejlődik, koronként fájdalmak, diarrhoeák, apró lázak illetve subfebrilis hőemelkedések előzik meg. Maga a roham azután hirtelenül köszönt be; a fájdalmasság vizsgálatára a *Rotter* által ajánlott módot már régebben használja. A hasizomzat összehúzódásának jobboldalt s a psoascontracturának is nagy jelentőséget tulajdonít. Kétségkivül vannak azután oly esetek is, hol az appendicitis minden subacut vagy chronikus prodromális symptoma nélkül hirtelenül köszönt be; egy ily esetében oxyurist találtak az appendixben, de nem tudja, vajjon a gyuladás ezzel összefüggésbe hozható e. Az anatomiai basis súlyossága s az általános és lokális tünetek minéműsége közt parallelismus nem áll fenn, mindenesetre negativ vagy jelentéktelen palpatorius lelet mellett súlyos általános állapot és szapora pulsus perforatiora vagy gangraenára vall. A diagnostikai hibák közül figyelmeztet arra, hogy gyermekek pleuropneumoniában, pleuritisben a fájdalmakat nem egyszer a hasba lokalizálják s e mellett hányás, obstipatio, feszes hasfal előfordulhat. Tud esetet, hol igen kitünő orvos nagy pleuraempyemát, egy másik meg haemorrhagikus pleuritist invaginationak tartott. Pneumococcusperitonitis is szolgáltathat összetévesztésre alkalmat. Az operatio időpontjára nézve azt tartja, hogy egészen acut esetekben rögtön kell operálni, a mint a diagnosis biztos; sok esetre emlékezik, melyek, ha kevésbé lett volna conservativ, korai műtéttel megmenthetők lettek volna. Inkább lehet várni oly esetekben, a hol kifejezetten tapintható tumorok vannak, bár előbb-utóbb ezek is műtétre kerülnek; ellenben a lokális tünet nélkül valóknál súlyos általános állapot mellett a várakozás nincs megengedve. Az intervallumban csak fennálló nehézségek esetén operáltat. Tapasztalatait összevetve azt mondhatja, hogy bár látott igen szerencsés gyógyulásokat műtét nélkül, szerencsétlen tapasztalatai azon esetekre vonatkoznak, a hol az operatiót nem végeztette vagy halogatta.

Nöggerath a kiirtott appendixekben található vérzésekről beszél. A kis pontszerű haemorrhagiák, mint arról állatkisérleteinél meggyőződött, teljesen ép appendixeken is létrejönnek, ha a kiirtás folyamán az ereket előzetesen lekötjük; sőt nagy vérzések sem birnak minden körülmény közt pathognostikus jelleggel. Kóros alapon létrejöttnek e vérzések csak akkor tekinthetők, ha chronikusak, vagyis vérfestékelváltozások mutathatók ki bennük, s ha sima lefolyású műtét után nagyobbszerű vérzések találhatók.

Neumann a gyakorló orvos szempontjából fejtegeti a kérdést. Hangoztatja, hogy a gyakorló orvos nem lát annyi súlyos esetet, mint a klinikus, hanem annál több enyhe rohamot, melyek gyomorrontás képe alatt folynak le, melyeknél azonban az appendixtáj nyomásra igen fájdalmas. Diaetetikus és medicamentosus nyugalombahelyezése a béltractusnak gyakran gyógyulásra vezet a nélkül, hogy később recidiva következnék be. Hashajtók adagolása, a mi rendszerint a túlbuzgó anyák és feleségek részéről történik, ily esetekben rendkivül rosszabbítja az állapotot s a szóló szerint ilyesféle hibák vezetnek genyedésre. A sebészi beavatkozást ez utóbbi időszakban látja indikáltnak. A roham után az operatiót nem tartja javaltnak, ha subjectiv és objectiv kórtünetek nincsenek; de ha a roham kettőnél többször akármily enyhe formában is megismétlődik, szükségesnek tartja a műtétet.

Ewald szerint appendicitisnél a prodromális stadium legtöbbször (eseteinek 79·5%-ában) teljesen hiányzik; a *Head*-zónát sem tartja typikus jelenségnek. Diagnostikai nehézségek az eseteknek csak kisebb számában merülnek fel, s a diagnosis az első 24 órán belül többnyire jól megállapítható. A prognosisra vonatkozólag megengedi, hogy az minden esetben kétséges, másfelől azonban hangsúlyozza, hogy tisztán belső kezelés mellett körülbelül 80% gyógyulás következett be. 191 betege közül csak 28-at tett át a sebészi osztályra, 4 (2·4%), a kik reménytelen állapotban kerültek hozzá, meghalt. Mivel ily sok eset simán gyógyul, a szükségtelen operatio elkerülése czéljából jobbnak látja a betegség további lefolyását bevárni s csak sürgős indicatiók, nagyfokú fájdalmasság, diffus peritonitis esetén operálni. Azt hiszi, hogy a beteg tartós megfigyelése mellett, ha nem csak egyszer látogatjuk meg 24 óra alatt, az operatiora alkalmas időpontot csak igen kivételes esetben fogjuk elmulasztani. Kivételt csak a gyermekek képeznek. Itt operálni kell, a mint az appendicitis diagnosisa meg van állapítva, mert ezeknél a legártalmatlanabb kórkép perczek alatt a legveszedelmesebb állapotba mehet át. Az intervallum-operatiókra nézve azt véli, hogy individualizálni kell, mint a hogy azt *Kraus* kifejtette; az appendicitis larvatánál feltétlen műtétet ajánl.

Albu szerint az appendicitis korai diagnosisa az esetek 80—90%-ában biztossággal felállítható; nehezebb ez gyermekeknél, hol az anamnesis hiányos és a fájdalmasságról téves adatokat kapunk, továbbá nőknél, hol heveny gonorrhoeás adnexumok idézhetnek elő appendicitishez hasonló tüneteket. Cholecystitis téves diagnosisra vezethet. Sokkal nehezebb a döntés, vajjon könnyü vagy súlyos esettel állunk-e szemben. *Rotter* statistikáját, hogy 70% súlyos eset állott 30% könnyüvel szemben, a speciális anyagtól függőnek tartja, az ő tapasztalatai szerint a könnyü esetek sokkal gyakoriabbak. A súlyos esetek felismerésére a peritoneális izgalom tüneteit tartja alkalmasnak. S ha nincs is oly jelenség, melynek alapján a fenyegető perforatiós peritonitist fel lehetne ismerni, a symptomák combinatioja mégis rávezethet arra, hogy az esetet súlyosnak ismerjük fel s azonnali műtétet ajánljunk. Az itt szóba jövő symptomák a következők:

1. állandó magasabb hőmérsék (38—38·5) a végbélben;
2. pulsusszámszaporulat, különösen ha a hőmérsékkel nem áll arányban;
3. tartós vagy szünet után ismétlődő hányás;
4. állandó és növekvő tompulat;
5. a nyomási érzékenység terjedése (intensiv fájdalom enyhe érintésre már kezdettől fogva igen gyanús.)
6. a daganat elődomborodása, habár kis mértékben, az ileocoecális tájon látható;
7. reflectorius hasizomcontractura;
8. a coecum puffadása, a májtompulat megkisebbedése;
9. nyomási jelenségek a végbél és hólyag részéről, a mi a bántalom terjedésének kétségtelen jele;
10. csuklás;
11. kezdettől fogva gyorsan növekvő elesettség.

Ha ezen jelek közül csak egy is erősen ki van fejlődve, az fenyegető vagy már kezdődő peritonitist jelent s azonnali műtétet indikál. A beteg gyakori vizsgálása (legalább 3-szor egy nap) fog ezen fenyegető jelek jelenlétére a legbiztosabban rávezetni.

Mindenesetre megtörténhetik, hogy a peritonitis ilyen prodromális jelenségek nélkül köszönt be, de saját tapasztalatában ilyet nem észlelt és *Krehl* gyakorlatában sem fordult ilyesmi elő. De ha az enyhe perityphlitisforma átmenete a súlyosba olyan ritka, akkor az esetek 30%-át tevő könnyű esetekben az operálásra nem vagyunk feljogosítva. Igaz, hogy az operatio mindig nagyobb biztosítékát adja a szerencsés kimenetelnek, mint a várakozás, de ezért nem állhatunk el attól, hogy az operatiót szoros indicatióktól tegyük függővé. Azt sem szabad feledni, hogy a 2—3% mortalitás, mely a korai operatioval jár, a chirurgia legnagyobb mestereinek kezében éretett el s a kik kisebb manualitással, kedvezőtlenebb külső viszonyok közt operálnak, nagyobb halálozásra számíthatnak.

Hermes is kikel a minden válogatás nélkül való korai operálás ellen; csak a peritoneális jelenségekkel járó esetekre kívánja az operálást korlátozni. A női genitaliák bajaival szemben való differentialdiagnosist illetőleg azt hiszi, hogy az az esetek többségében könnyen felállítható. Az *Olshausen* által kiemelt differentialdiagnostikai momentumokra nagy súlyt helyez, s csak arra mutat reá, hogy olyan retroperitoneális exsudatum, a minőt *Olshausen* leirt, appendicitisnél módfelett ritka. Másfelől azonban intra-és retroperitoneális exsudatumok nehezen különíthetők el tapintással. A differentialdiagnosis legyőzhetlen nehézségeket támaszt akkor, ha az appendix és a tuba megbetegedése kombinálódik. A leukocytaszámlálásnak is van differentialdiagnostikai jelentősége; mig ugyanis appendicitisnél 20—30,000 között mozog és 40—50,000-ig csak a legritkább esetben emelkedik fel, tubális bántalmaknál rendszerint 50,000 körül van s 60—80,000, sőt 100,000-ig emelkedhetik a leukocyták száma.

Henke utal arra, hogy ő is vizsgált frissen kivett appendixeket, melyek súlyos klinikai tüneteket okoztak s melyeken kórboncztanilag úgyszólván semmit sem lehetett látni. De ez nem azt mondja, hogy már pár óra alatt is nem fejlődött volna-e ki valami igen súlyos kórboncztani kép. Ajánlja a klinikusok figyelmébe, hogy ne azt vegyék figyelembe, hogy milyen gyakran gyógyul ki az appendicitis, hanem azt, hogy nem tudjuk sohasem, mi lesz a legenyhébb dolgokból.

Seefisch egy esetéről számol be, melyet az első roham után 6 héttel az intervallumban operáltak a beteg kívánságára, a nélkül, hogy valami subjectiv vagy objectiv eltérés lett volna, s a műtétnél igen súlyosan elváltozott féregnyúlványt találtak, mely egész hosszában a coecumhoz nőtt volt, genynyel telt szabad csúcsa meredt csak be 2 cm.-nyire a hasüregbe; ezen eset óta azelőtt meglehetős conservativ álláspontját feladta s mindjárt az első roham után, és pedig 6 héttel annak lezajlása után operáltat.

Kossmann a műtéti statistikára vonatkozólag hangoztatja, hogy a korai operatiók eredményeinél szét kellene választani a könnyű, tehát önmagukban operativ indicatiót nem adó esetek mortalitását a súlyos esetekben végzett műtétekétől.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

D. O.-Kuthy: Physikalische Therapie der Skrofulose. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1906.

Azon értékes dolgozatok sorozatában, a melyek a magyar szerzőktől a német könyvpiaczon jelentek meg, előkelő helyet foglal el Kuthynak munkája a skrophulosisról. Kellő mértékben érvényesülnek benne a szerző elméleti ismeretei, klinikai képzettsége és azon nem mindennapi tapasztalat a physikális gyógyításmódok terén, a mely öt e tanulmány megirására különösen alkalmassá teszi.

Tudtunkkal ez az első modern munka a skrophulosisról, a mely a physikális összes gyógyitásmódokat felöleli, úgy a mint azokat a tudomány az utolsó évtizedben kifejlesztette. S ha a magam részéről a szigorú orvosi tudomány szempontjából azon volnék is, hogy az orvosi nomenclaturából a skrophulosis szó kiküszöböltessék, úgy másrészt teljesen osztom Kuthy nézetét, hogy a skrophulosis elnevezéshez a gyakorló orvos szempontjából még ragaszkodnunk kell.

Igen érdekesen tárgyalja egy rövid fejezetben a skrophulosisnak a tuberculosishoz való viszonyát. A szerző itt nagyobbára azon óriási irodalmi halmazt dolgozta fel, a melyet Pertik „Pathologie der Tuberculose“ czimü munkájában oly nagy szakértelemmel állított össze. Méltatja e fejezetben egyik szorgalmas hazai buvárunk, Beck magántanár dolgozatát is, a mely több érdekes szempontból világítja meg az e téren felmerülő vitás kérdéseket. Klinikai jártassága teljes mértékben érvényesül azon fejezetben, a melyben a skrophulosisnak tünettanát vázolja, és megelégedéssel tölt el, hogy egyik régi tanárunk, Sauer, a mult század közepén, 1854-ben a skrophulosisnak oly classikus képét adta tanítványainak, a mely még ma is mintául szolgálhat.

A skrophulosisnak elterjedésére nézve biztos statistikával nem rendelkezünk, bár Torday 1890-ben a gyermekvédő internationális congressuson erre vonatkozólag a hivatalos statistika felállítását sürgette. Röviden és velősen megirt fejezetek a skrophulosis kóroktanát, prophylaxisát és prognosisát foglalják magukban.

A munka második része a tulajdonképeni gyógyítást tartalmazza és itt az első nagy fejezetet a hygienés-diaetás gyógymódnak szenteli. Nem tagadható, hogy ma ez a leghelyesebb gyógyeljárás, a mely mindig több hivet hódit és a melynek terjesztésére kivált a müvelt külföldön nagy áldozatokat is hoznak.

Kuthy elveit a következőkben foglalja össsze: sok jó levegő, sok napvilág a lakásban és a szabadban, minőségileg és mennyiségileg kielégítő táplálkozás, testmozgás, bőrápolás, tisztaság, czélszerü öltözködés. Nyujtsuk pedig ezt a betegnek akár saját otthonában, akár az e czélra szolgáló intézetben. És ha e téren még nem is értük el a müvelt külföld példáját, úgy mégis megnyugvással tölthet el bennünket az, hogy ma Magyarországban 19 szünidei gyermek-telep gondoskodik a görvélykóros vagy az arra hajlamosított gyermekek gyógyításáról.

Az aërotherapia legfeljebb mint más gyógymódok kiegészítője jöhet szóba, a midőn a betegek lecsupaszított teste rövidebb-hosszabb ideig a szabad levegő hatásának van kitéve. Mint önálló gyógymód jogosultsággal nem bir.

A heliotherapia, vagyis a napfürdők javalata már igen régi, szintén csak mint más gyógymódok kiegészítője van helyén.

Egyik gyönyörüen megirt fejezet a klimatikus gyógymódokkal foglalkozik, a melyben szigorúan különválasztja és felállítja a különböző klimák javalatait. Örömmel látjuk, hogy az eddig nálunk még nem eléggé méltatott tengeri fürdők értékére is felhivja a figyelmet.

A hydrotherapia Kuthy szerint nemcsak a már görvélykóros betegeknél alkalmazandó, hanem javalt már a prophylaxis szempontjából is. Nemcsak a javalatokat, hanem az egyes hydrotherapiás eljárásokat is részletesen ismerteti.

Külön fejezetet szán a balneotherapeutikus gyógymódoknak. Örömmel látjuk, hogy Kuthy hazánk gazdag forrásainak a kellő helyet megadja és névszerint felsorolja áttekinthetően csoportosítva magyar fürdőhelyeink közül mindazokat, a melyek a görvélykór sikeres gyógyítása szempontjából szóba jöhetnek. Ennek kiegészítője a thalassotherapia, a mely alatt a tengeri fürdők alkalmazását értjük, a midőn tehát a kedvező tengeri klima mellett még maga a tengervíz is tekintetbe jő; nem tagadható, hogy a vele elérhető eredmények a legszembetünőbbek. Az eredményt legjobban mutatja az, hogy míg a nálunk ideálisan vezetett budapesti Stefánia-gyermekkórházban kezelt görvélykórosok 20%-a volt gyógyultan elbocsátható, addig jól vezetett tengeri hospicekben a gyógyulási eredmények 50—80% között ingadoznak.

Behatóan ismerteti külön fejezetben a mechanotherapiát és megemlékezik Bier új módszeréről, továbbá az arsonvalisatioról, a Röntgen sugarak alkalmazásáról, a melyekre vonatkozólag azonban a kisérletek befejezettnek még nem tekinthetők.

A könyv nyelvezete mindenütt világos, rövid, az irodalmi adatok felhasználása helyes és kimerítő. Nincs a skrophulosis kérdésének nagy területén egy pont sem, a mely a szerző figyelmét elkerülte volna. Látszik, hogy feladatát kedvvel és szeretettel oldotta meg.

A könyv úgy a szerzőnek, mint az orvosi irodalomnak becsületére válik és kartársainknak melegen ajánlhatjuk.

Tauszk Ferencz dr.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Steril sajtos anyag használata a gümőkór gyógyításában. Ismeretes, hogy a gümőkóros tályogok falában könnyen kimutathatók a gümőbacillusok, magában a tályogban ellenben oly kevés szokott lenni, hogy kimutatásukra többnyire az állatkisérlethez kell folyamodni. Ebből a körülményből *Paterson* azt következteti, hogy a gümőkóros tályogok tartalmában olyan anyag foglaltatik, a mely káros hatású a gümőbacillusokra. Ebből kiindulva a szerző iparkodott ezt az anyagot olyan állapotban előállítani, hogy veszély nélkül legyen embereken alkalmazható. Minthogy a magas hővel vagy a vegyi szerekkel sterilizálás nem mutatkozott alkalmasnak az általuk létesített nagyfokú elváltozások miatt, a melyek az illető anyag hatását megszüntethették volna, másrészt pedig nagyon alacsony hőfokok alkalmazásával sem sikerül még huzamosabb idő alatt sem sterilitást elérni: az intermittáló hidegalkalmazást vette igénybe. Úgy járt el, hogy a gümős genyet 5—6 hónapig hütőkészülékben tartotta, időnként azonban felolvadni engedte. Ily módon — mint azt tengeri malaczokon végzett kisérletek bebizonyították — sterillé válik a geny. Ezután a serumot eltávolítva az anyagról, a maradékot három napon át folytonos hidegvízárammal mosta a vízben oldódó toxinok eltávolítása czéljából, végül pedig a finom fehér üledéket steril physiologiai konyhasóoldattal hígította annyira, hogy egy köbcentimeter emulsio 5 milligramm szilárd anyagot tartalmazzon. Öt betegen (3 sebészi gümös baj, 1 lupus és 1 tüdőgümőkór) tett eddig kisérletet e szerrel oly módon, hogy a bőr alá fecskendezte. Az adag nagysága a hőmérsék magasságától függött. Legjobb volt az eredmény, ha oly adagot fecskendezett be, a mely a hőmérséket $^1/_2$—1°-kal növelte. Ez az adag esetenként 0·1—0·5 cm³ között változott és azt kétnaponként fecskendezte be Az eredmények biztatók voltak és mindenesetre feljogosítanak a további kisérletezésre. (The lancet, 1906. augusztus 25.)

Gyógyszertan.

A kephaldol sárgásfehér, vízben nehezen, alkoholban aránylag könnyen oldódó, kissé keserü izü por. Keletkezik, ha czitromsav és salicylsav bizonyos körülmények között hat phenetidinekre s az egyesülés befejezte után még szabadon maradt sav chininhez köttetik, illetve natriumcarbonattal közömbösittetik. Az új szerrel, a melynek antipyretikus, antineuralgikus és antihydrotikus hatása van, *Fritsch* tett kisérleteket Ortner tanár betegosztályán. Mint antipyreticumot 35 esetben használta, még pedig jobbára 1 grammos adagban; 75%-ban átlag $^1/_2$ óra mulva jelentkezett a szer hatása, 20%-ban már 10—15 percz mulva, 5%-ban pedig $^1/_2$ órán túl; a hőcsökkenés kivétel nélkül többékevésbé kifejezett izzadással járt. A lázellenes hatás 1 gramm bevétele után 2—6 óráig tartott; a hőcsökkenés rohamos volt és többnyire két óra után érte el a minimumot. 0·2—0·4 grammos adagokban 1—2 órás időközökben adva a szert, lassú, lytikus hőcsökkenés következett be, a mely huzamosabban tartott. Mint antineuralgicumot ideges eredetü fejfájás ellen nagyon jó eredménynyel használta a szerző a kephaldolt, anaemiás vagy hyperaemiás eredésü fejfájásokban azonban nem volt annyira kielégitő a hatása. Gonorrhoeás izületbajokban, lumbago és ischialgia eseteiben is megkisérlette használatát és főleg az utóbbiakban kitünő hatását látta. Heveny izületlobban nem sok hasznát tapasztalta. Mint antineuralgicumot szintén 1 grammos adagban rendelte, naponként 3—4-szer; a hatás 10—15 percz után kezdett mutatkozni s körülbelül $^1/_2$ óra mulva megszüntek a fájdalmak. Láztalan tüdővészeseknél 1 gramm kifejezetten csillapította az izzadást. Különösen nagy súlyt fektetett a szerző annak a vizsgálatára, vajjon nincsenek e ezen új szernek káros mellékhatásai. A szívre teljesen ártalmatlannak bizonyult; még rohamos hőcsökkenés esetén sem jelentkeztek nyugtalanitó tünetek a szív részéről, a vérnyomás mindig a physiologiai határok között maradt. A légzés tekintetében teljesen közömbösnek mutatkozott a kephaldol. Émelygést és hányást 3 esetben észlelt, ezek közül azonban 2-ben (terhesség, illetve menstruatiós zavar) minden szer bevétele nélkül is többször fordult elő hányás. A vesékre gyakorolt káros hatás szintén nem volt kimutatható Ideges tüneteket — abnormis nyálelválasztás, fülzúgás, szinlátás, rendellenes iz és szag — sem észlelt soha. A kephaldol ostyában adható, vagy pedig folyadék alakjában sok szörppel. (Wiener klinische Wochenschrift, 1906. 33. szám.)

A salimenthol világossárga, csaknem iz nélküli, kellemes szagú folyadék, a mely körülbelül egyenlő mennyiségü salicylsavat és mentholt tartalmaz és részint belsőleg, részint külsőleg használható. A szert heveny és idült izület-, valamint izomcsúz több esetében jó eredménynyel használta *Reicher*. Caries okozta fogfájás két esetében is jó eredményt látott használatától (salimentholba mártott vattának a fogba helyezése). Minthogy a mentholt terhesek hányása ellen eredményesen használják: csillapithatlan hányás két esetében megpróbált a szerző salimentholt adni, de eredménytelenül. A gyomor és bél részéről kellemetlenségek — ritkán észlelt felböfögéstől eltekintve — nem mutatkoztak. Belsőleg tokokban rendelendő a szer (à 0·25 gm.), a melyekből naponként 3—6-ot kell bevenni; rendelhető továbbá cseppekben is. (Therapeutische Monatshefte, 1906. 6. füzet.)

Belorvostan.

Haematogen albuminuria elnevezéssel illeti *Hingston Fox* azon megbetegedést, a mely az irodalomban physiologiai, latens, orthostatikus, functionális, paroxysmás, cyklikus stb. albuminuria néven szokott szerepelni. A mint ismeretes, vannak egyének — főleg fiatal emberek és fiuk —, a kiknek vizeletében időnként, különösen reggel a felkelés után, avagy testi munka, étkezés, felindulás, hideg fürdő után fehérje jelenik meg, a nélkül, hogy vesebajra vagy fehérjevizeléssel járó egyéb bajra utaló más tünet volna kimutatható. Ezen állapot keletkezésében nagy szerepet tulajdonitottak a neurovascularis mechanismus gyengeségének. Vannak azonban esetek, a melyekben ez a gyengeség nincs meg; ezért már többen gondoltak arra, hogy a vérnek valamelyes elváltozása okozza az albuminuriát. Ez azonban csak puszta feltevés maradt mindaddig, a mig Wright kimutatta, hogy az ilyen esetekben a vér megalvadásképessége és viscositása csökkent; ha a haematogen albuminuriában szenvedő egyénnek a vér megalvadásképességét fokozó szert, például calciumlactatot adunk, a fehérjevizelés megszünik. Ezt a megfigyelést később mások is megerősitették. A tudnivalókat a betegség diagnosisában Hingston Fox a következőkben foglalja össze: a haematogen albuminuria csaknem mindig a fiatal korban fordul elő és ideges temperamentummal, valamint a vérkeringés excitabilitásával jár együtt; fő jelei 1. a fehérje hiánya vagy erős csökkenése az éjjeli vizeletben; 2. eltünése calciumlactat használata után (két napos időközben 1—1 gramm este); 3. hengerek és vesesejtelemek hiánya (húgysav- és oxalat-kristályok azonban sokszor vannak az üledékben). Minthogy a fehérjevizelésnek ezen alakja tulajdonképen a vérnek bizonyos elváltozásától feltételezett, a prognosis elsősorban a vér állapotától függ. Sokat foglalkoztak azzal a kérdéssel, hogy ez a haematogen albuminuria átmehet-e vesebajba. Némelyek ezt lehetőnek tartják, mig mások határozottan tagadják. A szerzőnek alkalma volt 19 idetartozó eset közül 17-et 10—22 év mulva újból vizsgálat alá venni (1 beteg gége- és tüdőgümőkórban, 1 pedig baleset következtében halt meg már előbb) és teljesen jó állapotot talált. Tulajdonképen nem tartoznak ide, de érdekességük miatt mégis felemlítjük a szerzőnek azon tapasztalatait, a melyeket másfajta albuminuriákban szenvedett 92 betegen tett; a 10—22 év mulva végzett újabb vizsgálat alkalmával 78 még élt, és pedig jó egészségben; igaz ugyan, hogy a 92 beteg közül 63-nál az első vizsgálat alkalmával csak nyomokban találtak

fehérjét a vizeletben. A mi végül a haematogen albuminuria gyógyítását illeti, azelőtt ágynyugalmat, tejdiaetát, sós hashajtókat s a vér és az idegrendszer tonizálására vasat és mix vomicát használtak. Az ágynyugalom talán még káros is: fiuknak vagy fiatal embereknek sokkal jobb, ha szabad levegőn testmozgást végezhetnek. A tejdiaeta haszna talán a tejnek calciumtartalmával magyarázható meg; a sós hashajtók hatása következtében pedig a vér sűrűbbé lesz. Az alkohol kerülendő „lymphagog" hatása miatt. A calciumlactat használata mindenesetre nagyon észszerű; némely esetben hosszú időn át kell adni. Minthogy Nias szerint vannak esetek, a melyekben a calciumsók nem szívódnak fel, míg ellenben a strontium- és magnesiumsók, a melyek a vérre ugyanolyan hatásúak, könnyen felszívódnak: calciumsók használatára nem javuló esetekben például a strontiumlactathoz folyamodhatunk, 1—2 grammos adagban rendelve. (The lancet, 1906. augusztus 25.)

Typhus abdominalis ritka szövődményét észlelte *Michalke*. A 21 éves férfiúnál a typhus vége felé rázóhideg kiséretében a hőmérséknek újból való emelkedése mellett a bal lábszár fájdalmas és erős duzzadása támadt, a mely két nap alatt megszünt. Körülbelül egy heti láztalan állapot után typhus-recidiva, a melynek 4. napján a láz nagyobb mérvű fokozódásával a jobb czomb, a jobb lágyéktáj és a jobboldali lágyékmirigyek fájdalmas duzzadása jelentkezett, a mely ötödnapra már tetemesen csökkent, a mikor a láz erősebb fokozódása és rázóhideg kiséretében a jobb lábszár duzzadt meg és vált fájdalmassá, a mi azonban néhány nap alatt szintén megszünt s azután zavartalan reconvalescentia következett be. Genyes myositist typhus kapcsán már elég gyakran észleltek, nem genyedő izomlobot azonban a typhus szövődményeként a szerző nem talált említve az irodalomban. (Medizinische Klinik, 1906. 34. szám.)

Asthma bronchiale eseteiben *Strübing* tanár szerint az első feladat az, hogy a beteg megtanulja légzőmozgásainak szabályozását, vagyis első sorban az erőltetett kilégzés elnyomását, kilégzéskor minden felesleges izommüködés kerülését, ez utóbbinak tisztán a tüdő rugalmasságára bizását. Nagy adag narcoticumok azért szokták az asthmás rohamot megszüntetni, mert az erőszakos légzőmozgásoknak elejét veszik. A belégzés mélyitendő és meghosszabbitandó, a mi rendszerint már nem okoz nehézséget, ha a kilégzés erőszakossága megszünt. Nagyfontosságú az, hogy a beteg már a roham elején próbálja leküzdeni kórossá váló légzését. Narcoticumok akkor nem nélkülözhetők, ha a beteg akaratereje nem elegendő a köhögésinger elnyomására és a légzés szabályozására. Enyhébb rohamokban már kis adag narcoticum is elegendő a köhögésinger leküzdésére és ezzel a légzés feletti uralkodás visszanyerésére; súlyos rohamokban azonban csak nagy adagokkal érünk czélt. Sok esetben a hurutos állapotra is ki kell terjeszteni az orvoslást. E tekintetben jó szolgálatot tesznek a jodkészitmények, azután az atropin, a melynek váladékcsökkentő, a duzzadt légútbeli nyálkahártyát lelohasztó hatása ismeretes. Az atropin adható belsőleg (Trousseau, Noorden), subcutan (Riegel) vagy belégzés alakjában. A Tucker féle titkos szer, a mely a külön hozzá adott készülék segélyével légeztetik be, főalkotórészként atropint tartalmaz; a szerző ezen szert mindig jó eredménynyel használta; vigyázni kell azonban, nehogy túlságbavitt használata következtében atropinmérgezés álljon be. A Tucker féle szer a hozzávaló porlasztóval együtt drága (64 márka); az eredeti porlasztó helyett ajánlott olcsóbb porlasztók azonban nagyon durva ködöt adnak s azért nem ajánlhatók. A felső légutaknak, első sorban az orrnak betegségei természetesen megszüntetendők. Ezek a megbetegedések azonban sokszor idültek, kezelésük nagy türelmet igényel. A bronchiális nyálkahártya vasomotorius zavarai, a melyek olykor nagyon fontos szerepet játszanak az asthmás rohamok keletkezésében, csak edző eljárásokkal küzdhetők le. Egyáltalában mindig tekintettel kell lenni az egész szervezetre, főleg pedig az idegrendszerre. A szerző igazat ad *Avellis*-nek, a ki egy nem rég megjelent czikkében azt mondotta, hogy az asthmát gyógyítani akaró orvosnak neurologiai tapasztalatokkal is kell birnia. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1906. 34. szám.)

Idült dysenteria eseteiben *H. Meyer* szerint a belsőleg használandó szerek közül legtöbb figyelmet az ipecacuanha érdemel. A helyileg alkalmazandó szerek közül nagyon ajánlja a jodoform-emulsiót klysma alakjában. Térdkönyökhelyzetben 250 köbcentimeter emulsiót (5 gm. jodoform 1000 gm. mucilago gummi arabicira) eresztünk be magas nyomással s azután iparkodunk az emulsiót a colonig felmasszirozni. 10 percz mulva az emulsiót két vízklysmával lehetőleg kiöblítjük. Vannak azonban esetek, a melyekben az említett eljárásokra nem következik be a gyógyulás. Talán azok az esetek viselkednek igy, a melyekben a kórokozók a vakbélben és a féregnyúlványban székelnek s innen minduntalan reinfectiokat okoznak. Az ilyen makacs esetekben a sebészeti beavatkozástól várható még eredmény. Az irodalomban már elég sok eset van ismertetve, a melyekben appendicectomia, illetve a colonnak az ileocoecális tájon létesitett anus praeternaturalis útján chininoldattal végzett kiöblítése után teljes gyógyulás következett be. (Deutsche medizinische Wochenschr., 1906. 33. sz.)

A zsírok befolyását a czukorkiválasztásra már ismételten vizsgálták. Legújabban *Bondi* és *Rudinger* közöl a bécsi egyetem I. belklinikájáról idetartozó vizsgálatokat, a melyek arra az eredményre vezettek, hogy a glykosuria zsírok adásával csökkenthető. Ez a csökkenés összehasonlitható azzal a csökkenéssel, a mely testi munka után áll be. Valamint az izommunka, úgy a zsírok értékesitése is bizonyos mennyiségü szénhydrátot igényel s igy következik be a glykosuria csökkenése. A szerzők vizsgálataikból azt a gyakorlati szempontból fontos következtetést is vonják, hogy diabetesben a szénhydratokkal szemben való tolerantiát csak úgy állapithatjuk meg pontosan, ha ismerjük és számbaveszszük a zsírbevitel nagyságát is. (Wiener klinische Wochenschrift, 1906. 34. sz.)

Idegkórtan.

Az agydaganat korai felismerése gyógyulással jutalmazhat, ha lehetővé teszi a műtétet. *Babinski* esete e tekintetben rendkivül tanulságos. Egy 52 éves ember beszédzavarban szenvedett és hirtelen jobboldali paresist kap, mely hosszabb ideig áll fenn. A kóros oldalon az in- és bőrreflexek változást nem szendvedtek. A kórisme akkor thrombosis volt. Három hónappal utóbb Jackson-féle epilepsiás rohamok támadtak a kóros oldalon, contractura is fejlődik, de a reflexek még mindig nem változtak. Fejfájás nincs, a szemfenék ép. Babinski tekintettel a reflexek ép voltára, hysteriára is gondolt, de ezt a feltevést elvetette, mert nem tartotta valószinűnek, hogy hysteriás beteg, a ki orvosi dolgokban teljesen járatlan, a jobboldali hemiplegia mellett beszédzavart is mutat. Babinski előtt nem látszott valószinűnek, hogy a baj oka magában a pyramispályában vagy a mozgató agykéregben székelne, mert 3½ hónap alatt a másodlagos elfajulás kifejlődött volna és ennek következtében a kóros oldal bőrreflexei csökkentek, az inreflexek pedig fokozódtak volna. Ezen okból kifolyólag Babinski inkább arra gondolt, hogy a mozgató agykérget nyomó, de azt el nem pusztító tumorról van szó. Tekintettel ennek esetleges lueses voltára, kénesőkezelés alá került a beteg, mely eleinte hasznosnak látszott, de később mégis sikertelen volt. Most Babinski műtétet ajánlott, de más idegorvosok ennek ellentmondtak, hivatkozva a fejfájás, hányás és pangásos papilla hiányára. Erre újabb erélyes kénesőkezelés következett, mely egy ideig megint hasznosnak látszott, de utóbb mégis rosszabbodás állott elő. Ekkor már kifejlődött a papillitis is. Ezen tünet előbukkanása a tanácskozásban résztvett valamennyi orvost arra birta, hogy a műtétet szükségesnek találja. Ez meg is történt és egy 300 gm. sulyú, a dura materrel összekapaszkodó, az agyvelővel nem összenőtt daganat a bal mozgató kéreg mellől könnyen volt kifejthető. A beteg a műtét után meghalt. Ez a baleset, ha a műtét kellő időben történt volna meg, megakadályozható lett volna.

Babinski ebből és egynehány más esetből azt következteti, hogy a *pyramispálya nyomása contracturás, változatlan reflexekkel járó hemiplegiára vezethet. Ez a tünetcsoport daganat mellett szól.* (Revue neurol., 1906. jul. 30.) *Kollarits Jenő.*

Az idegbajok a mohamedánokon a régebbi, még ma is sok helyütt elfogadott nézet szerint ritkák. *Dumolard* ez irányban Algirban tett vizsgálatokat és ezt a régi nézetet megdönti. 16 arab és 81 európai idegbajos volt kezelésben az algiri belgyógyászati klinikán. Minthogy a felvett betegek között csak minden hatodik arab, a két faj között idegbajokban különbség nem vehető fel. A lues és dementia összefüggésének tárgyalásakor is állandóan halljuk azt, hogy a sok lueses arab között nincs sok tabeses vagy dementiás. Ez sem áll, mert egy kimutatás szerint az elmebajos arabok egy tizede demen ia paralyticában szenved, a mi meglehetős nagy arányszám Dumolard azonban kiemeli, hogy az általa észlelt arabok civilizáltak és alkoholisták. (Revue neurol., 1906. aug. 30.) *Kollarits Jenő.*

Sebészet.

A haemorrhoidális csomók gyógykezeléséről tartott klinikai előadást *Riedinger* tanár (Würzburg), melyet gyakorlati fontosságánál fogva kissé bővebben ismertetünk. A gyüjtőeres végbélcsomó a helye szerint lehet belső, külső vagy intermediaer. A *belső* csomók a sphincter felett a submucosus szövetben nyálkahártyától fedve foglalnak helyet; a *külső* csomók az anális nyílásnál a subcutan szövetben cutistól fedve ülnek; az *intermediaer* csomók részben a sphincter felett, részben alatta vannak. A külső csomók gyakran egyenként is előfordulnak, a belső csomók rendesen füzérszerüen a végbél egész lumene körül ülnek úgy, hogy csak keskeny ép nyálkahártya választja el őket egymástól; nem kocsányosak, hanem széles alappal birnak.

A *külső* csomók kezdetben rendesen csak jelentéktelen tüneteket okoznak, néha azonban hirtelen állnak be a velük járó kellemetlenségek. A betegek úgy érzik, mintha valami idegen test volna végbelükben, mely állandóan székletétre ingerel. Ez főleg az *intermediaer* csomóknál fordul elő, a melyek a sphincteren ülnek. A feszes csomó okozta tünetek rendesen 5—6 nap után visszafejlődnek, felszinén gyakran kis fekete (gangraenás) pont jelentkezik, lágyabb, kisebb lesz, ekkor szünet áll be a fájdalomban. Máskor viszont a csomó vérzés kiséretében megreped s esetleg gyógyulás áll be. Máskor azonban periphlebitis, genyedés, sőt embolia is bekövetkezik.

A *belső* csomók gyakran hosszabb ideig nem okoznak tüneteket, némelykor bizonyos húzási-égési érzéssel járnak székletét után. Legjellegzőbb tünetük a *vérzés*, a mely lehet egészen kisfokú, de lehet idővel a nagy vérvesztés folytán súlyosabb jelentőségü is, a mennyiben a betegek anaemiások lesznek s olyan szint kapnak, mintha carcinomások volnának. Idővel egy igen kellemetlen szövődmény, a csomóknak a nyálkahártyával együtt az anális nyílás elé való *prolapsus*-a társulhat a kórfolyamathoz. Kezdetben ez csak nehéz székletét esetén történik, később már kisebb okok is előidézhetik, s míg kezdetben minden székletét után a végbélbe visszacsúszik, később a sphincter működése folytán *kizáródás* állhat be. A vérzésen kivül ez a legfájdalmasabb tünet. Hosszabb időn át fennállott incarceratio esetén a repositio legtöbbször lehetetlen; a kiszorult csomó gangraenája után spontan gyógyulás állhat be, mint a ligatura után. De nem mindig ilyen kedvező a lefolyás, észleltek fekélyen, sipolyon kivül vizeletretentiót, meteorismust, hányást, sőt ileust is *(Rotter)*.

A mi a haemorrhoisok *therapiáját* illeti, a gyógykezelés kezdetben diaetás legyen. A habituális székrekedés megszüntetendő, de ezt nem hashajtókkal kell elérni, mert ezek a bajon nem segítenek, sőt gyakran rosszabbodás áll be. Rendszeres diaeta, könnyen emészthető ételek, kevés alkohol, mozgás a szabadban, alhas-massage sokszor czélhoz vezetnek. Igen jó szolgálatot tesznek a karlsbadi és a hasonló források. Gyakran kis *fissurák* csatlakoznak a haemorrhoisokhoz, ilyenkor néha extr. belladonnae 0·50, cocain 0·05, ammon. sulfo-ichthyol. 6·0 oldatba mártott vatta behelyezése a végbélbe fájdalomcsillapitólag hat.

A *sebészi* beavatkozások véres és nem véres műtétekre oszthatók. A *nem véres* beavatkozás a *rectum, illetve a sphincter dilatatiojában* áll, a melyet kampószerüen behajlitott mutatóujjunkkal egy vagy több ülésben végezhetünk. Ezen forcirozott tágitással sokan kedvező eredményt értek el, talán a sphincter ellazulásával a keringési viszonyok megjavulnak s a pangás a plexus venosus haemorrhoidalisban megszünik.

A *sebészi* beavatkozások közül főleg 3 műtét jő számba: 1. a *cauterisatio*; 2. az *exstirpatio*; 3. a *ligatura*.

A *cauterisatio* a legrégibb módja a sebészi kezelésnek, jelenleg lényegében úgy alkalmazzák, a hogy azt *v. Langenbeck* leirta. Ügyelni kell a kezelésnél arra, hogy a pörkök ne legyenek circulárisak és folytonosak, hanem a cauterizált helyek közt maradjon még nyálkahártya is, mert különben stenosis támadhat. E módszernek hátránya egyfelől az utólag esetleg jelentkező vérzésben rejlik, főleg ha ez észrevétlenül a végbél lumenébe történik; továbbá a pörkök korai leválása folytán előállható fertőzésben. Ezen kezelési elven alapul az *injectiós kezelés* is, a melyet először *Kelsey* ajánlott 200 gyógyult esete kapcsán. Ő 1 rész ti-zta carbolsav, 3 rész víz és 3 rész tiszta glycerin elegyéből kezdetben csak néhány cseppet fecskendezett a csomóba — nem a végbél falába —, később 8—8 nap mulva megismételte az eljárást, míg a csomó teljesen nem zsugorodott. *Garré* előzetesen ligaturát tesz a csomóra s azután végzi az injectiót. Míg egyfelől az eljárásról csak jót olvashatunk, addig *Andrews* 5000 esete közül 9 esetben állott be a halál.

A legradikálisabb eljárás a csomók *exstirpatioja*, melyet némelyek úgy végeznek, hogy csak a csomót, mások ezzel együtt az egész plexus venosust eltávolitják. Legismertebb a *Withead*-eljárás, melyet a *Dollinger* tanár klinikája is végezni szokott. Fontos e műtétnél a varrat pontos alkalmazása, mert ettől függ a műtét távolabbi eredménye. Ha a varratok átvágnak, vagy a gyógyulás genyedéssel történik, úgy a keletkező fekély későbbi következése stenosis lehet. A *Mikulicz*-klinika ezen eljárással 98·5 százalék tartós gyógyulást ért el.

A harmadik módszer a *ligatura*, melyhez legczélszerübb középvastag selymet használni; a ligaturának a csomó alapján szorosan kell ülni, a fonalak rendesen 8 nap múlva spontan távoznak. Ez eljárással a rostocki klinikán 89·4% gyógyulást értek el, egy esetben halálos kimenetelü erysipelast észleltek, de ez nem irható a kezelési eljárás speciális rovására. A recidivák ritkák, s tekintve, hogy az eljárás egyszerü, s hogy utóvérzéstől, infectiotól nem kell tartani, mindenesetre számottevő. (Deutsche med. Wochenschrift, 1906. 34. szám.)

Steiner Pál dr.

Appendicitisnél a korai műtéttel elérhető eredményekről számol be *Kümmell*. A mult évben ismertetett 1000 operált esete 10·2% halálozással járt, ezek közt szerepel 82 diffus peritonitissel szövődött esete 89% halálozással, míg a rohammentes szakban végzett műtétek (695) csak ½% halálozással jártak. Ugyanekkor 49 korai műtétről referált 6% halálozással. A mult évben 290 operative kezelt appendicitisben 5·5% volt az összhalálozás, az ez évben operált 102 esetben 1% a halálozás; megjegyzendő, hogy 100 esetben az appendix eltávolitása is megtörtént. E 100 esetből 83 az acut szakban került műtétre. *Kümmell* eddig összesen 97 korai műtétet végzett, t. i. az első 48 órán belül vagy röviddel utána; ezek közül meghalt 9, e 9 közül 6 esetben 48 órán túl történt a műtét, 3 esetben 12, 20, 24 órával a roham jelentkezése után. Tehát a 97 *korai műtét 9% halálozással járt.* Mit érünk el a korai műtéttel? Kümmell válasza e kérdésre a következő: tekintve, hogy az appendicitis prognosisa még a könnyü esetekben sem állapitható meg bizonyossággal, a korai beavatkozással a momentan veszedelmet, melylyel ezen betegség jár, elkerüljük; másfelől definitive megszabadítjuk a beteget az állandóan fenyegető kiújulástól és a kór lefolyását is lényegesen megrövidítjük. A beteg rendesen 3—4 hét alatt gyógyul. Tekintve, hogy utolsó eseteiben ezen elv keresztülvitele mellett 1% az összhalálozás, szigorúan követeli a korai műtétet. Kivételek itt is vannak és lesznek, mert lesznek esetek, a hol a 48 órán belül vagy röviddel utána végzett műtét már nem lesz korai, a műtét már későn jön és nem segithet. Az ily betegek nem a műtét folytán, hanem a műtét ellenére halnak meg. (Deutsche med. Wochenschr., 1906. 33. sz.) *Steiner Pál* dr.

Bőrkórtan.

Arsenkeratosis esetét közli *M. Biach*. Az a tapasztalat, hogy az arsennek belső vétele után a bőrön különböző elváltozások támadnak, *Hahnemann* ig terjed vissza. Tapasztalatai azonban csakhamar feledésbe mentek. A XIX. században is csak lassan halad az arsen által keletkezett bőrbajok ismerete, míg végre *Hutchinson* teljesen kidomborította az ú. n. arsenkeratosisnak összes tüneteit önálló kórkép alakjában. A szerző esete egy 53 éves férfibetegre vonatkozik, a ki mirigydaganatai ellen 4 évnél tovább csaknem állandóan szedett arsent. Az arsent Fowler-oldat alakjában vette, 2—10 cseppet fogyasztva naponta. A betegnek bőre idővel igen erős sötétbarna színt öltött s a azonkivül igen szárazzá vált. A tenyereken és az ujjak tenyéri felszinén a hám megvastagodott, helyenként pedig szemölcsszerű száraz növedékek támadtak. Hasonló kisebb-nagyobb elváltozások voltak a kézháton és a lábakon. A szerző esetében nem egészen typusos a lefolyás. Feltünő ugyanis, hogy a tenyéri és talpi keratosisokat megelőzték a kézháton tyúkszemszerü megvastagodások, holott gyakoribb az előbbi helyeken a keratosis kiindulása. Sajátságos, hogy az arsenmelanosis már a Fowler-solutio használatának megkezdése után 3 hónapra jelentkezett, tehát igen korán. Mindenesetre jóval korábban mint a keratosis. A melanosis néha sokáig várat magára, így *Haffter* esetében a 30 éves nőbeteg 3—4 évig szedett naponta 15—30 csepp Fowler-oldatot s csak ennyi idő multán mutatkozott a melanosis. (Wiener klin. Wochenschrift, 1906. 32. sz.) *Guszman.*

Az általános jellegű bőrbajokban észlelhető hőszabályozásról ir *P. Linser* (Tübingen), a ki a kérdést három esetben tette tanulmány tárgyává. Eseteit egy universális psoriasis, egy universális eczema és egy pseudoleukaemia kapcsán létrejött erythrodermia exfoliativa tette. A hőmérések azt mutatták, hogy e betegségekben a különbözet a bőrfelület és a belső szervek hőfoka között nem oly nagy, mint ép viszonyok között. Igy a míg egészséges egyének bőrmelege átlagosan 3—3½°-kal alacsonyabb a végbél hőfokánál, addig az emlitett bőrbajokban a bőrfelület hőfoka csak körülbelül 1°-kal volt alacsonyabb. A bőrfelület magasabb hőfoka tehát egyik tényezője a fokozott hőleadásnak. De nem egyedüli tényezője. Mert talán még fontosabb és nagyobb oka a hőveszteségnek a bőrereknek nagyfokú teltsége. A szerző véleménye szerint a hőveszteség és hőtermelés általános bőrbajokban körülbelül kétszerese a rendesnek. (Archiv f. Derm. u. Syph. 1906. 80. k. 2. f.) *Guszman*

Közegészségtan.

Miért ártalmas a nedves lakás? Ezt a kérdést fejtegeti *Gemünd* a „Deutsche Vierteljahrschrift für öffentliche Gesundheitspflege“ mult évi folyamának 3. füzetében. Mindenekelőtt az emberi test tetemes lehülésének tulajdonit nagy fontosságot; ez azért áll be, mert a nedves falnak nagyobb hőkapacitása és erősebb hővezetőképessége lévén, továbbá a felületén végbemenő vízpárolgás folytán sok hőt veszitvén, még erős fütés esetén is többnyire hideg s igy a hősugárzás a testből a hideg fal felé nagyon nagy. Hozzájárul ehhez még az is, hogy a testnek ezen lehülése egyoldalú, köztudomású pedig, hogy épen az ilyen egyoldalú hőelvonások nagyon gyakori okai az ú. n. meghüléses betegségeknek. A nedvességgel telített meleg levegő, a mely az ilyen nedves lakásokban erős fütéskor keletkezik, bágyasztóan hat a szervezetre, úgy a testi, mint a szellemi munkaképességet csökkenti, valamint a szervezet ellentállóképességét is. Nedves lakásokban nagyon elszaporodnak a penész- és hasadógombák, főleg a rothasztó bakteriumok. Ezek azután a maguk részéről is károsan hatnak (bakteriumok belégzése, ételek megromlása stb.). A falnedvességnek leggyakoribb oka nem az, a mit azelőtt felvettek, hogy t. i. a vakolat calciumhydroxydjából CO_2 felvételére hydratvíz válik ki; hanem az, hogy a falzat épitésekor víz nyomul belé, valamint hogy erős esőzés alkalmával is átnedvesedik, főleg ha a nedvességet könnyen átbocsátó természetes kőből készült. A szerző szükségesnek tartja, hogy a lakhatási engedélyt csak az épület teljes kiszáradásakor adják meg, nem pedig az épités befejezte óta eltelt időtől tegyék azt függővé. Száraznak akkor mondjunk egy új épületet, ha a falak belső vakolata („Feinmörtel“) legfeljebb 2% vizet tartalmaz. Ennek megállapítására az Emmerich-féle módszert ajánlja, a melynek az a lényege, hogy lemért nagyobb mennyiségü vakolatot szárítószekrényben kiszárítva, súlyát újból meghatározzuk. Ez a módszer nagyon egyszerü, könnyen végezhető, semmiféle különös előismereteket nem igényel.

A st.-galleni himlőjárványt ismerteti *Häberlin* a „Medizinische Klinik“ ez évi 32. számában. A közölt adatok érdekességgel birnak, mert a himlőoltás hasznát bizonyitják. Ismeretes ugyanis, hogy Svájczban nem kötelező az oltás; ennek következtében a lakosoknak csak mintegy fele van beoltva s igy érthető, hogy St.-Gallenben az 1900. junius közepétől 1906. február végéig eső időszakban 95 himlőeset fordulhatott elő. A bajt Oroszországból hurczolták be. Az eseteknek csaknem felében (44 esetben) a legszorgosabb kutatás ellenére sem lehetett a fertőzés módjára ráakadni. A megbetegedettek közül 33 be volt oltva, 62 pedig nem. A 33 oltott közül 30-nál az oltás több mint 30 év előtt történt; 3 esetben 22, 23 és 25 év előtt történt az. Tehát egyetlen egy olyan eset sem volt, a melyben 22 évnél kevesebb idő mult volna el az oltás óta. A mi a lefolyás súlyosságát illeti, a következő táblázat ad felvilágositást:

	Oltottak:		Nem oltottak:	
Könnyü lefolyás . . .	22 esetben	(66%)	13 esetben	(21%)
Középsúlyos lefolyás . .	6 „	(18%)	10 „	(16%)
Súlyos lefolyás	3 „	(9%)	29 „	(47%)
Nagyon súlyos lefolyás .	2 „	(6%)	10 „	(16%)

Az utolsó három csoport valamennyi oltottjánál az oltás több mint 40 év előtt történt. 12 egyén közül, a kiket az incubatio szakában oltottak, 7 enyhén, 4 középsúlyosan és 1 súlyosan (már 3 nappal az oltás után) betegedett meg. Meghalt 11 beteg (11·5%), még pedig 8 nem oltott és 3 oltott (az oltás 34, 49 és 54 év előtt történt). A járványnak az a haszna volt, hogy ma már legalább ¾ része a város lakosságának be van oltva. A járvány okozta költségek 63,650 frankra rúgtak.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A Basedow-kór gyógyitásában pajzsmirigyüktől megfosztott birkák serumával elért eredményeit ismerteti *Sainton*. Három betege teljesen meggyógyult, más háromnak állapota tetemesen javult és két beteg még kezelés alatt áll, de már eddig is javult. Kétnaponként ad 2·5—3 gramm serumot vízben vagy meleg borban 3—4 héten át, majd egy heti szünet után 15 napon át s azután minden hónapban 15 napig használhatja a szert. A kezelés ideje 6—12 hónap között váltakozik. A tünetek nagyfokú javulásával a szüneteket hosszabbitani lehet. A kezelés befejezte után czélszerü még évenként 1—2-szer 15 napig adni a serumot. (Rev. de thérapeutique médico-chirurgicale, 1906. 7. szám.) *Hoegg* Basedow-kór két esetében használta az antithyroidint, a mely tudvalevően szintén nem más, mint pajzsmirigyüktől megfosztott birkák seruma. Mindkét esetben kedvező eredmény volt megállapitható, főleg a szivmüködés tekintetében. A nagyritkán észlelt kellemetlen melléktünetek a szerző szerint elkerülhetők, ha nagyon kis adagokkal kezdjük a szer használatát és fokozatosan emeljük: az első napon 2×20 cseppet, majd naponként 2×10 cseppel többet adunk 2×60 cseppig; ezen az adagon 3 napig megmaradva, naponként 2×10 cseppel csökkentjük az adagot. (Württ. medic. Corr.-Blatt, 1906. 19. szám.)

Bromprotylinnal elért eredményeiről számol be *Rebaudi* a genuai egyetemi belklinikáról. Különösen neurasthenia néhány esetében volt feltünő a szer hatása úgy az ideges tünetek megszünése, mint az általános táplálkozás és a vérszegénység javulása tekintetében. Kiemelendő továbbá egy 15 éves fiú esete; az illető 4 év óta szenvedett epilepsiában és naponként 3—4 rohama volt; brom-protylinkezelésre a rohamok hat hét alatt teljesen megszüntek. (Cronica della clinica medica di Genova, 1906. 3. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1906. 34. szám. *Zwillinger Hugó:* Az adenoid vegetatiók műtétének kivitelére. *Katona József:* A salétromsók használata a húsiparban.

Orvosok lapja, 1906. 34. szám. *Moskovitz Ignácz:* Gonorrhoeás eredésű gégeizületi lob esete.

Budapesti orvosi ujság, 1906. 34. szám. *Feldmann Ignácz:* Adatok a gyermek- és különösen a csecsemőkor tuberculosisához. „Fürdő- és vízgyógyászat" melléklet, 3. szám. *Jakab László:* A physikai therapia az orvosgyakorlatban. *Bosányi Béla:* Az 1905. évi külföldi balneologiai események.

Vegyes hirek.

Kinevezés. Budapest főpolgármestere *Halász Aladár*, *Balázs Ármin*, *Illési Aladár* és *Schiller Vilmos* dr.-okat a balparti kórházakhoz segédorvosokká kinevezte, illetve állásukban további egy évre megerősítette. — *Mészöly József* és *Pataki Ármin* dr.-okat Fejérmegye főispánja a vármegyei szent György-közkórház tiszteletbeli főorvosaivá nevezte ki. — Ujvidéken az *Ofner Mór* dr.-nak főorvossá történt kinevezése folytán megüresedett kerületi orvosi állásra *Deák Imre* dr. törvényszéki orvost nevezték ki. — *Guttmann Lipót* dr.-t a gyulai, *Szirmay Kálmán* dr.-t pedig a biharmegyei közkórházhoz segédorvossá nevezték ki.

Választás. Nagysároson *Fischel József* dr.-t községi orvossá, Gesztelyen pedig *Halastik Pál* dr.-t körorvossá választották.

Jubileum. *Nagy Béla* dr. zsadányi járásorvost augusztus 23.-án nagy ovatiókban részesítették tisztelői abból az alkalomból, hogy 25 év óta működik embertársai javára.

Kollarits Jenő dr., az egyetemi idegklinika volt tanársegéde szeptember 1.-től VIII., Főherczeg Sándor-utcza 17. sz. alatt lakik.

Az orvostanhallgatók statistikája a budapesti egyetem a mult félévben az épen most megjelent Egyetemi Almanach szerint a következő. Összes számuk 1095 (1074 rendes és 21 rendkivüli hallgató) volt, 165-tel több, mint az előző tanév II. félévében. Vallás tekintetében volt római katholikus 27·5%, görög katholikus 1·8%, görögkeleti 4·2%, reformatus 7·6%, lutheranus 7·6% és izraelita 51·3%. Honosságra nézve csak 16 volt nem magyarországi illetőségü: 6 horvát, 7 ausztriai és 3 külföldi. A budapesti egyetem orvosi karának látogatottsága tehát körülbelül akkora volt, mint a müncheni egyetemé (1099), és 1·5-tel nagyobb mint a berlinié (970).

Magyar fürdők látogatottsága: *Iglófüred* (augusztus 20.) 601; *Tátrafüred* (augusztus 27.) 3579; *Tátra-Széplak* (augusztus 21.) 1248.

Meghalt. *Magyary Károly* dr., Alsófehérmegye nyugalmazott tiszti főorvosa, az alsófehérmegyei orvos-gyógyszerészegylet elnöke, 68 éves korában. — *S. Tomaselli*, a belorvostan tanára Cataniában. — *E. Mackey*, a birminghami Queens College volt gyógyszertan-tanára. — *Herzen Sándor*, a physiologia tanára a lausanne-i egyetemen, 67 éves korában.

Kisebb hirek külföldről. Rindfleisch tanár utódjául a würzburgi kórbonczolástani tanszékre *Hauser G.* tanárt hivták meg Erlangenből. — A tübingeni elmekórtani tanszékre, minthogy Bonhöffer tanár Boroszlóban a meghivást nem fogadta el, *R. Gaup*, müncheni magántanárt hivták meg, ki a meghivásnak eleget tesz. — A Simon-féle alapitványból, mely a syphilis tanulmányozásának czéljaira szolgál, s melynek évi kamatja 100,000 márkát tesz ki, Lesser tanár Berlinben 6000 márkát, Siegel dr. Berlinben 18,000 márkát és Neisser tanár Boroszlóban 76,000 márkát kapott. — Az új berlini törvényszéki orvostani intézetet jövő nyáron fogják megnyitni. — A svájczi egyetemek orvosi karainak látogatottsága a következő volt az elmult nyári félévben: Bern 498 (160 férfi, 338 nő), Lausanne 462 (140 férfi, 322 nő), Zürich 435 (261 férfi, 174 nő), Genf 343 (184 férfi, 159 nő), Basel 146 (141 férfi, 5 nő).

Az öngyilkosságról érdekes statistikai adatokat találunk *Gaupp R.* doktornak épen most megjelent füzetében. Európában évenként 60—70,000 öngyilkosság jut a hatóságok tudomására. Németországban az öngyilkosságok száma 1881-től 1897-ig 20%-kal szaporodott, s e szaporodást megtaláljuk valamennyi kulturállamban. Ennek okát Gaupp az élelmiszerek drágulásában, a gazdasági fellendüléssel járó növekedett élvezethajhászásban, gazdasági krizisekben, pénzintézetek krachjában és az alkoholismusban keresi. Az egyes országok öngyilkossági statistikája igen nagy eltéréseket tüntet fel. 1898-tól 1900-ig 1 millió lakosra a következő számú öngyilkosság esett: a Németbirodalomban 200, Poroszországban 190, Bajorországban 130, Szászországban 300 és Szász-Koburg-Gothában 420. Az európai államok közül Dániában fordul elő a legtöbb öngyilkosság, Spanyolországban és Oroszországban a legkevesebb. A férfiak közt 3—6-szor gyakoribb az öngyilkosság, mint a nők között. Az öngyilkosságok gyakorisága lépést tart az életkorral; ez alól csak a 20—25 közti kor kivétel, melyben több az öngyilkosság, mint az utána következő öt évben. Az öngyilkosok között az utóbbi években mind fokozódó számmal szerepelnek a gyermekek. A nőtlenek, hajadonok és özvegyek közt több az öngyilkosság, mint a nősök és férjezettek között. Télen kevesebb az öngyilkosság mint nyáron, katholikusok közt kevesebb, mint protestánsok közt, a falusi lakosság közt kevesebb, mint a városi lakosság közt. A szegénységnek és nyomornak sokkal kevesebb befolyása van az öngyilkossági számra, mint hinnők. Az öngyilkosság gyakoribb a müvelt körökben, mint a müveletlenek közt. Feltünő számmal szerepelnek a cselédek, továbbá a börtönök és kaszárnyák lakosai. Az öngyilkosság módja eltérő a két nemnél. A nők ritkábban lövik agyon magukat, mint a férfiak, inkább méreggel és vízbeugrással vetnek véget az életüknek. Poroszországban az akasztás a leggyakoribb módja az öngyilkosságnak. Szokatlan és kegyetlen öngyilkossági mód tébolyodottságra vall. Az öngyilkosságnak okairól a statistika nem nyujt megbizható felvilágositást; az alkalmi ok nem azonos a valódi okkal. Gaupp dr. szerint a vallásosság fogyása elömozditja az öngyilkosságokat, hasonlóképen a politikai ideálokért való lelkesedés lankadása is; a sociális küzdelem, a közös nagy czélokért való hevülés legjobb ellenszere az öngyilkosság epidemiájának.

A tibeti orvostudományról. A tibeti orvostudomány egyike a legérdekesebb történelmi jelenségeknek. Kr. u. 685-ben foglalták codexszerüen össze sud-si czimen; tartalma azóta mit se változott. A XVIII. század elején lefordittottak e müvet mongol-burját nyelvre s azóta a tibeti orvostudomány széltében el van terjedve a burját és mongol népek közt is. Berathenson a „Petersburger mediz. Wochenschrift"-ben részletes ismertetést közöl róla. Sok tekintetben meglepően helyes nézeteket találunk benne, persze sok együgyüség és babona mellett. A csontok számát a mü 300-ra teszi, az idegekét 99-re, a bőrporusokét 11 millióra. A szív „a szervek királya", a tüdők úgy fogják körül, mint a hogy az anya tartja karjaiban gyermekét. A máj csücsben végződő hegyhez, a gyomor főzőkazánhoz hasonlit, retekalakú, fala ránczos. A betegségeket rosszaság, könnyelmüség és az önuralom hiánya okozza. A szabadjára bocsátott szenvedelmek megzavarják a szervek táplálkozását; a szivjóság hiánya a szív és máj táplálkozását támadja meg. A betegségeket a beteg helyes kikérdezésével, a nyelv, vizelet és érlökés vizsgálatából lehet megállapitani. A therapiában leginkább növényi orvosságok, borogatások, fürdők, massage, kenőcsök, érvágások és amputatiók szerepelnek. A sebészi müszerek között külön eszközöket találunk a fog húzáshoz, a hólyagmütétekhez, továbbá szondákat és katheter, ez utóbbiról ki van emelve, hogy „olyan tisztán tartsa az orvos, mint gondolatait és pecsétnyomóit." A beteg és az egészséges ember egyaránt józanul éljen, a test és lélek tisztaságára ügyeljen s tartson mindenben mértéket. A mü ajánlja a testgyakorlást s a physikai munkát. Az orvosokkal szemben a sud-si igen nagy igényeket támaszt. Megköveteli tőlük nemcsak, hogy a mesterségükhöz tökéletesen értsenek, hanem, hogy a beteget megnyugtassák, iránta szeretetet és részvétet tanúsítsanak s minden rossz cselekedettől tartózkodjanak; az orvos kötelességeinek hü teljesitésében találja boldogságát. Betegeiktől az orvosok csak annyit fogadjanak el, hogy épen megélhessenek, vagyonszerzésre ne gondoljanak, honorariumot csak akkor kérjenek, ha valóban reászorultak. A betegekre nézve megjegyzi a könyv szerzője, hogy ha meggyógyultak, gyakran teljesen megfeledkeznek az orvos fáradozásairól és jutalmazásáról. Igy volt ez tehát már 12 század előtt is! Érdekes, hogy a burjátok és kalmükok néhány hónap előtt megfolyamodták az orosz hatóságoknál, hogy ismerjék el hivatalosan a tibeti orvostudomány érvényességét és állitsanak fel Oroszország buddhavallású népei számára külön orvosi iskolákat ezen orvostudomány tanitására. A tárgyalások ez irányban folyamatban vannak, de a kérelmet a nevezett újság szerint alig fogják teljesiteni, mert az újkori európai orvostudomány mégis csak többet ér a régi tibeti orvostudománynál.

Jelen számunkhoz a Barabás-féle Szt. István-gyógyszertár **„Nervinol"** czimü prospektusa van csatolva.

Mai számunkhoz a Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brünning, Hoechst a/M. czég **„Sajodin"** czimü prospektusa van mellékelve.

„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. RINGER elme- és kedélybetegek gyógyintézete nők és férfiak részére. **Budapest, I., Lenke-út (kelenföldi villamos megálló).**

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

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

ERDEY Dr. SANATORIUMA. **Budapest, IX., Bakács-tér 10. Nőbetegek és szülőnők részére.**

Dr. NIEDERMANN-SANATORIUM (Széchenyi-telepen, az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál) felvesz ideg- és kedélybetegeket, alkoholistákat, morphinistákat leszoktatási gyógymódra. Sürgöny Budapest. Telephon 79—72. Posta Rákospalota. Prospectus.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: A Budapesti kir. Orvosegyesület Dermatologiai és Urologiai szakosztálya. 828. l. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. 829. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 830. l.

A Budapesti kir. Orvosegyesület Dermatologiai és Urologiai szakosztálya.

Évzáró és tisztújító közgyülés 1905. január 9.-én.

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

Az elnök megnyitó beszéde után a titkár jelentése következett, a mely a szakosztálynak 1904. évi tudományos működéséről számolt be. A pénztáros jelenti, hogy a szakosztály vagyona 10 korona 50 fillérrel gyarapodott, vagyis ez idő szerint 1437 korona 86 fillért tesz ki. A vizsgáló bizottság a pénztárt rendben találván, a pénztárosnak a felmentvényt megadta. Ezután tisztújításra kerülvén a sor, megválasztattak: elnöknek: *Török Lajos;* alelnököknek: *Basch Imre* és *Remete Jenő*; titkárnak: *Huber Alfréd;* jegyzőknek: *Csillag Jakab* és *Spitzer Gyula;* pénztárosnak: *Róth Alfréd.* A tisztikar két évre választatott meg.

I. rendes ülés 1905. január 30.-án.

Elnök: **Török Lajos.** Jegyző: **Csillag Jakab.**

Az ülés előtt *Bókay Árpád,* a kir. orvosegyesület elnöke felkéri a szakosztályt, hogy rendeztessen tagjaival az általános orvosi gyakorlatra nézve nagyobb fontosságú tárgyakról összefoglaló előadásokat, a melyek a kir. orvosegyesület rendes ülésein volnának előadandók és ugyanott megvita andók. *Török,* a szakosztály elnöke válaszában felemliti, hogy ily előadásra jelentkezett is már *Havas,* a ki az *eczema kérdéséről* fog legközelebb referáló előadást tartani az Orvosegyesület egyik rendes ülésén.

Havas Adolf: Lupus erythematosus és sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum esetét mutatja be és ennek kapcsán *néhány újabb physikális gyógymóddal szerzett tapasztalatairól számol be.*

A német dermatologusoknak 1903-ban Serajevoban tartott congressusán Arning (Hamburgból) jelentést tett azon gyógyeredményekről, a melyeket ő Saalfeld és Detlefsen után alacsony hőmérsékkel illetőleg fagyasztással egyes bőrbántalmaknál elért. A kezelés alá került bőrbajoknál, úgymint lupus vulgaris, carcinoma epitheliale, lupus erythematosus, régi infiltrált eczemák, keratotikus lichengóczok, pruritus genitalium, ulcus molle, ulcera specifica gangraenosa, ulcera cruris, leukoplakia labiorum, keloidszerű hegek és Röntgen-ulcus eseteiben feltünő hatást észlelt, a mely abban nyilvánult, hogy a pathogen szövet visszafejlődött és a normális szövet jótékonyan befolyásoltatott.

Az általa alkalmazott eljárás abban állott, hogy methyl-aethyl-chlorid-keverékkel a beteg szövetet megfagyasztotta. A fagyasztás intensitásának az esethez mértnek kell lenni, és újabb fagyasztás csak akkor alkalmazható, ha az előzetes fagyasztás okozta reactio eltünt és igy az elért eredmény megitélhető. Különösen tekintetbe veendőnek véli ezt a lupus erythematosusnál, nehogy izgassuk és igy az állapotot súlyosbitsuk. Felületes friss esetekben 2—6 könnyű és felületes fagyasztás elég volt az eredmény elérésére.

A gyógyhatást az ép szövet reactiv működésének tekinti Arning. A vitában résztvett bőrgyógyászok majdnem valamennyien Arning nézetén voltak és többé-kevésbé jó eredményről referáltak.

A Gyógyászat ez évi 3. számában Schein collega ismerteti a fagyasztással elért jó eredményeit a condyloma acuminatumnál.

A gyógyhatást úgy véli létrejöttnek, hogy a vékony papillákban levő vérerekben a vér megalvad, thrombusok képződnek.

A bemutatandó két betegnél az előadó is megkisérelte ez eljárást és az eddig elért eredményt elég biztatónak tartja arra, hogy a kisérletezést tovább folytassa.

Az első beteg 23 éves nő, kinél a bal fül előtti tájon és az orron lupus erythematosus plaqueok vannak 3 év óta. A bántalom mindkét helyen egyenlő intensitású volt és az előadó a fül előtti kisebb plaqueot vette gyógykezelés alá. A beteg felület mindössze 3-szor fagyasztatott meg, és mindig csak épen addig, míg a bőr hófehér lett, tehát egész felületes fagyasztás alkalmaztatott. Már az első fagyasztás okozta reactio eltünte után a lupusplaqueot laposabbnak találta. A harmadik fagyasztás után felületes exfoliatio keletkezett és ez időtől fogva beszüntette a további fagyasztást és a hámtól fosztott hely behámosodásának előidézésére xeroform-kenőcsöt alkalmazott, a mely alatt a behámosodás 3 nap alatt létrejött. A plaque ma kb. gyógyultnak tekinthető.

Havas Adolf: Sarcoma idiopathic. multiplex haemorrhag. esete. A bántalom az 50 éves péksegéden már 3 év óta áll fenn. E beteg különben azért is érdekes, mert nála a physikális gyógymódok három alakját alkalmazta. Először is radiumot, azután Röntgent és most a fagyasztást, e mellett a beteg belsőleg arsent szed. A radium hatása alatt egy 1 centimeternyire kiemelkedő sarkomagöb tökéletesen visszafejlődött és helyén most egy fél évvel a behatás után besüppedt heg látható, ott a sarkoma nem jelentkezett újra.

A jobb és bal lábfejen levő diffuse sarkomatosusan infiltrált bőrfelület Röntgen-kezelésnek vettetett alá. A Röntgen-sugarak behatása alatt az infiltratum lassanként puhult és vékonyodott. Bár a sarkomatosus infiltratum e helyekről nem tünt el tökéletesen, mert a beteg a kúra befejezése előtt hagyta el a kórházat, mégis az azóta eltelt egy év óta az infiltratum nem erősbödött, és igy a beteg mozgását most nem akadályozza. Legutóbb pedig egy jó két centimeternyire kiemelkedő, vastag hámréteggel fedett, egy centimeter átmérőjü sarkomahengert fagyasztással kezelt. A fagyasztást követő napon a sarkomakúp sötétszederjes szinezetü és az azelőtt egészen merev szövet petyhüdt lett. A tovább alkalmazott fagyasztások után mindinkább kisebbedett a daganat és ma 6 fagyasztás utánl látni lehet, hogy fekete száraz pörk jelzi azon helyet, a hol a sarkomatosus henger volt.

A fagyasztást még egy harmadik betegnél is alkalmazta, egy psoriasis vulgarisban szenvedő leánynál, a kinél ez ideig, már 2 hónap óta minden szokásos gyógyeljárás cserben hagyott. Ennél a betegnél kiválasztott egy erősebben infiltrált plaqueot és azt három izben felületesen megfagyasztotta. A hatás ez esetben is feltünő volt, mert az infiltratum majdnem egészen eltünt, a plaque lelapult, a bőr elhalaványodott, és a kóros pikkelyképződés ott majdnem tökéletesen megszünt.

Az előadó által elért eredmények tehát teljesen beigazolják Arning állitását és szintén csak azt mondhatja, hogy e gyógymóddal érdemes foglalkozni, mert, a mint látszik, therapeutikai hatányainkat előnyösen gyarapitja.

Mulasztást követne el, ha ez alkalommal egy másik physikális gyógyhatányról is meg nem emlékeznék, t. i. a thermoaërophorról. E gyógyhatány abban áll, hogy magas hőfokú levegőt, 100—200 fokosat is engedünk a beteg helyre behatni.

Reich Miklós hivta fel az előadó figyelmét e gyógyhatányra, és a betegénél elért gyógyeredmény csakugyan olyan volt, hogy e gyógyeljárást további kisérletekre melegen ajánlhatja. Az első beteg, a kinél e gyógymód hatását látta, egy lupus vulgarisban szenvedő beteg volt. A kb. 20 éves tanulónál a bal lábfejen a lábujjakra átterjedőleg lupus vulgaris serpiginosus állott fenn. A gyógykezelésnek lehetőleg olyannak kellett lenni, hogy a szegény tanulót a leczkeórák adásában ne zavarja, mert leczkeórák adásával tartotta fenn az életét. Az előadó a fiatal embert Reich Miklóshoz ajánlotta be a thermoaërophorral való kezelés czéljából.

Már nem emlékszik biztosan, hogy a beteg hely 10 vagy 11-szer exponáltatott-e kb. 10 perczen át. Az elért eredmény igazán meglepő volt. A luposus infiltratio a bőrben visszafejlődött, az infiltratum szélén levő lupusgöbök lelapultak, sőt később látszólag egészen felszivódtak. Az azelőtt nehezitett járás megszünt, a beteg jól érezte magát. A nagy szünidők elkövetkeztek, a fiatal ember haza utazott és az előadó kb. két évig nem látta. Néhány hónappal ezelőtt újolag megjelent rókusi rendelésén a beteg, a mikor is egy-két kiújult lupusgöb kivételével a bőr állapotát feltünő módon kielégitőnek találta.

Egy másik eset a következő. Egy az előkelő társasághoz tartozó úrihölgy psoriasis vulgarisa miatt szintén thermoaërophorral kezeltette magát ugyancsak Reich Miklósnál.

Az egyes plaqueok 1—1½ perczig, az erősebben infiltráltak 2—3 perczig is exponáltattak 100—120 fokos légáramnak. A felületes enyhébb plaqueok csak egy pár exponálást igényeltek. Az erősebb infiltratummal járók ellenben 40—50-et. A psoriasis eltünte után egyes helyeken pigmentatio maradt hátra. Recidiva körülbelül két évig nem lépett fel.

Igen jó eredményt ért el e gyógymóddal Reich kollega általános furunculosi-nál is.

Az előadottakkal a bemutató a szakosztály figyelmét fel akarta hivni a további kisérletezésre méltó ezen gyógymódokra, a melyek egyszerűségük, tisztaságuk és könnyű kivehetőségüknél fogva is nagyon ajánlatosaknak igérkeznek.

Huber a bemutatott esetekhez csak therapeutikus szempontból szól hozzá. A mi a lupus erythematodest illeti, úgy jól tudjuk, hogy a legnehezebben gyógyitható betegségek egyike és igy e bajnál elért bárminő csekély siker is elég ok arra, hogy arról nyilvánosan beszámoljunk. Szóló a *Finsen-* és *Röntgen*-kezelést alkalmazta 4 esetben, részben mindegyiket egyedül, részben az eljárásokat kombinálva. A 4 eset közül kettőben gyógyulást (legalább ideiglenesen — néhány havi észleléssel), egyben tetemes javulást ért el, a 4. esete pedig, a melyben helyenként rosszabbodást illetve a baj tovaterjedését konstatálta, készteti épen arra, hogy most felszólaljon. Távol áll tőle, hogy már most, alig néhány eset kapcsán pontosabb indicatiokat állitson fel a therapiai agens megválasztására nézve. Azt az egyet azonban már most határozottsággal állithatja, hogy akár a *Finsen-*, akár a *Röntgen*-kezeléssel igen óvatosan kell eljárnunk a lupus erythematodes oly eseteiben (a minő épen az emlitett 4. esete volt), a hol acutabb jelenségek (duzzanat, pír) praevaleálnak, a hol tehát a betegség tapasztalataink szerint bármely egyéb gyógyszerre is igen kellemetlen tüne-

tekkel reagál. Ily esetekben igen fontosnak tartja, hogy a *Röntgen-* avagy *Finsen*-kezelésnél — a melyekkel kétségtelenül igen szép és végleges gyógyeredmények érhetők el — *csakis* a beteg terület kezeltessék, ez tehát megfelelő barna papir- *(Finsen)* vagy ólom- *(Röntgen)* álarczokkal a legpontosabban körülhatároltassék; semmi esetre sem szabad a fényt a látszólag ép bőrre bocsátani, mivel ez a bántalomnak feltétlen tovaterjedését vonja maga után. Azt mondhatná ugyan valaki, hogy ily acut esetekben legjobb volna a fénykezelést igénybe se venni; de ennek alkalmazását — az említett óvatossági rendszabályokkal — éppen az ilyen acutabb, terjedésre hajlamos, tehát rosszabb indulatú esetekben egyenesen indikáltnak tartaná, mivel úgy hiszi, hogy a *Finsen* és *Röntgen*-kezelést épen a lupus erythematodes kezelésében nem nélkülözhetjük.

A mi a sarc. idiopath.-nak Röntgen-, vagy a mi ezzel lényegében véve egyenértékű, radiumkezelését illeti, természetes dolog, hogy e bajnál — ismerve anatomiai lényegét és másfelől azt, hogy a Röntgen-fény hatását főleg a vérerekre és a sejtes alakelemekre fejti ki — már eleve is kedvező hatás volt várható a fénykezeléstől. Az eredmeny annál is inkább érdekes, mivel idevágó közlés csak alig 1—2 van az irodalomban, azok is kedvezően nyilatkoznak a radiotherapiáról. Más kérdés már most, hogy a kétségtelenül kedvező radiotherapia a megszokott Röntgen-kezelés, avagy a radium-kezelés alakjában alkalmaztassék e. Ma, a midőn mindinkább érezzük annak szükségét, hogy a Röntgen-fényt pontos dozirozás nélkül alkalmaznunk nem szabad, addig, a mig a radium oly különböző activitással kerül a forgalomba, határozottan ellenzi rendszeres alkalmazását, mivel hatása kiszámithatatlan. Úgy hiszi, *Havas* tanár is első sorban csak kisérlet czéljából alkalmazta a radiumot.

De van egy más körülmény is, a melynél fogva speciell a jelen esetben előnyt ad a Röntgen-kezelésnek és ez az a körülmény, hogy a Röntgen-kezeléssel némileg hatalmunkban áll elérni azt, hogy inkább a felületesebb avagy mélyebb bőrképletekre hassunk, a mit a radiummal elérni nem tudunk és a mi oly bántalomnál, a mely sokszor a bőrnek különböző mélységében székel, épen nem irrelevans.

Schein: A bemutatott esetekben alkalmazott háromféle physikális agens között a Röntgen-sugarak alkalmazását tartja a legczélszerübbnek, mivel ezzel lehet a sarcomcsomókat a leggyorsabban visszafejleszteni és ez az agens a legjobban is adagolható. Más szerzők is közöltek sarc. idiopath. multiplex-eseteket, melyek Röntgen-sugarakkal való kezelésre teljesen visszafejlődtek.

Havas: Huber és *Schein* kartársak megjegyzéseire az a válasza, hogy neki is az a nézete, hogy specialiter az ilyen esetek első sorban alkalmasak arra, hogy a Röntgen-therapia alkalmaztassék, annál is inkább, mert ezen esetekben semmiféle más gyógymóddal oly gyors és jó eredmény el nem érhető. De kikötné, hogy a Röntgen-gyógykezelés csak olyanok által végeztessék, kik a bőrbántalmak megismerésében elég járatosak és a Röntgen-kezeléshez elég szakképzettséggel bírnak.

Csillag Jakab: Parakeratosis variegata, dermatitis psoriasiformis nodularis esete. A két kóralak között lényeges különbség az volna, hogy mig a dermatitis psoriasiformis nodularisnál az effloreszcentiák izoláltak maradnak mindvégig, addig a parakeratosis variegatanál összefolynak, *sűrű hálózatot képezve.*

A bemutatott esetben, mely $^3/_4$ év óta áll Róna tanár osztályán észlelés alatt és mely azonos a mult ülésen bemutatott dermatitis psoriasiformis nodularis esettel, külön-külön időben úgy az izolált effloreszcentiákból álló, mint a sűrű hálozatot képező kép jól volt észlelhető. Ezen eset tehát azt bizonyitja, hogy a két kóralak azonos, annyival is inkább, mivel más lényegesebb különbség közöttük nincs.

Róna: Látta *Jadassohn* és *Neisser* első eseteit, sőt csakhamar utánuk maga is bemutatott egy esetet, végül csak az elmult szeptemberben látott újból 2 esetet Boroszlóban, úgy hogy már ezen tapasztalatok alapján is mondhatja, hogy a Csillag által bemutatott kóralak azonos a többiekkel.

Török: Az esetet magát először látja és a klinikai kép után azt atypusos psoriasis vulgarisnak tartaná; a pontos diagnosis érdekében szükségesnek mondja a szövettani vizsgálatot; egyébként csatlakozik bemutató nézetéhez, hogy a két kóralak azonos.

Róna: A mult szeptemberben Boroszlóban bemutatott esetre többen megjegyezték, hogy ez azon kóralak, melyet régebben mindnyájan *atypusos psoriasisnak* kórisméztünk. Hozzászóló is csak azóta nem tartja psoriasis atypicának, a mióta bővebben foglalkozik a kóralakkal. A bemutatott beteget mult évi augusztus óta észleli; eleinte papulás syphilishez hasonló infiltratumok jelentkeztek, melyeknek *lefolyása* és *histologiai szerkezete* kizárta a psoriasis felvehetését.

Csillag: A szövettani vizsgálat alapján psoriasis vulgaris egész biztossággal kizárható volt.

Preis Károly (mint vendég): **Perifolliculitis conglomerata (tömeges saválló bacillusokkal) gyógyult esete.** Mint gyógyultat mutatja be azon beteget, a kit egy izben *Róna* tanár már bemutatott a tbc.-bizottságban. A beteg az egész mellre és hátra terjedőleg perifolliculitis agminatában szenvedett s az esetet főleg az tette érdekessé, hogy a góczok genyjében tömérdek saválló bacillust talált, melyeket *sem morphologice, sem festés útján a tbc.-bacillustól biztosan elkülöníteni nem lehetett.* Az utolsó bemutatás óta tovább folytatott histologiai vizsgálatok azonban minden kétséget kizáró módon azt deritették ki, hogy ezen bacillusok magában a szövetben sehol sem találhatók — még fagyasztó mikrotommal készített, *Gabbet* szerint festett s szárazon, alkohol nélkül eltett metszetekben sem. Ellenben meglepő óriási mennyiségben voltak egynémely metszetben a cystikusan tágult follikulusokban láthatók levált elszarúsodott sejtek, genysejtek és tömérdek másfajta bakterium mellett. Ezt a leletet teljesen fedi azon körülmény, hogy annakelőtte a góczokból találomra vett genyben akárhányszor egyetlen egy ilyen bacillus sem volt található, s a friss tályogok genyében még csak kivételképen sem, hanem mindig csak coccusfajták. Már most ezen bacillust minden szövetsértés nélkül olyképen nyerhették, hogy a follikulusok tartalmát óvatosan kitakaritották vagy kinyomkodták, a mikor is zsiros tömeget nyertek, melyben ezen bacillusok sokszor majdnem tiszta cultura képét adták. Ezek után már most úgy a tenyésztési, mint az állatoltási kisérleteket újra felvették. Mult év deczember 4.-én egy házinyulat és 4 tengerimalaczot beoltott a follikulusok tartalmával; a 4 tengerimalacz ma, tehát 8 héttel az oltás után, még egészséges, a házinyúl a 7. héten svéd rühben elpusztult, boncoltatott is, de szervezetében sehol a tuberculosisnak nyoma sem volt található.

Miután azonkivül magában a szövetben sehol tbc.-ra jellemző structura nem volt látható, *már most bizonyossá vált, hogy itt nem tbc.-bacillusról, tehát tbc.-ról van szó, hanem egy a cystikusan tágult s többszörösen összefolyt follikulusoknak felhalmozódott és stagnáló faggyúból, verítékből, levált szarúsejtekből és temérdek másfajta bakteriumból álló tartalmában élő, a smegmafajokhoz tartozó saprophytáról, melynek itt semmi aetiologiai vagy pathogenetikus szerepe nincs.* Hogy mégis oly gyakran találtatott a genyben, onnan magyarázható, hogy a cutan és subcutan tályogok a follikulusokba törtek, s a genny azoknak a tartalmával keveredett. Ezek után azonban joggal feltételezhető volt, hogy ezen saválló bacillusok nemcsak ezen bántalomnál fordulnak elő, hanem minden olyan a bőrön végbemenő pathologikus folyamatnál elő kell fordulniok, mely végeredményében faggyú és verítek felhalmozódásához és stagnatiojához vezet. S csakugyan az ez iránt végzett kutatások alkalmából ugyanezen bacillusok, ugyanolyan tömegekben egy scrophulodermás tasakban, továbbá egy kiterjedt, a bőrt nagy terjedelemben pusztító phlegmone után fennmaradt, befelé hámosodott bőrcsücsök alatt is megtalálta.

Mindezekből az következik, hogy a smegmafajokhoz tartozó, eddig csak physiologikus körülmények között ismert ezen saválló bacillusok mindenütt előfordulhatnak. A hosszú, akár physiologikus körülmények, akár pathologikus folyamatok teremtik meg számukra a megélhetési módot, azaz a kellő táptalajt, mely itt minden valószinűség szerint a faggyúban és verítékben keresendő; ezentúl a bőrbántalmaknál talált saválló bacillusok, főleg ha csak 1—2 található, csak akkor lesznek tbc. mellett értékesíthetők, ha magában a szövetben typikus tbc.-structura mellett találtatnak, vagy ha az állatkisérlet positiv eredményt ad.

A tenyésztési kisérletek még nincsenek befejezve, de ezek után máris alárendelt jelentőségűvé váltak.

Róna az esetnek a tbc.-bizottságban bemutatása alkalmával kifejtette, hogy miért nem tartható az eset tbc.-nak, és most csak azért mutattatja be újból a beteget, hogy demonstrálja, miszerint a bőr pathologikus, *de nem tbc.-s elváltozásaiban* mily óriási tömegű saválló és a tbc.-bacillustól morphologice és tinctoriell el nem különíthető *nem pathogen* bacillusok fordulhatnak elő. Ennek rendkivüli fontossága van.

Schein hozzájárul ahhoz, hogy a jelen esetben nem tbc.-ról van szó, ellenben a tavalyi hasonló, *Róna* által a tbc.-bizottságban bemutatott esetet illetőleg nem tartja kizártnak, hogy az csakugyan tbc.-s természetű volt és hogy a talált tömérdek saválló bacillus szintén tbc.-bacillus volt, mivelhogy a beteg kezén tbc. cutist észleltek.

Preis eltekintve a 2 esetnek tökéletes klinikai hasonlatosságától, csak arra utal, hogy a tavalyi esetben a genyben szintén akárhányszor egyetlen egy ilyen bacillus sem találtatott, a mi csak úgy magyarázható, hogy akkor is nem a szövetben, hanem csak a follikulusokban voltak jelen, tehát nem gümőkór esete forgott fenn.

Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

(Folytatás.)

3. **Erdős Adolf agylövés esetét** mutatja be.

A beteg október 31.-én vétetett fel a kórházba. Állapota felvételkor a következő: A beteg sápadt, vérszegény. Járni nem tud. A felvétel napján öntudatlan. Akaratlanul vizel, székét nem bocsátja maga alá. Időnként hányásingere van. Pulsus kissé retardált. Hőmérsék 36·3. Nyelvkinyújtáskor remeg, nem bevont, nem száraz. Pupilláris differentia nincs. Has kissé behúzódott. Bal kezét alig tudja emelni. Kézmozgást nagyfokú ataxiával végez. Lábait mozgatni nem tudta. A seb következő volt: A jobboldali falcsontnak a halántékcsont pikkelyes részével való találkozásánál egy 7 mm. nagyságú, köralakú folytonossághiány befordult szélekkel; a bőr kissé pörkölődött és rajta agyrészletekkel kevert liquor cerebralis űrült. Szondával golyó nem volt érezhető. Két napig a beteg állapota változatlan volt, csak hőmérséke emelkedett a harmadik napon. Ezenfelül bal lábát is nehezen és ataktikusan kezdet emelni. Anaesthesia a bal karon és czombon. A hűdések progrediáltak, emelkedett hőmérsék (37·6).

A műtéti beavatkozás határoztatott el. A műtét szükségességéről Hahn azt mondja, hogy ő csakis magas láz esetén operál vagy akkor, ha a golyót szondával érezni lehet. Ennélfogva klinikáján csak az esetek 33%-a lett műtéve; Bergmann ezt helyesli, maga nem operál, csak oly esetekben, a melyekben műtétet igénylő tünetek vannak.

Az előadó szerint ez esetben műtét szükségessé válván, az chloroformnarcosisban végre is hajtatott. A csontnyilás megnagyobbittatván, a dura mater nyilását tágitották s a szétmállott, de még nem genyedő agyrészek 3—4 cm. mélységből kikanalaztattak, miközben csontrészletek és fojtásmaradványok kerültek felszinre. Golyó szondával nem vol-

érezhető. A seb az agy ép részéig kitakaríttatván, jodoformgaze-zel kitöltetett. A műtét után a beteg közérzete lényegesen javult. Értelmesen, de halk hangon beszél. Később tengéleti functiói normálisak. A hűdés és ataxia gyorsan javult, úgy hogy a beteg a műtét utáni hatodik napon már járni is kezdett és kezével mindent meg tudott fogni. Később a bal keze is eléggé biztosan mozog.

4. **Erdős Adolf** egy **typhus után támadt nomáról s annak plastikus műtéti kezeléséről** szól. A betegnél a reconvalescentia idején a jobb szájzug üszkösödni kezdett; a folyamat az arcznak csaknem a felét elroncsolta, sőt már a kórházba való felvétele alkalmával az álkapocscsont is nekrotizált és csaknem demarkálódva volt. Rendkivüli szájbűz és nagy fájdalmak.

A műtétet narcosis nélkül végezték. A nekrotizált csont eltávolittatott, a demarcatio helyét kikaparták. A bőrhiány a nyakról vett lebenynyel lett pótolva.

5. **Waldmann Béla** egy 45 éves nőbeteget mutat be, kinél egy év óta fokozatosan növekvő s a bulbus elülső részét már átfúró *chorioideális melanosarkoma* latható.

6. **Weisz Ernő „A radiumról, a radioactivitásról s a radiummal való gyógykezelésről"** czimmel tart felolvasást.

A tudományos chemia jelenkori haladásáról szóló rövid bevezetés után az előadó áttér a radioactivitás jelenkori tulajdonképeni felfedezésére, a Becquerel-sugarakra, majd a Curie-féle felfedezésre, a radiumra magára. Röviden összefoglalva előadja a radium készitésének módját, a fractionált kristályosítást s hogy hogyan voltak a fractionálás útján nyert sók 3500-szor, majd egy milliószor radioactivabbak, mint az eredeti uranium-ércz; továbbá, hogy 560 metermázsa anyagból lehetett csak 1/4 gm. radiumsót előállitani. Ezután áttér a radiumsó tulajdonságaira, a hőfejlesztésre, a thermoelektrikus mérésekre, a fényérzékeny lemezre tett fotografikus hatásra, a fluoreskálásra stb. Az emanatiós gáz tulajdonságainak felemlítése után reátér annak magyarázására, hogy miként illeszkedik be a radium okozta physikai és chemiai tulajdonság az atom-elméletbe, melyet eleinte teljesen megdönteni látszott és előadja röviden Rutteford és Soddy elméleteit, melyeknek alapja, hogy a radioactiv anyagok oly elemek, melyek átalakulófélben vannak, mit a Soddy-féle érdekes kisérlettel bizonyít. Ez átalakulás oly lassú, hogy pl. 1 gramm radium csak 10 év alatt változtatja meg 1 milligrammal tömegét. A Rutteford és Soddy elméleteivel kapcsolatosan előadó a Revue scientifique hasábjain megjelent Gustav le Bon-féle elméletet tárgyalja, mely elmélet már általánosit. Ő ez elméletet már la dématerialisation de la materie-nek, az anyag anyagtalanításának nevezi. A physikai és chemiai hatások felemlítése után áttér az előadó a physiologiai tulajdonságokra és felemlít három kóresetet, a melyekben gyógyítás czéljából használta a radiumkezelést. A radiotherapia újabb vívmányáról, az Axmann-féle radiophorról tesz még említést és az emanatiós gázokat tartalmazó gyógyvizek azon tulajdonságáról, hogy a pancreatikus és peptikus fermentumokat erélyesebb működésre tudják serkenteni.

Edelmann Menyhért az elhangzott előadásban olyan jelenséget üdvözöl, a mely az egylet működésének új irányát jelzi s a melylyel a természettudományi aera veszi kezdetét. Megemlíti, hogy az 1870—71. években folyóirata is volt az egyesületnek, melynek hasábjain többnyire természettudományi közlemények jelentek meg.

Szilárd Béla vendég szólt még a tárgyhoz. Kifejtette illetve bővitette a radium sugárzásáról szóló elméleteket és az ezzel rokon más luminiscentia-tüneteket. Ez elméletek alapján a radiumsugárzásnak élő és élettelen tárgyakra való hatását tárgyalja, kifejtve ennek kapcsán ama nézeteket is, melyek a radiumsugárzással a perpetuum mobile lehetőségéről elmélkednek. Kifejti, hogy a radium sugárzása folytán mennyiségéből veszit ugyan, de előállításakor oly mennyiségű energia van benne felhalmozva, hogy eme veszteség évek hosszú során át a milligrammnak csak nagyon kis hányadát teszi ki. Hozzászólását egy utopia vázolásával zárja be, hogy tudniillik a radiumsugárzásnak életgerjesztő hatásával és az első protozoa létrehozásával egykoron talán majd a teremtés munkájának nagy problemáját is természettudományi úton lehet magyarázni.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Meningitis tuberculosa gyógyult esetét ismertette *Riebold* a drezdai „Gesellschaft für Natur- und Heilkunde" márczius 3.-án tartott ülésén. A kórjelzés helyességét a liquor cerebrospinalisban talált gümőbacillusok igazolták; a liquorral végzett állatkisérlet is positiv eredményre vezetett. A gyógyitás naponként (összesen 24-szer) végzett spinális punctióból állott, a miért is ezen eljárás használatát hasonló esetekben az előadó nagyon ajánlja.

Spirochaeta pallidát tartalmazó mikroskopi készitményeket mutatott be *Delbanco* az „Aerztlicher Verein in Hamburg" május 29.-én tartott ülésén. A készitmények egy betegnek végbele környékén fejlődött nedvező condylomákból eredtek. A condylomákat az előadó kiirtotta és a sebfelületet calomellel behintette. A sebváladék a következő napokon úgyszólván tiszta tenyészetét mutatta a spirochaetáknak. Makacs syphilidek kezelésére a higanynak és jodnak már Ricord ajánlotta combinatioját ajánlja a következő alakban: Rp. Hydrargyri bijodati rubri 0·2—0·25; Kalii jodati 10·0; Aquae destill. 300·0. M. D. S. 3-szor naponként evőkanálnyit.

PÁLYÁZATOK.

4381/1906. eln. sz.

A városi közkórháznál üresedésben levő és főispáni kinevezés útján 3 évi időtartamra betöltendő **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állás javadalmazása 1000 kor. évi fizetés, élelmezés, a közkórházban kötelező lakás, ennek fűtése és világitása.

Felhivom azon nőtlen orvostudorokat, kik a jelzett állást elnyerni óhajtják, hogy minősitettségüket és netalán eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket a főispáni hivatalhoz (Városi széképület) **f. é. szeptember hó 11. napjának déli 12 órájáig** nyujtsák be.

A mennyiben orvostudor pályázó nem jelentkeznék, a segédorvosi állásra szigorló orvos fog kineveztetni.

Szeged, 1906. évi augusztus hó 23.-án.

2—1 *Lázár György* dr., polgármester.

3781/1906. sz.

A lemondás folytán üresedésbe jött **gyönki körorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Felhivom mindazon orvos urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §., illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt képesitésüket igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket hozzám **f. évi szeptember hó 10.-éig** annál is inkább nyujtsák be, mert a később érkezendőket tekintetbe venni nem fogom.

A körhöz Gyönk, Miszla, Udvari, Varsád, Szakadát, Szárazd és Keszőhidegkut községek tartoznak.

Javadalom 1000 kor. fizetés, 400 kor. úti átalány, mely járandóságokat a székhelyet képező Gyönk község pénztára fizeti ki. Az orvos tartozik a kört a fuvarátalány ellenében kéthetenként egyszer beutazni, hatósági rendeletre hivatalból ingyen a körhöz tartozó bármely községbe is kiszállani.

Látogatási dijait a kötendő szerződés fogja szabályozni. Műtéteknél és szülészeti eseteknél a felek közti megegyezés a mérvadó. Köteles a körorvos a szegényeket ingyen gyógykezelni. Gyönk községben a halottkémlés is a körorvos kötelessége, szemledija egyenként 60 fillérben van megállapitva.

A választás határnapját f. évi szeptember hó 12.-ére tűzöm ki.

A megválasz ott körorvos tartozik állását 8 nap alatt elfoglalni.

Gyönk, 1906. évi augusztus hó 20.-án.

2—2 *Fiáth Elemér* báró, szolgabiró.

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.

Amerikai rendszerü **hygienikus központi légfütés** egycsaládos házak, villák,

sanatoriumok, gyógytermek, kórházak számára.

Tiszta, pormentes, kellően nedvesített levegő!

HOFFMANN MIKLÓS magánmérnök, **BUDAPEST, VI., Teréz-körút 35. szám.**

Telefon 96—96. Telefon 96—96.

A gyomorbennék hyperaciditása

ellen alkalikus vizek,

mindenekelőtt „Rohitschi Styria forrás"

sikeresen használtatik.

Telefon 42—05. **Telefon 42—05.**

Orvosi laboratoriumok-ban

szükséges összes **műszerek, üveg- és porczellánárúk** (mikroskop, thermostat, centrifuga, lombik, főzőpohár, büretta, hőmérő, fedőlemez, tárgylemez, porczelláncsésze stb.) legelőnyösebben beszerezhetők

ERDÉLY ES SZABÓ

Budapest, VII., Károly-körút 3, I. emelet.

Üvegfuvómühely.

Tisztelt doktor úr! Kérném min. 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. GUM. 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.

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

SANATOGEN

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

bérmentve küld

BAUER & CIE.

Sanatogenwerke,

Berlin SW. 48.

Kaliforniai füge-szörp

CALIFIG

(Név védjegyezve.)

A

California Fig Syrup Company

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

Kellemes és hatásos rendkivül jóizű hashajtó felnőttek és gyermekek részére.

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

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

California Fig Syrup Co., San Francisco, Cal.

Európai vezérképviselőség:
Fassett & Johnson, LONDON, Snow Hill 32.

Főraktár Magyarország részére:
TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertára **BUDAPESTEN,**
VI., Király-utcza 12.

HYGIAMA

HYGIAMA omnia alimenti perfecti continet elementa.
HYGIAMA haud facile caretur in morbis ventriculi et intestini.
HYGIAMA plurimis in phthisicorum sanatoriis praecipue adhiberi solet.
HYGIAMA prae ceteris alimentum est excellens infirmorum et invalidorum.
HYGIAMA est aptissimum alimentum liquidum, cuius ope aegrotos facillime lacte nutrimus.
HYGIAMA ab inope quoque modico pretio emitur.

Literaturam etc. mittit

A dr. Theinhardt-féle tápszertársulat vezérképviselősége
Benedek János, Rákos Palota
Generalvertretung der Dr. Theinhardt's Nährmittelgesellschaft.

Alimentum Dr. Theinhardt pro infantibus solubile.

Alimentum Theinhardt est maxime idoneum pro infantibus.
Alimentum Theinhardt omnes materias ad nutriendos infantes necessarias continet optima ratione mixtas.
Alimentum Theinhardt amylum non continet nisi solubile.
Alimento Theinhardt a primo mense infantes nutrire licet.
Alimentum Theinhardt tollit Atrophiam.
Alimento Theinhardt incrementum infantum prosperrime procedit.
Alimentum Theinhardt inopes quoque parvo pretio emunt.

Literaturam etc. mittit

A dr. Theinhardt-féle tápszertársulat vezérképviselősége
Benedek János, Rákos Palota
Generalvertretung der Dr. Theinhardt's Nährmittelgesellschaft.

50. évfolyam. 36. szám. *Budapest, 1906. szeptember 9.*

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.

Szinnyei József: Közlemény a kir. magy. tudomány-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr., egyetemi tanár, udvari tanácsos.) A mellhártya-endothelioma kórképéről. 831. lap.

Csillag Jakab: Közlemény a székesfővárosi szt. István kórház bőrbeteg- és bujakóros osztályáról. (Főorvos: Róna Sámuel tanár.) Az eczema-kérdéshez. Mi okozza a heveny eczemát. 835. lap.

Tárcza. Liebermann Leo: Az állandó munkásjóléti kiállítás Berlinben. 839. l. **Poór Ferencz:** Neumann Izidor. 839. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. M. Benedikt:* Aus meinem Leben. Erinnerungen und Erörterungen. — *E. Jacobi:* Supplement zum Atlas der Hautkrankheiten mit Einschluss der wichtigsten venerischen Krankheiten. — *F. Fonk:* Radium und Nervensystem. — *Lapszemle. Belorvostan. F. Franck:* Intravenosus vasarsenkezelés — *Zinkgraf:* Tüdőgümőkór gyógyitása. — *Lejars:* Heveny typhosus cholecystitis. — *Voit:* Az idült habituális obstipatio gyógyitása regulinnal. — *Einhorn:* Enteroptosis és cardioptosis. — *Hynek:* Az anaemia perniciosa gyógyitása Röntgen-fénynyel. — *Idegkórtan. Brissaud, Sicard* és *Tanon:* Contracturák, spasmusok, reszketések gyógyitása. — *Medea* és *Rossini:* Környéki idegsérülések seborvosi kezelése. — *Sebészet. Kocher:* A harmadik ezer strumaműtét. — *Glimm:* A hashártya felszivóképessége s a resorptio változása peritonitis esetén. — *Pers:* Az ischias sebészi kezelése. — *Hildebrand:* Emphysema gyógyitása bordaresectioval. — *Gyermekorvostan. Henoch:* Tüdőlob agytünetekkel. — *Bőrkórtan. M. Marcuse:* A bőrbajok kezelése. — *Húgyszervi betegségek. S. B. Selhorst:* A húgycsőszükület elektrolytikus kezelése. — *Hugh Thurfield:* Enuresis. — *Venereás bántalmak. Blaschko:* A nemibetegségek ellen küzdő német társaság. — *Jullien:* Újszülöttek syphilisének kezelése. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Hoppe:* Szer status epilepticus ellen. — *Alt:* Myxoedema. 840—843. lap.

Magyar orvosi irodalom. Klinikai füzetek. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 827 lap.

Vegyes hirek. Kiküldetés. — A Magyar Könyvkiadó Társulat 1905. évi illetményei. — A Semmelweis-szobor leleplezése. — Hazai fürdők látogatottsága. — Az egyetemi II. sz. szülészeti és nőgyógyászati klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika kimutatása. — A kolozsvári önkéntes mentőegyesület kimutatása. — Megjelent. — Meghalt. — Kisebb hirek külföldről. — Fekv csarnok epekőbetegek számára. — Orvos minister Spanyolországban. — Diachylon mint mesterséges abortust elöidéző szer. — Pályázatok. — Hirdetések. 844. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet. 845. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 847. l.

Melléklet. Elme- és idegkórtan. 3. szám. Szerkesztik: *Babarczi Schwartzer Ottó* udvari tanácsos és elme- és ideggyógyintézeti igazgató és *Moravcsik Ernő Emil* egyet. tanár. — Hoffmann-La Roche & Cie. czég „Thigenol“ és Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brünning, Hoechst a/M. „Pyramidon“ prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a kir. magy. tudomány-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. egyetemi tanár, udvari tanácsos.)

A mellhártya-endothelioma kórképéről.

Irta: *Szinnyei József* dr., klinikai gyakornok.

A daganatok diagnostikája a mai fejlett vizsgáló módszereink ellenére is legalább egy irányban, t. i. a daganat miféleségének kikutatásában igen tökéletlen. Eltekintve attól, hogy még kézzelfogható, ellenálló képlet is sokszor tévedésbe ejt és újképletnek tünik fel valamely túlfeszes genygyülem vagy cysta, annál inkább csalódhatunk a kórjelzésben akkor, a midőn az újképletet csak feltételezzük, mint pl. a koponyaürbelieknél. Ennek oka egyrészt abban rejlik, hogy nem ismerünk oly absolut biztos pathophysiologiai jelenséget, melyről azt mondhatjuk, hogy újképlet, spec. újképlet okozta életmüködés, anyagcsereváltozás hozta volna létre. Az újképleteknek régi, gyakorlati szempontból való osztályozása jó- és rosszindulatúakra mutatja, hogy régtől fogva megkülönböztettek súlyos tünetekkel járó s pusztító újképleteket, és az életet nem veszélyeztető jóindulatúakat. De ez a jóindulatúság, mely szöveti szerkezet által is pontosan körülirható, csak relativ fogalom, mert valamely szövetileg és működésileg jóindulatú újképlet is károssá válhatik helyzete által, pl. az agyalapon.

Ismerjük a rosszindulatú újképletek sarkolatos tulajdonságait, t. i. hogy a szomszédságba beszüremkedve benőnek, épen azért nehéz azokat egészen kiirtani s ezért gyakran ki is újulnak; határt nem ismerve terjednek előre, metastasisokat hoznak létre és cachexiához vezetnek. Mindezen tulajdonságok, ha klinikailag igen értékesek is, a korai diagnosishoz mégsem elegendők, mert a mikor mindezek kimutathatók, úgymint az összekapaszkodás, metastasisképződés, cachexia és secundaer anaemia, akkor már rendszerint igen késői állapotában van a daganatképződés. Positiv jelek hiányában nemcsak hogy rejtett daganatokat nagyon bizonytalanul diagnostizálhatunk, hanem még egy mellkasi daganatot is, e szervek fejlett vizsgáló módszerei daczára, sok esetben nehezen lehet felismerni, annál kevésbé pedig a daganat hovatartozóságát.

Tekintetbevéve a daganatok relativ ritkaságát, érthetjük, hogy ezek alapos ismerete nincs kifejlődve. A casuisticus klinikai közlések száma is korlátolt, de mégis igyekeztek elkülöníteni a daganatok kórképeit s így az újabb időben a mellhártyai rákkal és endotheliomával is foglalkoztak, azonban mégsem sikerült róluk határozott kórképet alkotni. A mellhártyai daganatok között az endothelioma meglehetös ritka s bár ez az érdekes daganatféleség még leginkább diagnostizálható per exclusionem, az irodalomban mégis kevés klinikailag észlelt eset van közölve s azok nagyobb része is inkább a daganat szöveti jellegével és az endothelkérdéssel foglalkozik. Talán egy daganat sincs, melynek jellegéről, hovatartozóságáról annyit vitatkoztak volna, mint épen az endothelioma, s épen ez okozza talán, hogy oly kevés endothelioma van az irodalomban felemlítve. Egyesek a kötöszöveti, mások a hámdaganatok közé sorolták, s így bizonyára endothelioma volt néhány ráknak leirt daganat is. Épen, mivel különösen klinikailag kissé mostohán bántak el ezzel a sokat vitatott daganattal, érdemes esetünket megbeszélés tárgyává tenni, annál is inkább, mivel a kórlefolyást majdnem elejétől végig sikerült klinikánkon észlelni.

Az eset kórtörténetét itt közlöm:

D. F. 37 éves kovács. Beteg lett 1903. juliusban. Felvétetett 1903. szeptember 23.-án. Kórelőzményben mérsékelt potuson

kivül egyebet nem lehet találni. 1903. julius 23.-a táján meghült, azután mellkasában baloldalt szúrást érzett, majd köhögni kezdett s fehéres habosat köpött. Betegsége kezdetén kisebb forróságot is érzett. Felvételi állapot: A bőr, a csont-, izület- és izomrendszer eltérést nem mutat, kötő- és látható nyálkahártyák kissé halványak. A nyirokmirigyek nincsenek megnagyobbodva. A bal kulcscsont feletti és alatti árok jobban ki van töltve mint a jobb. A bal mellkasfél tágabb a jobbnál, bordaközei elsimultak, légvétel közben elmarad. A légvételek kissé felületesek, számuk perczenként 28. A jobb mellkasfél körfogata a III. bordánál 47·5 cm., a balé 45 cm., az V. bordánál 46 cm. mindkét oldalt, a VII.-nél jobboldalt 45·5, baloldalt 46 cm. A gerinczoszlop háti része kissé bal felé görbült. Az egész bal mellkasfél felett úgy elől, mint hátul tompa a kopogtatási hang. Jobb oldalon alul a bimbóvonalban a VI., a lapoczkavonalban a X. bordáig ér a teljes léghang. Bal mellkasfél felett légzés nem hallható, a bronchophonia és pectoralfremitus gyengült. A Traube-féle tér megkisebbedett. Szívcsúcslökés nem tapintható, szívtompulat összefolyik a bal mellkasfél tompulatával, jobb felé azonban a jobb szegyszélet 2 harántujjal meghaladja. Szív és nagyerek hangjai tiszták. Pulsus mérsékelten telt és feszes, rhythmusos, száma perczenként 92. A has mérsékelten elődomborodó, hullámzás vagy resistentia benne nem mutatható ki. A májtompulat a bimbóvonalban 2 harántujjal meghaladja a bordaívet. A lép alsó polusa mély légvételkor kissé tapintható. A vizelet idegen alkotórészeket nem tartalmaz. Próbapunctionál a bal mellkasfélből 1016 fajsúlyú véres savó ürül.

Kórlefolyás. 1903. szeptember 23. Punctio a baloldali VI. bordaközben a középső hónaljvonalban: 1300 cm³ véres savó, fs. 1016, alb. 3·5%. Utána az abs. tompulat elől a parasternális vonalban a II., hátul az V. bordánál kezdődik. Tüdőcsúcsok felett biztos eltérés nincs. Láztalan.

Szeptember 25. Szivtompulat befelé a szegycsont közepéig ér. Keveset köhög, láztalan. Pulsus 100, légzés 28. Vizelet 1600 cm³. Testsúly 64 kgm.

Október 1. Második punctio, 1600 cm³ véres savó, fs. 1018, alb. 3½%. Tompulat *erősebb* kopogtatással a paravert. vonalban a IX., a parastern. vonalban a IV. bordáig ér. Szívtompulat a bal szegyszélig terjed.

Október 8. Harmadik punctio, mivel a tompulat ismét a III. bordánál kezdődik elől. 1300 cm³ véres savó, fs. 1020, alb. 3%.

Október 13. A beteg távozik. Ezután 1904. január 20.-áig elég jól érezte magát gyengeségétől és időnkénti köhécselésétől eltekintve. Január 20.-a táján erősebben kezdett köhögni, lélegzete igen megnehezült, sokszor elfuladt. Tiszta nyálkát köp, nem izzad. Újra felvétetett 1904. január 25.-én. Az előbbi felvételi állapottól csak az az eltérés, hogy jobboldalt, alul köröskörül fél bordaközzel lejebb terjed a teljes léghang. Szívtompulat a jobb szegyszélt félharántujjal meghaladja. Testsúly 58·5 kgm. Láztalan.

Január 30. Punctioval (IV) 1400 cm³ kissé véres, 1017 fajsúlyú és 2·5% alb.-t tartalmazó savót eresztettünk ki. Erre azonban a tompulat elől csak a III. bordáig tisztult fel.

Február 12. Röntgen-átvilágításnál az egész bal mellkasfél sötét, átlátszatlan árnyékot mutat; a szív kissé jobbra dislokált.

Márczius 4. Ötödik punctio. 900 cm³ hasonló savó. Másnap távozik a beteg s ezután csak időnként érzett szúrást a bal mellkasában. 1904. október elején a hasa nőni kezdett, de fájdalma nem volt, csupán étkezés után tapasztalt gyomornyomást. Újból felvétetett 1904. október 25.-én, mikor is a szívtompulat a szegycsont jobb szélét 2 harántujjal meghaladja. A has puffadt, elődomborodó, nyomásra különösebben nem érzékeny, benne resistentia nem tapintható. Kopogtatáskor a has bal oldalában, a bal mellkasfél tompulatának folytatásaképen tompa kopogtatási hangot hallunk, mely a középvonalat körülbelül 2 harántujjal meghaladja. Testsúly 62 kgm. A hasban fluctuatiót sikerül előidézni.

Október 26. Próbapunctionál a tű erős ellenállás közben hatol be; ismét 3% alb.-tartalmú véres savó.

Október 29. A mellkas körfogata bimbómagasságban jobb oldalon 45·5, bal oldalon 44·5 cm, a VI. borda magasságában jobb oldalon 46·5, bal oldalon 45·0 cm. Nyílátmérő 21 cm., magassági 24 cm. A has körfogata a köldök magasságában 88 cm. Testsúly 61 kgm. Hasában nagy fájdalmat érez a beteg. A has oldalsó és alsó részein tompa a kopogtatási hang, mely helyzetváltoztatáskor feltisztul; fluctuatio.

November 12. Haspunctio: 5200 cm³ zöldesen fluoreskáló, tiszta sárga folyadék ürül, s utána a petyhüdt hasfalakon keresztül a gyomorgödörből és a bal bordaív alól kiinduló, körülbelül 2 tenyérnyi széles, kemény daganat válik érezhetővé, mely a linea alba mentén a symphysisig követhető. A lép alsó széle a bordaívet 2 harántujjal meghaladja; az előbb leirt daganattal nem függ össze. Jobb tüdő felett érdes légzés búgásokkal vegyest, sokat köhög.

November 16. Vérvizsgálat: fs. 1061, Hb. 59%, vörösvérsejt 4.560,000, fehérvérsejt 19,200.

November 18. A hasüri folyadék szaporodik. Bronchitise miatt ipecacuanhát szed.

Deczember 5. Gyengének érzi magát, újra fulad, fennjárni nem bír. Vizelete kevesbedik.

Deczember 9. Kis hőemelkedése van, 37·4. Pulsus 120, légzés 24. Vizelet 250. Oedemák jelentkeztek.

Deczember 12. Haspunctio: 850 cm³ sárgás, kissé zavaros folyadék, melynek fajsúlya 1028, 4% albument tartalmaz. A beteg igen gyenge, fulladása a punctio után sem szünt meg. Pulsus kicsiny, szapora. Folyton izzad. Láztalan. Pulsus 120, légzés 40.

Deczember 13. Exitus.

A köhögés, oldalszúrás, a bal mellkasfél tágabb és bordaközeinek elsimult volta, a pectoralfremitus és bronchophonia gyengültsége, a bal mellkasfél teljesen tompa kopogtatási hangja és a légzés nem hallhatósága, a szív eltolódása, valamint a Traube-féle tér megkisebbedése mind oly jelek, melyek alapján, és a próbapunctioval megerősítve, diagnosisunk első sorban exs. pleurit. sanguinolentum volt. De sem az anamnesis, sem a tüdők vizsgálata, sem a láztalan lefolyás meg a negativ köpetlelet nem magyarázta meg, hogy miért véres az exsudatum; mert ezek hijjában tuberculosisra nem gyanakodhattunk. Az, hogy az exsudatum csakhamar újból meggyült s mindig véres volt, a tuberculosis kizárhatósága mellett neoplasmára hívta fel figyelmünket; erre mutatott továbbá az a körülmény is, hogy a beteg egyre fogyott, bár nem rohamosan (1903. szeptember 23.-ától 1904. január 25. éig 64 - 58·5 = 6·5 kg.-ot). A csapolások után a tompulat csak kissé tisztult fel s a szív sem tért vissza helyére. A Röntgen-átvilágítás az *egész* bal mellkasfélben sötét árnyékot és a szív jobb felé való eltolódását mutatta, tehát arra kellett következtetnünk, hogy vagy az egész bal mellüreg ki van töltve folyadékkal vagy pedig az x-sugarak útjába az *egész* bal mellkasfél állít akadályt. Több mint egy évvel a betegség subjective érezhető kezdete után hasvízkór keletkezett, minek megfelelőleg a testsúly is nagyobb lett; a bal mellkasfél azonban, bár a lelet felette alapjában véve változatlan volt (a szív 2 harántujjal haladta meg a jobb szegyszélet), mégis zsugorodott volt a jobbhoz képest és ennek megfelelőleg scoliosis is fejlődött. Ezzel ismét egygyel több értékes adatunk volt, a mi a neoplasma mellett bizonyított, mivel, bár a mellkas zsugorodása exsudatum után gyakori, de folyadékgyülem mellett, különösen ha az oly nagymennyiségü, hogy a szívet annyira eltolja, neoplasmára ad gyanút, mert a gümős mellhártyagyuladás utáni zsugorodás a gyuladásos szövet elkérgesedése és összenövések által szokott létrejönni, de csak az izzadmány felszivódása után. Ha még hozzáteszszük, hogy a tűvel való beszúráskor erős ellenállásra akadtunk, a véres exsudatumot neoplasmás eredetünek kellett tartanunk. E feltevésünkben azután a betegség lefolyása alatt megerősített az is, hogy a haspunctio után a has baloldalában a bal bordaív alól kiinduló széles daganatot lehetett tapintani, mely sem a májjal, sem a léppel, sem a belekkel össze nem függött, a hasfallal összekapaszkodott és felületes volt, nyilván belőle is indult ki és a bal mellkasfélben feltételezett daganattal látszólag összefüggött, úgy hogy klinikai diagnosisunk, tekintettel, hogy primaer rákot sehol sem találtunk a beteg szervezetében s az ily nagykiterjedésü daganatok gyakran sarkomák, különösen lymphosarkomák szoktak lenni: Tumor mediastini et abdominis, verosim. lymphosarkoma lett. Az endotheliomát a daganat ritkaságánál fogva nem tartottuk valószinünek.

A kórbonczolási jegyzőkönyv kivonata: A böralatti kötőszövet majdnem teljesen zsírtalan. Az izomzat vékony, petyhüdt,

vérszegény, halványvörös. A hasürben vagy 1 liternyi tiszta sárga savó. A cseplesz a hasfallal tenyérnyi terjedelemben összenött. A *hashártya megvastagodott;* a fali hashártya fehéresen, a beleké szürkésen elszínesedett és számtalan kendermag- egész babnagyságú, részint elszórt, részint egymással rendetlenül összefolyó, erősen kidomborodó, tömött fehéres szövetből álló csomócskával beszórt. A rekeszdomborulat bal oldalon a VII. alsó, jobb oldalon a VI. felső szélénél; *az egész rekesz tömött, kérges, fehéres szövetté alakult át.* A sternum a mediastinalis kötőszövettel kérgesen össze van nőve. A szívburok egészen jobbra van tolva, úgy hogy *a szív bal széle a test középvonalában van.* A szív kissé sorvadt. A jobb tüdő felfujt; felső lebenye egész kiterjedésében hártyásan odanött; állománya puha, szivacstapintatú, mérsékelten savósan beszürödött, közepes vértartalmú. A hörgök nyálkahártyája halvány; a hörgi mirigyek aprók, feketék. A bal mellürben 3000 cm³ barnásvöröses, alsó rétegeiben rozsdabarna, mállékony véralvadékot tartalmazó folyadék. Míg a jobb mellür mellhártyája sima, nincs megvastagodva, addig a *bal oldalon a mellhártya akár 3—5 mm. vastag, szívós, most már felül rozsdabarnán elszínesedett, különben szürkésfehéres kéreggé alakult át.* A bal tüdő teljesen össze van nyomva, szintén 2 mm.-nyi vastag, kérges pleurával van bevonva s a bal mellür hátulsó felső részében foglal helyet. Állománya puha izomtapintatú, palaszürke, vérszegény. A hörgök szintén össze vannak nyomva, nyálkahártyájuk ránczos, halvány, helyenként rendetlen alakú, kissé kiemelkedő, köles- egész kendermagnagyságú foltokban fehéres és megvastagodott. A függőér íve 1 cm. széles, kérges, fehéres daganatréteggel van körülvéve, mely szürkésfehéres szövetből áll, egészen egynemű, legfeljebb fakósárgásan pontozott. A rekeszizom a hasür felől akár 1 cm. vastag, szívós, kérges, göcsös, fehéres daganatszövettel van bevonva. A máj, különösen jobb lebenye, a rekeszszel összenőtt és itt 1 cm. vastag, kérges, fehéres daganatréteggel van körülvéve; a Glisson-tokon kérges, fehéres csomók vannak, melyek azonban a máj állományába sehol sem terjednek bele. A cseplesz megrövidült, akár 2—3 cm.-nyire megvastagodott és dudoros, kérges, fehéres, tömött daganatszövetté alakult át, melynek metszéslapjáról kevés vérrel kevert tejszerű nedvesség vonható le, de a daganat metszéslapja teljesen egynemű, vérerekkel dúsan átjárt. A hólyag és a végbél között körülbelül 2 ujjnyi vastag, a csepleszné leirt daganathoz teljesen hasonló daganatszövetnövedék foglal helyet.

Diagnosis: Endothelioma peritonei praecipue autem omenti maioris et pleurae sin. cum exsudato pleuritico sanguinolento chron., deinde compressione pulm. sin. totali. Dislocatio cordis ad latus dextr. Emphysema vicarians et oedema pulm. dextri.

A daganat rostos kötőszövetből álló, alveolusokba zárt, nagy polymorph sejtekből áll. A kötőszövet mennyiségileg is jelentékeny, különösen a mellüregi daganattömegben, s részben durvább fősövények, részben pedig finomabb rekeszfalak által alveolusokat és hoszanti meneteket alkot, melyek azonban mégsem határolják élesen a daganatsejteket, mert ezek sok helyütt egy-két soros hosszanti kötegben a kötőszövet rostjai közé befurakodnak. Helyenként azután észlelhető, hogy egy-egy ilyen sejtsor végül is valamely egyrétegű lapos endothelsejtekből álló csőben, nyirokérben végződik. A nagyobb válaszfalakban nyirok- és vércapillarisokat, helylyel-közzel egy-egy verőerecskét látunk, melyek egynémelyikét kisérő nyirokút teljesen ki van töltve daganatsejtekkel. Gömbsejtes beszürödés csak elvétve található.

A daganatsejtek polymorphak, nagyok, egymagvúak. Óriássejt nincsen közöttük, protoplasmájuk szemcsés. de egyéb szerkezetet nem mutat. A sejtek szorosan egymás mellett elhelyezkedve hol kötegekben, hol meg halmazokban közvetlenül a kötőszöveti rostokkal érintkeznek, néhol pedig directe egy capillarist alkotó endothelsejtrétegen ülnek. Szomszédos szövetet nem tör át sehol a daganat, melynek kiindulási pontja biztosan meg nem határozható. A bélből kimetszett részben a hashártyai felszín felől hatalmas tömeget alkotnak a daganatsejtek, de csupán a subserosáig haladnak, a muscularist sehol át nem törik. A hasi nyirokmirigyek egy része teljesen az anyadaganathoz hasonló szövetté alakult át.

E szerint a daganat polymorph sejtekből áll és alveoláris szerkezete van; a savóshártyai felületről indul ki, néhol pedig közvetlen a nyirokerekből; endotheloid sejtek alkotják, de sejtbősége, nagy kiterjedése és metastasis képzése ellenére sem tör át szomszédos szövetet, ellenben a pleuráról a hashártyára szomszédosan átterjed, elhalás alig van benne. Kórszövettani diagnosis: endothelioma pleurae et peritonei.

A bonczolás tehát diagnosisunk helyességét annyiban beigazolta, hogy a véres exsudatumot igazán mellhártyai daganat okozta és ez azonos a hasi daganattal, azonban nem lymphosarkoma, hanem endothelioma. De még kórboncztanilag is csupán a górcsövi vizsgálat által lehetett a daganat faját biztosan meghatározni. A primaer daganatot, jobban mondva a kiindulási helyet kórboncztanilag a daganat igen kiterjedt és kifejlődött voltánál fogva eldönteni már nem sikerült, de a kórlefolyás alapján mondhatjuk, hogy az elsődleges kiindulási hely a mellhártya volt.

Aetiologiai tekintetben esetünkben semmit sem sikerült kikutatni; az anamnesis csak oly határozatlan tüneteket mutat, a melyek a légzőszervek bántalmára hivják fel figyelmünket, mint a köhögés, nehézlégzés, oldalszúrás, mellkasi fájdalom, de semmi egyebet. És igy vagyunk az irodalomban felsorolt esetekben is, leszámítva *Podack* két észlelését, hol is az egyikben a beteg leesés következtében megütötte az illető mellkasfelét, később mellkasán kocsi is ment keresztül, a másikban pedig mellbeütés, tehát mindkettőben trauma szerepelt, de a többiben csak köhögés, oldalszúrás, nehézlégzés, habos-nyákos köpet, némely esetben éjjeli izzadás és hőemelkedés van felsorolva kezdeti tünetként, a mi egyeseket tuberculosis és pleuritis irányában félre is vezetett. De a legtöbb anamnesis viszont épen arra volt jó, hogy megerősítse a tuberculosisnak negativ lelet alapján való kizárhatóságát.

Az objectiv lelet általában a mellkasfél tágabb volta, a légzés közben való elmaradása, a bordaközök elsimulása, később a rétrécissement thoracique, a tompulat, csökkent vagy hiányzó bronchophonia és pectoralfremitus, meg a légzéshiány a tompa hangot adó terület felett, szintén olyan jelek tehát, melyek mellüri folyadékgyülem illetőleg exsudatum mellett szólnak, daganatra nézve azonban semmi gyanut nem keltenek.

Az izzadmány véres minősége azonban, tekintetbe véve azt, hogy tuberculosist sehol a szervezetben kimutatni nem tudunk, még az esetleg meglevő láz mellett is felhivhatja a figyelmünket arra, hogy daganatot kutassunk. Ez ugyan a klinikusok egyöntetű véleménye szerint egymagában szintén nem bizonyít újképlet mellett, mert előfordulhat sepsis puerperalisnál, emboliás tüdőbántalmaknál, ritkán vérzéses diathesisnél, néha typhusnál, nephritisnél, rheumatismusnál és marasmus senilisnél (*Schultze-Vellinghausen*), mindazonáltal, ha a felsorolt betegségek kizártnak tekinthetők s különösen, ha, mint *Fraenkel* hangsúlyozza, az izzadmány nemcsak halvány rózsaszínü, hanem intensiv vörös és minden egyes csapolás után vértartalma is növekszik, úgy hogy végül sötét venosus vérszínü lesz, legnagyobb valószinüséggel neoplasmás eredetü. Ugyancsak *Fraenkel* figyelmeztet egy másik tulajdonságra is, t. i. hogy az izzadmány a csapolás után igen gyorsan újból meggyülik, a mint ez esetünkben is tapasztalható volt; azonban minél többször csapolják, bár gyorsan meggyülik újból az izzadmány, mennyisége mindig kevesebb lesz. *Podack* egyik esetében 59 napi időközben 12 punctiót végeztek s összesen 30·8 liter izzadmányt bocsátottak ki. Az izzadmánynak újbóli gyors meggyülemlését *Podack* abból magyarázza, hogy az endotheliománál a mellüreg fala jelentékenyen zsugorodott és vastagodott, merevvé, ellenállóvá lett s ennek következtében az illető mellkasfélben nagy negativ nyomást, ez pedig fluxiót támaszt s ugyanez okozza azt is, hogy az izzadmány vértartalma is minden csapolás után szaporodik.

Podack és *Unger* kiemeli, hogy eseteikben az izzadmány aspiratioja nehezen ment, ezt azonban mi nem tapasztaltuk.

Az exsudatum fajsúlyából és fehérjetartalmából közelebbi következtetést vonni nem lehet (*Sorgo*).

Az izzadmánynak újbóli gyors meggyülemlésére *Sorgo* nem helyez súlyt, mert ő a mellhártya másodlagos daganatainál is észlelte. Ennél sokkal fontosabb jelenség az, hogy a csapolás után a szervek kevéssé és mind kevésbé térnek vissza eredeti helyzetükbe, tehát rögzítve maradnak kóros állásukban. *Podack* első esetében a szívtompulat a IV. csapolás után is még mindig mint a punctio előtt a jobb szegyszélig ért. Esetünkben is, mint a kórbonczolási jegyzőkönyvből kitünik, a szegycsont a medi-

astinális kötőszövettel kérgesen össze volt nőve és a szív bal széle a test középvonalában volt. Ez a tartós, vissza nem fejlődő eltolódás, illetőleg kóros rögzítés vagy újképlet, vagy pedig lobos összenövés útján jöhet létre. A szervek eltolódott helyzetükben való rögzítettségének pedig a daganatok kórjelzésében igazán nagy jelentősége van, mert a lobos eredetű összenövést a tompulati viszonyok ismerete által és egyéb jelenségekből esetleg sikerül kizárni. Ugyancsak ebből a zsugorodásból, a mely esetünkben is kitünően volt észlelhető, magyarázható az a tünet is, hogy a meglevő izzadmány és a mellkasfél tágabb volta ellenére a bordaközök szükké válnak, sőt a mellkas oldalsó alsó része (*Fraenkel*) behúzódik (rétrécissement thoracique). Erre azonban már *Purjesz* figyelmeztetett 1883-ban, de ő nem endotheliománál, hanem sarkománál észlelte. Ennek a mellkasi zsugorodásnak a következménye a scoliosis is.

Az izzadmány lebocsátása után a tompulat a legtöbb esetben alig, vagy csak kis terjedelemben tisztul fel, sőt *Unger* esetében határozottan ki van emelve, hogy a tompulati viszonyok mit sem változtak. Egyéni dolog ugyan valamely tompulat intensitását vagy az absolut és relativ tompulatot meghatározni, de ha a kopogtatásnál is bizonyos szabályokat tartunk szem előtt, van oly mértékünk, melynek birtokában azt mondhatjuk, hogy ez vagy amaz a tompulat intensiv vagy kevésbé intensiv, relativ vagy absolut, de mindenesetre a mellhártyai diffus endotheliománál igen értékes adatokat kaphatunk a kórjelzés szempontjából, ha azt tapasztaljuk, hogy *a tompulat az izzadmány lebocsátása után alig vagy egyáltalában nem engedett intensitásából*. Mert mindenesetre intensivebb tompa kopogtatási hangot hallunk a 3—5 mm.-nyire megvastagodott endotheliomás pleura felett, mint a lobosan duzzadt mellhártya felett a csapolás után. Erre a jelre az irodalomban ügyet nem vetettek.

Esetünkben az izzadmány nem volt zsíros, ezt pedig *Podack* és *Fraenkel* fontos diagnostikai jelnek tartja; azonban számbavéve azt, hogy az endotheliománál a kifekélyesedés és a sejtleválás, egyáltalában pedig az elfajulási hajlam csekély, érthető is, hogy a zsírtartalom nem lesz szerepet játszó jelenség. Nagy zsírtartalom inkább másodlagos rákos mellhártyadaganatra ad gyanút, egyébként pedig gümős mellhártyagyuladásnál is előfordul.

Labilis talajra lépek, midőn az ú. n. cytodiagnostika kérdéséhez érek. Ha meggondoljuk, hogy sokszor kimetszett szövetdarabból vagy kaparékból milyen nehéz biztos szövettani diagnosist mondani, egyáltalában nem csodálkozhatunk, ha a cytodiagnostikával is csak korlátoltan valószinüségi diagnosist állapíthatunk meg, hiszen itt még kevesebb szövetrészre, egyes lehámlott felületes sejtre, esetleg kisebb sejtcsoportra számíthatunk. Azok a daganatmorzsák pedig, melyek egy-egy esetben a csapoló canuleon át kijutnak, szintén oly kicsinyek, hogy azokból diagnosist megállapítani vajmi merész feladat. Még oly alapos eljárás mellett is, mint a minőt *Sorgo* ajánl, t. i. az üledék beágyazását, metszését és festését, kevés reményünk lehet erre, tekintetbe véve, hogy csupán mik kerülnek az izzadmányba. Esetünkben a hasi folyadékgyülemben epitheloid sejteket találtunk. *Neelsen* és *Fraenkel* szintén epitheloid sejteket illetőleg sejtaggregatumokat láttak az izzadmányban, de *Fraenkel* maga is kiemeli, hogy a sejtaggregatumok még csak az újképlet diagnosisára sem elegendők. Eleinte fajlagosnak tartották azt, hogy az ily sejtek glycogenreactiót adnak, mígnem *Wolf* kimutatta, hogy a tisztán gyuladásos folyadékgyülemben található sejtek is adják e reactiót. *Podack* egyik endotheliomás esetére vonatkozólag azt mondja, hogy a vacuolás és zsírcseppeket tartalmazó sejtek, melyek conglomeratumokban voltak, gyaníttatták vele a daganatot általánosságban, de elismeri, hogy ily sejtek a gümös izzadmányban is előfordulnak, bár nem ily fokban. Jellemző volt azonban *Podack* ezen esetében az, hogy a csapolások szaporodtával a sejtes elemek száma kisebbedett. Bőven foglalkozik a cytodiagnostika kérdésével *Sorgo* — kinek azonban endotheliomás esete nem volt — s tapasztalatai alapján állítja, hogy az exsudatumokban és transsudatumokban sok sejtes elem ritkaság és mindenesetre nyom a latban újképlet mellett. Szerinte a vacuolaképződés és a zsírcseppek a lehámlott sejtekben mit sem jelentenek, mert köpetben és diaorrhoeás székben is fellelhetők, hanem az ú. n. óriás vacuolás sejtek már kórjelzők az újképletre vonatkozólag. *Sorgo* tételként állítja fel, hogy savós, nem véres izzadmányban bő, egyes sejtekből és sejtaggregatumokból álló üledék, jelesen pedig az ú. n. óriás vacuolás sejtek másodlagos daganatot jelentenek.

Vérvizsgálati eredményekről nem szólhatunk, mert csak esetünkben és *Unger*-nél található adat erre nézve; mindkettőben a fehérvérsejtek meg voltak szaporodva 19,000-re illetőleg 12,000-re.

Kórboncztani kutatásokból tudjuk, hogy az endothelioma jellemző sajátságai közé tartozik annak korlátolt metastasisképző és mirigybeszüremkedésre való hajlama s csakugyan az irodalomban alig találunk esetet, hol említés volna téve a táji mirigyek beszürődéséről *(Frankel)* vagy épen metastasisról *(Pollmann)*. Oltási metastasis is csupán *Podack*-nál van leirva, kinek egyik esetében a punctiós nyílás helye körül 6 kis csomó keletkezett, a mit ő a kórjelzés szempontjából igen fontosnak tart, bár maga kiemeli, hogy ilyen oltási metastasisképződés gümős mellhártyagyuladásnál is előfordul, de ezek a metastasisok fájdalmasabbak és kevésbé mozgathatók. Mindenesetre az ily csomócska kimetszhető lévén, górcsövi vizsgálat által megkönnyíti a diagnosist.

Fájdalmasság minden esetben van, nemcsak oly körülirt helyen, hol esetleg a daganat kifelé törekedve nyomást gyakorol, s esetleg valamely borda vagy bordaköz egy kisebb körülirt helye erősen fájdalmas, hanem pontosabb lokalizálhatóság nélkül is. A dyspnoë, mint másik subjectiv tünet, mely majd minden leirt esetben ki van emelve, csak következményes tünet, épen úgy, mint a jobbszív tágulása és túltengése, melyről azonban, sajnos, alig tesznek az észlelők említést *(Unger)*; igaz ugyan, hogy a szív nagysági viszonyait eltolódás és tompulat-összefolyás esetében meghatározni szinte lehetetlen, de jelenléte kórboncztanilag is megállapíttatott *(Schultze-Vellinghausen* és *Podack)*.

A lefolyás alatt az esetek jó részében lázat észleltek a szerzők (38—39°), ennek vizsgálatába azonban nem bocsátkoztak, csupán *Pollmann* tesz annyi megjegyzést, hogy az kérdés tárgyát képezheti, hogy a lázat, melyet ily kiterjedt daganatoknál rendszerint lehet észlelni, az abnormális anyagcsere, vagy a nagy anaemia, vagy pedig a mellhártya másodlagos gyuladása okozza-e. Úgy látszik egyes esetekből azonban, hogy a csapolások után a láz átmenetileg emelkedett, a mit esetleg a keringési viszonyoknak és így a felszívódásnak a csapolás folytán beállott javulásából is értelmezhetünk. Esetünkben, a végül jelentkező pár tizednyi hőemelkedéstől eltekintve, lázat nem észleltünk.

Végül még egy, a kórjelzés tekintetében esetleg útbaigazító jelre kívánom a figyelmet felhivni, s ez szintén az endothelioma jól ismert sajátságai közé tartozik, t. i. hogy *szeret az egyik nagy testürből a másikba átterjedni*, a mit a mi esetünkben is jól lehetett észlelni.

Összefoglalva már most az eredményeket, oda kell concludálnunk, hogy ha a daganat diagnosisa meg van állapítva, bizonyossággal endotheliomát csak akkor lehet kimondani, ha alkalmas bőrmetastasis, esetleg a beszúrási hely körül képződött oltási metastasis van, melyeket szövettanilag is megvizsgálhatunk. Valószinüségi diagnosist pedig csak az észlelés folyamán lehet tenni, még pedig *Bonheim* szerint akkor, ha a tuberculosis és rák a szervezetben ki nem mutatható és ha 1. az izzadmány eleinte savós, később véres, még pedig minden csapolás után erősebben; 2. a csapolások eredménye mindig kevésbé kiadós és a szív nem tér vissza eredeti helyére; 3. az izzadmány gyorsan meggyülik a csapolás után és 4. benne tuberculosisbacillus ki nem mutatható, ellenben daganatsejtkötegeket lehet benne látni, melyek részben vacuolásak, sok zsírcseppet tartalmaznak és glycogenreactiót adnak; 5. az állatoltás negativ.

Podack az izzadmányt véve alapul, a következő 4 jelt tartja fontosnak: 1. az exsudatum erős vértartalmát; 2. nagy zsírtartalmát; 3. daganatsejtek jelenlétét és 4 hogy ezek glycogenreactiót adó sejtes elemek legyenek, mitosisos vagy amitosisos maggal. Fontos még szerinte a mellhártya fokozatos merevülése és ebből kifolyólag az, hogy a csapolás után a szervek alig, vagy mindig kevésbé térnek vissza eredeti helyükre és végre abnormális helyzetükben rögzíttetnek. Továbbá, hogy az izzadmány gyorsan megnő és vértartalma mindig nagyobb lesz.

Fraenkel sokat ad arra, hogy az exsudatum színe, legalább

több csapolás, után a sötét venosus véréhez lesz hasonló és a zsugorodás folytán a mellkas oldalsó alsó részei behúzódnak.

Mindezeket számbavéve valószinüségi diagnosist megkoczkáztathatunk akkor, ha: 1. tuberculosis és rák kizárhatósága esetén *(Bonheim)* az izzadmány erősen véres, vértartalma minden csapolás után növekszik, mennyisége pedig csökken, azonban az exsudatum a csapolás után újból gyorsan felszaporodik, zsírtartalma nagy *(Podack)* és benne sok epitheloidsejt és sejtköteg található az érintett elváltozásokkal; 2. csapolás után a tompulat alig tisztul fel vagy intensitásából egyáltalában nem enged, a szív pedig többé-kevésbé eltolódott állásában rögzítve megmarad; 3. az izzadmány ellenére zsugorodás és következményes scoliosis áll be *(Fraenkel, Purjesz)*, s 4. átterjed esetleg a szomszéd testüregre.

Irodalom. *Podack:* Zur Kenntniss des sogenannten Endothelkrebses. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIII. (bő irodalom). 2. *Schultze-Vellinghausen:* Beiträge zur Kenntniss d. prim. Endothelkrebses. Münch. med. Wochenschr. XLVII. 3. *Fraenkel:* Über prim. Endothelkrebs der Pleura. Verhandl. d. XI. Congresses f. inn. Med. 1892. 4. *Unger:* Zur Klinik d. prim. Endothel. d. Pleura. Wien. klin. Wochenschr. XVI. 1903. 5. *Sorgo:* Zur Diff.-Diagnose d. prim. und sec. Pleuratumoren. Zeitschrift für Heilkunde. N. F. III. 8. 6. *Purjesz:* Zur Diff.-Diagnose der Pleuratumoren. Deutsches Arch. f. klin. Med. XXXIII. 7. *Neelsen:* Untersuch. üb. d. Endothelkrebs. Ibid. XXXI. 8. *Fraenkel:* Üb. prim. Endothelkrebs d. Pleu a. Berl. klin. Wochenschr. 1892. 21. sz. 9. l. cit. *Sorgo*-nál. 10. *Pollmann:* Ein Endotheliom d. Pleura. Ziegler's Beiträge XXVI. 1899. 11. *Bonheim:* Üb. sogenannten prim. Endotheliom d. Pleura. Münch. med. Wochenschr. 51. 12. *Böhme:* Virchow-Archiv. 1880. 81. k. 13. *Eppinger:* Prager med. Wochenschr. I. 1876. 14. *Schwalbe:* Deutsche med. Wochenschr. XVII. 45. 15. *O. Richard:* Petersburger med. Woch. N. F. XII. 1., 2. 16. *Benda:* Üb. das prim. Carcinom d. Pleura. Deutsche med. Wochenschr. 1897. 21. sz. 17. *Glöckner:* Über den sogenannten Endothelkrebs d. serösen Häute Zeitschrift für Heilkunde. 18. kötet. 18. *Schwalbe:* Zur Diagnose der Brusthöhlengeschwülste. Deutsche med. Wochenschr. XXII. 12. Beil. 19. *Guttmann:* Deutsches Arch. für klin. Med. LXXV. 20. *Feldt:* Deutsche med. Wochenschr. XXIX. 28.

Közlemény a székesfővárosi szt. István-kórház bőrbeteg- és bujakóros osztályáról. (Főorvos: Róna Sámuel tanár.)

Az eczema-kérdéshez.

III.[1]

Mi okozza a heveny eczemát?[2]

Irta: *Csillag Jakab* dr.

Félreértés kikerülése végett heveny eczema alatt a következő dermatitis-alakot értem:

A köztakaró valamely helyén rövid időn, nehány órán, egy-két napon belül diffus hyperaemiás és oedemás alapon gombostűfej- egész kölesnyi hyperaemiás-oedemás göcsök, savóval telt hólyagcsák keletkeznek; ez utóbbiak megpattanván, savó szivárgás — nedvezés — jön létre, mely rövid ideig tartó, vagy huzamosabb jellegü, majd végül a savó beszáradása folytán varképződés áll be. A folyamatot állandóan nagyfokú viszketés kiséri.

Közben részben a megbetegedett terület szélein, tehát *per continuitatem*, részben attól távolabb eső, ép bőrrészletek által elválasztott területeken, rendszerint a kezeken, az arczon és a nemi szerveken, tehát *ugrásszerüen* az elsődleges elváltozásokkal azonos elváltozások keletkeznek.

A varképződés után beállhat a regeneratio és a folyamat nehány heti, egy-két havi fennállás után befejeződhetik véglegesen, máskor ezen első heveny rohamot a heveny rohamoknak akár végtelen sora követheti előre meg nem határozható időközökben, vagy egyes helyeken a folyamat idült állapotba mehet át.

E kép, ámbár csak főbb vonásaiban vázoltam, minden orvos előtt ismeretes, *mint a heveny eczema mindennapi, banális képe.* Ezt a képet anatomiai laesióival és tüneteivel együtt mint a heveny eczemának typikus képét tartom szem előtt előadásom folyamán.

A mint tudjuk, *Hebra* és tanitványai, tehát az ú. n. *bécsi dermatologiai iskola* mindazt, a mi a vázolt módon jelenik meg és folyik le, heveny eczemának mondja és az idült eczemával egyetemben *ismert* és *ismeretlen* okokra viszi vissza. Az *ismert okok* között a kivülről közvetlenül beható (idiopathikus eczema) *mechanikai, hő-* és *vegyi* ártalmakat szerepelteti, az *ismeretlen okúakat* pedig a szervezetben magában rejlő ártalmak által előidézettnek véli.

Nem így vélekednek a *franczia* szerzők és az *angolok* és *amerikaiak* közül egyesek.

Ezek a képet ketté választják és azt a részét, melyet kivülről ható okok: vegyi szerek stb. idéznek elő, „artificiális dermatitis“ elnevezéssel külön csoportba veszik és csak a második részét, melynél ily okok nem mutathatók ki, melyet tehát belülről, a szervezetből kiinduló okok — eczemás diathesisek — tartanának fenn, vélik igazi eczemának.

Ehhez jött újabban *Unna* elmélete, a ki eczemának csak azt tartja, a mit parasita idéz elő.

Mi tekintet nélkül a különböző iskolákra fogtunk hozzá az eczemakérdés tanulmányozásához, azaz mindazt, a mi akár artificiális dermatitis, akár külső okból eredt eczema, akár diathesises eczema név alatt szerepelhetett volna, vizsgálataink keretébe vontuk és utalunk e tekintetben az osztályunkról már megjelent két eczemaközleményre.

Ezek egyikéből: „*Okoznak-e mechanikai behatások és köztük első sorban a vakarás eczemát?*“ (*Róna*) máris kiderült, hogy a *mechanikai* behatások, köztük első sorban a *vakarás*, semmi körülmény között sem idéznek elő vesiculás vagy nedvező eczema alatt értett viszketö börelváltozást, és hogy ilyen mechanikai insultusok (vakarás) okozta laesiokat ki kell zárnunk a heveny eczemák tömegéből; kiderült továbbá, hogy föképen a vakarás nyomában keletkező *pustulás*, majd *varas* laesiokat a társuló banális genyesztő mikroorganismusok okozzák és így a *pyodermitisek* csoportjához tartoznak, melyet jól külön lehet és külön is kell tartanunk, ha a szóbanforgó bőrlobok eredetére rá akarunk jutni. A míg tehát ezen vizsgálatok egyrészt azt derítik ki, hogy a mit a banális genyesztő bakteriumok maguk okoznak, nem mondható *eczemának*, a mit *Bockhardt, Gerlach* és *Bender* vizsgálatai experimentálisan is beigazoltak, a mennyiben staphylococcusokkal csak pustulákat tudtak előidézni és csak toxinjaikkal vesiculákat, addig *Török* és *Róth* és mások, valamint a magunk vizsgálatai viszont azt mutatták ki, hogy az eczemának nevezhető kezdeti laesioknál staphylococcusok nem találhatók, tehát hogy a külső okok között *parasiták* nem szerepelhetnek.

A 2. dolgozatból: *Létezik-e reflexeczema?* (Csillag) pedig az derült ki, hogy bizonyos egyéneken kisérletező úton *vegyi szerekkel* prompt elő lehet idézni az „eczemát“ és hogy annak ugrását, terjedését, symmetriás elhelyezkedését mindig a *chemiai* szereknek az illető helyekre jutása és nem „*reflex*“ idézi elő. *Miután úgy ezen tapasztalataink, mint a régi Hebra féle kisérletek, továbbá az irodalmi adatok (Blaschko: Gewerbeekzeme) stb. direct a chemiai szerekre, mint domináló aetiologiai tényezőre irányiták Róna tanár figyelmét, azon megbizást nyertem tőle, hogy a chemiai szereknek aetiologiai szerepét tovább kutassam.*

Ezen vizsgálataim közben nem tartottam felesleges munkának azon kérdéssel behatóbban foglalkozni, hogy vannak-e valóban *külső* és *belső* okból származó, a heveny eczema fenn vázolt azonos kórképe alatt lefolyó elváltozásai a köztakarónak, illetőleg a heveny eczema kórképét egyszer *külső*, másszor *belső* okok idézik-e elő.

Megkiséreltem először a kérdés megoldását oly módon, hogy a *Róna* tanár szt. István-kórházi bőrbetegosztályán 9 év óta gyüjtött és nagyrészt általam felvett eczema-kórtörténetekből, melyek száma közel 500, a kórokokat — ezekre mindig különös tekintettel voltunk — kiirom, és ezek alapján fogok a kérdés megfejtéséhez.

Azonban ezen munkám közben csakhamar beláttam, hogy nem járok a helyes úton, mert azon esetek nagy részében, melyek már idült folyamattal vagy ismétlődő heveny rohamokkal jelentkeztek, az aetiologiai momentumokat illető eligazodás, minthogy azok gyakran igen komplikáltak, nehéz, legtöbbször leküzdhetetlen akadályokba ütközött, és azoknak hü képét nem adta volna.

Beláttam, hogy ha tiszta képet akarok szerezni a heveny eczemát előidéző momentumokról, csak azon eseteket szabad

[1] I. és II. l. Orvosi Hetilap 1902. 9., 11., 12. és 13., valamint 30., 31. és 32. számait.

[2] Előadás a budapesti kir. orvosegyesület derm. és urol. szakosztályának 1906. február havi és a közkórházi orvostársulat 1906. április 25. iki ülésén.

értékesítenem, melyek *a heveny eczema első rohama* alkalmával jelentkeztek.

Ilyen eset az 500 között 119 volt. Lássuk tehát, hogy e 119 eset közül hányban volt a bőrelváltozás jelentkezésének oka kideríthető, és milyen okok szerepeltek.

Megjegyzem, hogy az esetek jó részében, hol a kiderített ok valódiságát illetőleg kétségünk volt, ha csak lehetett, a betegen magán ellenőrző kisérleteket végeztünk azon anyaggal, mely mint legközelebbi oki momentum szóba jöhetett, és csak azt vettük kiderített oknak, melyre a bőr prompt reagált.

Nem lesz tanulság híján, ha az esetek némelyikében igen röviden a kórok behatásának körülményeit vázolom.

Eseteink a következők:

1. eset. Egy vidéki cselédleány nyaki mirigydaganatára egy vándorkuruzsló vászonra felkenve *„eczetes agyagot“* rakott deczember 30.-án; január 4.-én a leány már osztályunkon volt heveny kiterjedt eczemával, mely az alkalmazás helyéről indult ki.

2. eset. Egy férfi 1904. szeptember 4.-én bal tenyerét megvágta, a sebre *arnika-tinkturát* alkalmazott; 9.-én viszketés támadt kezein, 15.-én pedig a felső végtagokra, az arczra, a nyakra, a mellre és a nemi szervekre kiterjedő heveny eczemával vettük fel osztályunkra.

3—12. esetben ugyancsak *arnika-tinktura* volt a heveny eczema előidéző oka.

13. eset. Egy 28 éves szerelő 1900. május 18.-án jött a trachomaosztályra, a hol szarúhártyafekélye miatt 3 napon át *atropin*-oldatot cseppentettek a szemébe; a 3. napon a szemhéjáról kiindulólag heveny eczema jelentkezett, mely folyton tovább terjedt az arczon, majd a nyakra és a mellre is átment. 30.-án már nemi szervein is megvolt a kiütés.

14. eset. Teljesen analog a 13.-kal.

15. eset. Egy szabónő *benzinnel* foglalkozása közben kapta az ugró jellegü kiütést.

16. eset. Egy cseléd a bútorokat *brunolinnal* kente be; másnap már kiütéseket kapott és 14 nap mulva osztályunkon a felső végtagokra és az arczra kiterjedő heveny dermatitissel jelentkezett.

17. eset. Egy napszámos 1903. szeptember 17.-én szúrt sebet kapott arczán, melylyel egy kórházi osztályra került, hol a sebre *carbolszagú* borogatást kapott. 24.-én az egész arczra, nyakra és mellre kiterjedő viszkető kiütéssel hagyta el a kórházat és heveny eczemával a jelzett helyeken került azután az orbánczosztályon keresztül — a mi ily heveny eczemaesetekben elég gyakori — bőrbetegosztályunkra.

18. eset. Egy szakácsnő arczába *denaturált szesz* ömlött; 24 óra mulva az egész arczra kiterjedő heveny eczemát kapott, melylyel azután osztályunkra került.

19. eset. Egy 53 éves vadőr csúzos fájdalmai ellen 10 nap előtt *„Rossfluid“*-dal kente be mellét egy napon háromszor, másnap már pörsenések jelentkeztek mellén, kezein és nemi szervein, és midőn osztályunkra felvétetett, egész arcza, nyaka, melle, felső végtagjai, nemi szervei fedve voltak igen heves nedvező, varas eczemával.

20. eset. Egy 51 éves kocsis, ki 1902. május 2., 3. és 4.-én egy lónak beteg lábát egy *„fluid“*-dal kenegette, 10.-én már osztályunkon volt az arczra, kezekre és nemi szervekre kiterjedő heveny eczemával.

21. eset. Egy 42 éves kávémérönő öt nap előtt vállizületi fájdalmait *„Reparator“*-ral és *kámfor-spiritus*-sal akarta csillapítani. Midőn hozzánk jött, felső végtagjainak és vállának bőre fedve volt papulo vesiculákkal és nedvező területekkel.

22. eset. Egy 18 éves csapos pediculi pubis ellen két nap egymás után *unguentum hydrargyr.*-vel kente be nemi szervei környékét, két napra rá az alhas bőre és a nemi szervek környéke diffus dermatitissel volt borítva.

23—24. esetek a 22.-kel analagok.

25. eset. Férfi, ki vasdarabbal megsértette egy hét előtt a kezét; a sérült helyre két napig *jodoformot* alkalmaztak, a harmadik napon már gyuladásos volt a keze és midőn hozzánk került, a sérült felső végtag bőre, valamint az egész arcz, fülek, nyak igen heves nedvező és varas eczemával voltak fedve.

26—33. esetekben ugyancsak *jodoform* volt a heveny eczema oka.

34. eset. 38 éves napszámos nő, ki egy hét előtt bal alsó végtagját rheumás fájdalmak miatt *„Borostyánkenőcs“*-csel kente be, másnap ezen alsó végtagja már kiütésekkel volt fedve, harmadnap már arczán, és midőn hozzánk került, jobb alsó végtagján is eczemás volt a bőre.

35. esetben lúgkőoldat és *kámforolaj* szerepelnek az eczema okául; hogy a kettő közül melyik volt az igazi, nem volt eldönthető.

36. eset. 33 éves fodrásznő, a ki a bal lábszárán támadt sebre egy *ismeretlen összetételü kenőcsöt* alkalmazott; rövid idő mulva előbb ezen, majd a másik alsó végtagján, majd a felső végtagokon, végül az arczon heveny eczema lépett fel.

37—45. esetekben ugyancsak ily *ismeretlen összetételü kenőcsökre*, melyek különböző okokból alkalmaztattak, volt a heveny eczema fellépése visszavihető.

46. eset. Nő, ki néhény hét előtt esés folytán megsértette lábát, a sérülést egy kuruzslónő kezelte *ismeretlen anyaggal*. A kezelés eredménye heveny eczema volt.

47. eset. 45 éves viczeházmesterné, ki három hét előtt egy háromemeletes ház lépcsőházát mosta fel *lúgos vízzel*; másnapra kezein, majd alkarján, később lábszárain és már osztályunkon létekor arczán keletkezett egy typikus heveny eczema.

48—55. esetekben szintén *lúg* volt az előidéző momentum.

56. eset. 37 éves nő, ki mindkét kéztőizület kankós gyuladásával feküdt osztályunkon. Egyik alkalommal az ápolónő *petroleumszagú ruhával* rakott borogatást a fájdalmas izületekre, másnap mindkét izület felett heveny eczema lépett fel a bőrön. A kisérlet petroleummal ugyanezt eredményezte.

57. esetben ugyancsak *petroleum* szerepel mint ok.

58. eset. 22 éves cseléd, ki 1903. májusban egy *szines barchentblouse*-t kapott asszonyától ajándékba, mely 23.-án való kimosás alkalmával sok festéket hagyott a vízben. 24.-én állítólag szárazon felvette, 25.-én már kiütéseket kapott. 28.-án osztályunkra jövetelekor a nyak, a mell és a has bőrén a kötözködésig, a vállon és a hát felső részén heveny eczemás elváltozások voltak.

59. eset. 22 éves szücssegéd, ki 1902. május 22.-én egy kádban, melyben víz, *szappangyökér* és *nyers bőr* volt, öt óra hosszat taposta ez anyagokat. Még aznap fellépett mindkét alszárán egy heveny dermatitis.

60. eset. 60 éves nő, ki alszárelephantiasisa miatt *gummipólyát* használt. Osztályunkon a gummipólya alkalmazása helyének megfelelő eczemával jelentkezett.

61. eset. 25 éves nevelőnő, kinél *Neumann*-féle kenőcstől támadt a köztakaró különböző helyén heveny, ugró jellegü eczema

62. eset. 21 éves viczeházmesterné, ki 1902. julius 17.-én este a házi szemétben egy fél tégely *„akácziakrém“* feliratú kenőcsöt talált, ezzel arczát és kezeit bekente még akkor este; három óra mulva arcza megdagadt és 21.-én az arczra, nyakra, mindkét kézre és felkarokra, a mell és hát felső részére kiterjedő nedvező izzaggal jelentkezett az osztályon.

A kenőcsöt behozattuk; a kisérlet a beteg alszárán dermatitis provokálását illetőleg positiv volt; majd magam vettem a kenőcsöt készítő gyógytárban 3 koronáért egy tégely „akáczia-krém“-et; a kisérlet ezzel is sikerült.

63. eset. Egy férfi, ki 1902. márczius 7.-én este haját és bajuszát *hajfestő olajjal* kente be, másnap estére már az egész fejbőrén nedvezett; 9.-ére pedig már az egész arczra kiterjedt a kiütés.

64. eset ugyanilyen.

65. eset. Illatszerrel szagosított olajjal kente be a fejét; 1—2 nap mulva arczán és kezein nedvező eczema támadt.

66. eset. 26 éves varrónő, ki 12 nappal kórházba jövetele előtt *sósborszeszel* mosta meg fejét, 2 nap mulva kiütések jelentkeztek arczán. Felvételekor a hajzatos fejbőrön, arczon, nyakon diffus, a kezeken kezdődő eczemát találtunk.

67. eset. Egy férfi székszorulás miatt „szélzsírral“ dörzsölte be hasát, másnapra hasán, majd mellén és a czombjain igen heves eczema támadt.

68. eset. 17 éves cseléd, kinél szemmütét után a kötést *ragtapaszszal* erösitették meg; ennek megfelelöleg az egyik homlok- és arczfélen heveny dermatitis lépett fel.

69—70. esetekben szintén *tapaszok* okoztak eczemás jellegü dermatitist.

71. eset. Kályhás, ki különböző *mázokkal* dolgozik és az arczán és kezein levő eczemát ezekkel hozza összefüggésbe.

72. eset. 15 éves fiú, ki egy év óta asztalosinas és *terpentinnel* is szokott foglalkozni. 1 hó óta kezein és arczán heveny eczema.

73—81. esetek. Műszerészek, gépészek, gépgyári munkások, nyomdászok, egy kocsis, kik *terpentinnel* sokat foglalkoznak. Erre vezetendők vissza heveny eczemáik.

82. eset. Munkásnő, kinek 2 nap óta van arczán nedvező és varas eczemája. Schellakkal, terpentinnel és politurral foglalkozik.

83. eset. 26 éves tejgazdasági alkalmazott, a ki *szódásvízzel* és *mészszel* manipulál és ezeknek tulajdonitja a felső végtagjain fennálló eczemáját.

84. eset. Miniummal foglalkozó egyén, kinél ugró jellegü heveny eczema van az arczon, kezeken, sőt az alsó végtagokon is.

Az eddig felsorolt esetekben az eczemát előidéző ártalom iránt nem volt kétségünk, a következő 14 esetben csak valószinünek vettük a kimutatható okot.

85—88. esetek olyanok, hol a heveny eczema okaiul *erős megizzadás* általában vagy a köztakaró egyes részein és más anyagok: timsó, por, czipőkenőcs szerepelnek egyszerre közvetlenül az eczema keletkezése előtt.

89—90. esetekben *diabetikus vizelet* és *vizeletcsurgás* indította meg a genitaliákról tovaterjedő eczemát.

91—98. esetekben *varicositas*-sal vagy *ulcus cruris* sal egyetemben volt jelen a heveny eczema. Tapasztalatból tudjuk, hogy e két bántalom gyakran kiséri egymást, illetöleg a varicositas és ulcus crurist az eczema. Ha tudjuk, hogy a varicositasnál és ulcus crusisnál *mennyi mindenféle szer, mosogatás, áztatás, kenőcs* stb. jön alkalmazásba, akkor hallva az előző eseteket, megmegtaláljuk a magyarázatát e bántalmak hogy úgy mondjam symbiosisának.

99—119. esetekben, tehát összesen 21 esetben nem találtunk egyáltalán támpontot az első heveny eczemaeruptio okának kideritésére.

84 esetben (71%) tehát biztosan, 14 esetben (12%) valószinüséggel és 21 esetben (17%) egyáltalán nem tudtuk az okát kideriteni a heveny eczemának.

Ha e 84 esetben, melyek az összes 119 esetnek több mint $^2/_3$-át teszik, végig tekintünk azon biztosan megtalált ártalmakon, melyek a folyamat megindulásánál szerepet játszottak, azt látjuk, hogy azok *kivétel nélkül vegyi anyagok*, melyek kivülről jutottak a bőrrel érintkezésbe, sőt a 14 valószinü okú esetben is oly momentumokat lehetett csak szerepeltetnünk, melyek szintén a vegyi anyagok sorába tartoznak és szintén kivülről hatottak a bőrre.

Ezen esetek, tehát az összes eseteknek körülbelül $^5/_6$ a, volnának a bécsi iskola külső okból származó eczemái és a francziák „dermatitis artificialis"-ai.

21 eset, $^1/_6$-a az összes eseteknek maradna meg a szervezetben rejlő okokból eredő eczemák, a francziák „igazi eczemái" számára.

Ezeknél, mint tudjuk, anyagcsere-, vérkeringési zavarok stb. dyscrasiák, diathesisek szoktak szerepelni az eczema direct okaiként.

A mint azonban e 21 esetben kivülről ható vegyi ártalmakat nem tudtunk kimutatni, nem volt egyetlenegy sem ezzel szemben a 21 közül olyan, a melyben minden kétséget kizártnak vehettük volna azt, hogy *ott valamely belső, a szervezetben rejlő valami, kivülről ható agens nélkül idézte elő az eczemás bőrelváltozást*, nem találtuk a szerepelni szokott momentumok egyikét sem oly praegnansul kifejezve ez esetekben, hogy a hirtelen támadt heveny eczemát ilyennel közvetlen összefüggésbe lehetett volna hozni.

De gondoltunk ez esetekben arra is, hogy talán a szervezetbe jutott vegyi anyagok (gyógyszer vagy toxinok alakjában) a vérkeringés útján jutottak a bőrrel érintkezésbe ép úgy, mint a kivülről hatók; azonban mig egyrészt ilyeneket egyetlen egy esetben sem találtunk biztosan, daczára annak, hogy figyelmünk rá volt irányitva, másrészt azon lobos jelenségek, melyeket ily haematogen intoxicatiók után a köztakarón jelentkezni látunk, egészen más természetüek, mint a heveny eczema.

Részünkről legalább, noha elég sok ily haematogen exanthemát láttunk, olyat, mely heveny eczema képében jelentkezett volna, egyetlen egyet sem észleltünk.

Tekintettel tehát vizsgálataink ily irányú negativ eredményére, tekintettel továbbá arra, hogy az eczemás dermatitis klinikai képe és lefolyása azonos, akár kimutatható annak oka, akár belső ok supponáltatik, tekintettel végül arra, hogy az esetek $^5/_6$ részében a nekünk kimutatni sikerült ártalmak vegyi anyagok voltak csupán, és miután ezek jó része, mint láttuk, olyan, mely a mindennapi életben megszokott, úgy hogy gyengébb emlékezőtehetségü egyének könnyen megfeledkezhetnek az azokkal való foglalkozásról, számuk pedig a felsoroltakon és általunk észleleteken kivül oly legio, hogy azoknak állandóan az emlékezetben tartása lehetetlen, és igy a heveny eczemás esetet észlelő orvos sem sorolhatja fel mindegyiket emlékezetbe idézés czéljából a beteg előtt, tehát egyes esetek okának kideritetlen voltául ez is betudandó, mindezek alapján a magunk részéről inkább feltételezzük azt, hogy az esetek $^1/_6$-ában is ugyanoly természetü ártalom idézte elő az eczemás elváltozást a köztakarón, mint az $^5/_6$-ban, és meggyőződésünk, hogy *kivülről a bőrre ható vegyi ártalmak nélkül oly folyamat, mely a heveny eczema képe alatt jelentkezik, nem indulhat meg a köztakarón.*

Tagadjuk-e tehát a szervezet felöl jöhető momentumok aetiologiai szerepét heveny eczemánál?

Összeállitottam az egész sorozatát azon anyagoknak, melyektől 9 év alatt a bőrbetegosztályon eczema keletkezését észleltük.

Ezek: eczetes agyag, anilinfestékes ruhadarabok, arnikatinktura, atropin-oldat, benzin, brunolin, czukortartalmú vizelet, denaturált szesz, fluidok, hajfestőszerek, higanykészitmények, gummikötszer, jodoform, kámfor, carbolsav, kátrány és készitményei, chlormész, lúg, odol, parfümös olaj, petroleum, 10%-os pyrogallus-kenőcs, „Reparator", rézgáliczoldat, szappangyökér, terpentin és készitményei.

Ezeket kiegészithetem azokkal, melyeket Lewin „Nebenwirkungen der Arzneimittel" czimü munkájában felsorol, mint olyanokat, melyek kivülről a bőrre jutva, eczemát okoznak.

Ezek, nem emlitve újra a már emlitetteket, a következők:

Methylenbichlorid, cinchonin, naphtalin, kreolin, pikrinsav, perubalzsam, kénkészitmények, ólomeczet, aluminium aceticotartaricum, sapo kalinus, naphtol, hydroxylaminum hydrochloricum, sinapis, faba anacardii, thapsia, cantharides, vaselin, empl. diachyl. composit., chloroform, chinin, fahéjsavas aethylaether.

Felhozhatnék még több újabb tapasztalatot is, de ezt már feleslegesnek tartom.

Ha mindezek, vagy csak bizonyos vegyi anyagok minden egyénnél, kinek bőre azokkal rövidebb-hosszabb időn át érintkezik, *typusos heveny eczemát* tudnának produkálni, felesleges volna a felvetett kérdéssel tovább foglalkozni; a felelet az volna rá, hogy a szervezet felöl jövő momentumok az eczema keletkezésénél szerepet nem játszanak és az eczema minden köztakarónak közönséges gyuladásos reactioja vegyi ártalmakkal szemben.

Azonban, a midőn nem tagadom, hogy elváltozásokat, a melyeknek laesioi klinice és anatomice a heveny eczema laesioinak felelnek meg, bizonyos vegyszerekkel minden köztakarón elő lehet idézni (Hebra kisérletei), annyival kevésbé, miután magam is számtalan ily általam végzett kisérletből meggyőződtem erről, épen e kisérleteim alapján mondhatom, hogy ezen elváltozások úgy hasonlitanak a bevezetésben leirt typikus heveny eczemához, mint egy 5 hónapos embryo egy teljesen kifejlett újszülöthöz. Ezen erőszakkal provokált eczema lokális elváltozás marad, sem per continuitatem, sem ugró módon tovább nem terjed, stabilizáló-

dásra, kiújulásokra hajlamot nem mutat, „a köztakaró többi része fokozottan érzékenynyé általa“ nem lesz, szóval lehet az eczemának egy abortiv formája, de nem *typikus heveny eczema*. A dolog különben is úgy áll, hogy míg a fenn felsorolt anyagok egy részét concentrált állapotukban, a többieket pedig a forgalomban, illetőleg a mindennapi használatban és alkalmazásban levő concentratioikban a legtöbb ember bőre általában sérülés nélkül türi, tehát nem sérül meg vagy állandóan, vagy hosszú időn át nem — hisz ellenkező esetben minden egyén, kinek bőre ki van téve a felsorolt vegyi anyagokkal való érintkezésnek, eczemás volna —, addig *az emberek egy kis részénél az ezen értelemben közömbös anyagoknak már minimális részei vagy igen híg oldatai nagyon rövid ideig a bőrrel érintkezve, azon oly sérülést okoznak, hogy annak nyomában ama súlyos és nagykiterjedésü eczemás elváltozás keletkezik, melyet a bevezetésben mint közönségest, mindennapit vázoltam.*

Hebra F. az ily egyének bőrét igen találóan a fényképészek érzékeny lemezéhez hasonlította, melyen a leggyöngébb fénysugár is kifejezett nyomokat hagy.

Ezen egyének két csoportra oszlanak mai tudásunk szerint, és pedig olyanokra, a kiknek köztakarója *általában* sokkal érzékenyebb külső vegyi behatásokkal szemben a normálisnál, másodszor olyanokra, a kiknek bőre csak bizonyos, *rendesen csak egy vegyi anyaggal*, pl. jodoformmal, vagy arnika-tinturával, vagy higany készítményekkel, vagy a napnak vegyi, úgynevezett ultraviolett sugaraival stb.-vel szemben intolerans, úgy hogy az ezek minimális mennyisége által okozott *sérelemre* is igen gyorsan igen heves eczemával reagál, míg más kivülről ható vegyi ártalmakkal szemben csak átlagos érzékenységet tanúsít.

Az egy rohammal végződő heveny eczemaesetek rendesen ez utóbbi csoporthoz tartoznak.

Természetesen a maximálistól lefelé az átlagos érzékenységig mindkét alaknál vannak fokozatok, azonban e szerint, veszít a heveny eczema is fokozatosan jelentőségéből és súlyosságából, illetőleg a bevezetésben leirt képből.

Az első csoportnál *általános*, a másodiknál *specifikus túlérzékenységről* beszélünk, ez utóbbi *idiosyncrasia* név alatt is ismeretes.

E fogalmak, az általános hypersensibilitás és idiosyncrasia, az általános pathologiából és toxicologiából ismeretesek és vonatkozhatnak úgy az egész szervezetre, mint egyes szervekre vagy rendszerekre, sőt egyes szövetféleségekre is, és tudjuk, hogy számos megbetegedésnek és mérgezésnek indirect okozói lehetnek. Tudjuk azt is, hogy fennállhatnak a születéstől, felléphetnek az élet bármely szakában, rendesen kideríthetetlen, ritkábban megfejthető okokból, fennmaradhatnak az egész életen át vagy eltünhetnek.

Speciell a köztakaróra vonatkoztatva, ha néha külső vegyi ártalmak (terpentin) hosszas és gyakori behatásában, vagy a köztakarónak structurabeli hiányosságában (leukopathia Jadassohn), gracilis jellegében stb. meg is találjuk e hypersensibilitások okát, mégis általában belső folyamatok kormányzata alatt látszanak állani. Jól észlelt eczemaesetek (*Hebra, Veiel*) ugyanis arra mutatnak, hogy a szervezet rendes physiologikus functioiban történő változások: pubertas, terhesség, klimax, fogzás stb. befolyással birnak reájuk, talán a vérképző szervek, az anyagcsere, a belső secretio stb. zavarai, haematogen toxikus, autotoxikus anyagok szintén.

Ily alakban juthatnak érvényre a szervezet felől jövő momentumok mint belső okok a heveny eczema aetiologiájában akár a bécsi iskola, akár a francziák felfogása szerint. *Ezen szerepük azonban csak az általános túlérzékenység (sérülékenység) vagy speciális idiosyncrasia megteremtésében nyilvánulhat*; önmagukban sem ezen belső okok, sem az általuk létesített hypersensibilitása a köztakarónak eczemát meg nem indíthatnak, ilyet mi sohasem láttunk. Idiosyncrasiákkal és általános hypersensibilitással élhetik az emberek egész életüket végig a nélkül, hogy valaha eczemában szenvednének, ha bőrük különben valamely úton-módon érintkezésbe nem kerül az odiosus anyagokkal.

Ha azonban ez megtörténik, akkor beáll a *köztakaró intoxicatioja* és nyomában rövid idő — 1—2 nap — alatt létrejön a *heveny eczema* összes jellegző tüneteivel.

Mi tehát nem ismerünk külön belső és külön külső okok által előidézett heveny eczemát, vagy artificiális dermatitist és igazi eczemát, hanem csak egyet, azt, melyet *kivülről ható vegyi ártalom* és még nem eléggé ismert, nagyrészt talán a szervezet belsejéből jövő tényezők által kormányzott *általános vagy speciális túlérzékenysége a köztakarónak karöltve idéz elő és tart fenn*; mert csak az ily feltételek mellett támadó heveny dermatitis felel meg a banális, mindennapi, tehát typusosnak mondható heveny eczemának és viseli ennek minden jellegző tulajdonságát: a környezet felé, az ugró módon való tovaterjedésre, az állandósulásra, a ki-kiújulásra való hajlamot és a köztakarónak a megnyugvásra való csekély hajlandóságát; mert a mi eseteink, melyek a heveny eczema első rohamával kerültek szemünk elé, szintén ilyenek voltak; végül mert a heveny eczemának ezen definitioja alapján könnyen megérthetők a heveny eczema egyes tulajdonságai, viszont elesnek azon erőltetett hypothesisek, melyeket a bécsi iskola ezek magyarázatára kénytelen volt felállítani.

E tulajdonságok egyike a *heveny eczema ugró jellege*, mely szerint ha pl. az egyik kézháton jelentkezett az eczemás elváltozás, kiváltva valamely vegyi inger, mondjuk arnica-tinctura okozta sérülés által, másnapra esetleg már átugrik a másik kézre is, vagy az arczra, vagy a nemi szervekre, a nélkül, hogy a közti bőrterületeken az eczemának még látható nyoma volna; a másik tünet *az egész köztakarón támadó igen nagyfokú érzékenység* párhuzamosan a köztakaró valamely helyén, pl. az egyik kézháton fellépő heveny eczemával, mely érzékenység oly fokú lehet, hogy már minimális ingerek is, melyeknek azelőtt is ki volt az illető téve, mint ruhadörzsölés, vakaródzás, mosdás, egyszerű vizes borogatások stb. is tudnak bárhol a köztakarón sérülést és igy eczemás elváltozásokat előidézni.

E tüneteket a legtöbb német tankönyv úgy magyarázza, hogy *a legelőször fellépett eczemás elváltozás*, melyet valamely külső inger is kiválthatott, *reflectorius angioneurosis vagy trophoneurosis útján maga idézi elő részben az egész köztakarónak hyperirritabilitását, részben távoleső — symmetriás — helyeken valóságos eczemás elváltozásait, „reflexeczemáit“ a bőrnek.*

Ezen hypothesis tarthatatlan voltát „*Létezik-e reflexeczema?*“ czimű munkámban kisérletek alapján már 1902-ben bebizonyítottam és most ezen munkámra való utalással a fenti definitio alapján demonstrálhatom, hogy a heveny eczemának ezen sajátságosnak látszó tünetei minden hypothesis nélkül mily egyszerüen magyarázhatók.

Ha pl. egy egyén, kinek köztakarója jodoformmal vagy arnicatinctur á val szemben hypersensibilitással, idiosyncrasiával viseltetik, kezét megsérti és e sérülése ez anyagok valamelyikével lesz kezelve, különösen ha ő maga manipulál ez anyagokkal, sérült kezéről közvetlenül eljuthatnak ez anyagok a másik kézre, az arczra és a nemi szervekre, a heveny eczema praedilectionális helyeire, sőt elillanás útján még a ruházaton keresztül, ha diluáltan is, a köztakaró bármely részére is. Az előbbi helyeken az ab ovo érzékeny bőrön erős sérülést és ennek nyomában a heveny eczemát magát, a köztakarónak többi részén pedig csekély sérülést és igy kisebb fokú, szabad szemmel talán még nem látható elváltozásokat okoznak, melyek a vegyi ártalom elillanó részecskéinek, ha kellő időben el nem távolittatnak, folytonos odajutása vagy más enyhe ingerek által a kifejezett eczemás elváltozásig fokozódhatnak.

* * *

Előadásom végére jutottam; összegezem annak lényegét:

1. *A heveny, az első rohammal szemünk elé kerülő eczemák kiváltó oka az összes esetek 5/6 részében kideríthető és ez minden alkalommal a köztakaróra kivülről ható valamely, igen gyakran teljesen közömbösnek látszó vegyi anyag.*

2. *A ki nem derített esetekben a kiváltó ok szintén csak kivülről ható vegyi anyag lehet.*

3. *A banális, mindennapi heveny eczemákat ezen vegyi anyagok csak általános vagy speciális túlérzékenységü (idiosyncrasiás) köztakarón válthatják ki*, tehát *ezen túlérzékenység játszsza a heveny eczema aetiologiájában a legfőbb szerepet*, és a midőn ezt hangsúlyozom, rámutatok egyúttal arra, hogy ezen túlérzékenység szerepének félreismerése volt az eczema tanában a „reflex-theoria“ szülőoka.

TÁRCZA.

Az állandó munkásjóléti kiállítás Berlinben.

Gróf *Apponyi Albert* minister ő nagyméltósága megbizásából megtekintettem a porosz kormány által csak pár év előtt létesített állandó munkásjóléti kiállítást Berlin-Charlottenburgban.

Nem egyéb ez, mint egy *iparegészségügyi muzeum*, mely az által, hogy állandó kiállítás jellegével bir, a hol idevágó iparczikkek gyártói és új vagy javított védelmi eszközök feltalálói gyártmányaikat, illetőleg találmányaikat díjtalanul kiállíthatják és bemutathatják, az elmaradás veszélyének nincsen kitéve, hanem mindig a legmodernebb szinvonalon áll.

Pártolják ezt a rendkivül becses és nagyszabású intézményt a hygiene tudományos képviselői is. Igy pl. bemutatják képekben, kórboncztani készítményekben és moulage-okban a fontosabb iparbetegségeket; graphikonokban a védekezés praktikus eredményeit. Mások kiállítják az egyes fontosabb egészségügyi vizsgáiatokra (levegő, viz, tej) szolgáló eszközöket; ismét mások a tápszerek összetételét mutatják be szemléltető, tanulságos módon és nyomatott lapokat osztogatnak, melyek a munkást megtanítják arra, hogy miképen táplálkozhatik legczélszerübb és legolcsóbb módon.

A kiállítás igazgatósága gondoskodik arról, hogy szakavatott, intelligens vezetők a látogatók tájékoztatására mindig rendelkezésre álljanak.

A felállított gépek (pl. fürészek, húsvágógépek, köszörük stb.) valamint az ezekkel való bánás közben előforduló balesetek elhárítására szolgáló berendezések müködés közben mutattatnak be; maga az érdeklődő vendég is megpróbálhatja ezeket a vezető utasításai szerint, úgy hogy alkalom van arra, hogy bárki önálló véleményt is alkothasson magának valamely védelmi berendezés czélszerüségéről.

Tudakozódtam természetesen, hogy a közönség érdeklődik-e csakugyan ezen intézmény iránt? A mit megtudtam, a következő:

Az iparosok és gyárosok, kiknek kötelességük az ipari balesetek elhárításáról gondoskodni, sürün látogatják a kiállítást, úgy hogy a kiállítók igen meg vannak elégedve az ezáltal reájuk háramló haszonnal.

A munkások szabad idejükben csoportosan látogatják a kiállítást, figyelmesen hallgatják a magyarázatokat és maguk is megbirálják a kiállított védelmi találmányokat. Ezen közvetlen a gyakorlatból eredő kritika nem egyszer hasznos javításokra vagy módosításokra vezette a feltalálókat és kiállítókat.

Legérdekesebbnek tartom azt, hogy a látogatók igen nagy részét a *munkásnők*, a *munkások feleségei képezik*. Egyszerre 50—60 is jő. A táplálkozás az, a mi őket legjobban érdekli és minden, a mi ezzel összefügg. Gondosan megjegyzik, hogy melyek a tápanyagokban leggazdagabb és egyszersmind a legolcsóbb tápszerek és nagy figyelmet tanúsítanak minden iránt, a mi a háztartás takarékosságára befolyással van, mint a milyen pl. a Németországban mindinkább elterjedő *ételt melegitő, illetőleg melegen tartó láda*, a tejkezelés és a tej eltartására szolgáló eszközök stb.

Vezetőm, ki maga is intelligens munkás volt és azelőtt sokféle gyárban dolgozott, határozottan állitotta, hogy ez nem pusztán kiváncsiság, hanem hogy ezek az asszonyok valóban hasznát is veszik mindannak, a mit itt látnak és hallanak.

Ezen kiállítás tanulmányozása újra meggyőzött arról, hogy a közegészségi viszonyok javítása, a hygieniai kérdések iránti érdeklődés felkeltése érdekében alig tehetünk hasznosabbat és czélszerübbet, mint azt, hogy közegészségi muzeumokat létesitsünk egyes nagyobb városokban, pl. minden megye székhelyén, úgy a mint azt már több év előtt, sajnos eddigelé minden eredmény nélkül, hazánkra nézve indítványoztam, azt ajánlva, hogy ezen muzeumok, melyek egyelőre igen szerény keretekben mozoghatnának, állandó kiállitások jellegével birjanak, már csak azért is, mert igy legolcsóbban volnának létesíthetők.

Reméljük, hogy az általános politikai viszonyok javulásával, melyeknek zavaros volta az országot egy időre elvonta a culturális tevékenységtől, reá fog kerülni a sor ezen fontos egészségügyi kérdés komoly megfontolására is.

Id. *Liebermann Leó*
egyetemi tanár.

Neumann Izidor †.

(1832—1906.)

A világhirü régi bécsi iskola nagyjai — Rokitansky, Skoda, Oppolzer, Hebra, Sigmund — kidőlése után a tanítványaikból alakult tudományos gárda vette át örökségüket s igyekezett a nagy nyomokon haladni, esetleg új ösvényt vágva.

Ma már ez a második generatio is, melynek még megadatott, hogy a tudomány igéit a régi nagyoktól hallja s melynek müködése még összefonódott azokéival, nagyrészt a multé. Alig maradt még egy-egy körünkben, hogy mint mérföldmutató daczoljon az idővel a mult és a jelenkor határán.

Ilyen férfiú, a *nagyok nagy tanítványa* volt az 1906. augusztus 31.-én Bécsben elhunyt *Neumann Izidor*.

Hebra és Sigmund örökségét vette át kortársával és barátjával, a tavaly elhunyt Kaposival egyetemben De épen úgy, mint Kaposi, Neumannn sem volt Hebrának egyszerű követője. Mindketten mint tanítványai kezdették el müködésüket s mint méltó munkatársai és utódai folytatták. Azoknak a tanoknak, melyeknek összeségét Hebra mint a dermatologia „bécsi iskoláját“ hirdette, Neumann nemcsak elfogadója volt, hisz azok egy nagy részének keletkezésében közremüködött. Vele és Kaposival beszélte meg Hebra észleléseit, együttesen vitatták meg azokat s úgy került az mint „Hebra-féle felfogás“ a dermatologiába. Ilyképen válik érthetővé az a csodálatos összhang, mely a három bécsi tudós — Hebra, Kaposi és Neumann — tudományos nézeteiben nyilatkozott s ilyképen látjuk természetesnek azt a több oldalról túlságba vittnek tartott conservativismust, mely müködésüket sokban jellemezte. Hisz azok a tételek, az a rendszer, melyet Hebra hirdetett, Neumann és Kaposi közremüködésével jött létre s az ő tudományos meggyőződésüket is képviselte, s ha azok megtámadtattak, azokban saját nézeteiket védelmezték legjobb tudásukkal.

Hebra már mintegy két évtized óta, Kaposi alig egy éve halott, s most dőlt ki a harmadik munkatárs, Neumann Izidor. Vele hosszú — 1832-ben született Morvaországban —, munkában eltöltött, de eredményekben és elismerésben is gazdag élet fejeződött be. A bécsi fakultás legragyogóbb idejében került az egyetemre, s Rokitansky, Skoda s első sorban Hebra felismerve benne a kiváló tehetséget és szorgalmat, különösen megkedvelte. 1858-ban orvosdoktori diplomát nyert s már 1861-ben mint a bőr- és bujakórtan magántanárát habilitálták. 1873-ban rendkivüli, 1881-ben rendes tanár lett a bécsi egyetemen. Közben sürün érték nemcsak a tudományos, de a társadalmi kitüntetések is, míg 71 éves korában nyugalomba vonult.

Neumann érdemei a dermatologia történetében fel lesznek jegyezve. Az elsők egyike volt, a ki Rokitansky nyomán a dermatologiai vizsgálatoknál a mikroskopot rendszeresen használta, a bőrmegbetegedések anatomiáját kutatta s a szövettani elváltozások diagnostikai fontosságát hangsúlyozva, maga is nemcsak részt vett az ezirányú kutatásokban, hanem azokra több izben irányadó befolyást is gyakorolt. Munkásságát eredetiség mellett a leglelkiismeretesebb pontosság jellemzi. Dolgozatainak egy nagy része a syphilidologia terén mozog s a Nothnagel-féle gyüjtőmunkában a syphilis monografiáját ő irta meg széles alapon s az irodalom bámulatos ismeretével. Dermatologiai dolgozatai szintén számosak. E helyen csak utalunk azokra a dolgozatokra, melyek a keratoma palmare, verruca senilis, leiomyoma, atrophia cutis senilis, ekthyma cachecticorum és pemphigus vegetanst tárgyalják klinikai s nagyrészt anatomiai alapon s melyek közül nem egy az alapvető dolgozat.

Neumann nagy érdeme volt, hogy Kaposival egyetemben nagy küzdelem után sikerült szakmáját a bécsi egyetemen rendes tan- és szigorlati tárgygyá tenni.

Halálát nemcsak a bécsi egyetem, valamint a bécsi dermatologusok egyesülete, melynek nagyérdemü elnöke volt, nemcsak tanítványai — közöttük Prof. Rille, Finger, Ehrmann, Matzenauer — gyászolják, hanem érzi a veszteségét maga a dermatologia tudománya is. Hozzánk magyarokhoz, mint szerette hangsúlyozni, mindig rokonszenv fűzte s meg vagyunk győződve arról, hogy a bécsi egyetemet végzett kartársaink mindig hálásan fognak meg-

emlékezni a türelmes, öreg Neumann professorról, a ki nagy tudománya mellett mindenekelőtt becsületes volt úgy embertársai, mint az iránt a tudomány iránt, melynek egy hosszú életen át önfeláldozó papja volt. *Poór Ferencz.*

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

M. Benedikt: Aus meinem Leben. Erinnerungen und Erörterungen. Wien. 1906. C. Konegen.

Benedikt könyvében nagyon panaszkodik a felett, hogy Bécsben mennyire ellenséges szemmel nézik az ő tudományos működését, felemlíti physikai tárgyú, a szemészethez tartozó munkáit, anthropologiai dolgozatait és Röntgen-tanulmányait, a melyek egy részét egyáltalán nem is szokták felemlíteni. Benedikt élesen elitéli a bécsi orvosi karon uralkodó állapotokat. A könyv egyébként útleirásokat, életrajzi adatokat, művészeti kérdések fejtegetését, politikai nézeteket, congressusi élményeket tartalmaz, melyek között sok a tisztán személyes érdekü. Általános érdeklődésre tarthat számot a Bécsben az 1850. év körül működött tanárokról és az akkori tanításról szóló fejezet, a Veronában tett osztrák katonaorvosi szolgálat alatt a hadseregben talált sok visszaélés leirása, az emberismeretről és orvosi művészetről szóló fejtegetés, az alkoholismus- és tuberculosis kérdéseknek tárgyalása. Benedikt Kis-Martonban született, de azért mindvégig „valódi régi osztrák“ voltát hangsúlyozza és a magyarok túlkapásairól is megemlékezik.
Kollarits Jenő.

E. Jacobi: Supplement zum Atlas der Hautkrankheiten mit Einschluss der wichtigsten venerischen Krankheiten. Berlin und Wien. 1906. Urban und Schwarzenberg.

A szerzőnek atlaszát, mely rövid idő alatt két kiadást ért, az előttünk fekvő pótkötet még becsesebbé és tanulságosabbá teszi. A színes képek, a melyeknek szépsége és élethűsége páratlan, a párisi St. Louis-kórház és a berlini, boroszlói, freiburgi stb. klinikák moulage gyüjteményének legjobb példányai nyomán készültek. Tartalom dolgában e pótkötet vetekedik az atlaszszal, a mennyiben 76 színes ábrát tartalmaz. Az ábrák kitünően vannak megválogatva; különösen a venereás betegségek, nevezetesen a lueses kórformák nyertek böséges helyet. A kisérő rövid szöveg lényeges segitséget nyujt a tájékozódásban. *Jacobi* atlaszának e kiegészítő részét a legnagyobb örömmel üdvözöljük s úgy a kartársainknak, mint az orvostanhallgatóknak melegen ajánljuk. Ára 15 K. 60 f. *Guszman.*

F. Fonk: Radium und Nervensystem. Leipzig. G. Thieme.

A délamerikai szerző füzete curiosumkép érdemel megemlítést. Szerinte ugyanis a radium sugarai az agyvelő sajátos sejtjeibe jutnak. Ezek a sejtek azokból az idegfluidumot, minden magasabb szervezet éltető elemét készitik, és ezt a fluidumot az idegeken át a testben szétömlesztik. Az agyvelő tehát olyan készülék, mely a radiumot úgy dolgozza fel, mint a tüdő az oxygent.
Kollarits Jenő.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az intravenosus vasarsenkezelést a következő esetekben tartja javaltnak *E. Franck*: 1. Anaemia és chlorosis oly eseteiben, a melyekben vaskészítmények a gyomor útján nem adhatók. *Boas* szerint ez az eset forog fenn *a)* organikus gyomorbajokban, *b)* hyperaciditás és hypersecretio eseteiben, *c)* olyan esetekben, a melyekben a jelen volt dyspepsiás zavarok vas belső használata után fokozódnak. A szerző e helyen közbevetőleg még megemlíti, hogy chlorosis eseteiben 14 naponként venaesectiót is szeret végezni 50—100 gm. vér kibocsátásával, valamint hetenként 1—2-szer izzasztófürdőt is ad; ez utóbbit nem minden beteg türi jól. 2. Ágyban fekvő betegeknél a lassan haladó reconvalescentia elősegítésére. Az ágyban fekvő betegek, a mint ismeretes, az emésztőszervek útján beléjük juttatott vaskészítményeket nehezen és hiányosan assimilálják; ha tehát náluk javaltnak mutatkozik a vastherapia, legczélszerübb az intravenosus utat választani. 3. Szövődményes betegségekben, a melyekben vasra is, de meg másféle orvosságra is van szükségünk, a mikor tehát a collisiót a per os adott másik orvossággal el akarjuk kerülni. Mint ilyent felemlíti a késői luesre gyanús azon eseteket, a melyekben rendkivül gyorsan fejlődnek nagy kemény mirigyduzzanatok föleg a nyaknak egyik vagy mindkét oldalán; ez az adenitis higanyra többnyire nem reagál, jól befolyásolható azonban joddal és arsennel; ilyenkor tehát a jodot a szájon át, az arsent pedig vasarsen alakjában intravenosusan adjuk. Ide tartoznak továbbá az elhúzódó malaria-esetek, a melyekben a chinint a szájon át, a vasarsent pedig a vér útján viszszük a szervezetbe s igy mintegy két oldalról támadjuk meg a betegséget. Jó eredménynyel használható továbbá az intravenosus vasarsenkezelés neurasthenia, hysteria eseteiben, valamint egyes nőbajokban, főleg azért, mert a befecskendéseket csak az orvos végezhetvén, a betegek inkább maradnak az orvos ellenőrzése alatt. A befecskendezéskor csak arra kell vigyázni, hogy csakugyan a venába jusson az anyag, mert különben fájdalmas beszürödések támadnak. A szerző a ferrum cacodylicumot használja, a melyet sterilen, üvegtubusokba forrasztva készittet el a gyógyszertárban. 1—2 naponként végez egy-egy befecskendezést és pedig eleinte kis menynyiséggel (0·05 gm.1·0 gm. vizre), később azonban fokozva az adagot 0·075—0·1 gm.-ig. Körülbelül 30 befecskendés kell egy kúrához, czélszerü azonban nem hirtelen abbahagyni e kezelésmódot, hanem aztán is még 1—2 hétig hetenként 2 befecskendezést végezni. Elméleti fejtegetések alapján a szerző nem tartja kizártnak, hogy a vasarsen intravenosusan használva gyorsabban és erélyesebben fejti ki hatását. (Medizinische Klinik, 1906. 22. szám.)

Tüdőgümőkór több esetében használta *Zinkgraf* a kovasavas natriumot, a melyre Kobert tanár hivta fel a figyelmet ezelőtt 5 évvel, abból a feltevésből indulva ki, hogy talán sikerül vele a gümőkóros góczok körül levő kötőszövetsarjadzásokat erős hegszövetté átalakitani. A szerző a szert részint a lippspringeni kovasavas viz alakjában (naponként egy palaczk), részint a Merck-féle natrium silicicum purissimum crystallisatum alakjában (naponként 2 gramm) adta. A betegek a szert nagyon jól türték s az elért eredmények is nagyon biztatók voltak. (Beiträge zur Klinik der Tuberculose, 5. kötet, 4. füzet.)

Heveny typhosus cholecystitis esetét irja le *Lejars*. A 35 éves nőbetegnél a typhus-reconvalescentia kezdetén hirtelen hőemelkedések, pulsus-szaporodás és hasfájdalmak jelentkeznek. A tüneteknek hirtelen beállása és gyors rosszabbodása miatt bélátfúródásra gondolnak és mütéti beavatkozásra határozzák el magukat. A mütétkor a hasüregben csak kevés savós folyadékot találnak, bélátfúródás nincs, a féregnyúlvány pedig teljesen normális Az epehólyagon azonban kóros elváltozások vannak: erősen megnagyobbodott, piros, friss adhaesióktól körülvett. Bemetszésére bőségesen ürül phlegmonosus geny, mélyében néhány kő van, a melyeket eltávolitanak. Az epehólyagot aztán a hasfalhoz varrják és drainezik. A betegség kedvezően folyt le. Az epehólyag fertőződése typhus-bacillusokkal gyakori s általában 3 alakját lehet megkülönböztetni: 1. heveny nem genyes cholecystitis, 2. az epehólyag empyemája és 3. az epehólyag elhalásával és átfúródásával járó alak. Ha typhus lefolyásában az epehólyagnak 36—48 órán túl tartó feszültségét és fájdalmasságát találjuk septikus fertőzés tüneteivel kapcsolatban, mütétet (cholecystectomia vagy cholecystostomia) kell végezni. Legsúlyosabbak a tünetek a 2. és 3. alakban. 34 ilyen esetből a nem operált 27 eset mind halálosan végződött, míg az operált 7 közül 4-ben gyógyulás következett be. (La semaine médicale, 1906. 26. szám.)

Az idült habituális obstipatio gyógyitása regulinnal. A mint ismeretes, *A. Schmidt* a német orvosok és természetvizsgálók mult évi összejövetelén azt a tételt állitotta fel, hogy idült habituális obstipatioban szenvedők a táplálékot túlságosan jól használják ki, úgy hogy nagyon kevés és nagyon kemény bélsár képződik; minthogy pedig nagyon kevés tápanyag marad ki-

használatlanul a bélben, nagyon kevés bakterium fejlődhetik, ennek folytán kevés bomlástermék lesz jelen, a mely a vastagbelet összehúzódásokra ingerelje. A feladat tehát az, hogy a bélsarat egyrészt bőségesebbé, másrészt azonban puhábbá is tegyük. Ez elérhető agar-agarral, a melyhez kevés cascara-kivonatot is adunk. Ez a két anyag együttesen „*regulin*“ elnevezéssel kerül a forgalomba, s már többen dicsérően nyilatkoztak róla. Ujabban *Voit* közli regulinnal 25 betegen tett észleleteinek eredményét. Többnyire egy evőkanálnyit adott naponként, s ha erre az adagra nehány nap alatt nem mutatkozott eredmény, két evőkanálnyi mennyiségre tért át, még pedig vagy egyszerre adta ezt a mennyiséget, vagy pedig két részben délben és este az evés után. Az eredményekkel általában meg volt elégedve; az esetek többségében ugyan nem hat „cito“, de „tuto et jucunde“. A regulin természetesen csak idült székrekedés eseteiben használandó; olyan esetekben, a mikor csak egyszer vagy másszor akarunk bő székürülést létesíteni, más szerek veendők igénybe. (Münchener medizinische Wochenschrift. 1906. 30 szám.)

Enteroptosis és cardioptosis több gyógyult esetét ismerteti *Einhorn* newyorki tanár. Esetei kapcsán főleg arra hivja fel a figyelmet, hogy mily nagy szerepet játszik az ilyen eseteknek meggyógyulásában a testsúlynak gyarapodása. Tapasztalatai szerint első sorban a szív az, a mely rendes helyére visszakerül, már olyankor, a mikor a többi szerv rendellenes helyzete még semmit sem változott. Úgy gondolja továbbá, hogy cardioptosis eseteiben sokkal gyakrabban is következik be a gyógyulás, mint más zsigerek ptosisában. Eseteiben a fősulyt a jól illő haskötő alkalmazására és a bőséges táplálásra helyezte; hogy pedig a kettő közül az utóbbi a fontosabb, az abból következtethető, mert épen cardioptosis eseteiben nagyon gyakori a gyógyulás, pedig itt a kötő nem igen játszhatik szerepet. Végezetül hangsúlyozza, hogy noha enteroptosis nem minden esetében következik be gyógyulás, a prognosis mégis csaknem mindig jó. Csaknem minden esetben sikerül észszerű kezeléssel az összes subjectiv nehézségeket teljesen megszüntetni. (Berliner klinische Wochenschrift, 1906. 34. szám.)

Az anaemia perniciosa gyógyítása Röntgen-fénnyel. Maixner prágai tanár osztályán *Hynek* anaemia perniciosa 8 esetében tett kisérletet Röntgen-sugarakkal. A betegek közül 4 meghalt, 4-nek állapota azonban tetemesen javult; egy betegnél ez a javulás már másfél év óta tart. Minthogy a betegek másféle kezelésben nem részesültek, az eredmény a Röntgen-sugaraknak tudandó be s ezeknek lymphocytolytikus hatásából magyarázható. Anaemia perniciosa eseteiben ugyanis a lymphadenoid szövet proliferatiojával állunk szemközt, a melyet főleg fiatal lymphocytáknak erythroblastokká átalakulása jellemez; ezek az erythroblastok morphologiai tekintetben azonosak ugyan a normális erythroblastokkal, különböznek azonban tőlük abban, hogy ellentállóképességük sokkal csekélyebb; az áramló vérben könnyen szétesnek. Ezek szerint a haemolysis anaemia perniciosában másodlagos jelenség, a mely kóros vörösvérsejteknek termelődése folytán keletkezik. (Sbornik klinicky, 7. kötet, 4. füzet.)

Idegkórtan.

Contracturák, spasmusok, reszketések gyógyítása czéljából *Brissaud, Sicard* és *Tanon* kisérleteket végeztek. Abból a tapasztalatból indultak ki, hogy 70—80%-os alkoholinjectiók, a melyek az idegtörzsöt érik, képesek a trigeminus neuralgiás fájdalmakat megszüntetni, és a facialisban mutatkozó összehúzódásokat is javítják. A szerzők ezt négy gyógyult trigeminus-neuralgián és két gyógyult facialis-görcsön elért eredménynyel igazolják.

A szerzők az ischiadicus alkoholozását hemiplegiás és paraplegiás contracturák enyhítése czéljából végezték. A befecskendezés után a láb meleg és piros lesz, felületes bőrérzéstelenség támad, a lábujjak bénulnak, az inreflexek megszünnek, a contractura enged. Ugyanily módon szüntethető meg a Parkinson-kór reszketése és a láb athetosisos mozgása is. A paresis négy hétig eltart, néha igen kellemetlen paraesthesiák támadnak, melyek langyos borogatásra vagy aspirinra megszünnek. A betegnek azonban a contractura megszünése nagy előny. Minthogy a legrégibb kezelt eset csak két hónapos, az egész dolog még csak a kisérletek szakában van. A későbbi kisérletek folyamán 2 cm³ 40%-os alkohol is elegendőnek bizonyult. (Revue neurol., 1906. 14. sz.)

Kollarits Jenő dr.

Környéki idegsérülések seborvosi kezeléséről értekezett *Medea* és *Rossi*. 12 esetben a n. radialis, két esetben a cubitalis, egy esetben a medianus, egy esetben az ischiadicus, egy esetben a plexus sacralis volt a beavatkozás tárgya. A neuroraphia volt a leghatásosabb eljárás.

Általában az a nézet, hogy az érzés visszatérése megelőzi ilyenkor a mozgás visszatérését. A szerzők azonban azt találták, hogy ez nem szabály, a mennyiben csak az esetek egy részére áll, míg máskor a fordított sorrend van érvényben.

A működés visszatérése meglehetős időt vesz igénybe. Igy volt ez még azokban az esetekben is, a melyek a legkedvezőbbek, a melyekben a sérülés után egynehány nappal történt a műtét, mert a mozgás visszatérése a legjobb esetben is egy hónap mulva következett csak be, ekkor az érzés már helyreállott. (Revue neurol., 1906. 14.)

Kollarits Jenő dr.

Sebészet.

A harmadik ezer strumaműtétről számol be *Kocher*, a mely seriest az utolsó 5 év alatt operálta. Ezen ezer esetből, a mely magában foglalja strumitis, Basedow-kór, struma maligna és közönséges struma eseteit, meghalt 7. E 7 halálesetből 3 struma malignára (36 eset) esik, itt a halál voltakép nem a strumaműtét következése, hanem a carotis communis lekötése folytán az agyban beálló keringési zavarok, vagy a trachea és nyelőcső kiterjedt resectioi játszanak okozásában fontos szerepet. Strumitis esetei (8) gyógyultak. Basedow-kór miatt végzett 52 strumaexcisio közül egy halt meg utóvérzés következtében. 904 közönséges struma esetéből 3 halála volt, egyik esetben utóvérzés volt a halál oka, a második esetben pedig pneumonia; ez esetben a bonczolás atrophia et dilatatio cordist is derített ki. A harmadik esetben a betegnél gyermekkora óta kétoldali recurrensbűdés és nagyfokú myocarditis állott fenn. Ezek alapján jogosult a következtetés, hogy a sebészet mai állása mellett a strumaműtét életveszély nélkül végezhető. Egy esetben sem állott be infectio, mely a beteg életét veszélyeztette volna. A tiszta asepsis legegyszerűbb módját használja. A *Fürbringer-Ahlfeld* módszere szerint meleg vizet, szappant és 75% alkoholt használ, a sebbe antiseptikus szereket nem tesz, aseptikus gazet használ. Az antisepticumok közül csak sublimatot vesz igénybe a *selyem* kifőzésére, a melyet kizárólagosan használ. Nagyon fontos *a legpontosabb vérzéscsillapítás*; utána a drainaget 24 órára alkalmazza. A strumaműtétnél a legsúlyosabb szövődményt a szív megbetegedése rejti magában, azért minden strumaoperatio előtt a szívinsufficientiára pontos vizsgálat végzendő. A betegeket nem altatja, mert eltekintve a szívinsufficientia esetén beálló nagy vérnyomáscsökkenéstől, az éber állapotban való műtevés a legnagyobb biztositékot nyujtja, hogy a recurrenst nem sértjük, s az asepsis is tökéletesebben kivihető, mint mikor a hányás fenyeget. Ezért ajánlja, hogy ne engedjük a „Kropfherz“ kifejlődését létrejönni, hanem már előbb ajánljuk a műtétet, s még kevésbé létesítsük mi ezen állapotot jod- és pajzsmirigykészítmények adagolásával. A Basedow-kórnak is legsúlyosabb szövődménye a Kropfherz, a melynek keletkezését csakis korai műtéttel kerülhetjük el. Az egyetlen fenyegető következmény strumaoperationál a *hypothyreosis* partiális strumektomia után is s ezért mérlegelni kell mindig, vajjon elegendő működésképes pajzsmirigyszövet maradt-e vissza, s ha kell, az ideális egyoldali excisio helyett a struma resectioját vagy enucleatioját végezzük. (Archiv für klin. Chirurgie, 1906. 79. kötet, 3. füzet.)

Steiner Pál dr.

A hashártya felszívóképességéről s a resorptio változásáról peritonitis esetén közöl kisérleti tanulmányt Loeffler tanár intézetéből (Greifswald) *Glimm*. A quantitativ resorptiós kisérletekre legalkalmasabb chemiai anyag a tejczukor, a mennyiben megfelelő concentratioban a hashártya felszívóképességét nem bántalmazza, a hasűrbe fecskendezve kizárólag a hashártyán át szívódik fel, a bélresorptio itt nem szerepel és a vizeletben polari-

satiós módszerrel könnyen kimutatható. Hogy a hashártya felszívóképessége mi módon alakul peritonitis esetén, e czélra bakterium coli bouilloncultur ájával létesített a kisérleti állatokban peritonitist s azután tejczukor befecskendése révén a vizeletben kimutatható tejczukor mennyiségét határozta meg. Ezen experimentumok alapján a következő conclusiókra jut:

1. a vizeletben oldható substantiáknak, s valószinüleg a corpusculáris elemeknek is a felszívódása peritonitis esetén fokozott;

2. az a nézet, hogy előrehaladt peritonitis esetén a resorptio alászállt, nem fogadható el;

3. ol. olivarum s egyéb olajok a bakterium coli létesítette peritonitiseknél a bakteriumoknak a vérutakba való felszívódását késleltetik s meggátolják;

4. a bakteriumresorptio ezen lassubbodása s meggátlása kedvező befolyást gyakorol a peritonitis lefolyására;

5 peritonitis keletkezésére a resorptio gyorsulása kedvező

Ezek alapján ajánlja, hogy kezdetben a legrosszabb megjelenésü peritonitisek esetén kisérelj ük meg kb. 130 cm^3 1%-os kámforolajnak a peritoneumba való vitelét. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 1906. 83. kötet, 3—4. f.) *Steiner Pál* dr.

Appendicitis és icterus czímen értekezik *Reichel*, a chemnitzi kórház főorvosa. Az utolsó 165 appendicitisesetben 18-szor észlelt icterust, ezen 18 eset közül meghalt 10 = 55·5%. Az icterus itt nem pangásos eredetü, hanem septikus általános infectio részjelensége. Észlelései alapján a következő conclusióra jut:

1. Az appendicitis mütéte után támadó icterus mindig súlyos, kedvezőtlen jelnek tekintendő.

2. Az icterus kezdődő septikus infectio jele.

3. Az icterus halálra vezethet minden kisérő peritonitis nélkül is.

4. Az első 24 órán belül végzett mütét sem biztosítja minden esetben a gyógyulást.

5. 48 órán túl érjük be egyszerü tályognyitással. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 1906. 83. köt. 1—4. f.)

Steiner Pál dr.

Az ischias sebészi kezelése. *Pers* kopenhageni docens ischias két súlyos esetét ismerteti, a melyekben operativ úton tartós gyógyulást ért el. A beavatkozás abból állott, hogy az ideget adhaesióitól teljesen megszabadította. A fájdalmak, a melyek a mütét után már csökkentek, 30 nap alatt teljesen megszüntek, s a gyógyulás most már két éve tart. Azt, hogy mások a mütéttel nem értek el eredményt, annak hajlandó betudni, hogy az ideget a mütét alkalmával erőszakosan tágitották. (Deutsche med. Wochenschrift, 1906. 15. szám.)

Emphysema nagyon súlyos esetében bordaresectiót végzett *Hildebrand*, azzal a czélzattal, hogy a mellkast mozgékonyabbá tegye. A resectiót két ülésben végezte. Az első alkalommal jobboldalt a 2. és 3., a másik alkalommal pedig baloldalt a 2—5. bordát resekálta porczos részükben. A nehézlégzésre és súlyos szívelváltozásokra való tekintettel a mütét helyi érzéstelenités mellett történt. A javulás már az első mütét után annyira kifejezett volt, hogy a beteg maga kivánta a második mütétet. Végeredményképen a tüdőcapacitásnak kétszeresére való emelkedése volt kimutatható (Ref. Therapeutische Monatshefte, 1906. 7. füzet.)

Gyermekorvostan.

Tüdőlob agytünetekkel (cerebrális pneumonia). Agytünetek a gyermekkorban fertőző betegségek kezdetén elég gyakran észlelhetők. Tüdőlob eseteiben ezek az általános agytünetek (fejfájás, szédülés, hányás, görcsök, esetleg coma) annyira előtérbe léphetnek, hogy cerebrális pneumoniáról szólhatunk. Egyik alakja ennek az, a mikor meningitis képében folyik le a pneumonia, úgy hogy a helyes diagnosis sokszor csak a lefolyás alapján állapitható meg. Ismeretes, hogy *Henoch* szerint némely gyógyult meningitis nem más, mint cerebrális pneumonia. Ujabban *Lenhartz* és *Aufrecht* szintén felhivták a figyelmet az ilyenfajta pneumoniákra és azt állitották, hogy a felső lebenyben székelő pneumoniák szoktak leginkább súlyos agytünetekkel járni Nemrégiben *Bittorf* tett közzé két idetartozó esetet. Valódi pneumococcus-meningitis szerinte az ilyen esetekben nem vehető fel; egyszerü febrilis vagy toxikus agyizgalom szintén nem valószinü. Aufrecht eseteiben lokális agyvizenyőt tételezett fel. Valamelyes toxikus serosus meningitis, illetve az agygyomrok erősebb megtelődése az ilyen esetekben a szerző szerint nem zárható ki teljesen. Eseteiben a rhachitisnek szerepe lehetett a súlyos agytünetek keletkezésében; felveszi, hogy az agy és burkai csökkent ellentálló képességgel birtak. A prognosis, a mint azt már Lenhartz is hangsúlyozta, kedvező szokott lenni. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1906. 18. szám.)

Bőrkórtan.

A bőrbajok kezeléséről ir gyakorlati szempontból *M. Marcuse* (Berlin). A bőrbajok ismerete az orvosok között még nem általános. Eczemát túlgyakran kórisméznek, a zinkkenőcsöt pedig túlsokat alkalmazzák. Kétségtelen, hogy a dermatologia gia még igen sok orvos előtt terra incognita s ennek főoka az, hogy a bőrbajokat csakis gyakorlatból lehet megtanulni. Könyvekből a dermatologiai diagnostikát megtanulni nem lehet A szerző szerint az orvosok a bőrbajok kezelésében a következő hibákat ejtik: Sok orvos a bőrbajokkal szemben a „nil nocere“ álláspontján van s ezért nem mer még helyes diagnosis esetén sem a zinkkenőcsnél tovább menni. A hatékonyabb kénes, salicylos s egyéb kenőcsök alkalmazását lehetőleg kerülik. S igaz is, mert ezek helytelenül használva sok bajnak válhatnak forrásává. Egy másik tapasztalata a szerzőnek az, hogy az orvosok gyakran jól ható szerekkel, mint a minők a kátrány, kén, chrysarobin s más hasonló anyagok, nagy terjedelmü bőrgyuladásokat idéznek fel, a melyek azután az „idiosynkrasia“ rovására iratnak. Pedig ez az eset csak ritkán forog fenn. Közönségesen úgy áll a dolog, hogy egyrészt a vehiculum, a melylyel a szer a bőrre vitetett, volt rossz, szintúgy az alkalmazási módszer, másrészt a szer töménysége volt elhibázva. A mi az első esetet illeti, a legközönségesebb alkalmazása valamely szernek a bőrre a kenőcs és a pasta. Ezeknek tervszerűtlen felcserélése okozza legtöbbször a bajt. A pasta zsíroknak és poroknak keverékéből áll s fő hatása a nedvek és váladékok felszívásában, tehát a bőr szárításában áll. Ezzel szemben a kenőcs általában száraz, kemény bőrfelületekre való, mert ezeket puhítani fogja. De ez csak általános szabály, a mely alól sok a kivétel. Gyakori eset, s ez a szerző tapasztalata szerint főleg a szőkékre áll, hogy a bőr kenőcsöt egyáltalában nem visel el. Ilyenkor mégis csak pastákhoz kell fordulnunk. Szükséges tudnunk, hogy szőrös vagy hajas bőrfelületeket sohase kenjünk be pastákkal. A szőrök és hajak összetapadnak, összecsapódnak s azok mentén szőr- és hajtüszőlobok könnyen kifejlődhetnek; kenőcs rendelésekor sohase mulaszszuk el, hogy a beteget kioktassuk, hogy miképen alkalmazza. Kézzel kenje-e fel, ecsettel hordja e fel, vagy pedig bekenés után hintőporral hintse-e be a bőrt. A hatás energiája az alkalmazási mód szerint mindenkor más-más leszen. Tekintettel leszünk az alapanyagra is. E czélra legjobb a vaselin és a lanolin. A fő kivánalom e kérdésben mindig az alapanyag tartóssága, indifferens volta és felszívódó képessége Télen inkább vaselinnal, nyáron inkább a sürübb lanolinnal csináltassuk a kenőcsöket. Apró fogások, a melyek azonban igen fontosak a gyakorlatban. Szerző a továbbiakban kiemeli, hogy a legtöbb differens szert túlerősen alkalmazzák. Ez főleg a chrysarobinra áll. A rendesen használt 10%-os kenőcsök és oldatok túlerősek, könnyen okoznak dermatitiseket. Ha azután a bőrlob beállott, az orvos már nem fog többé e jó szerhez nyúlni, mert veszedelmesnek tartja, pedig a a hiba nem a szerben, hanem a concentratioban rejlett. A chrysarobint legjobb 1—5%-os higitásban adni. Lupus-betegeken gyakran ejtenek hibát a túlerős pyrogallusos kenőcsökkel. Itt elegendő az 5—10%-os kenőcs. Ezt legalább sokáig lehet baj nélkül alkalmazni. Szerző több hasznos útbaigazitás után a következő tételeket hangoztatja: 1. A gyógyszerek therapiás hatékonysága és egyéni megtüretése nagy mértékben függ a vehiculumtól, a melyben alkalmazzuk, és azon módtól, a mely szerint használtatjuk. 2. A gyakorlatban leghasználtabb concentratiók túlságosan magasak. Lényegesen gyengébb töménységü készitményekkel kedvezőbbek az eredmények, egyben pedig elkerülhetők az ártalmas mellék-

hatások. Ennek szemmeltartásával sokkal nagyobb mértékben támaszkodhatunk egy-egy szernek gyógyító hatására. 3. A mikor a kezelés folyamán kivánatossá és szükségessé válik egy szernek fokozott hatékonysága, ne fogjunk hozzá azonnal a concentratio emeléséhez, hanem iparkodjunk inkább azt egy alkalmasabb vehiculumnak, vagy egy erélyesebb alkalmazási módnak használatával elérni. (Medizinische Klinik, 1906. 7—8. szám.) *Guszman*

Húgyszervi betegségek.

A húgycsőszűkület elektrolytikus kezelését *S. B. Selhorst* úgy végzi, hogy az előzőleg 23 Ch.-ig kitágított urethrában az Oberländer-féle cystoskop megfelelő tubusán keresztül egy platinából készült elektrolytikus tüt ½—1 cm. mélyre szúr a hegszövetbe és ebben az 5—6 milliampère erejü áramot 3 perczig müködteti. Ily módon ugyanazon a betegen szükség szerint esetleg egy ülésben több heget is gyógykezel; ezen eljárást kezdetben hetenként kétszer, később azonban már csak egyszer ismétli és az urethrát műtét előtt és után valamely antiseptikus oldattal gondosan kiöblíti. Az igy kezelt összes betegeinél rövid idő alatt teljes gyógyulást ért el, a húgycső nyálkahártyáját még két év mulva is puhának és könnyen eltolhatónak találta; a szükület egy esetben sem újult ki. A szerző a prostatahypertrophiának a húgycsövön át elektrolysis útján való gyógykezelésével is megpróbálkozott és állitólag e téren is szép eredményeket ért el. (Brit. medic. Journal, 1906. április.) *Drucker Viktor* dr.

Enuresisben *Hugh Thursfield* szerint leggyakrabban a 3—10 éves gyermekek — és ezek közt is lánykák többen, mint fiuk — szenvednek, nem oly ritka azonban az az eset sem, a hol a bántalom a 16. életév körül avagy még később jelentkezik először, ép oly kevéssé, mint az, hogy a nocturna mellett az enuresis diurna is előfordul. A hólyag az izgalomnak azt a fokát is elérheti, a mikor csak alig néhány cm^3 vizeletet tud visszatartani daczára annak, hogy vízzel elég könnyen a rendes mértékig megtölthető. Az enuresis sokszor az epilepsia minornak egyik tünete, máskor pedig tulajdonképen spina bifida occultával van dolgunk. Az orrtorokürben levő adenoid burjánzások is elég sokszor okai az enuresisnek, a mely ezeknek eltávolításával spontan megszünik. Igen kétséges az, hogy férgek okozhatják-e ezen betegséget; a balanitisnek és a vulvitisnek semmi köze hozzá, sőt a Jacobi által leirt fissurae ani nyomaira sem akadt a szerző soha. Az igen savanyú vizelet ép úgy, mint a typhus után támadó bakteriuria elvétve felidézheti az enuresist. A therapia szempontjából a szerző igen fontosnak tartja, hogy a gyermeket ragadjuk ki a megszokott környezetéből, a lefekvés után másfél óra mulva keltsük fel, napközben pedig erősítsük a hólyagját azáltal, hogy a gyermeket arra szoktatjuk, hogy a vizeletet előre megállapitott, lehetőleg távoli időközökben ürítse ki. A kávét, a teát és a czukrot minden alakban vonjuk meg a betegünktől, ne korlátozzuk túlságosan a folyadék felvételét, mert a sürü vizelet még jobban izgatja a hólyagot. Belsőleg legjobban bevált az atropin és tinct. belladonnae, a melyeket csak nagy adagban és hosszú időn át kell adagolnunk, ezenkivül még kalium citricumot és urotropint is rendel. Más gyógyszerrel ép oly kevéssé ért el lényeges eredményt, mint a villanyozással. Betegei közül 70—80% négy hónapi, 16—20% pedig nyolcz hónapi kezelés alatt gyógyult meg, 1—2% nál eredményt nem tudott elérni. (Brit. medic. Journal, 1906. május.) *Drucker Viktor* dr.

Venereás bántalmak.

A nemi betegségek ellen küzdő német társaság ez évben Berlinben tartotta évi nagygyülését. Az erősen látogatott nagygyülésen *Blaschko*, a társaság főtitkára rövid áttekintését és méltatását adta a társaság működésének, a mely immár három esztendő óta áll fenn. A fényes siker és a nagyméretü eredmény, melyet a társaság elért, nyilván azon alapszik, hogy a szóba jövő feladatok valamennyije egyszerre felkaroltatott A társaság ugyanis úgy tudományos irányban, mint populárisan és felvilágositóan működött, a mellett pedig még a hatóságok és a törvényhozó testületek működésére is befolyást gyakorolt. A társaság ezáltal mintegy központjává vált mindama törekvéseknek, a melyek a nemi betegségek leküzdésére irányulnak. Az állami hatóságok a társulat müködésében hathatós segélyt nyujtottak. A felvilágositást a társaság többféleképen terjesztette a nagy közönség és a nép között Igy a nyilvános oktató intéz ektől eltekintve, vándorelőadókat küldött ki a birodalom számos városába, azonkivül pedig nagy mennyiségben röpiratokat osztott szét. A férfiak számára irott „figyelmeztető lap“ („Merkblatt“) jelenleg már több mint egy millió példányban forog a nép között. Fontos lépést tett a társaság, a mikor néhány hónap előtt nők és leányok számára is kiadott egy „figyelmeztető lap“-ot. Ez főleg a fiatal, serdülő és az életbe kilépő nőkre leskelődő veszedelmet tárja fel. *Blaschko* a továbbiakban kifejti, hogy lassanként már a sajtó is kezdi levetni álszemérmetes felfogását s hathatósan támogatja a társaság czélját: a közönség felvilágositását. Egyik másik városban ideig-óráig még a hamis prüderia győzött s ott a társaságnak fióktársulatai nem alakulhattak meg. Ilyenek Magdeburg, Königsberg, Halle, Drezda, Lipcse és Strassburg. De van remény, hogy a fióktársulatok csakhamar ott is meghonosodnak. A társaságnak tulajdonképen csak egy fajta ellensége van: a tudatlanság és a szenvedő emberiség babonája. Ezek ellen fog a társaság a jövőben is teljes erővel küzdeni. (Mitteilungen der Deutsch. Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. 1906. IV. kötet, 2—3. füzet.) *Guszman.*

Ujszülöttek syphilisének kezelésére vonatkozólag szolgáltat némi adatot *Jullien*. Az öröklött syphilisnek legfontosabb gyógyszere a kéneső, de nagyon megválogatandó használásának alakja. A szerző véleménye szerint legkisebb értékü a kénesőnek belső alkalmazása. Sokkal többet érnek már a fürdők. E czélra legalkalmasabb 2—3 gm. sublimatot feloldani s ily kénesőfürdőben az újszülöttet fél óráig fürösztení. A fürdőt legjobb kétnaponként alkalmazni. Igen alkalmas kezelésmód az inunctio is. Ez vagy szürke kenőcscsel, vagy calomellel végezhető. A napi adag 1—2 gm. kenőcs. A bekenés rövid ideig, csak nehány perczig tartson. Olykor a tapaszkezelés is használható, legczélszerübben a Quinqaud-féle calomeltapaszszal. De a szerző még tovább megy és bizonyos esetekben még a befecskendezéseket is ajánlja. Főleg a calomelinjectiokat dicséri, a melyekből hetenként egy alkalmazandó, 1—3 cgm.-nyi adagban. A gyakran alkalmazandó oldékony kénesősókkal való befecskendezéseket elveti. A jodkali csak később jut sorra, a mikor a gyermek már nehány hónapos. A napi adag ekkor 0·2—0·3 gm. (La syphilis, 1906. VI. f.) *Guszman*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Status epilepticus ellen jó eredménynyel használja *Hoppe* a proponalt bélbeöntés alakjában. A proponal közönséges vízben nagyon rosszul oldódik; ezért az oldáshoz alkalikus folyadékot kell használni (1 liter vízre 4 gramm natriumhydroxyd). A proponal adagja gyermekek részére 0·1—0·2, felnöttek részére pedig 0·3—0·6 volt, a mely mennyiséget 200—300 cm^3 alkalikus és 38°-ra melegített vízben feloldva fecskendezte a végbélbe. (Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift, 1906. 6. szám.)

Myxoedema eseteiben nagyobbszámú anyagcserevizsgálatot végzett *Alt*, a melyek arra az eredményre vezettek, hogy a myxidioták a bevitt táplálékból csak nagyon kevés phosphort tudnak felvenni. Pajzsmirigykezelésre nemcsak a phosphor mennyisége szaporodott meg vizeletükben, hanem a bélnek phosphorfelvevő képessége is fokozódott. Ezért a pajzsmirigykezeléssel egy időben több phosphort is kell nyujtani a szervezetnek, a mi a szerző szerint legjobban a protylin nevü phosphortartalmú fehérjekészitmény alakjában történhetik (20—30 gramm naponként az ételhez keverve). További vizsgálatok azt mutatták, hogy Basedow-kórban fokozott a phosphor felvétele a bélből, valamint kiürítése a vizelettel. Ennek folytán a szervezet phosphorszegénysége következhetik be, a mint hogy csakugyan észlelték már a Basedowkór szövődését osteomalaciával. Ezért Basedow kór eseteiben is ajánlatos a protylin használata. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1906. 24. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Klinikai füzetek, 1906. augusztus. *Schiff Ernő*: Adatok az újszülöttek vérének chemiai összetételéhez.

Orvosok lapja, 1906. 35. szám. *Guhr Mihály*: Napfürdők psoriasis vulgaris ellen.

Budapesti orvosi ujság, 1906. 35. szám. *Zirkelbach Antal*: Orthostatikus albuminuria esete. *Feldmann Ignácz*: Adatok a gyermek- és különös n a csecsemőkor tuberculosisához.

Vegyes hirek.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat 1905. évi illetményeinek utolsója, *Lejars* „*Sürgős sebészeti műtétek*“ czimű munkája, előre nem látott akadályok miatt megkésve, csak a napokban készült el teljesen és már meg is kezdték szétküldését. Vele együtt küldi meg a Társulat a mult év illetményeként *Ónodi* és *Rosenberg*: „*Az orr- és az orrgarat bajainak gyógykezelése*“ czimű, 414 lapra terjedő, 209 ábrát tartalmazó munkáját, valamint azoknak, kik még nem kapták meg, *Markusovszky Lajos* válogatott munkáit (320 lap). Az 1906. évvel kezdődő új cyklus első évének illetményei: 1. *Dolgozatok. Purjesz Zsigmond negyedszázados tanári működésének emlékére irták és kiadták tanítványai és tanártársai.* 2. *Semmelweis összegyüjtött munkái.* Fordította és sajtó alá rendezte *Győry Tibor* dr. 3. *L. Krehl* „*Pathologische Physiologie*“ czimű munkájának fordítása. Ezek közül a Purjesz-emlékkönyv (746 nagy oldal, számos ábrával és több tábla-melléklettel) készen van és szeptember hó végén kezdik meg szétküldését Semmelweis munkáival együtt. Krehl nagyhirű munkájának fordítása most készül és remélhető, hogy az év végén szintén a tagok kezében lesz. A Társulat azon kéréssel fordul Magyarország orvosaihoz, hogy a mennyiben még nem tagjai, belépni, s ezzel közhasznú, hazafias és önzetlen működését elősegíteni szíveskedjenek. Az évi tagsági díj 16 korona, a tagsági kötelezettség 6 évre szól. Az érdeklődőknek szívesen szolgál bővebb felvilágosítással a Társulat I. titkára, *Székely Ágoston* dr. (Budapest, Papnövelde-utcza 2, november 1.-étől Knezits-utcza 15.)

Győry Tibor dr. egyetemi magántanárt a vallás- és közoktatásügyi minister a német orvosok és természetvizsgálók f. év szeptember 16—23-ig Stuttgartban tartandó congressusával kapcsolatosan összeülő német orvostörténelmi társulat üléseire kiküldte.

Ziffer Hugó dr. operateur, fülorvos, hosszabb külföldi tanulmányútjáról visszaérkezett és rendel fül- és orrbetegeknek Teréz-körút 1/c, I. em.

A Semmelweis-szobrot e hó 30.-án leplezik le Budapesten. Az ünnepély sorrendje a következő: I. Diszülés az egyetem aulájában délelőtt 10 óra 30 perczkor. *a) A rector magnificus* megnyitó beszéde. *b)* A budapesti egyetem orvosi tanári kara nevében *Bársony János* dr. szól. *c)* Felszólalás *a külföldi vendégek részéről. d) Győry Tibor* dr. előadása. *e) A rector magnificus* zárszava. II. A szobor leleplezése az Erzsébet-téren déli 12 órakor. *a)* A Semmelweis-emlék végrehajtó bizottságának *elnöke* ismerteti a szobor létesülésének történetét, leleplezi azt s átadja Budapest székes főváros főhatósága képviselőjének; egyúttal átnyujtja neki az ünnep emlékére készült domborművü érmet is. *b)* A szobormű átvétele a székes főváros nevében. *c)* A koszoruk elhelyezése. Hymnusz. A szoborlelepzés után a Semmelweis szülőházát megjelölő emléktáblát leplezik le és avatják fel Budán, az Apród-utcza 3. számú házon.

Hazai fürdők látogatottsága. *Lipik* (szeptember 1.) 3733; *Darúvár* (augusztus 18.) 1350; *Pöstyén* (augusztus 31.) 7538; *Tátrafüred* (szeptember 1.) 3755; *Tátra-Széplak* (augusztus 29.) 1323.

Az egyetemi II. számú szülészeti és nőgyógyászati klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikum segélyét augusztus hóban 142 esetben vették igénybe. A műtétek száma 91 volt.

A kolozsvári önkéntes mentőegyesület augusztus hóban 198 esetben nyujtott első segélyt; ezenkivül 27 betegszállitást végzett, 6 esetben mint mozgóőrség működött és 8-szor téves jelentés folytán vonult ki; az augusztus havi működési főösszeg tehát 239.

Megjelent. *Grósz Menyhért* dr.: A tuberculosis elleni küzdelem módjai. Nagyvárad, Sonnenfeld Adolf könyv- és műnyomdája, 1906.

Meghalt. *Morache*, a törvényszéki orvostan tanára Bordeauxban. — *Teplai Hertzka Imre* dr. karlsbadi fürdőorvos e hó 2.-án Budapesten 55 éves korában. — *Farkas Géza* dr., Kolozsmegye tiszti főorvosa 50 éves korában.

Kisebb hirek külföldről. *J. Ranke* müncheni tanár, a hires physiologus és anthropologus augusztus 23.-án ülte 70. születésnapját. — A glasgowi egyetem élettani tanszékét, mely Mc Kendrick tanár nyugalombavonulásával üresült meg, *D. N. Paton* edinburghi magántanár nyerte el. — A baseli belorvostani tanszékre *E. Voit* erlangeni rendkivüli tanárt hivták meg. — A müncheni orvosegylet az 1200 márkás Pettenkofer-dijat egyhangúlag *Schaudinn*-nak itélte oda a spirochaeta pallida felfedezéséért; a dijat az elhunyt tudós özvegyének fizették ki. — Szt. Pétervárott *Charlowsky* dr.-t az anatomia rendes tanárává, *Dolganow* dr.-t a Helena-Pawlowna intézetben a szemorvostan tanárává nevezték ki. — *G. D. Still* dr.-t a londoni Kings College-ben a gyermekorvostan tanárává nevezték ki. — A Siciliában nemrég elhunyt *A. Siesi Lepoli* báró egy millió lirát hagyományozott egy gyermekkórház és tengeri sanatorium létesítésére. — Úgy Német-, mint Angolországban bizottság alakult, hogy a syphilis kórokozója felfedezőjének, *Schaudinn*-naközvegye számára tiszteletadományt gyüjtsön. — *E. Burgi* magántanárt Bernben az orvosi chemia és pharmakologia, *S. Pansini* dr.-t Nápolyban pedig az orvosi semiologia rendkivüli tanárává nevezték ki. — Zürichben a physikális gyógyitásmódok számára tanszéket szerveztek, a melynek vezetésére rendkivüli tanári minőségben *E. Sommer* winterthuri orvost nevezték ki.

Epekőbetegek számára Karlsbadban fekvőcsarnokokat szándékoznak létesiteni. E terv kivitele esetén sok orvosnak kivánsága teljesednék, mert az epekőbajosnak nem a hegymászás való, hanem lehető nyugalom, nappal is órákon keresztül fekvés. Az epekőbajosok tehát ezután Karlsbadban reggel a viz ivása után sik talajon némi mozgást végeznének s a reggeli után a fekvőcsarnokokban helyezkednének el a szokásos lápborogatással májuk tájékán; a későbbi délutáni órákban szintén feküdnének lápborogatással vagy meleg párnával a hasukon.

Orvos-minister Spanyolországban. Az év elején egy orvost, Cortezo dr.-t nevezték ki Spanyolországban közoktatásügyi ministerré. Cortezo mint minister igen rövid életü volt, mert máris elhagyta a ministeri széket; utódja azonban megint orvos, San Martin dr., a madridi egyetem sebésztanára.

Diachylon mint mesterséges abortust előidéző szer. Angolország egyes vidékein nehány év óta feltünő sok ólommérgezést észleltek, a minek az utóbbi időkig nem tudták az okát megmagyarázni. A betegek foglalkozásában nem volt olyan körülmény, a mely érthetővé tette volna az ólommérgezést. Feltünő volt, hogy a betegség leginkább fiatal nőket, különösen gyári munkás nőket lepett meg. Ez a körülmény vezette helyes nyomra azokat, a kik az epidemia okait kutatták. Hall dr. kideritette, hogy az illető nők valamennyien diachylon-flastromból készült pilluláket szedtek magzatelhajtás czéljából; a diachylonnak tudvalevően főalkotórésze az ólomoxyd. A flastromot a patikában vették s a pilluláket maguk készitették el aloe vagy más hashajtószer hozzákeverésével. Az első eseteket már 1903-ban észlelték Leicesterben, ez volt a kiinduló pont, innen azután tovább terjedt ennek a titkos háziszernek a használata más városokba is, mig végre elterjedt szokássá lett. Az egyik városban az utóbbi két évben 200 esetet állapitottak meg, számos halálesettel. S e mellett a diachylonnak vetélést előidéző hatása nem is biztos; némelyek azt mondják, hogy ez irányban semmi hatása sincs.

Kopp és Joseph gyógyszerészek „Zeo“ jelzésü **szénsavas fürdői** házi kezelésre nem tabletták alakjában jönnek forgalomba, hanem folyékonyak és készülék nélkül minden fürdőkádban egy pillanat alatt veszély nélkül állithatók elő. A kontinens legelső egyetemi klinikáin állandóan használják és számos kiváló orvostanár, mint Prof. Hoffa, Prof. Mendelsohn, Prof. Mendel, Prof. v. Leyden, Prof. Joachimsthal, Prof. Senator állandóan rendeli.

Jelen számunkhoz a F. Hoffmann-La Roche & Cie. czég **„Thigenol“** czimű prospektusa van csatolva.

Mai számunkhoz a Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brünning, Hoechst a/M. czég **„Pyramidon“** czimű prospektusa van mellékelve.

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. 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.

Az ideggyógyászatban nagy hézagot pótol a **Nervinol Barabás.** Klinikai, kórházi, sanatoriumi kisérletek bizonyitják ezen állitásnak kétségbevonhatlan igazságát. A legelőkelőbb orvosok a leghizelgőbb hangon irott bizonyitványaikban dicsérik a „Nervinol Barabás“ gyógyitó hatását.

Orvosi laboratorium: Vezető: **Dr. Vas Bernát, Poliklinika.** (Szövetség-utcza 14—16.) Telefon-szám 90—46.

ERDEY Dr. SANATORIUMA. **Budapest, IX., Bakács-tér 10. Nőbetegek és szülőnők részére.**

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

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

FANGO **-GYÓGYINTÉZET.** Körúti fürdő (Erzsébet-körút 15. **Csúz, köszvény,** consecutiv neuralgiak, sebészeti utóbántalmak ellen. **Vezető orvos: Dr. VÁNDOR (Wildmann) DEZSŐ.**

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. (1906. január 4.-én tartott szakülés.) 845. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 847. l.

Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

(1906. január hó 4.-én tartott szakülés.)

1. **Révész Vilmos** felolvasást tart **a pericarditis diaphragmaticáról** két esete kapcsán.

Első esetében a kórkép trauma után fejlődött; láztalan, cyanotikus beteg, az alsó végtagokon oedemákkal, szabálytalan érlökés, erős szívlökés az epigastriumban a bordaív alatt. A szívcsúcson megnyúlt diastolicus hang. Bonczolásnál a szívburok csaknem egész felületével a rekeszizommal szétválasztathatlanul összenőtt. A billentyük épek.

A második esetben háromszori tüdőgyuladás ment előre. Egy hét óta beteg, akkor átfázott s a következő napokon úgy boka-, mint kéztőizületei megfájdultak és megdagadtak. Tünetek: szabálytalan érlökés, erős, látható és tapintható szívlökés a bordaív alatt. Haránt irányban nagyobb szívtompulat, kihelyezett szívcsúcslökés, felette fúvó systolikus zörej, mely az aorta felett erősebb.

Mindkettőben két dominálo tünet van: az erős epigastrialis szívlökés s az insufficientia cordis.

Két okból tartja az előadó érdemesnek az eseteket bemutatni; először, mert élénk discussiók folynak a felett, mennyiben állhatnak elő szívizomgyengeségek mint egyenes következményei a pericardium megbetegedésének, s a felett, hogy e baj mennyiben gyógyitható. Az első kérdés még nincs tisztázva; kevés még az eset, különben is a pericarditist előidéző okok megtámadhatják a szivizomzatot és az endocardiumot is.

A mi a bántalom diagnosisát illeti, az nehéz. Ha a szivburok a mediastinummal vagy rekeszszel összenő, zavarja a szivet működésében. A gátlásokra a szív kétféleképen reagálhat: vagy le tudja győzni az akadályokat s akkor túlteng; vagy nem tudja legyőzni s akkor atrophikus lesz. Ha az állíttatik, hogy mediastinopericarditisnél hypertrophia áll elő, akkor billentyűbántalmat, ütér- vagy veseelváltozást ki kell zárni; ugyancsak ha atrophia s insufficientia cordis áll fenn, ki kell zárni a myocarditist.

Griesinger, Wiedemann, Kussmaul jellemzőnek tartják a bántalomra a pulsus paradoxust, a pulsusnak belégzés alatti kimaradását. Hoppe, Traube, Bäumler szerint ez csak támpontul szolgálhat a kórisme felállításában, mivel ez szerintük más esetekben is előfordul. Az előadó nem észlelte ezen jelenséget.

Kussmaul még egy tünetet említ, ez a vena jugularis inspiratio alatti megduzzadása. Pins egy mediastinális zenei zörejt ir le. Schrötter szerint legfontosabb tünet a sternum és nagyobb bordarészletek diastolikus behúzódása. Előadó ezt nem észlelte, a tünet erős szivműködést feltételez, az ő eseteiben pedig gyenge volt az.

Az előadót a diagnosis megállapítására egy tünet vezette, mely tudomása szerint — a peritonitis diaphragmatica tünete — még nincs leirva. Az, hogy mindkét esetben a bordaiv alatt, a scrobiculumban kis ököl nagyságban kidomborodva lehetett látni és érezni a szívlökést. Ezen tünetnek más magyarázatát, mint hogy a szivburok a rekeszizomhoz nőtt, adni nem lehetett. Fontosnak tartja ezen tünetet, mert már három esetben találta, valószinűnek tartja azonban, hogy főképen akkor lesz észlelhető, ha a szivburok a diaphragmával van összenőve.

A hallható zörejeket a szivnek változott fekvési viszonyai vagy fibrosus kötegek, melyek esetleg a nagy ereket vongálják, okozhatják.

A bántalom therapiája a cardiolysis, vagyis sebészi beavatkozással való felszabadítása a szivburok odanövéseinek. Eddig kevés operált eset van, de az eredmények biztatók. A beavatkozás még a myodegeneratio kifejlődése előtt végzendő. Egyik esetében az előadó a műtétet ajánlotta, a beteg azonban nem vetette alá magát a műtétnek.

(1906. február hó 1.-én tartott szakülés.)

1. **Révész Vilmos** egy **kórboncztani praeparatumot demonstrál,** a mely alkalmas arra, hogy a deczember 4.-én tartott felolvasásában a *pericarditis adhaesiva* tünettanáról mondott tételeit bizonyitsa.

Az eset 20 éves beteget illet, ki előadó osztályára január 20.-án vétetett fel és 2 nap mulva már meghalt Egy éve betegeskedett, három hó óta jelentkeztek incompensatiós tünetek, anasarca, cyanosis, dyspnoë. Felvételkor számlálhatatlan pulsus, minden irányban megnagyobbodott szívtompulat, a gyomorgödörben enormisan élénk pulsatio constatáltatott. A szivcsúcslökés biztosan nem lokalizálható. Az V. és VI. borda között behúzódás látható. Pontos diagnosis nem állíttatott fel, a pericardium s a diaphragma lobos összenövését azonban supponálta az előadó.

A feltevés helyességét bizonyítja a bemutatott praeparatum, melynek kellő megértésére az előadó röviden recapitulálja a normális és a kórboncztan idevágó adatait, majd pedig demonstrálja az V—VI. borda között látható összenövését a pericardiumnak és mediastinumnak s ennek összenövését a pars tendinosa diaphragmatissal. A balszív erősen hypertrophizált, a jobb pedig dilatált. A bal visszeres szájadék mogyorónyi, kemény lerakódások miatt erősen szűkült. Ezen endocarditis átterjedése útján véli a pericarditist legegyszerűbben magyarázhatni. Beigazolva látja tehát újolag, hogy az epigastriális lüktetés csakugyan a pericardium és diaphragma összenövésének biztos klinikai kriteriuma, mely körülményre annál nagyobb súlyt óhajt helyezni, minthogy sem a tankönyvekben, sem az irodalomban egyáltalában felemlítve sem találta.

2. **Baróthy Ákos** előadást tart **Nagyvárad város 1905. évi közegészségi állapotáról.**

A mily örvendetes volt — mondja az előadó — azon körülmény, hogy az 1897. évtől egész 1901-ig bezárólag évenkénti jelentéseiben mindig csak jóról: t. i. a folyton javuló közegészségi és népmozgalmi állapotokról referálhatott; annál szomorubb, hogy az 1902. évtől 1905. év végéig épen az ellenkezőjével kell beszámolnia. Egy nemzetnél ép úgy, mint egy városnál is a közegészségi állapotnak jó vagy rossz voltát a születések és halálozások közti arányszámból lehet megállapitani. Epen ezért tanulságosak a születési és halálozási arányszámok az 1897. évtől kezdve.

	Születési arányszám.	Halálozási arányszám.
1897-ben született	1496 = 33·2%,	elhalt 1108 = 24·5%
1898-ban „	1501 = 32·7%	„ 1288 = 28·0%
1899-ben „	1558 = 33·9%	„ 1236 = 26·9%
1900-ban „	1552 = 33·8%	„ 1276 = 27·8%
1901-ben „	1550 = 30·0%	„ 1283 = 25·1%
1902-ben „	1557 = 30·6%	„ 1310 = 23·7%
1903-ban „	1632 = 32·0%	„ 1441 = 27·6%
1904-ben „	1688 = 32·7%	„ 1430 = 28·2%
1905-ben „	1566 = 30·7%	„ 1625 = 31·9%

1905-ben az egész országban 93 ezerrel volt kevesebb a születés és 64 ezerrel több a halálozás, mint az 1904. évben.

Kitünik ez adatokból először az, hogy miként az egész országban, úgy városunkban is a születések arányszámában bizonyos mérvű apadás vagy legalább is stagnálás mutatható ki. A városok hanyatló születésének oka pedig legelső sorban a népesség sociális bajaiban lelhető fel: nevezetesen a szegénységgel karöltve járó nehezebb megélhetési viszonyokban s ebből kifolyólag a gyermekgondozás és ápolás elhanyagolásában s talán még a nagyobb mérvű kivándorlásban is. Kitünik továbbá az is, hogy az 1902. évtől kezdve a halálozások arányszáma feltünően emelkedett. A vidéki városok szaporodási viszonyainak kedvezőtlen alakulá át nagyban befolyásolja azon körülmény, hogy a városok egy részében nagy forgalmi közkórházak lévén, az ezekben elhalt idegenek a városok halálozási arányszámát a valódinál jóval magasabbra szöktetik fel. Az igazi halálozási és szaporodási viszonyokat tehát csak azok az arányszámok fejezhetik ki világosan, a melyek a kórházakban elhalt idegen illetőségűek beszámitása nélkül keletkeznek.

Áttér ezután az előadó az 1905. év tényleges beszámolójára.

Az 1905. év közegészségi és népmozgalmi állapota úgy általánosságban, mint az ezt megelőző 1903. és 1904. évekhez is hasonlitva határozottan rosszabb volt, mert a születések száma apadt, a halálozásoké pedig lényegesen emelkedett. Mig az 1904. évben a születés 1688 (32·6%), a halálozás pedig 1430 (28·2%) volt, addig 1905-ben született 1566 gyermek (30·7‰), meghalt pedig 1625 egyén (31·9‰). Kisebbedett tehát az elmult évben a születések arányszáma 2‰-vel, a halálozásoké ellenben emelkedett 3·7‰-vel. Az 1904. évi 258 szaporodással szemben az elmult év 59-re menő apadással zárul. Az egész elmult év időjárása abnormis és kedvezőtlen volt az általános közegészségre. A rendkivüli száraz és hosszas hideg tél következtében nagy elterjedést nyert az influenza s ezzel kapcsolatosan a légzőszervek lobos bántalmai is, úgy hogy hörg-, tüdő- és mellhártyalobban közel 230-an haltak el, mig 1904-ben ugyanezen betegségek csak 120 esetben végződtek halállal. A nyár alatti nagy hőség következtében az emésztőszervek bántalmai közül a gyomor- és bélbetegségek, valamint a hasi hagyináz is más évekhez viszonyitva majdnem 100 százalékkal több betegülést és hasonlóan halálozást is okozott. A tüdővész városunk lakossága közül 1905-ben 221, mig 1904-ben csak 159 esetben végződött halállal.

Szól ezután az előadó a tüdővész elleni védekezés módozatairól is s azt négy pontban foglalja össze. 1. A németországi és az ezek mintájára másutt felépített s berendezett sanatoriumokról be van bizonyitva, hogy a tüdővészes beteg e helyeken jó viszonyok közt van s a fegyelem, czélszerű táplálkozás és az orvosi tudománynak speciális fegyvereivel egészségét és munkabirását visszanyerheti. 2. A franczia-országi dispensairekben a betegek nem nyernek állandó elhelyezést, hanem csak bejárólag kezeltetnek. 3. Az angol-amerikai védekezésnek főelve a Koch-féle tüdővészbacillus irtására irányul. Nevezetesen a tüdővész gócait, a fertőzött, egészségtelen házakat, sőt egész városrészeket lerombolnak. 4. Az alkoholismus, mint a tüdővész elősegítője elleni küzdelem a franczia dispensairek által képviselt iskolák feladata. Kioktatni a betegeket s ezek környezetét, hirdetni, hogy az

alkoholismus okozta állandó hörgi, gége- és garathurut mily kedvező talajt szolgál a tüdővész bacillusának. Tanulságosnak tartja az előadó Plechl Szilárd dr. torontálmegyei főorvosnak mondását felemliteni, mely a következő: „Mivel a tüdővészellenes küzdelemnek a törvényhozás útján leendő nagyobb szabású szervezésére még jó ideig kevés kilátása van a társadalomnak, minél több tüdővészellenes egyesületet szervezzünk. Csekély tagsági díjjal bevonhatjuk az egész társadalmat, annak minden rétegét a védekezésbe.“

Visszatér ezután az előadó a számadatok folytatására. Az 1556 születésből 832 fi- és 734 nőnemű; törvényes 1240, törvénytelen 316. Az 1625 halálozásból 890 fi és 735 nő. Helybeli 1200, idegen 425 volt s igy az 59 apadás helyett 366 szaporodás mutatkozik.

Az életkor szerinti halálozás következő:

0— 1 évig elhalt	407	(törvényes 302, törvénytelen 105) a halálozások 25·4 százaléka.		
1— 5 „ „	190	(törvényes 160, törvénytelen 30),	11·6%	
5—20 „ „	130	. . . . .	8·0%	
20—30 „ „	126	. . . . .	7·7%	
30—40 „ „	113	. . . . .	6·9%	
40—60 „ „	314	. . . . .	19·3%	
60—80 „ „	186	. . . . .	11·7%	
80 éven felül elhalt	57	. . . . .	3·3%	

Öt éves életkorig az elmult évben összesen 507 gyermek halt el, az összes halálozások 36·7%-a; míg az 1904. évben 493 = 34·4%. Több volt tehát a gyermekhalálozás 104-gyel s igy az arányszám is kisebb volt 2·3%-kal. Ennek oka abban rejlik, hogy az 1905. évi kanyaró-járványban 14-gyel, szamárhurutban 4-gyel, s tüdőlob és bélhurut következtében is több gyermek pusztult el, mint az 1904. évben.

Városrészenként elhaltak:

I. Ujvároson	329,	az összes halálozás 20·2%-a, 16-tal több mint 1904-ben.
II. Olasziban	373,	az összes halálozás 22·9%-a, 79-czel több mint 1904-ben.
III. Váralja-Velencze, Csillagvárosban	318,	az összes halálozás 19·5%-a, 92-vel több mint 1904-ben.
IV. Kórházakban	605,	az összes halálozás 37·0%-a, 8 czal több mint 1904-ben.

Elősorolja ezután az előadó az egyes betegségekre vonatkozó adatokat. E szerint a heveny fertőző bántalmak 89 esetben végződtek halállal, az összes halálozás 5·4%-ában. Tuberculosisban elhalt 201, az összhalálozás 12·3%-a. Bélhurutban elhalt 181, majdnem kivétel nélkül öt éven aluli gyermek, az összhalálozás 11·1%-a. A heveny fertőző betegségek közül 1905-ben a hasi hagymáz és a kanyaró emelkedett, mig a vörheny és roncsoló toroklob 1904-hez viszonyitva apadt.

	Vörhenyben megbet.	meghalt	*Roncsoló toroklobban* megbet.	meghalt
1898. évben . . .	1·0	31	42	12
1899. „ . . .	195	20	78	21
1900. „ . . .	227	14	42	7
1901. „ . . .	57	4	57	15
1902. „ . . .	132	17	77	12
1903. „ . . .	137	17	275	45
1904. „ . . .	341	14	245	27
1905. „ . . .	177	14	195	31

Kanyaró 1905 közepén lépett fel szórványosan, az egész év alatt 500 betegülést és 14 halálozást okozott. A 14 halálozás megfelel 0·8%, a megbetegülés 2·5%-nak. Hasi hagymáz szempontjából az 1905. év nagyon kedvező volt.

Ezután előadó a Szt. László-kórház 1905. évi működéséről számol be. Gyógykezelés alatt volt összesen 285 beteg.

Vörheny volt	88	eset, gyógy.	82,	meghalt	4,	benmaradt 2 =	4.5%.
Roncs. toroklob	126	„ „	94,	„	23,	„ 9 =	18·9%.
Kanyaró	70	„ „	65,	„	02,	„ 3 =	2·8%.
Rüh	1	„ „	1.				

1900. évben ápolás alatt volt 167 beteg.
1901. „ „ „ „ 79 „
1902. „ „ „ „ 115 „
1903. „ „ „ „ 271 „
1904. „ „ „ „ 305 „
1905. „ „ „ „ 285 „

Felemliti még az előadó a Fő- és Szt. János-utczák végleges csatornázását és aszfalt-burkolattal való ellátását, mivel ezek a város egészségi állapotát lényegesen javitják.

Megemlékszik továbbá az izraelita Szent egylet által felállitott nyilvános jellegű kórházról.

Előadásának befejezéseül rövid statistikát közöl Nagyvárad város orvosi karáról. Nagyváradon 1904. deczember 31.-én volt 47 orvos; 1905-ben meghalt egy. Ugyanezen évben letelepedett 7; az összes létszám tehát 1906. év január 1.-én 53.

Edelmann Menyhért köszönetet mond a tanulságos előadásért. A tüdővész elleni küzdelemben nem barátja a sanatoriummozgalomnak. A sanatoriumok rendkivül nagy áldozatba kerülnek, absorbeálják a társadalom teljes áldozatkészségét, elaltatják lelkiismeretét és nem mutathatnak fel ezzel arányban álló eredményt. A gyógyeredmények sem kielégitők, ha figyelembe veszszük, hogy a betegek megrostálására az alkalmazott szigorú vizsgálat mellett a környezetre veszélyes tüdővészes nem is jut a sanatoriumba, holott ezeket kellene kivonni környezetükből. A baj legfőbb okát a nép sociális nyomorában látja, ezen pedig a sanatoriumok mitsem segitenek. A betegek nevelése az ú. n. dispensairek által lényegesen szélesebb körben eszközölhető és sokkal kevesebb költséggel. Sanatorium szerinte a súlyos beteg számára kellene, a ki családjára és a közre nézve is a legnagyobb veszedelmet rejti magában. Ezeket azonban nem veszik fel s családjukat, egész környezetüket inficiálják. Többre becsüli a kevesebb költséggel szélesebb körben működő dispensaireket, mint a nagy áldozatot igénylő sanatoriumokat, a melyek keveseket fogadhatnak be rövid időre, de mindennél fontosabb és hasznosabb a sociális nyomor enyhitése.

Konrád Béla utal arra, hogy Koch maga sem portálja a sanatoriummozgalmat és szükségesebbnek tartja a phthisikusok kórházi ápolását. Lehetőleg minden tüdővészest kórházba kellene felvenni. A dispensaireket Koch sokkal hasznosabbnak tartja; ott a betegeket tanitsák czélszerű életmódra, esetleg szerezzék meg neki a czélszerű gyógyszert, de orvosi kezelés nem feladata a dispensairenek. Az egyesület áldásos munkát végezne, ha Nagyváradon ilyet létesitene. Hatásosan támogatná a védekezést a betegek kötelező bejelentése, az elhaltak holmijának fertőtlenitése. A magas halálozási százalék okát a diphtheriánál abban látja, hogy a magyar serum kevésbé jó, mint a német, melyből sokkal több egységet adhatunk egyszerre, mint a magyarból. Inditványozza, hogy az egyesület irjon fel a város vagy más alkalmas forum útján a belügyministerhez, hogy az intézetek, melyekben most a magyar serum használata kötelező, a német serumokat használhassák. Hibáztatja azt is, hogy gégemetszést kevesebb esetben végeznek mint szükséges volna. A bélhurut és typhus pusztításait megakadályozandó, első kötelesség volna a csatornázás kiterjesztése az egész városra, továbbá a Pecze- és Páris-patak befedése. Irjon át az egyesület a városhoz, hogy a város félretéve minden más luxuriosus tervét, első és legégetőbb szükségletnek tekintse az emlitett közegészségügyi intézkedések foganatositását.

Elnök köszönetet mond az előadónak. A dispensaire létesitésére és a csatornázásra vonatkozó inditványokhoz hozzájárul. A serumra vonatkozó inditványt nem teszi magáévá, mert az, hogy a magyar serum kevésbé hatásos volna, tudományosan beigazolva nincs.

Konrád Béla kijelenti, hogy ő maga is csak hosszabb és behatóbb eszmecsere után kivánja a serumra vonatkozó inditványát szavazás alá bocsátani.

Edelmann Menyhért óhajtaná, hogy egy tagtárs, esetleg Konrád Béla dr. a kérdést tanulmányozná s tanulmányainak eredményét a szakülésen ismertetné.

Konrád Márk szerint felesleges a csatornázás sürgetése végett átiratot intézni a városhoz, mert az egylet már ismételten megtette, másrészt meg köztudomás szerint a város anyagi helyzete nem engedi meg ez idő szerint a terv keresztülvitelét.

Baróthy Ákos ismeri a magistratus gondolkodását és igen helyén valónak tartja az átirást.

Elnök szintén hozzájárul ahhoz, hogy az egyesület rámutasson arra, hogy a betegségek pusztitása s a hiányos csatornázás között kétségtelen oki összefüggés van.

(1906. márczius 1.-én tartott szakülés.)

1. **Fisch Áron Landry-féle hűdés gyógyult esetéről** referál.

Bemutat egy 46 éves beteget, kinek atyja 76 éves korban végelgyengülésben, anyja 60 éves korban, állitólag rákos bántalomban halt el. Két testvére él; egy 42 éves testvére tüdővészben, három testvére kicsi korban, előtte ismeretlen betegségben halt el. Gyermekkori betegségekre nem emlékszik. Katona korában tüdőlobot állott át. Bujakórban nem szenvedett, szeszes italokkal mindig mérsékletesen élt. Hat gyermeke él és egészséges, négy gyermeke kicsi korban halt el. Jelen bajáig teljesen egészséges volt, baját megelőzőleg sokat fuvarozott s e közben az akkori kedvezőtlen időjárás miatt erősen megfázott. 1905. november 25.-én kezdte magát rosszul érezni; különös bizsergést, hangyamászást érzett lábaiban, a járás nehezére kezdett esni, lázas volt; a tünetek folytonos fokozódása folytán ágyba került. Előadó november 30.-án, tehát betegsége hatodik napján látta először s az akkor megejtett tüzetes vizsgálat eredménye a következő volt: A középtermetü, mérsékelten fejlett és táplált férfi csontrendszere ép, alaki eltérést nem mutat. Nyak középhosszú, mellkas dombordad, tüdő és szív kopogtatása és hallgatózása rendes viszonyokat tüntet fel. Hasi zsigerek épek; hőmérsék 36·5, pulsus 76, középhullámú, mérsékelten telt és feszes, rhythmikus. Vizeletelválasztás rendes, két nap óta makacs székrekedés. Arczbeidegzés rendes, a pupillák középtágak, egyenlők, fényre és alkalmazkodásra kellően reagálnak. Nyelv kinyújtva középállást foglal el, nem reszket. Uvula hangadásnál középállást foglal el, a garativek mozgása nem rendellenes. Érzékszervek működése rendes, felső végtagok szabadon mozgathatók, kezek nyomóereje kissé csökkent. Légzési izmok jól működnek, hasi izmok petyhüdtek. Mindkét alsó végtag teljesen hűdve van; a hűdés a jobb alsó végtagon fokozottabb, mint a balon, a lábizmok petyhüdtek; jobb lábikra nyomásra fájdalmas. Lábait egyáltalában nem tudja mozgatni, felülni akadálytalanul tud, inreflex nem válthatók ki. Az érzési körben megejtett vizsgálat, úgy a tapintási, mint a hő-, fájdalom- és nyomásérzetet illetőleg rendes viszonyokat tüntet fel. Álmatlan, folytonos bizsergésről és hangyamászási érzésről panaszkodik az alsó végtagokban.

A deczember 2.-án megejtett vizsgálat eredménye: a beteg közérzetét a lábakban és most már a derékban is jelentkezett bizsergés rendkivül alterálja. Igen nehezen tud felülni, igen makacs székrekedése van, a hasprés nem működik. Dereka körül olyan érzése van, mintha övvel szoritanák. A felső végtagok intendált mozgása igen megnehezített, a kezek

izomzata petyhüdt, nyomóerejük feltünően csökkent. Inreflexek nem válthatók ki; hő és érverés rendes. A beteg erősen izzad. Érzési kör intact.

Deczember 6.-án felülni már egyáltalán nem tud, teljesen mozdulatlanul fekszik, a felső végtagok intendált mozgásokat egyáltalán nem tudnak végezni s arra való felhiváskor csak az ujjak végeznek kis körü mozgásokat.

Deczember 10.-én beállott a teljes hűdése az alsó-felső végtag-, törzs- és hasizomzatnak. Egész testében és végtagjaiban erős bizsergés és hangyamászási érzés. Erős izzadás. Sensorium tiszta, érzési kör intact. Időnként nehézlégzési rohamok. Ily rohamok alkalmával a légzés felületes, szapora. Nyeléskor torkában szükülési érzés. Hőmérsék és érlökés rendes, székrekedés állandó, vizelet kiürítése rendes. Megjegyzi előadó, hogy a többször megejtett vizelet-vizsgálat alkalmával a vizeletben idegen alkatrészek nem találtattak.

Az izmok villamos ingerlékenysége az egész betegség alatt kóros elváltozást nem mutatott.

Deczember 13.-án a lábak kissé mozgathatók, alkarjait is felhivásra tudja kissé mozgatni, felülni nem tud, a bizsergés kezd enyhülni, a légzés könnyebb. Spontan volt széke. Ettől kezdve fokozatosan javult az állapota; a mozgási képesség előbb az alsó, majd a felső végtagokban kezdett visszatérni. Másodnaponként, utóbb naponként volt spontan széke. Légzés könnyű, vegetativ működések rendesek. Január 5.-én már fel tud állni, sőt egy-két lépést már járni is. Kezek nyomóereje jelentékenyen fokozódott. Csak még általános gyengeségről panaszkodik. Január végén, kisfokú általános gyengeségtől eltekintve, teljesen egészséges, csak igen hamar fárad és így munkára még képtelen.

A gyógyeljárás kezdetben vérelvonás volt az ágyéki és háti gerinczoszlop mentén alkalmazott pióczák által, később jodkalit szedett. A hűdési tünetek szüntével erősen roboráló étrend, az egész test izomzatának masszálása; belsőleg china-vas készitmények.

Összegezve a tüneteket, olyan kórkép támadt, melynek fő jellemvonása az alsó végtagokban kezdődő s fokozatosan a törzs, has, felső végtagok, majd a nyak izomzatára terjedő hűdés; a hűdési állapot tetőfokát elérve, néhány napig azon maradt, majd lassan ugyanazon sorrendben, a melyben keletkezett, visszafejlődött. Az érzési kör, a sensorium, valamint az izmok villamos ingerlékenysége az egész idő alatt változatlan volt.

(Folytatása következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A heveny középfüllob kezeléséről pangásos vérbőséggel tartott előadást *Schwartze* a „Verein der Ärzte in Halle" julius 4.-i ülésén. Véleményét a következő pontokba foglalja össze: 1. A heveny középfüllob kezelése pangásos vérbőséggel még nincsen eléggé kipróbálva főleg következményei tekintetében s azért az eljárás a gyakorló orvosnak még nem ajánlható. 2. A pangásos kezelés veszélyt rejt magában azért, mert könnyen vezet az esetleg sürgősen szükségessé váló sebészeti beavatkozás elhanyagolására. 3. Csak fülklinikákon szabadna további kisérleteket végezni annak a megállapitására, hogy a lobnak mely alakjainál és a bajnak mely szakában engedhető meg a pangásos kezelés, és hogy mely időpontig folytatható. 4. Különös veszélyesnek látszik a pangásos kezelésnek huzamosabb alkalmazása diplococcus-otitis esetében. 5. Teljesen elvetendő a pangásos kezelés arteriosclerosis és intracraniális szövődmények (extradurális tályog, agytályog, sinusthrombosis, meningitis) jelenléte esetén. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1906. 34. szám.)

Az Első Leánykiházasító Egylet m. sz. Gyermek- és életbiztosító intézete Budapesten, VI., Teréz-körút 40—42. sz. Folyó év augusztus havában 1.908,200 k. értékü biztositási ajánlat nyujtatott be és 1.727,400 k. értékü biztositási kötvény állittatott ki. Biztositási összegek fejében 96,255 k 69 f. fizettetett ki. 1906. január 1-től augusztus 31-éig bezárólag 12.045,800 k. értékü biztositási ajánlat nyujtatott be és 10.491,600 k. értékü új biztositási kötvény állittatott ki.

PÁLYÁZATOK.

Békés vármegye közkórházának elmebetegosztályán üresedésbe jött **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás 1600 korona készpénzfizetés, I. oszt. élelmezés, lakás, fütés és világitás természetbeni elvezésével van egybekötve.

Pályázni kivánókat felhivom, hogy képesitésüket, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos Fábry Sándor dr. Békés vármegye főispánjához intézve, hozzám folyó évi szeptember hó 25.-éig küldjék be. Az állás f. évi október hó 1.-én foglalandó el.

Gyula, 1906. évi september hó 5.-én.

2—1 *Berkes* dr., kórh. igazgató.

6205/1906. sz.

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

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

Az állás a kinevezés után azonnal elfoglalandó

A kinevezés két évi időtartamra szól, tehát két évenkint megújittatik.

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

Magyaróvár, 1906. évi augusztus hó 30.-án.

Alispán szabadságon:

Békefty Jenő, főjegyző.

122/1906. eln. sz.

A pozsonyi m. kir. állami kórházban **egy másod rvosi állás** megüresedvén, annak betöltésére a nagyméltóságú belügyminister úrnak folyó évi augusztus hó 18.-án kelt 92813/IV. a. számú magas rendelete alapján pályázatot hirdetek.

Felhivom azon magyarhoni illetőségü orvos urakat, kik ezen 1000 korona fizetéssel, szabad lakással, fütéssel, világitással és I. oszt. élelmezéssel javadalmazott, ideiglenes jellegü, két évi időtartamra szóló állást elfoglalni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában megkivánt minősitést igazoló okmányokkal felszerelt, s a belügyminiszter úr ő Nagyméltóságához czimzett folyamodványaikat **1906. évi szeptember hó 20.-áig** alulirotthoz nyujtsák be.

Pozsony, 1906. évi augusztus hó 31.-én.

2—1 *Pantocsek József* dr., igazgató-orvos.

7167/1906. sz.

Vizakna rendezett tanácsú városnál a városi tiszti orvosi állás lemondás folytán megüresedvén, ezen 1200 korona évi fizetéssel javadalmazott, s szabályrendeletileg megállapított rendelési és látogatási díjakkal egybekötött, a m. kir. sóbánya-hivataltól a bányaorvosi teendőkért külön szerződés szerint 600 korona tiszteletdijjal javadalmazott, **városi tiszti orvosi állásra** pályázatot hirdetek; s felhivom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában s az ennek alapján alkotott 1893. évi 80099. sz. belügyministeri szabályrendelettel előirt, a tiszti orvosi vizsga letételét igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám legkésőbb **f. évi szeptember hó 22.-éig** nyujtsák be.

A választás határidejéül folyó évi szeptember hó 29.-ének délelőtti 10 óráját tüzöm ki.

Nagyenyed, 1906. évi szeptember hó 1.-én.

2—1 *Az alispán.*

221/1906. eln. sz.

Bihar vármegye közkórházánál egy 800 korona évi fizetés, élelmezés és teljes ellátással javadalmazott **segédorvosi állás** üresedett meg.

Felkérem a pályázni óhajtó orvos urakat, hogy Bihar vármegye főispánja, méltóságos Glatz Antal úrhoz intézendő kérvényüket okmányaikkal felszerelten hozzám **folyó hó 15.-ig napjáig** adják be.

E segédorvosi fizetés az 1907. évre 1200 koronára irányoztatott elő, s ha ez a belügyminister úrtól jóváhagyást fog nyerni, a kinevezendő segédorvos az 1907. év elejétől kezdve 1200 korona fizetést fog élvezni.

Nagyvárad, 1906. évi szeptember hó 2.-án.

Fráter Imre dr., igazgató-főorvos.

4381/1906. eln. sz.

A városi közkórháznál üresedésben levő és főispáni kinevezés útján 3 évi időtartamra betöltendő **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állás javadalmazása 1000 kor. évi fizetés, élelmezés, a közkórházban kötelező lakás, ennek fütése és világitása.

Felhivom azon nőtlen orvostudorokat, kik a jelzett állást elnyerni óhajtják, hogy minősitettségüket és netalán eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket a főispáni hivatalhoz (Városi széképület) **f. é. szeptember hó 11. napjának déli 12 óráig** nyujtsák be.

A mennyiben orvostudor pályázó nem jelentkeznék, a segédorvosi állásra szigorló orvos fog kineveztetni.

Szeged, 1906. évi augusztus hó 23.-án.

2—2 *Lázár György* dr., polgármester.

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.

„GUAJATIN JENCS"

Sulfo-Guajacol-készitmény, mely 100 részben 7% Kal. Sulf. Guaj. és 0·50% Extr. Thymi és Extr. Tiliae-t tartalmaz.

Tuberculosis összes eseteiben, Pertussisnél, valamint influenzás tüdőgyuladásoknál, nemkülönben typhusos tüdőinfiltrationál antithermikus hatású.

Gyermekek is rendkivül jól türik. — Kitünő antithermikus hatású.

Ára 2 korona 50 fillér.

Készitője: JENCS VILMOS gyógyszerész,

Budapest, II., Széna-tér 1. szám.

Kaliforniai füge-szörp

CALIFIG

(Név védjegyezve.)

A

California Fig Syrup Company

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

Kellemes és hatásos rendkivül jóízű hashajtó felnőttek és gyermekek részére.

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

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

California Fig Syrup Co., San Francisco, Cal.

Európai vezérképviselőség:

Fassett & Johnson, LONDON, Snow Hill 32.

Főraktár Magyarország részére:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertára **BUDAPESTEN,** VI., Király-utcza 12.

Richter Gedeon organotherapiai laboratoriuma, Sas-gyógytár, Budapest, Üllői-út 105.

BROMLECITHIN RICHTER

Szabadalmazva. Tartalmaz 30% bromot.

A BROMNAK a LECITHINNEL való szerves vegyülete.

Javalatok: Neurasthenia, anaemia, chlorosis, rachitis, scrophulosis, diabetes mellitus, gyengeségi állapotok. Minden lepényke tartalmaz 5 cgm. bromlecithint. Egy üveg tartalmaz 100 lepénykét. Ara egy üvegnek 5 korona. Napjában 3-szor 2—3 lepénykét.

NEOTTIN

(**LECITHINALBUMIN**) szabadalmazva.

Elsőrangú erős LECITHIN fehérjetartalommal biró tápszer. Gyorsan képes súlyt szaporítani, testet erősíteni. Könnyen szívódik fel a gyomorban.

Tartalmaz: 47·25% fehérjét. **31·0 lecithint.** Ára 50 gm.-nak 3 korona 60 fillér, 25 gm.-nak 2 korona.

A világ legjobb keserűvize. **Páratlan a maga nemében.**

Saxlehner András, Budapest

cs. és kir. udvari szállító.

Hunyadi János

természetes keserűvíz.

Gyors, biztos és enyhe hatás. A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer.

Az orvosi világ által előszeretettel és több mint 1000 véleményezésben ajánlva.

A bevásárlásnál kéretik a palaczk czímképén a Saxlehner András nevet figyelembe venni.

TRADE MARK B&S SCHUTZ MARKE

C. F. Boehringer & Soehne, Mannheim - Waldhof

Ferratin és Ferratose (Liquor ferratini) mint „természetes vastáplálék“ javalva **anaemia, chlorosis, általános testi gyengeség** és a lábadozás alkalmával. Eredeti üvegek 25 gm. Ferratint vagy 250 gm. Ferratoset tartalmaznak, utóbbi **betegsegélyzőpénztári csomagolásban** is kapható.

Jod-Ferratose (Syrup. Ferratini jodat.) **0·3% Fe és 0·3% J.** Javalatok: Nagyfokú **görvélykór, rachitis,** idült **endometritis, malaria** és **syphilis** és **dermatosek** utókezelését (kitünő roborans és tonicum). Eredeti üvegek 250 gm. tartalommal, **betegsegélyzőpénztári csomagolásban** is kapható.

Arsen-Ferratose szerves **Arsen-vasfehérnye-vegyülék 0·3% Fe** és **0·003% As**-el. Észszerű és hathatós **Arsen-vaskészítmény.** Eredeti üveg à 250 gm. Adag felnőttek részére 3—4 teáskanállal naponta.

Lactophenin legmegbizhatóbb **antipyreticum, antineuralgicum, sedativum,** különösen bevált typhus abdominalisnál.

Theophyllin kiváló **húgyhajtó. Theophyllin-tabletták** és a **könnyen oldó Theophyll. natrioacetic. eredeti csomagolásban.**

Cerolin az erjesztő therapeut. hatékony zsiranyaga kitünően bevált **furunculosis, akne** és mint legenyhébb hashajtószer **habitualis obstipatio** ellen hosszabb kúrára. **Cerolin-pilulák** (eredeti csomagolás) à 0·10 gm. Cerolin-tejczukor-tabletták (eredeti csomagolás) à 0·025 gm.

Filmaron a Farngyökérből nyert **Anthelminthikum.** Extr. Fil. mar. aet.-hez ellentétileg **biztos hatású és nem mérgező.** Adag: felnőtteknek 0·7—1·0 gm.

Lactoserve **vajastej poralakban,** felülmulja a friss vajastejet, mivel a **pathogen csiráktól mentes;** magas tápérték és **mindig egyforma minőség.** Eredeti dobozokban à 250 gm.

Irodalom és minták az orvos uraknak díjmentesen állnak rendelkezésre.

C.F.B.&S. Marque de Fabrique

EPILEPTIKUS intézet BALF gyógyfürdőben.

A nagym. m. kir. belügyminiszterium 1903. jun. 17-én kelt 56445/1903. sz. rendeletével engedélyezve, 200 férfi és női betegre berendezve. Apolási díj: **I. oszt. évi 1600 k., II. oszt. évi 1000 k.** Ezen osztályokon kivül szegény betegek, az országos betegápolási alap terhére vehetők fel, a mely esetben a nagym. m. kir. belügyminiszteriumnak 1903. okt. 28-án kelt 97221/IVa. cz. 1903. rendelete értelmében a felvétel külön-külön kérelmezendő a betegek által. A betegek ápolásával a budai szent Ferenczrendü apáczák vannak megbizva. Prospectusokkal és egyéb felvilágositással szolgál: **Dr. Wosinski István,** Balf gyógyfürdő igazgató tulajdonosa. Posta, vasút, telefon helyben.

MERAN, „BALOG" VILLA

diaetetikus intézet az új Curmittelhaus mellett.

Állandó orvosi felügyelet, sanitaer és modern kényelem, villanyvilágitás, lift, központi fütés. (Tuberculotikus betegek kizárva.) 1906. szeptember 15-én nyilik meg. Prospektussal szivesen szolgál

Neugebauer Hermann. **Dr. Balog Lajos.**

A gyomorbennék **hyperaciditása**

ellen alkalikus vizek,

mindenekelőtt „Rohitschi Styria forrás"

sikeresen használtatik.

I. pharmazeutische Produkten-Gesellschaft r. G. m. b. H. **Wien XVII/3, Hernalser Hauptstrasse 130.** Garnisonsgasse Nr. 1. Raktár: IX., Sürgönycim: Apothekerverband.

Kötszerek Emplastra, Collaetina, Collemplastra, Unguenta gyártása.

Sebészeti műszerek, kötések és egyéb betegszükséglet beszerzési forrása.

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

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

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 felöl kimeritő prospektust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága Budapest-Budán.**

Klinikusok és gyakorló orvosok előszeretettel rendelik a

Tabl. Ferri Protox. Dr. Deér

sine et c. arseno

készitményt a **szegénynyvérüség, sápadtság, étvágytalanság** és **általános gyengeség eseteiben.** A készitmény **szerencsés összeállitása,** kényelmes alakja és technikai tökéletessége biztositják sikeres alkalmazását. Ára **2** korona. Kapható a gyógyszertárakban.

„Jó Pásztor" gyógyszertár, BUDAPEST, IX. ker.

PANHANS szálloda és gyógyintézet ‚Erzherzog Johann' szállodával **Semmering, Wien** mellett, magaslati hely, 1025 m. a t. sz. f.

Elsőrangú lakházak, legmodernebb berendezéssel, összesen 260 szobával. **Gyógy- és fürdőintézet** az **összes vízgyógyeljárás** részére, **villamos, szénsavas és gőzfürdők, villamos massage, inhalatorium (Bulling-rendszere), 2 házi orvos, házi gyógytár** stb. Legjobb tartózkodás magaslati kúráknál.

Közelebbit a prospektusokban.

ALKOHOLMEGVONÓ KÚRÁK

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

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

DIGESTOL

(PULVIS DIGESTIVUS LAXANS)

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

Ára egy doboznak 2 korona.

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

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

Telefon 932. Kapható minden gyógyszertárban. Telefon 932.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER

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

Kapható minden gyógyszertárban.

Amerikai rendszerű **hygienikus központi légfütés** egycsaládos házak, villák,

sanatoriumok, gyógytermek, kórházak számára.

Tiszta, pormentes, kellően nedvesitett levegő!

HOFFMANN MIKLÓS magánmérnök, **BUDAPEST, VI., Teréz-körút 35. szám.**

Telefon 96—96. Telefon 96—96.

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 dijmentesen. (Elmebetegek kizárva.)

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

NESTLÉ

gyermeklisztje

az egészséges

és a beteg gyermek a gyomorbajosok régóta bevált tápláléka.

Megóv a hányástól, hasmenéstől, bélhuruttól és elhárítja ezeket.

A gyermekápolásról ismertető füzetet ingyen küld: **NESTLÉ**

Wien I., Biberstrasse 11.

LASSNITZHÖHE Graz mellett az államvasút mentén.

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

Karlsbad Budapesten

Budai Mária Forrás

természetes szulfátos gyógyvíz.

Kiváló orvostanáraink és orvosaink véleménye szerint **gyomor-, bél- és vesebántalmak** ellen a legkitünőbb ásványvíz.

Páratlan hatású gyermekhashajtó!

Kapható pontos használati utasitással minden gyógyszertárban, drogeriában, füszer- és ásványvízkereskedőknél. — **Vezérképviselő:**

NÁDAS MÁRTON Cseng ry-utcza 66. szám. Telefon 2—38. szám.

Fő-raktár: **WAHLKAMPF ÉS GÖRÖG** V., Nádor-utcza 17. Telefon 42—55. sz.

Pilulae kalii jodati perennes Szőllősi 0·20.

Eltartható, czukorral obdukált, nem hydroskopikus, székesfővárosi vegyészeti intézet vizsgálata szerint szabad jod- és jodsavmentes jodkészítmény.

Jodismus még erre disponált egyéneknél sem képződik.

Ajánlva: Prof. Korányi, Prof. Havas, Prof. Irsai, Dr. Török, Dr. Tauszk stb. egyetemi tanár urak által.

Ára 2 korona 60 fillér.

Készítő: SZŐLLŐSI SÁNDOR gyógyszerész, Nagymihály.

Kapható a gyógytárakban

SCOTT-féle EMULSIÓ

Orvosok, kik ismerik a csukamájolaj hatását, annak rendeléséről gyakran lemondanak kellemetlen ize, emészthetetlensége miatt, melyek különösen gyenge szervezetü betegeknél elhárithatatlan hátrányokat képeznek.

Védjegy.

A SCOTT-féle EMULSIÓ

mindezen hátrányokat elháritotta:

KÖNNYEN EMÉSZTHETŐ, IZLETES ÉS HATÁSOSABB,

mint bármely más csukamájolaj praeparatum.

A Scott-féle Emulsiót korházakban, sanatoriumokban, sorvadásos betegeknek elöszeretettel rendelik, mint erösitő és tápszert.

Az orvos uraknak, kivánságukra, szivesen küldünk egy nagy üveg Scott-féle Emulsiót az alkatrészek jegyzékével, ingyen és bérmentve.

Scott és Bowne, Ltd., Budapest, VII, Garay utca 36.

VIZGYÓGYINTÉZET

VÖSLAU-GAINFARN.

Déli vasúttal 1 órányira Bécstől. **Egész éven át nyitva.**

Vasuti, posta-, távirda- és telefon-állomás (Vöslau 12).

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.

Serravallo

China-bor vassal.

Üdülőknek és vérszegényeknek orvosi szaktekintélyek által legjobban ajánlva.

Kitünő ize miatt főleg gyermekek és nők szivesen veszik.

Sokszor kitüntetve. — **Több mint 4000 szakvélemény.**

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

KEPHALDOL

(0·2—1·0 pro dosi — 3·0—5·0 pro die)

enyhe, gyorsan ható

ANTIPYRETICUM

még nagyobb adagokban sem árt a szívnek.

Fényes

ANTINEURALGICUM

valódi neuralgia, hemicrania stb. összes eseteiben.

ANTHIDROTICUM

afebr. phthisis stb.-nél fényesen bevált.

Dr. Franz Stohr

WIEN-BADEN.

Neuronal

(Bromdiaetylacetamid)

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

NEURONAL-TABLETTÁK à 0·5 gm.

Bismutose

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

Bioferrin	Orexin	Jodol	Dormiol

Irodalmat ingyen és bérmentve küld

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

Mint gyógyforrás évszázadok óta bevált **légző- és emésztőszervek** bajainál, **köszvénynél, gyomor- és hólyaghurutnál.** Kitünő gyermekeknél, üdülőknek és a terhesség alatt.

Antisclerosin bei Arteriosclerose

Irodalom: Hofr. Dr. **Goldschmidt,** Bad Reichenhall (Dtsch. Prax., 1903). Generalstabsarzt Dr. **v. Zgórski** (Rep. d. Prakt. Med. 1904, Oktb.). Összefoglaló refer.: Wiener med. Presse 1904, Jan. **Burwinkel,** Nauheim. Előadás a balneologiai congressuson 1905 (Berliner klin. Wochenschrift 1905, Nr. 16). **Fraenkel,** Berlin (Wiener klin. Rundsch. 29/30, 1905). **Hotys,** Wien (Med.-chirurg. Zentralbl. Nr. 3, 1906) etc. etc.

Eredeti csomagolás (25 tabl.) K 2.— a gyógytárakban.

Irodalom díjmentesen, kisérleti anyag az orvos uraknak mérsékelt áron.

Fabrik pharmaz. Präparate WILHELM NATTERER, München 2.

Budapest, 1906. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető Kozol Antal J.) Dorottya-utcza 14. sz.

50. évfolyam. 37. szám. *Budapest, 1906. szeptember 16.*

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.

Steiner Pál: Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., egyetemi nyilv. rendes tanár.) Lumbális analgesia stovainnal. 849. lap.

Paunz Márk: Az orr melléküregeinek gyuladásairól. 852. lap.

Tárcza. Klug Nándor: Hőgyes Endre †. 854. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. M. Pfaundler* und *A. Schlossmann:* Handbuch der Kinderheilkunde. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Schlesinger* és *Holst:* Nagyon kis vérmennyiségek kimutatása a bélsárban. — *Velich:* A suprarenalis eredetű czukorvizelés. — *Schupfer:* A gyomor ideges eredetű elváltozásai. — *Gyógyszertan. Zernik:* Új gyógyszerek, specialitások és titkos szerek. — *Belorvostan. Knud Faber:* Az achylia gastrica tünetei és orvoslása. — *Idegkórtan. Zabludowski:* A neurastheniás impotens férfiak gyógyítása. — *Sebészet. Petermann:* A végbélrák s annak operativ kezelésével elért eredmények. — *Senglave:* Az appendicitis tüneteinek a bal oldalra való localisatioja. — *Tuffier:* A Spiegel-lebenyben ülő echinococcus idült choledochuselzáródás tüneteivel. — *Gyermekorvostan. Cassel:* A gyermekek alvása. — *Tobler:* Veleszületett bujakórban az agygerinczagyi folyadék lymphocytosisának kórjelző jelentősége. — *Bőrkórtan. A. Exner:* A lapos teleangiektasiáknak radiummal való gyógyítása. — *Venereás bántalmak. Fr. Böhme:* A bubóknak és néhány urologiai bántalomnak Bier-féle eljárással való kezelése. — *T. Mendel:* A pajzsmirigy syphilise. — *H. Vörner:* Lues kapcsán jelentkező fájdalmas nyirokmirigy-duzzanatok. — *Közegészségtan. Celli:* Az 1904/1905. évi malaria-járvány. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Kohnstamm.* Húsmentes diaeta idült székrekedés eseteiben. — *Fraenkel:* Strophantin. — *Ehrlich:* Genyedések gyógyítása. — *Jakoby:* A dysmennorrhoea gyógyítása. — *Zweig:* Idült vastagbélhurut kezelése. 857—863. l.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 863. lap.

Vegyes hirek. Pályázatok. — Hirdetések. 864. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 865—869. lap.

Mellékletek. Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brünning Hoechst a/M. czég „Valyl", Szamossy Gyula gyógyszerész „Liquor Thiorobin Comp." prospektusa.

HŐGYES ENDRE †

(1847—1906)

Mély megilletődéssel vettük a gyászos hirt, hogy Hőgyes Endre nincs többé.

Hozzászokhattunk ugyan az ő halálának fájdalmas gondolatához, meg kellett alkudnunk immár közel két éve azzal a szomorú ténynyel, hogy Hőgyes Endrét elvesztettük, s hogy a mi még azután következik, a testi halála, csak megváltása lesz egy élő halottnak szenvedéseitől; s mégis, midőn e megváltás e hó 8.-án ténynyé vált, midőn valóban elköltözött közülünk, a kit már előbb megsirattunk, mély meghatottság vesz rajtunk erőt.

Hisz a mi lapunk Hőgyesben nemcsak a magyar tudomány egyik jelesét, nemcsak a kitünő tudóst és tanárt, nem is csak a classikus jellemű, egyenes lelkű, minden izében tősgyökeres magyar embert gyászolja, hanem gyászolja ennek a lapnak sok éven át tulajdonosát és szerkesztőjét, azt, a ki ezt a lapot nagynevű alapítója Markusovszky kezéből átvéve, nemcsak megtartotta nagy traditióinak magaslatán, hanem a haladó tudomány és a kor igényeihez képest fejlesztette is. Igy e lap szerkesztőit ezen a réven Hőgyes Endréhez, sajnos, most már csak emlékéhez, különösen benső, kegyeletes kötelékek fűzik s épen ezek adják a tollat kezünkbe, hogy róla a mi részünkről e helyen külön is megemlékezzünk s vele szemben a kegyelet és hála adóját e néhány sorral külön is lerójjuk.

Legyen áldott az emléke!

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., egyetemi nyilv. rendes tanár.)

Lumbális analgesia stovainnal.

Irta: *Steiner Pál* dr., műtőorvos.

Újabb időben a lumbális analgesia tana nagy lendületet vett, úgy a physiologusok, mint a sebészek fokozottabb mértékben foglalkoznak az ágyéki gerinczvelőérzéstelenítés kérdésével. A thema oly mozgalmat keltett, hogy csakhamar pioritási vita fejlődött ki az amerikaiak, francziák és németek között, mindegyik magának követelve az elsőbbséget. A vita most is folyik, azért a kérdés elbirálására legyen szabad röviden a következőket felemlítenem. El kell ismerni, hogy az amerikai *Corning* volt az első, a ki a New-York Medical Journal 1885. évi 42. k. ében elsőnek számol be gerinczvelőérzéstelenítésről. Az ő eljárása abban kulminál, hogy az interspinosus térbe cocaint fecskendett, arra számítva, hogy az itt haladó számos gyüjtőér az alkaloidát eljuttatja a gerinczvelőhöz. Később tovább ment és „spinal irritation" eseteiben, tehát ideggyógyászati czélzattal, a cauda equina-ra közvetlenül fecskendett gyógyszert. El kell tehát ismernünk, hogy e gondolat *Corning*-tól származik, de ki kell emelnünk, hogy ő lumbális analgesiát a *lumbális zsákba* fecskendett anaesthetikummal sohasem létesített s így nem fogadhatjuk el, hogy ez eljárást az amerikaiak szerint „Corningisation"-nak nevezzük. Az eszmét *Bier* valósította meg először, a ki előbb önmagán, majd assistensén próbálta ki a módszert. Bier közlései nyomán a francziák, főleg *Tuffier*, *Reclus* számolnak be a „méthode de Bier" alkalmazásával elért eredményeikről. *Tuffier* (La Semaine Médicale 1900. 18. sz.) 63 esetben a cocain subarachnoideális alkalmazásával kielégítő analgesiát ért el. Ezek után oda concludálunk, hogy *a lumbális analgesiát elsőnek Bier valósította meg.* Hazánkban *Dollinger* tanár volt az első, a ki ez eljárást kipróbálta s e módszerrel elért eredményeiről a Sebészeti Módszerek I. kötetében be is számol.

A cocainnal létesített lumbális analgesia azonban oly sok kellemetlenséggel jár, annyiszor irnak le az észlelők rosszullétet, paraesthesiát a végtagokban, hányást, fejfájást, lázat, légszomjat, ideges jelenségeket, deliriumot, mániás rohamokat, görcsöket, tarkómerevséget, hüdést, ataxiát, sőt collapsust, comát és halált is, hogy az ezen eljárással járó veszedelmek nem érnek fel az e módszerrel elért érzéstelenítés esetleges előnyeivel. *Dollinger* tanár is több esetben észlelt nagyobb fokú kellemetlenségeket: gyomortáji nyomást, hányást, elhalványodást, fülzúgást, szédülést, izzadást, postoperativ ájulást, miért is az eljárás tágabb körü alkalmazását nem ajánlotta.

Egy lépéssel haladt előre a lumbális analgesia tana, midőn *Braun* azon tapasztalatát közölte, hogy ha infiltratiós érzéstelenítés czéljából a cocainnal egy időben adrenalint is alkalmazott, akkor az adrenalin anaemiát létesítő tulajdonsága a cocain helybeli érzéstelenítő hatását fokozza és a cocain felszívódását csökkenti. Ezen tapasztalatot *Bier* és *Dönitz* átvitte a lumbális analgesiára; azt tapasztalták, hogy ha állatok subarachnoideális terébe cocaint adrenalinnal kapcsolatban fecskendeztek, úgy az adrenalin jelentékenyen csökkentette a cocain mérgező hatását. Ezt e vizsgálók úgy magyarázták, hogy az adrenalin a gerinczvelő vérereire, az art. és v. spinalesre, a rete venosum vertebraere szükítő hatást fejt ki, ennek következtében a gerinczcsatornát kitöltő képleteknek térfogatkisebbedése a liquor cerebrospinalis lefelé irányuló áramlását fokozza s egyúttal meggátolja a subarachnoideális térbe fecskendezett cocain feljutását. Ezek után *Bier* és *Dönitz* 121, *Kurzwelly* 53 eset alapján azon végkövetkeztetést vonja, hogy ily eljárással a cocain-kellemetlenségeket nagyjában sikerül redukálni s a postoperativ kellemetlenségek intensitásukban sokat veszítenek. Ha tekintetbe veszszük, hogy rövid időn belül cocainos lumbális analgesia után beállt 12 halálesetről számoltak be, úgy jogosult a pessimismus, melylyel a sebészek az eljárás iránt viseltettek. Egymás után jelennek meg a közlések, melyek oda törekednek, hogy a cocaint más alkalmas pótlószerrel helyettesítsék. *Hacker*, *Colombani*, *Preindlsberger*, *Slajmer*, *Schwarz*, a *tropacocaint*, *Mosetig* az *eucaint* ajánlják és részletesen beszámolnak az elért eredményekről, melyekkel általánosságban meg voltak elégedve.

A nagy lendületet, melyet a lumbális analgesia legutóbb vett, egy új anaestheticum felfedezésének köszöni. E szer a *stovain*, melyet *Fourneau* 1904-ben állított elő, s a melynek gyógyszertani hatását az „Académie des Sciences" 1904. február havi ülésén ismertette.

A stovain a tertiaer aminoalkoholok csoportjába tartozik, fehér pikkelyes por, a mely 175° C.-nál olvad s vizes oldatai 120° C.-ig hevíthetők a nélkül, hogy bomlást szenvednének és hatásukból veszítenének. A stovain helybelileg teljesen ártalmatlan szer, nem szívméreg, tonizálja a szívizomzatot, nem okoz agyanaemiát, anaesthesiát létesítő hatása a cocainéval egyenértékü annak mérgező tulajdonságai nélkül. Ezen kitünő tulajdonságai kiválóan alkalmassá teszik a lumbális analgesia czéljaira és *Bier*, *Chaput*, *Reclus*, *Sonnenburg*, *Tillmann*, *Friedrich* kedvező eredményei alapján *Dollinger* tanár az egyetemi I. számú sebészeti klinikán alkalmazásba hozta a stovaint a lumbális analgesia czéljaira. A következőkben az ezen eljárás körül tett tapasztalatainkról *Dollinger* tanár szives megbizása folytán legyen szabad beszámolnom. Röviden körvonalozni fogom a lumbális analgesia technikáját és javalatát is.

* * *

A mi a gerinczvelőérzéstelenítés *technikáját* illeti, eljárásunk a következő: a beteg hátát kellő módon sterilizáljuk, úgyszintén kezeinket is és az asepsis szigorú betartása mellett végezzük a beszúrást. A beteg ülő helyzetet foglal el, vele szemben az ápoló, a ki ügyel arra, hogy a beteg kyphosist utánzó háti domborulata állandóan megmaradjon, a mit úgy érünk el, hogy a beteg karjait a kéztőizület felett megfogatva, a beteget felszólítjuk, hogy jól előre hajoljon és ne mozogjon. Beszúrási helyül rendesen a II.—III. ágyéki csigolya tövisnyúlványa közti területet választjuk. E hely könnyen feltalálható, a mennyiben e helyzetben az I. ágyéki csigolya tövisnyújtványa szembeszökik s innen lefelé haladva, a megfelelő tér könnyen fellelhető, vagy pedig a cristae iliacae két legmagasabb pontját steril mullpólyával harántul megjelöljük, e hely többnyire a III.—IV. ágyéki csigolya közti térnek felel meg és innen felfelé haladva határozzuk meg a beszúrás helyét. A beszúrást czélszerüen a középvonalban ejtjük. Természetes, hogy a tünek is sterilisnek kell lennie, s mert hüvelyes töviseket használunk, melyeknek hüvelyén át történik a stovain befecskendése, fontos, hogy az eszközt úgy, mint a reá jól illő fecskendőt, *ne lúgban* főzzük ki, hanem csak sterilis vízben, mert a basisok a stovaint hatásában gyengítik, sőt a hatást teljesen paralysálják is. Beszúrva a tövisközti térbe, rendesen 4—6 cm. mélységben bizonyos feszesen rugalmas ellenállásra akadunk, a melyet az ily helyzetben megfeszült lumbális zsák okoz. Most kis könnyed előhaladással bejutunk a subarachnoideális térbe s ekkor a kifolyó víztiszta liquor mutatja, hogy a megfelelő helyen vagyunk. Legczélszerübb a beszúrás helyéül a II. és III. ágyéki csigolya közti tért választani, mert e helyen relative legtágabb a lumbális zsák, úgyszólván itt cysternát alkot, a melyben a liquor nagyobb mennyiségben felgyülemlik. A III—IV. ágyéki csigolya közt szükebb a lumbális zsák, miért is az itt végzett punctiora gyengébb sugárban ömlik a liquor; az I—II. ágyéki csigolya közt pedig már a conus medullaris foglal helyet s az itt végzett beszúrás ennek esetleges megszúrását vonhatja maga után. A középvonalban való beszúrás határozott előnyöket biztosít a tövisnyújtványoktól 1—1½ ujjnyira kifelé végzett beszúrás felett. Az arachonideális zsák elkerülése ezen beszúrási mód mellett ritka, a lumbális zsákot a szúrás merőlegesen éri s így a szúrási csatorna pontszerü, a mely a tü eltávolítása után csakhamar záródik. A lumbális zsák megnyitása tangentiálisan s egyúttal nagyobb nyílás képződése csakis oldalsó beszúrás mellett képzelhető el. Oldalsó beszúrásnál gyakrabban megeshetik, hogy a fecskendőnek a türe való illesztésekor néha el nem kerülhető tüforgatáskor a hüvely a lumbális zsákból kicsúszik s így a be-

fecskendett folyadék nem is a subarachnoideális térbe jut, a mi pedig az anaesthesia beállásának főfeltétele. Továbbá a befecskendett anaestheticum egyenletes hatást a gerinczagyi gyökökre csak úgy fejthet ki, ha directe jut be a subarachnoideális térbe. Oldalsó beszúrás mellett tökéletlen, egyoldali és regionarius anaesthesiát láttak jelentkezni s mi is észleltük egyik esetünkben, hogy a középvonaltól balra történt beszúrás után 1 percz mulva fejlődött ki a bal oldalon az anaesthesia, míg a jobb oldalon csak 7 percz után és az anaesthesia az egész műtét alatt mindkét oldalon tökéletlen volt. További előnye a középvonalban való beszúrásnak, hogy kevésbé történhetik meg egy-egy gerinczagyi gyöknek a sértése, hogy ritkább a vérér sértése, a mi oldalsó beszúrásnál a gyüjtőérrendszer nagy kiterjedése folytán könnyebben történhetik meg. Tény az, hogy jól fejlett, erős betegnél a középvonalban való beszúrás néha nehéz a ligamenta interspinalia rostos, kemény összeállása miatt s több gyakorlatot követel, mint az oldalsó punctio, de kevés gyakorlattal megtanulhatjuk e módszert s vele sok kellemetlenséget elkerülhetünk. Néha a beszúrásnál csontos ellenállásra találunk. Ha a tövisnyújtványok erősen kifejlődtek, gyakran zsindelyszerüen feküsznek egymáson a proc. spinosi s ilyen esetben, ha be is jutottunk a tövisnyújtványok közti térbe, bizonyos mélységbe előhaladva csontos ellenállást érzünk. Ez ellenállás vagy az alsó tövisnyújtvány proximális eredése, vagy a felső tövisnyújtvány alsó felülete által van feltételezve. Mert érthető, hogy a tövisnyújtványok közti tér erősen előrehajlott gerinczoszlop mellett a legtágabb a tövisnyújtványok szabad végei közt; minél mélyebbre hatolunk előre, annál jobban szükül e tér s ha a tüvel nagy kitéréseket végzünk, okvetlenül fent vagy lent csontra akadunk. Ilyenkor szabály, hogy a beteget felszólítjuk, hogy lassan fokozza a lumbális kyphosisát, a minek megtörténte után a tü gyakran könnyedséggel jut a subarachnoideális térbe.

Nem czélszerű a gyors beszúrás, mert akkor elvesztjük azon finom érzést, a melylyel a rétegekről tájékozódunk. Czélszerű a bőrön való áthatolás után pillanatig várni, mert a beszúrásra a betegek önkénytelenül kevéssé visszahúzódnak s kisfokú lordosist létesítenek. Ezen reflectorius visszahúzódást akkor sem kerülhetjük el, ha a bőrt anaesthyllel érzéstelenítjük. A bőrön áthatolva s ügyelve, hogy az ágyéki hajlat kyphosisban maradjon, lassan haladunk előre, ügyelünk, hogy túl ne menjünk a lumbális zsák elülső falán a fibrocartilagines intervertebrales-be, a melyek főleg fiatal egyéneknél relative lágyak lehetnek s a tü elé akadályt nem gördítenek. Ennek elkerülése végett ajánlja *Bier*, hogy a mandrinos kanülből a bőrön való áthatolás után távolítsuk el a mandrint s így haladjunk előre, a mikor is megfelelő helyre jutva, a liquor kiömlése a további előhaladást feleslegessé teszi. Ez helyes, de viszont számolnunk kell itt azon tényezővel, hogy a kanül nyilása bedugulhat s akkor a tövis nélküli alkalmazás czélját tévesztette.

Megesik, hogy a kanülön át nem tiszta liquor, hanem vérrel kevert folyadék vagy tiszta vér ömlik elő, ilyenkor gyakran a kanülnek kevéssé kihúzása után tisztán ömlik elő a liquor. Legczélszerübb azonban ilyen esetekben a tüt kihúzni s *más* tüvel, hogy a tüben visszamaradó vér a második alkalmazásnál félre ne vezessen, az eljárást megismételni.

A mint látjuk, az anaestheticum befecskendése előtt a conditio sine qua non az, hogy a kanülön át tiszta liquor folyjék ki. Ha a liquor véres, vagy ha liquort nem kapunk, a stovain befecskendezése műhiba!

A stovain befecskendésére a kanülre teljesen jól illő, szétszedhető (megfelelő a Record-fecskendő, mely olcsóbb a Luer-fecskendőnél) s részeiben is sterilizálható fecskendőt használunk, a melynek űrtartalma valamivel nagyobb, mint a befecskendezni szokott stovain mennyisége. A fecskendőt czélszerű előzetesen az injiciálandó folyadékkal megtölteni, benne levegőt visszahagyni nem szabad. Midőn néhány csepp tiszta liquor kiömlött, rögtön légmentesen reáhelyezzük a fecskendőt s még egyszer meggyőződünk arról, hogy valóban a subarachnoideális térben vagyunk-e, azzal, hogy a fecskendőbe kevés liquort szívunk fel. Ennek még az az előnye is van, hogy a stovain már a fecskendőben elegyedik a liquorral, a mi tejszerű zavarodásban nyilvánul és így a stovainnak egyfelől lokális hatása gyengíttetik, másfelől isotonikusabb módon kerül a gerinczcsatornába.

Anaestheticum gyanánt a *Billon*-féle stovaint használtuk, a mely 2 cm³-es phiolákban sterilisen kerül forgalomba. 1 cm³ oldat 0·04 gm. stovaint, 0·00013 gm. epirenint és 0·0011 gramm konyhasót tartalmaz. A phiolák kifőzhetők, így az üvegek is csiramentesek s a műtő által kézbe vehető; nem czélszerü azonban a phiolák gyakori kifőzése, mert a stovain hatásában gyengül. Teljesen megfelel czéljának, ha a phiolákat állandóan absolut alkoholban tartjuk s műtét előtt közvetlenül veszszük ki a tartályból, a fertőzéstől így sem kell tartani.

A mi a befecskendezendő stovain mennyiségét illeti, azt tapasztaltuk, hogy 0·05—0·06 gm. rendesen elegendő az analgesia kifejlődésére.

Ezeket óhajtottuk általánosságban a lumbális analgesia technikájáról elmondani; közülük egyik-másik dolog talán túlságos részletesnek tünik fel, de ép itt néha kicsiny technikai hiba az eljárás elégtelenségére vezethet, sőt határozottan káros hatással lehet a betegre.

* * *

Lássuk most részleteiben az I. számú sebészeti klinikán végzett stovainos lumbális érzéstelenítéseket.

E módszerrel 50 esetben végeztünk műtétet. A betegek kora 16—69 év közt váltakozott oly módon, hogy

16—20	év közt	6 esetben
20—30	„ „	16 „
30—40	„ „	11 „
40—50	„ „	10 „
50—60	„ „	3 „
60—69	„ „	4 „
	összesen	50 esetben

végeztünk lumbális analgesiát. Eseteink megválogatásánál elvünk az, hogy e módszert csak azon esetekben alkalmazzuk, midőn a műtéti terület a köldök alatti tájakra szorítkozik, midőn a betegek a 12. életévet meghaladták és a betegség, mely miatt a beavatkozás történik, nem acut septikus. Így a következő esetekben végeztünk lumbális analgesiában műtétet:

I. Alsó végtagon:

Contractura coxae (op. sec. Gant) . . .	1
Genua valga (op. sec. Mc Ewen) . . .	2
Ankylosis genus (ékkivésés)	1
Gonitis (arthrektomia)	1
Fract. cruris male san. (amput.)	1
Fract. cruris male san. (csontvarrat) . .	2
Osteomyelitis fibulae	1
Gangraena pedis (op. sec. Seyme) . . .	1
Tuberculosis pedis (op. sec. Chopart) . .	1
Pedes vari (talektomia)	1
összesen	12

II. Végbélen:

Nodi haemorrhoid. (op. sec. Withehead) . .	3
Carc. recti (amput.)	1
összesen	4

III. Húgy-ivarszerveken:

Epididymitis tbc. (castr.)	3
Gumma testis (castr.)	1
összesen	4

IV. Hasfalon:

Hernia ingu. lib. (op. sec. Bassini) . . .	20
„ „ „ lat. utr.	4
„ „ incarcer. (op. sec. Bassini) .	1
„ „ „ et lib.	2
„ crur. lib.	2
„ „ incarcer. (bélresectio) . . .	1
összesen	30

Nézzük most, minő hatást fejt ki a stovain. Befecskendezés után a betegek 1—2 percz után zsibongást, hangyamászást éreznek alsó végtagjaikban, majd végtagjaikat emelni nem tudják, némelyek úgy érzik, hogy nincs lábuk, mások viszont ólomsúlyról panaszkodnak, mely lábaikat lefelé húzza, egyszóval paraplegia fejlödik ki, a reflexek kimaradnak és csakhamar beáll az anaesthesia. Nem minden esetben jön ezen paraplegia és analgesia egyenlő gyorsasággal és intensitással létre. Eseteinkben a paraplegia és analgesia 1—12 percz után fejlödött ki 40 esetben, még pedig

1	percz	után	2	esetben
2	„	„	5	„
3	„	„	9	„
4	„	„	2	„
5	„	„	8	„
6	„	„	2	„
8	„	„	3	„
10	„	„	6	„
12	„	„	3	„
összesen		.	40	esetben;

csak paresis fejlödött ki teljes analgesia mellett 5 esetben, sem paraplegia, sem analgesia nem jött létre 5 esetben, úgy, hogy ezen utóbbi 5 esetben általános narcosist kellett alkalmaznunk. Ez utóbbi 5 esetben 15—20 percznyi várakozás után végeztük a narcosist.

A *mellékhatások* közül az injectio után rövidesen elhalványodást, szédülést, émelygést 4 esetben, izzadást 5 esetben, fejfájást 3 esetben, hányást 2 esetben, böfögést 2 esetben, szomjúságot 3 esetben észleltünk, vagyis könnyebb jellegü kellemetlenségeket összesen 19 esetben. Izomremegést, mely az egész testre kiterjedt, 1 esetben láttunk. Közvetlen a befecskendés után 1 esetben a beteg erős gyomortáji fájdalmakról panaszkodott.

A pulsus az injectio után, rendesen az anaesthesia beállásakor valamivel lassubb lesz, perczenként 66—76, a légzés reguláris marad, perczenként 15—20, a beteg bizonyos fokban indifferens s a környezet készülödése kevéssé izgatja. 2 esetben röviddel az injectio után az érverés szabálytalan, kihagyó lett, a légzés nem változott, gyenge collapsus fejlödött ki, ekkor a beteggel cognacos fekete kávét itattunk és camphoraether-injectiót adtunk, mire a beteg néhány percz után teljesen jól érezte magát. 2 esetben súlyosabb melléktüneteket észleltünk. Egyik esetben (61 é. fi, hernia ingu. incarcer.) 8 perczczel a stovain-injectio után a beteg hirtelen halvány lesz, ajkai cyanotikusak, s nagyfokú légszomjról panaszkodik. A beteg csakhamar jól érzi magát, de ez állapot 10 percznyi időközökben rohamszerüen még 3-szor jelentkezik. A pulsus ez idő alatt állandóan telt és feszes marad, a beteget nagyfokú szomjúság is gyötri; az anaesthesia a köldökig terjedt fel és a mütétet a beteg egyébként jól türte.

Egy másik esetben (37 éves nő, hernia cruralis), midön egészen kisfokú, a fej felé lejtő helyzetet foglalt el a beteg, az anaesthetizáló stovain oly magasra terjedt fel, hogy 33 perczig tartó mesterséges légzés volt szükséges, míg a beteg állapota ismét kielégítő lett. Az esetet ritkaságánál és tanulságos voltánál fogva legyen szabad in extenso ideiktatnom.

A befecskendett stovain mennyisége 0·06 gm. 4 perczczel az injectio után a paraplegia és az analgesia teljes. 6′ után a beteg feltünően halvány lesz, majd cyanotikussá válik s ekkor *Dollinger* tanár utasítására azonnal hozzáfogunk a mesterséges légzéshez. A beteget felszólítjuk, hogy mondja meg nevét, ekkor csak ajkait mozgatja, de beszélni nem tud. A pupillák középtágak, fényre és alkalmazkodásra reagálnak. A pulsus percenként 80, feszes, nagy hullámú. A beteg aluszékony. 8′-ezel az injectio után a beteg szemhéját, száját nyitni tudja, ha felszólítjuk, hogy fejét emelje fel, a fejbiczczentő izmai kissé megfeszülnek, de a fejét nem tudja felemelni. *18′* után a felső végtagok még teljesen bénák, a beteg igen aluszékony, önmagától légzeni még nem tud. *22′* után a beteg sem felülni, sem nevét megmondani nem tudja. Kérdéseinkre gyenge fej- és szemmozgásokkal felel, de hangot adni nem tud. Felszólításra szemhéját erősen össze tudja csukni, a szemét kimereszti, száját nyitja, fogait összeszoritja. *26′* után — a mesterséges légzés még mindig tart — a beteg szine jobb; hangosan beszélni még nem tud, csupán ajkait mozgatja; a mesterséges kilégzésnél egyszer-másszor hangosan nyög. A nyelvét kinyújtja. *28′* után kevés cognacos vizet iszik akadály nélkül. *29′* után nevét hangosan megmondja. Böre eddig száraz volt, most profus izzadás támad. *29′* után fejét fel tudja emelni. *30′* után öklöndözik és kevés epés folyadékot hány. *31′* után a beteg sírni kezd, *33′* után a mesterséges légzési mozgásokat abbahagyjuk, a beteg önmagától légzik. 40′ után a beteg értelmesen beszél, ekkor *Dollinger* tanár a mütétet megkezdi s teljes analgesia mellett 15 percz alatt befejezi. A beteg a mütét után teljesen jól van, nem érti a történteket, csak azt látta, hogy karjait a mellkasához nyomták, de nem tudta, hogy azt ő saját karjaival történt a légzési mozgások létesítése. Ha most azt kutatjuk, hogy mi volt az oka ezen jelenségnek, azt kell mondanunk, hogy tekintve, hogy az anaesthesia felért a nyakig, a karok hüdve voltak, a szemmozgás, nyelvmozgás, az arczmimika érintetlen volt, a sensorium tiszta maradt: sem az agyidegek, sem az agykéreg nem voltak érintve. Tekintve továbbá, hogy a pulsus mindvégig egészen rendes volt, tachycardia nem volt jelen: a légzőizmok hüdését az okozta, hogy a stovain a nyaki duzzanat fölé a legfelső nyaki ideggyökökig feljutott. Tehát *nem a nyúltvelői légzőcentrum, hanem a legmagasabb nyaki segmentum hüdéséről van szó.* A lefolyás egyébként a mütét után teljesen zavartalan volt.

Hasonló esetet az irodalomban 4 esetben találtunk. *Greiffenhagen* két esetben (Zentralblatt f. Chir. 1906. 19. sz.) 0·08 illetve 0·10 gramm stovaint fecskendett be és 20 illetve 10 perczig tartó mesterséges légzés vált szükségessé. Ily magas dosisok alkalmazása tévedésből történt. (Zentralblatt für Chirurgie, 1906. 23. sz.) *Sandberg* 0·07 gm. stovain alkalmazása után 25 perczig tartó mesterséges légzést volt kénytelen végezni. (Zentralblatt für Chirurgie, 1906. 16. sz.) *Bier* 0·04 gm. stovain injectioja után 5 perczig végeztetett mesterséges respiratiót. (Münchener med Wochenschr, 1906. 28. szám)

A mi esetünkben, mely az irodalomban tehát az ötödik, a stovainnak ily magasra terjedésében valószinüleg része van a betegnek kisfokú Trendelenburg-féle helyzetben való fekvésének is, miért is nem ajánljuk, az anaesthesiás területek kiterjedésének fokozása czéljából sem, az injectio után a betegeknek fejjel lefelé lejtő elhelyezését.

Midön meggyőződtünk arról, hogy az analgesia kellő módon beállt, a nélkül, hogy a beteg figyelmét a mütét kezdetére felhivnók, megkezdjük az operatiót. A legtöbb esetben a betegek csodálkoznak, hogy öket már operálják s több esetben észleltük, hogy a vész, kalapács és fürész hangjai betegeinknél semmi emotiót nem keltenek. Az analgesia eseteinkben rendesen az alsó végtagokra és a hasfalakra a köldök magasságáig terjedt fel; 1 esetben két ujjal a köldök fölé, 1 esetben az emlöbimbókig, 1 esetben az egész törzsre, nyakra, felső végtagokra is kiterjedt. Az analgesia a tervezett mütét kivitelére azon esetekben, midön az analgesia a mütét előtt beállott, elegendő tartamú volt. Igen jó hatását láttuk ezen érzéstelenitési eljárásnak egyik esetünkben, midön három napos cruralis sérv kizáródása miatt bélresectiót is kellett végeznünk, a beteg csak a mesenterium vongálásakor panaszkodott kisfokú gyomorfájásról. Ugyancsak egy másik szabad sérv mütéténél a cseplesz resectioja alkalmával hallottunk gyomorpanaszokat. Két esetben a m. sphincter ani hüdése folytán a beteg székét maga alá eresztette, egy esetben pedig a beteg önkénytelenül vizelt. Minden esetben megfigyeltük, hogy az injectio után mennyi idővel szünik meg a paraplegia s azt tapasztaltuk, hogy a motilitás visszaállását csakhamar követi a sensibilitás jelentkezése, a reflexek helyreállása. A paraplegia eseteinkben megszünt:

40	percz	után	. . . . .	1	esetben
55	„	„	. . . . .	1	„
1	óra	„	. . . . .	7	„
1	„ 15	percz	után . . .	4	„

1	óra	30	percz	után.	. .	10	esetben
1	„	45	„	„	. . .	7	„
2	„			„	. . .	4	„
2	„	15	„	„	. . .	4	„
2	„	30	„	„	. . .	2	„
				összesen	. .	40	esetben.

Kiemelendő, hogy egyik esetünkben 1 óra 30 percz után megszünt az analgesia, a végtagok motilitása pedig 2 óra után állott be. *2½ órán túl fennálló vagy persistáló paraplegiát egy esetben sem észleltünk.*

Az utóhatások közül a legtöbb esetben *fejfájást* észleltünk. Ez 5 esetben a fejfájás már közvetlenül a műtét után megvolt s 3 napig elhúzódott, 8 esetben azonban a műtét után 2—3 nappal támadt s 3—4 napig tartott. Egy esetünkben (18 éves nő, gonitis-arthrektomia) a műtét utáni 3. napon igen heves fefájás jelentkezett, fájdalmas nyilalással a gerinczoszlop mentén. A beteg hőmérséke 36·5—36·7° C., pulsusa 76. A következő 2 napon a fejfájás még növekedett, a bőr hyperaesthesiás, a reflexek fokozódtak, a beteg láztalan. Ezen kellemetlen utójelenségek 3 napi fennállás után szüntek meg teljesen. A fejfájások esetében jó szolgálatot tett 1 gm. aspirin adagolása. *Hányást* mint utóhatást csak 1 esetben észleltünk. Kisebb fokú *hőemelkedést* a lumbális analgesia után több esetben észleltünk, de ennek a magyarázatát más, a műtéttel összefüggő okokban is megleljük. Görcsöket, collapsust egy esetben sem láttunk jelentkezni.

Ha most röviden összefoglaljuk 50 lumbalis analgesia körül tett tapasztalatainkat, a következő számadatok áttekinthető képet fognak nyujtani:

teljes volt az anaesthesia és analgesia	40	esetben
részleges	5	„
elégtelen	5	„
könnyebb jellegü *mellékhatások* . . .	19	„
izomremegés mint mellékhatás . . .	1	„
gyomortáji fájdalom mint mellékhatás .	1	„
gyenge collapsus „ „ .	2	„
nagyfokú légszomj „ „ .	1	„
a légzőizmok hűdése „ „ .	1	„
fejfájás mint *utóhatás*	13	„
hányás mint *utóhatás*	1	„

Ezek alapján azt mondhatjuk, hogy a stovainos lumbális analgesia sem panacea; el kell készülve lennünk, hogy esetleg az analgesia nem áll be, hogy az általános narcosisra kell átmenni még akkor is, ha a technikai cautelákat szigorúan betartjuk. Nem mindig technikai hibában rejlik a balsiker, bizonynyal vannak betegek, kik a stovainnal szemben refractaer módon viselkednek! Az eddigi tapasztalatok fenntartják a jogosultságát a helybeli érzéstelenítésnek, valamint az általános narcosisnak is, a lumbális analgesiának a helye a kettő között van. Tekintve, hogy elég nagyszámúak a balsikerek, hogy elég intensiv, sőt súlyos jellegü mellék- és utójelenségeket észleltünk, hogy mások (*Sonnenburg* 2, *Hildebrand* 1, *F. König* 1, *Krecke* 1 eset) halálos kimenetelről, mások viszont súlyos, hosszan fennálló paraplegiákról, szemmozgatóizomhüdésekről számolnak be, úgy véljük, hogy a lumbális analgesia stovainnal általános elterjedésre még a sérv- és végtagműtéteknél sem számíthat. Ilyen észlelések után követelnünk kell, hogy a lumbális analgesiát csak szigorú indicatiók mellett alkalmazzuk, még pedig főleg olyan esetekben, midőn a helyi érzéstelenítés keresztül nem vihető és az általános narcosis ellenjavalata forog fenn. Öreg egyéneknél, súlyos arteriosclerosisban, szív-, tüdőbajban szenvedőknél, nagyfokú diabetes esetén végzendő műtéteknél a lumbális analgesia mindenesetre igen jó szolgálatot teljesíthet s ez esetekben alkalmazása jogosult.

* * *

Végül legyen szabad mélyen tisztelt főnökömnek, *Dollinger* tanár úrnak, szíves útmutatásaiért és tanácsaiért hálás köszönetemet e helyen is kifejezésre juttatni.

Az orr melléküregeinek gyuladásairól.[1]

Közli: *Paunz Márk* dr.

Az orr melléküregeinek gyuladásos, genyedő folyamataival az utolsó 10 esztendő óta foglalkozunk behatóbban, a mióta ezen bajoknak pontos kórismézését a rhinologia fejlettebb vizsgálati technikája teszi lehetővé. A legutolsó években úgy a szakirodalomban, mint a különböző tudományos testületekben oly gyakran kerülnek ezen bántalmak tárgyalás alá, hogy szinte azt lehetne gondolni, hogy újabban ezen betegségek gyakoriabbak, mint azelőtt voltak. Tagadhatatlan, hogy az 1890-ben elterjedt influenzajárvány alatt és után több, különösen súlyosabb természetü heveny eset került észlelés alá, mint annakelőtte. De alighanem úgy vagyunk ezen genyedő folyamatokkal is, mint az appendicitissel. Ez is csak addig volt ritka betegség, a míg nem tudtuk helyesen és elég korán kórismézni. Bár az orr melléküregeinek gyuladásai a legtöbb esetben nem birnak oly végzetes jelentőséggel, mint a féregnyúlvány lobosodásai, mégis elég gyakran okoznak súlyos kellemetlenségeket, fenyegetik a szomszédos szemüregbe való áttörés által a látószervet, elég gyakran okoznak — különösen a homloküregből kiindulólag a homlokcsonton — csonthártyagyuladásokat, söt nem túlságosan ritkán a koponyaüregbe átterjedő genyedő folyamatok az életet is komolyan veszélyeztetik. Mind oly okok, melyek ezen betegségek ismeretét a gyakorló orvosra nézve szükségessé, a bajok sebészi megoldásával foglalkozó sebészre nézve pedig — legalább a főbb vonásaiban — nélkülözhetetlenné teszik.

A melléküregek gyuladásai sokkal gyakoriabbak, mint általában hiszszük. Ezt sorozatos hullavizsgálatok és orr-, torok- és gégebetegeknek ily irányú tüzetes klinikai vizsgálatai eléggé bebizonyitották. *E. Fränkel*,[1] *Harke*,[2] *Lapalle*,[3] *Wertheim*[4] és mások vizsgálataiból kitünt, hogy a kórházakban elhaltak 26—40%-ában találunk melléküreggenyedéseket. *Wertheim* 360 felnőtt hulláját vizsgálta; ezek között csak 195 mutatott normális orrmelléküregeket; a többi 165 esetben kóros változások voltak találhatók és pedig 95 esetben egy vagy több melléküregben kifejezetten genyes gyuladás, azaz minden negyedik hullában valóságos empyema volt található. Heveny fertőző betegségekben elhaltaknál majdnem minden második hullában található melléküreggenyedés (*Wertheim*).

A klinikai beteganyagon a melléküreggenyedések ily gyakorisága nem állapitható meg. Ennek két oka van. Sok esetben nem keressük a genyedést, mert a betegeknek nincsenek erre vonatkozó panaszaik. Másrészről a kórházakban elhaltak hullaanyaga lényegesen különbözik az ambulanter megfigyelés alá kerülő beteganyagtól. A kórházakban igen sok beteg esik áldozatul a heveny fertőző betegségeknek és a tüdővésznek és ezek hulláiban feltünően gyakran találhatók a melléküregek kóros változásai.

Mindamellett a klinikailag kimutatható esetek száma csak némileg gondos megfigyelés mellett is igen nagy. Az „Általános munkásbetegsegélyző pénztár"-nak vezetésem alatt álló orr-torok-gégebeteg-osztályán az 1900—1905. években összesen 9969 új ambulans beteg között kétséget kizárólag kórismézhettem és végigészlelhettem 127 melléküreggyuladást, illetőleg genyedést. Ezen szám kétségtelenül kicsiny. Még sokkal több volt a gyanús eset. Ezeknél az orrüregben talált geny forrása csak azért nem volt közelebbről meghatározható, mert a betegek nem vetették magukat alá a tüzetesebb vizsgálatnak és rendszeres észlelésnek, a mint azt ambulans munkásoknál oly gyakran tapasztaljuk. Hogy jelenleg gondos vizsgálat mellett e bántalmak mindinkább gyakrabban találtatnak, azt igen jól mutatják a *Strubell*[6] által *Chiari* klinikájáról közölt számok. Míg 1899-ben 7866 beteg között csak 74 empyemát találtak, addig 1900-ban 8552 beteg között már 120-at, 1901-ben pedig 9131 beteg között 206-ot mutattak ki;

[1] A budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztályában 1906 február 15.-én tartott előadás.
[2] *E. Fränkel:* Virchow's Arch. 1896. 143. k.
[3] *Harke:* Beiträge z. Path. u. Ther. d. ob. Luftwege. 1895.
[4] *Lapalle:* Arch. internat. de laryng. etc. 1899.
[5] *Edm. Wertheim:* Arch. f. Laryng. u. Rhin. XI. k. 2. 1900.
[6] *A. Strubell:* Arch. f. Laryng. u. Rhin. XIV. k. 3. 1903.

a mi nem az empyemák szaporodását jelenti, hanem a helyesebb kórisme mellett szól.

Bonczleletek szerint leggyakoribb a sinus maxillaris genyedése; ezután következik az iköböl genyedése, továbbá a rostasejtek genyedése; legritkább a homloküreg önálló empyemája. A homloküreg és az iköböl empyemája igen gyakran szövődött a rostasejtek genyedésével, boncztani okoknál fogva.

A klinikai megfigyelés alá kerülő beteganyagon ugyanilyen a viszony az empyemák gyakoriságát illetőleg a különböző üregekben. Azonban munkáspénztári beteganyagomon feltünő sok heveny homloküreggyuladást volt alkalmam észlelni, a lefolyt hat év alatt 51 esetet. Ennek oka nyilván abban rejlik, hogy a nagy fejfájásokkal járó heveny homloküreg-gyuladással a betegek azonnal munkaképtelenné válnak és felkeresik az ambulatoriumot, ellenben a csak bő váladék által kellemetlenkedő Highmor-üreg- és iköbölgenyedéssel rendszerint nem sokat törődnek. Az utóbbi különben is kissé nehezebben kórismézhető.

A melléküreggyuladások aetiologiájában a legnagyobb szerepet a heveny fertőző betegségek játszszák: influenza, typhus abdominalis, pneumonia, erysipelas, morbilli, scarlatina, variola, diphtheritis stb. Tuberculosisnál is gyakran található a melléküregek genyedése. A klinikai észlelés alá kerülő esetek legnagyobb részében a bántalom kezdete heveny náthára vezethető vissza. Újabb ismereteink szerint egyébként a heveny nátha is a fertőző betegségek közé számítandó. Heveny náthánál rendszerint egy vagy több, néha valamennyi melléküreg nyálkahártyája meglobosodik. Már most ha a nátha kifejlődésével az egyik vagy másik üregben váladék-retentio van, a mely a duzzadt nyálkahártya által szükült természetes szájadékon át ki nem ürülhet, kifejlődik a typikus empyema kórképe.

A Highmor-üregnél különleges ok gyanánt szerepelnek a felső állcsont szúvas molaris és praemolaris fogai. Ezeknek gyökérgyuladásai részben egyenes áttörés, részben csak tovavezetés által sokszor okozzák a Highmor-üreg súlyos genyedését. A rostasejtekben és az iköbölben tertiaer luetikus folyamatok is sokszor okoznak genyedéseket. Gyakran nem lehet kimutatni, mi módon támadt a melléküreggenyedés. Nem szenved kétséget, hogy a fertőzés a vér- és nyirokáram közvetitésével távolabbi szervek részéről is történhetik. Ezt bizonyítják a pneumoniánál, typhus abdominalisnál gyakran észlelt empyemák is. Talán a heveny hashártyagyuladással *(Dmochowski*[1]*)* és appendicitis-szel kapcsolatban észlelt empyemák is így magyarázhatók. Gyomor- és bélbetegségeknél hányadék is kerülhet a melléküregekbe és ezek ily módon is fertőzhetők.

Gyakori, hogy az egyik üreg fertőzi a szomszédos másik üreget, akár áttörés útján, a mi a Highmor-üreg és iköböl között lehetséges, akár pedig úgy, hogy a geny az egyik üregből a másikba a természetes szájadékokon át jut be. Így keletkeznek a kombinált empyemák. A homloküreg empyemája mindig kombinált a mellső rostasejtek genyedésével *(Jansen*[2]*, Hajek*[3]*, G. Killian*[4]*)*; hasonlóképen az iköböl rendszerint a hátulsó rostasejtekkel együtt betegszik meg. A genyedő folyamatnak az egyik üregből a másikba való átterjedését többször volt alkalmam figyelemmel kisérhetni.

Midőn a geny az egyik üregből bejut egy másik üregbe, nem kell okvetetlenül ezen utóbbiban a nyálkahártya fertőzésének, gyuladásának bekövetkeznie, hanem ezen üreg sokszor csak mint genytartó üreg szerepel. Ezen esetekben *G. Killian* szerint a *pyosinus* elnevezést használjuk, megkülönböztetésül a valóságos nyálkahártyagyuladások által előidézett empyemáktól, melyeket helyesebben *sinuitis* névvel jelölhetünk. A Highmor-üreg igen gyakran szerepel mint genytartó az iköböl, a rostasejtek és a homloküreg genyedéseinél *(G. Killian). Hajek*[5] szerint a hátulsó rostasejtekből származó geny gyakran belekerül az iköbölbe és így itt is pyosinus fejlődik. Ezen tapasztalatok ismerete fontos, mert könnyen megtörténhetik és gyakran meg is történt, hogy nem az eredetileg megbetegedett genytermelő üreg képezi a beavatkozás tárgyát, hanem tévesen a genytartó üreget nyitjuk meg, természetesen eredmény nélkül. Magam is gyógykezeltem olyan eseteket, melyekben a homloküregből, illetve az iköbölből származó geny a Highmor-üregben rakodott le és a Highmor-üreg-empyema tünetei kötötték le figyelmemet, míg a pontosabb észlelés és vizsgálat a helyzetet nem tisztázta.

A mi a kórboncztani változásokat illeti, azok a nyálkahártya-gyuladás fokozata szerint szerfelett különbözők. Lehetnek egyszerü hurutos jelenségek csak úgy, mint a heveny náthánál, melyek néhány nap alatt önként lezajlanak; máskor súlyosabb nyálkahártyagyuladásokat találunk, nagyfokú lobos duzzanatokkal és böséges genytermeléssel; ritkábban találunk nyálkahártya-fekélyeket, melyek nekrosis folytán keletkeznek. Ezen esetekben a nekrotizáló folyamat könnyen átterjedhet a csontra is és osteophlebitis, thrombo-phlebitis folytán kisebb-nagyobb kiterjedésü csontelhalások és áttörések a szomszédos szemüregbe és koponyaüregbe is bekövetkezhetnek, különösen a homloküreg és a rostasejtek részéről, úgyszintén az iköbölből kiindulólag. Idült esetekben a melléküregek szájadékai körül gyakori a polyp-képződés. Oka ennek azon állandó inger, melyet a kifolyó genyes váladék a nyálkahártyára gyakorol. Polyp és geny együttes jelenléte mindig melléküreggenyedésre hívja fel figyelmünket. Az üregek nyálkahártyája is polyposuson elfajulhat. Boncztani készítményeim között a homloküregben találtam mogyorónyi nyálkahártyapolypot.

Klinikailag két jól megkülönböztethető csoportba oszthatjuk a melléküreggyuladásokat, *heveny és idült melléküreggyuladásokra.*

Mielőtt a kórtünettanra és ebből kifolyólag a kórismére áttérnék, szükséges egészen röviden a melléküregek boncztani viszonyait és fejlődését vázolni. Az orrüreg az orrsövény által két egyenlő félre osztatik. Megkülönböztetünk az orrüregben egy alsó részt, mely főként légzésre (pars respiratoria) és egy felső részt, mely szaglásra szolgál (pars olfactoria). Ezen részeket azon viszony szerint is megkülönböztethetjük, melyben az arczkoponya két főcsontjához állanak és így az alsó részt pars maxillarisnak, a felső részt pars ethmoidalisnak is nevezhetjük (*Mihalkovics*[1]). Az orr melléküregei mind a rostacsont körül csoportosulnak, illetőleg szájadékaik mind az orrüreg felső, ethmoidális részébe nyilnak. A rostacsont körül kétoldalt az állcsont-üregek, elül fent a homloküreg, hátul az iköböl található. Magában a rostacsontban vannak elhelyezve az elülső és hátulsó rostasejtek (cellul. ethmoidal. ant. et post.). Az összes objectiv kórtünetek, melyekre kórisménket alapítjuk, a pars ethmoidalisban lesznek szemmel láthatók. Igy a rostacsont rövid boncztani vázolása nem lesz felesleges. A rostacsont felső lemezét a lamina cribrosa alkotja, két oldalt van a lamina papyracea; csontos sövény két részre osztja a rostacsontot; a lamina cribrosától lefelé indul a lamina papyraceával párhuzamosan a rostasejteket mediálisan határoló fal, melyen a két rostacsont-kagyló (középcső és felső orrkagyló) domborodik ki. Lefelé a rostacsont nyitva van. Eredetileg 4 (gyakran 6) rostacsont-kagyló van. Később csak a 3. és 4. rostacsontkagyló marad meg a középső és felső orrkagyló alakjában. A két legalsó kagyló embernél elkorcsosodott állapotban van meg és ezek közül a legelülső, legalsó képezi a processus uncinatust, a második pedig a bulla ethmoidalist. Ez utóbbi is csak csenevész kagylómaradvány, melyben légtartalmú rostasejt foglal helyet. A processus uncinatus és a bulla ethmoidalis között van a félholdalakú rés (hiatus semilunaris), mely ezek szerint elkorcsosodott orrjáratnak felel meg. A hiatus semilunaris legelülső végébe szájadzanak a sinus frontalis és az elülső rostasejtek; hátulsó végébe szájadzik a sinus maxillaris. Ezen képletek mind a középső orrkagylótól takarva, attól kifelé, a középső orrjáratban feküsznek. A rostacsontot hátul az ikcsonttól elválasztja a recessus spheno-ethmoidalis. Ezen recessusba nyilik hátulról előre az iköböl; elülről hátrafelé nyilnak ugyanide a hátulsó rostasejtek. Ezen üregek szájadékai a középső orrkagylótól median felé, a fissura olfactoriába nyilnak.

A melléküregek fejlődése az orrnyálkahártyának megfelelő

[1] *Dmochowski*: Arch. f. Laryng u. Rhin. 1895. III. k.
[2] *Jansen*: Arch. f. Laryng u. Rhin. 1894. II. k.
[3] *Hajek*: Path. u. Ther. d. entzündl. Erkrank. d. Nebenhöhlen d. Nase. 1899.
[4] *G. Killian*: Die Erkrank. d. Nebenhöhlen d. Nase. (P. Heymann's Handbuch)
[5] *Hajek*: Arch. f. Laryng. u. Rhin. 1904. XVI. k.

[1] *Mihalkovics*: Anatom. und Entwicklungsgesch. d. Nase und d. Nebenhöhlen (Paul Heymann's Handbuch, III. kötet).

kitüremkedéseiből indul ki. A rostacsont elülső részén levő recessusból az orrnyálkahártya benő a homlokcsont lemezei közé. Így fejlődik ki a homloküreg. A középső orrjáratnak egy recessusából benő a nyálkahártya az állcsontba és képezi az állcsontüreget. Hasonlóan egy hátulsó recessusból az ikcsont testébe való belenövés által képződik az iköböl. A nyálkahártya belenövése már az ébrényi korban kezdődik, de születéskor csak a rostasejtek — melyek az eredeti kagylólemezek között fejlődő harántlemezek által képződnek — és a sinus maxillaris vannak meg. A homloküreg csak a 6—7. életévben kezd fejlődni, ritkán korábban. Az iköböl a 3. ébrényi hónapban kezd fejlődni, de csak a 6—7. életévben képez egy az ikcsontban fekvő csontos falú üreget. A sinus maxillaris születéskor egy a szemgödör alatt fekvő alig 8—10 millimeter hosszú és 5—6 mm. magas rést képez; csak a második fogzás után lesz nagyobb, lefelé terjedő üreggé az állcsont fokozatos kifejlődésével. Szájadéka azonban megmarad az eredeti helyzetben; ezért kedvezőtlen a szájadék elhelyeződése az állcsontüreg felső fala alatt. Itt megemlítendő, hogy elég gyakran (10%-ban) található az állcsontüregbe vezető járulékos szájadék (foramen accessorium); ez mindig lejebb és valamivel hátrább fekszik, mint a rendes szájadék. Ezen foramen accessorium a processus uncinatus hátulsó nyúlványai között keletkező nyálkahártyahiányok által jön létre. Elhelyeződése mélyebb fekvésénél fogva az üregben felgyülemlő geny kiürülésére vonatkozólag kedvezőbb.

A melléküregek fekvésüket és beszájadzásaikat illetőleg két főcsoportra oszthatók. *I. csoport*, melybe a *sinus maxillaris, a sinus frontalis* és az *elülső rostasejtek* tartoznak. Ezek mind a *középső orrjáratba* szájadzanak. *II. csoport*, melybe az *iköböl* és *hátulsó rostasejtek* tartoznak; ezek szájadékai a *felső orrjáratba*, illetőleg *fissura olfactoriába* nyilnak.

Ezek ismerete után a melléküreggenyedés kórismézése eléggé könnyű feladatot képez. Ha az előzményekből, a beteg panaszaiból, az esetleg talált külső tünetekből, az orrüregben talált, avagy a garat hátulsó falára került genyből kifolyólag indíttatva érezzük magunkat, hogy valamely melléküreggenyedést keressünk, úgy *Hajek* szerint nem kell egyebet tennünk, mint a talált genyet forrásáig követnünk. Ha az orrüreget jól kimossuk, a beszáradt pörköktől megtisztítjuk és azt látjuk, hogy csakhamar újból mutatkozik geny, úgy az csak valamely üregből jöhet, a hol geny van. A geny vagy az első, vagy a második csoport üregeiből jöhet. Melyik csoportból, azt rendesen már az első vizsgálatra tisztázhatjuk. Ha a geny a középső orrjáratban lesz látható, úgy csak az első csoport üregeiből jöhet; ha a geny a középső kagylótól median felé, a szaglórésben látható, úgy csak a második csoport üregeiből jöhet. A középső kagyló mint egy vízválasztó mutatja, merre keressük a geny forrását (*Killian*). Sokszor nem elegendő egyetlen egy vizsgálat. A hátulsó csoport üregeiből a geny gyakran hátrafelé folyik és a középső kagyló hátulsó végén lecsurogva, a choanában lesz látható, avagy a garat hátulsó falán reászáradó pörköket képez. Ezért a rhinoskopia posterior mindig végzendő. Igen czélszerű a *G. Killian* által ajánlott rhinoskopia media is. Egy hosszúszárú speculummal a középső orrjáratba behatolva, a középső kagylót a septumhoz szorítjuk és így sokszor láthatjuk, hogy melyik ostiumból jön a geny; ha ezen speculummal a szaglórésbe hatolunk, a középső kagylót kifelé szorítva, a szaglórést tágítjuk és láthatjuk az iköböl szájadékából kiömlő genyet. Ha septumdeviatiók, kagylótúltengések és polypképződések akadályozzák a látást, úgy előbb szükségessé válhatik ezen akadályok kiküszöbölése. Így igen gyakran előbb a középső orrjáratban vagy a szaglórésben talált polypok eltávolítása után válik csak lehetővé a pontos diagnosis. Idült esetekben nyálkahártyatúltengések és polypok majdnem mindig találhatók és a polypok eredési helye is útmutatóul szolgál, merre keressük a melléküregempyemát. Kombinált esetekben úgy a szaglórésben, mint a középső orrjáratban találunk genyet. A gondos és többszöri vizsgálat mindezen esetekben a helyes diagnosist lehetővé teszi. Természetes, hogy sokszor épen olyan nagy türelem szükséges a beteg részéről, mint a milyen figyelem az orvos részéről.

Ha tisztában vagyunk azzal, hogy az elülső avagy hátulsó csoport üregeiből jön a geny, legközelebbi feladatunkat képezi annak a megállapítása, hogy a csoportnak melyik üregéből. Kedvező viszonyok közt nagy ritkán az ostiumokból kijövő geny látható. A homloköbölből jövő geny a középső orrjáratban elülről-felülről jön; a Highmor-üregből származó geny inkább hátulról. Ezt a rhinoskopia media segítségével sokszor jól láthatni. Ha szondával sikerül az ostiumokba bejutni — legtöbbször nem sikerül — és a szonda nyomán geny ömlik, úgy a diagnosis biztosítva van. Ugyanúgy, ha a természetes ostiumon átvezetett canulelel behatolva az üregbe, abból a genyet kiöblítjük. Legkönnyebben sikerül ez a Highmor-üregnél, ha ostium accessorium van jelen. Ha így nem érünk czélt, az elülső csoportnál először a Highmor-üreg állapotával kell tisztába jönnünk. Ezt próbapunctio által fogjuk elérni. A próbapunctiót vagy a középső orrjáratban *(G. Killian)*, vagy az alsó orrjáratban *(Hajek)* végezzük. Ha a hegyes végű canule-lel behatoltunk az üregbe, abból a genyet kifujhatjuk, kiszivhatjuk, avagy kiöblítjük. Az előbbi eljárást akkor végezzük, ha nagyon kevés a váladék; a kiszívásnak inkább serosus váladék esetében van helye; leggyakrabban a kiöblítést alkalmazzuk. Ha ez positiv, akkor még az is eldöntendő, vajjon a geny ott keletkezett-e, avagy csak odajutott. Erre nézve a többi üreg gondos átvizsgálása fog felvilágosítást adni. Ha szúvas foggyökerek okozzák a Highmor-üreg genyedését, eltekinthetünk az orron át végzett próbapunctiotól. Egyszerűen a foggyökerek eltávolítása után az alveoluson át megfúrjuk az üreget. Igen ritkán lesz szükségünk ép fogak mellett, és ha a próbapunctio az orron át nem sikerül, a fossa caninán át végzett próbamegnyitásra. Erre különben úgy készüljünk, hogy positiv lelet esetén mindjárt hozzácsatoljuk az üregnek gyökeres megnyitását és kitakarítását. Ha a próbapunctio a Highmor-üregre nézve negativ eredményt ad, úgy az elülső csoportnál a geny az elülső rostasejtekből avagy a homloköbölből jöhet, avagy mind a kettőből. Ha sikerül szondával vagy canule-lel bejutni a homloköbölbe és positiv eredményt kapunk, akkor tisztában vagyunk az esettel. Megerősít felvételünkben a homloköböl-genyedésre jellegzetes homloktáji fájdalom, mely szorosan a homloköböl határaira szorítkozik, a miről kopogtatás által meggyőződhetünk. Különösen heveny esetekben igen értékes tünet ez. Ha azonban így nem jutunk tisztába az esettel, a középső kagyló elülső végét eltávolítjuk, a mikor is a szonda vagy canule bevezetése legtöbbször sikerül. Ha az eredmény negativ, úgy a geny forrása csak az elülső rostasejtekben lehet. A középső kagyló elülső végének eltávolításával ezek szájadékai is könnyen hozzáférhetők a szonda részére, esetleg ezen üregeket megfelelő harapófogókkal vagy a Hajek-féle horoggal egyszerűen megnyitjuk, a mikor is a geny szabadon látható.

A hátulsó csoport üregeinél eljárásunk hasonló. Ha nem férünk hozzá az iköböl szájadékához, a középső kagyló hátulsó felének eltávolításával nyitunk utat, a mikor is a szonda avagy canule az iköbölbe bevezethető. Ha a lelet negativ és mégis jön geny a felső orrjáratból, úgy ez csak a hátulsó rostasejtekből származhatik, a miről ezen üregek megnyitása által meggyőződhetünk. A beható vizsgálat azt is tisztázni fogja, hogy vajjon az iköbölben talált geny ott képződött-e, avagy oda jutott a hátulsó rostasejtekből.

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

Hőgyes Endre †

Mély megilletődéssel vettük azt a fájdalmas hírt, hogy *Hőgyes Endre* nincs többé. Benne az orvosi tudományokért lelke egész melegével hevülő férfiú dőlt ki, a ki erejének javát tudományszakának szentelte, a ki lelkesedéssel áldozta fennmaradt idejét az orvosi közügyeknek és ezek szolgálatában a *Markusovszky* alapította Orvosi Hetilapnak is. Ott volt minden orvosegyesületi, minden akademiai ülésen, résztvett a természettudományi társulatnak és az orvosi könyvkiadótársulatnak, valamint egyéb orvosi egyesületeknek ülésein is; mindezek működése iránt élénken érdeklődött s életük irányítására befolyt. Ha az orvosegyesületben

valamihez hozzászólott, mindenki örömmel hallgatta, csendes, nyugodtan elmondott szavaiban sok volt a megszívlelendő tanulság. Vele kidőlt egyike legjelesebb s legtehetségesebb búvárainknak, tanítóinknak. És a kik hozzá közel állottunk, szívünk egész melegével érezzük, hogy benne valóban jó embert vesztettünk el, őszinte kartársat, feltétlenül megbizható barátot siratunk.

Mintha valami láthatatlan balvégzet üldözné a budapesti tudományegyetem orvosi fakultását s vele egész magyar orvosi rendünket. Évről évre szedi áldozatait soraiból. Az utóbbi néhány év alatt távoztak rendes tanárai közül: Mihálkovics Géza, Fodor József, Laufenauer Károly, Plósz Pál, Kézmárszky Tivadar, legutóbb Schulek Vilmos, és őket követi most Hőgyes Endre. Mindannyian férfikoruk teljes erejében dőltek ki a munka mellől, csak úgy, mint régebben számosan. Mintha még mindig megerősítésre szorulna Fodor tanulmányának az az eredménye, mely szerint a magyar tudós élete a legrövidebb az európai nagy nemzetek tudósai és tanárai között.

Láttuk mi jönni ezt a katasztrófát, de nem hittük olyan közellevőnek. Midőn az 1904/5. tanév eleje összehozott bennünket, aggódva vettük észre, hogy *Hőgyes*-nek a nyár nem hozta meg régi frissességét. A Tátra kristálytiszta, üde levegőjében való tartózkodás, melyben a fáradalmas tanév után erőt szokott gyüjteni, nem járt ezúttal az új tanévre keresett üdüléssel. Aggodalmaink fokozódtak, midőn Hőgyes a kir. orvosegyesület 1904. évi október hó 14.-én tartott ünnepi nagygyülésén „Az általános kórtan újabb haladása“ czímén az ünnepi előadást tartotta. Nem azt a Hőgyest láttuk mi akkor magunk előtt, a ki régebben, például az Orvosi Hetilap 25 éves fennállása ünnepén, lelkesítő szavaival magával tudta ragadni hallgatóit, midőn ékes szavakban ecsetelve a magyar orvosi kultura jövő fejlődését, beszédét emelt hangon azzal fejezte be: „A harang megkondult, fel a kötelekkel, hajtsuk a hajót, magyar orvosi kulturánk irányt kapott hajóját, rendeltetése útján előre — tovább!!“

A betegség gyorsabban haladt előre, mint gondoltuk: a tiszta logikával gondolkodó agyvelő csakhamar, néhány rövid hónap mulva, megtagadta a szolgálatot, akkor, midőn Hőgyes épen hogy elérte volna törekvéseinek czélját tanszékén. Szép új intézete felépült, be is költöztek abba; tárgya, az általános kisérleti kór- és gyógytan az új szigorlati renddel vizsga tárgya lett. Most ért volna oda, hogy a dékáni hivatal épületének negyedik emeletén és földszintjén levő ideiglenes intézet helyett a modern igényeknek megfelelő, fényes, kényelmes intézetben hirdethesse és fejleszthesse tovább tudományszakát. Keserű bizonyítéka ez is annak, hogy a mit az ember alkot, gyarapít, annak legtöbbször nem annyira maga, mint utódai veszik hasznát.

Hőgyes Endre Hajdu-Szoboszlón született 1847. november 30.-án. Iskoláit ott és a debreczeni kollegiumban végezte. A gymnasiumban annyira kitünt szorgalma által, hogy egy algymnasiumi osztályt átugrott. 1865-ben jött Budapestre az orvosi fakultás hallgatójának, a hol Antal Géza, Kresz Géza, Purjesz Zsigmond, Szikszay Sándor, Wittmann Lázár, Zelizy Dániel és többen voltunk vele egy korosztályú tanulótársai. Mint harmadéves tanuló élénk részt vett az orvostanhallgatók önképzőkörének megalapításában. Az alapszabálytervezetet Hőgyes dolgozta ki. A tanfolyam alatt több rendbeli ösztöndíjat érdemelt ki, 1870-ben az állami ösztöndíjat nyerte meg. Ugyanazon év szeptember havában orvosdoktorrá s egy évvel reá sebészdoktorrá avatták fel.

A mint orvosdoktori oklevelét megnyerte, a Rókus-kórházban segédorvosi állást foglalt el. Ezt az állást azonban már 1871 márczius havában otthagyta s Balogh Kálmán tanár mellé tanársegédnek állott be; mint ilyen 1875 márczius haváig volt alkalmazásban. Mint tanársegéd szakadatlanul dolgozott a kisérleti kórtani és gyógyszertani intézeti laboratoriumban. Az ez intézetből megjelent mintegy 17 dolgozata közül physiologiai szempontból is legértékesebb a vese kanyarulatos csatornáinak és Malpighi-féle testeinek működéséről, valamint a vese vérkeringési viszonyairól irott több közleménye. Hőgyes ezek által kisérleti úton először bizonyította be a vese-kéregállomány vérkeringésének függetlenségét a velőállomány vérkeringésétől, valamint kimutatta azt is, hogy a kanyarulatos csatornák a húgy elválasztásában közvetlenül résztvesznek. Többi buvárlataiban kiválóan a sűrített és ritkított levegőnek szerepét a légvételi elégtelenségek kiegyenlítése körül, különböző gázoknak a tüdőbeli vérkeringésre való befolyását, choleraürülékek hatását állatokra és egyebeket vizsgált. 1874-ben a kisérleti kórtan magántanára lett és 1875 márczius 8.-án a kolozsvári Ferencz József tudományegyetem az ottani általános kór- és gyógytani tanszékre rendes tanárnak hivta meg. Kolozsvárt Hőgyes az 1883. évig működött, az általános kórtant, majd a gyógyszertant is tanítva, a mely idő alatt több izben volt az ottani orvosi fakultás dékánja és prodékánja. Azon szándék által vezettetve, hogy Kolozsvárt az orvosi és természettudományok művelését és terjesztését élénkebbé tegye, az orvoskari tanártestület 1875. évi április havi ülésén aláíró ívet köröztetett a következő sorokkal: „Azok, kik itt Kolozsvárt egy az orvos- és természettudományokat művelő és terjesztő egyesületet akarnak alkotni, legyenek szivesek nevüket ez ívre sajátkezüleg feljegyezni.“ Az ívet a jelenlevők mind aláirták, majd pedig, szétküldetvén az ív a többi tanárok és orvosok között, rövid idő alatt mintegy hatvan aláíró gyült össze tanárokból, orvosokból, gyógyszerészekből és a természettudományok kedvelőiből.

Ezen aláírók alkották meg a kolozsvári orvos-természettudományi társulatot a junius és julius hóban tartott szervezkedő üléseikben. 1875 deczember végén a társulatnak már 120 tagja volt, s a következő években a tagok száma annyira megszaporodott, hogy midőn Hőgyes 1883-ban Kolozsvárról eltávozott, a kolozsvári orvos természettudományi társulat tagjainak száma közel 300-at tett ki. Hőgyes maga a társulatnak több éven át titkára, majd elnöke volt. A társulat „Értesítő“-t adott ki, mely az első években, az anyagi támogatás hiánya miatt, a „Magyar Polgár“ különlenyomata gyanánt jelent meg. Ez inditotta Hőgyest 1879-ben arra, hogy a társulatot az erdélyi muzeumegylet természettudományi szakosztályával egyesülésre szólítsa fel, miáltal a társulat, mint az erdélyi muzeum-egylet orvos-természettudományi szakosztálya, abba a helyzetbe jutott, hogy működéséről évenként megjelenő elég vaskos kötetben adhatott számot. A kolozsvári „Értesítő“-ben találhatja meg az olvasó a magyar orvosi szakirodalom jegyzékét is, az 1879. évtől kezdődőleg, a mi Hőgyesnek nagy érdeme, mivel különben a hazai irodalomban tájékozást szerezni igen fárasztó utánjárás útján lehetne csak. Innen van az, hogy a magyar orvosi irodalomban sokkal inkább találjuk figyelembe véve a külföld irodalmát, mint saját, hazai szerzőink munkálatait. A kolozsvári „Értesítő“-vel a muzeumegylet a hazai orvos természettudományi kultura fejlesztésében és emelésében mind nagyobb mértékben vett részt. Az „Értesítő“-ben ma is visszatükröződik a kolozsvári orvos- és természettudományi élet. Midőn *Hőgyes* 1883-ban Kolozsvárról eltávozott, a szakosztály benne alapitóját vesztette el, és ennek elismeréséül tiszteleti tagjává választotta meg.

Kolozsvárt *Hőgyes* igen sokoldalú tudományos működést fejtett ki. Itt közzétett dolgozatai a gyógyszertan, kórtan és élettan körébe tartoznak. Igy, hogy csak néhányat emlitsünk, módszert gondolt ki a hallóerőnek telephonnal meghatározására, a mely ma is a legjobb eljárások egyike. Megvizsgálta a paprika, a dithiocyansavas kalium és aethyl, valamint a jodoform élettani hatását az állati szervezetre. Vizsgálatokat tett a facialist és a verítékelválasztó idegeket illetőleg. Az ívjáratok reflexkapcsolatát a szemmozgásokkal *Hőgyes* ismerte fel először és ezzel a *Helmholtz* és *Hering* között fennállott nézeteltérést kisérletileg *Hering* értelmében döntötte el. Igen beható vizsgálatokkal számos közleményben megállapította az associált szemmozgások egész idegmechanismusát, midőn bebizonyította, hogy a szemmozgások associált volta nem betanult, hanem velünk született idegberendezés eredménye. Kiterjedt vizsgálatokat tett a szédülést, a testhőmérséket és alkaloidoknak az utóbbira való hatását illetőleg, valamint lépfene-gyógykisérleteket is végzett juhokon.

Budapesten mint az általános kisérleti kór- és gyógytani tanszék tanára az 1883—84. tanévvel kezdte meg előadásait. Itt több éven keresztül mint kari jegyző működött és két izben a tanártestület dékánja is volt. *Mihalkovics* halála után egy évig az egyetem prorektori tisztjét is viselte. Intézetet a dékáni hivatal épületében oly magasan kapott, hogy ott gyakran a vízvezeték is megtagadta a szolgálatot. Hogy mennyire nem elégítette ki *Hőgyes* igényeit ezen ideiglenes intézet, ezt legjobban az bizo-

nyitja, hogy e miatt hajlandó lett volna, Balogh halála után, a gyógyszertani tanszékre átmenni, megválni kedvencz tárgyától, a kisérleti kórtantól.

Budapesti tudományos munkásságát illetőleg *Hőgyes* kezdetben még folytatta az associált szemmozgások idegmechanismusát illető vizsgálatait. Majd *Laufenauer Károly* tanárral egyetemben a hystero-epilepsiások fokozódott reflexingerlékenysége kötötte le figyelmét, mígnem végül a veszettség körüli sikerdús tanulmányait kezdte meg. E tanulmányokkal, 1887 április hó 6.-án kelt rendelettel, a vallás- és közoktatásügyi ministerium bizta meg, mely czélból a budapesti kir orvosegyesület is bizottságot küldött ki s ennek elnökségével őt bizta meg. E tanulmányok külön a veszettség tanulmányozását czélzó, ellene védőoltó Pasteur-intézet felállításához vezettek. Ez intézet ugyancsak a dékáni épületben, földszint, két szobából állott. *Hőgyes* vizsgálatainak ma már sok ezer ember köszöni élete megmentését és eljárása ma általában a Hőgyes-féle eljárás neve alatt ismeretes a tudományban. Több mint húsz dolgozata jelent meg a veszettségről. A belgyógyászat kézikönyvében és *Nothnagel* nagy belgyógyászatában is ő irta meg a veszettség czímü fejezetet; német munkája egymaga egy teljes kötetet tesz ki.

A millennium évében orvoskari dékán volt s mint ilyen a közoktatásügyi kormány által kiadott „A magyarországi felső oktatás-ügyről" szóló műben az „Orvosi oktatásügy"-et ő irta meg. Ugyanezen alkalommal az orvoskari tanártestület megbizta millenniumi emlékkönyv szerkesztésével és megirásával. Az emlékkönyv a budapesti-tudomány egyetem orvosi karának multját és jelenét, kútforrások felhasználásával oly részletességgel és gonddal tárgyalja, hogy e mű a budapesti egyetemet, főleg pedig ennek orvosi fakultását illetőleg állandó forrásmunka lesz.

Tudományos-társadalmi téren különösen a természettudományi társulatban, az orvosegyesületben, az orvosi hirlapirodalom terén és a m. tudományos Akademiában fejtett ki nagyobb tevékenységet. Az Orvosi Hetilapot 1889-ben *Antal Géza*-val együtt és annak ugyanazon évben történt elhunyta után 1890 óta egymaga szerkesztette és adta ki. Midőn *Markusovszky Lajos* 1857-ben megalapította az Orvosi Hetilapot, törekvései czéljául tűzte ki „az orvosi tudomány mivelését közöttünk és általunk" „nem az orvosi gyakorlat pillanatnyi szükségeiért, hanem az élő tudomány s egy szebb jövő szempontjából," s „felkölteni a tudományos szellemet s edzeni az össztevékenység ösztönét". Ennek, a magyar orvosi kultura fejlesztésének és terjesztésének szolgált az Orvosi Hetilap *Hőgyes* vezetése alatt is, hü tükre maradt a magyar önálló orvosi irodalmi tevékenységnek.

A természettudományi társulatnak több izben választmányi tagja, majd pedig egyik alelnöke volt. A budapesti királyi orvosegyesület igazgató tanácsának tagja, a magyar orvosi könyvkiadó társulatnak másodtitkára, majd 1893 óta elnöke. A m. t. Akademia 1881-ben levelező, 1889-ben rendes tagjának választotta meg. Az Akademiában tagja volt a III. osztály szerkesztő bizottságának. Az országos közegészségi tanácsnak 1889 óta rendkivüli és 1891 óta rendes tagja.

A veszettség gyógyitásáról irott munkájával 1889-ben a Marczibányi-féle 200 aranyos akademiai nagy jutalmat nyerte el. Az associált szemmozgásokról irott dolgozata 1885-ben a Balassa-féle jutalomban részesült.

Hőgyes sokoldalú hasznos működése legfelsőbb helyen is méltó elismerésben részesült, a mennyiben 1894-ben a közegészségügy terén kifejtett szolgálataiért ő Felsége részéről elismerést nyert, később pedig a ministeri tanácsosi czim adományozása által tüntették ki.

Kitartó laboratoriumi és tanitói munkája buzditólag hatott tanítványaira is. Intézetéből számos dolgozat jelent meg. Sokan a fiatalabb nemzedék soraiból vezetése alatt kezdték meg buvárlataikat; így Marschalkó Tamás, Bikfalvi Károly, Korányi Sándor, Tangl Ferencz, Löte József, Székely Ágoston, Kuthy Dezső, Marikovszky György, Aujeszky Aladár és mások. Szigorú kötelességérzete, kiváló szorgalma és rendszeretete, tárgya iránt rajongó buzgósága és szivjósága tanártársai őszinte szeretetét és tiszteletét, tanítványai meleg rokonszenvét és mély hálaérzetét biztosították számára.

Mind ennek, e tevékeny és sikerekben gazdag életnek vége. A jeles búvár és tanár, a szeretett kartárs és jó barát, annyi tudományos társulat buzgó munkása nincs többé. Aki áldásos tevékenységével ezrek életét mentette meg, azt megölte a túlerőltető munka. Talán az épen elkészült, remek új intézet tervezgetése és berendezése körüli fáradozás adta meg a végzetes utolsó lökést az egészségében már megrendült szervezetnek.

Mi, kik benne őszinte igaz barátunkat gyászoljuk, hozzátartozóin kivül, a legsúlyosabban érezzük a veszteséget. Emléke azért épen úgy élni fog szivünkben, mint a hogy köztünk marad szelleme, s mint a hogy munkásságával, közhasznú tevékenységével örök emléket biztosított magának a magyar orvosi kultura terén. *Klug Nándor.*

* * *

Hőgyes Endre temetése e hó 10.-én ment végbe az elhunyt nagyszámú tisztelőjének, tanártársainak, volt és jelenlegi tanítványainak s közéletünk számos más kitünőségének jelenlétében. Az egyházi szertartás után *Lenhossék Mihály* dr. orvoskari dékán búcsuztatta el a halottat a következő szavakkal:

Tisztelt gyászoló gyülekezet! Másodszor mondunk Istennek hozzádat Hőgyes Endrének, másodszor siratjuk meg őt; elbúcsuztunk tőle már egyszer annak a csendes háznak a küszöbén, a mely másfél év előtt befogadta a nagy beteget. Leszámoltunk már akkor azzal a fájdalmas gondolattal, hogy örökre elveszitettük őt. S mégis most, mikor teljessé vált az ő elmúlása, a mikor az enyészet démona megsemmisitette az utolsó szegényes maradványt is, a mit meghagyott akkor belőle: újult erővel hatja át bensőnket a megilletődés, a fájdalom az ő elvesztése felett, újult élénkséggel tolul lelkünk elé annak a tudata, hogy mit vesztettünk benne, hogy mit vesztett benne a magyar orvosi rend, melynek egyik nagynevü, oszlopos tagja volt, mit vesztett benne a budapesti egyetem s a magyar tudományosság. Ennek a koporsónak a láttára, a mely az ő hült tetemét zárja magába, megelevenül lelki szemünk előtt az ő egyénisége, de nem abban az alakban, a milyennek őt az utolsó években, a lassú hanyatlás éveiben láttuk, hanem olyan alakban, a minőnek öt az évek sora előtt, életének delelőjén, munkabirásának, szellemi frisseségének, alkotóerejének a teljességében ismertük. Messze kell visszamennünk, hogy megtaláljuk az ő fénykorát, a 80 as, 90-es évek Hőgyes Endréjét kell szemügyre vennünk, hogy helyes képet nyerjünk az ő egyéniségéről s helyes mértéket az ő érdemeinek, tudományos és közéletünkben való jelentőségének a megitélésére. Az ő fénykora egybeesik annak az orvosi viszonyaink fejlődése tekintetében nevezetes korszaknak a végső szakaszával, a melyet Balogh Kálmán és Markusovszky korának nevezhetnénk.

A sors Hőgyes Endrét kimagasló, értékes tulajdonságokkal ruházta fel tehetség és jellem dolgában. Megajándékozta őt kiváló, mély értelemmel, mely be tudott hatolni a dolgok mélyébe a tudomány terén s a gyakorlati élet kérdéseiben egyaránt, a mely be tudott mélyedni a tudomány legszövevényesebb kérdéseinek labyrinthusába is, s megáldotta őt termékeny alkotó tehetséggel, hivatottsággal arra, hogy tudományában új kérdéseket vessen fel s meg is találja az eszközöket és utakat ezeknek a kérdéseknek a megoldására. S mindez párosulva volt nála alapossággal, józan kritikával, bölcs óvatossággal a következtetésekben, s párosulva nagy szorgalommal és munkabirással. Nevét számos értékes dolgozattal örökitette meg tudománya lapjain, de nagy tehetsége, tudományos egyénisége egyik munkálatában sem nyilvánult meg olyan fényesen, mint azokban a mélyreható vizsgálataiban, a melyekkel a legbonyolultabb physiologiai kérdések egyikét, a halló- és látószerv idegmechanismusának meglepő és ő előtte nem is sejtett kapcsolatait világította meg. Milyen kár, milyen tragicum, hogy e vizsgálatait nem fejezhette már be, hogy nem irhatta meg azt a nagy összefoglaló művét, a melynek terve még utolsó éveiben is foglalkoztatta. Nevét ezzel bizonyára még hiresebbé tette volna s még több fényt árasztott volna a magyar tudományra.

S kell-e szólnom azokról a jeles szolgálatokról, a melyeket Hőgyes Endre hazájának azzal tett, hogy meghonosította, szervezte s a tökéletesség magas fokára emelte minálunk a veszettség elleni védőoltásokat? Nevét késő utódoknak is hirdetni fogja az a külföldiektől is csodált szép intézet, a melynek tervezésén, berende-

zésén éveken át annyi gonddal, annyi szeretettel fáradozott. Megérhette még ennek a műnek a betetőzését, elfoglalhatta az új intézetet, de fáradozásainak a gyümölcsét mégsem élvezhette már, mert az, a ki abba a fényes intézetbe, azokba a szép dolgozó helyiségekbe mint igazgató bevonult, nem volt már a régi munkabiró Högyes Endre, hanem annak csak az árnyéka.

Hálásan kell megemlékeznünk arról is, hogy érdeklődését, ügybuzgalmát kiterjesztette tudományán kivül az orvosi közügynek, a közegészségügynek s az orvosi tanításnak administrativ kérdéseire is, hogy tevékeny részt vett tudományos társulataink és orvosi testületeink szervezésében, belső életében, vezetésében. Ha arról volt szó, hogy valamely ilyen irányú intézmény szervezessék, fennmaradása, helyes működése czélszerű alapszabályokkal biztosíttassék: feléje fordult a bizalom, mert az ő higgadt és megfontolt itélete, érett intelligentiája biztosítéka volt annak, hogy a megalapozás műve helyes és hibáktól ment lesz.

S mi, a kik mint munkatársai és barátai közel állottunk hozzája, szerettük és tiszteltük benne nemcsak a jeles tudóst és tanárt, hanem az igazlelkü és szilárd jellemü, puritán erkölcsü, nagyműveltségü embert is, a kit egyszerü, igénytelen életmódjától, bár a viszonyai megengedték volna a fényüzést is, semmi el nem téríthetett. Szükszavú, de annál tartalmasabb volt ő, itéletében megfontolt és mérsékelt, szavaiban minden túlzástól és valótlanságtól tartózkodó, magatartásában tiszteletet parancsoló. Ugyanannak a tiszteletreméltó, értékes, kemény fából faragott tősgyökeres magyar emberfajtának volt ő a képviselője, a melynek egy rokonszenves, nagyrabecsült megszemélyesitőjét csak nemrég temettük el Karap Ferenczben.

Högyes Endre, kedves barátunk és tanártársunk! Eljöttem a te koporsódhoz, mint küldötte az orvoskari tanártestületnek, melynek annyi éven át buzgó és kiváló tagja voltál, hogy elhozzam Neked kollegáidnak, munkatársaidnak utolsó üdvözletét. Megbizottja vagyok a m. tudományos Akadémiának is, hogy az ő nevében is tolmácsa legyek a kegyeletnek egykori nagyhirü rendes tagjával szemben. Koporsódra koszorut helyez az egyetem és az Akadémia elismerése, tisztelete és szeretete jeléül. E koszorúk virágai csakhamar el fognak hervadni, de a Te emléked élni fog a mi szivünkben, a mig rajtunk is beteljesedik az elmúlás természeti törvénye. Isten Hozzád, kedves társunk, legyen áldott az emléked!

A sírnál a volt tanitványok nevében *Löte* dr. kolozsvári tanár szólt:

Nagyrabecsült Szeretett Mesterünk!

Mielőtt megtérnél a magyar tudományosság megteremtésén fáradott megdicsőültekhez, hallgasd meg még a mi bucsúszavunkat, a melyet tanítványaid nevében én intézek Hozzád, az idősebb jogán. Harminczegy esztendő óta, hogy tanítványoddá avattál, az én életem folyása sokszorosan hozzáfonódott a Te fényes pályafutásodhoz, a míg hivatásom el nem szólított oldalod mellől. Majd másfél évtizedig voltam közeli szemlélője tudományos munkálkodásodnak, a melynek fénykora kolozsvári tanárságod idejére esik.

Nem most az ideje mértékelni a Te tudományos érdemedet, a mikor elvesztésedet siratjuk, de örvendező büszkeséggel látjuk, hogy neved azoké mellett ragyog, a kik a tudományt örökbecsü müvekkel gazdagitották, tiszteletet, becsületet szerezvén a magyar névnek is a Magadéval. Igazi tudós valál, a ki a tudományt a munkával járó önzetlen gyönyörüségért müvelted, s ha egy dolgot elvégeztél, új gyönyörüségért új munkához fogtál, a mint Magad mondád tanárságod 25. évfordulóján. Életed igy ismét megczáfolja azt a magunk között is már-már hitelre kapó balvélekedést, hogy nemes fajunk nem alkalmas a kitartó tudományos munkálkodásra. Hős hajduk unokája, Te igazi magyar voltál és igazi tudós voltál! Háládatos szivvel köszönjük is a Gondviselésnek, hogy ilyen mester mutatta meg nekünk a legtisztább gyönyörüség forrását, a mely a teremtő szellemi munka nyomán fakad. A Te példádon tanultuk meg, hogy a tudományépités felséges munkája nem titokzatos mesterség: csak nyitott szem kell, a mely a jelenségekben meglátja az újat, és az, hogy a mit meglátott az ember, elfogulatlan elmétől vezérelt szorgalmas munkával igyekezzék annak a törvényét megállapitani. Te ifjan betöltéd hivatásod mint tudós és tanító. Még sokat használhattál volna, ha kegyetlen sorsod időnap előtt le nem dönt. S azért mélyen fájlaljuk elmúlásodat. De mégis boldognak mondunk, mert az emberi müvelődés történetének lapjain ott ragyog halhatatlan neved és a tudományépités nagy titkát tanítványaid kezébe tudtad adni. Müveidben és tanítványaidnak meg-megújuló nemzedéke által örök életet vívtál ki Magadnak. Boldogan pihenhetsz! Lágyan ölelje tetemeid a föld! Isten Veled!

Végül még *Kern Aurél* bucsúztatta el a halottat az orvostanhallgató ifjúság nevében.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Handbuch der Kinderheilkunde. Herausgegeben von Prof. **M. Pfaundler** und Prof. **A. Schlossmann.** Leipzig. F. C. W. Vogel. I. u. II. Hälfte. 1906. 1007 oldal, 213 szövegábrával és moulageok után készített 33 táblával. Ára fűzve 30, kötve 35 márka.

A fiatalabb német gyermekorvosi gárda diadalát jelenti e munka. A *Gerhardt*-féle nagy német gyermekgyógyászat óta ily értékes paediatrikus mü nem került a könyvpiaczra. *Henoch*, *Baginsky* s legutóbb *Heubner* munkái a gyermekgyógyászati irodalom értékes gyarapitását jelentették, de tisztán subjectiv irányzatúak, az egyéni felfogás mellett e müvekben nem jutott eléggé szóhoz a paediatrikus világirodalom; a hat kötetes „Traité des maladies de l'enfance" már terjedelménél fogva sem felel meg a gyakorló orvos igényeinek. Az előttünk fekvő két kötet minden tekintetben kielégitheti a gyakorló orvost, de jó szolgálatot tesz a szakembernek is. Ha van is bizonyos aránytalanság az egyes fejezetek terjedelmében s talán értékében is, ez a sok szerző szereplésének természetes következménye; egy második kiadás, mely nézetünk szerint egyhamar fogja az elsőt követni, ez aránytalanságokon könnyen segithet.

Schlossmann elismert tollára vall a bevezetés. Sikra száll a paediatriáért, mint külön tudományszakért s mint olyan szakmáért, melynek kellő tanitása az orvosképzésre nézve óriás horderejü. A gyermekorvoslást és a gyermekgyógyászat tanitását szolgáló kórházak és klinikák fejlődésmenetét mutatja be az olvasónak, érintve a modern therapiának a gyermekek orvoslására vonatkozó fejezeteit. *Hamburger* általános pathogenesis s pathologia czimü fejezetben érdekesen vázolja a betegségeknek gyermekeknél észlelt lefolyását, bőven foglalkozik a dispositio kérdésével s a különböző kórfolyamatok ügyes átnézetét adja. *Filatow* világhirü semiotikáján is majdnem túltesz *Pfaundler*-é. A legcsekélyebb tünet is kellő méltatást talál a nélkül, hogy a fontos részletek a mozaikszerüen összerakott apróságok közepette háttérbe szorulnának. Igen ügyesek és átnézetesek a rokon symptomacsoportokat összefoglaló synoptikus táblázatok (pl. a hányás különböző fajainak felsorolása; a különbség myxoedema, mongoloid, mikromelia s rhachitis közt stb. stb.) A semiotika használhatóságát nagy mértékben emeli a hozzá csatolt tárgymutató. *Bendix* az általános prophylaxisról értekezik. A gyermek minden egyes szervének kórmegelőző hygienéjét beh táatóanrgyalja. Majd külön taglalja a gyermek életének egyes szakaival együtt járó kórfolyamatok prophylaxisát. Különösen sikerült az iskolahygienét ismertető részlet. *Neumann* nagy elméleti s gyakorlati tudásának új tanújelét adta az általános therapia megirásával. A modern physikális therapiát, a gyermekek megbetegedéseire alkalmazva, *Neumann* előtt alig irta meg valaki ily tanulságosan. A speciális paediatrikus dosologia is igen átnézetesen van feltüntetve. Külön foglalkozik a sanatoriumok és szünidei gyermektelepek kérdésével. Meggyőző adathalmazt s ügyesen megszerkesztett táblázatokat hordott össze *Prausnitz* a csecsemőhalandóságot tárgyaló fejezetben. Országok, az év különböző szakai, a családfő foglalkozása, a nyujtott táplálék minéműsége, a gyermek törvényes avagy törvénytelen volta stb. stb. szerinti halálozási százalékkülönbözeteket külön-külön tárgyalja. *Raudnitz* az aseptikus tejnyerést (istálló-hygiene), a tej mikroskopiáját, chemiáját s biochemiáját, a tejvizsgálatok módszereit s a tejconserválás technikáját a tudomány jelen állása

szerint mutatja be az olvasónak. Rendkivül lelkiismeretesen foglalkozik *Engel* a női emlővel. Részletesen foglalkozik a szoptató nő physiologiájával s pathologiájával, élesen körvonalozza a szoptatás ellenjavalatait, a dajkaválasztáskor szükséges tudnivalókat átnézetesen csoportosítja. A jó tejelő emlőket és a drezdai csecsemőkórház dajkáinak ruházatát feltüntető ábrák igen tanulságosak. A munka szerkesztői nem bizhatták volna szakavatottabb tollú tudósra az első életév anyagcseréjének és táplálásának megirását, mint *Camerer*-re. E fejezetet tudományos alapon, a gyakorlat számára röviden s mégis kimerítően megirni határozottan a legnehezebb feladatok közé tartozik. *Camerer* megfelelt a hozzáfüzött várakozásoknak. Félretéve a sok felesleges elméleti sallangot, bevezeti olvasóját az anyagcsere bonyodalmas kérdéseibe. A természetes és mesterséges táplálás technikáját s az utóbbinak különböző fajait kellő kritikával világítja meg. Érdekesek a drezdai meconium-moulageok, melyek, valamint a később felemlítendő színes táblázatok *Kolbew*, *Räumler* s *Jenas* munkáját dicsérik. Szintén *Camerer*-re lett bizva a gyermek hossz- és súlyszaporodását tárgyaló fejezet taglalása. Részletesen foglalkozik a kétféle szaporodást befolyásoló tényezőkkel. Külön tünteti fel az első éven innen s azon túl eső idő, külön a fiuk s leányok hossz- és súlyszaporodására vonatkozó adatokat. A csatolt ábrák a tömören megirt fejezet megértését nagy mértékben megkönnyítik. *Sommerfeld* az első életév betöltése utáni időszak tápszükségletéről és ennek gyakorlati keresztülviteléről értekezik, külön foglalkozva az egészséges és a beteg gyermekkel.

Az újszülöttek megbetegedéseinek javarészét *Knöpfelmacher* irta meg. Különös szeretettel vannak tárgyalva a köldök bántalmai és a septikus megbetegedések. Felette természethüek a köldök pathologiáját szemléltető színes ábrák. A koraszülöttekkel s a veleszületett gyengeséggel *Rommel* foglalkozik. Figyelemreméltó a „*couveuse*"-kérdés kritikus megvilágítása; ugyane szerzőre bizták a scleroedema, sclerema, asphyxia s atelektasia megirását; *Dürck* s *Oberndorfer* kórszövettani készítményei tanulságos adalékok e jól megirt részletekhez. *Seitz* a pubertas megbetegedéseivel foglalkozik. Behatóan tárgyalja az e korszakra eső, az élettani határokon belül végbemenő folyamatokat, külön kitérve az ugyane periodusra eső kóros tünetcsoportokra. A leányok fanosodásával foglalkozó rész különös gonddal van megirva. A vér s vérképző szervek megbetegedéseit *Japha* tárgyalja. A kórtani részleteket megelőzi a gyermek vérének physiologiája. Igen ügyesek a vér megbetegedéseit sémásan feltüntető ábrák. A gyakorló orvosnak jó szolgálatot fog tenni a vaskészítmények csoportosítása. Részletesen foglalkozik a haemorrhagikus megbetegedésekkel *Hecker*. A *Barlow*-kór megirását *Starck* vállalta el. A mellékelt kórboncztani készítmények és *Röntgen*-photogrammok reproductiói nagy mértékben emelik a különben is értékes fejezet szinvonalát. Gazdagon illustrált, kitünően megirt czikk *Stöltzner*-é az angolkórról. Méltóan sorakozik a szerző két év előtt megirt hasontárgyú munkájához. A diaetotherapia nagymestere, *Noorden* tárgyalja a diabetes fajait, értékes adatokkal szolgálva e bántalom hereditását illetőleg. *Salge* a görvélykórral foglalkozik; a therapeutikus rész külön felemlítést érdemel. Jól sikerült a mellékelt színes ábra is. A kanyaróról mesteri tanulmányt nyujt *Moser*. Felemlítésre méltók a kitünő moulageok. Hasonlóan magas színvonalon áll *Pirquet* és *Schick* dolgozata a vörhenyről. Ábrák, táblázatok nagy tömege élénkíti e fontos fejezetet. A gyakorló orvost különösen a therapeutikus rész fogja kielégíteni. Minket magyarokat különösen érdeklő s tudományunk elismerése szempontjából nagy horderejü, hogy a szerkesztők mint egyetlen nem német szerzőt *Bókay János*-t szólították fel a közreműködésre. Ő irta meg szokott alaposságával s nagy tudásával a „*fourth disease*" s „*rubeola*" czimü fejezeteket. *Swoboda* elismerésre méltó munkát végezett a varicella ismertetésével. Tárgyalásának menetébe a variolát is belevonta. *Voigt* ismerteti a vaccinatio historicumát s technikáját. A legapróbb részletekre kiterjedt *Trumpp* figyelme a diphtheria megirásánál. A tudás gazdag tárházát találja az olvasó e fejezetben, mely illustrativ szempontból is elsőrendü. *Moro* a parotitisről, *Fischl* a hasi hagymázról értekezik; az utóbbi részlet *Fischl* ismert nagy tudását dicséri. *Langer* a dysenteria kórképét vezeti szemünk elé; egy dysenteriás bélrészlet kitünően van *Kayserling*-féle készítmények után reprodukálva. A mü szinvonalának megfelelően irt *Ibrahim* a sokizületi csúzról, *Spiegelberg* az influenzáról s *Neurath* a pertussisról. A munka két legkimagaslóbb részlete *Hochsinger*-é a syphilisről s *Schlossmann*-é a gümökórról. Az egész óriás irodalmat felölelő, kellő kritikai megvilágításba helyező dolgozatokkal állunk szemben, melyekben a literatura teljes uralmán kivül az egyéni nagy tudás is kellőkép kidomborodik.

Összegezve az egyes részletekről mondottakat, kijelenthetjük, hogy emberi lehetőség szerint absolut becsü munkát nyujtottak a szerkesztők s munkatársaik. Megjelenése után a második kötetet is ismertetni fogjuk. *Deutsch Ernő.*

Új könyvek: *S. Schieferdecker:* Neurone und Neuronenbahnen. Leipzig, A. Barth. — *Deneke:* Die Neubauten des allgemeinen Krankenhauses St. Georg in Hamburg. Jena, G. Fischer. 8 m. — *M. Reichardt:* Über die Untersuchung des gesunden und kranken Gehirnes mittels der Wage. Jena, G. Fischer. 2.50 m. — *P. C. Franze:* Orthodiagraphische Praxis. Leipzig, O. Nemnich. 1.80 m. — *A. Favier:* Un médecin grec du II-e siècle. Précurseur de la méthode expérimentale moderne. Ménodote de Nicomédie. Paris, J. Rousset. 10 fr. — *F. Pitcairn Nunneley:* Aneurysm of the abdominal aorta. London, Bailliére, Tindall and Cox. 3 s. 6 d. — *Pearce Bailey:* Diseases of the nervous system resulting from accident and injury. London, Sidney Appleton. 21 s. — *R. Saundby:* The treatment of diseases of the digestive system. London, Griffin and Co. 3 s. — *A. Cleveland Cotton:* The medical diseases of infancy and childhood. With points on the anatomy, physiology and hygiene peculiar to the developing period. Philadelphia, Lippincott Company. 15 s. — *G. Oliver:* Studies in blood pressure: physiological and clinical. London, H. K. Lewis. 2 s. 6 d. — *Lewis C. Bruce:* Studies in clinical psychiatry. London, Maxmillan and Co. 10 s. 6 d. — *A. E. Russell:* Selected essays on syphilis and small-pox. Translations and reprints from various sources. London, New Sydenham Society. — *L. Van Slyke:* Modern methods of testing milk and milk products. New-York, Orange Judd Company. 4 s.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Nagyon kis vérmennyiségek kimutatására a bélsárban *Schlesinger* és *Holst* a benzidinpróbát módosították. Eljárásuk a következő: 1. Megközelítőleg tömény benzidin-oldatot készítünk oly módon, hogy késhegynyi benzidint (benzidinum purissimum Merck) tiszta kémlőcsőbe téve, mintegy 2 cm³ jégeczettel leöntünk és néhányszor felrázzuk. 2. Körülbelül 1/5-éig párolt vízzel megtöltött kémlőcsőbe tiszta üvegpálczával borsónyi bélsárdarabot teszünk, jól eldörzsöljük s a kémlőcsövet vattával elzárva, tartalmát felforraljuk. 3. Tiszta kémlőcsőbe 10—12 cseppet öntünk az említett tömény benzidin-oldatból és ehhez 2 1/2—3 cm³ 3%-os hydrogensuperoxydot adunk. Ez a kész reagens, a melynek viselkedéséből egyszersmind következtetni lehet a használt vegyi anyagok és a kémlőcső tisztaságára is. 4. A kész reagenshez a felforralt bélsár-emulsioból 1—3 cseppet adunk. Vér jelenléte esetén zöld, kékes-zöld vagy kék színeződés áll be; minél nagyobb a próba vértartalma, annál inkább előtérbe lép a kék szín. Ha annyi vér van a próbában, a mennyi az aloin-próbával kimutatható, a színváltozás már néhány másodpercz alatt bekövetkezik; sokkal kevesebb vér jelenléte esetén 1/4—1/2 percz szükséges hozzá, minimális vérmennyiség esetén pedig legfeljebb 2 percz alatt mutatkozik a szép zöld szín. A zöld vagy kék szín 5—15 percz után piszkos sötétibolyaszínbe megy át. Ha nincs vér a bélsárban, legfeljebb minimális rószaszín észlelhető, minden további színelváltozás nélkül. Az imént leirt próba előnyei a következőkben foglalhatók össze: 1. Rendkivüli egyszerüség. 2. Érzékenység; e tekintetben felülmulja az aloin- és a guajak-próbát, sőt ennek Schumm féle módosítását is. 3. A felforralás miatt kizárt volta annak, hogy valamely oxydáló fermentum jelenléte okozza a látszólagos vérreactiót. 4. A próba végzésének módja által feltételezett ellenőrzése a reagenseknek és a kémlőcsőnek. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1906. 36. szám.)

A suprarenális eredetű czukorvizelésről értekezik *Velich*. Öt esztendővel ezelőtt észlelték először, hogy adrenalin befecskendezése után czukorvizelés jelentkezik. Ezt a jelenséget azután sok más kutató is vizsgálat tárgyává tette s ekkor kiderült az is, hogy ilyenkor hyperglykaemia támad, vagyis a vérnek czukortartalma megszaporodik, ellentétben a phloridzin okozta czukorvizeléssel, a melynél hypoglykaemia mutatható ki, vagyis

a vér czukortartalmának megkevesbedése. Legbiztosabban akkor jelentkezik a czukorvizelés, ha a hasüregbe vagy a vérbe fecskendezzük az adrenalint; előáll azonban akkor is, ha a mellékveséket masszáljuk. Az adrenalin alkalmasint nem a pankreasra, hanem a májra gyakorolt hatása révén váltja ki a czukorvizelést. Kimutatták ugyanis, hogy adrenalin befecskendezésére a máj glykogentartalma csökken; másrészt pedig a pankreas kiirtása folytán keletkezett czukorvizelést az adrenalin nem fokozza. Maga a szerző pedig arra az eredményt jutott, hogy májuktól megfosztott állatokban az adrenalin befecskendezése nem okoz czukorvizelést. Glykogenjüktől megfosztott állatokban szintén nem keletkezik adrenalinra czukorvizelés, pl. éheztetett vagy pedig lázassá tett állatokban, mert — a mint ismeretes — ezen behatásokra a glykogen eltünik. (Virchow's Archiv, 184 kötet, 3. füzet.)

A gyomor ideges eredetű elváltozásainak ismeretéhez szolgáltat adatokat *Schupfer*. Ha kutyán az alsó nyaki és a felsőbb hátcsigolyák táján kilépő hátulsó gyökereket mindkét oldalt sértette, a gyomornedv savanyúsága fokozódott. Egyidejüleg a gyomor nyálkahártyáján felületes vérzéses kimaródások támadtak, főleg a pylorus tájékán. Ezek a kisérleti adatok klinikai beigazolást is nyertek, a mint az a közölt kórtörténetekből kiviláglik. Emberben oly súlyosabb gerinczvelő-laesiók esetén, a melyeknek központja a 8. és 9. hátcsigolya táján van, többnyire hyperaciditás mutatható ki mérsékelt gyomortágulat kiséretében. (Policlinico, 13. kötet, 4. szám.)

Gyógyszertan.

Új gyógyszerek, specialitások és titkos szerek czímmel a „Deutsche medizinische Wochenschrift" ez évi 36. számában új rovatot nyitott, a melyben *Zernik*, a berlini egyetem gyógyszertani intézetének segédje, a ki már huzamosabb ideje végzi hivatalból az idetartozó vizsgálatokat, ismerteti röviden az újabb specialitások és titkos szerek összetételét. Tekintve, hogy főleg a napisajtó útján tudomást szerez ezekről a nagy közönség is s egyik-másik ilyen szerre maga hivja fel a kezelő orvos figyelmét: nagyon szükséges, hogy a gyakorló orvos ismerje összetételüket s így az adott esetben felvilágosítással szolgálhasson értékükről. Ezért az említett összeállításokat mi is rendesen óhajtjuk a jövőben legalább kivonatosan ismertetni.

Zernik dr. első összeállítása a következő szereket ismerteti:

1. *Berendsdorf gyógyszerész pora epilepsia ellen:* 4 por, a melyek mindegyikének súlya 2·75 gm.; ebből 53·3 rész bromkaliumra, 40·3 rész boraxra, 4 rész zincum oxydatumra és 2·5 rész vízre esik.

2. A *dr. Franke-féle epekőellenes szer* (Offenbach a. M.) 4 palaczkból áll. Az első valami közelebbről meg nem határozható növényi tincturát tartalmaz erős homoeopathás higitásban; ebből cseppenként veendő be előkúra gyanánt 2—3 napon át. A második valamely emodintartalmú drog (frangula vagy senna, talán mindkettő) megédesített vizes kivonatát tartalmazza; ez a kúra előestéjén fogyasztandó el. A harmadik palaczk tartalma azonos a másodikével. A negyedik gyengén vöröses olajat, nyilván oleum olivarumot tartalmaz.

3. A *lithosan* (Bönigk chemiai gyára, Berlin) szintén epekőbaj ellen való; előbb cholosan volt a neve. Tartalmaz vizes rheum-tincturát, glycerint, aqu. menth. pip.-t, chelidonium- és valerianakivonatot, esetleg még más, nem narkotikus anyagokat is. Lithium és muirakivonat azonban — szemben a gyáros adataival — nincs benne.

4. *Pearson-féle jodvasogen*. A sokat és jó eredménynyel használt készitmény a jodot nem szabadon, hanem jodammonium alakjában tartalmazza; sötét színe nem a jodtól ered, hanem müvi úton létesített. A *jodvasolimentumokban* a jod többnyire olajsavhoz és ammoniákhoz van kötve, részben azonban szabadon van.

5. A *melioform* (Lüthi és Buhtz, Berlin) nevü fertőtlenitő szer vörösre festett és bergamottaolajjal szagositott formaldehyd (25·0) liqu. alumin. acet.-vel (15·0), boraxszal (2·5), glycerinnel (30·0) és vízzel (ad 100·0).

6. A *„Neu-Sidonal"* (Vereinigte chemische Werke, Charlottenburg) 75% chinasavanhydritből és 25% szabad chinasavból áll. Tekintettel ezen szabad savtartalomra, feltünő, hogy a gyár a szernek bőr alá fecskendezését is megengedhetőnek mondja.

7. A *noordyl-cseppek* névvel forgalomba hozott készitmény azonos a Noowtryk-féle diphtheria-ellenes titkos szerrel; lényegében ol. rusci és pix fagi borszeszes oldata.

8. A *növénytonicum*, a melyet a hirhedt „Lehmpastor" Felke ajánl, nem más, mint ferrum oxydatum saccharatum 15%-os, erősen megédesített oldata, melyhez 10% alkohol és valamely emodintartalmú, tehát hashajtó drog van adva.

9. A *plantal* nevü növényalkali (Brackebusch dr. Berlin) gyártója szerint minden elképzelhető baj ellen használ. Alkotórészei: 43·55% natriumbicarbonat, 15·53% natriumsulfat, 0·48% natriumchlorid, 23% borkő, 14·01% borkő- és czitromsav, 0·13% vasoxyd és magnesia, 3·3% víz.

10. Hasonló összetételü az *antipositin* (Wagner és Marlier, Berlin) és a *slankal* (Wallbrecht u. Co. Berlin) nevü, nagy dobbal hirdetett soványító szer.

11. *Smiths Gloria Tonic*, aránylag nagyon drága angol készitmény köszvény és csúz ellen; a tabletták lényeges alkotórésze a guajakgyanta és kevés jodkalium.

Belorvostan.

Az achylia gastrica tüneteiről és orvoslásáról irt czikket *Knud Faber* kopenhageni tanár a „Therapie der Gegenwart" ez évi 7. füzetébe. Vizsgálatai szerint az achylia a gyomornyálkahártya idült lobjából veszi kezdetét; az achylia az ezen gastritis okozta nyálkahártyasorvadást jóval megelőzően már jelen lehet. Ideges eredetü tartós achylia létezése szerinte nem vehető fel; véglegesen azonban még nincsen eldöntve ez a kérdés. A szerző a gyomorrák, az anaemia perniciosa és a tüdőgümőkór által feltételezett másodlagos achyliákat nem vonja a tárgyalás körébe, hanem csak az elsődleges achyliáról szól, a melynek 35 esetét észlelte az utolsó három évben klinikáján. A baj a szegény néposztályban gyakoribb és ezt összefüggésbe hozza a szegény nép hiányos fogápolásával. Az achylia akárhányszor alig okoz nehézséget, teljesen latensen, tünetek nélkül folyik le. Az eseteknek többségében azonban vannak gyomortünetek, s azonkivül többnyire béltünetek is, főleg hasmenés, vagy hasmen és székrekedéssel váltakozva, vagy pedig csak székrekedés. Sok esetben a tünetek a bél részéről annyira előtérben vannak, hogy nem is gondolnánk gyomorbajra.

A gyomortünetek közül leggyakoribb a cardialgia; erősebb fájások azonban csak ritkán észlelhetők, többnyire csak nyomó, vágó, szúró vagy égető érzésről panaszkodnak a betegek, főleg nagyobb ebédek és durvább ételek után; könnyü diaetát többnyire jól türnek. A cardialgiával egyidőben gyakori a gyomorégés, a felböfögés és az émelygés; ez utóbbi azonban nem nagyon kifejezett. Az étvágy sokszor rossz, de talán csaknem ugyanannyiszor rendes; néha égető éhségérzés van jelen, a mely némi táplálék vétele után megszünik; ezt a tünetet régebben a a hyperaciditásra tartották jellemzőnek. A dypepsiás tüneteket gyakran különböző ideges állapotok kisérik. A betegek fáradtak, nincsen munkakedvük, főleg az étkezések után; gyakran szenvednek fejfájásban és szédülésben és többnyire rosszul alszanak. Még ha nem is erős a cardialgiájuk, az az érzésük van, hogy betegek s hogy a táplálékot nem türik.

A béltünetek közül legnagyobb jelentősége a hasmenésnek van. Minden különösebb ok nélkül hirtelen naponként többször ismétlődő híg székelés jelentkezik. A szabad időközökkel váltakozó ezen hasmenés eleinte csak néhány napig, később tovább tart, néha hónapokig is s a betegeket természetesen nagyon elgyöngíti. A hasmenés ritkán jár fájdalommal. A híg szék sokszor nagyon büzös s esetleg nyálkát is tartalmaz. Némely betegnél nem jelentkezik hasmenés, sőt ellenkezőleg sokszor szorulás áll be.

A gyomor és a bél részéről jelentkező ezen tünetek nagyon különböző módon kombinálódhatnak, a minek következtében a betegek több csoportba sorolhatók.

Az első csoportba tartoznak azok a betegek, a kiknek úgy gyomor-, mint béltüneteik vannak. Ezek a betegek szoktak leginkább szenvedni, s ha a cardialgia oly fokú, hogy a táplálkozást megnehezíti, egyúttal pedig hasmenés is fennáll, könnyen érthető, hogy erősen lesoványodnak s a hiányos táplálkozásnak és az erőtlenségnek oly foka fejlődik, a mely szinte válságosnak mondható. Különösen hasmenések idején szoktak a dyspepsiás tünetek erősen fokozódni. Abbeli félelmükben, hogy a hasmenés fokozódnék, nem vesznek táplálékot, s az ily módon támadó inanitio folytán fokozódnak az ideges tünetek is. A betegek szinte cachexiás külsejüvé válhatnak. E mellett azonban a vér összetétele többnyire normális marad. Az ilyen nyomorúságos állapotba jutás azonban mégis inkább csak kivétel; az esetek többségében inkább azon csodálkozunk, hogy a betegek a bajt oly jól tűrik. Cardialgiájuk ellenére jól esznek, a diarrhoea sem veszi őket nagyon elő, úgy hogy a betegségnek már huzamosabban tartása esetén is erejük és egészséges külsejük megmaradhat. A szerző 35 betege közül 11 tartozott ebbe a csoportba.

A második csoport betegeinél a béltünetek kifejezettek, a gyomortünetek pedig hiányoznak. Az ezen csoportba tartozó eseteknek felismerése nagyon fontos, mert csak akkor kezelhetjük észszerüen a hasmenést, ha tudjuk, hogy achylia az oka. Idült makacs hasmenés minden esetében tehát a gyomor pontos megvizsgálása elengedhetetlen kellék. A szerző 35 betege közül 10 tartozott ebbe a csoportba, még pedig 8-nál diarrhoea, 2-nél pedig kifejezett obstipatio volt jelen.

A harmadik csoport betegeinél cardialgia, vagy másféle dyspepiás tünet volt jelen, a bél azonban rendesen működött. A cardialgia és az ideges tünetek ezen csoportban néha olyfokúak, hogy a beteget az ágyhoz szegzik, sokszor azonban nem erősek, úgy hogy éveken át tartó teljes achyliának egyedüli jele lehet a cardialgia mérsékelt dyspepsiás tünetek kiséretében. A szerző 35 betege közül 10 volt ilyen.

A negyedik és utolsó csoport azon eseteket öleli fel, a melyekben az achyliát csak véletlenül ismerjük fel, mert jelenlétére az emésztőszervek részéről egy tünet sem utal. A szerző esetei közül csak 3 tartozik ide, a mi azonban, tekintetbe véve, hogy kórházi anyagról van szó, nem azt mondja, hogy a valóságban is csak ilyen csekély arányszámmal fordul elő ez az alak.

Az, hogy a gyomor részéről a tünetek sokszor oly kevéssé kifejezettek, sőt néha teljesen hiányoznak, abból fejthető meg, hogy achyliában a gyomor rendkivül gyorsan ürül ki; ez pedig azért van így, mert — a mint *Pawlow* kisérletei kimutatták — mihelyt a gyomortartalom sósava a duodenummal érintkezésbe jut, reflectorius úton a pylorus záródása következik be, a mely addig tart, a meddig nem válik közömbössé a bél- és pankreasnedv behatására a duodenum tartalma; minthogy pedig achyliában nincs sósav, természetes, hogy a pylorusnak reflectorius összehúzódása is hiányzik, a pylorus jobbára nyitott s így a gyomor gyorsan kiürülhet.

Minthogy achyliában a gyomoremésztés hiányos, a bélnek erősen fokozott emésztő működést kell kifejtenie. További káros hatás oly módon származik a bélre, hogy a pankreas működése is hiányos; *Pawlow* kisérleteiből ugyanis tudjuk, hogy a gyomortartalom sósava erős stimuláló hatást gyakorol a pankreaselválasztásra, a mikor a duodenumba kerül. A sósav fertőtlenítő hatása a gyomortartalomra sincsen meg achyliában; a táplálék tehát nem jut sterilen a duodenumba. Végül a gyomortartalom gyors kiürülése miatt a tápláléknak a bél számára kevésbé ingerlő physikális állapotba jutása is hiányzik.

A mi az achylia therapiáját illeti, első sorban a diaetára leszünk tekintettel. A táplálék híg vagy jól felaprózott voltának fontossága az elmondottak alapján magától értetődik. A tejet az achyliások rosszul tűrik, legfeljebb akkor lehet vele kisérletet tenni, ha a bél rendesen működik s csak a gyomor részéről vannak jelen tünetek, a melyeket a tejdiaeta kedvezően befolyásolhat. Némely beteg az írót vagy a hydrogensuperoxyddal sterilizált tejet jobban tűri. A tejfölt, főleg vízzel higítva ital gyanánt még jobban elviselik, néha azonban cardialgiát és bőfögést okoz. Még jobb szolgálatot tehet a vaj. A kenyérfélék közül legajánlatosabb a pirított kenyér és a kétszersült, mert erősebb megrágast igényelvén, jobban keveredik a nyállal. A tojást csaknem minden alakban lehet adni, a hús ellenben a nehéz ételek közé sorolandó; achyliában csak a nagyon könnyü húsfélék (csibe, galamb, hal) adandók, lehetőleg puhára főzve. A főzelékeket a szokásos elkészítésmód mellett rosszul tűrik a betegek; pép (purée) alakjában azonban egyik-másik adható, sőt a bélnek rendben tartására és a diaetának változatosabbá tevésére hasznos is. Nyers gyümölcs, erősebb fűszer, savanyú étel okvetlenül kerülendő, az italok közül pedig az alkohol; legfeljebb vizezett vörös bor engedhető meg, noha némelyik beteg ezt sem tűri, úgyszintén a kávét sem. A dyspepsiás tüneteknek nagymértékben jelenléte esetén akárhányszor a mesterséges tápkészítményeket (leguminose, somatose, hygiama, nutrose stb.) is igénybe kell venni.

Minthogy achyliában hiányzik a pepsin és a sósav, közelfekvő a gondolat, hogy ezeket mesterségesen pótoljuk. A sósav használata némely esetben csakugyan eredményes (20 csepp híg sósav naponként háromszor az étkezések után). Főleg diarrhoea fennforgása esetén mindig kisérletet kellene vele tenni. A dyspepsia ellen is használ néha; máskor ellenben fokozza a cardialgiát és a pyrosist. A pepsin még ritkábban használ, sósavval együtt adva némely esetben mégis eredményes: Rp. Acidi hydrochlor. diluti, Pepsini Langenbeck āā 5·0; Glycerini 15·0, Aquae destill. 85·0. M. D. S. Kávéskanalanként. A subjectiv dyspepsiás tünetek ellen a keserü anyagok rendszerint többet használnak, mint a pepsin és a sósav. Leghasznosabbnak a condurangot találta a szerző, például a folyékony kivonatát, a melyből naponként 3-szor adott kávéskanálnyit közvetlenül az étkezés előtt. A gyomoröblítéseknek többnyire nincsen hasznuk; akkor javaltak, ha a gyomorban a nyálkatermelődés fokozott, a mi azonban achyliában ritka. A gyomor nyálkahártyája ezen bajban nagyon sérülékeny s azért a szondával való kezeléskor könnyen támadhatnak sérülések és vérzések. Öblítéseket gyógyszeres oldatokkal már ismételten használtak, de kevés eredménynyel. Székrekedés fennállása esetén a hashajtókat lehetőleg kerülni kell; obstipatio ellen a diaeta szabályozásával és kezdetben olajos klysmákkal kell főkép küzdeni. Hasmenés ellen a diaeta szabályozása mellett első sorban bismuthum subnitricummal teszünk kisérletet; 1 grammos porokat adunk naponként 3—4-szer. A naphtolt is ajánlották bismuthum subsalicylicummal együtt (mindegyikből $^1/_2$—$^1/_2$ grammot, 3-szor naponként). Ha ezek nem használnak, a tannalbin (1 gramm 3—4-szer naponként) kisérelhető meg, s csak ha mindezek eredménytelenek maradnak, folyamodunk az opiumhoz.

Az achylia gyógyulása csak nagyon elvétve észlelhető; a gyomornedvelválasztás hiánya az eseteknek túlnyomó többségében végleges. Törekvéseinknek tehát főleg arra kell irányulni, hogy az achyliát tünetek nélkül lefolyóvá tegyük, és ezt vagy egészen, vagy legalább részben többnyire el is érhetjük. (Die Therapie der Gegenwart, 1906. 7. füzet.)

Idegkórtan.

A neurastheniás impotens férfiak gyógyítása *Zabludowski* tanár (Berlin) szerint az ő saját módszerével végezhető a penisnek hyperaemiássá tevésével. Üvegburát tesz a penisre és a burából elektromotorral hajtott légpumpával szívja ki a levegőt. „A gyorsaság emelővel változtatható. Az elektromotor forgásszáma 1800-ra emelhető.“ A készülék beállítható úgy, hogy állandóan szí, úgy is, hogy váltakozva szívja és nyomja a levegőt $^1/_4$ atmosphaera nyomáskülönbözettel. Zabludowski ezt a *pneumomassaget* a herére is alkalmazza, „miáltal a here tápláló anyagoktól átivódik; a here ezen rhythmusos tágulása jó tornagyakorlat a here izmai számára“. A készülék úgy is beállítható, hogy a vacuumba állandóan levegőt nyomjon. „Igy a beteg maga is képes egy-két másodpercz alatt penisét kivenni az üvegből.“ Hogy ez a készülék ott is alkalmazható legyen, a hol nincs elektromos áram, Zabludowski szerencsére egy „saját modellü“ kézi pumpát is szerkesztett. 5—10 perczig tart, míg a penis megduzzad, és 5—10 perczig merev marad utána.

Ez a mesterséges „penismerevítés“ megkönnyíti a természeteset. „Egyszersmind erősen depletorius hatást fejt ki az altest szerveire és megváltoztatja a helybeli keringésgyorsaságot a nemi

szervek mellett“ és így az obstipatiót is megszünteti. Szegény neurastheniások!

A Münchener med. Wochenschrift tréfás számában egy hasonló czikk volt. A mulattató illustratiokat érdemes az eredetiben megtekinteni, a villamos készülék Reininger, Gebbert és Schallnál Erlangenben rendelhető meg. (Zeitschrift f. physikalische und diät. Therapie, 1906. aug. 1.) *Kollarits Jenő.*

Sebészet.

A végbélrákról s annak operativ kezelésével elért eredményekről értekezik *Petermann*, Rotter tanár osztályáról. 1893 óta összesen 155 végbélrákeset került felvételre, ezeknek 70·9%-ában radikális műtét volt végezhető. A radikálisan operált 110 esetből 25-ben a kombinált módszert alkalmazták, ezekre ezen czikkben nem tér ki; jelenleg 85 esetről számol be, melyeket 2 csoportban tárgyal. 1893—1903-ig 43 esetben, az utolsó 3 évben 42 esetben végeztek radikális operatiót. Az első 43 eset közül 11-et perineális, 28-at dorsális methodus szerint operáltak, 2 esetben vaginális úton, 2 esetben a keresztcsont osteoplastikus resectiojával távolították el a rákot. Az utolsó 42 esetben kizárólag dorsális úton operáltak és minden esetben elegendő volt az os coccygis resectioja, melyet mindig eltávolítottak, temporaer resectiót nem végeztek. A 85 eset úgy oszlik meg, hogy 45 esetben resectio, 40 esetben amputatio recti-t végeztek.

A mi a *műtéti mortalitást* illeti, az első csoport 43 esetéből meghalt 14 = 32%, még pedig a 17 amputatiós esetből 4 = 23·5%, a 26 resectiós esetből 10 = 38·4%. A halál oka 7 esetben = 50% sepsis volt; 3 esetben = 21·4% peritonitis; 1 esetben = 7·1% collapsus és 3 esetben = 21·4% cachexia. A második csoport 42 esetéből csak 2 operativ halálozásuk volt, a mi 4¾%-nak felel meg; a halál oka ez esetekben pneumonia illetve erysipelas volt.

A mi a *functionális eredményt* illeti, az amputatiós esetekben normális continentiát nem észleltek, csak a continentiához hasonló állapot jő létre, a mennyiben a beteg érzi, mikor jut bélsár az alsó bélrészletbe. A 45 resectiós esetből ezen kérdés elbirálásánál csak 35 eset jön számba, mert 10 operativ halálozás áldozata lett, 13 esetben sikerült a bélcontinuitást primaer úton elérni, 13 esetben pedig secundaer úton. 22 esetben teljes volt a continentia. A secundaer úton egyesített esetekben többször észleltek később stenosist keletkezni.

A mi a *végleges gyógyulást* illeti, a műtéten átesett 69 esetből ez idő szerint már 24 meghalt, még pedig 6 intercurrens betegségben, 9 helyi recidivában, 9 metastasisban (8 máj-, 1 nyelőcsőrecidiva). Tehát az összes operált esetek 21·2%-a halt meg recidiva illetve metastasis folytán. Jelenleg 45 beteg él, ezek közül recidivamentes 40 = 47% az összes esetekre vonatkoztatva. Az 5 recidivás esetben a recidiva 4-szer lokális, 1-szer májáttétel alakjában jelentkezett. A recidivamentes esetek közt vannak 13, 11, 9, 7, 6, 5 éves esetek is. A végleges gyógyulás megitélésénél csak az első csoport (43 eset) jöhet számba, mert a II. csoportnál a kritikus triennium még nem telt el. A kérdés megitélésénél vitás, vajjon a végleges gyógyulást az összes operált betegekre, vagy csak azokra vonatkoztassuk, a kik a műtéten átestek s nem lettek az operativ halálozás áldozatai. Ha arra a kérdésre akarunk felelni, hogy mit érünk el műtéttel quoad végleges gyógyulás, úgy természetesen levonandó a műtét folytán elhaltak száma, s így 12 : 29, vagyis *41·3%* a végleges gyógyulás. Ha azonban az a kérdés, hogy minő kilátása van a betegnek a végleges gyógyulásra, ha műtétnek veti magát alá, úgy az összes operált esetek számbaveendők, az arány tehát 12 : 43, vagyis *27·8%*. Korai diagnosissal és az operatiós technika tökéletesedésével még jobb eredményekre számíthatunk. (Archiv für klin. Chirurgie, 1906. 80. köt., 1. f.) *Steiner Pál* dr.

A tüdőgangraena sebészeti kezeléséről értekezik *Kissling* (Hamburg). 1897 év óta 60 tüdőgangraena esetet operáltak 65% gyógyulással, míg a rendszeres belgyógyászati kezelés 70—80% halálozást mutat fel. Sebészeti kezeléssel a halálozás 20·5%, ha leszámítjuk azon eseteket, melyeknél gümős affectio állott fenn, vagy melyeknél az általános állapot miatt a műtétet be nem fejezhették. Az aetiologia szempontjából kiemelendő, hogy a legtöbb esetben aspiratiós eredetű volt a gangraena; alig 10%-ban ment rostonyás tüdőgyuladás előre. A gangraenás góczok lokalizálására a physikális lelet mellett a Röntgen-kép jó segédeszköz. Minthogy a gangraena spontan gyógyulására alig lehet számítani, mielőbb műtét végzendő. Multiplex góczok nem alkotnak ellenjavalatot. Fontos a pleura állapota; csak ritkán észlelt pleurális összenövést gangraenánál. Ha a pleuralemezek szabadok, nincsenek összenőve, eltolhatók egymáson, úgy két szakaszban kell operálni: az első szakasz kivarrásban, tamponálásban vagy leghelyesebben e kettő combinatiojában álljon, melyet 24—48 óra után követhet a második műtet. A meg nem nyitott pleurán át próbapunctiót végezni nem szabad. A pneumotomia veszélyei a pneumothorax, az empyema és az esetleges súlyos vérzés. Empyema következtében 2, pneumothorax folytán 1 betege halt meg. Erős vérzés esetén tamponálást alkalmazott s a műtétet másnap folytatta. A műtétet rendesen chloroform- vagy scopolamin-chloroform-narcosisban végezte. A gyógyulási tartam kedvező esetekben 7—10 hét, átlag 3—5 hó, komplikált esetekben 11 hó volt. Csak egy esetben távozott a beteg sipolylyal, a többi mind teljesen gyógyultan, jó erőben távozott.

Figyelemre méltó e közlemény, mert az irodalomban hasonló nagy számú, egységes elvek szerint operált tüdőgangraena-esetek nincsenek eddig feljegyezve. (Mitteilungen aus d. Hamburger Staatskrankenanstalten, 1906. VI. kötet.) *Steiner Pál* dr.

Az appendicitis tüneteinek a bal oldalra való localisatiojáról ir *Senglave* (Thèse de Montpellier). Ennek oka a coecum teljes situs inversusában rejtőzhetik, vagy abban, hogy a coecum és appendix a középvonalhoz igen közel fekszik, avagy abban, hogy az igen hosszú appendix a coecum normális helyzete mellett a bal oldalra nyúlik át. Más esetekben a jobboldalt keletkezett tályog a baloldalra terjed át és csak ott válik kimutathatóvá; avagy a kezdetben diffus appendicularis peritonitis visszafejlődvén, a bal oldalon marad vissza egy eltokolt genygócz; végül bizonyos esetekben, midőn a peritonitis egyenlőképen van elosztva az egész hashártyafelületen, a tünetek a bal csípőtányér táján mutatkoznak a leghevesebb mértékben. Semmi esetre sem szabad abból, hogy a tünetek csak baloldalt székelnek, az appendicitist teljes biztonsággal kizárnunk. (Journal de médecine et de chirurgie pratique. 77. köt. 4. sz.) *Pólya.*

A Spiegel-lebenyben ülő echinococcus idült choledochus-elzáródás tüneteivel járt *Tuffier* három esetében. Súlyos sárgaság, koronként jelentkezett görcsök állottak fenn, 2 esetben minden tapintási tünet nélkül, 1-ben pedig a májtájon kimutatható daganattal kapcsolatban. A kórisme epeköveket vélt megállapíthatni. A tünemények valódi okára csak a hasmetszés derített fényt, mely 2 esetben tisztán a *Spiegel*-féle lebenyre szorítkozó, a harmadikban a máj egész alsó lapját elfoglaló burkonytömlőt mutatott ki. Az epehuzam ép volt, köveket nem tartalmazott. A műtét mindhárom betegnek szerencsés gyógyulást hozott. (La semaine médicale, 1906. márczius 14.) *Pólya.*

Gyermekorvostan.

A gyermekek alvásáról irt czikkében *Cassel* annak hangsúlyozása után, hogy a gyermekkorban legalább is 9—11 órai nyugalmat kell megkívánni, áttér az álmatlanság okaira, a melyek között első sorban a fájdalmakkal járó folyamatokat, majd a hiányos orrlégzést, a lázat, az idegrendszernek úgy anatomiai (meningitis, hydrocephalus chronicus, agydaganat), mint functionális (rhachitis okozta idegrendszerbeli kóros működés, laryngismus stridulus, pavor nocturnus, epilepsia, neurasthenia) megbetegedéseit említi. Az álmatlanság gyógyításában természetesen első dolog ezen okok lehető megszüntetése. Sokszor azonban még egyéb eljárásokhoz is kell folyamodni. Ilyenkor első sorban a suggestio módjai, a melyek közé sorolható a teljes nyugalom, a sötétség, bizalmas egyénnek a közelsége, az altató dal. A ringatás, hintázás káros volta eléggé ismeretes; az általuk létesített kábultság, ha gyakran ismétlődik, okvetlenül káros az idegrendszerre. Rosszakat álmodó, kisértetektől félő gyermekek nagyon megnyugosznak, ha a hálószoba nem teljesen sötét; az éjjeli

lámpa enyhe fénye erősen megnyugtató, a biztosság érzetét keltő befolyású lehet ilyenkor. Sokszor a hydriatikus eljárások vezetnek eredményre; közülük kiemelendő a meleg, legfeljebb 27° R. hőmérsékü, 5—6 perczig tartó fürdő este; a nedves törzsborítás 18—20° R. vízzel éjjelre; végül a közönséges vagy sós vízzel végzett ledörzsölés; ez utóbbit 24° R. vízzel kezdjük és lassanként leszállunk 18° R.-ig; alacsonyabb hőmérsék gyenge gyermekeknél nem ajánlatos. A friss levegön sokat tartózkodás és a bőséges testmozgás nagyon nagy jelentőségü, főleg masturbáló gyermekeknél; ez utóbbiaknak este oly fáradtnak kell lenniök, hogy rögtön elalszanak. Hypnotikus gyógyszerekre alig van szükség. Helylyel-közzel adható ugyan nagyon nyugtalan, ideges gyermekeknek valami bromkészítmény; némely kóros állapotban szüksége mutatkozhatik annak, hogy chlorallal szerezzünk nyugodt éjszakát; sőt erős fájások, nehézlégzés stb. esetén — ha nincs ellenjavalva — még az opium és morphium is használható: a szó szoros értelmében vett hypnotikus gyógyszerre a gyermekkorban azonban alig szorulunk. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1906. 36. szám.)

Veleszületett bujakórban az agygerinczagyi folyadék lymphocytosisának kórjelző jelentőségével foglalkozik *Tobler*. Az eddigi vizsgálatok alapján ismeretes, hogy az agygerinczagyi folyadék lymphocytosisa a szerzett bujakóros fertőzés minden szakában előjöhet és pedig akkor is, ha a központi idegrendszer részéről a megbetegedés minden jele hiányzik. A központi idegrendszernek bujakóros vagy metasyphilises bántalmaiban e tünet nagy állandósággal észlelhető. Öröklött bujakórban erre vonatkozólag eddig csak szórványosan történtek vizsgálatok, rendszeresen nem. *Tobler* 14 esetben vizsgálta a lumbális punctio útján nyert folyadékot és 12-szer talált kifejezett lymphocytosist. Egy esetben az eredmény negativ volt és egy esetben bizonytalan. A fehérje mennyisége erre megvizsgált 7 eset közül 5-ben volt megszaporodva. Az agygerinczagyi folyadéknak ezen elváltozása tehát az öröklött bujakórnak gyakori tünete. Fontos ez a kórjelzés szempontjából, mert voltak oly esetei, melyekben csak gyanú alapján végeztek lumbális punctiót, s a lymphocytosis hetekkel megelőzte a bujakór nyilvánvaló tüneteinek megjelenését (Jahrb. für Kinderheilk., 1906. julius.) *Flesch Armin* dr.

Bőrkórtan.

A lapos teleangiektasiáknak radiummal való gyógyításával foglalkozott *A. Exner*. Ezen eljárás, a melyet *Holzknecht* ajánlott először, még nem örvend nagyobb elterjedésnek, jóllehet jó hatását már többen megerősítették. Szerző mindössze hat esetben végezte a radiumkezelést s az eredménynyel valamennyiben meg volt elégedve. A teleangiektasiák halványodtak, a bőr helyenként kissé sorvadt, de a csekély maradványt egyszerü kendőzéssel könnyen el lehetett tüntetni. A radiummegvilágítás gyakran hagy a consecutiv dermatitis után pigmentatiót hátra. Ez olykor sokáig tart, oly testrészeken, a melyeket a nap fénye jobban ér, a pigmentatio gyorsan mulik. A radiumkezelés egyugyanazon helyen még egyszer, sőt kétszer ismétlendő, a mi azonban mindig csak hónapokkal később történjék, mert az egyszer már megvilágított bőr jóval érzékenyebb a másodszori illetőleg többszöri radiumozással szemben. Kellő óvatossággal ily módon a legszebb sikerek érhetők el. A szerző a teleangiektasiáknak radiummal való kezelésekor több ügyes fogással élt, a mi lényeges befolyással lehetett az egyenletes hatás elérésére. Igy a megvilágítás közben gyakran forgatta a sugárzó testet, hogy a sugárzás annál egyenletesebbé váljék. Hogy ez még pontosabban történjék, a szerző a megvilágitandó bőrfelületet dermograph segélyével apró olyan négyzetekre osztotta, a melyeknek dimensioi megegyeztek a sugárzó test oldalfalainak méreteivel. Az első megvilágítás után az egyes mezőket eltörülte s újakat rajzolt, hogy a második megvilágítás most már más elrendeződésben találja a bőrt. Kétségtelen, hogy az egyenletes hatás ezáltal csak fokoztatott. A szerző szerint fontos, hogy a radium-dermatitis ne csapjon a túlságba, mert az könnyen a cosmetikai eredmény rovására mehet. A dermatitis maximuma a hólyagos stadium legyen. (Wiener klin. Wochenschr., 1906. 23. sz.) *Guszman.*

Venereás bántalmak.

A bubóknak és néhány urologiai bántalomnak Bier-féle eljárással kezeléséről ir *Fr. Böhme*. A bubokezelés nem mindig egyszerü. A nehézségek főleg abban nyilvánulnak, hogy a bubo erősen megnő, fájdalmas s felette a bőr megvörösödik, igazi genyes elpuhulás azonban nem akar hamar bekövetkezni. A legnagyobb kellemetlenséget ilyenkor a sok időnek elveszése okozza, a mi sok betegre nézve nagy hátrányokkal jár. Nagy haszonnal alkalmazható ily esetekben a Bier-féle pangásos eljárás. E czélra legjobb oly nagyobb fajta harangokat választani, a melyek a bubonak a legnagyobb részét felölelik. Kezdetben fontos, hogy a beteg ágyban feküdjék, a mi átlagban két napon át szükséges. De azon túl is ajánlatos, hogy a beteg tartózkodjék a járkálástól. A szerző mindenben beigazolja Bier-nek tapasztalatait, a mennyiben az eljárás: 1. megállítja és felszívódásra birja a genyedést, 2. a meleg, lobos tályogot hideggé változtatja át. A szerző a legtöbb esetben incisiós szúrás nélkül tudta a bubokat elmulasztani. Még nagy lázzal járó és fluctuatiót feltüntető bubo esetében is teljesen felszívódott a geny incisio nélkül. A gyógyulás tartamára befolyással van a hasfalnak vastagsága is. Soványabb egyének buboja ceteris paribus gyorsabban gyógyul a Bier-kezeléssel, mint kövérebbeké. Igen jó eredményt ért el a szerző a gonorrhoea egyes szövődményeinek vérpangással való gyógyításában is. Paraurethrális infiltratiók, chorda penis, cavernitis mind igen jól befolyásolhatók ezen eljárással. (Centralbl. für die Krankh. der Harn- und Sexual-Organe, 1906. 7. füzet.) *Guszman.*

A pajzsmirigy syphiliséről értekezik *T. Mendel* (Essen), a ki dolgozatát a következő tételekbe foglalja: A pajzsmirigy körülirt syphilises újképletein (gumma) kivül, a melyek a viscerális luesnek részjelenségeit szokták tenni, a glandula thyreoideának oly syphilises interstitiális elfajulása is létezik, a mely terjedelmes, csomós tumorokat alkot. Ezek azután keménységükkel csalódásig utánozhatják a struma malignát. Fájdalmat ugyan nem okoznak, nyelő- és légzési nehézségeket azonban igen. Ezen strumaszerü lueses tumorok úgy látszik *csak már megbetegedett pajzsmirigyekben fejlődnek* ki, és — mint a struma általában — a női nemnél gyakoribbak, mint férfiaknál. Lehetséges, hogy az ép és egészséges mirigyet a normális jodtartalom védi meg a syphilises betegségtől. A már beteg és működésében megzavart pajzsmirigy ellenben nem olyan, hogy a syphilises virus olykor meg ne támadja.

A syphilises struma górcsövi képén azt látjuk, hogy a parenchyma a peripherián kötőszövetesen elfajul, a centrumban ellenben szerkezetnélküli szövet halmozódik fel, a mely gömbsejtes beszürődést foglal magában. A beszürődés fiatal gümökhöz hasonlóan koszorúalakban elrendezett magvú óriássejteket tartalmaz, valamint oly jellemző burjánzó folyamatokat az erek mentén, a melyek azoknak elpusztulására és fibrosus elfajulására vezetnek. (A kórisme szempontjából klinikailag csakis a struma maligna jön szóba, mert a betegség lefolyása, a szétesés, valamint a *Koch*-féle bacillus hiánya a tuberculosist már eleve kizárja.) A pajzsmirigy rákjától és sarkomájától a syphilises daganat abban különbözik, hogy igen lassan fejlődik és *teljesen fájdalmatlan*. Fontos még az a tünet is, hogy *a bőrrel sohasem kapaszkodik össze*, ellenben a rosszindulatú daganatok már korán összenőnek a felettük levő bőrrel. *A syphilises struma* természetszerüen *sohasem okoz metastasisokat*, ellenben a rosszindulatú tumorok már akkor is okoznak áttételeket, nemcsak a szomszédos mirigyekben, de még a távol fekvő szervekben (máj, csontvelő) is, a mikor a primaer gócz még csekély méretü.

Tekintve azt, hogy a syphilises struma kénesövel és joddal könnyen gyógyítható, kivánatos, hogy minden kétséges esetben megkiséreljük a diagnosis biztosítására e két gyógyszert. Meg kell ezt kisérelnünk mindig, mielőtt a súlyos, olykor az életet is veszélyeztető mütéthez fognánk.

A thyreoiditis interstitialis syphilitica gyakoribb betegség, mint a hogy eddig gondolták, de legtöbbször rosszindulatú tumornak nézik és vagy operálják, vagy egyáltalában nem kezelik. De gyakori az az eset is, hogy elkülönítő diagnosis nélkül a strumák közkedvelt szerével, a jodkaliummal kezelik, a mitől azután meggyógyul. (Medizinische Klinik, 1906. 32. sz.) *Guszman*

Lues kapcsán jelentkező fájdalmas nyirokmirigy-duzzanatokról ir *H. Vörner* (Leipzig), a ki egy ily fajta érdekes esetet észlelt. A syphilis secundaer szakában mutatkozó általános mirigyduzzanatok rendesen teljesen fájdalmatlanok. Olykor azonban hevesebb fájdalmat okoznak, a mikor rendesen valamilyen másodlagos fertőzés szerepel. A mirigyek legtöbbször a lágyéki hajlatokban és az áll alatt szoktak megfájdulni. Szerző esetében is a fájdalmas duzzanat egy körülirt mirigycsoportra vonatkozik. Az illető beteg eleinte az idegbajosok osztályán feküdt, a hol a főpanaszát a claviculáris tájék fájdalmassága, valamint a kezeknek erőtlensége képezte. Paraesthesiái is voltak, a melyek különösen a jobboldali medianus területére estek. A betegnek egy év előtt volt ulcusa. Manifest syphilises tünetei jelenleg is fennállottak. Ezek leukoderma colli-ban, torokbeli plaques-okban és általános mirigymegnagyobbodásban nyilvánultak. Az objectiv tünetek között a legfeltünőbb volt az a kemény, 6—7 cm. átmérőjü daganat, mely a jobb kulcscsont mögött ült. A tumor nem volt mozgatható a clavicula alá nyúlt és úgy spontan, mint érintésre fájdalmas volt. Antilueses kezelésre e tumor hamar kisebbedett s helyében csakhamar egyszerüen megdagadt mirigyek voltak tapinthatók. Az idegnyomási tünetek is hamarosan elmultak. Oly esetek, mint a most említett, meglehetősen ritkák s ezért a szerző még egy ilyen észlelt esetet ismertet, a melyben főleg a tarkómirigyek voltak igen erősen megduzzadva és fájdalmasak. Szerző szerint a heves fájdalom úgy magyarázandó, hogy a mirigyek megnagyobbodása túlerős és heves. (Münch. mediz. Wochenschrift, 1906. 33. sz.)

Guszman.

Közegészségtan.

Az 1904/1905. évi malaria-járványról tett jelentést *Celli* tanár nemrégiben az olasz malaria-kutató társaságban. A míg Észak- és Közép-Olaszországban a járvány enyhe volt, Latiumban és a déli részekben nagy pusztítást tett, a miben bizonyára része volt a nagy földrengés létesítette nyomornak is. Voltak helyek, a hol a lakosság 70—100%-a betegedett meg malariában. A prophylaxis tekintetében három tényezőt használtak: a talaj hydraulikus javítását, a személyes védekezést a szúnyogok ellen és chininnek rendszeres adását. A mint látjuk, a védekezésben nem szerepelt a szúnyogok elpusztítása a vízben való fejlődésszakukban. Régebben ugyan abból a feltevésből kiindulva, hogy bizonyos sótartalom megöli a különböző szúnyogfajták álczáit és nympháit, a tengerparton pangó vizeket iparkodtak közvetlen összeköttetésbe hozni a tengerrel, annyival is inkább, mert — a mint ismeretes — a Földközi-tenger vize rendkivül nagy sótartalmú; ezt az eljárást azonban most már nem használják, mert *de Vogel*, valamint a *Sergent*-testvérek vizsgálataiból kiderült, hogy az anopheles maculipennis és az anopheles vagus álczái még 7% sót tartalmazó vízben is meg tudnak élni. A talajszárító eljárásokba vetett remény sem teljesült; az erre fordított sok költség csak annyiban járt haszonnal, hogy a lehetővé vált földmívelés révén a lakosság anyagi jóléte javult. Különben is kiderült, hogy épenséggel nem a rizsföldek a főfészkei a malariának, noha ezek mocsaras talajt és folytonos öntözést igényelnek. A szúnyogok elleni személyes védekezés csak ritkán vihető keresztül teljes szigorúsággal; mint segédeszköz azonban eléggé értékes s azért malariás vidékeken az ajtóknak és ablakoknak finom közü sodronyhálóval zárása, a napnyugta után szabadban foglalkozók arczának álarczczal és kezeinek keztyüvel megvédése nem hanyagolandó el. A legfontosabb prophylactikus szer a chinin. Számadatokkal bizonyítható, hogy a chininfogyasztás emelkedésével mennyire csökkent a malaria-halálesetek száma. De még nagyobb bizonyító értéke van annak a ténynek, hogy chinin rendszeres használatával nagyobb népcsoportokat is sikerül malariás vidékeken malariamentesen megtartani. Egy gm. chinint a leggyakrabban használt confect alakjában 6 centesimiért (5 fillér) ad az állam. Naponként használt kisebb adaggal (0·4 gm.) állitólag jobb eredmény érhető el, mint hetenként kétszer adott nagyobb (1·0 gm.) adaggal. Gyermekeknél a chininum tannicum csokoládé alakjában vált be jól. Recidivák megelőzése czéljából hónapokon át kell adni chinint, de akárhányszor még ez sem használ, s a chininnek vassal és arsennal kombinálása sem vezet eredményre. A malaria-parasiták tekintetében az utóbbi év nem derített fel sok újat. Mind valószinübbé válik, hogy a különböző malaria-alakokat (tertiana gravis, tertiana levis és quartana) nem annyira különböző fajta parasiták, mint inkább ugyanazon fajnak változatai okozzák. A latens fertőzés felismerésére szolgáló eljárást még mindig nem ismerünk. A malaria és a meteorologiai viszonyok közötti összefüggés ismerete tekintetében sem haladtunk az elmult évben. Hogy sok anopheles lehet valamely helyen, a nélkül, hogy csak egy malaria-eset is volna, az most Dél-Olaszországra is bebizonyosodott. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1906. 34. szám.)

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Idült székrekedés eseteiben *Kohnstamm* nagy súlyt helyez a húsmentes diaetára. Az a meggyőződése, hogy a húsfehérje a bélben való bomlásakor a peristaltikát akadályozó anyagot termel. A húsmentes diaeta mellett a tejnek meglehetősen bőséges használatát is sürgeti. A physikális therapia (hasmassage, ülőfürdők, villamozás, testmozgás stb.) természetesen szintén nem hanyagolandó el. (Die Therapie der Gegenwart, 1906. 4. füzet.)

A strophantin intravenosus befecskendezését ajánlja súlyos szivelégtelenség eseteiben *Fraenkel*, a ki vizsgálatait Krehl tanár klinikáján végezte. A strophantin a szerző szerint sokkal erősebb hatású, mint a digalen és e mellett sokkal olcsóbb is. A strophantin 1‰ oldatban kerül forgalomba: ebből $^3/_4$—1 cm³ fecskendezendő a venába. (Verhandl. d. 23. Kongr. f. innere Medizin, 1906.)

Heveny és idült genyedések ellen Ehrlich jó eredménynyel használja a Chlumsky ajánlotta phenolkámfort: Rp. Acidi carbolici purissimi 30·0; Camph. trit. 60·0; Alkohol 10·0. Az olajszerü, átlátszó folyadék, a melynek nincsen carbol-szaga, világos helyen tartva rózsaszint ölt és könnyen elillan, s azért sötét helyen, illetve sötét üvegben és jól elzárva tartandó. A phenolkámfor használatmódja a következő: a kóros helyre többszörösen összehajtott és phenolkámforral átitatott mullkompresszt és erre egy réteg száraz steril vattát teszünk; mindkettőt lazán alkalmazott pólyával rögzítjük. Tályogüregbe vagy metszett sebbe phenolkámforba mártott mullszalagot vezetünk lazán. Erysipelas és fissura ani eseteiben ecsetelés alakjában használjuk a szert. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1906. 11. szám.)

A dysmenorrhoea gyógyitásakor első feladat valamely anatomiai elváltozás után (a méh helyzetváltozása, a méhszáj szükülete, lobos folyamatok a méhben vagy függelékeiben, polyp, myoma stb.) kutatni és ilyennek jelenléte esetén ezt megszüntetni. A nemi szervek hiányos fejlettsége esetén Thure-Brand-féle massagezsal és roborálással fogunk néha eredményt elérni. Az oly gyakori idiopathiás esetekben *Jakoby* a styptolt szereti használni, mint a mely nemcsak kitünő vérzéscsillapító, hanem megnyugtató és hypnotikus hatású is. Könnyebb esetekben néha már 3 tabletta (á 0·05) naponként elegendőnek bizonyul. Súlyosabb esetekben azonban azonnal 4 × 2 tablettát adunk pro die, sőt 4 × 3-at is. Olyanoknak, a kik nem tudnak tablettákat nyelni, oldatban adhatjuk a szert: Rp. Styptoli pulv. 1·0; Syr. simpl., Aquae foeniculi āā 50·0. M. D. S. 3 szor naponként 2 kávéskanálnyit kevés cognac kal. Czélszerü a styptol használatát már 3 nappal a menstruatio ideje előtt megkezdeni, még pedig kisebb adaggal (3 × 2 tabletta) s azután 5 × 2 tablettáig emelkedni. A havi vérzések közötti időszakokban vérszegény nőknek vasat kell adni és tejdiaetát rendelni. (Die Therapie der Gegenwart, 1906. 6. füzet.)

Idült vastagbélhurut eseteiben *Zweig* gyógyszeres irrigálásokat használ egy általa szerkesztett egyszerü készülékkel, a melynek lényeges részét az erős üvegből készült, a végbélen át bevezetendő végén zárt és legömbölyített és egy hosszában futó válaszfallal két részre osztott üvegcső alkotja. A végétől 2—3 centimeternyire egy-egy nyilás van rajta, az egyik a folyadék befolyására, a másik annak visszafolyására szolgál. A csőnek a végbélből kiálló része a cső két rekeszének megfelelően egy-egy rövid szárral végződik, a melyek közül az egyiket gummicső segéyével a gyógyszeres oldat befogadására szolgáló tölcsérrel kötjük össze, a másikat pedig ugyancsak gummicső útján

a kifolyó oldat felfogására szolgáló edénybe vezetjük. Bőséges nyálkatermelődéssel járó idült vastagbélhurut eseteiben az annyira kedvelt tannin- és argentum nitricum-öblítéseket elveti, mert tapasztalatai szerint a hurutot fokozzák s az addig gelatinosus nyálkatömegeket membranosusokká alakítják át. Kamillateával kitisztogatás után antisepticumokat vagy nyálkaoldó szereket használ; az előbbiek közül a bórsavat, a natrium salicylicumot, a thymolt és lysolt, egy kávéskanálnyi menyiségben egy liter meleg vízre; nyálkaoldó hatású a karlsbadi víz, a mészvíz, a natriumbicarbonat és natriumacetat oldata (egy gyermekkanálnyi egy liter vízre). A leirt készülékkel jegesvizes irrigatiók is végezhetők, a melyek különösen vérzésre hajlamos, magasan ülő haemorrhoidális csomók eseteiben tesznek jó szolgálatot. (Die Therapie der Gegenwart, 1906. 4. füzet.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1906. 36. szám. *Doktor Sándor:* Sectio caesarea vaginalis eklampsia miatt. *Szily Adolf:* Egy czélszerű diaphragma.

Orvosok lapja, 1906. 37. szám. *Jankura Iván:* Agyroncsolás esete.

Budapesti orvosi ujság, 1906. 36. szám. *Glücksthal Andor:* A méhenkivüli terhesség casuistikájához. *Austerweil Géza:* Az erjesztőgomba mint gyógyszer. 37. szám. *Benczur Gyula:* A traumás neurosisokról.

Vegyes hirek.

Új egyetemi tanárok. A király *Tangl Ferencz* dr.-t, a budapesti tudomány-egyetemen az élet- és kórvegytan nyilvános rendes tanárát ugyanott az általános kór- és gyógytan, *Preisz Hugó* dr.-t, az állatorvosi főiskola nyilvános rendes tanárát és az országos bakteriologiai intézet vezetőjét pedig a budapesti tudomány-egyetemen a bakteriologia nyilvános rendes tanárává nevezte ki.

Kinevezések. Budapest főpolgármestere *Milkó Vilmos* dr.-t a balparti kórházakhoz alorvossá egy évre újra kinevezte. — *Berzsenyi Zoltán* dr.-t a kaposvári közkórházhoz alorvossá nevezték ki.

Választás. *Hankó Vilmos* dr.-t Arad-Szt. Márton község orvosává választotta. — *König József* dr.-t Mosonszolnokon községi orvossá választották. — A nagyváradi izr. kórházhoz *Hajós Jenő* dr.-t segédorvossá választották.

A tisztiorvosi vizsgák Budapesten szeptember hó 24.-én, Kolozsvárott pedig október 15.-én veszik kezdetüket.

Kézmárszky tanár mellszobrát Zala György művész karrarai márványból elkészítette és az egyetemi I. számú női klinikán (Baross-utcza 27) felállitotta. Bársony tanár f. hó 23.-án, vasárnap d. e. 11 órakor óhajtja a szobrot bemutatni és azokat a kartárs urakat, a kik az emlék iránt érdeklődnek, a bemutatásra ez úton tisztelettel meghivja.

A „Stefánia" pesti szegény gyermekkórházegylet választmánya 1906. szeptember 10.-én tartott ülésében az elnökség előterjesztésére közakarattal elhatározá, *hogy sürgős ügyben rendkivüli közgyülést tart* s erre, a szokásos külön meghivók mellőzésével, hirlapok útján hivja össze az egyesület valamennyi tagját. Ezen rendkivüli közgyülés *1906. szeptember 23.-án vasárnap d. e. 10 órakor lesz* az egyesület saját helyiségében: Budapest, IX., Üllői út 74. szám alatt (bejárat a Gólya utczából) s egyetlen tárgya: *Ingatlan megvétele kórházi czélokra.*

A budapesti poliklinikán augusztus hóban 3717 új beteg jelentkezett; a rendeléseknek összes száma 9213 volt.

Békés vármegye közkórházának 1905. évi működéséről terjedelmes jelelentésben számol be *Berkes Sándor* dr. kórházigazgató. A kórházi osztályokon 4419 (2578 férfi és 1841 nő), az elmebeteg-osztályon pedig 558 (329 férfi és 229 nő) beteget ápoltak. A halálozás a kórházi osztályokon 4·1, az elmebeteg-osztályon pedig 10·21% volt. A jelentés önálló értekezés számba menő három dolgozatot is tartalmaz, még pedig *Kún Pál* (Tüdővészes betegek és a közkórházak), *Décsi Károly* (Az elmegyógyitó osztály jövőjéről) és *Kaczvinczky János* (A sebészeti osztály működése) tollából. Ez utóbbi czikkéből megtudjuk, hogy az elmult évben összesen 1171 műtétet végeztek.

Nyitra vármegye érsekújvári közkórházában — a mint *Hückl Ernő* dr. igazgató-főorvos jelentéséből olvassuk — az 1905. évben összesen 900 beteget (578 férfi és 322 nő) ápoltak. A halálozási százalék 8·33 volt. Nagyobb műtétet összesen 279 esetben végeztek.

Hazai fürdők látogatottsága. *Pöstyén* (szept. 7.) 7810; *Tátrafüred* (szept. 9.) 4077; *Tátra-Széplak* (szept. 6.) 1430.

Hibaigazítás: Lapunk 34. számában a 795. oldal 1. hasábjának 7. sorában *„fogékonytalannak"* helyett *„fogékotlannak"* olvasandó.

Meghaltak: *W. Czermák*, a szemészet rendes tanára a prágai német egyetemen, szeptember 8.-án 50 éves korában. — *O. Vierordt*, a belorvostani poliklinika rendes tanára Heidelbergben 50 éves korában. — *Jaumes*, a törvényszéki orvostan és toxicologia tanára Montpellierben. — *W. E. Taylor*, a sebészet tanára San Franciscoban. — *Kohn Hermann* dr., a szemészet tanára Boroszlóban, 68 éves korában. Az elhunyt különösen iskolaegészségügyi vizsgálatai révén tett nagy hirre szert.

Kisebb hirek külföldről. *Jamin* dr.-t Erlangenben az orvosi propaedeutika és orvostörténet rendkivüli tanárává nevezték ki. — *Hauser* erlangeni tanár Würzburgba meghivását véglegesen visszautasította. — *L. Bossi* dr.-t Firenze-ben a törvényszéki orvostan rendes tanárává nevezték ki. — A würzburgi egyetemen újonnan szervezett bőr- és bujakórtani rendkivüli tanszéket *O. Seiffert* dr.-ral töltötték be. — A müncheni egyetemen orthopaediai tanszéket állitottak fel és arra rendkivüli tanári minőségben *F. Lange* dr.-t nevezték ki. — *F. Krzysztalowicz* dr., a bőr- és bujakórtan docense Krakóban a rendkivüli tanári czimet kapta; hasonló kitüntetésben részesült *L. Haskovec* dr., a prágai cseh egyetemen a neurologia docense és *O. Pifl* dr., a prágai német egyetemen az oto- és rhinologia magántanára. — *K. Kreibich* gráczi rendkivüli tanárt a prágai német egyetemen a bőr- és bujakórtan rendkivüli tanárává nevezték ki.

Az V. nemzetközi gynaekologiai congressust, a melyet ez évi szeptember 11—18.-án Szentpétervárott akartak megtartani, a központi szervező bizottság az 1907. év szeptemberének ugyanezen napjára halasztotta.

Vak masseurök. Japánban ősidők óta leginkább vakok űzik a masszálás mesterségét. Japánt most e tekintetben utánozni kezdi New-York is, hol mind több vak ember adja magát erre a keresetmódra, sőt a hol már külön masseur-tanintézet is van vakok részére. Általános a tapasztalat, hogy a vakok a masszálás mesterségére különösen alkalmasak, erősen kifejlődött tapintási érzékük miatt. A vak masseurök New-Yorkban igen keresettek, s könnyen keresnek meg fejenként 5—10 dollárt naponként.

A sexuális perversio különös alakja foglalkoztatta nemrég a müncheni törvényszéket. Egy kőműves belopódzott egy istállóba s ott egy tenyészbikát késsel kiherélt. Kiderült, hogy már háromszor volt ugyanezért a bűntényért büntetve, legutoljára egy évi fogházzal. Mikor megvizsgálták a tettest, kiderült, hogy ő maga is meg van csonkitva és herezacskója össze-vissza van szurkálva. A törvényszék a vádlott elmeállapotának megvizsgálását rendelte el.

A Liquor thiorobin comp. sec. Eibach a phthiseotherapiának egyik legkiválóbb segédeszköze. Kórházi és klinikai kisérletek tanúbizonyságot tesznek arról, hogy a Liquor thiorobin sec. Eibach igen kedvező befolyással van a tüdővészesek táplálkozására és anyagcseréjére. Kitünő combinatioban egyesiti a thiocolt stomachicumokkal s mint ilyen nemcsak kiállja a versenyt a hasonló külföldi készítményekkel, hanem azokat felül is mulja. Igen jó hatású a légzőszervek minden megbetegedésében és **pneumonia ellen valóságos specificum**. Készítője: **Szamossy Gyula** gyógyszerészi laboratoriuma, „II. Rákóczy Ferencz gyógyszertár", VIII., Kerepesi-út 25.

Mai számunkhoz a Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst a/M. czég „Valyl" czimü prospektusa van mellékelve.

Jelen számunkhoz Szamossy Gyula gyógyszerész „Liquor Thiorobin Comp." czimü prospektusa van csatolva.

„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.

Vizgyógyintézet a „Fasor" (Dr. Herczel-féle) sanatoriumban, Budapesten, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva bejáró és bennlakó betegek számára. Vizgyógykezelés, 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. RINGER elme- és kedélybetegek gyógyintézete nők és férfiak részére. **Budapest, I., Lenke-út (kelenföldi villamos megálló).**

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

Dr. NIEDERMANN-SANATORIUM (Széchenyi-telepen, az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál) felvesz ideg- és kedélybetegeket, alkoholistákat, morphinistákat leszoktatási gyógymódra. Sürgöny Budapest. Telephon 79—72. Posta Rákospalota. Prospectus.

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

Orvosi laboratorium: (Szövetség-utcza 14—16.) Vezető: **Dr. Vas Bernát, Poliklinika.** Telefon-szám 90—46.

ERDEY Dr. SANATORIUMA. **Budapest, IX., Bakács-tér 10 Nőbetegek és szülőnők részére**

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: A Budapesti kir. Orvosegyesület Dermatologiai és Urologiai szakosztálya (Szakülés 1906. márczius 27.-én.) 865. l. — Biharmegyei orvos-gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. (1906. márczius 1.-én tartott szakülés.) 867. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 869. l.

A Budapesti kir. Orvosegyesület Dermatologiai és Urologiai szakosztálya.

(Szakülés 1905. évi márczius hó 27.-én.)

Elnök: **Török Lajos.** Jegyző: **Csillag Jakab.**

Steiner Gyula: Ichthyosis congenita s. foetalis esete.

Az *ichthyosis congenita* vagy *foetalis [hyperkeratosis universalis congenita (Unna), keratosis diffusa congenita (Lebert), universales congenitales Keratom (Kyber)]* alatt azon betegséget értjük, a midőn a bőr 2—5 mm. vastag, sárgás vagy szürkés, a subcutisig ható vöröses vagy fehér, rendszerint behámosodott barázdák által kisebb-nagyobb koczkákra osztott szarúpánczéllal van fedve. Ezen hyperkeratosisa a bőrnek valószinűleg a 4. embryonális hónapban keletkezik, s a bőr az embryo fejlődése folytán belső nyomás következtében reped be. Az illetők rendszerint a nyolczadik terhességi hónapban születnek, de némelykor teljesen kiviseltetnek, néhány óráig, esetleg néhány napig (*Jahn* esete kilencz napig) élnek. A mint azonban esetünk mutatja, melyhez hasonlót az irodalomban eddig csak *Hebrá*-nál találunk, gondos ápolás mellett hosszabb ideig is elélhetnek. Jelen esetben $1^1/_2$ éves a beteg. A hyperkeratosis folytán a szemhéjak, valamint az ajkak teljesen ectropizáltak. Az orrlikak valamint a fül nyilásai eldugultak. Egy családban ritkán fordul elő több ichthyosis congenitában szenvedő beteg, csak Othill és Oesterreicher irnak le eseteket, hol egy anyának több gyermeke szenvedett hasonló betegségben. Betegünk anyjának ez már a második ichthyosis congenitában szenvedő gyermeke. Esetünk a következő:

Sápi János $1^1/_2$ éves beteg 1905. márczius 24.-én vétetett fel anyjával együtt Róna tanár osztályára. Anyja elmondja, hogy első gyermeke hasonló bajjal született a nyolczadik terhességi hónapban s csak néhány óráig élt. Azóta öt gyermeket szült, kik közül egy fiúgyermek fogzásban halt meg, a többi él és egészséges; a 7. gyermek ezen kis fiú, a ki születésekor vastag fehér faggyúszerű lepellel volt borítva, melynek eltávolitása után a vastag bőrön mély barázdák voltak láthatók, miáltal egész teste koczkákra volt osztva. Szempillái hiányzottak, azok helyét egy vörös hurkaszerű képlet foglalta el, a fülek elsimultak és a fejbőrhöz voltak nőve; a külső hangjáratok eldugultak, hasonlóképen az orrnyilások is. Szájrés babnyi nagyságú és széleit vörös dudoros képlet vette körül.

Csak mesterséges módon volt képes gyermekét táplálni; naponta fürösztötte s kenőcsözte, miáltal állapota tetemesen javult. Felvétele alkalmával a $1^1/_2$ éves, fejlődésében kissé visszamaradt fiúgyermek egész köztakaróján, arczán, hajzatos fejbőrön nagyfokú hyperkeratosis van és a szarúréteg rövidebb-hosszabb, élénkvörös, behámosodott barázdák által kisebb-nagyobb koczkákra van osztva. Az egész köztakarón erős nagylemezes hámlás. A hajzatos fejbőrön a haj a lemezek közt nem pusztult el, csak a barázdák helyén nincs haj. Azonkivül a hajzatos fejbőrön az infectio folytán számos gombostűfejnyi és kölesnyi vesico-pustula volt látható. Mindkét szem szemhéja nagyrészt elpusztult s helyét nyálkahártyával fedett élénkvörös hurkaszerű képlet foglalja el. A fülkagylók elsimultak és szorosan a fejbőrhöz tapadtak; az ajkak ectropizáltak. Az orrnyilások és a külső hangvezeték szabadok. A tengéleti szervek elváltozást nem mutatnak. Kisfokú polyadenitis.

A betegséget gyógyítani nem tudjuk, főczélunk odairányul, hogy előmozdítsuk az abnormis szarútömegek lehámlását és puhává tételét. Ezt elérhetjük gyakori fürdőzéssel és a bőrnek bezsirozásával indifferens kenőcsök használata által. A beteg naponta protrahált szappanos fürdőt vesz, s leszárítás után 5—10% bórvaselinnel vagy zinkvaselinnel, esetleg csak vaselinnal vagy sótalan friss disznózsirral jól bedörzsöljük és a bedörzsölésre használt anyagot rajta hagyjuk egész nap.

Steiner Gyula: Orchitis luetica esete.

Hogy az ecthyma olyan esetekben, midőn a gyuladási tünetek már nem praevaleálnak, hanem már kifejlődött nekrosisos stadium van jelen, nehezen különböztethető meg szétesett göbös syphilidtől, azt jelen esetünk is mutatja, melyet kezdetben, tekintve nagyfokú kiterjedését s a laesiók nagy számát, egyéb lueses tünetek hiányát s a beteg cachexiás állapotát, *ecthyma gangraenosumnak* véltünk.

O. I. 17 éves beteg 1904. szeptember 27.-én vétetett fel Róna tanár osztályára. A betegnek atyja él, anyja rheumában (?) halt meg, egy bátyja él, egészséges, egy nővére előtte ismeretlen bajban halt meg. Gyermekkori betegségekre nem emlékszik. A beteg az osztályunkra való felvétele előtt három hétig egy más kórházban volt ápolás alatt. Felvétele alkalmával a fejlődésben kissé visszamaradt, gyenge csontrendszerű férfibeteg izomzata satnya, bőre halvány, száraz, mindenütt nagy ránczokba szedhető; a bőralatti zsirszövet tetemesen megfogyott. A hajzatos fejbőrön, az arczon, mellen, háton, mindkét felső és alsó végtagon, a kéz- és lábfejeket kivéve, babnyi egész diónyi, helyenként piszkos zöldesbarna varral fedett, szélein kékesvörösen infiltrált, közepükön a subcutisig kifekélyesedett laesiók voltak láthatók. A gyermek apathiás volt, a hozzá intézett kérdéseket alig percipiálta, székét, vizeletét maga alá bocsátotta. Kisfokú polyadenitis.

Tekintve a beteg decrepid, cachexiás állapotát, a laesiók nagy számát, ecthyma gangraenosumnak tartottuk a bajt s a végleges diagnosist a lefolyástól tettük függővé. A beteg az ecthymákra kezdetben 10% salicylszappantapaszt kapott, melyre egy kis javulás mutatkozott, de a leasiók nem gyógyultak be teljesen. Majd egyes helyekre emplast. hydrargyr. cinereumot kapott, s ezek nagyon rövid idő alatt gyógyultak. Itt tartózkodásának negyedik hetében kifoszlott papulák támadtak a tonsillákon, f. é. januárban mindkét térdizületben arthritise volt, február hó elején a jobb radius alsó harmadán periostitis. Márczius 20.-án jobboldali orchitise keletkezett. A beteg, a ki kezdetben mindenféle közösülést tagadott, bemutatása előtt két nappal, f. é. márczius 25.-én bevallotta, hogy egy tanoczbarátjával coitus peno-analist végzett.

Tehát nyilvánvaló volt, hogy *syphilissel, még pedig syphilis maligna esetével* álltunk szemben, melynél a *primaer laesio és a táji mirigyek hiánya folytán* a kórisme jó ideig nem volt biztosan megállapitható.

A beteg kezdetben helybehileg emplast. hydrargyri cinereumot és belsőleg 5% jodkaliumot kapott, három gyermekkanállal naponta. A mint egy kissé megerősödött, miután inunctiokat sebei miatt nem végezhetett, 1% sublimatinjectiokat kapott subcutan. Syphilidjeinek gyógyultával kezdetben 1 grammos, majd 2 grammos inunctiokat végzett, és most teljesen megerősödve, javultan, de *orchitis lueticával* mutatjuk be.

Steiner Gyula: Lupus erythematosus ritkább esete.

B. M. 50 éves férfibeteg f. é. márczius 4.-én vétetett fel Róna tanár osztályára. Tiz év előtt vette észre, hogy a jobb arczfelén egy folt keletkezett, mely folyton nagyobbodott. Ezen időtől fogva az arczon, füleken, felső ajkon, szemhéjakon és a szemöldökön újabb foltjai támadtak, melyek ellen arsenkúrát használt. Hat gyermek atyja, szülei aggkorban haltak el, köhögős nem volt családjában. Pár év előtt vette észre, hogy a bal alkar feszítő oldalán diónyi és a jobb alkar feszítő oldalán mogyorónyi daganata van. Osztályunkon való tartózkodása alatt két izben orbánczot állott ki.

Felvétele alkalmával mindkét fülczimpán, a fülkagyló belsejében, a fülek előtt, a felső és alsó ajkon, az arczon, szemöldökön, orron különböző nagyságú typusos lupus erythematosus góczok láthatók, *melyeknél azonban feltünő volt a heges atrophiák mélysége, illetőleg a beszürődött szélek meredek és magas volta, úgy hogy az egész folyamat valódi hegeket imitált és az arczot hepe-hupássá tette.* Ilyent csak mély roncsolások előremente után szoktunk észlelni. Erről azonban itt szó sem lehet, mert fekélyesedés nem ment előre. A nyak és tarkó mindkét oldalán hófehér hegszerű atrophia. Ép úgy a fejtetőn 2 fillérnyi nagyságú hegszerű atrophia. A *kemény szájpadon* elszórtan gombostűfejnyi és kölesnyi, közepükön élénkvörös, széleiken fehéres papulosus kiemelkedések. A beteget aethylchloriddal és 10 százalékos fehér merc. praec.-tal kezeljük; állapota javult. Az alkarokon levő daganatok lipomáknak bizonyultak.

Steiner Gyula: Lupus vulgaris és folliclis esete.

Cs. J. 36 éves nőbeteg f. é. márczius 9.-én vétetett fel Róna tanár osztályára. Anyja előtte ismeretlen bajban 53 éves korában halt meg, apja él, 62 éves. Hét testvére közül kettő kis korban előtte ismeretlen bajban halt meg; öt él és egészséges 16 éve van férjnél, négy gyermeke él, egészséges, kettő zsenge korban halt meg. 9 év előtt bal orrnyilása kivarasodott, de már sokkal régebben el volt időnként dugulva. Hat év előtt Esztergomban operálták az orrát. Egy és fél év előtt a jobb térdén és jobb lábszárán kölesnyi egész kendermagnyi göcsös kiütéseket kapott, melyek maguktól gyógyultak, de időközben a bal lábszáron is, valamint az előbbi területek mellett új kiütések léptek fel. Felvétele alkalmával a bal orrszárny alsó széle kicsempült, az orrhát, az orr hegye, a jobb szárny felső része telve lupusgöbecsékkel, a septum perforált, a bal orrüreg bedugult. Az áll alatt, a nyakon, tarkón mogyorónyi mirigyek. A tengéleti szervek elváltozást nem mutatnak. A jobb térden a patella felett és körül lefelé terjedőleg a lábszár felső harmadának felső elülső felére, a lábszár alsó harmadának hátulsó felületén a sarokra kiterjedőleg, a lábhát külső felületén, továbbá a bal térd felett a czomb alsó harmadának elülső felületén, a patella felett és alatt, a bal lábszár belső felületén a felső harmadban és az alsó harmadnak hátsó felületén a bőr kékes-vörös, rajta elszórtan lencsényi, hegszerüen atrophiás foltok és valódi hegek láthatók, ezek között, és pedig főleg a patellák felett és a jobb lábháton kölesnyi és lencsényi, a papilláris rétegben ülő és a bőr niveaujából kissé kiemelkedő barnás hyperaemiás infiltratumok láthatók. Ezen infiltratumok némelyike vékony pikkelylyel van fedve, mig egyesek középi besüppedést, atrophiát mutatnak.

Egyesek a hyperaemia elnyomása után az üveg alatt a lupushoz és késői syphilishez hasonlóan barnás infiltratumot engednek áttünni. De tekintve, hogy lues kizárható, a lupus pedig nem szokott néhány hét alatt, mint azt ebben az esetben konstatáltuk, atrophia vissza-

hagyásával gyógyulni, a *tuberculide* papulo-nécrotique = folliclis kórismèjét tartjuk ez esetben helyesnek.

Török megjegyzi, hogy ezen eset azért érdekes, mert mutatja, hogy a lupus vulgaris és a folliclis között alig van különbség; egyik is, másik is embolia útján létrejött tuberculosus szövet. Volt egy esete, melyben az arczon voltak lupusgöbök és ezzel kapcsolatosan a homlokon és a hajzatos fejbőrön a subcután rétegben ülő genyes képletek voltak jelen; a genyet áltoltania nem sikerült.

Huber Alfréd: Tuberculosis inoculationis ritkább esete.

N. M. 65 éves hajadon cseléd Halasról, a ki 1905. márczius 6.-án vétetett fel *Róna* tanár osztályára.

Anamnesis: 1904. juniusig teljesen egészséges volt; himlőn és gyakoribb hideglelléseken kivül egyéb előrement bajokra nem emlékszik. Jelen baja 1904. juniusban kezdődött anon plaqueon, a mely most a legnagyobb; kis pattanása volt ezen helyen, a mely állitólag spontan keletkezett; a baja keletkezése óta nincs szolgálatban; a legutolsó helyén 7 hóig szolgált, ott állitólag senkinek sem volt tuberculosisa, négy hónapon át csak egy plaque volt jelen, a mely lassan terjedt, fájdalmat sose okozott; akkor keletkezett a fül előtti egyik plaque, a mely kis diónyira nőtt meg; ez a plaque tapaszokra leapadt, de nem gyógyult. Három hó óta van a nyakon levő két plaqueje és egy mirigynagyobbodása. Atyja szélhűdésben, anyja cholerában halt el, hét testvére mind elhalt, ezek közül egy nőtestvére tuberculosisban. Gyermeke nincs és nem is volt.

St. pr. Az arcz bal oldalán a járomcsont felett 5 kor.-nyi, élesen határolt, csekély piros udvartól körülvett, piszkos sárgásfekete rupiaszerű varral fedett plaque, a melynek egyik szélén borsónyi, feszes, fluctuáló kis abscessus található, melyből punctiora vér és savós genyes váladék ürül; hasonló hosszúkás, mintegy kor.-nyi plaque a bal fülczimpa előtt, 1—1 nagybabnyi az állzugon és áll alatt; a bal állszögletben egy kis tyúktojásnyi, a bal állkapocs alatt galambtojásnyi tömött, szabályosan kerek és sima felületű, szabadon mozgatható mirigynagyobbodás, sehol typikus lupusgöb. Hónaljakban, szeméremtest körül, emlők alatt és között kiterjedt erythrasma.

Négy festett készitmény közül egyben typikus tuberculosisbacillusok találtattak. Az esetet főleg azért tartottam a bemutatásra alkalmasnak, mivel a tuberculosus bőrbajoknak ilyen előrehaladott korban való keletkezése tudvalevőleg a ritkaságok közé tartozik. A bőrtuberculosis diagnosisát kizárás útján és részben a váladék górcsövi képe alapján állitottuk fel; ahhoz pedig, hogy a baj legnagyobb valószinűség szerint inoculatio útján keletkezett, az a körülmény szól, hogy a betegnek egyéb szervi tuberculosisa nincs és nem is volt, és szól az, hogy a bántalom az arczon a primaer gócztól terjedt tovább a nyirokútakon, inficiálván a bőrt és mirigyeket. A therapia a plaque-ok radikális exstirpatiojából áll.

Basch előadja, hogy a beteg nála is kezelés alatt volt. Egy év előtt jelentkezett egy epitheliomával az arczán, ő cauterizálta és elég szépen javult, a beteg azonban a cauterizálást nem tűrte és azért pyrogallolt rendelt neki. Erre erős lob támadt; a beteg csak hosszabb idő mulva jött el újra és ekkor az arczán már négy helyen látszott a tuberculosis. Valószinű, hogy a pyrogallol által előidézett lob idejében támadt a tuberculosus fertőzés.

Huber kérdi, volt-e a beteg a tuberculosus infectio kezdetén olyan helyen, a hol a fertőzést acquirálhatta.

Basch megjegyzi, hogy a beteget nem a kórházban kezelték, hanem ambulanter.

Szakülés 1905. évi deczember hó 18.-án.

Elnök: **Basch Imre**. Jegyző: **Csillag Jakab.**

Havas Adolf: Gangraena cutis multiplex acutum esete.

H. K., 20 éves cseléd, előadja, hogy két nap előtt teljesen ismeretlen okból bal karján kölesnyi egész kendermagnyi hólyagok keletkeztek, s ezek egy nap alatt elmulván, helyükbe a mostani elváltozás lépett. Hasonló baja már 11 izben volt, először 4 év előtt, s mindig rázóhideg előzte meg. Fájdalmat csak munkaközben érez.

Családjában hasonló megbetegedés, ideg- vagy elmebaj nem fordult elő. Apja és négy testvére él, anyja tüdőbajban, hét testvére előtte ismeretlen bajban halt el. Gyermekkori betegségeire nem emlékszik. Havi baja rendes, görcsökkel jár. Fejfájásban szokott szenvedni. Étvágya jó, széklete rendes.

A bal kéz hátán és az alkar alsó harmadában a háti oldalon a köztakaró heges, egyenetlen felületű, itt-ott léczszerű kiemelkedésekkel; halaványi, vagy mint az alkar alsó harmadának felső részén, vöröses szinű. A kéz hátán látható hegesedés állitólag leforrázás után keletkezett. A bal alkar közepe táján, a leirt hegesedéssel szoros összefüggésben, a feszitő oldalon a köztakaró egy körülbelül öt cm. széles, éles, egyenes vonallal határolt felületen kölesnyi, lencsényi egész koronányi, kerek vagy hosszúkás, duzzadt belövelési udvartól körülvett, barnás fekete, pergamentszerűen száraz, besüppedt, fényes pörkkel fedett területek láthatók. A belövelési udvarok kisebb, zavaros tartalmú hólyagokkal fedettek. Bőrkenőcs alatt az elüszkösödött területek jó része már 24 óra alatt leválott és éles szélű — mintha lyukasztó vassal vágták volna —, 2—3 mm. mélységű, detritussal fedett vagy sarjadzó folytonossághiányokat hagytak hátra.

Itt tehát egyik napról a másikra, hirtelen támadt mumificatioról, száraz üszökről van szó. A kérdés a körül forog, hogy mi idézhette elő a bajt immár tizenkét alkalommal. A beteg üde, friss kinézése, ifjúsága, minden nervosus tünet, syringomyelia, myelitis, vérkeringési zavar, cachexia, trauma és fertőzés hiánya, a kiütés éles határoltsága (egy körülbelül öt cm. széles, *egyenes* vonalú, csak a háti részre terjedő harántfekvésű sáv alakjában) mind a mellett szól, hogy itt arteficiális gangraenával van dolgunk. Két körülményt ugyan fel lehetne hozni e nézet ellen, tudniillik a beteg azon bemondását, hogy a bajt mindig rázóhideg előzi meg, vagy pedig azt, hogy a kórfolyamatot bevezető leforrázás alkalmából ascendáló neuritis keletkezett, a melynek folytán azután a felszálló gangraena is keletkezik. Ez utóbbi ellen szól azon körülmény, hogy a gangraena élesen határolt, harántirányú egyenes vonalban jelentkezik. Ily elrendeződéssel, ily mértanilag egyenes vonalban egyetlen egy ideg sem határolódik el a bőrben, sőt épen ellenkezőleg, mindig rendetlenül, csipkézetes vonalban. A leirt elrendeződése a bőr megbetegedésének, az éles vonalban való határolódás, a harántirány fontos érv a mellett, hogy a beteg maga idézte elő a nála észlelt bőrelváltozásokat, és pedig a legnagyobb valószinűséggel oly módon, hogy egy oly maróvegyszert, a melyhez legkönnyebben juthat, alkalmazott borogatás alakjában az affuciált bőrfelületre. Ily marószer a közkézen forgó kalilúg. A bántalom fellépési módja, az okozott ártalmak, az üszkösödött felületek alakja a mellett szólnak, hogy a beteg nemcsak lúgba mártott, de apró lúgsótörmelékekkel is behintett lebenynyel boritotta a bőr felületét és ily módon keletkeztek azután a különböző alakú és nagyságú üszkösödött felületek.

De még más körülmény is igazolja feltevésünket, hogy artefact kórfolyamattal van dolgunk, és pedig az esetemben constatált azon tény, hogy az üszkös pörkök mindmegannyian már eleve gyuladási udvarral voltak körülvéve. A beteg azon bemondása, hogy a bajt mindig rázóhideg előzi meg, úgy kell felfognunk, hogy a beteg mindenkor idegesen izgatott, valahányszor a műveletet magán, bizonyára feltünési vágyból végzi. Ott, a hol az ily beteg éber megfigyelése keresztülvihető, mindig sikerül a kór okát, az öncsonkitást kimutatni, a mint az egy esetben hosszú kórházi megfigyelés után *Róná*-nak is sikerült.

Havas Adolf: Pemphigus pruriginosus esete.

K. L., 61 éves, varrónő előadja, hogy gyermekkorában felserdüléséig orbánczban szenvedett többszörösen, később azután typhuson, veselobon és izületi gyuladáson is ment keresztül. Tudtával családjában sem fel-, sem lemenő ágon a mostanihoz hasonló betegség nem fordult elő.

Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy az három hónap előtt kezdődött, a midőn a homlokán egy erősen viszkető hólyag keletkezett, melyet csakhamar számos hasonló vett körül és bőre különböző részein is ilyenek jelentkeztek. Az osztályomra való felvételekor következő elváltozásokat találtam: A homlokon, mindkét arczfélen, orron és állon lencsényi vagy nagyobb, élénkvörös, a bőr felületén kiemelkedő foltok vagy göbök, a melyek vagy csak középső részükön, vagy egész terjedelmükben felkapartak és barnásvörös, beszáradt vértől származó pörkökkel fedettek. Hasonló elváltozások észlelhetők a törzs és a végtagok köztakaróján, a melyek vagy minden rendszer nélkül szétszórvák, vagy pedig, mint itt-ott a hasfalon, körkörös elrendezésűek vagy egymással egybefolyók, mint a sternum feletti részen. Láthatók továbbá a hasfalon egyes nagyobb kiterjedésű erythemaszerű foltok. A kaparási nyomok jóreszt sávszerűek, körülbelül egy cm. szélesek. A beteg idegesen izgatott, siralmas hangon az intensiv, a tűrhetetlen viszketésről panaszkodik, mely miatt az éjjelei álmatlanok, a nappalai pedig tűrhetetlenek. Az étvágy rossz, a székletét rendes; láztalan. A vizelet zavaros, szalmasárga, sűrű barnás üledéket ad; fajsúlya 1010, vegyhatása savi; fehérjét nyomokban, genyet középmennyiségben tartalmaz. Az üledékben sok húgyhólyag- és vaginális laphámsejtet és sok fehérvérsejtet láttunk. Szervetlen üledék: savanyú húgysavas nátron, húgysavcylinderek. Feltünő sok a sima és radiálisan csikolt leucin-golyó.

A beteg a kórházban való tartózkodása másnapján és a reá következő három napon lázas volt, 37·6—38·3°, és ekkor nagy elesettség mellett úgy az arczon, mint a test többi részén petyhüdt, csakhamar zavaros tartalommal biró, egész krajczárnyi hólyagok keletkeztek, melyek 3—4 nap mulva beszáradtak. A beteg apathikus, étvágytalan és feltünő módon összeesett, lefogyott. Az újonnan támadt hólyagok beszáradása után a viszketés-inger tetemesen alább hagy, az álom lassan visszatér, az étvágy javul, láztalan.

A leirt tünetek, ú. m. az urticaszerű kiütés, a hólyag és hólyagcsaképződés, az intensiv és tűrhetetlen viszketés, az erős kaparás okozta felsebzése a bőrnek, szétroncsolása a még fejlődésben levő vagy már kifejlődött hólyagoknak, a kiütéseket fedő és a kaparás által felsebzett bőrből kiszivárgó és beszáradt vérből származó barnásvörös pörkök, a beteg kora (61 éves), a közérzület, bár ideiglenes, erős megrendülése, az elesettség, a proruptioval járó subfebrilis állapot (37·6—38·3°) a mellett szólnak, hogy itt azon kóralakkal van dolgunk, a melyet *Hebra „pemphigus pruriginosus"*-nak nevezett. Ugyanezen tünetcsoport az, a melynek alapján *Duhring* 1884-ben egy szerinte külön bőrbetegséget irt le, a melyet *„dermatitis herpetiformis"*-nak nevezett. Ez időtől fogva különösen a franczia, a német és amerikai bőrgyógyászok a külön kóralakot elfogadták, azt a Hebra-féle pemphigus-csoportból kikapcsolták.

Duhring és később *Brocq* a következő fontosabb klinikai tünetekkel jellegezték a kórfolyamatot:

1. Az efflorescentiák polymorphismusa, nevezetesen erythematosus plaqueok, hólyagok és hólyagcsák, pustulák és göbcsék, ép vagy erythematosus alapon. Korpádzás, pörkképződés, esetleg bőrmegvastagodás.

2. Kinzó viszketési inger.

3. Hosszú tartam, 6 hónap egész 20 év.

4. Jó közérzület, láztalanság, jóindulatú lefolyás, complicatiók hiánya.

5. A kiütési alakzatok csoportos, herpetiform elrendeződése.

A most felsorolt öt tünetcsoport tökéletesen reáillik az általam bemutatott esetre és semmi kétség sem lehet az iránt, hogy ez az eset egy classikus „*dermatitis herpetiformis Duhring*“. A midőn tehát én esetemet mégis „*pemphigus pruriginosus*“ név alatt mutatom be, tudatában vagyok azon körülménynek, hogy ezzel számos collegám nézetével nem találkozom.

Én t. i. ép úgy, mint a Hebra-féle iskola többi követője, nem tartom a pemphigus pruriginosus, azaz dermatitis herpetiformis Duhringot a pemphigus-csoportból kikapcsolhatónak, mert immár az eddigi közleményekből is többszörösen beigazoltatott és pedig olyanok által, kik a dermatitis herpetiformist mint külön kóralakot elfogadják, hogy a dermatitis herpetiformisból súlyosabb pemphigus-alak fejlődhetik, vagy megforditva, súlyosabb pemphigus-alak javulhat és a dermatitis herpetiformisnak jelzett kórkép alakjában jelentkezhetik.

Szadek 1897-ben egy oly dermatitis herpetiformisról tesz jelentést, a mely eset egy évvel előbb a kiewi klinikán mint pemphigus foliaceus lett bemutatva. *Hallopeau* pyodermite végétanteról tesz említést, a melyet ő a Neumann-féle pemphigus vegetanssal azonosit és mely elváltozást a dermatitis herpetiformissal egyidejűleg észlelt. *Wickham* és *Vidal* a *Duhring*-féle betegségnek egy varietas pustulosájáról és vegetansáról tesz említést, sőt maga *Brocq*, a dermatitis herpetiformis leghevesebb védelmezője, felemliti, hogy 41 eset közül 5 halálosan végződött, mert a dermatitis herpetiformis pemphigus foliaceussá, vagy a mint ő mondja „herpetide maligne exfoliatrice“-szé alakult át. Felesleges még hozzátennem a felsoroltakhoz, hogy a bécsi klinikán ilyen eseteket észleltek, sőt legutóbb *Spiegler* is tesz ilyenről jelentést, a mely esetben a kifejlődött pemphigus foliaceus következtében a beteg el is halt.

Igen fontos érv a dermatitis herpetiformis *Duhring* benignitása ellen a *Kaposi* által a gráczi congressuson felhozott statistikai adat is. *Kaposi* felemliti, hogy 35 év alatt a bécsi dermatologiai klinikán a pemphigus különböző alakjaiból (p. chronicus vulgaris, p. foliaceus, p. pruriginosus és p. vegetans) összesen 320 eset került észlelés alá, 59 halálesettel, a mi 18·75% halálozási aránynak felel meg. Ha most ezzel összehasonlitjuk a *Brocq* által a dermatitis herpetiformis *Duhring*-nál észlelt halálozási arányt, 41 eset közül 5 halálozás, vagyis 12·20%, akkor tekintetbe véve azon fontos körülményt, hogy a *Kaposi* eseteiben a pemphigus pruriginosus, vagyis a dermatitis herpetiformis mellett a majdnem mindig halálhoz vezető foliaceus és vegetans esetek is benn foglaltatnak, a halálozási arányt majdnem egyenlőnek mondhatjuk.

A midőn tehát látjuk és klinikailag beigazoljuk:

1. hogy a dermatitis herpetiformis *Duhring* átmehet más pemphigus-alakba;

2. hogy chronikus lefolyású (6 hónap — 20 év);

3. hogy a halálozási arány is kb. egyenlő nagyságú a pemphiguséval;

4. hogy a prognosisa és therapiája absolute nem jobb, mint a pemphigus chronicus vulgarisé és hogy aetiologice sem tudunk róla többet, úgy nem tudom belátni, miért használjunk e betegségre, a mely, mint *Kaposi* helyesen megjegyzé, nem más, mint a pemphigusnak egy typusa, egy új elnevezést, még akkor se, ha mint a pemphigus pruriginosusnál, a bőr vérerei aránylag erősebb alteráltságot mutatnak, mint a milyen pemphigus vulgarisnál szokott lenni. Csakis majd ha kóroktanilag tudunk különbséget kimutatni, akkor lesz itt az ideje a kiselejtezésnek. Az új név alkalmazása absolute nem viszi előbbre tudásunkat a kórfolyamatról, minek szaporitani a már régóta túlburjánzó nomenclaturát a dermatologiában.

Havas Adolf: Pemphigus foliaceus et vegetans esete.

Sz. J.-né, 38 éves, földmives neje. Betegsége állitólag f. é. február elején kezdődött a szájában támadt fájdalmas hólyagok alakjában; később hasonló hólyagok keletkeztek bal czombján és a szeméremtest táján. A hólyagok úgy a szájában, mint a többi helyen idővel szaporodtak, kifoszlottak és helyüket vastag var fedte be, majd a bal czombon tojásnyi, dudoros felületű, vörös daganat lépett egy hólyag helyébe. Baja kezdetén a szombathelyi kórházban kezelték és állitólag a daganatot czombjáról tüzes vassal ismételten eltávolitották, de ez csakhamar újra előállott és a kiütések is folyton szaporodtak. A beteg folyton gyengül és soványodik.

Az osztályra való felvételkor az ajak, a pofa és a nyelv nyálkahártyáján öblösszélű, polycyclikus, élénkvörös vagy szürkés lepedékkel fedett, fillérnyi egész koronányi, különálló vagy egymással egybefolyó fájdalmas, vérzékeny, hámtól fosztott helyek találhatók. A foghús duzzadt, fellazult, vérzékeny, szélein szürkés lepedékkel fedett. A szájnyálkahártyáéihoz hasonló elváltozások vannak a bal szem kötőhártyáján és a gégében; a bal cornea e folyamat következtében ment tönkre egyik napról a másikra. A szájűrből kiállhatatlan bűz árad ki; dunnyogó beszéd, nyálfolyás. Az alsó ajak alatti barázdában, valamint az orr jobb oldalán, az arczon, a mons venerisen, a nagy szeméremajkakon, a czombok belfelületén, a hasfalon lencse egész koronányi, helyenként egymással egybefolyó, körkörös vagy polycyclikus, zavaros bennékű hólyaggal vagy piszkosbarnás pörkkel fedett kiütések, melyek alapja dudorzatos, a bőr felületén kiemelkedő, fájdalmas és könnyen vérző. A bal czomb belső felületének legfelső részén egy kb. tyúktojásnyi, két ujjnyira kiemelkedő, ovoid alakú, piszkosvörös, egyenetlen felületű, lyukacsos daganat látható, felületén itt-ott genyes pustulákkal, másutt szürkés pörkkel. Környékén barnás festenyzés megszakitott vonalban. A daganat kiállhatatlan bűzt terjeszt. Láthatók továbbá a börön elszórtan egész koronányi vagy sokkal nagyobb, körkörös vagy polycyclikus alakú, a szélén petyhüdt, zavaros bennékű hólyaggal vagy levált hámgyűrűvel körülvett, élénkpiros vagy szürkés törmelékkel fedett, vérzékeny, fájdalmas hámhiányok. Nagyfokú lesoványodás; evés, ivás nehezitett. Láztalan. A vizelet világos szalmasárga, fajs. 1010, vh. savi; fehérjét, czukrot nem tartalmaz, górcső alatt fehérvérsejtek, húgyhólyaghám gyér számban.

A leirt tünetek alapján a diagnosis könnyen felállitható. Ezen kóralak a pemphigus legsúlyosabb nyilvánulása. A bántalmat *Neumann* előtt és még most is igen gyakran összetévesztik a syphilis vegetanssal. Prognosisa absolute rossz, és csakis egyes kivételes esetek vannak az irodalomban felsorolva, a melyekben ideiglenes gyógyuláshoz jutott a dolog. A gyógyeljárás tisztán symptomatikus. A *Jarisch* által ajánlott kén-zink-pasta a vegetatiók eltüntetésére látszólag jó hatással van.

Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

(1906. márczius 1.-én tartott szakülés.)

(Folytatás.)

Landry „paralyse ascendante ou centripetale aigue“ néven ismertetett egy kórképet, melynek eredeti leirása röviden a következő: a bántalom főleg a mozgási körre terjed, de érintve lehet az érzési kör is. A motorius erő fokozatosan csökken, majd hűdés lép fel; a hűdés petyhüdt jellegű: se reszketés, se contractura, se görcsök. Hólyag és végbél intact. Prodromákként általános gyengeség, paraesthesiák, sőt izomgörcsök jelentkezhetnek. Máskor e prodromák elmaradnak s a baj rohamosan köszönt be. A hűdések alulról felfelé terjednek, végre a garat-gége, bárzsing és nyelv izomzatára átmenve fuladási halált okozhatnak. A sensorium mindig tiszta marad.

Azóta számosan ismertettek hasonló eseteket. A Landry-hűdések tana sok változáson és módosításon ment át. Ezután felemliti az előadó röviden a Leyden és Goldscheider álláspontját. E szerint a heveny felszálló hűdés nem felel meg egy kórboncztanilag egységes kórfolyamatnak, hanem két alakja különböztethető meg: ú. m. a bulbáris vagy medulláris alak és a neuritikus alak. A bulbáris alaknál a hűdés alulról felfelé haladva éri el a nyúltagyat s azt elérve életveszélyes tüneteket hoz létre. Ezen alaknál az érzési kör s az izmok villamos ingerlékenysége érintetlen. A neuritikus alak tulajdonképen a polyneuritis egy válfaja, a midőn a lobos folyamat az ideggyökerekről megy át a gerinczagyra. Ezen alaknál csak akkor marad el a villamos elfajulási reactio, ha igen rohamosan folyik le. Mindkét alaknál kórboncztani és szövettani elváltozások találtattak a gerinczagyban.

E két alakhoz Jolly 1896-ban joggal csatolt egy harmadikat, melynél semmiféle kórboncztani és kórszövettani elváltozás nem található, a melynél az érzési kör és az izmok villamos ingerlékenysége sértetlen s melyet ő ennélfogva intoxicatióból hajlandó magyarázni.

Jellemző sajátossága mindhárom alaknak a typikus, alulról felfelé, avagy ritkán felülről lefelé való haladása a hűdéseknek, a minek magyarázatát adni nem tudjuk.

Az előadó esetét, tekintettel az elég heveny lefolyásra, az érzési kör és villamos ingerlékenység teljesen intact voltára, valamint a teljes gyógyulásra, a Landry-hűdések harmadik, intoxicatiós osztályába sorozza.

2. **Fischer Imre** előadást tart **a jóindulatú gégedaganatokról** és ennek kapcsán bemutat egy 22 éves gyógyult beteget.

A laryngologia mint szaktudomány Czermák laryngoskopjának korszakalkotó felfedezésével veszi kezdetét. A diagnostika óriási léptekkel haladt előre és tökéletes sikert aratott; nem úgy a therapia. Lázas mozgalom indult meg a laryngologusok között s mintha ezen új diagnostikai eszköz ismerete által a műtétek minden veszedelmességüket elvesztették volna, a legmerészebbre is vállalkoztak. Ezen időszakba esnek az irodalom által feljegyzett nagyszámú gyászos esetek; tumorok endolaryngeális excisioja után vészteljes vérzés, suffocatio mindennapos volt, a leválasztott tumor inspiratioja után támadt „Schluckpneumonia“ nem tartozott a ritkaságok közé. Majd a reactio ütötte fel fejét s csak a sebészeti technika nagy haladásával, a lokális anaesthesia Jellinek által való üdvös felismerésével és a műszerek tökéletesbitésével a gégebetegségek therapiájában egy új aera kezdődött és a legnagyobb várakozást felülmuló bámulatos fejlődését eredményezte.

Budapesten a laryngologia kizárólagosan a belgyógyászat alosztályát képezte és csak két év előtt rendszeresitettek a sebészeti klinikákon hasonló rendelést. Külföldön, a hol a laryngologia teljesen önálló, sebészek állnak az osztály élén. Belátták, hogy az ecsetelések, befúvások és inhalatiók idejöket multák, a laryngologus feladatának magaslatán áll a jó diagnosis megállapításával, a chirurgiai esetek kezelése már a sebészt illeti.

Áttér ezután az előadó a jóindulatú gégedaganatokra. Ezek elég gyakran fordulnak elő, s már azon körülménynél fogva, hogy kedvencz helyükön, a hangszalagon, már a legkisebb fokukban is hangzavart idéznek elő, majdnem minden orvosi esetben észlelés alá esnek. Semon statisztikája szerint 88% jó- és csak 12% rosszindulatú. A jóindulatúak majdnem kizárólag fibromák és papillomák. Az előbbiek a submucosus szövetben képződnek, nyálkahártyával bevontak, széles alapon ülnek és legtöbb esetben borsó-, ritkán cseresznyenagyságot érnek el. Felszínük sima, halvány rózsaszínűek. A fibromákra jellemző a tömött, durva consistentia, a széles alap, a solitaer előfordulás. Leggyakrabban felnőtteknél, előszeretettel férfiaknál s majdnem mindig a hangszalagokon találjuk. A fibromák eltávolításuk után nem hajlandók a recidivára.

A papillomák hasonlítanak a bőrön levő condyl. acum.-hoz, kendermag egész diónyiak és a legkülönbözőbb alakúak: csap, szemölcs, málna, szőlőfürt, eper, karfiolhoz hasonló alakot öltenek. Színük szürkés-vörös. A papillomákra jellemző puha, állékony consistentiájuk, multiplicitásuk; kedvencz jelentkezési helyük a hangszalagok. A papillomák fiatalabb egyéneknél fordulnak elő.

Fibromákon és papillomákon kivül jóindulatú gégedaganatok ritkábban fordulnak elő. Ilyenek a cysták, myxomák, angiomák, lipomák és adenomák. A jóindulatú tumorok symptomái azok helyétől és nagyságától függnek. Legtöbb esetben hang-, ritkábban légzési zavart lehet észlelni. Mindkét eset a tumorok nagyságával és helyzetével egyenes arányban áll. Minél nagyobb a hangszalagon ülő tumor, annál rekedtebb a hang, néha teljes aphonia is be szokott állani. Kocsányos tumoroknál hirtelenül, pl. görcsös köhögés alkalmával fuladási roham állhat be, mig rendes viszonyok közt a légzés normális, legfeljebb kissé dyspnoikus. A diagnosist a laryngoskopikus vizsgálat útján biztosan megejthetjük. Kétes esetekben a differerential-diagnosis szempontjából egyéb tüneteket is figyelembe veszünk, igy a beteg korát, a tumor lassú vagy gyors fejlődését, esetleg mirigyduzzanatot, tuberculosis vagy lues jelenségeit. A prognosis a kis tumoroknál jó, a nagyobbaknál a műtéti beavatkozástól függ. Sok esetben a hangszalagok heges zsugorodása, megvastagodása marad vissza, a mi a hangot veszélyezteti. Gyermekeknél a prognosis sokkal kedvezőtlenebb, mint felnőtteknél, mert náluk majdnem kizárólagosan a papillomák fordulnak elő, a melyek gyakran a larynx súlyos stenosisát idézik elő; továbbá műtét után, a mely gyermekeknél ritkán lehet radikális, legtöbb esetben recidivák állnak elő.

A therapiára vonatkozólag a sebészek és laryngologusok között megegyezés még nem jött létre. Bruns az aurea mediocritast ajánlja; kis tumoroknál, a midőn a beteget életveszély nem fenyegeti, az endo-, nagyobbaknál, a midőn a beteg nagyfokú hang-, de különösen légzési zavarokkal küzd, az extralaryngeális módot ajánlja.

A laryngotomia műtéti methodusai közül kétféle eljárás van használatban. Használják először a totális laryngotomiát, a midőn a cartilago thyreoideát, a lig. conicumot, a cart. cricoideát s a felső három tracheális gyűrűt átvágjuk, elhelyezzük a Trendelenburg-canulet, exstirpáljuk a tumort, eltávolítjuk a canulet és az átvágott képleteket ismét bevarrjuk. Ezen műtétnek hátránya első sorban a veszélyessége. A beteg a műtét után vért, letördelt tumorrészleteket inspirálhat, másodsorban, és ez a legfontosabb, contraindicatioja ezen methodusnak, hogy a larynx összevarrásánál nem tudjuk a praecis status ante quo t helyreállítani, a miért is utólag majdnem minden esetben hangzavarok állanak elő. Végzik a partiális laryngotomiát is. Ezt két szakaszban teszszük. Először tracheotomia inferiort végzünk és néhány napra rá, midőn a beteg már a canulön keresztül való légzést megszokta, megnyitjuk a cart. thyreoideát, ezt széttárva, exstirpáljuk a tumort és ezután bevarrjuk a cart. thyreoideát. E műtét nem oly veszélyes s különösen azért ajánlatos, mert hangzavarok nem igen maradnak utána. E műtéti beavatkozást használta az előadó jelen esetében.

A 22 éves nőbetegnél 1905. május 15.-én heves sirás után rekedtség állt be. Ez később mindinkább fokozódott és néha légszomj is járult hozzá. 1906. év január első napjaiban állapota annyira rosszabbodott, hogy felvétette magát a közkórházba. Állapota a felvételkor: erőteljes nőbeteg, suttogva beszél, gyakori görcsös köhögés vesz rajta erőt, a mikor is nagyfokú dyspnoë és cyanosis jelei mutatkoznak. A gégetükörrel történt vizsgálat kimutatta, hogy a bal hangszalag helyén egy körülbelül diónyi, rózsaszínű, összefolyó, málna-alakú tumor foglal helyet, a mely a hangrésen túl lefelé folytatódik és úgyszólván a bal hangszalagon lovagol. Exspiratio alkalmával felemelkedik s elzárja a hangrést. A jobb hangszalag normális. A beteg graviditásának második felében volt. Diagnosis: papilloma laryngis l. s.

Vitalis indicatio miatt az extralaryngeális műtétet két szakaszban végezték el. Tekintettel a beteg graviditására, cocainanaesthesist használtak. Január 6.-án tracheotomia inferiort végeztek és január 25.-én volt a második műtét, a midőn Trendelenburg-canule előzetes alkalmazásával csak a cart. thyreoideát és a lig. conicumot vágták át; a cart. cricoideát érintetlenül hagyták. Tompa kampóval széjjeltárták a cart. thyreoideát és ily módon sikerült a tumort exstirpálniok. A cart. thyreoideát, majd a bőrt lege artis bevarrták. 24 óra mulva azután eltávolitották a Trend.-canulet és rendes canulet helyeztek helyébe. Február 16.-án egészségesen távozott a kórházból. A tumor Pertik tanár vizsgálata alapján papillomának bizonyult.

3. **Konrád Márk a nagyváradi m. kir. bábaképezde 1905. évi működéséről** szóló jelentését olvassa fel.

A jelentésnek figyelemreméltó adatai a következők:

Az 1904/1905. tanév téli tanfolyamára felvétetett 88 növendék; kimaradt 7; vizsgát tett 81, valamennyi képesittetett, jelesen 23, jól 33. Tandijfizető volt 79, tandijmentes 2; államsegélyben részesült 31 és pedig a m. kir. belügyministeriumtól 16 kapott 180—180 koronát, a m. kir. vallás- és közoktatásügyi ministeriumtól 15 kapott együttesen 1915 koronát. Bábaműszertáskát kapott államköltségen 5 tanuló.

A nyári rendes tanfolyam helyett az 1905. évben is két 8 hetes tanfolyam lett tartva az ú. n. másodrendű bábák számára. Az első tanfolyam márczius és április, a második május és junius hónapokban tartatott meg. Az első tanfolyamot végezte 29 tanuló és pedig 4 biharmegyei és 25 szilágymegyei. Jelesen vizsgázott 4, jól 14, elégségesen 11. A második tanfolyamot végezte 1 bihar- és 28 szilágymegyei tanuló, összesen 29. Jelesen vizsgázott 3, jól 10, elégségesen 16. A másodrendű bábák képzésének összes költségeit a m. kir. belügyministerium fedezi.

A betegforgalmi kimutatás főbb adatai:

A szülészeti osztályon ápoltatott 308, a nőgyógyászati osztályon 218, összesen 526 nő. Elbocsáttatott: gyógyultan 386, javultan 84, gyógyulatlanul 15, meghalt 10, az év végén visszamaradt 31.

A szülészeti osztályon 1904.-ről visszamaradt: terhes 7, gyermekágyas 9; összesen 16. Felvétetett terhes 282, gyermekágyas 10; összesen 292. Az összes forgalom tehát 308. Ebből szülés után távozott 197, elvetélés után 30, mint terhes 25, mint gyermekágyas 19. Meghalt szülés után 7, elvetélés után 2. Visszamaradt mint terhes 13, mint gyermekágyas 15. Az 1905. évben volt szülés 219, elvetélés 33. A szülések és elvetélések közül volt először terhes 112, másodszor 70, harmadszor 25, negyedszer 11, ötödször 8, hatodszor 7, hetedszer 8, nyolczadszor 2, kilenczedszer 1, tizedszer 3, tizenegyedszer 2, tizennegyedszer 1, tizenötödször 1 és tizenkilenczedszer terhes 1. Fekvések szerint: I. koponyafekvés 128, II. koponyafekvés 62, fejtetőfekvés 2, homlokfekvés 1, arczfekvés 1, medenczevégű fekvés 14, haránfekvés 8, ikerszülés 3.

Született: élve, házasságbeli fiú 17, leány 16; halva, házasságbeli fiú 13, leány 2. Élve, házasságon kivüli fiú 78, leány 85; halva, házasságonkivüli fiú 5, leány 6.

Születési rendellenességek:

Gátrepedés és gátmetszés	30	esetben.
Elölfekvő méhlepény	2	„
Lepényodanövés	1	„
Köldökzsinórelőesés	4	„
Fájdalomgyengeség	4	„
Eklampsia	3	„
Végtagelőesés	3	„
Haránfekvés	8	„
Medenczevégű fekvés	14	„
Fejtetőfekvés	2	„
Homlokfekvés	1	„
Arczfekvés	1	„
Ikerszülés	3	„
Atoniás vérzés (nagyfokú)	5	„
Méhrepedés	1	„

Szülészeti műtétek:

Fogó 6, magas fogó 3, perforatio 4, decapitatio 3, evisceratio 2, haránfekvésnél fordítás és kihúzás 3, fejről lábra fordítás 2, lepényleválasztás 1, gátvarrás 30, abortusbefejezés 12, farfekvésnél karok és fej kifejtése 8, méhtömeszelés 2, művi koraszülés 2, expressio 4, sectio caesarea 1 esetben, összesen 83 eset.

Halálokok voltak: 1. Felnőtteknél: pyaemia 2, septicaemia 1, exsud. parametr. 1, méhrepedés, elvérzés 1, vitium cordis 1, eklampsia 1, meningitis basil. tbc. 1, sectio caesarea (sepsis) 1, összesen 9 esetben. 2. Gyermekeknél: veleszületett gyengeség 1, tüdőelégtelenség 1, koraszületés 4, lues hered. 2, tüdőgyuladás 1, összesen 9 esetben.

A nőgyógyászati osztályon a mult évről visszamaradt 7, az 1905. év folyamán felvétetett 211, összesen 218. Ebből gyógyultan távozott 115, javultan 84, gyógyulatlanul 15, meghalt 1, visszamaradt az 1905. év végén 3 beteg.

Nőgyógyászati kóresetek: Abscessus 1, abortus imperf. 11, carcinoma uteri 9, cirrhosis hepatis 1, endometritis catarrh. 47, endometritis gonorrh. 5, endometritis haemorrh. 20, exsudatum parametr. 11, cystitis 8, graviditas 1, nephritis 1, haematocele retrouter. 4, lues 2, myoma uteri 7, oophoritis 3, perimetritis 19, prolapsus uteri 10, prolapsus vaginae 2, polypus fibrosus et mucosus 10, retroflexio uteri 10, ruptura perinei invet. 2, subinvolutio uteri 3, stenosis orific. uteri extern. 2, vaginitis 16, vitium c ordis 1, metritis chronica 4, polypus mucosus urethrae 1, incarceratio uteri gravid. retrofl. 2, fissura ani 1, benőtt pessarium 1, vaginismus 3 eset.

Nőgyógyászati műtétek: discissio orific. externi uteri 3, curettement 57, laparotomia 1, polyplecsavarás 8, colporrhaphia 6, perineoplastica 2, művi abortus 1, carcinoma-excochleatio 4, tályogfeltárás 1, benőtt pessarium eltávolitása 1, összesen 85 esetben.

Volt 64 ambuláns beteg; ebből gyógyult 38, javult 13, egyszer jelentkezett 13.

Az ügykezelés és élelmezés házilag történik. 844 egyén kapott élelmezést 24,384 élelmezési napon. Az összes élelmezési és ápolási költség 16,760 korona 19 fillér, egy élelmezési nap 68·7 fillérbe kerül. Egy beteg átlag 28·8 napot, azaz 19 korona 78 fillért igényelt.

(1906. április hó 2.-án tartott szakülés.)

1. **Konrád Béla** felolvassa az egylet átiratát Nagyvárad város törvényhatósági bizottságához, mely a következő.

Tekintetes Törvényhatósági Bizottság! A biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egyesület mindenkor nagy érdek-

lődéssel kisérte Nagyvárad város közegészségügyét. Szakülésein tudományos megvitatás alá vette városunk közegészségi állapotát, vizsgálva az okokat, melyek annak ingadozásait, különösen időnkénti hanyatlását idézik elő, tanulmányozta azokat az intézkedéseket, melyekkel azt javitani és magasabb színvonalra emelni lehetne.

Egyesületünk azonban nem elégedett meg e kérdések tudományos megvitatásával, hanem minden igyekezetével rajta volt, hogy a közegészségügy emelését czélzó intézkedések iránt az egyesületen kivül is a társadalomban és a hivatalos forumoknál felkeltse az érdeklődést, sürgesse azok megvalósítását. Eddigi működéséhez hiven bátorkodunk most városunk közegészségügyének mondhatnók legéletbevágóbb kérdésében a tekintetes törvényhatósági bizottsághoz fordulni.

Az orvosegylet ez év február 1.-én tartott szakülésén Baróthy Ákos tiszti főorvos, egyletünk tagja, ismertette Nagyvárad város közegészségügyi viszonyait az utolsó három évben. Sajnálattal értesült az egyesület a jelentésből arról, hogy ezekben az években a halálozási arányszám emelkedett, úgy hogy az 1905. évben már 1·2-del meghaladta a születési arányszámot. Kiemeli a t. főorvos úr, hogy ezen évben 170 typhus-esetet jelentettek be, 24 halálozással és hogy bélhurutban 181 egyén halt el.

Kétségen kivül áll, hogy a közegészség egyenes arányban áll a város köztisztaságával. Nem kisebbitjük az egyéb közegészségügyi intézkedések fontosságát, de tapasztalati tény, hogy a betegedés, halálozás együtt emelkedik a talaj, levegő és viz szennyezésével, különösen az emésztő szervek megbetegedései, bélhurut, typhus az ivóvizen kivül első sorban a talaj és levegő szennyezésétől függő ingadozásokat mutatnak; ettől függ az is, mily hatással tudnók útját vágni a legveszélyesebb járványos betegségnek, a cholerának, ha behurczoltatnék.

A talaj és levegő tisztasága, s ezzel az ezek szennyezésétől eredő közegészségi ártalmak elhárítása városunkban csakis úgy érhető el, ha mielőbb létesitjük az egész város csatornázását és ezzel kapcsolatban a városi átfolyó patakoknak beboltozását, melyeknek vize sok rothadásban levő szerves anyagot tartalmaz és a levegőt fertőzi.

Jól tudjuk, hogy a tekintetes törvényhatósági bizottság tudatában van a szóban forgó közegészségügyi munka nagy fontosságának, viszont, mi is annak, mily anyagi áldozatot kiván ennek létesítése a várostól. A törvényhatósági bizottság előtt sok más — elismerjük — nagy fontosságú, különösen városrendezési terv is szőnyegre kerül, de mégis úgy véljük, hogy a csatornázás kérdése mindennél előbbre való, mert csakis tiszta város lehet szép és csakis egészséges városban lehet egészséges gazdasági és culturális élet.

Ezeket szem előtt tartva, azon tiszteletteljes kéréssel fordulunk a tekintetes törvényhatósági bizottsághoz, hasson oda, hogy a város teljes csatornázása és a Pecze- és Párispatakok beboltozása mielőbb megvalósittassék.

2. **Rácz Miksa** gyermekkórházi műtőorvos *májechinococcus* egy esetéről tart előadást.

A beteg, 9 éves gyermek, 1906. január 4.-én vétetett fel a Sztaroveszky-gyermekkórház sebészeti osztályára. Kórelőzményi adatként megtudjuk, hogy a beteg egy év óta fájlalja jobb vállát az acromiális tájon, 4 hét óta veszi észre, hogy hasa jobboldalt teriméjében nő. Anyja pálinkával itatta. A korához képest gyengébben fejlett leány mellkasi szervei épek. A jobb mellkasfél alsó szakasza szemmel láthatólag úgy előre, mint oldalirányban elődomborodó, a mi ülő helyzetben hátulról is feltünő. Kopogtatásnál jobboldalt a negyedik borda felső széleig t. é. n. d., az ötödik borda felső széleig tompult, ettől lefelé absolut tompa a kopogtatási hang, a bordaivtől lefelé 11 cm.-nyi távolságig, a köldöktől pedig mintegy 3 cm.-nyi távolban. A parasternal vonalban a tompulat felső határa ugyanilyen, lefelé a bordaivtől 13 cm.-nyi távolságig terjed. Az elülső hónaljvonalban a kopogtatási hang a negyedik borda felső szélén tompul, az ötödik borda alsó szélén absolut tompa, a bordaivig czombhang, ettől lefelé tompult dobos 3 haránt-ujjnyi távolságig a bordaiv alatt. Has mérsékelten puffadt. Jobb hypochondrium tájéka elődomborodó. A májnak úgy jobb, mint bal lebenye megnagyobbodott. Alsó széle a köldök vonalában, a köldök és a proc. xiphoideus közt a középvonalban fekszik, honnan egyenes vonalban húzódik a tizedik bordaporcz tapadási helyéig. Tömött tapintatú, kissé egyenetlen felületű, szélei élesek, nyomásra egyáltalán nem érzékeny. A jobb elülső hónaljvonalban a kilenczedik borda alsó szélén történt próbapunctiora világos, tiszta-, savószerű folyadék ürül. (Amphoter reactio, górcső alatt egyes duzzadt vörösvérsejtek, horgok nem találhatók.) Vizeletben minimális fehérje. Punctio után az egész testfelületre kiterjedő urticaria, a mely azonban csakhamar elmulik.

A műtét a következőképen hajtatott végre: a hasat a jobb boradívvel párhuzamosan megnyitván (12 cm. hosszúságban), tovafutó selyemvarrattal a peritoneális üreget elzárja, majd a hólyag falát a sebszélhez kivarrván, azt mintegy 4 cm.-nyi metszéssel megnyitja. Sok leányhólyag és chitinhártya, mely górcső alatt szép, typikus rétegzettséget mutat. Drain. Sebtoilette. Két hét mulva az emberfejnyi üreggel biró anyahólyag egészben távozik. Zavartalan gyógyulás.

3. **Rácz Miksa** *idegen test a bronchusban* czímmel ismertet egy más kóresetet.

A beteg, 4½ éves fiucska, azzal hozatott be a rendelésre 1904. évi május hó 16.-án, hogy az apáczák napközi otthonában szájában babszemmel játszott, a melyet, meglepetvén a felügyelő apácza megszólítása által, aspirált a légcsövébe. A kis beteg arcza sápadt, ajkai cyanotikusak, a hátulsó nyaki tájékon 3—4 párhuzamosan haladó véralátfutásos hely. Légzésnél a nyaki oldalsó légzőizmok erős actioban, mérsékelt behúzódás a jugulumban és a scrobiculus cordisban; hallgatózásnál a jobboldali mellkasfél egész területén gyöngült, a bal mellkas felett érdes légzés, mindkét oldalt tovavezetett stertorosus zörejek. A szivműködés erősen gyorsult, de rhythmikus. A gyermek síráshangja tiszta csengő, légzése időnként kevésbé stertorosus, időnként azonban, midőn valamely külső inger következtében, pl. torokvizsgálatnál mélyebb légvételre kényszerül, hirtelen elsápad, légcsövéhez kap, fuldoklik, mely tünetek csakhamar nyugalmi állapotnak adnak helyet. Gyors műtevést tartott szükségesnek, tracheotomia inferior-t végzett.

A trachea a sebkészités előtt két selyemfonállal biztositttatván, mintegy 4 cm.-nyi hosszú metszést ejt. E sebnyíláson keresztül egy vékony fogóval a trachea űrébe hatolván, az ezáltal kiváltott erős köhögési inger a sebnyílásba löki a babszemet, a melyet sikerül eltávolítani. Canule kétszer alkalmaztatott.

(Folytatása következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A diphtheria bakteriologiai diagnosisa sokkal nehezebb, mint a milyennek általában gondolják. A mikroskopi vizsgálat és a tenyésztés ugyanis egymagában még nem elegendő, mert az úgynevezett pseudodiphtheria-bacillusoktól való elkülönités csupán a már tisztán kitenyésztett bakteriumokkal végzett állatkisérlet segélyével lehetséges. *Uffenheimer* tehát — a mint a müncheni orvosegyesület márczius 31.-én tartott ülésén kifejtette — kisérleteket végzett abban az irányban, vajjon nem lehetne-e a diphtheriára gyanús betegek vérében a diphtheria-toxint könnyü szerrel kimutatni. Úgy járt el, hogy a beteg ujjából kevés vért vett, serumot készitett belőle és ebből 0·1—0·3 cm³-t konyhasóoldattal keverve tengerimalacz hasbőre alá fecskendezett. Két nap mulva leölve az állatot, a has és a mellkas bőre alatt kocsonyás haemorrhagiás beszűrődés volt található, ha a serum diphtheriatoxint tartalmazott. Ez a próba tehát elég egyszerű volna, hátránya azonban, hogy a betegségnek korai szakában nem igen fog eredményre vezetni, mert ilyenkor bizonyára még csak nagyon kevés toxin kering a vérben; másrészt pedig, minthogy ez idő szerint a diphtheriaellenes serumot használni mintegy kötelességünk, az ebben foglalt antitoxin bizonyára leköti a toxint s azért csak azon esetekben várhatunk positiv eredményt, a melyekben oly nagy mennyiségű toxin termelődik, hogy ezt a használatos legnagyobb antitoxinmennyiség sem tudja megkötni s igy egy része szabad marad. Az előadó is a vizsgált diphtheria-eseteknek csak kisebb részében ért el módszerével eredményt.

Régi tetania strumipriva esetét mutatta be *Leischner* a bécsi belorvostani egyesületben. A 40 éves betegen Billroth 1890-ben golyvája miatt eltávolitotta a pajzsmirigy oldalrészeit az isthmus meghagyásával. Már három nappal a műtét után görcsök mutatkoztak. A következő években ezek többször megismétlődtek, a beteg haja kihullott, körmei évenként egyszer leváltak, hüsételektől állandóan undorodott, nemi képességei csökkentek. Az utóbbi években teljes öntudatlansággal járó epileptiform rohamai voltak, a melyek után kéz- és lábizületei fájdalmasak lettek és megdagadtak. 1904-ben pajzsmirigyet szedett, de ez inkább ártott neki, míg 1905-ben egy hideg vízkúrának hasznát látta. A beteg tetaniája alkalmasint a parathyreoidea-testecskék eltávolításának a következménye, a többi tünet a pajzsmirigy kiirtásáé.

PÁLYÁZATOK.

3411/1906. sz.

Jász Nagykun-Szolnok vármegye tiszai középjárásába kebelezett Tiszabő községben lemondás folytán üresedésbe jött **községi orvosi állásra** — miután a már előbb hirdetett pályázat eredménytelen maradt — újból pályázatot hirdetek s felhivom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetőleg az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában foglaltak alapján felszerelt pályázati kérvényüket hozzám f. évi **szeptember hó 30.-áig** annál is inkább adják be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A községi orvos javadalmazása:

1. A községi pénztárból havi előleges részletekben fizetendő évi 1000 (egyezer) korona törzsfizetés.
2. Negyedévi előleges részletekben fizetendő 200 (kettőszáz) korona lakbér.
3. A halottkémi teendők teljesitéséért 30 (harmincz) korona.
4. A fizetőképes betegektől a szabályrendeletben megállapitott látogatási díjak, a fizetésképtelen betegeket díjtalanul tartozik az orvos gyógykezelni.
5. A vágatási biztosi teendők ellátásáért szedhető díjak.

A választási határnap kitűzéséről később fogok intézkedni.

A megválasztott községi orvos köteles lesz állását a választás jogerőre emelkedése után azonnal elfoglalni.

Tiszaroff, 1906. évi szeptember hó 11.-én.

2—1 *Jancsó Géza*, főszolgabiró.

127/1906. eln. sz.

A pozsonyi m. kir. állami kórházban egy **másodorvosi állás** megüresedvén, annak betöltésére a nagyméltóságú belügyminister úrnak folyó évi szeptember hó 6.-án kelt 97,475/IV. a. számú magas rendelete alapján pályázatot hirdetek.

Felhivom azon magyarhoni illetőségű orvos urakat, kik ezen 1000 korona fizetéssel, szabad lakással, fűtéssel, világitással és I. oszt. élelmezéssel javadalmazott ideiglenes jellegű, két évi időtartamra szóló állást elfoglalni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában megkivánt minősitést igazoló okmányokkal felszerelt, s a belügyminister úr ő nagyméltóságához czimzett folyamodványaikat f. évi **szeptember hó 30-áig** alulirotthoz nyujtsák be.

Pozsony, 1906. évi szeptember hó 9.-én.

2—1 *Pantocsek József* dr., igazgató-orvos.

268/1906. eln. sz.

Bihar vármegye közkórháza elmebetegosztályánál egy **segédorvosi állás** lemondás folytán megüresedett.

Ezen megürült, s főispáni kinevezés útján betöltendő, évi 1200 korona fizetés, valamint lakás és teljes ellátással javadalmazott segédorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen segédorvosi állásra gyakorlati orvosi évüket töltő, esetleg orvos-szigorló urak is pályázhatnak.

Felhivom pályázni óhajtó orvos urakat, hogy Bihar vármegye főispánjához czimzendő pályázati kérvényeiket okmányaikkal együtt hozzám f. hó **27.** napjáig adják be.

Nagyvárad, 1906. évi szeptember hó 7.-én.

Fráter Imre dr., igazgató-főorvos.

6205/1906. sz.

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

Javadalmazás: évi 1200 kor. fizetés és teljes ellátás, mely utóbbi áll a kórházban levő 2 butorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás és teljes élelmezésből.

Az állás a kinevezés után azonnal elfoglalandó

A kinevezés két évi időtartamra szól, tehát két évenkint megújittatik.

Felhivom a pályázni kivánókat, hogy orvostudori képesitésüket, életkorukat és esetleges eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt s 1 kor. bélyeggel ellátott pályázati kérvényeiket Nagy Jenő, Mosonvármegye főispánjához czimezve, „Mosonvármegye Karolina-kórház igazgatósága, Magyaróvár“ czimre legkésőbb **1906. évi október hó 15.-éig** nyujtsák be.

Magyaróvár, 1906. évi augusztus hó 30.-án.

Alispán szabadságon:
Békefy Jenő, főjegyző.

Békés vármegye közkórházának elmebetegosztályán üresedésbe jött **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás 1600 korona készpénzfizetés, I. oszt. élelmezés, lakás, fűtés és világitás természetbeni élvezésével van egybekötve.

Pályázni kivánókat felhivom, hogy képesitésöket, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos Fábry Sándor dr. Békés vármegye főispánjához intézve, hozzám folyó évi szeptember hó 25.-éig küldjék be. Az állás f. évi október hó 1.-én foglalandó el.

Gyula, 1906. évi szeptember hó 5.-én.

2—2 *Berkes* dr., kórh. igazgató.

122/1906. eln. sz.

A pozsonyi m. kir. állami kórházban **egy másodorvosi állás** megüresedvén, annak betöltésére a nagyméltóságú belügyminister úrnak folyó évi augusztus hó 18.-án kelt 92813/IV. a. számú magas rendelete alapján pályázatot hirdetek.

Felhivom azon magyarhoni illetőségű orvos urakat, kik ezen 1000 korona fizetéssel, szabad lakással, fűtéssel, világitással és I. oszt. élelmezéssel javadalmazott, ideiglenes jellegű, két évi időtartamra szóló állást elfoglalni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában megkivánt minősitést igazoló okmányokkal felszerelt, s a belügyminiszter úr ő Nagyméltóságához czimzett folyamodványaikat **1906. évi szeptember hó 20.-áig** alulirotthoz nyujtsák be.

Pozsony, 1906. évi augusztus hó 31.-én.

2—2 *Pantocsek József* dr., igazgató-orvos.

7167/1906. sz.

Vizakna rendezett tanácsú városnál a városi tiszti orvosi állás lemondás folytán megüresedvén, ezen 1200 korona évi fizetéssel javadalmazott, s szabályrendeletileg megállapitott rendelési és látogatási díjakkal egybekötött, a m. kir. sóbánya-hivataltól a bányaorvosi teendőkért külön szerződés szerint 600 korona tiszteletdijjal javadalmazott, **városi tiszti orvosi állásra** pályázatot hirdetek; s felhivom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában s az ennek alapján alkotott 1893. évi 80099. sz. belügyministeri szabályrendelettel előirt, a tiszti orvosi vizsga letételét igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám legkésőbb f. évi szeptember hó 22.-éig nyujtsák be.

A választás határidejéül folyó évi szeptember hó 29.-ének délelőtti 10 óráját tűzöm ki.

Nagyenyed, 1906. évi szeptember hó 1.-én.

2—2 *Az alispán.*

HIRDETÉSEK.

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

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

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

Kellemes ízénél fogva felülmul minden eddigi forgalomban levő más készitményt.

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

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

SANATOGEN

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

BAUER & CIE.
Sanatogenwerke,
Berlin SW. 48.

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 gyomorbennék hyperaciditása
ellen alkalikus vizek,
mindenekelőtt „Rohitschi Styria forrás“
sikeresen használtatik.

HYGIAMA

HYGIAMA alimentum est concentratum valoris maximi.
HYGIAMA diaeteticum exploratum et probatum est typho abdominali laborantibus.
HYGIAMA brevi augit vires reconvalescentium et aegrotorum morbo minutas.
HYGIAMAE excelsa est vis lactogenica.
HYGIAMA saporis suavis causa diu facile sumitur et libenter.
HYGIAMA ab inope quoque modico pretio emitur.

Literaturam etc. mittit

A dr. Theinhardt-féle tápszertársulat vezérképviselősége
Benedek János, Rákos Palota
Generalvertretung der Dr. Theinhardt's Nährmittelgesellschaft.

Alimentum Dr. Theinhardt pro infantibus solubile.

Alimentum Theinhardt lacti materno est simillimum.
Alimentum Theinhardt optimo iure nominatur „solubile".
Alimentum Theinhardt facillime concoquitur.
Alimento Theinhardt dentitio optime iuvatur.
Alimento Theinhardt prae ceteris Cholera infantum et gastroenteritis certe sanantur.
Alimentum Theinhardt in dies magis medicorum gratia floret.
Alimentum Theinhardt inopes quoque parvo pretio emunt.

Literaturam etc. mittit

A dr. Theinhardt-féle tápszertársulat vezérképviselősége
Benedek János, Rákos Palota
Generalvertretung von Dr. Theinhardt's Nährmittelgesellschaft.

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

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

Sanatorium Rekawinkel

Wien mellett
nyugoti vasút.

Kedély- és idegbetegek részére.

7 pavillon saját kertekkel. 160,000 □-meter erdő és rétterület. Teljes elválasztás a megbetegedés mineműsége szerint. Individuális kezelés. Hydro-elektrotherapia. Alkalmazási- és fekvő-kúrák. Egész éven át nyitva.

Főorvos: **Univ.-Prof. Fritsch.** Tulajdonos: **Dr. Sigmund Weiss.**

Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

Természetes forró-meleg kénes források. Iszapfürdők, iszapborogatások, mindennemű 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.**

Karlsbad Budapesten

Budai Mária Forrás
természetes szulfátos gyógyvíz.

Kiváló orvostanáraink és orvosaink véleménye szerint **gyomor-, bél- és vesebántalmak** ellen a legkitűnőbb ásványvíz.

Páratlan hatású gyermekhashajtó!

Kapható pontos használati utasítással minden gyógyszertárban, drogerlában, fűszer- és ásványvízkereskedőknél. — **Vezérképviselő:**

NÁDAS MÁRTON Csengery-utcza 66. szám. — Telefon 2—38. szám. —

Fő-raktár: **WAHLKAMPF ÉS GÖRÖG** V., Nádor-utcza 17. Telefon 42—55. sz.

Amerikai rendszerű **hygienikus központi légfütés** egycsaládos házak, villák,
sanatoriumok, gyógytermek, kórházak számára.
Tiszta, pormentes, kellően nedvesített levegő!
HOFFMANN MIKLÓS magánmérnök, **BUDAPEST, VI., Teréz-körút 35. szám.**
Telefon 96—96. Telefon 96—96.

Praevalidin

Név védve

Dr. med. Walther Koch, Freiburg i. Br. szerint
kedvező eredmények tuberkulosis, bronchitis, emphysema, anaemia, influenza és kachexiáknál.

Woll-Wäscherei und Kämmerei
Döhren bei Hannover.
Főraktár Ausztria-Magyarország részére:
Phillip Röder, Wien, III/2.
Csak gyógyszertárakban kapható.

MERAN, „BALOG" VILLA

diaetetikus intézet az új Curmittelhaus mellett.

Állandó orvosi felügyelet, sanitaer és modern kényelem, villanyvilágítás, lift, központi fütés. (Tuberculotikus betegek kizárva.) 1906. szeptember 15-én nyilik meg. Prospektussal szivesen szolgál

Neugebauer Hermann. **Dr. Balog Lajos.**

Dr. Glück Sanatoriuma és vízgyógyintézete

Budapest, Városligeti fasor 11.

Magángyógyintézet **idegbetegek, belbetegek** és **üdülők** részére.

Felvétetnek **benlakók** és **bejárók.** — Vízgyógykezelés, massage, elektrotherapia. — Frenkel-Goldscheider-féle tabes-kezelés. — Villanyos fényfürdők. — **Szénsavas fürdők.** — Diaetetikus gyógykezelés. (Weir-Mitchell-gyógymód, diabetes kezelés, soványító gyógymódok.) — Állandó orvosi felügyelet. — Kitünő ellátás. — Mérsékelt árak.

Telefon 15—39. — Prospektus. Igazgató-főorvos: **Dr. GLÜCK GYULA**

Elsőrangu magyar vasspecialitás.

KRIEGNER „MAGYAR KORONA" GYÓGYSZERTÁR, BUDAPEST, VIII., KÁLVIN-TÉR.

LEGMAGASABB VAS ÉS CHININ TARTALMA ÉS A TOKAJI BOR ELSŐRENDŰ MINŐSÉGE FOLYTÁN SZÁMOS ORVOSTANÁR RENDELI
ÓVAKODJÉK A SILÁNY, BÁR HANGZATOSABB REKLAMMAL HIRDETETT UTÁNZATOKTÓL.

TOKAJI CHINA VASBOR

KAPHATÓ 3.20 ÉS 6. KORONÁS ÜVEGEKBEN.

50. évfolyam. 38. szám. *Budapest, 1906. szeptember 23.*

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: Közlemény a budapesti m. kir. tudomány-egyetem I. sz. anatomiai intézetéből. (Igazgató: Lenhossék Mihály dr., egyetemi tanár.) A férfi lágyékcsatornája izomfalának változatairól. 871. lap.

Paunz Márk: Az orr melléküregeinek gyuladásairól. 877. lap.

Tárcza. Faragó Ödön: A reconstructio utáni Szeged közegészségügyi viszonyai. 879. lap. — **Kétly Károly**: Megnyitó beszéd az Országos Orvos-Szövetség ez évi congressusán. 882. lap. — **Grósz Emil**: Az Országos Orvos-Szövetség congressusa. 883. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. E. Grawitz:* Klinische Pathologie des Blutes. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Lange:* Az aceton kimutatása. — *Weber:* Vizsgálatok a vesemüködésről. — *Cloetta:* Az arsenhez való hozzászokás. — *Gyóg yszertan. Rodari:* Pepsorthin. — *Belorvostan. Colombino:* Az idült székrekedés gyógyítása szappanos tamponnal. — *Eichhorst:* Heveny nephritisnek hirtelen meggyógyulása uraemia után. — *Ker:* A typhusnak antiseptikus orvoslása. — *Idegkórtan. Frankl-Hochwart:* A tetania kórjóslata. — *Sebészet. Pels-Leusden:* Az epehólyag papillaris burjánzásai és azok viszonyai a cholelithiasishoz és carcinomához. — *Schlesinger:* Epekő folytán létrejött epehólyag-bronchusfistula. — *Lyman Fisk:* A csecsemőkori pylorusstenosis. — *Schultze:* A Basedow-kór sebészi kezelése. — *W. I. Mac Cardie:* Az aethylchlorid mint általános bódítást előidéző szer. — *Gyermekorvostan. Sittler:* A gyermekkóri gyomor-bélhurut gyógyítása élesztővel. — *Tugendreich:* Mesenteriális chylangioma. — *Bőrkórtan. O. Lassar:* A kopaszság megakadályozása. — *Húgyszervi betegségek. K. Ullmann:* — Heretuberculosis. — *Orr-, torok- és gégebajok. Mader:* A Röntgen-therapia haszna a felső légutak bajaiban. — *Henrici:* Légcsőmetszés gégegümőkór eseteiben. — *Sternfeld:* Foggyökér távozása a Highmor-üregből. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Terner:* Citarin köszvény eseteiben. — *Gräser:* Szer csúzos bajok ellen. 884—888. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 888. lap.

Vegyes hirek. Kinevezés. — Választás. — A Stomatologusok országos egyesülete. — Lakásváltozás. — A budapesti önkéntes mentőegyesület kimutatása. — A budapesti egyetemi I. sz. női klinika kimutatása. — Kisebb hirek külföldről. Tömeges mérgezés bab-konzervvel. — A Neisser-féle syphilis-kutatások. — Köszönetnyilvánitások kiküszöbölése. — Radium-gyógyhely. — Pályázatok. — Hirdetések. 888. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 889—892. lap.

Mellékletek. *Petz Lajos* dr.: Adatok a vérsavó-oltások értékének megállapitásához diftériánál. — Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brünning Hoechst a/M. czég „Novocain", F. Hoffmann-La Roche czég „Digalan" prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti m. kir. tudomány-egyetem I. számú anatomiai intézetéből. (Igazgató: Lenhossék Mihály dr. egyet. tanár.)

A férfi lágyékcsatornája izomfalának változatairól.

Irta: *Pólya Jenő Sándor* dr., közkórházi rendelőorvos.

A lágyékcsatorna tájboncolástani viszonyai a mily cardinális jelentőséggel birnak a mindennapi sebészi gyakorlatban s a mily banális tárgyát képezik az anatomiai és sebészi szigorlatoknak, olyan különféleképen vannak leirva a különböző szakmunkákban, melyek az idevágó tényekre és nevekre vonatkozólag a legdissonansabb állításokat tartalmazzák.

Igen messze vezetne és kevés gyakorlati haszonnal kecsegtetne az ezen táj leirásánál használatos különféle nevek igazi jelentőségét a nehezen hozzáférhető eredeti forrásmunkák nyomán kutatva történeti correctséggel megállapitani, ellenben annál fontosabb, hogy a tények leirásában mutatkozó eltéréseket constatáljuk, ezeknek okai után kutassunk s a való tényállást megállapítsuk.

Az eltérések, melyeket az irodalomban találunk, legfőképen a lágyékcsatorna úgynevezett hátulsó és felső falának (némely szerző szerint felső szélének) viszonyaira, vagyis a m. obliquus internus, a m. transversus és a fascia tranversa viselkedésére vonatkoznak. Az úgynevezett ligam. Collesii-ra (inguinale reflexum B N A) és a cremasterre vonatkozólag is vannak ugyan differentiák a különféle szerzők előadásában, de ezek nem oly lényegesek és gyakorlatilag is kisebb jelentőséggel birnak.

Demonstratio okáért legyen szabad egynehány kiváló anatomiai tan- és kézikönyv idevágó adatait egymással szembeállitanunk.

Henle[1] az obliquus internusról azt irja, hogy alsó részében a rostok a rectus oldalsó szélén túl is húsosak maradnak s a legalsóbbak egyszersmind rendetlenségbe jönnek oly módon, hogy a mélyebbek részben egész hegyes szöglet alatt vonulnak el a felületesebbek felett s egyes vékony és lapos kötegek különálló inakkal egész a középvonalig mennek, a hol a pyramidalis fasciájában elvesznek, vagy pedig a külső lágyéknyilás alsó szára alatt a tuberculum pubishoz és a crista iliopectineához tapadnak. A cremastert lefelé convex hurkokat alkotó rostok képezik, melyek az obliquus int. legalsó vagy közel legalsó rostjaiból származnak s a herét parittyaszerüen veszik körül. A cremasterbe azonban, bár ritkán, a m. transversustól, sőt a fascia tranversától is látott rostokat jönni. A tranversus és obliquus rostjaira nézve az izmok alsó szélén, hol a rostok nem párhuzamosak többé, sokszor nehéz eldönteni, mi tartozik az egyikhez és mi a másikhoz s úgy tünhetik, hogy a transversus az ondózsinór alatt is elfut, rendszerint azonban az ondózsinór a transversus alsó széle alatt foglal helyet.

A fascia transversáról leirja, hogy az alsó részének közelében fénylő csikszerű párhuzamos rostokból áll; az alsó szélnek ezen erősebb rostjai (melyek szerinte a lig. inguinale int. Hesselbachi-t[2] képezik) a linea ileopectinea mediális szélétől két irányban haladnak. A rostok egyik része, a lig. inguinale internum laterale (synonymák: bandelette iliopubienne *Thomson*, a fascia transversa külső része *Cooper*, a belső lágyéknyilás külső szára *Hesselbach*) az arcus cruralissal (Poupart-szalag) párhuzamosan húzódik, a többi (lig. inguin. int. mediale) meredeken median felé száll fel. A lig.

[1] Handbuch der Muskellehre. 1858.
[2] l. 1. sz. jegyzet a 71. lapon.

ingu. int. laterale egy lapos, kezdetén meglehetős hatalmas inas csík, mely a spina ant. sup. irányában legyezőszerüen szétoszlik. Rostjai a lig. Gimbernati mögött s attól laterálisan, a linea ileopectinea s a fascia pectineáról erednek, ezenfelül egyes rostok az adminiculum lineae albae felső széléről jönnek. A szalag felső része a fascia transversa homályos rostozatában vész el, míg alsó része az obliquus ext.-nak az arcus cruralist képező bőnyéjével csatornát képez, melyben az ondózsinór nyugszik.

A lig. ingu. int. mediale (a fascia transv. belső része *Cooper*, a belső lágyéknyilás belső szára *Hesselbach*) erőssége és kiterjedése változó. Néha néhány rostból áll csupán, *melyek keresztezve*, a hasonnevü külső szalag eredésétől, a rectus inától laterálisan, a linea iliopectineáról erednek s median felé felhágó irányban a rectus széléhez úgy feküsznek oda, hogy a szalag a rectus laterális inának kiszélesedése gyanánt tünik fel; leginkább oldal felé eső nyalábjai az arcus cruralisból erednek s a rectus mellett a fascia transversalisban vesznek el. A lig. ingu. int. medialenak laterális széle a lig. ingu. int. lateraleval tompa szöget képez, melyet az egyiknek széléről a másikéra menő rostok lekerekítenek. Ezen ivalakú rostok határolják mediális és alsó oldalán az annulus inguinalis internust.

Ezenfelül az inguinális csatorna belső nyilásának alsó és mediális határaként a plica falciformis *Krause*-t is leirja, mint a a processus vaginalis fascia transv. eredéshelyét, de hangsúlyozza, hogy a redő sokszor alig kifejezett.

Luschka[1] szerint a „suprainguinális táj" alsó részében az izomzatot egy igen vékony, csak lazán összefüggő húsos kötegekből álló réteg képviseli, melyben a transversus és obliquus internus alkatrészeit nehezen lehet felismerni s mely e két izom keverékét képezi. Alkoholban keményített praeparatumokon háromféle rostréteget lehet megkülönböztetni; az egyik a cremaster, mely kizárólag az obliquus internustól származik; a másik, mely az obliquus internus és transversustól származik, az ondózsinór előtt fut és vékony ínkötegekkel a rectushüvelybe megy át; végül a harmadik, melynek nyalábjai szintén mindkét izomból származnak, az ondózsinórt median felé leszálló, spirális vonalat leiró, lefelé nyilt hurok alakjában veszi körül. A fascia transversán, ott a hol a fascia iliacával összetalálkozik, határkötegként egy erős rosthuzam van jelen, melyet *Hesselbach* „ligamentum inguinale internum"-nak nevezett. Ezen szalag az arteria circumflexa ilium internán fekszik, melynek eredését azonban átugorja, hogy mint a belső lágyékgyürű alsó szára végződjék. Néhány lappal utóbb[2] a lágyékcsatorna leirásánál a következő leirást adja: „A lágyékcsatorna hátulsó falának izmos alapja van, ez azonban egy alig 5 mm.-nyi területre szorítkozik, mely igy távolról sem felel meg a lágyékcsatorna hosszának. Ez két függélyesen álló, de egymást hegyes szögletben keresztező részletből áll, melyek a Gimbernat-szalag hátulsó felszinén és a pecten pubison tapadnak. Az elülső rész úgy az obliquus internus, mint a transversus folytatását képezi, míg a hátulsó vagy tisztán csak a transversus nyalábjaiból áll, vagy egy saját izom, mely a Gimbernat-szalag mögött a szeméremcsont harántágáról ered, 3 mm. széles és felső, vékony ínkötegekbe átmenő végével a transversus bőnyéjébe megy át, s igy musculus pubotransversalisnak nevezhető. A lágyékcsatorna felső fala a lefelé concav kezdete azon izomrészletnek, mely a hátulsó falat képezi." Végre a belső lágyéknyilás tárgyalásánál leirja a plica semilunarist, mint e nyilás belső és alsó szélét szegélyző ránczot, melynek alsó szára a Poupart-szalagot követi, belső, meredeken felhágó, fel- és kifelé concav szára pedig a lágyékcsatornába türemkedő fascia transversalis duplicaturájának tekintendő.

Henke[3] a szóbanforgó izmokról csupán annyit ir, hogy az obliquus externus és transversus legalsó részében igen gyengévé válik, igen gyenge aponeurosist szolgáltat s legalsó rostjaik a cremasterben vesznek el. A fascia transversa erősítéseit pedig teljesen hallgatással mellőzi.

Joessel[4] a lágyékcsatorna izomzatára vonatkozólag annyit mond, hogy a csatorna felső falát az obliquus internus és transversus, hátulsó falát az internus és transversus aponeurosisai képezik. A fascia transversa erősítését a belső lágyékcsatorna táján a plica semilunaris fasciae transversalis képezi, melynek kétféle rostja van: a lig. inguin. laterale Henle, mely a spina anterior superior irányában halad, s a ligamentum mediale Henle, mely inkább vertikális irányban s a musculus rectus irányában száll fel.

Langer-Toldt[1] szerint az obliquus internus legalsó nyalábjai, melyek a Poupart szalagról erednek, egész a tuberculum pubicumig terjedve a rectushüvelybe mennek át, kivéve a legalsó laza, halvány rostokat, melyek a scrotumba vonulva a cremastert képezik; a transversus-bőnye is a tuberculum pubicumig terjed (itt végződik szerinte alul a Spiegel-féle vonal) s a transversus rost jai a rectushüvelybe mennek át. A fascia transversában a plica falciformist irja le s a ligamentum *Collesi*-t (crus medium ann. ingu. ext. seu lig. *Gimbernati* reflexum) is e fasciához tartozónak állitja

A *Joessel-Waldeyer*-féle[2] medencze-tájboncztan a fascia transversa erősítéseit *Braune* értelmében a m. transversus medenczebeli tapadásával összefüggésben állónak tekinti s az elnevezésben a baseli nomenclaturát követi. A lig. interfoveolare *(Hesselbachii)* elülső felszinén levő izomzatot musculus interfoveolaris *(Braunii)* névvel illeti. A jegyzetben megemlíti, hogy a mediális erősítőszalag angol autorok szerint az obliquus internussal is összefügg.

Merkel tájboncztana[3] a bennünket érdeklő képleteknek következő leirását adja: A fascia transversalis eltávolítása *után* (hátulról előre praeparálva) jutunk a mediális és laterális lágyékgödör határán a lig. interfoveolarera *(Hesselbachii)*, mely egy a transversus aponeurosis hátulsó felszinéről kiinduló rostköteget képez s a ligamentum inguinalehoz *(Poupartii)* vonul; a rostok egy része túllép ezen s a ligamentum lacunare *(Gimbernati)* mögött a medenczeszélhez tapad, ezen szalag elülső felszinén izomrostokat is lehet egyszer-máskor találni (musculus interfoveolaris), melyek a transversusból származnak; e szalag néha erős, gyakran gyönge, és nem egyszer egyáltalán nem található meg. Ha jól kifejlődött, laterális széle a lágyékcsatorna abdominális nyilásának felhágó szegélyével összefolyik, míg mediális része a fovea inguinalis mediális-laterális szélét képezi. Ezen belső lágyékgödör mediális szélét viszont a falx inguinalis határolja, mely a transversus aponeurosishoz tartozik, a rectushüvely laterális részével érintkezik s lefelé hajolva éles laterális széllel a ligamentum inguinaleigm egyen. A belső széles hasizmok viszonyairól a lágyéktájon különleges megjegyzést nem is tesz.

Krause anatomiájának legújabb kiadása,[4] mely *Waldeyer* és *His* közreműködésével készült, a következő adatokat szolgáltatja: Az obliquus internus alsó széle az inguinális tájon nemcsak a ligamentum inguinaleval, hanem a mögötte fekvő transversussal is erősen összetapad. Az a része, mely a lig. inguinale hátulsó éles széléről és ennek a crista ossis pubison való tapadásáról ered, izom- és ínkötegekből van összekeverve és közvetlenül a lágyékcsatorna subcutan nyilása alatt fekszik, úgy hogy egy része a lágyékcsatorna ezen nyilásának szárai közt láthatóvá válik. A cremasternek egy erősebb laterális tapadását a lig. inguinalen és egy gyengébb mediális tapadását irják le. A transversus alsó széle szintén küld rostokat a cremasterbe; aponeurosisa a lig. inguinale éles hátulsó széléhez s ennek tapadásához a pecten ossis pubison, valamint az obliquus int. alsó széléhez odanőtt. A hasüri lágyéknyilást alul és median felé a m. transversus aponeurosisa élesen határolja. Ez az aponeurosis ugyanis nem ér mindenütt a ligamentum inguinaleig, hanem a linea semilunaristól sarlószerüen lehajolva a lig. inguinale hátulsó széleig s a pecten pubisig száll le, a hol tapad, egyszersmind itt a vagina recti laterális szélével is összenőtt. Ez a falx (aponeurotica) inguinalis, mely a fovea inguinalis medialist median felé határolja. Laterálisan ezt a ligamentum interfoveolare (*Hesselbachii*) határolja, egy a fovea inguinalis lateralis és medialis közt lehúzódó, ugyancsak a m. transversus aponeurosisának alsó széléből kiinduló, izomzatot

[1] Die Anat. des menschlichen Bauches. 1863. 54—55. l.
[2] 63. l.
[3] Topographise Anatomie des Menschen. Berlin, 1884.
[4] Lehrbuch der topographischen Anatomie. 1892.

[1] Lehrbuch der systematischen und topographischen Anat. 1893.
[2] Das Becken. 1899.
[3] Handbuch der topografischen Anatomie 1899. II.
[4] Handbuch der Anat. des Menschen 1905.

tartalmazó, s a fascia transversalis által lényegesen megerősített szalag, mely a falx aponeuroticától nehány centimeternyire száll le s az előbbihez hasonló módon a ligamentum inguinale hátulsó szélén, csakhogy laterálisabban tapad. A ligamentum interfoveolare laterálisan a fovea inguinalis lateralis alatt folytatódik, úgy hogy egy felhágó mediális és egy inkább horizontális laterális szárat lehet rajta megkülönböztetni.

Sappey[1] az obliquus internus legalsó nyalábjairól csak annyit mond, hogy nem képezik a cremastert, mint azt *Cloquet* felvette, hanem ez utóbbi egy külön nyaláb képében ered a *Poupart*-szalagról; a cremaster másik eredését, melyet a szerzők leirnak, t. i. a tuberc. pubicumról valót, igen ritkán látni; a transversus minket érdeklő részéről pedig azt jegyzi meg, hogy aponeurosisának egy része az os pubis testén tapad. A lágyékcsatorna hátulsó falának szalagjai közül csak a bandelette ileoinguinalet irja le, melyet a Poupart-szalag mély részletének tart.

Debierre[2] a musculus transversus tapadásai közt leirja, hogy egyes rostjai a ligamentum *Gimbernati* mögött tapadnak s ezek képezik a *Luschka*-féle musculus pubotransversalist. A bandelette ileopubienne de *Thomson*-t úgy irja le mint magát a Poupart-szalagot (annak direct része szemben a portion reflechie-vel = ligamentum *Gimbernati*). A fascia transversalisban erősítéseket nem ir le.

Poirier[3] az obliquus int. tapadásainak leirásánál megemlíti, hogy a *Poupart*-szalagról eredő egyes izomrostok különválva a tuberculum pubicumon és a symphysisen tapadhatnak; a legalsó szétszórt rostok felfelé nézö concavitással biró mind nagyobb és nagyobb ivet irnak le, hogy azután a középvonalba térjenek vissza: ezek a legelső cremasterhurkok. A cremasternek két nyalábja van; külső, melynek eredése az obliquus internusétól többnyire szétválaszthatatlan, és belső, mely az előbbi rostjaiból összeszedődve, a tuberculum pubicumon tapad. Az izom alsó részében a transversusrostokkal összekeveredik, itt az izmok valósággal összeszövődnek, úgy hogy egyes izomrostok szétszakítása nélkül nem is lehet öket egymástól elválasztani; később inas részükben a kétféle izom ina összefolyik. Ha az összefolyás hiányzik, constatálni lehet, hogy a transversus túlmegy az obliquuson vagy pedig ez utóbbi halad túl rajta. *Blaise* egy esetében 12 mm.-rel haladta túl a transversus szélét és befedte úgy, hogy előtte vonult el. A belső ferde- és haránthasizmok bőnyéi összefolyva fedik a rectus szélét s a pecten pubison tapadnak, az angol szerzők tendon conjointját képezvén. A varietások közt felemlíti a *Luschka*-féle musculus pubotransversalist s a *Macalister* által látott pubioperitonealist, mely a pecten pubisról eredve, valamivel a köldök alatt veszett el a fascia transversában. A fascia transversa erősítő szalagja kétféle: haránt és függélyes. A függélyes rostok néha a canalis inguinalis egész hátulsó falát elfoglalják a rectus külső szélétől egész a lágyékcsatorna belső nyilásáig, többnyire azonban 2 szalag alakjában vannak kifejlődve, ezek egyike a ligamentum *Henle*, a másik a ligamentum *Hesselbachii*. A ligamentum *Henle* sarlóalakú, a rectushüvelyből indul ki, s alapjával a ligamentum *Cooperi*-n és *Pouparti*-n tapad. A *Hesselbach*-féle szalag változó vastagságú szalag, mely az epigastrikus erek s a canalis inguinalis belső nyilása közt fekszik s kiszélesedett alappal tapad a *Poupart*-szalaghoz. Ha jól fejlett, a rectushüvelyt is eléri s ezért irták le a Douglas-féle redő külső pillérje gyanánt. A haránt rostozat a *Thompson*-féle bandelette ileopubienne, mely a Poupart-szalaggal párhuzamosan fut s az inguinális csatorna alsó falát erősíti. Két széle kiszélesedett, az egyik a pecten pubison és tuberculum pubicumon tapad, a másik a spina anterior superior táján a fascia iliacába megy át.

Testut[4] az obliquus internus legalsó rostjairól, melyeket legelülsőknek nevez, azt irja, hogy részben húsosan, részben inasan a tuberculum pubicumhoz és a symphysishez tapadnak, egyes rostok a cremastert erősitik. A cremaster szerinte 2 rosttömegből áll, egy belső vékonyabból, mely a tuberculum pubicumról ered, s egy külső szélesebből, mely a Poupart-szalagról indul el; kikel *Cloquet* véleménye ellen, hogy az egész cremastert az obliquus internus szolgáltatja. A transversus alsó nyalábjairól nem ir különösen s bőnyéje tapadásairól csak annyit mond, hogy a rectushüvelyt képezi. A fascia transversalis erősítő rostjaiként leirja a ligamentum *Henle*-t, melyet a németek falx inguinalisával s az angolok tendon conjoint-jával egyértelműnek mond, s melyet *Blaise* vizsgálatai alapján az obliquus internus és transversus egyesült rostjaiból származtat; a ligamentum interfoveolare Hesselbachiit, mely szerinte a Douglas-féle redőnek a medenczén való tapadását, és pedig ennek külső szárát képezi s ennek laterális végétől száll le a Poupart-szalagig, oly felfogás, melyet *Braune* nyomán egész sereg szerzőnél találunk idézve; s végül a bandelette iliopubiennet *(Thomson)*, mely a tuberculum pubicumról és pecten pubisról ered, néha eredése az adminiculum lineae albaeig terjed s innen a *Poupart*-szalag széle mentén a spina anterior superiorig vonul, a hol széttérve részben a spinán, részben a crista iliaca belső ajkán tapad; a *Poupart*-szalaggal a czombgyürü táján összefolyik.

Tillaux[1] a bennünket érdeklő viszonyokról csak annyit említ, hogy „a mi az inguinális csatorna felső falát illeti, azt mondják, hogy ez az obliquus int. és transversus alsó szélei által képeztetik, de tulajdonképen ez a fal nem létezik, mert nevezett izmok felrostozódnak az ondózsinór körül és alája vonulnak". A fascia transversában levő erősítésekről egyáltalán nem emlékezik meg.

Testut és *Jacobs*[2] az obliquus internus legalsó részének tapadását úgy irják le, hogy az ondózsinór felett elkerülve részben a rectushüvelyhez csatlakozik, részben a transversus inával egyesülve az os pubison, a tuberculum pubicumhoz és pecten pubishoz tapad. A cremaster külső rostjai az obliquus internus részét képezik s az ondózsinór előtt haladnak, míg belső rostjai a tuberculum pubicumról eredve az ondózsinór belső oldalán futnak le. A transversus alsó rostjainak felsőbb része a rectushüvelybe megyen át, míg alsóbb nyalábjai az obliquus internus aponeurosisával egyesülve, mint *tendon conjoint* tapad a symphysisen és a pecten pubison. Ez a tendon conjoint egy frontális irányban fekvő háromszögű aponeurotikus lemez, 10—20 mm. széles, melynek belső széle összefolyik a rectushüvelylyel, külső széle szabad és igen változó, hol erős ellenálló élet képez, s így igen közel jut az inguinális csatorna belső nyilásához, hol meg oly gyenge, hogy többé-kevésbé elmosódik s ekkor a lágyékcsatorna hátulsó fala tisztán a fascia transversa által képeztetik és ilyenkor igen gyenge. A fascia transversalis erősítései kétfélék. Az egyik a ligamentum *Henle* (faux inguinale), mely a tendon conjoint hátsó széléhez tapad és ahhoz erősen odanőtt. Nem állandó s valószinüleg hátulról való praeparálásnál sokszor a fascia transversán áttünő tendon conjoint tartatott annak. A másik a ligamentum interfoveolare, mely a belső lágyékcsatorna és az arteria epigastrica között fekvő háromszögletü lemezt képez, mely alul a Poupart-szalaghoz, helyesebben a bandelette ileopubienne-hez tapad. Ez a szalag, a bandelette ileopubienne de *Thomson* ou fibres ileopubiennes, kis csomó harántrostból áll, melyek a tuberculum pubicumtól a spina ant. superiorig mennek, néha elérik az adminiculum lineae albaet. A szalag a Poupart-szalaggal a czombgyürünél s a Gimbernat-szalagnál összefolyik, úgyszintén a *Hesselbach* s a *Henle*-féle szalagokkal is.

Quain[3] az obliquus alsó részletének következő leirását adja: A Poupart-szalagról eredő rostok, melyek rendszerint halványabbak a többieknél, a rectus-aponeurosis alsó széle felé hajlanak, míg a legalsóbbak, ívalakban körülvéve befelé és felfelé az ondózsinórt, a m. transversalissal közös ínba folynak össze, mely ezen izmok közös ínát (conjoined tendon) képezi s az os pubis elülső felszinéhez s a linea ileopectineán a Gimbernat-szalag mögött tapad. A cremasterről azt irja, hogy 2 tapadása van: a Poupart-szalagon s a crista és tuberculum pubison; rostjai lefelé mindinkább hosszabbodó hurkokat képeznek. Néha csak a külső tapadásnak megfelelő rostok vannak kifejlődve. A fascia transversáról csak annyit ir, hogy a belső inguinális nyilás tájékának alsó

[1] Traité d'anatomie descriptive 1888. I. II.
[2] Traité elementaire de l'anatomie de l'homme 1890.
[3] Traité d'anatomie humaine II.
[4] Traité d'anatomie humaine. 1899.

[1] Traité d'anatomie topographique. 1884.
[2] Traite d'anatomie topographique. 1906.
[3] Elements of anatomy. 1892.

és külső (tollhiba? ?) szélén meg van vastagodva, míg felül és belül vékony s a megvastagodott részen kifejezett félholdalakú szélt mutat. *Thane* és *Godlee*[1] a *Quain*-féle anatomia sebészeti bonczolástani függelékében az általuk *Hesselbach*-féle háromszögnek nevezett tér (=fovea inguinalis medialisnak megfelelő hely a hasfalban) leirásánál a conjoined tendon viszonyait ecsetelvén, kiemelik, hogy ez igen változó nagyságú. Némely esetben oly kicsi, hogy alig különböztethető meg, míg máskor a transversustól származó mélyebb részlete az egész háromszöget elfedi s a belső lágyéknyilásig ér. Külső része néha elválik a többitől, ez a Hesselbach-féle lig. interfoveolare, míg a megmaradó belső portioja viseli a falx inguinalis nevet.

Gray[2] anatomiája úgyszólván hasonló adatokat tartalmaz, csakhogy a lig. *Hesselbachii*-ról is, melyet *Braune*-ra hivatkozva a linea semilunaris *Douglasii* lehágó külső szárának tekint, mint külön szalagról ir.

Mihalkovics könyve[3] kiemeli, hogy a felhágó ferde és haránt hasizmoknak a Poupart-szalag felett csak gyenge nyalábjaik vannak s e nyalábok a Poupart-szalag mediális harmadán egészen hiányoznak is és itt a külső ferde hasizom bőnyéje szemközt áll a másik két hasizom vékony bőnyéjével és a haránt haspólyával. Leirja, hogy a haránt haspólya a csipőtövisen túl egy fehéres kötőszöveti huzamhoz tapad, mely a csipőtövistől a szeméremgumóig vonul és a Poupart-szalag hátulsó széleivel összenőtt, ezt hátul barázdává egészitvén ki. Ezen úgynevezett belső lágyékszalag (lig. ingu. internum) a Poupart-szalag alatt a nagy medenczéből kilépő képződményekhez nevezetesebb viszonyban van (452. l.) Később azonban a Poupart-szalag visszahajló hátulsó szélét hivja lig. ingu. internumnak. (460. l.)

Könyvének újabb kiadásában[4] a lágyéksarlót, falx (aponeurotica) inguinalist (ligamentum *Henlei*) és a gödörközti szalagot (lig. interfoveolare, ligamentum *Hesselbachii*) irta le mint a mediális lágyékárok határait, melyek a lágyékszalaghoz tapadnak s egy a külső lágyékgyürüvel szemközt fekvő nyilást fognak közre; felemliti, hogy némelyek a gödörközti szalagot a haránt hasizom medenczei tapadásának tekintik, a minek van is szerinte némi alapja, mert rajta néha a haránt hasizomból leváló nyalábok vannak (m. interfoveolaris).

* * *

Azt hiszszük elég példát hoztunk fel annak bizonyitására, hogy mily különfélekép ecsetelik a különféle szerzők a lágyékcsatorna anatomiai viszonyait, mily különféle nevekkel illetik egy s ugyanazt a dolgot és mily különféle jelentőséget tudnak be egy s ugyanazon névnek. És a fentiek elolvasása után azt hiszem mindenki azon véleményben lesz, hogy *Anger*-nek 1868-ban mondott szavai a lágyékcsatorna leirásairól: „Les descriptions en sont tellement multiples qu'il est presque impossible, de se reconnaitre dans les nombreuses descriptions données par les auteurs"[5] — még ma is, a legmodernebb leirásokra nézve is teljes érvényben vannak.

Pedig épen a szóbanforgó és oly különféleképen vázolt úgynevezett felső és hátulsó fal, helyesebben az ondózsinórt körülvevő izomzat viszonyai azok, melyek a sebészet mai állása mellett a legnagyobb gyakorlati jelentőséggel birnak. Meg kell vallanunk, hogy e pontban a legmodernebb anatomiák és atlasok is bizonyos visszamaradást tüntetnek fel. A szóbanforgó bonczlani tények tárgyalásánál a legnagyobb súlyt azon képletekre helyezik, melyek mint sérvburkok, leszorítást okozó sérvgyürük, ezen sérvgyürükkel viszonyban álló erek, a 20—25 esztendő előtti chirurgiában és még régebben a kizárólagosan csak incarcerált sérvek miatt végzett herniotomiák korszakában csakugyan a legeslegnagyobb fontossággal birtak. Kétségtelen, hogy ezen viszonyok tudása ma is fontos, bár az asepsis és technika mai állása mellett vérerek sértésétől nem félünk annyira, mint akkor; az összes burkoknak, sőt magának a peritoneumnak megnyitását pedig épen kizárt sérveknél elengedhetetlenül szükségesnek tartjuk. Az operált sérvek legnagyobb contingensét azonban manapság épen nem a kizárt, hanem a szabad sérvek teszik s ezen szabad sérvek operálása a lágyékcsatorna végleges teljes elzárását teszi kötelességünkké. Ezen elzárás az ondózsinórt környező izmok és szalagok felhasználásával történvén, *manapság legnagyobb gyakorlati fontossággal ép ezen plastikus materiále gyanánt felhasználható képletek viszonyai* birnak s épen ezek azok, melyekről ezen tájék tárgyalásánál még a legkitünőbb tájboncztanokban s az inguinális táj boncztani monographiáiban is a legkevesebb szó esik, melyek minden atlasban másféleképen vannak lerajzolva, s mint azt fennebb demonstráltuk, minden könyvben másképen leirva.

Az anatomusok ezen ingadozásának azután a sebészi mütéttanokban látjuk a folytatását. Míg *Bassini* eredeti leirása szerint az obliquus int., transversus és fascia transversalis a peritoneumról leválasztva varratik a Poupart-szalaghoz, hogy az a jónak képzelt lágyékcsatorna hátulsó falát képezze, mások a felső falat képező izmok, a tendon conjoint odavarrásáról beszélnek. Egyszer úgy van lerajzolva az obliquus internus széle, mint a mely párhuzamosan megy a Poupart-szalaggal, másszor a mint distincte eltér a Poupart szalag irányától s míg ez utóbbi lefelé halad, az izom éle derékszögű irányban ütközik a rectushoz. És nemcsak képekben és rajzokban, de a mi ennél sokkal fontosabb, mütétek alkalmával is igen változó formákat találunk a lágyékcsatorna szóbanforgó izomzatának alkotásában. Ez úgyszólván az egyetlen pont, melyben az összes autorok megegyeznek. S a széles hasizmok ezen részének változó fejlettsége nem áll arányban sem az egyén egyéb izomzatának erősségével, sem a sérv nagyságával. Erős, izmos egyéneknél igen nagy izomdefectust találunk a Poupart-szalag felett, s gyenge, vézna alkotásúaknál igen jól használható izomzatot. Néha óriási herniák után meglepő könnyen sikerül a sérvcsatorna elzárása, máskor apró sérveknél alig lehet valahogy odahozni az izomzatot a Poupart-szalaghoz. Végül az esetek egy további csoportjában nem teljes az izomdefectus a Poupart-szalag felett, hanem van valami vékony izomlemez, melyet azonban a lágyékcsatorna megbizható elzárására felhasználni lehetetlen, melyből a varrat vagy kiszakad, vagy pedig olyan rést csinál benne, hogy azon át a praeperitoneális zsírszövet azonnal kibujik.

A lágyékcsatorna exact elzárására nézve az izomzat alkotásában mutatkozó ezen változatok természetesen a legnagyobb fontossággal birnak s érdemesnek látszott megkisérteni, vajjon lehet-e ezen változatokat bizonyos rendszer szerint csoportositani. A legpractikusabb basisát ezen csoportosításnak természetesen a radikális lágyéksérvműtétek alkalmával az izomzatban talált különféle anatomikus állapotoknak gondos feljegyzése képezné. A tan- és kézikönyvek eltérő adatai mellett azonban különösen a lágyéktáj mediális felében található izom- és szalagképletek hovátartozását biopsiák alkalmával megállapitani nagyon nehéz, kipraeparálni pedig anatomice e képleteket in vivo, csak azért, hogy mibenlétüket eldöntsük, annyira komplikálná a sebészi beavatkozást s oly veszélyeket rejtene magában a betegre nézve, miszerint a dolognak ilyesféle tisztázása szóba sem kerülhet. Ezért gondoltam szükségesnek hullavizsgálatok végzését, hogy e tájékot az esetek egy nagyobb számában gondosan kikészitve, megállapitsam, hogy az irodalomban circuláló sokféle leirás közül melyik a helyes, hogy a mediális lágyékárkot fedő képletek azon jellegző vonásait megállapitsam, melynél fogva azok hamarosan, egyszerű megtekintésre is, így tehát mütétek alkalmával is felismerhetők s végül hogy tájékozást szerezzek az iránt, vajjon a hasfal e helyén az izomzat alkotásában mutatkozó proteusi változatosság normális körülmények között is feltalálható-e?

Vizsgálataimat (megfelelő számú előzetes tájékoztató bonczolás után) 50 inguinális tájon (25 egyén) végeztem, melyekben az itt szóba jövő képletek viszonyait gondosan átvizsgáltam és feljegyeztem. Anyagul kizárólag felnőtt férfiak tetemei szolgáltak, egyfelől azért, hogy a materiális lehetőleg egységes legyen, másfelől mivel operativ szempontból épen ezek birnak legnagyobb fontossággal, úgy gyakoriságuk miatt, valamint azon okból is, mivel a lágyékcsatorna elzárása épen férfiaknál szokott nehéz-

[1] Appendix to Quains anat. Superficial and surgical anatomy. 1896.
[2] Anatomy descriptive.
[3] Leiró ember- és tájboncztan. 1888.
[4] A mozgó szervek anatomiája. 1898.
[5] Anat. chirurgicale. Paris 1868.

ségekbe ütközni, míg nőknél és gyermekeknél rendszerint könnyen megyen.[1]

Habár változatokról lévén szó, egy s más tekintetből kívánatos volna az egyes esetekben talált leletekről felvett jegyzőkönyveknek részletesebb közlése, a hely szűk volta kényszerít arra, hogy ettől elálljak s vizsgálataim eredményét csupán összefoglalólag adjam.

Megelőzőleg csak egy általános megjegyzést szabadjon a lágyékcsatornára vonatkozólag tennem.

Tudvalevő, hogy lágyékcsatorna alatt azt a képzeletbeli csatornát értjük, melyben az ondózsinór a hasfalon átvonul, hogy subperitoneális helyzetéből a bőr alá jusson, s innen a scrotumba léphessen. E csatornának falait azon képletek alkotják, melyekkel az ondózsinór a hasfalon át való haladása közben érintkezik. Mivel az ondózsinór a hasfal összes rétegein át kell hogy haladjon — s ezen áthaladása közben a hasfal rétegeihez képest a térben szereplő mindhárom tengely irányában ferde lefutású —, önként következik, hogy a lágyékcsatorna falai nem lehetnek egységesek, hanem az ondózsinór környezete lefutásának minden pontján más és más. A lágyékcsatorna falairól beszélni tehát olyan értelemben, mint azt sok tankönyv teszi, hogy elülső, hátulsó, alsó, felső falat — mások csak elülső, hátulsó falat s alsó és felső szögletet — vesznek fel, nem lehet. Az egyetlen fix a lágyékcsatorna abdominális és subcutan nyilása, a hézag, mely a fascia transversalisban az ondózsinórnak a lágyékcsatornába való belépésénél, s a hézag, mely az ondózsinórnak a bőr alá való kilépésénél az obliquus externus bőnyéjében mutatkozik. Ezen két pont között az ondózsinórt körülvevő képletek úgyszólván millimeterről millimeterre változnak; a transversus, az obliquus internus, melyek a belső lágyéknyilásnál mind az ondózsinór előtt feküdtek, föléje, majd mögéje kerülnek, előbb vagy utóbb, az egyes esetekben való változott kifejlődésükhöz s az ondózsinór lefutásának ferdeségéhez képest. Ily módon azt hiszszük, legjobb nem elülső, hátulsó stb. falról beszélni, melyek nemcsak egyénenként, hanem egyugyanazon individuumnál is folyton változó képleteket tartalmaznak, hanem bőnye-, izom- és pólyafalról. A bőnyefalban levő subcutan nyilással záródik le elől, a pólyafalban levő abdominális nyilással záródik le hátul a lágyékcsatorna; a bőnye- és a pólyafal alul, a Poupart-szalagnál egy éles élben találkozik, felfelé széttér, s a széttérő lemezek közé van bezárva a lágyékcsatornának a belső ferde és haránt hasizom s az előbbivel összefüggésben álló cremaster által képezett izomfala, melynek alkatrészei egyénenként különböző s az ondózsinór lefutásának egyes phasisaihoz képest is változó módon részben az ondózsinór felett, részben alatta vonulnak el, részben az aponeurosis vagy a fascia alkotta falhoz csatlakoznak.

Az aponeurosis m. obliqui externi által alkotott falról, az ezt fedő pólyarétegekről, a lágyékcsatorna bőralatti nyilásáról, melyek nagyjában egyértelműleg iratnak le, nincs különös mondani valónk, legfeljebb két megjegyzést lehetne tenni.

1. Az aponeurosis obliquiben apró defectusok, mint azt számos szerző említi, elég sokszor találhatók. A leggyakoribb formája a defectusnak közismert módon az, mely a bőralatti lágyéknyilás szárainak folytatásában vonul az elülső felső csípőtövis felé. 50 esetem közül 9-ben találtam ilyesféle nagyobb defectust, hol a kúpalakú gyöngülés a spina ant. sup. közelébe terjedt és pedig három hullán mindkét oldalt, háromnál pedig csak az egyik oldalon volt jelen. A defectus kétféle lehet. Van olyan eset, a hol az aponeurosisnak csupán sajátos ferde irányú rostjai hiányoznak, de az ívalakú rostozat (fibrae intercrurales) elég erős és elég sűrű ahhoz, hogy a hártya elég resistens és erős maradjon; máskor ellenben ezen rostozat sincs kifejlődve, a mikor az aponeurosis alatti képletek (izom, ondózsinór) áttünnek alatta, s az aponeurosis hézaga egész vékony, különálló, pólyaszerű képlettel van kitöltve (fascia spermatica ext. autt.) Sérvek műtevésénél, bár aránylag ritkán (mert az esetek többségében az aponeurosis obl. ext. inkább erősen megvastagodott), szintén találkozunk ilyen aponeurosisdefectussal, mely oly jelentékeny lehet, hogy az aponeurosis megduplázása, mely több methodus (*Girard*, *Berger*, *Andrews*, az enyém) egyik momentumát képezi, nem vihető ki, s az ondózsinór fedése aponeurosissal legfeljebb úgy sikerül, ha az aponeurosis felső lebenyét előzetesen bőven alápraeparálva azt, az ondózsinór felett a Poupart szalaghoz húzzuk le.

2. A baseli nomenclatura szerint ligamentum inguinale reflexum (Collesii)-nek nevezett szalagot[1] franczia és angol szerzők rendszerint úgy irják le, hogy ez képezi tapadását az os pubison és a tuberculum pubicumon a túloldali obliquus externus bőnyéjének, sőt *Blaise*[2] szerint a túloldali obliquus internusból is származhatik. *Poirier* a szalagnak a túloldalról való eredése mellett azt hozza fel, hogy a baloldali rendszerint erősebb, mint a jobboldali. A német anatomusok úgy irják le a szalagot, mint a Poupart-szalag hátrahajló elülső tapadásának, némelyek egy szersmind mint a Gimbernat-szalagnak a rectushüvelyre való kisugárzását; *Zuckerkandl* atlasában e képlet úgy van ábrázolva, mint egy a lig. pubicum *Cooperi*-ről (a pecten pubis felett összefutó szalagképletek által megvastagodott csonthártya) eredő önálló szalag, mely a rectushüvelyen rostozódik fel, míg *Langer-Toldt* a szalagot a fascia transversalis képződményének tartja. Saját tapasztalataim szerint a *Colles*-féle szalag csak úgy fogható fel, mint a lig. inguinale (*Pouparti*) kisugárzása a rectus hüvelyére.

A lig. inguinale ugyanis mediális tapadásánál legyezőszerűen szétterül. Az előzőleg inkább csíkszerű szalagból egy lap szerint kiterülő lemez lesz, melynek legelülső rostjai még a tuberculum pubicum elé sugároznak ki a rectusín s az adductoreredés felé, azután a tuberculum pubicum mentén a szeméremcsont egész szélességében tapadnak, itt képezvén azt a felületet, melyen az ondózsinór a bőralatti lágyéknyilásba beléptekor nyugszik, s végül hátrafelé menve a pecten pubison tapadnak, a mi által tudvalevőleg a ligamentum lacunare (Gimbernati) keletkezik. Ezen hátulsó rostoknak egy része azonban nem hajlik le a pecten pubishoz, hanem ellenkezőleg ferdén, alulról felfelé megyen s a tuberculum pubicum fölé emelkedve rajta túlmegy és a rectushüvely alsó részét segítvén képezni, ebben sugárzik ki. Ezen rostok alkotják a *Colles*-szalagot, azt a háromszögű szalagot, mely az ondózsinór eltávolítása után a bőralatti lágyéknyilásban láthatóvá válik s azt alulról mintegy lekerekíteni látszik, tényleg azonban a bőralatti lágyéknyilás niveauja mögött van. A szalag háromszögletű s így hasonlít a ligamentum lacunarehoz; csakhogy míg ez utóbbinak hegyes csúcsa fel- és befelé néz, az előbbié le- és kifelé tekint, s míg a lig. lacunare inkább horizontális irányú, a lig. Collesii síkja vertikális. Különben a két szalag a lig. inguinaleben rövidebb-hosszabb darabon találkozik s együttvéve fekvő X, helyesebben két egymás felett kissé eltólt, fekvő $\vee$ $\left(\frac{\leq}{\geq}\right)$ képét adja. A mi a lig. ingu. reflexum végződését illeti, többnyire a középvonalig megy s itt a túloldalival kereszteződik, a mint hogy a rectust fedő bőnyék mind a linea albában kereszteződni szoktak. Azonban akárhányszor nem éri el a középvonalat s rostjai a rectushüvelyben (helyesebben a pyramidalis felett) még a linea albától 1—2 cm.-nyire szétfoszlanak. A szalagnak a transversus-

[1] A hullaanyagot főképen *Pertik* tanár úr szivességének köszönöm, nehányat *Lenhossék* tanár úr volt kegyes átengedni, nehányat pedig a szt. Margit-kórházi prosectura szolgáltatott. — A hullákat többnyire a bőr felől praeparáltam, s csak az esetek kisebb számában a peritoneum felül. Praeparálásra mindig friss hullák szolgáltak. A finom izomképletek így jobban ismerhetők fel, mint alkohol- vagy formalinkeményítés után, a mit némely szerző (*Luschka*, *Hoffmann*) e táj praeparálásra ajánl, s a minek folytán a színek tudvalevőleg elmosódnak. Conservált hullákon is nehéz a kötőszövetbe kilépett glycerinmassa közt a vékony izomlemezeket követni, s már egyszerű oedemánál is a viszonyok elmosódottá válnak, különálló kötőszövet-, ín- és gyenge izomrostok nehezen különböztethetők meg. A friss anyagnak csak kisebb része (5 hulla) volt bonczolatlan; a többinél kórboncztani vizsgálat czéljából a hasüreg előzőleg a proc. xiphoideustól a köldökig s innen kétoldalt harántul vezetett metszéssel meg lőn nyitva. A praeparálás ezeken vagy hátulról történt, vagy a hashártya-izom-bőrseb újolagos összevarrása után. Mint a bonczolatlan hullákon talált viszonyokkal való összehasonlításból kiderült, a hasüreg ilyenforma megnyitása mellett a lágyékcsatorna képleteinek helyzete nem szenved eltolódást.

[1] Lig. Collesii, lig. triangulare, lig. Gimbernati reflexum, lig. ingu. int. (*Bourgery*), faisceau à fibres rayonnées (*Cloquet*), crus posterius seu medium annuli ext. can. ing., pilier postérieur, triangular ligament etc. Megjegyzendő még, hogy vannak szerzők, kik a *Colles*-szalagot az alább leirandó falx inguinalissal összetévesztik, így *Maydl* jeles és elterjedt monographiájában a sérvekről (Die Lehre von den Unterleibsbrüchen. Wien, 1898 p. 20).

[2] Le canal inguinal chez l'adulte. Thèse de Paris. 1898.

inhoz való viszonyáról alább fogunk szólani. Sebészeti jelentősége nincs, mert az inguinális csatornát csak kezdeti része segíti képezni, itt pedig szélessége oly jelentéktelen, oly kevéssé emelkedik a Poupart-szalag szinvonala fölé, hogy az inguinális csatorna mediális zugának elzárásában különös hasznot nem nyujthat, további lefutásában pedig csak mint a rectushüvely egyik alkotó eleme jő számba.

Az inguinális csatorna izomfala a következő képleteket tartalmazza:

1. A musculus obliquus internus legalsó része.
2. A cremaster.
3. A musculus transversus legalsó része s az ezzel összefüggő képletek, melyek mint falx inguinalis, ligamentum *Hesselbachii*, musculus interfoveolaris, tendon conjoint szerepelnek.
4. A musculus transversus alatt fekvő, kivételesen jelenlevő izomzat (musculus pubotransversalis *Luschka* seu tensor fasciae transversae *Hoffmann*).
5. Az a laza sejtszövet, mely az obliquus externus aponeurosisa s az obliquus internus, továbbá ezen izom és a transversus közt foglal helyet, s melyet *Blaise* 4 külön pólyaréteg gyanánt ir le s végül a musculus transversus és az alatta levő kivételes izom közt fekvő sejtszövetréteg.

A leirás folyamán előbb ezen képleteket fogjuk sorra venni s azután egymáshoz és az ondózsinórhoz való viszonyukat tárgyalni. Megelőzőleg azonban egy ezen tájék leirásába újonnan bevitt fogalomról, a musculus interfoveolarisról kell nehány szót szólanunk.

Ez a név *His*-től származik, ki azt a baseli nomenclatura[1] megszerkesztése alkalmával állapította meg, értvén alatta azokat az ivszerüen felhaladó izomrostokat, melyeket szerinte a belső és külső lágyékgödör közt elvonuló ligamentum interfoveolare (*Hesselbachii*) állandóan tartalmaz, s melyek a musculus transversusba követhetők. *Hoffmann*[2] a musculus interfoveolaris fogalmát kiterjesztette s a musculus obliquus internus bizonyos rostjait is, melyek a mediális lágyékgödör fedésében részt vesznek, az interfoveoláris névvel illeti.

Ehhez képest megkülönböztet egy pars interfoveolaris musculi obliqui internit s egy pars interfoveolaris musculi transversit, a harmadik izom pedig, mely időnként a mediális lágyékgödör fedésében részt vesz, a tensor fasciae transversalis, melyet a fascia transversa képleteihez számit s az előzöktől megkülönböztetendőnek tart. Bő irodalmi kutatások alapján kimutatja, hogy ezen a mediális lágyékgödör táján levő izomelemeket a különböző szerzők miként tévesztették össze, hogy a musculus interfoveolarisról alkotott vélemény minő ingatag, s hogy *Spalteholz*, *Toldt* atlasai, *His*, *Merkel* ábrái teljesen heterogen dolgokat (hol lehajló transversusrostok, hol a m. tensor fasciae transversalis, hol a kettő együtt) állitottak oda m. interfoveolaris gyanánt.

Véleményem szerint ez a musculus interfoveolaris elnevezés rendkivül szerencsétlenül választott.

Először is a ligamentum interfoveolare *Hesselbachii*, melynek elülső felszinén ezek a rostok állandóan futnának, ilyen értelemben, mint azt alább ki fogjuk mutatni, egyáltalán nem létezik.

Másodszor az izomrostok jelenléte az inguinális csatorna úgynevezett hátulsó falán egyáltalán nem állandó, a miben leleteim megegyeznek (ha az izomrostok hiányának aránya tekintetében nem is teljesen) *Hoffmann* leleteivel, a ki 30 hulla közül 14-ben találta azt, hogy a mediális lágyékgödör falában mindennemü izomzat hiányzik.

Harmadszor, ha vannak is jelen izomrostok e tájon, ezek nem a belső és külső lágyékgödör közt, hanem főleg a belső lágyékgödör felett futnak, tehát interfoveolarisnak épen nem nevezhetők.

Negyedszer az itt levő izomrostok különböző eredésüek, mint azt *Hoffmann* is hangsúlyozza és igy egy névvel nevezni őket, azon izomtömegtől pedig, melyhez voltakép tartoznak (obl. int., transversus), külön névvel elválasztani, csak növeli azt a zavart, mely e tájék viszonyainak leirásában különben is mutatkozik.

És végül nem tarthatjuk helyesnek azt sem, hogy az obliquus és transversus izomrostjait csak azért, mert a lágyékcsatorna u. n. hátulsó falán feküsznek, az izom többi rostjaitól elválaszszuk, mint a hogy azt *Hoffmann* a „pars interfoveolaris musculi obliqui int.“ és „pars interfoveolaris musculi transversi“ elnevezésekkel teszi. Mert az, hogy az izom egy részlete az ondózsinór mögött fekszik, épen nem teheti az izomrost különös charakterét, függvén ez nem csupán az izom illető részletének fejlettségétől, hanem az ondózsinór lefutásának ferdeségétől is. Világosabban szólva, az ondózsinór néha közvetlenül a lágyékcsatorna hasüri nyilása táján az aponeurosis obliqui externi alá lép, máskor csupán a bőralatti lágyéknyilás közvetlen közelében. Feltéve már most, hogy az obliquus internusnak, illetve transversusnak (rendszerint elvékonyodott) rostjai mindkét esetben egyaránt leterjednek a Poupart-szalagig, az első esetben ezek a rostok az ondózsinór mögött fognak feküdni, a lágyékcsatorna ú. n. hátulsó falát fogják képezni, szóval *Hoffmann* féle értelemben interfoveolaris rostok lesznek, míg a másik esetben az ondózsinór előtt fognak futni, a lágyékcsatorna ú. n. elülső falát képezendik, a mediális lágyékgödör tájéka pedig izomzattól ment lesz és csupán a fascia transversa által fog képeztetni, szóval a *Hoffmann*-féle interfoveolaris rostok hiányozni fognak, pedig az izom tulajdonképen mindkét esetben egyformán van kifejlődve, csakhogy az ondózsinór egyszer előtte, máskor mögötte fut.

Ezek alapján úgy a musculus interfoveolaris elnevezést, mint a musculus obliquus internus és transversus egyes részleteinek az interfoveolaris jelzővel való ellátását helytelennek és czélszerütlennek tartom.

De itt az ideje, hogy sorba vegyük az izomfal egyes alkotórészeit.

I. *A musculus obliquus internusnak* legalsó része az, mely a lágyékcsatorna alkotásában részt vesz. Az izomnak ezen a lágyékcsatornában fekvő részlete, mely a Poupart-szalag külső harmadáról ered, az izomnak többi részétől úgy nyalábjainak lefutási iránya, mint többnyire vastagsága által is lényegesen eltér s fejlettségi foka, nyalábjainak elrendezése tekintetében igen nagy változatosságot mutat. A mi első sorban a rostok lefutását illeti, míg az obliquus int. felsőbb részletein a rostok alulról és oldal felől felfelé és a középvonal irányában tartanak, majd a spina ant. sup. táján inkább harántirányt vesznek fel, a Poupart-szalagról eredő izomrostok ferdén kivül-felülről, be- és lefelé futnak. Legkifejezettebb ez az irány a legalsó rostokon, melyek a cremastert képezik, s legkevésbé kifejezett a legfelsőkön, melyek iránya a haránthoz közeledik. Egészben véve tehát az obliquus internusnak a *Poupart*-szalagról eredő rostjai egy háromszögü lemezt képeznek, melynek csúcsa a spina ant. sup. felé tekint, melynek felső széle harántul, alsó széle az ondózsinór mentén a scrotum felé vonul, míg basisa a rectus oldalsó széle által képeztetik. A rostok, melyek a háromszög csúcsa táján a lig. inguinale laterális harmadán szorosan összepréselvék, további lefutásukban mindinkább széjjeltérnek s az esetek szerint változó módon hamarább vagy később defectusok állnak be az izomlemezben, melyek ugyancsak ékalakúak, lateral felé néző csúcscsal és median felé néző nyilással. A legállandóbb defectus a leirt izomlemezben a cremaster kiválása által keletkezik az által, hogy egy többékevésbé vastag izomnyaláb elválik a többitől, hogy az ondózsinórt a scrotumba kövesse, míg a többi a rectushüvely irányában, illetve a tuberculum pubicum felé tart, hogy ezen helyeken tapadjon. A cremaster elválása az obliquus internusnak tömegétől rendszerint már a hasüri lágyéknyilás táján vagy attól valamennyire median felé történik s ilyenkor a különvált cremaster az ondózsinór alatt, majd külső oldalán halad tova, míg az izom többi részlete az ondózsinór felett, majd mögötte vonul. Megtörténhetik azonban, hogy a cremaster csupán a bőralatti lágyéknyilás táján válik el az obliquus internusnak a lig. inguinaleról eredő többi rostjaitól s ilyenkor az ondózsinórt egy vékony izomréteg borítja egész lefutása folyamán a lágyékcsatornán keresztül. Ilyen esetekben az obliquus int. legalsó rostjai, melyek a tuberculum pubicumhoz s a vagina rectinek közvetlenül szomszéd részeihez tapadnak, nem-

[1] Die anatomische Nomenclatur. Arch. für Anat. und Entwicklungsgeschichte. 1895. pótfüzet p. 124.

[2] Archiv für Anat. und Entwicklungsgeschichte 1901. Das Verhalten der Bauchmuskeln im Bereiche der medialen Leistengrube.

csak igen vékonyak szoktak lenni, hanem egyszersmind gyengén ívelt, lefelé convex lefutásúak, úgy hogy egy darabon akár kiléphetnek az inguinális csatorna nyilásán, hogy annak felső szára alatt visszabújva, tapadási helyükhöz jussanak. Ezeket a rostokat többen *(Henle, Blaise, Gray* stb.) a cremaster legfelső hurkai gyanánt irják le s ezeknek hurokszerü lefutása, kapcsolatban azzal, hogy a tuberculum pubicumról is ered egyszer-máskor cremasternyaláb, vezetett, úgy látszik, arra a több oldalról hangoztatott felfogásra, hogy a Poupart-szalagról eredő cremasterrostok parittyaszerüen veszik körül a herét s azután a tuberculum pubicumhoz visszatérnek, miközben felülről lefelé a cremasterhurkok lefelé való convexitása folyton nő.

A cremaster viszonyaival való foglalkozást későbbre hagyván, térjünk vissza az obliquus internusnak többi, a lig. inguinaleről eredő nyalábjaihoz. Mint említők, ezek a rectushüvely, illetve a tuberculum pubicum felé tartanak, hogy rendszerint tapadásuk előtt röviddel ínba menvén át, ezeken végződjenek. Hogy a rostok a rectus szélén túl is húsosak maradtak volna, mint a hogy azt *Henle, Blaise* leirják, nem észleltem. Azt ellenben, a mire *Henle* és *Hoffmann* utalnak, hogy t. i. a rostok sokszor összekuszálódnak, az előbb egy síkban fekvők egymás alá kerülnek, én is láttam. Practice ezen aprólékos eltéréseknél sokkal fontosabb az, hogy az obliquus internusnak a ligamentum inguinaleről eredő ezen rostjai többnyire igen vékonyak, halványak, a mit különben *Luschka* és mások is hangoztatnak, s hogy sokszor defectusokat mutatnak, a mire pl. *Mihalkovics*-nál, *Hoffmann*-nál találunk utalást.

(Vége következik.)

Az orr melléküregeinek gyuladásairól.[1]

Közli: *Paunz Márk* dr.

(Folytatás.)

Kórisménket mindig a tünetek gondos figyelembe vételével *boncztani alapon kell felállítanunk.* Teljesen alárendelt jelentőséggel bir az átvilágítás, melyet *Heryng*[1] és *Vohsen*[2] használtak először az orrmelléküregempyemák kórismézésénél. Tekintve azt, hogy a csontos falak vastagsága lényegesen befolyásolja az átvilágítás eredményét, nemkülönben, hogy a homloküreg gyakran (körülbelül 20%-ban) egyik vagy mindkét oldalon hiányzik, az átvilágítás által nyert eredményeknek döntő jelentőséget nem tulajdoníthatunk. Mégis alkalmazzuk az átvilágítást, mert egyikmásik esetben egyéb tünetek jelenléte mellett eltekinthetünk a Highmor-üregnél a betegre nézve nem kellemes próbapunctiotól és esetleg kizárhatjuk épen a jól sikerült átvilágítás segítségével a részünkről feltételezett homloküregempyemát. Egyébként tudnunk kell, hogy híg geny áteresztí a sugarakat, ellenben nem engedi át a fényt a megvastagodott, duzzadt nyálkahártya, ha nincs is nagyobb mennyiségü geny az üregben.

A *gyógykezelés* célul tűzi ki a genyedő folyamat megszüntetését az által, hogy az üregekben megrekedt genyet levezetve, ott ismét normális állapotot teremtünk, vagy ha ez a nyálkahártyának nagyfokú elfajulása folytán már nem lehetséges, akkor a nyálkahártya további működését — mely most már csak genytermelésből áll — annak gyökeres kipusztításával meg kell akadályoznunk Ha ez a boncztani viszonyoknál fogva nem sikerülhet, úgy megfelelő nyilások készitése által a genynek állandó levezetéséről kell gondoskodnunk.

A gyógykezelés szempontjából a *heveny esetek lényegesen különböznek az idült esetektől.* A heveny esetekben igen gyakori a spontan gyógyulás. A heveny náthával gyakran együtt jár egy vagy több üregnek heveny gyuladása. Ezek a náthával együtt gyorsan lezajlanak. Ha egyik-másik melléküregben marad is váladékretentio, akkor is elég sokszor látjuk a váladék spontan kiürülését és a folyamat sima és gyors gyógyulását.

Ha a tünetek nem sürgetők, egyszerű kezeléssel, nyugalommal, meleg gözölésekkel, a középső orrjáratnak vagy a szaglórésnek cocaintonogennel való beecsetelésével rendesen czélt fogunk érni; a fájdalmak ellen phenacetint, aspirint stb., külsőleg borogatásokat adhatunk. Ha ez nem elegendő, scarificatiokat alkalmazhatunk a középső orrkagyló nyálkahártyáján. *Hajek* a a scarificatiót nagyon ajánlja, magam sok hasznát nem láttam. Sokkal jobb heveny esetekben a középső kagyló resectioját végezni, ha a váladék spontan kiürülése nem következik be. Ha a szondázás könnyen végezhető, úgy az is czélra vezet; de heveny esetekben legjobb, ha a szondázást egyáltalában nem veszszük alkalmazásba. A középső kagyló elülső végének resectioja heveny homlokőbli genyedés több esetében kitünően bevált. Ezek közül a következő két esetet közlöm.

1. T. József, 31 éves, kosárfonó. Jelentkezett 1904. április 17.-én. Tiz nap előtt nátha, azóta igen erős jobb homloktáji fájdalmak. A jobb homlokiireg felett a bőr kissé duzzadt; kopogtatásra igen nagy, a homlokőbölre szorítkozó fájdalmak; a jobb homlokőből fundusa tapintásra rendkivül érzékeny. A jobb orrüreg nyálkahártyája élénkvörösen belövelt, a középső kagyló erősen duzzadt; a középső orrjáratban sürü genyes váladék. Április 19. A fájdalmak a szokásos kezelésre nem szünnek, geny alig ürül. Április 20. Nagy fájdalmak. A homloktáji duzzanat fokozódik. Ezért a beteget felveszszük a pénztár kórházába és a középső kagyló resectioját végzem. Délután a fájdalmak teljesen megszünnek, geny bőven folyik, beteg aludni tud. Április 21. A fejfájás teljesen megszünt. A homlokbőr oedemája visszafejlődőben. Április 23. A beteg jól van, bőséges geny. Április 25. Nyálkásgenyes bőséges váladék. Április 28. A beteg munkába áll. Május 29. Felülvizsgálat. Semmi geny, sem fájdalom. Azóta a beteg állandóan jól van.

2. H. Gellért, 15 éves, bádogos. Felvétetett 1904. november 25.-én. Náthás több izben volt. Három hét óta jobboldali fejfájás. Két nap előtt hirtelen felduzzadt nagy fokban a jobb felső, kisebb mértékben az alsó szemhéja. A fejfájások legkifejezettebbek a jobb szemöldök külső fele felett. A jobb felső szemhéj erősen duzzadt, feszes, csüng; kisebb fokú duzzanat az alsó szemhéjon. A conjunctiva bulbi külső fele oedemás, duzzadt. Ép szemfenék. Az orrüregben geny nem látható, de erősen duzzadt a középső kagyló, nevezetesen annak külső, a bulla ethmoidealis felé fordult felszinén a nyálkahártya szemcsésen duzzadt. November 26. Bő geny a középső orrjáratban. A felső szemhéj kissé ránczosodik. Resectio conchae med. dext. A középső kagyló hólyagszerüen felfujt, a kagyló üregében polyposusan degenerált nyálkahártya és geny. Geny ömlik a homloküregből, hasonlóképen a megnyitott elülső rostasejtekből. November 27. Bőséges genyes váladék. November 28. Láztalan. A szemhéj duzzanata jelentékenyen csökkent. Szemét félig nyitja. November 29. Sok geny. A szemhéj duzzanata csökkent. Deczember 1. Állandó javulás, a duzzanat kisfokú. Deczember 5. A kórházból elbocsátjuk. Deczember 10. Munkába megy. 1905. január 3. Még kevés nyálkás-genyes váladék. Egyébként jól van.

Míg az első esetben egészen heveny homlokőbli genyedéssel volt dolgunk, addig a második esetben homlokőbli és rostacsontsejtbeli genyedés forgott fenn a homlokcsont periostitisével. Mindkét esetben sikerült a középső kagyló resectiojával nagyobb bajnak útját vágni. Nagyon természetes, hogy ezen egyszerű eljárás nincs mindig helyén és azon esetekben is, a melyekben végezzük, a betegeket állandóan szemünk előtt kell tartanunk. Azért az ilyen heveny eseteket sohase operáljuk ambulanter, nehogy az esetleg gyorsan szükségessé váló külső beavatkozás halasztást szenvedjen.

A rostasejtek és az iköből heveny gyuladásai is rendszerint simán szoktak minden különösebb beavatkozás nélkül gyógyulni. Mégis épen ezeknél fejlödik legkönnyebben súlyos természetű complicatio a koponyaüregben. Egy esetet, a melyben a rostaüreg genyedéséből halálos végü agytályog és agyhártyagyuladás fejlödött, 1902 ben ismertettem a kir. orvosegyesületben.[1] Azóta is több súlyosabb természetü heveny melléküreggenyedést volt al-

[1] *Heryng*: Die elektr. Durchleucht. d. Highmorshöhle. Berl. klin. Woch. 1889.

Vohsen: Die Durchleucht. d. Highmorshöhle etc. Laryng. Section d. X. Int. med. Congr. Berlin, 1889.

[1] *Paunz Márk:* A rhinogen agytályog. „Orvosi Hetilap" 1903. 7. 9. szám.

kalmam észlelni, melyekről a következőkben számolok be. Ötvenegy heveny homloküreggenyedés között kettő volt olyan, melyben a complicatiók folytán külső beavatkozás vált szükségessé. Az esetek a következők.

1. N. Géza, 23 éves, szabó, felvétetett 1904. április 9. én. A beteg két hét előtt náthát kapott Néhány nappal később heves jobb homloktáji fájdalmak, majd megduzzadt a jobb felső szemhéja. A jobb homlokköböl tájéka rendkivül érzékeny; a felső szemhéj lobosan duzzadt, csüng. Lobosan beszürödöttek a homlokköböl feletti lágyrészek is, a bőr oedemás, tésztás tapintató. A szemfenék ép. A jobb középső orrjáratban bőséges genyes váladék. Mérsékelt hőemelkedés. Kórisme: Empyema acut. sinus frontal. dext. Periostit. oss. frontal. consecutiva. Április 10. Mütét Kuhnt szerint. Kevés, rendkivül büzös geny az üregben, a nyálkahártya palaszürke, az üregből nekrotikus czafatokban kitörölhető. A homlokköböl igen nagy, a szemöldök külső széléig terjedő. Gondos kitakarítás és az orr felé való drainezés után varrat. Csak a szemöldök mediális része felett drainezzük kifelé is az üreget. A gyógyulás sima. A varratokat és az orrba vezetett draincsövet negyednapra eltávolítjuk. Miután a genyedés folyvást csökken, a külső tampont május 7.-én elhagyjuk. A külső sipoly május 9.-én záródik. Azonban ezen állapot nem tart soká, már május 16.-án a sipoly feltörik és azóta állandóan kevés geny ürül. Több izben a sarjak kikapartatnak. Junius 29.-én három lemezes, elhalt csontdarabka ürült ki, majd újból két kisebb csontszilánk julius 22.-én. Az orrban a genynek állandó szabad lefolyása volt, a mit még a középső orrkagyló elülső végének utólagos eltávolításával is megkönnyitettem. A betegnél a kis gombostűfejnyi sipolynyilás csak hónapok mulva záródott véglegesen. Nyilvánvaló, hogy ezen esetben a heveny homloküreggenyedés a homlokcsont periostitisét is okozta és csak miután az utólag elhalt csontlemezek kilökődtek, jutott a folyamat végleges gyógyulásra. Az, hogy a genynek az orrüreg felé szabad útja volt, épen az utólag még bekövetkezett csontelhalások folytán nem volt elegendő a gyors gyógyulásra.

2. L. Aurél, 20 éves, czipész. Jelentkezett 1904. november 18.-án. A beteg 6 hét előtt náthás lett; 3 hét óta fejfájás, mely délelőtt 10—11 óra között legnagyobb. Ha jobb orrából váladék ürül, a fejfájás szünik. A jobb homlokköböl felett typikus kopogtatási fájdalmak; a középső kagyló duzzadt, a középső orrjáratban geny. Diagnosis: Empyema acut. sin. frontal. dextr. A beteg fájdalmai cocainadrenalinra és gözölésre enyhülnek. Néhány nap mulva munkába áll. 1904. deczember 7.-én újból jelentkezik. Nagy fájdalmak, diffus oedema a glabella táján. A beteget észlelés végett felveszszük. Kevés geny az orrüregben. Láztalan. Néhány nap alatt a jobb homlokdudor felett hullámzó púp keletkezik, mely felett a bőr meglobosodik. Deczember 15.-én incisio. Igen sok geny ömlik. A szonda lefelé nagy üregbe, a jobb homlokköbölbe jut. Tamponade. Deczember 19. Mütét chloroformnarcosisban. Nagy ívelt metszés a szemöldökben. A homloküreg elülső falának eltávolítása Kuhnt szerint. A homlokköböl igen nagy, oldal felé a szemöldök széléig terjed, felfelé a homlokdudorig. A homlokköböl elülső falának alsó része ½ cm.-nél is vastagabb, felfelé alig ½ mm.-nyire elvékonyodik és a homlokdudor táján át van törve. A lobosan duzzadt nyálkahártya gondos kitakarítása után a bőrmetszést a processus nasalisra folytatjuk és itt Killian szerint rést törve, behatolunk a középső kagyló elülső végének eltávolítása után az elülső rostasejtekbe. Ezeket is alaposan kitakarítjuk. A sinus frontalis fenekét nem véstük ki. Drainezés az orrüreg felé. A külső sebet teljesen zárjuk csomós öltésekkel. A tuber frontale felett ejtett első metszésbe tampont helyezünk. Deczember 20. A beteg jól van, láztalan. Deczember 24. Varratok eltávolítása. Gyógyulás per primam. Deczember 25. Orrtampon eltávolítása. Deczember 26. A felső tampon eltávolítása. Az orrüreg felé a geny szabadon ömlik. 1905. január 8. A gyógyulás teljes. Jelentéktelen behúzódás a homlokköböl táján. Kevés híg genyes váladék az orrüregben. A beteget 1906. januárban újból láttam. A behúzódás nem feltünő; az orrüregben semmi geny. Fejfájása a mütét óta nem volt.

Ezen esetben is periostitist okozott a heveny homloküregempyema a homlokcsonton. Az empyema áttörése szokatlan helyen a homlokdudor tájékán történt, mert ott volt a homlokköböl elülső fala legvékonyabb, holott az áttörés rendes helye a belső-felső szemgödri szeglet. A gyógyulás a gondos kitakarítás után simán és gyorsan volt elérhető.

A Highmor-üreg heveny gyuladásai ritkábban szoktak súlyosabb complicatiókat okozni. Leginkább a dentális eredetü gyuladásoknál találkozunk komolyabb szövődményekkel. Ezen eseteim közül kettő megemlítésre méltó.

1. R. Elemér, 17 éves, nyomdász. Az esetet *Hültl Hümér* dr. egyetemi magántanár volt szives mütét és közlés végett átengedni. A betegnél három hét előtt a szúvas és fájdalmas bal felső II. zápfog eltávolíttatott. Ezután a bal arcz hirtelen felduzzadt, a lágyrészek meglobosodtak. A beteg felvétetett a „Budapesti poliklinikai egyesület kórházának“ sebészeti osztályára, több incisio történt; lényeges javulás azonban nem következett be, a beteg állandóan lázas, nyugtalan; a vizeletben kevés fehérje. A beteget 1904. október 5.-én vettem kezelés alá. Ekkor a következő állapotot találtam. A beteg kissé soporosus, de ezen állapotból könnyen felébreszthető és világos, értelmes feleleteket ad. Nyelv száraz; hőmérsék 39·0° C., pulsus 120. Mérsékelt bronchitis.

A bal arczfél pöffedt, a bőr piros, feszes, melegebb. A bal alsó és felső szemhéj lobosan duzzadt; a beteg a szemét kinyitni nem tudja, de ha a szemrést szétnyitjuk, látjuk, hogy a szemmozgások szabadok, a pupillák egyenlők. A szemfenék ép. Igen nagyfokú érzékenység a bal homloküreg tájékán. A bal orrnyilásból állandóan sok sürü, sárgászöldes, büzös geny ürül, mely gondos kitörlés után a középső orrjáratban nagy mennyiségben rögtön újból mutatkozik. Diagnosis: Empyema acut. sin. maxillaris et frontalis l. sin. Azonnal mütétre határoztuk el magunkat. Ennek lefolyása a következő volt. A bal Highmor üreg feltárása a fossa caniná-n át. A már elhalásnak induló elülső fal a raspatorium nyomása alatt egész terjedelmében beszakad. A Highmor-üreg telve rendkivül büzös, zöldessárga, gázbuborékokkal kevert genynyel. A nyálkahártya palaszürke, nekrotikus czafatokban majdnem egészében kihuzható. Gondos kitakarítás után rést törtem az alsó orrjáratba, az alsó kagylónak a résbe eső részét kimetszettem. Ideiglenes tamponade. Most ívelt metszés a bal szemöldökben és a homloküreg felvésése. Miután meggyőződtem, hogy ez is telve van genynyel, a metszést Killian szerint a processus nasalisra folytatva, azon át az orrüreget elegendő réssel megnyitottam és a középső kagyló elülső végének resectioja után az elülső rostasejteket, melyek szintén genynyel voltak telve, kitakarítottam. A homloküreg igen nagy, egészen a szemöldök külső széléig terjed. A geny kitörlése és a nyálkahártya kikaparása után kiderül, hogy a felső csontos sebszél közepén a diploë egy pontjából állandóan geny tör elő, mely letörlés után azonnal újból látható. Óvatosan szondát vezetve a diploë-be, ez a jelzett helyen 4 cm.-re tolható felfelé és nyomában sok geny ürül. Most először a szonda irányában rávágunk a csontig, a lágyrészeket félretoljuk és azt látjuk, hogy a csont az ott haladó csontvena irányában ½ cm.-nyi szélességben szürkésen elszínesedett és mintegy 4 cm.-re a homlokcsont sebszélétől felfelé gyermektenyérnyi területen szintén szürkés elszínesedés látható a csonton. A homlokcsont sebszélétől felfelé haladólag kivéssük a szürkésen elszínesedett csontot, miközben a diploëból mindenütt geny ürül, majd a lágyrészekre ejtett keresztmetszés után felvéssük az említett gyermektenyérnyi területet is. A dura mater és a csont között sok geny; a dura mater helyenként elszínesedett, nekrotikus, ½ lencsényi perforatioval; a dura matert is felhasítjuk, alatta is geny van. A lágy agyburkok erősen belöveltek, de nincsenek genyesen beszürödve.

Az összes sebeket nyilt tamponade-dal látjuk el, a Highmorüreget is a szájtornácz felé tamponáljuk. Délután a beteg valamivel jobban van.

Október 6. Beteg nyugtalan, állandóan lázas.

Október 7. Beteg nyugtalan, delirál. Hömérsék 39 0° C. Pulsus 104. Az arcz lágy részeinek infiltratioja visszafejlődőben; szemhéjak lelohadtak. Ellenben erősen duzzadt még a regio zygomatica. Ezért a már előbb ott ejtett két harántmetszést egy függélyes metszéssel összekötöm az arcus zygomaticust kivésem és igy feltárom a fossa retromaxillarist, melyből mintegy 80 gm.-nyi, rendkivül büzös, gázbuborékokkal kevert geny ömlik. Tamponade.

Október 8. Kötésváltáskor első izben cseréljük az agyra

helyezett tampont. Az agy mérsékelten prolabált; a pia mater lepedékes; az agy szabadon fekvő részének belső fele fluctuál. Két helyen próbapunctio Pravaz-fecskendővel. Genyet nem kapunk. Most óvatos bemetszés harántirányban a fluctuáló agyrészletbe. Geny most sem ürül, csak encephalitikus lágyulás állapítható meg. Tamponade.

Október 9. Az agy diónagyságban prolabált. A pia mater lepedékes. Egyebekben az összes üregekben és sebekben élénk sarjadzás indul meg, sehol sincsen genyretentio; a lágyrészek duzzanata mindenütt jelentékenyen visszafejlődött. Beteg soporosus, több izben rángógörcsök.

Október 10. Az állapot változatlan, a beteg nagyobbára eszméletlen. Gyakori rángógörcsök. A tünetek folytonos súlyosbodásával október 11.-én a beteg meghalt.

A boncolás (Preisz Hugó tanár) a következő leletet adta: A jobb homlokcsont operativ hiányának megfelelőleg a kemény agykéreg szintén hiányzik s a hiány megvastagodott széle a csontszél mellől, úgyszintén az agyrészlet is kissé előtolul; a csonthiány körül, különösen a szemgödör tetejének megfelelőleg, a kemény agykéreg sűrü genyréteggel fedett. A sarlóöböl üres; a kemény agykéreg említett hiányának széle előtt ezen öbölbe húzódó venának belső hártyája megvastagodott és sötét palaszürke. A kemény agykéreg és a jobb homloklebeny között tallérnyi területen az agy felületét erősebben lelapító körülirt genygyülem. A lágy agyburkok az agyalapon főleg a híd és nyúltagy körül, kevésbé az agy elülső felső felületén halványzöldes gennyel beszürődöttek. A bal homloklebeny alsó mediális részében egy kis tyúktojásnyi, szürkés-zöldesen elszínesedett, lágyult és széteső agyállománytól körülvett, kevés szennyes színü, eves genyet tartalmazó üreg, a mely a bal oldalsó gyomrocsnak ependymáját egy kis lencsényi, kerek nyiláson áttörte. Az agygyomrocsok, főként a baloldali, erősen tágultak és igen sok genyes savós folyadékkal teltek.

A homlokcsont említett operativ hiányának szélei jobboldalt ép kinézésüek, baloldalt azonban mintegy 1 cm. széles, zöldesszennyes udvartól környezettek s itt a külső csontlemezen kis lencsényi, a belső üveglemezen lencsényi felületes és genynyel fedett csonthiány látható. Az ikcsont öble törmelékes, savósgenyes anyaggal telt; a baloldali rostasejtek nyálkahártyája kocsonyásan duzzadt, ürege genyes nyálkával kitöltött; a jobboldali rostaüregek, homloköböl és Highmor-üreg nyálkahártyája halvány, vékony, az üregek tartalom nélküliek.

Diagnosis: Pachymeningitis, leptomeningitis, encephalitis purulenta ex empyemate antri Highmori, sinus frontalis, ethmoidalis et sphenoidalis sinistri orta.

A leirt esetben a Highmor-üreg dentális eredetü infectiojához egyrészt az állcsont külső periostitise és a fossa retromaxillaris eves gyuladása társult, másrészről a folyamat a rostaüregek, az ikköböl és homloköböl infectioját is maga után vonva, ez utóbbiból kiindulólag felfelé haladó osteophlebitis útján következett be az agyburkok és az agy fertőzése. A mennyire lehetett, a fertőzés útját nyomról nyomra követve iparkodtunk a genyet levezetni. Nem sikerült azonban megtalálni az agytályogot, a mi, ha sikerült volna is, nem vezetett volna gyógyuláshoz, miután a túloldali agyféltekén is már kifejlödött a genyes agyhártyagyuladás. Az eset nagyon tanulságos, mert mutatja, hogy a fertőzés mindig a kijelölt anatomiai úton halad az agyüreg felé.

Nem ily végzetes, de szintén eléggé súlyos volt a következő, magángyakorlatomban észlelt eset.

2. K. László, 13 éves tanuló. Jelentkezett 1905. augusztus 24.-én. Három hét előtt eltávolíttatott a szúvas bal I. felső zápfog. Ezután arcza felpöffedt, majd a bal orrgyök táján lobos duzzanat támadt, mely felfakadt s azóta nem záródik; nemkülönben ugyanezen idő óta a bal orrüregből állandóan sok geny ömlik és orrának bal oldalán a beteg levegőt egyáltalán nem kap.

Az orrgyök bal oldalán, a ligamentum canthi interni magasságában, de attól 1/2 cm.-nyire median felé lencsényi, sarjadzó sipoly, melyből sok geny ömlik. A sonda lefelé az orrüreg irányában 4 cm.-nyire tolható. A bal orrüregből sok geny ömlik, melynek kiöblítése és kitörlése után nyilvánvaló lesz, hogy az mindig a középső orrjáratban mutatkozik újból nagy mennyiségben. Az arcz bal felén a lágyrészek kissé duzzadtak; a fossa caninára gyakorolt nyomás érzékeny. Diagnosis: Empyema acut. antri Highmori sin. cum periostitide, verosimiliter cellulitis ethmoidalis consecutiva.

Műtét 1905 augusztus 26. Chloroformnarcosis. Először a meglevő sipolyt kivülről feltártam egy a szemöldök mediális végétől a sipolyon át a processus nasalisra vezetett ivelt metszéssel. A lágyrészek letolása után a processus nasalis külső lemezének 1 cm. hosszú, 1/2 cm. széles sequesterét eltávolítjuk, azután rést törtem az orrüregbe. Úgy a csontból, mint az orrüregből böséges geny ömlik. Miután ez megtörtént, a fossa caninán át feltártam a Highmor-üreget. Az üreg telve genynyel. A nyálkahártya igen erősen duzzadt, genyesen beszürődött. Ennek eltávolítása után a mediális falat a középső orrjáratnak megfelelőleg áttörtem; a duzzadt középső kagyló elülső részét kimetszettem és a mennyire a geny és a lobosan duzzadt nyálkahártya nyomán ezt szükségesnek láttam, az elülső rostasejteket is kitakarítottam. A Highmor-üreget az orrüreg felé tamponáltam; a processus nasalisban tört rést kifelé és az orrüreg felé tamponáltam.

A lefolyás teljesen láztalan. Augusztus 30. Első tamponcsere. Szeptember 4. Elhagyatik a Highmor-üregbe vezetett jodoformcsík. Szeptember 6. A külső tampon is elhagyatik. A sebnek varrat által nem szükített részét ragtapaszcsíkkal összehúztam. Az orrüreg felé vezető külső nyilás nehány nap alatt sarjadzás által záródik. Csak a középső orrjáratba vezetek keskeny jodoformcsíkot az orrnyiláson át. A beteg szeptember 8.-án felkel. A genyedés jelentéktelen. Szeptember 10. A Highmor-üreg a szájtornácz felé már teljesen záródott. Az orrnyiláson át vezetett tampon is elhagyatik. Orröblítések. Szeptember 14 Az alsó orrjáratban hátul lemezalakú elhalt csont látható, de ez még nem elég laza. Jodoformtampon. Szeptember 16. A 2 cm. hosszú, 1 cm. széles vékony sequester eltávolítása polypfogóval könnyen sikerül. Szeptember 20. Egy kisebb lemezalakú csontsequester eltávolítása az alsó orrjáratból. Ezután a genyedés végképen megszünt és miután a külső seb is teljesen behegedt, a beteg 1905. szeptember 23.-án elbocsáttatott. Az orrüregben kevés nyálkás váladék. A bal orrüreg teljesen szabad, jól szelel. Azóta az illető jól van.

Ez esetben ugyancsak szúvas zápfogból fejlödött a külső periostitis-szel szövödött Highmor üreg-genyedés. A geny egyrészt kifelé tört, a mi a Highmor-üreg empyemáinál elég ritkán fordul elő, másrészről az elülső rostasejteket is fertőzte. A mütét a további terjedésnek útját állotta. Az utólag még eltávolított lemezes csontsequesterek mutatják, hogy csontelhalások az alsó orrjárat külső falában és talán a fenekén is bekövetkeztek.

Jóllehet a melléküregek heveny gyuladásai a legtöbb esetben minden beavatkozás nélkül gyógyulnak, a közölt esetekből elég világosan kiderül, hogy erre biztosan számítani nem mindig lehet. Épen ezért minden esetben résen kell lennünk, hogy az esetleges nagyobb bajnak idejekorán elejét vehessük. Ha a geny kiürülése önként avagy egyszerü endonasális kezelésre be nem következik, ha ennek folytán állandó magas lázak, türhetetlen fájdalmak állanak fenn, a külső beavatkozást soká halasztani nem szabad. Rögtön kell beavatkoznunk, ha az áttörés kifelé, a szemüregbe vagy a koponyaüregbe fenyeget. Míg a heveny melléküreggenyedéseknél az eligazodás rendesen nagyon könnyü és a gyógyeredmények — eltekintve a ritkán előforduló végzetes szövödményektől — is teljesen kielégítők, addig az idült esetekben nézeteink korántsem oly egyöntetüek és a gyógyeredmények még sok kivánni valót hagynak hátra.

(Vége következik.)

TÁRCZA.

A reconstructio utáni Szeged közegészségügyi viszonyai.

Közli *Faragó Ödön* dr., Szeged sz. kir. város tiszti főorvosa, az orsz. közegészségügyi tanács tagja.

Az a mélyreható átalakulás, mely az árvíz utáni Szeged mindennemü viszonyaiban észlelhető; az a feltétlen tiszteletet gerjesztő tevékenység, mely a katasztrófát követő nehéz idök súlyát enyhíteni törekszik; az a tudatos és következetes munkálkodás, mely az arra hivatott tényezök vállvetett müködésével, a

nagynak és túlfényesnek tartott kereteket nemcsak lerakja, de immáron eredményesen ki is tölti: nem vonult el nyomtalanul a város lakosságának közegészségügyi viszonyai felett sem!

Bármennyire vonzó is lenne reám: de a rendelkezésemre álló álló hely nem engedi meg, hogy az újjászületés óta eltelt évek hiteles adatainak egymás mellé állításán s az ezekből kínálkozó tanulságok levonásán kivül, egyszersmind ismertessem azt is, hogy miként épült fel lépésről lépésre s mikép illeszkedett bele a város ügyeit intéző hatalmas gépezetbe az a szervezet, mely a maga csekély eszközeivel ugyan, de az ügy iránt való annyival több lelkesedésével, a közigazgatás egészségügyi részét irányítja és végzi!

Az ily módon elém tüzött feladat szükre szabott korlátai között megmaradni óhajtva: a reconstruált Szegednek két decenniumot meghaladó életéből az alábbiakat közlöm.

* * *

Valamely város egészségügyi viszonyainak megismeréséhez a legfontosabb adatokat általában a népmozgalmi — tehát születési és halálozási —, nemkülönben az egyes betegségekre, ezek között különösen a fertőző betegségekre vonatkozó megbetegedési és halálozási adatok szolgáltatják. Ez utóbbiak egyszersmind bepillantást engednek az egészségügyi berendezkedések modern voltának és a közegészségügyi szolgálat fejlettségének megitéléséhez is.

Lássuk mindenekelőtt a *népmozgalmi* adatokat.

1. Születések. Bár a születések száma a közegészségügyi viszonyoknak nem fokmérője: mégis mivel a születések és halálozások számának egybevetéséből egyszersmind a népességi szaporulatról is tudomást nyerünk, ez okból ezen adatoknak ismerete reánk is fontossággal bir.

Az árvizet követő első évben, *vagyis 1880-ban* megtartott népszámlálás Szegeden 73,675 polgári lakost talált. Ha figyelembe veszszük, hogy a katasztrófa előtt 11 évvel, vagyis 1869-ben a lakosság száma 71,022 volt: úgy azonnal szembeötlik, hogy 1868-tól — 1880-ig — tehát a fentebb emlitettem 11 év alatt — a népességi szaporulat 2653-at, vagyis mindössze *csak* 5%-ot tett ki!

1880—1890-ig a természetes szaporulat alapján 9777-tel, a tényleges szaporulat alapján azonban 11,894-gyel növekedett a lakosság száma, mely igy 85,569 lett; a mi a természetes szaporodás aránya szerint *13·2*%, a bevándorlás folytán keletkezett tényleges szaporulat szerint pedig *16·1*%-nak felel meg.

1890—1900-ig a természetes szaporulat alapján 10,765-tel, a tényleges szaporulat szerint azonban 3936 bevándorlottal többel, vagyis 14,701-gyel szaporodott a polgári lakosság, mely igy ez évben már a katonaság nélkül is *meghaladja a százezret, a mennyiben 100,270-et tett ki.* Ez százalékokban kifejezve: a természetes szaporodás alapján *12·5*%, a tényleges szaporodás alapján pedig *17·2*% emelkedést jelent.

(Érdekes jelenség mindenesetre, hogy az árvizet követő első tíz évben mintegy 2117-re tehető a bevándorlók száma, s ez a szám az 1890—1900-ig terjedő második évtizedben nem hogy nem csökkent, hanem még 1819-ezel emelkedett, vagyis ezen évtizedben a Szegeden újonnan letelepülők száma a katonaságot nem számítva 3936-ra szaporodott.)

Kitünik ezen adatokból, hogy a reconstructio előtti utolsó 11 évben Szeged természetes szaporodási viszonyai *sokkal kedvezőtlenebbek voltak, mint a reconstruciio utáni Szegedéi;* továbbá hogy az 1880—1890-ig terjedő I. decenniumnak az árvíz előtti 11 évhez viszonyított nagy haladása az 1890-től kezdődő II. decenniumban is megmaradt és ezen kedvező arány állandóságában az 1901. évvel megkezdődött III. évtizednek eddig rendelkezésünkre álló adatai szerint van jogunk bizni.

Ugyanis a m. kir. belügyministernek az ország 1904. évi közegészségügyi viszonyaira vonatkozólag csak mostanában megjelent jelentésében foglalt statistikai adatok szerint Szeged összlakossága, a valószinüséggel kalkulálható vándorlások figyelembe vételével, már *110,053*-ra, természetes szaporodás alapján pedig *108,317*-re tehető, a mi tehát a most folyó évtizednek kedvező népmozgalmi eredményeire szintén biztató kilátást nyujt.

II. Halálozások. Az 1880—1890-ig terjedő, vagyis a reconstructio utáni *első* decenniumban a halálozások száma a következő volt.

Meghalt:	1880-ban . . .	2801	egyén	= 38·0 ‰
„	1881-ben . . .	2421	„	= 32·86‰
„	1882-ben . . .	2534	„	= 34·39‰
„	1883-ban . . .	2327	„	= 32·58‰
„	1884-ben . . .	2405	„	= 32·64‰
„	1885-ben . . .	2809	„	= 37·12‰
„	1886-ban . . .	3220	„	= 41 ‰
„	1887-ben . . .	2674	„	= 36·29‰
„	1888-ban . . .	2293	„	= 31·10‰
„	1889-ben . . .	2173	„	= 29·50‰

Ezzel szemben a *második* decennium kezdete, vagyis 1890 óta:

Meghalt:	1890-ben . . .	2280	egyén	= 26·17‰
„	1891-ben . . .	2577	„	= 29·9 ‰
„	1892-ben . . .	2659	„	= 30·6 ‰
„	1893-ban . . .	2684	„	= 30·64‰
„	1894-ben . . .	3047	„	= 34·3 ‰
„	1895-ben . . .	2687	„	= 29·9 ‰
„	1896-ban . . .	2450	„	= 27 ‰
„	1897-ben . . .	2120	„	= 22·96‰
„	1898-ban . . .	2226	„	= 23·73‰
„	1899-ben . . .	2355	„	= 24·77‰

Ezen két korszak összehasonlításából kitünik, hogy a halálozási szám — váltakozva — úgy a 80-as, mint a 90-es években mutatott ugyan nagyobb visszaeséseket, de a halálozás *rendszeres csökkenése* csak az 1896. évtől kezdve számítható, a mikor is a halálozási coëfficiens már 27‰ lesz, ezer lakosra számítva. Ennél alacsonyabb szám a megelőző 16 év alatt csak egyszer s kivételesen fordult elő (1890 ben). 1896 óta a javuló helyzet *állandósult* s a reconstructio utáni III. évtized ke detén, vagyis 1900-ban már 24·21‰, 1901-ben pedig 21·7‰-re sülyedt alá. Bár 1902-ben (meghalt 2585) és 1903-ban (meghalt 2445) igen makacs és rosszindulatú járványokkal kellett megküzdenünk: mégis a halálozási arányszám az első évben 24·4, 1903-ban pedig 22·8‰-n nem emelkedett felül. Az 1904. évre vonatkozó belügyministeri jelentés adatai szerint *a szegedi halálozási coëfficiens 19·9‰, vagyis oly kedvező, hogy Budapest után (18·9‰) hazai összes városi törvényhatóságaink között az első helyre került.*

És igy a mi a 80-as években csak kivétel volt: a 90-es évek második felében már — napjainkig is folytatódó — rendszerré lett, hogy t. i. a százezren túli lakosságú Szegeden *most az absolut halálozás még a kedvezőtlen években sem több, mint a 80 as évek legtöbbjében volt, daczára annak, hogy akkor Szegednek mintegy 25,000 lélekkel kevesebb lakossága volt, mint van ma!*

De ezen számok nemcsak azt mutatják, hogy haladtunk és *nagy utat tettünk meg,* hanem mutatják azt is, hogy még nagy útunk van hátra! Magyarországi nagyobb városaink között a halálozási arányszám kedvezőségében az utóbbi években Budapest a legelsők közé jutott. De ha tekintetbe veszszük, hogy a székes fővárosnak halálozási arányszáma 1873-ban még *43·3*‰ volt s igy Európa 61 nagyobb városa között 51. volt, tehát igen hátul állott a sorban, s hogy ezen arányszáma 1892-ben már 28·5‰ re, 10 évvel később pedig, vagyis 1902-ben, 19·1‰, sőt *1904-ben 18*‰-re *sülyedt,* s ha ezzel szemben *látjuk, hogy az 1880-ban még 38*‰ *halálozási arányszámú Szeged a maga hasonlíthatlanul szerényebb eszközeivel szintén tiszteletre méltó utat tett meg s 1901-ben már 21·7*‰, *1904-ben pedig 19·9*‰ *arányszámhoz — és ezzel városi törvényhatóságaink között a székes főváros után az első helyre — ért: akkor helyzetünk örvendetes javulásának elismerése elől többé el nem zárkózhatunk.*

III. Gyermekhalálozás. Lassú bár, de hasonlóan örvendetes javulás észlelhető az 5 éven alól elhaltak halálozási arányszámának csökkenésében is. Míg ugyanis 1892-ben, az országos átlagnak megfelelően, még *52*% volt az 5 éven alól elhaltaknak az összhalálozáshoz viszonyitott száma: addig a gyermekhalálozás 1903-ban már *fokozatosan 43·2*%-*ra, 1904-ben pedig 42·3*%-*ra*

sülyedt alá s így a hazánkban eddig példátlanul csekély országos átlagnak is (44·1%) alatta marad.

Kitüzött feladatomtól, hogy ezúttal csak az *eredményeket* állapítsam meg, messzire vezetne, ha egyszersmind kiterjeszkedném *az okok* kutatására is. De ha tudjuk, hogy mily mélyreható átalakulásoknak, az előítélet, a nézetek, a vagyoni körülmények, a felvilágosodás és a közegészségügyi követelményekkel szemben mutatkozó közöny mily nagymérvü megváltozásának kell országszerte bekövetkeznie, hogy az ijesztő gyermekhalálozás nálunk és egyebütt csökkentessék: akkor még a legcsekélyebb eredményt sem szabad kicsinyelnünk és semmit sem, a mi az eredmények fokozását biztosíthatja, elhanyagolnunk.

Bár bebizonyított igazság, hogy a gyermekhalálozás nagyságára első sorban a születési arány van befolyással s így nagyobb szaporaságú vidékeken — mint Szegeden is — a gyermekek nagyobb százaléka hal el a felnőtt kor elérése előtt, mint a gyenge szaporaságú, ennélfogva gyermekekben szegény vidékeken: mégis ez bennünket a helyzet javítása körül való kötelességünk alól fel nem ment.

IV. *Fertőző betegségek.* A reconstructiót követő első, vagyis 1880-tól kezdődő decenniumban igen jelentékeny volt a ragályos betegségek pusztítása.

Bár a 80-as éveknek a ragályos halálokokra vonatkozó adatai hiányosak: mégis a m. kir. belügyministernek ezen évekre vonatkozólag közretett adatai igen tanulságos képét nyujtják az akkori állapotoknak. Ugyanis:

1880-ban	az összes halálozásoknak . . .	12%-a
1881-ben	„ „ „ . . .	17%-a
1882-ben	„ „ „ . . .	19%-a
1883-ban	„ „ „ . . .	13%-a
1884-ben	„ „ „ . . .	8%-a
1885-ben	„ „ „ . . .	10%-a
1887-ben	„ „ „ . . .	21%-a

a heveny ragályos betegségekben történt halálozásokra esik. *Megjegyzem, hogy ezen számokban a tüdőgümőkóros halálesetek nem foglaltatnak.*

Ezzel szemben az 1890-től kezdődő II. decenniumnak 1892-től kezdve rendelkezésünkre álló hiteles adatai szerint a fertőző betegségekben elhaltak száma — ugyancsak a tüdőgümőkór kivételével — a következő százalékot mutatja:

1892-ben	. . . . .	13%
1893-ban	. . . . .	18%
1894-ben	. . . . .	17%
1895 ben	. . . . .	8%
1896 ban	. . . . .	7%
1897-ben	. . . . .	7%
1898-ban	. . . . .	6%
1899-ben	. . . . .	7%
Az 1900. évvel kezdődő III. decennium kezdetén:	. . . . .	5%
1901-ben	. . . . .	6%
1902-ben	. . . . .	11% } vörheny-
1903-ban	. . . . .	7% } járvány.
1904-ben	. . . . .	5%

Ezen adatok egybevetéséből világosan constatálható azon feltünően kedvező eredmény, hogy *1895 óta, vagyis a mely évtől kezdve a heveny ragályos betegségek ellen való óvóintézkedések szigorú végrehajtása már minden vonalon keresztülvitetett: mily rohamosan és állandó jelleggel esik a halálozási százalék!*

És e fejezetnél nem tehetem, hogy röviden ne térjek ki azokra a kellemetlen körülményekre is, melyek a leglelkiismeretesebben keresztülvitt hatósági intézkedéseknek is oly sokszor útját állják.

Nem tudom, vajjon a fertőző betegségek tovaterjedése ellen való eredményes küzdelem hátráltatásában mi a veszélyesebb: nem hinni egyáltalán a fertőzésben, vagy hinni a fertőzésben, de nem hinni az óvó, a praeventiv intézkedések eredményességében? Mindkettő a maga korlátoltságával vagy elfogultságával dolgozik a közérdek nevében munkálkodó hatóság és saját maga ellen. És e tekintetben — sajnos — tapasztalataink vannak!

A hatóság védi a betegtől az elkülönítés megkövetelésével a család egészséges tagjait és a családhoz nem tartozókat. A hol ez keresztül nem vihető: kiemeli a beteget környezetéből, melyre veszélyessé válhatik s kórházba viszi. A beteggel érintkezőket bizonyos ideig quarantin alá helyezi, az iskolásokat kitiltja. A fertőzést egyes betegeknél kötelezőnek mondja és fertőtlenít díjtalanul. A szegényeket ellátja ingyen orvosi segélylyel és ingyen gyógyszerrel. Szóval: mozgásba jön egy egész nagy apparatus a beteg, a közvetlen hozzátartozók és a köz érdekében! A családfő sok esetben ezt nem hogy méltányolná, de sőt ellenséges szemmel nézi. Feleslegesnek, terhesnek tart minden védekezést a ragály ellen, mert *nem hisz* benne, s olyanokat tesz, melyekkel minden jó törekvést meghiusíthat. Ime csak egy példa a sok közül.

Vörheny után, fertőtlenítés czéljából kivonultak a fertőtlenítők. Ezen betegségnél — tudvalevőleg — felette ragályzó képesnek tartjuk azon stadiumot, mikor a hörlehámlás tart. A fertőtlenítésnél a czél tehát: megsemmisíteni minden a testből vagy a testről származó fertőzésképes anyagot. Mikor a családnál, mely különben nem tartozik az egészen müveletlenek közé, a fertőtlenítés véget ért, a családanya élénk szavakkal ismertette a fertőtlenítők előtt azt a nagy bőrhámlást, melyet kis betegén tapasztalt. Hogy pedig szavainak minél nagyobb nyomatékot adjon, kis időre a „tiszta“ szobába távozott, honnan pár pillanat mulva valamit a kezében tartva tért vissza, és ez a valami — *a vörhenyes gyermeknek a fehérneműszekrénybe, a tiszta ruhák közé emlékképpen eltett, lehámlott talpbőre volt!*

De ott a másik typus is, mely hiszi ugyan, hogy van ragály, mert látja, hogy van ragályzás. Azonban hiábavalónak tart minden óvóintézkedést, mert úgymond: „ezen a gyermeknek úgyis keresztül kell esnie s az meg nem akadályozható“. Tehát jobb mentől előbb! S nemhogy el nem különíti, de összefekteti a gyermekeket. Hogy ezen felfogásnak milyen következményei vannak, azt a közismert szomorú példákkal illustrálni merőben feleslegesnek tartom.

Ily körülmények között talán szükségtelen mondanom, hogy a fenti számok, melyek a heveny ragályos betegségek fokozatosan kevesbedő pusztításait igazolják: bizony erős küzdelmek eredményei.

V. *Tüdővész.* A mily kedvező az eredmény a heveny fertőző betegségekben elhaltak halálozási arányszámának a leszállásában: nem mondható ugyanez a tüdővészszel szemben. Valósággal ijesztő ennek a kórnak a pusztítása, melyet az egész országban, legfőkép azonban a Duna-Tisza közén — tehát a hol Szeged is fekszik — okoz. Ezen bajjal szemben — mint azt a m. kir. belügyminister az 1902. évről közreadott jelentésében bölcsen mondja — „azon eljárások, melyek a heveny fertőző betegségek járványnyá fajulása ellen oly sikerrel alkalmaztatnak; nem elégségesek“. Itt az eredmény elérése első sorban az általános egészségügyi viszonyok következetes javításától s ezenkivül „a társadalom összes elemeinek vállvetett közreműködésétől függ“.

A reconstructio óta rendelkezésemre álló adatok azt bizonyítják, hogy a gümőkór csökkenése tekintetében vajmi kevés eredménynyel számolhatunk be. 282 és 393 között változik az elmult 24 év tüdőgümőkóros elhaltjainak évenkénti száma. De mert a halálesetek száma a 80-as évek halálozási számához viszonyítottan — a megszaporodott lakosság daczára — átlagban most sem emelkedik: ez legalább is azon feltevésre jogosít, hogy a gümőkór nem terjed, de sőt javulásról is beszélhetünk, mert 1904-ben a gümőkórban elhaltak száma Szegeden 302 volt, a mi az összhalálozásnak 13% a, holott a Duna-Tisza közén a gümőkóros halálozás átlaga 17·5%. Az országban a gümőkóros halálozások alacsony száma tekintetében a legkedvezőbb viszonyok a Királyhágon túl vannak, de azért a halálozás ezen legkedvezőbb országrészben is 13%, *vagyis Szegedével egyenlő.*

Az utóbbi években a gümőkóros halálozásoknak városunkban való elterjedtsége körül tett statistikai megfigyeléseim a leghatározottabban bizonyítják, hogy a helyi közönség legszélesebb rétegében elterjedt azon hit, mintha a homokos talajú s szabadabb — tehát tisztább — levegőjü külterületünkön a tüdőbajosok száma sokkal kevesebb volna, mint a város belterületén, nem jogosult.

A statistika a maga kérlelhetetlen számaival igazolja, hogy a tanyákon ép úgy pusztít a tüdővész mint a város belterületén, és a gümökórban elhalt betegeinknek közel 50%-a *tanyai*.

Pedig még fél század előtt tekintélyes orvos is akadt, a ki Szegedet egy nyomtatásban is megjelent értekezésében mint tüdőbetegek téli tartózkodási helyét jelölte meg és Velenczével hasonlította össze.[1] Az alföldi klimának jellege a két hömérsékleti végletnek találkozása: nyáron tropikus meleg, télen szibériai hideg, e mellett szeles és poros. Bizony a téli tartózkodásnak vagy akár a sanatoriumoknak való helyeket is ma már nem Szegeden s nem is az Alföldön keressük.

VI. Hasi hagymáz. A fertőző betegségek ellen való sikeres küzdelem s így a város közegészségügye javulásának megitélésében rendkivül tanulságos eredmények állapithatók meg azon adatokból, melyek a reconstructio utáni, 1880-tól 1890-ig terjedő I., és az 1890-től napjainkig terjedő II. és illetőleg III. decenniumban előfordult typhus-halálesetek összehasonlításából állanak elő. Ugyanis:

1880-ban	elhalt	hasi	hagymázban	68	egyén
1881-ben	„	„	„	116	„
1882-ben	„	„	„	142	„
1883-ban	„	„	„	105	„
1884-ben	„	„	„	60	„
1885-ben	„	„	„	139	„
1887-ben	„	„	„	36	„
(1886-ról és 1888-tól 1890-ig hiteles adataink nincsenek!)					
1891-ben	elhalt	hasi	hagymázban	34	egyén
1892-ben	„	„	„	31	„
1893-ban	„	„	„	31	„
1894-ben	„	„	„	24	„
1895-ben	„	„	„	19	„
1896-ban	„	„	„	27	„
1897-ben	„	„	„	8	„
1898-ban	„	„	„	18	„
1899-ben	„	„	„	15	„
1900-ban	„	„	„	18	„
1901-ben	„	„	„	11	„
1902-ben	„	„	„	7	„
1903-ban	„	„	„	14	„
1904-ben	„	„	„	19	„

Bár részben hiányosak ez adatok, de azért nem kevésbé meggyőzőek s igazolják, hogy az óvóintézkedések keresztülvitele, kapcsolatban az utczák feltöltésével, csatornázásával *és a vízszolgáltatás tökéletesitésével*, illetőleg a kitünő ivóvizet szolgáltató artézi kutak szaporodásával, eredményeiben a fentebbi kedvező viszonyokat teremtette meg.

VII. Trachoma. Ez a betegség törvényhatóságunkban, különösen annak külterületén, *endemikusan* uralkodik.

Csaknem 20 éve annak, hogy a trachoma ellen folyton küzdünk. Bár a külterületi trachomagyógykezelés terén az ottani rendkivül nehéz viszonyok miatt nagynak mondható eredményeket el nem értünk, azonban fáradságunk korántsem volt meddő, mert ezen idő alatt sikerült a tanyai népnek a hatósági óvóintézkedések ellen kifejezetten megnyilvánuló ellenállását legyőzni s öt közönyéből valamennyire felrázni. Azáltal pedig, hogy 14□ mérföldet kitevő külterületünk *41 tanyai iskolájának sok ezernyi gyermekét évek óta tanítjuk a trachomaragálytól való óvakodásra, úgy gondoljuk, hogy — az eredményeiben máris constatálható — legnagyobb s leghálásabb lépések egyikét teszszük meg a jövő nemzedék érdekében a ragály tovaterjedésének meggátlása útján.*

Külterületi trachomásaink gyógykezelése tekintetében a m. kir. belügyi kormánynak a multban és jelenben egyaránt sokat köszönhettünk és köszönhetünk. Évek óta vannak váltakozó számmal kirendelt állami trachomaorvosaink, kik állandóan csak a trachomakezeléssel foglalkoznak s kiknek fizetését s fuvarköltségeit a belügyi tárcza fedezi.

Mióta azonban a legújabb időkben mind inkább és inkább érvényesül az a szerencsés gondolat, hogy a trachomaorvosok létszámának leszállításával kapcsolatosan a hatósági orvosok — eddig egyedül csak a praeventiv intézkedések végrehajtására szoritkozott feladatukon kivül — most már közvetlenül bevonatnak a trachomagyógykezelésbe is: azóta lehetségessé vált, hogy rengeteg külterületünkön nemcsak a két állami trachomaorvos, de a kezelésre a külön cursusokon kitanított, hat tanyai tisztiorvossal együtt *nyolcz orvos*, az eddiginél *sokkal állandóbb jelleggel, megbizhatóbban és könnyebben ellenőrizhető módon, immáron közel 800 beteget kezel!*

Nincs kétségünk abban, hogy a trachomaügyi kormánybiztos lelkes buzgalma folytán városunkban rövidesen felépülő állami szemkórház a trachoma elleni küzdelmünknek egyik leghathatósabb tényezőjévé váland.

* * *

Bármily meggyőzően beszélnek is haladásunkról a számok s bármint igazolják is a fokozatos fejlődést: azért megállapodnunk nem szabad! Egymagában a legjobb administratio mellett sem lehet jó közegészségügyet teremteni, de ha az előfeltételek megvannak, az eredményt biztosítani s kihatását fokozni, igen.

A közegészségügyet veszélyeztető ártalmaknak esetről esetre való elhárítása fontos ugyan, de sokkal fontosabb az emberileg elérhető biztosítása annak, hogy veszedelmek egyáltalán elő se álljanak. Népünk halad a felvilágosodás útján; érzéke a közegészségügy követelményei iránt ébredezni kezd. Mi Szegeden *az iskolába* viszszük be az egészségügyi fogalmak elemeit, *erre nagy gondot fordítunk* s itt kezdjük nevelni a népet s máris elértük, hogy legkisebb tanyai iskolásunk is tudja, hogy vannak ragályos betegségek s azoktól óvakodni kell. Ezelőtt 10 évvel még kényszerrel sem birtuk a népet orvos elé vinni s ma már a lakosságnak közel 90%-a — bárha igen sokszor elkésetten is —, de bajában orvoshoz fordul.

Mindez azonban távolról sem elég! A lakosság egészségének elősegitésére szolgáló *állandó intézmények*, és pedig a város nagyságához és fejlettségéhez mért arányú intézmények kellenek. S akkor még több jogosultsággal elmondhatjuk azt, a mit tagadni már manapság sem lehet: hogy Szeged nemcsak szebb, de egészségesebb is, mint volt!

Források: 1. A m. kir. belügyministernek az ország közegészségi viszonyairól szóló évi jelentései. 2. Magyar statistikai évkönyvek. 3. Saját hivatalos adataim.

[1] Szegedin als Winteraufenthalt für Brustleidende im Vergleiche mit Venedig. 1895. Altstädter Mór dr.

Megnyitó beszéd az Országos Orvos-Szövetség ez évi congressusán.

Tartotta: *Kétly Károly* dr., a szövetség elnöke.

Tisztelt congressus!

Kilenczedszer gyül immár egybe hazánk orvosainak azon része, mely az Országos Orvos-Szövetség kebelébe tartozik, hogy az alapszabályilag évenként kitüzött congressuson személyi és tárgyi érdekeit megbeszélje, megvitassa, s helyzetén lehetőleg javítson.

Szövetségünknek a lefolyt évben kevés alkalma nyilt a cselekvésre. Ennek oka részben ama politikai viszonyokban keresendő, a melyek áldatlan hatást gyakoroltak minden téren, így az orvosin is. Bizonyos azonban, hogy magunkban is kell keresnünk a hibát. Bizonyos, hogy hiba terheli azt a sok fiókszövetséget, a mely teljesen tétlen volt, nemcsak ez évben, hanem az előzőkben is, a melyeket sürgős felhivásokkal még annyira sem sikerült felráznunk tespedésükből, hogy akár csak feleljenek is olyan kérdésekre, a melyek az egész magyar orvosi kar közügyeihez tartoznak, nem hogy azt lehetett volna elérni, hogy foglalkozzanak saját speciális ügyeikkel és a maguk területén igyekezzenek megvalósitani azt, a mit több fiókszövetség lelkes elnökének vezetése alatt ki tudott vívni. Ellenállásra akartuk szervezni az orvosi kart: a fiókszövetségek kisebbsége reagált csupán. A községi és körorvosok szakosztályának megalakitása kérdésében kikértük a fiókszövetségek véleményét: az annyira sürgősnek, feltétlenül megoldandónak mondott ügyben eddig olyan kevés fiókszövetség adta meg a választ, hogy az igazgató-tanács bele nem foghatott tárgyalásába. Bekértük a betegpénztárakra vonatkozó jelentéseket és olyan gyér számban, olyan minőségben kaptuk kézhez azokat, hogy a kérdéssel megbizott referens nem tehetett eleget feladatának. Most, mikor a munkások betegség

és baleset ellen való biztosításáról szóló törvényjavaslat tárgyalásra került, láttuk, hogy mennyire hiányzottak ama jelentések, mennyire fontos lett volna, ha szövetségünk hű és tiszta képet alkothat magának a betegpénztári ügy állásáról és azt a képet oda állíthatja megtekintésre azoknak, a kik de nobis sine nobis rendelkeznek. Sok egyebet is felhozhatnék annak bizonyítására, hogy igenis bennünk, a magyar orvosi karban van a hiba: az orvosi kar ama nagy részében, a mely kényelmes a cselekvésre, és a mely inkább a könnyebb részt, a kritika nem mindig tárgyilagos fegyverét tartja fenn magának.

Talán felrázza és munkára serkenti a fiókszövetségek nagy tömegét az épen említett törvényjavaslat. A mennyire a rendelkezésre álló rövid idő megengedte, megismertettük azt a fiókszövetségekkel és kiküldötteik véleményét egy erre egybehivott értekezleten meghallgatván, az orvosi kar jogos kívánságainak igyekeztünk, s nagyrészben sikerrel, érvényt szerezni azon a szaktanácskozáson, a mely a kereskedelmi ministeriumban a javaslat felett folyt. Nagy sociális alkotást tervez az a javaslat és a magyar orvosi kar mindig készen áll, hogy azt teljes erejével támogassa. Támogatni is fogja áldozatkészséggel, a mikor azt látja, hogy olyanok istápolásáról van szó, a kik arra rászorultak, a kik azt megérdemlik. Azonban senkinek sincs joga ahhoz, hogy áldozatot követeljen a nehezen küzködő magyar orvosi kartól olyanok részére, a kik nem szorultak a támogatásra, olyanok részére, a kiknek jobban megy dolguk, mint sok körorvoscollegának. Sokat tudtunk elérni, ki tudtuk küszöböltetni a hirhedt kényszerparagraphust, de nem tudtuk elérni a censusnak a vidéken való arányos leszállítását, az önkéntes tagság megszüntetését, az orvos teljes jogkörét az intézőségekben. Mindezekért küzdeni kell továbbra is, hogy ezek beiktatásával váljék a javaslatból törvény. Az enquête-re, szövetségünk képviseletében, főtitkárunk, *Flesch Nándor*, volt kiküldve. Tisztelt congressus! Azt hiszem kevesen tudják azt, hogy szövetségünk sok szálú, bonyolult, nehéz és fontos ügyeinek elintézésénél mily megbecsülhetlen erőt birt *Flesch Nándor* személyében. Lelkének idealismusa szerencsés módon egyesült a gyakorlati tudással. Önzetlen, ki nem fáradó lelkesedéssel dolgozott, gyakran saját ügyeinek háttérbe szorításával. A szaktanácskozáson hivatott lelkes felszólalásaival, a javaslat minden részének teljes ismerésével érte el azt, a mit imént jeleztem. Nem mulaszthatom el, hogy lelépő elnöki székemből neki, a szintén lelépő főtitkárnak, nagy szorgalmú és tehetségü munkatársamnak köszönetemet és hálámat ki ne jelentsem. E kijelentésemet, azt hiszem, a tisztelt congressus minden tagja osztani fogja. Annál is inkább, mert *Flesch Nándor* t. collegám és barátom többé nem vállalkozhatik e nehéz tisztségre. A mennyire szivemből sajnálom és sajnálhatjuk ezen elhatározását, mert nagyon sokat veszit szövetségünk visszalépése által, nem térhetek ki azon okok elől, melyek őt ez elhatározásra indították. Nagyon is megtette kötelességét. De nem veszítjük őt el egészen, továbbra is szívesen igérte támogatását, a mire bizonyára nem egyszer reá is szorulunk.

Ugyancsak nagy sajnálattal tudatom, hogy szövetségünk közel 10 éven át pénztárosa, *Hochhalt Károly* dr., szintén megválik állásától, melyet oly ernyedetlen lelkiismerettel és pontossággal töltött be. Ez állás nem csupán munkával, óriási felelősséggel, de szakismeretek elsajátításával is jár. Érthető, hogy tekintve másirányú fontos hivatását, végre fiatalabb vállakra akarja hárítani e terhes feladatot. Fogadja meleg köszönetünket és hálánkat oly hosszú, sikeres és nehéz müködéseért.

Tisztelt congressus! Most felkérem szövetségünk minden tagját, hogy dolgozzunk, igyekezzünk a multakon és a német orvosi kar tapasztalatain okulva, arra, hogy a mikor a törvény életbeléptetésekor szabályoznunk kell az erkölcsi és anyagi viszonyt az új pénztárakkal, akkor tisztában legyünk azzal, hogy miféle feltételekhez kössük támogatásunkat. Ez egyszer, azt hiszem, nem lesz fiókszövetség, a mely kivonja magát e munka alól. A melyik megtenné, árulást követne el az egész orvosi karon. És ha mindenki becsülettel megfelelt feladatának, akkor el is érjük, a mihez jogunk van, akkor lelkesen támogathatjuk a kormány nagyszabású actióját, és akkor a törvényjavaslatban tervezett segitő intézmény igazán áldást fog hozni azokra, a kik a segítségre rászorultak, ezek áldását pedig azokra, a kik az intézményt megtervezték.

A midőn most a congressust megnyitom, első sorban tisztelettel üdvözlöm a magas belügyi kormány kiküldöttét méltóságos *Chyzer Kornél* min. tanácsos személyében. Első izben esik meg, hogy a nagyméltóságú belügyminister felkérésünkre hivatalos kiküldött által képviseltesi magát. Azt hiszem ezért köszönetünket nyilvánítva, szívesen és örömmel látjuk, hogy az annyi orvos felett rendelkező magas kormány közvetlenül vesz tudomást életfontos ügyeinkről. Üdvözlöm továbbá a nagy számmal idegyült tisztelt tagtársakat s kivánom, hogy congressusunk tanácskozásai rendünk üdvére szolgáljanak.

Az Országos Orvos-Szövetség congressusa.

Az Országos Orvos-Szövetség 1906 szeptember hó 16.-án, vasárnap tartotta IX. congressusát, melyen egyszersmind a tisztújítást is megejtették. A congressus ezúttal a szokottnál látogatottabb volt, a mennyiben körülbelül 300-an jelentek meg, nagyrészt vidékiek.

Az ülést *Kétly Károly* elnök nyitotta meg; beszédét lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük. *Flesch Nándor* főtitkári beszámolója hü képet nyujt arról, hogy a Szövetség mit kezdeményezett s mit ért el.

Ezután napirenden kivül felszólalt *Chyzer Kornél* dr. ministeri tanácsos, kit *Andrássy Gyula* gróf belügyminister bizott meg képviseletével. Kijelentései a legnagyobb mértékben figyelemre méltók. Ezekből kiderül, hogy a községi és körorvosok fizetésrendezéséről és pedig állami segítséggel való fizetésrendezéséről szóló törvény előadói tervezete készen van. Lényege a következő: *a törzsfizetések kiegészítése 1600 koronára, 1200 koronáig terjedhető külön helyi pótlék, lakbér vagy lakás, ötödéves korpótlék, a körorvosi székhelyek decentralisatioja. Állami nyugalomdíjintézmény.*

A ministertanács még nem foglalkozott a törvénytervezettel, de a minister elhatározott szándéka, hogy a községi és körorvosok congruáját megalkotja.

Minden elfogulatlannak el kell ismernie, hogy e törvény úgy a közegészségügy, mint az orvosi rend érdekében igen nagy haladást jelent. A congressus nagy lelkesedéssel fogadta e kijelentéseket.

Bodnár Sándor dr. tiszaroffi orvos a megyei orvosi nyugdíjintézetekről szerzett adatairól számolt be. *Androvits* dr. előterjesztette a községi és körorvosok Budapesten 1906 szeptember 15.-én tartott értekezletének határozatait, *Walkó* dr. pedig a napilapokban való folytonos propaganda szükségét fejtegette.

A pénztáros jelentéséből kiderül, hogy a pénztári forgalom 11,401 korona volt, tagdíjakból körülbelül 6000 korona folyt be, a hivatalos lap hirdetési bevétele épen fedezte a lap nyomatási költségeit.

A nyugalomdíjalap 89,428 korona, az alaptőke 174,826 korona. Segélyezésre 4000 koronát fordítanak, 426 koronát pedig a két nyugdíjas nyugalomdíjának kiegészítésére. A nyugalomdíjintézetnek 60 tagja van.

Ezután *Flesch Nándor* a munkásbetegpénztári törvényjavaslat tárgyában tartott tanácskozáson elért eredményről számolt be. A még fennmaradó sérelmek orvoslásának kérelmezését a congressus egyhangúan elhatározta.

A tagsági díjat az eddigi 2 koronában állapitották meg, a jövő évi congressus helyéül Bártfát jelölték ki.

A congressus elfogadta a főtitkár ama indítványát, hogy az 1900. évi esztergomi congressusnak a községi és körorvosok látogatási díjaira vonatkozó határozata végrehajtassék. (A községi és körorvosok látogatási és rendelési díjainak alapegysége nappal a vidéken helyben vagy körlátogatások alkalmával egy korona, a városokban két korona, éjjel az összeg kétszerese.)

Ugyancsak egyhangúan fogadta el a congressus a főtitkár ama indítványát, hogy a gazdasági cseléd- és segélypénztár által az orvos nyugtájára kifizetett összeg az orvost illesse meg s ne az uradalmat.

Végül a tisztikart választották meg *Fanta Adolf* dr. (Székesfehérvár) korelnöksége mellett, és pedig 179 titkos szavazat közül

az elnököt *Kétly Károly*-t *egyhangúan*. Az igazgatótanács egy részét szintén egyhangúan, a tisztikar többi részét nagy szótöbbséggel.

Elnök Kétly Károly, alelnökök Babarczi-Schwartzer Ottó és Konrák Márk, főtitkár Nékám Lajos, titkárok Klasz Pál és Surányi Miklós, pénztáros Poór Ferencz. Igazgató-tanácstagok; Budapestiek: Adler Zsigmond, Árkövy József, id. Elischer Gyula, Flesch Nándor, Grósz Emil, Herczel Manó, Hochhalt Károly, Jendrássik Ernő, Lichtenberg Kornél, Magyarevics Mladen. Vidékiek: Ákontz Károly (Kolozsvár), Balogh Dezső (Új Verbász), Bánóczy Gyula (Győr), Berkovics Miklós (Nagyvárad), Bernhard János (Baja), Bodnár Sándor (Tisza-Roff), Csatkai Ignácz (Darufalva), Egri Miklós (Miskolcz), Fodor Kálmán (Pöstyén), Kállay Rudolf (Nyiregyháza), Koreck György (Perjámos), Krajtsik Rudolf (Nagykáta), Markovics Lázár (Ujvidék), Nuszer Lajos (Munkács), Rényi József (Bács-Topolya), Schützenberger Endre (Dunaföldvár), Thaly László (Kaposvár), Ujfalussy József (Debreczen), Urszinyi Gyula (Putnok). Pénztárvizsgálók: Barsi Jenő, Patai Samu, Pákozdy Károly.

A Szövetség által 10 év alatt elért eredményeket nem szabad kicsinyelnünk. Az elért eredmények egyszersmind jelzik az utat, mely czélra vezet. Nem szabad egyszerre a sérelmek s kivánságok egész komplexumát felölelni, hanem egyenként kell azok orvoslására törekednünk. A másik tanulság, hogy a Szövetségnek keresni kell a kormány előadóival való együttműködést. Ez együttműködés máris gyümölcsöt hozott. Reméljük, hogy a jövőben e termés még gyarapodni fog. *G. E.*

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Prof. E. Grawitz: Klinische Pathologie des Blutes. Dritte vollständig neu bearbeitete und vermehrte Auflage. Leipzig, 1906. Verlag von Georg Thieme.

A vér betegségeiről szóló tan az utolsó egy-két évtizedben a legnagyobb mértékben lekötötte s még most is lekötve tartja úgy a kórbuvárok, mint a klinikusok figyelmét. És ezen nem csodálkozhatunk. Egyrészt az a szoros összefüggés, mely a vér és az összes szervek között szükségképen fennáll, a legkülönbözőbb speciális szakmák művelőit is kénytelen-kelletlen rábirta a vér elváltozásainak tanulmányozására; másrészt a vér histologiai vizsgálata nagyon háládatos tere a buvárkodásnak, annyival is inkább, mert a vér különböző kóros állapotait többnyire kisérletező úton is létre tudjuk hozni; arról sem szabad megfeledkezni, hogy az immunitásról szóló, az érdeklődésnek középpontján álló tan haladása a maga részéről szintén nagyon szükségessé tette a vérrel való beható foglalkozást. Mindezen körülmény közrejátszott abban, hogy a vérről szóló dolgozatok ma már annyira felhalmozódtak, hogy még a szükebbkörü szakember is alig tudja őket áttekinteni. Igaz ugyan, hogy nagyszámú összefoglaló munkánk is van, csak az a kár, hogy ezek jobbára a vér histologiai elváltozásait veszik mértékadónak és ezekhez füzik, sokszor nagyon erőltetten, a klinikai vonatkozásokat. Alig szükséges mondani, hogy ez már akárhányszor rendkivül megakasztotta a vér kórtanának a helyes mederben való fejlödését.

Dicséretes kivétel e tekintetben E. Grawitz munkája, a mely most már a harmadik, tetemesen bővített kiadásban fekszik előttünk. A mint a szerző az előszavában mondja is, a vér tanulmányozásakor oly bőségesen támadó problemáknak klinikai felfogását veszi alapnak. De azért a histologiai elváltozásokat sem hanyagolja el, sőt nagyon is behatóan foglalkozik velük; hiszen tudjuk, hogy ezen a téren hány számottevő dolgozatot tett közzé s csak nemrégiben is figyelmeztetett az élő vérsejtek tökéletesített mikrophotographiai felvételeivel kimutatható finomabb szerkezetbeli különbségekre. Általában mindent felölel, a mit a vér kórtanában ez idő szerint tudunk. Az első rész a vérvizsgáló módszerekkel foglalkozik úgy histologiai és bakteriologiai, mint physikális és chemiai szempontból. A második rész a vér physiologiáját tárgyalja. Ezt követi az anaemiás állapotokat tartalmazó harmadik rész, míg a negyedik és utolsó rész a vér viselkedéséről szól az általános megbetegedésekben, valamint a különböző szervek bajaiban.

A munka nem nélkülözi a subjectivitást; szerzője sok helyen nagyon is előtérbe tolja saját nézeteit, a mi a tankönyv szempontjából talán nem egészen helyes, a vér kórtanával behatóbban foglalkozó számára ellenben annál becsesebb, mert elmélkedésre indít, eszméknek a felszinre jutására vezet. De azért nem kell gondolnunk, hogy ezzel a tárgyilagosságon nagy csorba esett; a kezdő épen oly jó, világos és megbizható vezetőt talál a munkában, mint a milyen érdekes és tanulságos olvasmányt az előrehaladott.

A csaknem 800 lapra terjedő munkát nagyon szépen állította ki a jól ismert kiadó-czég. Különösen kiemelendők a kitünően sikerült, nagyon jól magyarázó színes táblák. A német orvosi irodalom ezen elsőrangú termékét melegen ajánlhatjuk az érdeklődők figyelmébe.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Az aceton kimutatására új próbát ajánl *Lange*. Ez a próba tulajdonképen csak módosítása a használatos Legal-félének, a melylyel szemben az az előnye, hogy a natronlúg helyett használt ammoniak kizárja a zavaró kreatininreactiót. Előnye az is, hogy mint úgynevezett gyürűpróbánál a reactio eredménye mintegy concentrált alakban adódik. Érzékenység tekintetében legalább is eléri a Legal-próbáét. A Lieben-féle sokkal érzékenyebb jodoformreactionál azért jobb, mert alkohol és aldehyd nem adja. Kivitele nagyon egyszerü: a kémlőcsőben levő vizelethez jégeczetet adunk, legczélszerübben 15 : ½—1 arányban; egy pár csepp frissen készített natriumnitroprussin-oldatnak hozzátöltése után néhány köbcentimeter ammoniakot folyatunk óvatosan rá, a mikor is aceton jelenléte esetén a két folyadéknak érintkezéshelyén intensiv ibolyaszínü gyürü keletkezik. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1906. 36. szám.)

A veseműködés mikéntjére vonatkozó vizsgálatokat végzett *Weber* (Greifswald). Ismeretes, hogy még ma is sokat vitatkoznak azon, hogy vajjon a vese egyszerüen mint szürő működik-e, vagy pedig specifikus elválasztó functioja van-e. Egészséges, valamint chromsavas kaliummal mérgezés következtében tönkrement húgycsatornácskájú kutyák diuresisének vizsgálata alapján a szerző olyan eredményekre jutott, a melyek azt bizonyítják, hogy a vizelet tulajdonképen elválasztó (secretorius) mirigyműködés terméke. Bizonyos sók és az úgynevezett diureticumok olyan módon hatnak, hogy a secernáló epithelt közvetlenül ingerlik, nem pedig úgy — a mint a filtratiós elmélet hívei gondolják —, hogy az újból felszívódást a kanyarulatos húgycsatornácskákban hüdítik. (Archiv. für experimentelle Pathologie etc. 54. kötet, 1. füzet.)

Az arsenhez szokás okát fejtegeti *Cloetta*. Úgy kutyák és házinyulak, mint emberek is arsennek nagyon nagy adagaihoz is hozzászokhatnak, ha belsőleg por alakjában veszik be. Ez a méregállóság azonban csak látszólagos és abban találja magyarázatát, hogy a bél részéről fokozatosan csökken az arsen felszívódása. Igy napi 25 milligrammból 20% szívódott fel, míg napi 2500 milligrammból csak 0·25%. Oldatban adva az arsent, a felszívódása javul, ilyen módon azonban nem érhető el oly erős méregállóság. Egy kutya, a mely per os 2·5 gramm arsent elbirt, ezen mennyiség 62-ed részének bőr alá fecskendezése után 5 órával elpusztult. A therapiára nézve annyiban birnak jelentőséggel ezek a kisérleti eredmények, mert azt mutatják, hogy fokozódó arsenhatás elérése czéljából jobb az oldatban, mint a szilárd alakban adás. Legbiztosabb a bőr alá fecskendezés, csakhogy az adag nagyságának megállapítása a szerző eredményei szerint revizióra szorul. (Archiv für experimentelle Pathologie, 54. kötet.)

Gyógyszertan.

Pepsorthin. Minthogy már az egyszerű számítás is mutatja, hogy nagyobb fokú sósavhiány esetén sósav adagolásával a gyomoremésztést alig lehet megjavitani; minthogy továbbá ezen czélból a pepsin sem használható, mert csak elegendő mennyi-

ségü sósav jelenlétében hat: más szerek után kell néznünk. Ezek közül a papainnak vagy papayotinnak az a nagy előnye van, hogy bármilyen kémhatású oldatban is erélyes fehérjeemésztő hatású, in optimo 1 gm. papain 200 gm. fehérjét tud peptonizálni. Minthogy azonban a gyomor sósavának egyik fontos feladata a desinficiálás, sósavhiány eseteiben tehát a gyomorbeli erjedő és rothadó folyamatok nagyon kifejezettek, *Rodari* a papaint magnesiumsuperoxyddal együtt adja. Ilyenkor a gyomorban a magnesiumsuperoxydból chlormagnesium és hydrogensuperoxyd keletkezik, minek következtében erélyes desinficiáló hatás támad. Ezen chemiai folyamatokhoz azonban kevés sósav is szükséges, s azért a szerző achlorhydria vagy achylia eseteiben még 10—20 csepp higított sósavat is ad a papainmagnesiumsuperoxyddal együtt, a melyet kevés benzonaphtol és natrium bicarbonicum hozzáadása után pepsorthin elnevezéssel hoz forgalomba a genfi Sauter-féle chemiai gyár. Ezen szerrel gastritis subacida, ideges subaciditas és anaciditas, gastritis atrophicans, atonia, gastrectasia, sőt még gyomorrák eseteiben is igen jó eredményeket lehet állítólag elérni. (Berliner klinische Wochenschrift, 1906. 28. sz.)

Belorvostan.

Az idült székrekedés gyógyításáról szappanos tamponnal. *Colombino* szerint az idült székrekedésnek egyik nagyon gyakori alakja olyan módon keletkezik, hogy a flexura sigmoidea és a végbél-ampulla, vagy pedig a velük összefüggő idegközpontok csökkent érzékenysége miatt a bélürüléskor szereplő izmokra gyakorolt reflectorius hatás csökkent. Az ilyen okból támadt székrekedés, a mely rendkivül makacs és a szokásos gyógyító eljárásokra (hashajtószerek, massage, villamozás, hydrotherapia) nem javul, a szerző szerint csak a bélhuzam utolsó részlete ingerlékenységének fokozásával szüntethető meg. Erre a czélra a végbél masszálása ajánlható, főleg faradozással kapcsolatban. Sok esetben azonban ez a mechanico-physikai inger sem elegendő, úgy hogy még a chemiai ingert is igénybe kell vennünk. Ilyen esetekben kitünő eredménynyel használható a szappanos tampon. Gaze-ből 6—7 cm. hosszú és legfeljebb 1·5—2 cm. széles, orsóalakú gomolyagot formálunk, külsejét kissé megnedvesített szappannak vastag rétegével bevonjuk és a végére mintegy 50 cm. hosszú erős fonalat kötünk. Ezt a tampont a betegnek térdkönyökhelyzetében óvatosan a végbél-ampullába vezetjük úgy, hogy a fonal vége künn marad. Ezután a beteg kényelmesebb helyzetet vesz, mire 10—15 percz mulva székürülés következik be. Ha ez nem történnék meg, a beteget éjjeli edényre ültetjük és utasítjuk, hogy a fonal segélyével maga távolítsa el a tampont; a tampon kihúzását rögtön követni szokta a bélürülés. Néhány kivételesen súlyos esetben, a melyben az ampulla teljesen érzéketlen, czélszerü a tamponálás előtt 150—200 cm³ szappanos vizet befecskendezni. (Medizinische Klinik, 1906. 36. szám.)

Heveny nephritisnek hirtelen meggyógyulása uraemia után. *Eichhorst* tanár 12 éves leányka kórtörténetét közli, a kinél vörheny kapcsán heveny veselob támadt, uraemiára utaló tünetekkel. A therapia tejdiaetában, naponként két 37° C. hőmérsékü fürdőben és jégtömlő alkalmazásában a fejre állott. A mikor a tünetek már rendkivül fenyegető fokot értek el, ½%-os coffeinum natrio-salicylicumot fecskendeztek a bőr alá, ennek eredménytelensége után pedig 200 cm³ vért bocsátottak s közvetlenül utána ½%-os konyhasó-oldatból 500 cm³-t fecskendeztek a bőr alá. Az eredmény meglepő volt: az öntudatlanság megszünt, a clonikus izomgörcsök ugyszólván tüstén engedtek, a cyanosis, ugyszintén a savós-habos köpet eltünt, az előbb hörgő légzés nyugodttá, zörej nélkülivé vált. A gyermek az éjjel második felében mély álomba merült, a melyből felébredve, teljesen egészséges egyén benyomását tette. Ezzel együtt a vizelet is teljesen normálissá vált: mennyisége megszaporodott, még hosszas centrifugálással sem adott üledéket, fehérje nyomokban is alig volt benne. Egy másik hasonló esetet is észlelt a szerző: 19 éves nőbetegen heveny haemorrhagiás nephritis kapcsán uraemia tünetei jelentkeztek, de még aznap este felé mély álomba merült, a melyből ugyszólván gyógyultan ébredt fel s a vizeletében talált elváltozások is szinte egy csapásra eltüntek. A szerző szerint a lefolyásnak ezen hirtelen megváltozása nagyon emlékeztet a heveny fertőző betegségek némelyikében észlelhető krisisekre, azzal a különbséggel, hogy a míg például pneumonia crouposában a krisis után a tüdőbeli elváltozások csak lassanként fejlődnek vissza, itt úgyszólván rögtönösen normálissá váltak a vesék. Ennek ma még nem tudjuk kielégítő magyarázatát adni; a szerző szerint talán az vehető fel, hogy a toxikusan ható anyagokat valamely ok eltérítette a veséktől és nagyobb mennyiségben vitte a középponti idegrendszer felé, a minek következtében az uraemia tünetei jelentkeztek s a mérgektől megszabadult vesék gyorsan meggyógyulhattak. (Medizinische Klinik, 1906. 35. szám.)

A typhusnak antiseptikus orvoslása körül szerzett tapasztalatait ismeteti *Ker*. Főleg naphtollal, guajacolcarbonattal és thymollal kisérletezett, de nem vette észre, hogy e szerek a láz magatartása, avagy a recidivák tekintetében valamelyes befolyással lettek volna; egyedüli hasznuk az, hogy a bélbeli bomlásokat és a meteorismust csökkentik. Ezen jobbára eredménytelen kisérletek után calomelnek és meleg irrigatióknak rendszeres alkalmazására tért át. A calomelből 2—3 naponként adott 20 centigrammot, s hogy a keletkező higanychloridot minél gyorsabban eltávolítsa, mintegy 6 órával a calomel adása után bélirrigálást végzett 1—2 liter előzőleg felforralt meleg vízzel. A víznek csak lassan szabad befolyni nem nagy magasságból. A víz hőmérséke az irrigator tartányában 46—49° C. A beteg bal oldalán fekszik, felhúzott czombokkal. A víz bebocsátása után a beteg a jobb oldalára fordulhat, mert így hosszabb ideig tudja benntartani a folyadékot. Ha kifejezett meteorismus van, a calomel használatának megkezdése előtt is végzendők kicsiny beöntések, a melyekre — kapcsolatban a kellő diaetával — a meteorismus hamar enged. Ezek az irrigatiók nemcsak a belet tisztítják meg, hanem a diuresist is elősegítik, a minek nagy jelentősége lehet főleg akkor, ha az intoxicatio tünetei nagyon kifejezettek, vagy ha a beteg a száján át nem vesz elég folyadékot magához. Az edinburghi városi kórházban az utolsó 5 év alatt 758 typhusbeteget kezeltek ezen eljárással; a halálozás 9·36%-ot tett. Megjegyzendő, hogy a felvétel után 24—48 órával elhaltak, a kiken az eljárás már nem igen segíthetett, szintén fel vannak véve a statistikába. Ugyanabban a kórházban az előző 3 év alatt 397 typhus-beteget ápoltak, egyszerüen az exspectativ kezelést követve, 11·83% halálozással. Ezen utóbbi csoportból 3·27%-ban következett be bélátfúródás és 5·79%-ban recidiva, míg a calomellel és irrigálással kezeltek között csak 1·71%-ban volt bélátfúródás és 3·95%-ban recidiva. (Edinburgh medical journal, 1906. julius.)

Idegkórtan.

A tetania kórjóslatáról elég kedvezőtlenül nyilatkozik *Frankl-Hochwart*, ennek a kérdésnek alapos ismerője. Frankl a tetaniát endemiás bajnak tartja, a szoptatók és terhesek tetaniája, a munkástetania és a lázas tetania ennek az endemiás betegségnek a megnyilatkozása. A szülés vagy hivatás tehát csak alkalmi ok.

A prognosis rossz voltát bizonyítja, hogy az irodalomban 2 haláleset is van feljegyezve és hogy némely asszonyon minden szüléskor újból támad a baj. Néha 2—4 éven át is minden tavaszszal megújul a beteg baja.

Kedvező képet ad az a statistika, a mely azt nézi, hogy a tetaniás betegek közül mennyi hagyta el gyógyultan a kórházat. Igy *Frankl* 265 esete közül 215 gyógyultan, 42 javultan, 6 változatlan állapotban távozott, de a gyógyultak 10%-a később újból jelentkezett. A kórházi tartózkodás ideje 4—14 nap, 2—3 hét, 2—4 hónap volt. Volt nagyon heveny eset, mely egyszerü ágynyugalomra 1—2 nap leforgása alatt teljesen gyógyult, de a mikor a beteg a kórházat elhagyta és rendes tartózkodáshelyére visszament, a baj újból teljes erővel nyilatkozott meg. A prognosisban arra is kell gondolni, hogy a makacs, hosszantartó esetekben paresisek és izomsorvadások is támadhatnak.

A tetania gyógyulási eshetőségeinek megállapítására nem tesz szolgálatot a fent leirt statistika. Pontosabb adatok szerzése végett Frankl osztályán kezelt és eltávozott 160 beteget felszólított, hogy megvizsgálás czéljából nála újból jelentkezzenek. 37 beteg eljött, 7 kérdőívet töltött ki és 11 meghalt.

7 beteg az első tetaniás időszak után egynehány hónapon át ismételten megbetegedett, a tetaniás összehúzódás mindig egy-két napig tartott, közben Trousseau-tünet, a villamos ingerlékenység megváltozása és paraesthesiák voltak a kóros jelenségek.

18 esetben a tetaniás összehúzódás a megbetegedés idején úgyszólván állandóan megvolt, ezek közül 6-szor 1, 7-szer 2, 3-szor 3, 1-szer 4 kiujulás támadt, egy asszony pedig 6 egymás után való terhesség mindegyikében tetaniás lett. Ezen esetek közül 6 beteg 2—5 évig, 5 beteg 6—9 évig, 7 beteg 10—14 évig nyomorgott ezzel a bajjal.

11 beteg a tetania 4—11. évében meghalt. Ezek között 5 tüdőtuberculosisban, 2 tüdőgyuladásban, a többi különféle más bajban. A halál átlag 28 évvel rövidítette meg a megfelelő átlagos életkort. Tehát a tetania a szervezet ellenállóképességét gyengíti.

A teljes gyógyulás százaléka igen kicsiny, *55 beteg közül csak 9 gyógyult meg teljesen*, 11 aránylag korán halt meg különféle bajokban, 3 beteg nem elég részletesen felelt a kérdésekre, 7 beteg a vizsgálatkor idült tetaniában, 19 tetanoid állapotokban szenvedett, 6 állandóan betegeskedett. (Neurolog. Centralbl. 1906. julius 16.) *Kollarits Jenő*

Sebészet.

Az epehólyag papilláris burjánzásait és azok viszonyát a cholelithiasishoz és carcinomához tette klinikai és pathologiai tanulmány tárgyává *Pels-Leusden* (Berlin) s tapasztalatait a következőkben összegezi:

1. chronikus epekőbántalomban az epehólyag nyálkahártyájának mélyebb rétegeiben gyakran atypusos hámburjánzás, a nyálkahártya felületén pedig papilláris burjánzás constatálható;

2. ezen hámburjánzások okát nem az epekövek által kifejtett közvetlen mechanikai inger képezi, mert e burjánzások akkor is észlelhetők, ha a kő kizárólag a ductus choledochusban ül;

3. a mechanikai ingeren kivül még a bakteriumok által okozott lobos ingerek, az összetételében megváltozott epe, az epepangás is szereppel birnak a burjánzások létrehozásában;

4. ezen hámburjánzások kiválóan disponálnak rák keletkezésére;

5. a rákfejlődés eme lehetősége és veszélye miatt is indikált a chronikus lobos epehólyag eltávolítása még a kevésbé előrehaladt esetekben is. (Archiv. f. klin. Chirurgie, 1906. 80. kötet, 1. füzet.) *Steiner Pál* dr.

Epekő folytán létrejött epehólyag-bronchusfistulát ir le *Schlesinger*. Az in vivo tett diagnosist, mely főleg a köpet állandóan epés voltán, az epeköre vonatkoztatható anamnesisen s a jobb tüdő alsó lebenyének megfelelő tompulatán alapult, a sectio igazolta, kimutatván, hogy az epehólyag plajbászvastag járat útján egy lúdtollvastagságú bronchussal közlekedik, mely a jobb tüdő alsó lebenyének főbronchusába vezet. Nyilvánvalóan epehólyag-infectio, az epehólyag áttörése a környezetbe, subphrenikus tályog, ennek áttörése a rekeszhez tapadt tüdőbe s innen a bronchusba tette a pathologiás folyamat lényegét. Secundaer, mint *Naunyn* és *Eschenhagen* hasonló eseteiben, tüdőtuberculosis keletkezett. (Mittheil. aus den Grenzgeb. der Med. und Chir.) *Pólya.*

A csecsemőkori pylorusstenosisról ir *Lyman Fisk* (New-York). A diagnosist a fokozatos fogyás, folytonos erős hányás, a gyomor tágulata és látható peristaltikája segítette megállapítani. A kezelés tisztán sebészi lehet, de fontos, hogy a diagnosis korán állapíttassék meg s a műtéti beavatkozás nyomon kövesse; a statistika szerint is a gyógyult esetekben a műtét átlagos ideje 6—7 hét, az elhaltaknál 8—15 hét; gastoenterostomiánál s más műtétmodoroknál is hasonló az arány. Az irodalomból 71 műtett esetet állít össze; ebből 38 (53·53%) gyógyult, 46·67% meghalt. Gastroenterostomia történt 42 esetben (57·19% gyógyulás), pyloroplastika 11 esetben (6 gyógyulás, az 5 haláleset közül azonban az egyik 5, a másik 10 héttel a műtét után állott be); divulsioval lett operálva 18, 9 gyógyult, 9 meghalt. 1 pylorectomia halálosan végződött. Szerző a pyloroplastikát tartja a legczélszerűbbnek, ha könnyen kivihető. (Annals of surgery, 163.) *Pólya.*

A Basedow-kór sebészi kezeléséről ir *Schultze* Riedel klinikájáról 50 eset kapcsán. Műtétet oly esetekben végeztek, midőn szakszerű belső kezelés nem használt; túlságosan halogatni a műtétet azonban, addig a míg a betegek végképen elgyengülnek, nem szabad. 50 betegük közül 72% teljesen gyógyult, 12% javult, 2%-ban a műtét eredményre nem vezetett, 14% meghalt. A 7 haláleset közül 5 közvetlen a műtét után következett be (nagy vérveszteség, elgyengült betegek), egy esetben a halál 3 nappal utóbb bronchopneumonia folytán állott be, míg a 7. esetben a pneumonia 14 nappal a műtét után keletkezett s a 23. napon vezetett halálra. Más szerzőknél a gyógyulási arány 27—81%, a javulás 8·2—51%, a mortalitás 3·5—12% közt ingadozik. Esetei 14%-ában a struma recidivált s vele együtt a Basedow-tünetek is visszatértek, de többnyire csak múlólag befolyásolták a gyógyulást, mert részben spontan, részben újabb műtét után megjavultak. (Mittheilungen aus den Grenzgeb. XVI. kötet, 2. füzet.) *Pólya.*

Az aethylchloridról mint általános bódítást előidéző szerről ir *W. I. Mac Cardie*. Ezen szer által okozott 30 halálesetről van tudomása. A halálozás aránya 1 : 3000 a kórházi, 1 : 700 a magángyakorlatban, míg *Lotheissen*, *Seitz* ezt az arányt 1 : 16—17000-re becsülték. A halálozásoknak csak 1/7-e esik gyermekekre, jóllehet az ezen szerrel altatott betegek 3/4-e gyermek volt. Mindenesetre az aethylchlorid sokkal kevésbé biztos szer mint az aether (1 : 16000 halálozás) és még kevésbé biztos mint a kéjgáz (1 : 1000000 halálozás, oxygennel keverve teljesen veszélytelen). Az aethylchloridbódítás csak 5—10 perczes műtétekre alkalmas, vagy mint az aetherbódítást megelőző eljárás. Kis gyermekeknél a kéjgáz felett előnyt érdemel, különösen a fogászati gyakorlatban. Egyébként az aethylchlorid úgy aránylik a kéjgázhoz, mint a chloroform az aetherhez: veszedelmesebb, de erősebb, biztosabb és könnyebben adagolható bódítószer. (British med. Journ., 1906.)

Pólya

Gyermekorvostan.

A gyermekkori gyomor-bélhurut gyógyítása élesztővel. A Kohts tanár vezetése alatt álló strassburgi egyetemi poliklinikán kiterjedt kisérleteket végeztek az élesztőkúrával; az eredményekről *Sittler* tanársegéd számol be. Három készítményt használtak: a levurinosét, a levure Adrian-t és a levuretint. Legjobbnak bizonyult a levuretin, a melynek használatát az is ajánlja, hogy tabletta-alakban kapható. Az első két készítményt 1—3 grammos napi adagban használták. A fél grammos levuretin-tablettákból pedig 3—5 darabot adtak naponként. A szert a gyermekek jól tűrték, csak egy 19 hónapos gyermek hányta ki az erőszakkal beadott szert. A legtöbb gyermek 1 éven aluli volt, a legfiatalabb 2 hetes. Diaetás kezelés (a tej használatának beszüntetése, helyette tea, fehérjés czukros víz, esetleg gyermeklisztforrázat, később tej-lisztkeverék, nagyobb gyermekeknek nyálkás anyagok) mellett az élesztőkészítményt lehűtött és megédesített teában vagy czukros vízben finoman elosztva adták; szükség esetén még más gyógyszereket, valamint gyomor- és bélöblítéseket is végeztek. Az erős bélrothadással járó esetekben feltünő volt a hatás; a többi fajta béllobban is többnyire jó volt az eredmény; gastroenteritis eseteiben a hányás prompt megszünt. Gastroenteritis és enteritis némely esetében az élesztőkúra egymaga gyógyulásra vezetett, közöttük voltak súlyos, calomelre, bismuthra, tannalbinra és bélöblítésre nem reagáló esetek is. A hasmenés fokozódását csak egy esetben (sok gyümölcs evése után támadt enteritisben) látták. Kiemelendő, hogy a béltartalomnak gyengén savanyú reactioja az élesztő hatását elősegiteni látszik. Minthogy az élesztőkúra semmiféle kellemetlen melléktünettel nem jár, használatát gyermekkori gastroenteritis minden esetében megkisérlendőnek tartja a szerző. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1906 36. szám.)

Mesenteriális chylangioma esetét észlelte egy négyhetes csecsemőn *Tugendreich*. A csecsemőt a *Baginsky* vezetése alatt álló kórházba bélelzáródás tüneteivel hozták s itt már két óra mulva meghalt. A bonczoláskor azt találták, hogy a pylorus alatt körülbelül 40 cm-nyire a vékonybél tömlőszerű képlet felett

halad tova, mely a bélfodorban fekszik. Ezen képlet narancsnagyságú, erősen feszes volt, hullámzást mutatott és többrekeszűnek látszott. A bél megnyitása után közlekedést a bél üre és e tömlő közt nem lehetett kimutatni. A bélzáródás oka gyanánt egyébként egy kötőszövetes köteg szerepelt, mely idült hashártyalob következtében képződött. Tömlős daganatok a gyermekkorban a ritkaságok köze tartoznak, különösen áll ez a mesenteriális cystákról; ezek alatt ugyanis olyan tömlős daganatokat értünk, melyek a bélfodor lamina propriájában a hashártya lemezei közt keletkeztek és foglalnak helyet. Keletkezésüknek magyarázata tekintetében *Tugendreich* szövettani vizsgálatai alapján a „congenitális" elmélet híve, szerinte e daganatok nyirok- vagy chyluserekből képződnek. (Arch. f. Kinderheilk., 44. kötet.)

Flesch Ármin dr.

Bőrkórtan.

A kopaszság megakadályozásáról ir tanulságos czikket *O. Lassar*, berlini tanár. A kopaszságot azelőtt állapotnak tekintették és nem betegségnek, a melyet nem is illett orvosnak kezelés alá vennni. Ma már az orvosok szakszerüen foglalkoznak a kopaszság egyes fajaival és elég szép sikereket érnek el. Természetes, hogy a legtöbb kopasz egyént a rendkivül gyakori ú. n. seborrhoeás alapú hajhullás teszi kopaszszá. Szerencsére épen ez az a hajbetegség, a mely idejében jól megállítható, a mi által a meglévő haj még megmenthetővé válik. A hajhullást és kopaszodást valami természetes, physiologiai folyamatnak tekinteni nem helyes. Régente a fogak pusztulását, hiányát is természetes és az öregséggel járó jelenségnek tekintették. Ma pedig a rossz karban tartott fogazatú egyén kellemetlen látványt nyujt. Lehet, hogy idővel a kopaszsággal is így leszünk. Kétségtelen ugyanis, hogy kellő hajápolással még az öregségben is megtartható a teljes hajzat. Az ú. n. alopecia praematura helytelen kifejezés, mert az ép hajzat szerző szerint sohasem érik meg a kihullásra, az ép hajszálak egyáltalában nem hullanak ki. A mind nagyobb számú kihullott haj, a korpázás, a gyenge fejbőrviszketés, mely az embereket önként és öntudatlanul a fejbőr vakarására, végigsimogatására készteti, mind oly jelek, melyek beavatkozásra figyelmeztetnek. Ez persze a legtöbb embernél nehezen megy, mert míg bőséges még a haja, addig orvoshoz nem igen fordul, már csak azért sem, mert hiszen (haj)betegnek egyáltalán nem érzi magát. Pedig az alopecia meggátlásának egyedüli módja csakis a hajbántalomnak korai megszüntetésében rejlik. Az alopeciát jóval ritkábban más bajok is okozzák. Ezek már határozott bőrbajok vagy általános gyengeségi állapotok. A közönséges, ú. n. seborrhoeás hajhullás ellen már praeventive tehetünk. A legjobb eljárás erre a fej tisztántartása, mert tudnivaló, hogy a fejbőrnek gyakori mosása, szappanozása és dörgölése a legjobb óvszere a kopaszságnak. Az időszakos kopaszság (pl. alopecia areata) megkülönböztetendő a valódi kopaszságtól, az utóbbi gyógyithatatlan. Gyógyithatatlan azért, mert nem más mint kifejezője a hajtüszökészülék elsorvadásának és tönkremenésének. A kifejezett kopaszság megszüntetését igérni tehát vagy tudatlanság, vagy csalárd eljárás. A hajhullást és kopaszodást mindig a megfelelő előidéző baj szerint kell kezelni. Parasitaer bántalmak ellenében (favus, trichophytiasis, pediculosis stb.) a növényi illetőleg állati élősdieket kell elpusztítanunk. A psoriasist, lupus erythematodest (mely végleges és tökéletes kopaszságot okoz) s egyéb bántalmakat pedig szakszerüen kell dermatologiailag kezelni és gyógyitani. Igen hálás a seborrhoeás hajhullásnak korai gyógykezelése. E téren *Lassar* az általa már 25 év óta használt kátrányos-sublimátos kúrát ajánlja. Ez úgy végzendő, hogy eleinte minden nap, később ritkábban a fejet meleg vizzel és *Berger*-féle kátrányszapannal (más is lehet) megmosatjuk, majd megtörültetjük és szárittatjuk. Ekkor következik a fejbőrnek enyhe bedörzsölése igen híg sublimát-oldattal (Rp. Sol. Hydr. bichlor. corros. 0·3—0·5 : 300·0.). Ez hamar elpárolog. Utána a száradásig frottirozás a következő oldattal: Rp. Thymol 0·5, Spirit. vini 200·0. Végül könnyed bekenése a fejbőrnek s a haj tövének egy 2%-os salicyl- és 4%-os tinct. benzoës-olajjal vagy kenőcscsel. Ez a mindenesetre igen körülményes eljárás a szerző szerint a legtöbb esetben igen jól bevált (Deutsch. mediz. Wochenschrift, 1906. 27. sz.) *Guszman*

Húgyszervi betegségek.

Heretuberculosisban szenvedő három beteget mutatott be *K. Ullmann* a bécsi orvosegyletben. E betegeknél a *Bier*-féle *vérpangással* 3—4 hét alatt igen jó eredményt ért el. Az első eset igen előrehaladt gümőkórban szenvedő 35 éves egyénre vonatkozik, a kinek a bal mellékheréjében azon a ponton, a hol az ondózsinórba folytatódik, egy csakhamar felpuhult és bemetszésre sürü savós genyet ürítő beszürődés keletkezett. A különben is erősen lesoványodott és nagyon elgyengült beteg ezenkivül még cystitis putridában is szenvedett, a mely a bő öblítések után alkalmazott isoform-paraffinemulsio-befecskendésekre határozottan javult. A vérpangást a szerző úgy idézi elő, hogy naponta vagy minden második napon egy 4 cm. széles ruganyos gummiszalagot jó magasan a penis és a scrotum felett oly erővel szorít a genitaliák körül, a mig cyanosis mutatkozik, ezután pedig addig lazítja a kötést, a míg a bőr ismét halványvörösre színeződik. A pangásos vérbőséget eleinte fél óráig, később azonban már egy óráig és tovább is működteti, mert azt tapasztalta, hogy ezen eljárás annál hatásosabb, minél tovább tart. Három hét alatt a beszűrődés felére kisebbedett, a genyedés csökkent és a beteg közérzete lényegesen javult.

A második betege jól táplált, izmos 34 éves napszámos volt, a kinél a prostatitis tuberculosa mellett még kétoldali elgenyedt epididymitis is fennállott. A vérpangás és a felszívódás között fennálló oki összefüggés demonstrálása czéljából a szerző ez esetben csak a kezdetben jóval nagyobb jobb mellékherét kötötte le, a mely a beteg bemutatásakor már alig volt nagyobb, mint a másik.

A legszebb eredmény a harmadik betegén, egy 28 éves napszámoson mutatkozott, a kinél a gümőkóros mellékherelob tünetei nagyobb teher emelése után hirtelen támadtak. Ezen betegen a vérpangás naponta eszközöltetett és 30—75 perczig tartott. A kezdetben lúdtojás nagyságú daganat a hatodik kezelés után már lényegesen kisebb, egy hónap mulva pedig már csak mint mogyorónagyságú, körülirt, ellenálló és érzékeny csomó tapintható ki. (Wien. klin. Woch., 1906. 17. sz.) *Drucker Viktor* dr.

Orr-, torok- és gégebajok

A Röntgen-therapia hasznáról a felső légutak bajaiban a következőkép nyilatkozik *Mader*. A felső légutak nyálkahártyája a Röntgen-sugarakkal szemben nem nagyon érzékeny; az adenoid szövet ellenben bizonyos érzékenységet mutat. A Röntgen-sugarak a gyuladások ideges tüneteire megnyugtató hatással látszanak lenni. A Röntgen-reactio subjectiv tünetekben nyilvánul, égő, ingerlő, metsző fájdalomérzetekben, melyek néhány napon át fokozódnak és azután 8—14 nap alatt megszünnek. Erősebb reactionál a fájdalom tartósabb is lehet és a nyálkahártyán pir, duzzadtság és sárgás izzadmány jelentkezhetik. A Röntgen-sugarak rák eseteiben kedvező hatást gyakorolnak, a mennyiben a fájdalmat csillapitják és a rákos szöveteket és fekélyeket megszüntetni és heges szövetté átalakítani is tudják. Megfelelő esetek a Röntgen-therapia alkalmas tárgyát képezhetik, ha idejekorán jutnak kezelésbe. Káros mellékhatásokat nem észlelt. Az általa szerkesztett fémcsövekkel a sugárzást az első időszakban 15—5 perczig végzi naponta, míg a reactio beáll, azután 15—20 napig szünet; a második időszakban a sugárzás naponta 10 percz és több lehet, a reactio beálltáig. (Archiv für Laryngologie, 1906.) *Ónodi.*

Gégegümőkórban a légcsőmetszést gyógyítás czéljából ajánlja *Henrici* fiatalabb korban, a tüdők hiányzó vagy jelentéktelen elváltozásainál és a gégegümőkór relativ jóindulatúsága mellett. Henrici javalatai a légcsőmetszéssel gyógyulást czéloznak elérni és eltérnek *M. Schmidt* javalataitól, melyek általánosságban fennállanak minden szükületnél, ha nem is forog fenn életveszély; súlyos gégemegbetegedésnél könnyü tüdőelváltozás mellett szükület nélkül is; gyorsan rosszabbodó gégefolyamatoknál, a szükület beállta előtt is; végül egyidejüleg fennálló nyelési fájdalomnál. (Archiv f. Laryngologie, 1906.) *Ónodi.*

Foggyökér spontan eltávolodását a Highmor-üregből az orron át észlelte *Sternfeld*. A bicuspis 1 cm. hosszú és 1/2 cm. széles volt. Orrfuváskor került felszinre és egy régen fennállott Highmor-üregempyema gyógyulására vezetett. (Arch. f. Laryng., 1906.) *Ónodi.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Köszvény nagyobbszámú esetében használta *Terner* — természetesen az életmód és a diaeta kellő szabályozásával kapcsolatban — a citarint 2 grammos adagokban. Heveny rohamok alkalmával 10—12 gramm adandó naponként, majd a tüneteknek enyhültével 6, illetve 4 gramm. Az összes tünetek megszünése után is czélszerű még naponként 2—3 grammot használni. Az eredményekkel nagyon meg volt elégedve a szerző, a ki idült csúz több esetében szintén tett kisérletet a citarinnal, hasonlóképen sikerrel. Súlyos esetekben egyidejüleg aspirint is adott (0·5—1 grammot 2-szer naponként). (Wiener medizinische Presse, 1906. 19. szám.)

Csúzos bajok ellen *Gräser* jó eredménynyel használja a salitot, mint a mely azért érdemel előnyt a mesotannal szemben, mert nem izgatja a bőrt. Oly módon használandó, hogy az illető börterületet aetherrel zsírtalanítjuk és azután a salit és olivaolaj egyenlő mennyiségéből készült keverékkel bedörzsöljük. Ágyban fekvő betegeknél a bedörzsölt helyet még salittal átitatott vattával is befedhetjük. (Jahresbericht des deutschen Krankenhauses in Neapel, 1905—1906.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1906. 37. szám. *Fejér Gyula:* Szeműri daganatok tükri képéről. *Korács József:* Intubálhatunk-e a magángyakorlatban.

Orvosok lapja, 1906. 38. szám. *Jankura Iván:* Agyroncsolás esete.

Budapesti orvosi ujság, 1906. 38. szám. *Auszterveil László:* A húgyhólyag és húgycső anatomiájáról, tekintettel a gonorrhoea kiterjedésére. *Horváth Kornél:* A székrekedés okairól. „Gégészet" melléklet, 2. szám. *Baumgarten Egmont:* 1. Fog-rhinolith az orrban. 2. Ritka nagyságú nyálkő kiújulással. *Waldmann Fülöp:* Styracol a gégephthiseotherapiában.

Vegyes hirek.

Kinevezés. *Barta Leo* dr.-t az érsekújvári közkórházhoz alorvossá nevezték ki.

Választás. A gyönki körorvosi állásra *Parragh Elek* dr.-t választották meg.

A „Stomatologusok Országos Egyesülete" f. hó 14.-én tartotta az „Orvosegyesület" helyiségeiben ez évi X. köz- és nagygyülését. A közgyülést *Hattyasy Lajos* egyetemi magántanár, ezidei elnök nagyszabású elnöki beszéde nyitotta meg. Az elnöki megnyitó az eddigi beszámolók mintájára és keretén belül felöleli a lefolyt évben a stomatologiát a bel- és külföldön érintő összes nevezetesebb relatiokat; beszámol elsősorban a stomatologia huszonöt éves tanitásának megünnepléséről hazánkban és ezzel kapcsolatban a szakma tanitásáról, az új klinika épitéséről, a tanszak rendszeresitéséről; felpanaszolja, hogy a szakma az új szigorlati rendszerben nem talált kellő méltánylásra, eltérőleg az osztrák szigorlati rendszertől; referál a külföldön tapasztalható reformokról és e helyen különösen kiemeli a stomatologiának, mint népegészségügyi postulatumnak méltánylását a hygienikus intézkedések terén; a németországi iskolafogorvosok intézményét méltatja, valamint az ingyenes, szegény iskolás gyermekek fogainak kezelését teljesítő intézményeket; feltárja az olasz fogorvosok törekvéseit, beszámol a tudományos buvárkodások eredményeiről, és a gyakorlatot illető újításokról. Az elnöki megnyitó után a titkár, majd a pénztáros, a gondnok, az ügyész és az egyesület hivatalos lapjának, a „Stomatologiai Közlöny"-nek felelős szerkesztője teszik meg jelentéseiket. Az inditványok során *Árkövy* tanár a közeledő újabb nemzetközi orvoscongressus kapcsán az abban alakitandó szakosztály, valamint a Franczia országban és Belgiumban alakulni készülő internationális stomatologusfoederatiohoz való csatlakozás tárgyában tesz inditványt. Ezután bezárul a közgyülés és közvetlenül kezdetét veszi a tudományos és gyakorlati programmal biró nagygyülés.

Tóth Lajos dr. ministeri tanácsos lakását IX., Mester-uteza 1. sz. alá helyezte át.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület augusztusban 735 esetben nyujtott első segitséget; ezenkivül 572 szállitást végzett, 126 esetben mint mozgóőrség működött és 20 esetben vaklárma miatt vonult ki. A augusztus havi működési főösszeg tehát 1453.

Az egyetemi I. sz. női klinikán augusztus hóban a szülések száma 114 volt, még pedig először szülés 61, többször szülés 53. A született magzatoknak száma 115, ezek közül élő 112, halott 1, macerált 2; érett 101, kora 13, éretlen 1; fiú 59, leány 56; törvényes 37, törvénytelen 78. A nőbetegosztályon összesen 15 beteget ápoltak.

Kisebb hirek külföldről. *Bergmann* tanár Berlinben e hó 16.-án ünnepelte 70. születésnapját. — *R. Weinberg* dorpati docenst a szentpétervári női orvosi iskolán az anatomia rendkivüli tanárává nevezték ki. — *Albrecht*, a frankfurti Senckenburg-intézet prosectora a tanári czimet kapta. — A római egyetemen rendkivüli tanárrá nevezték ki *R. Alessandri*-t (sebészeti kórtan), *G. Ferrari*-t (laryngologia) és *Lo Monaco*-t (kórvegytan).

Tömeges mérgezés bab-konzervvel. Egy lipcsei nagy árúház alkalmazottjai közül 250-en betegedtek meg hirtelen súlyos gastroenteritis tüneteivel. A vizsgálat — a mint azt *Rolly* docens a Münchener medizinische Wochenschrift ez évi 37. számában közli — kideritette, hogy a megbetegedések bab-konzervtől eredtek, a mely konzerv bakterium coli commune-t és bakterium paratyphi B.-t tartalmazott; tekintve, hogy a konzervet előbb 80°-ra felhevitették, alkalmasint nem maguk az emlitett bakteriumok, hanem az általuk termelt mérgek okozták a bajt. Megjegyzendő, hogy a konzerv ize, szaga, külseje tekintetében kifogástalannak látszott, elfogyasztásakor az illetők semmiféle kifogást sem emeltek.

A Neisser-féle syphiliskutatások. Úgy hirlik, hogy Neisser tanár novemberben újból elmegy Bataviába, hogy syphilis-kutatásait folytassa. A költségek fedezésére ezúttal a német kormány ad 100,000 koronát; már 3 éve tartó előző kutatásait Neisser tudvalevően a saját költségén végezte. Bataviában különben Neisser visszatérése óta nem szünetelt a munka, mert két segéde: Baermann és Halberstädter ott maradt; az előbbi helyébe, a ki egy nagy summatrai kórház vezetését vette át, időközben Siebert lépett.

A „Deutsche medizinische Wochenschrift" legutóbbi számában kijelenti, hogy a hozzá beküldött czikkekből ezentúl törülni fogja az esetleg bennük foglalt köszönetnyilvánításokat az intézeti, klinikai stb. főnökök részéről tanúsitott „meleg érdeklődésért, szives útbaigazításokért" stb. Ez csakugyan felesleges is!

Radium-gyógyhelyet szándékoznak létesiteni Joachimstalban. Az ottani bányákban ugyanis nagyon sok az uránércz, a melyből a bécsi tudományos akadémiának 10,000 kilogrammot engedtek át tanulmányozás czéljából. Ebből a mai árfolyam szerint 1 millió korona értékü radiumot sikerült tisztán előállitani. Jelenleg még a tárnákban levő források vizét elemzik, s ha ezek a vizsgálódások is kedvező eredményre vezetnek, megkezdik a gyógyhely épitését.

A Digestol sec. Glück szerencsés vegyi összetételénél fogva az eddig alkalmazásban levő emésztőporokat jelentékenyen meghaladja. Alkalia tartalmánál fogva az erjedési savakat leköti, az emésztést elősegíti és a gyomor és bél működésének elősegitéséhez igen jelentékenyen hozzájárul. Igen gyakran észlelhető, hogy olyan beteg, a kinél az emésztés a legnagyobb fokú kell emetlenséggel járt, a **Digestol** több heti alkalmazása után nemcsak a nehéz emésztéstől szabadult meg, hanem székletétele annyira rendeződött, hogy minden további beavatkozástól eltekinthetett.

Mai számunkhoz a **Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brünning, Hoechst a/M.** czég **„Novocain"** czimű prospektusa van mellékelve.

Jelen számunkhoz a **F. Hoffmann-La Roche & Cie.** czég **„Digalen"** czimű prospektusa van csatolva.

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. Derinezelferd ülések.**

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

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

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

Orvosi laboratorium: Vezető: **Dr. Vas Bernát, Poliklinika.** (Szövetség-utcza 14—16.) Telefon-szám 90—46.

ERDEY Dr. **Budapest, IX., Bakács-tér 10.** **SANATORIUMA.** **Nőbetegek és szülőnők részére.**

FANGO-GYÓGYINTÉZET. Körúti fürdő (Erzsébet-körút 15). **Csúz, köszvény,** consecutiv neuralgiák, sebészeti utóbántalmak ellen. **Vezető orvos: Dr. VÁNDOR (Wildmann) DEZSŐ.**

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: A Stomatologusok Országos Egyesületének X. nagygyülés 1906. szeptember 14.-én és 15.-én. 889. l. — A Budapesti kir. Orvosegyesület Dermatologiai és Urologiai szakosztálya. (Szakülés 1905. decz. 21.-én.) 889. l. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. (1906. április 2.-án tartott szakülés.) 891. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 892. l.

A Stomatologusok Országos Egyesületének X. nagygyülése.

(1906. szeptember hó 14. és 15.-én, Budapesten.)

1906. szeptember hó 14.-én:

Délelőtt: 1. **Höncz K.** egy. magántanár előadása: **Két odontoma egy szájban.** Előadó 44 éves erőteljes férfibetegnél baloldali felső II. és III. őrlőfogát távolítva el, azokat, illetve azok gyökereit teljesen helyettesítő csontdaganatokat talált; a daganatok górcsői lelete azt bizonyitja, hogy azok a rendes csontszövethez közelállók, bennök csonttesteknek megfelelő ürök láthatók a durva csatornák mellett. — A daganat előnyomulásakor a tulajdonképeni dentint tönkre tette, a daganat határán a dentinen mindenütt a felszivódás jelei mutatkoznak. A daganat az ú. n. „foggyökérosteomákhoz" sorolandó és tömörségére való tekintettel osteoma dentale eburneumnak volna nevezhető.

Délután: 1. **Fürst Károly** bemutatása: **„Elektrosterilisatio"** czimen a külföldön már évek óta eléggé elterjedt, de nálunk még kevéssé gyakorolt eljárást tárgyalja. A gyökcsatornák sterilizálása elektromos áramokkal (2½—3 millia.) azok elektrolytikus hatásán alapszik. A gyökcsatornába vezetett platinelektrod az anod és a testen (kéztőn) elhelyezett katod között keringő áram, ha a gyökcsatornán megfelelő másodrendű vezetővel van megtöltve (konyhasó), 10—12 percig hatva, teljesen sterillé teszi a gyökcsatornát, a mit megfelelő és pontosan végzett bakteriologikus vizsgálatok igazolnak. Bemutató összesen 36 esetéről referál, és csupán egyetlen sikertelenségről adhat számot. — Előadó az eljárást egy betegen bemutatja.

2. **Nagy Emil porczellánkoronáinak gyakorlati alkalmazásáról számol be.** A két évvel ezelőtt tartott nagygyülésen demonstrálta Nagy az általa készitett porczellánkoronákat. Ezek gyári előállítása nem sikerült, bár több előnye egyéb gyártmányok felett nyilvánvaló; azért előadó kénytelen eljárásmódjában más forgalomban levő porczellánkoronákhoz fordulni. A legalkalmasabbnak bizonyultak a *Davis*-féle koronák. Ezek teljes porczellánkoronák, melyek basisában gyárilag készült bevágások vannak, hozzá csapok kaphatók. Szerző csapos fogainál a következő eljárást alkalmazza: a gyökeret elég mélyen csiszolja a foghús alá lingual és labial, a kellően feltárt gyökcsatornába illeszti a Davis-koronákhoz adott csapot — előbb leköszörülve róla a kis, vizszintes lemezkét, most a szin, nagyság stb. szerint kiválasztott koronát — csupán a labial szélen köszörülve az adott helyzetnek megfelelően — viaszszal a helyes állásban, a beteg szájában rögziti a jól álló csaphoz. Az egészet óvatosan eltávolítja; s beágyazza úgy, hogy a csap kissé felfelé álljon a gypsben, és kiolvasztva a viaszkot, könnyen olvadó fémmel kiönti; a felesleget eltávolítva, már most cementtel rögziti az egészet a gyökérben. Ilyformán könnyen, igen pontosan ülő csapos fogat kap.

3. **Árkövy** tanár egy rendkivül érdekes felfedezését közli, tudniillik azt találta, hogy azon esetekben, midőn a fog gyökere valamely abscessus űrébe ér (az alveolus alapján előrement pathologikus folyamatok, blind abscess, chron. alv. abscessus etc.), a gyökér percussiója alkalmával (minő a fúró ütögetése, közvetlen kopogtatás fémműszerrel), azt összehasonlítva a szomszéd ép alveolusba ágyazott foggal, élénken észrevehető dobos hangot ad. Ez a tünemény előadó szerint kiváló értékű lehet adott esetben mint differentiális diagnostikus jel. Előadó a mondott tüneményt egy betegen demonstrálja.

4. **Árkövy** tanár a **„car. alv. specif. klinikai képe megváltozásának jelei"** czimmel tart nagyobb terjedelmü előadást, melyben több évtizedre terjedő klinikai tapasztalatai alapján összegezi azon felötlő különbségeket, melyek a mondott betegség klinikai megjelenési képében jelentkeznek. Kiemeli, hogy milyen különbségeket észlel a betegséget kisérő foghúslobokat és lerakodásokat illetőleg a fogakon, felsorolja a tapasztalatokat, melyeket a felszálló pulpitisekre vonatkozólag észlelt; kiemeli, hogy a betegség ma sokkal hamarább jelentkezik, mint azelőtt. Mindezek okát pedig a kulturális életben és annak körülményeiben keresi.

5. **Walheim** egy **Römer** tanár által beküldött górcsövi készitményt demonstrál, mely tisztán jelzi, hogy a felső állkapocs sarkomája valósággal összecsontosodott a fog- és az újonnan képződött alveolaris csontszövettel. Az eset annyiban érdekes, mert az első, melynél valósággal synostosis esete forog fenn.

1906. szeptember hó 15.-én délelőtt:

1. **Höncz K.: „Kóros óriásnövés** (akromegalia) **stomatologiai szempontból"** czimü előadásában évekkel ezelőtt észlelt esetét mutatja be. Moulage-zsal, fényképekkel illustrált előadásában részletesen foglalkozik az arczcsontok, alveolus és fogak nagysági viszonyaival. A rendkivül ritka észlelés bizonyára széles körben kelt érdeklődést, annál is inkább, mert az ilyen rendkivüli csekély számban közölt eseteket különösen szakszempontból nem eléggé méltatták. A délelőtt többi részét gyakorlati bemutatások töltötték ki, és ez alkalommal az Egyesület vezetőségének azon igyekezete, hogy főképen nagy praktikusok, régi tapasztalt szakemberek hallassák szavukat, a hallgatóság teljes méltánylására talált. Igy *Árkövy* tanár *„gyökkezelést és gyöktömést"*, *Rothman „amalgamtömések csiszolását"*, *Kozma „guttaperchatöméseket"* demonstrált betegeken. Mindezek a demonstratiók a legnagyobb figyelemben részesültek, és különösen a fiatalabb szaktársakra voltak nagy tanulsággal. Végül *Halász* (Miskolcz) számol be tapasztalatairól a fogbél mumificatiojáról.

1906. szeptember hó 15.-én délután.

Károlyi M. (Wien) hosszasabb fejtegetéseiben **„az articulationális zavarok következtében beálló változások felismerése és jelentősége a fogakon és szomszédos képleteken"** kiterjed az articulatiós zavarok minden következményére; majd praktikusan demonstrálja csapos fogak, ablakos és porczellánkoronák készitését.

Árkövy tanár beszámol egy újitásról, melynél esetében alsó fogak pótlásánál az erősen prognált és a szájban meglevő frontfogak esetén a prothesis lingualis kaucsuk- vagy fémlemezét elül a foghúsra támaszkodó fémivvel helyettesitette. Igy az, a mi annyira zavarta a beteget, t. i. hogy a linguális lemez nagyon látható volt, el volt kerülhető.

Végül **Jul. Weisz** (Wien) számolt be azon stomatotechnologikus újdonságokról, melyek az év folyamán felmerültek.

A Budapesti kir. Orvosegyesület Dermatologiai és Urologiai szakosztálya.

(Szakülés 1905. évi deczember hó 21.-én.)

Elnök: **Basch Imre.** Jegyző: **Csillag Jakab.**

Discussio a Havas által a mult ülésen bemutatott esetek felett.

Róna a dermatitis herpetiformis Duhringot jóindulatú bajnak tartja: végződhetik ugyan halálosan is, de azért nem szabad a pemphigus pruriginosussal indentifikálni.

Weisz megjegyzi, hogy *Kaposi* szerint a pemphigus prognosisa nem is olyan absolute rossz, mert léteznek gyógyult esetek is.

Róna megemlíti, hogy mindazon esetek, melyeket ő az utóbbi nyolcz év alatt észlelt, halálosan végződtek.

Beck hangsúlyozza, hogy a diagnosis felállításánál fontos, hogy a dermatitis herpetiformist biztosan kizárhassuk; erre nézve megjegyzi, hogy a pemphigus tisztán hólyagos kiütés, mig a dermatitis herpetiformisra a polymorphismus jellegző. Csecsemőknél is látunk egy pemphigusalakot, ez a pemphigus vulgaris neonatorium, a mely azonban jóindulatú. Ő *Havas* esetét dermatitis herpetiformisnak tartja. A gangraena cutis esetre vonatkozólag megjegyzi, hogy fel kell vennünk, miszerint létezik egy idiopathikus gangraena is. Neki volt esete, a hol egy gyermeknél egy óra alatt tenyérnyi gangraena jelentkezett.

Török: A „pemphigus" névvel jelzett csoportban ez idő szerint nem lehet jól körülhatárolt betegségindividualitásokat megkülönböztetni. Erre csupán akkor kerülhet a sor, ha az illető kórfolyamatok lényegével, különösen kóroktanával tisztában leszünk. Már ez idő szerint is történtek ilyen kihasitások a pemphiguscsoportból, a melyeket azután nem is látunk el többé a pemphigus névvel, illetőleg a melyeket nem kellene többé pemphigusnak neveznünk. Ilyen a pemphigus neonatorum, mely nem egyéb a bőr streptococcus-infectiojánál, tulajdonképen tehát hólyagos streptogen impetigo, továbbá az ú. n. acut lázas pemphigus, a mely hólyagkiütéssel járó septicaemia. A mi mai nap a „pemphigus csoport" tartalmát még képezi, azt mai ismereteink alapján nem lehet tovább osztályozni.

Azok a tulajdonságok, a melyeket a dermatitis herpetiformis jellemzésére elő szoktak adni, nem elegendők a betegség jellemzésére. A recidivák a még fennmaradó pemphigusnál is észlelhetők, a bőrelváltozások boncztani lényege azonos, a letális kimenetel a dermatitis herpetiformisnál is előfordul, a jó kimenetel pedig az ú. n. tulajdonképeni pemphigus eseteiben is észlelhető, mind a kettő átmehet „pemphigus foliaceusba" és „pemphigus vegetansba". Valamely hosszú időn át látszólag jóindulatú eset hirtelen rosszra fordulhat, stb. stb. Ezek szerint nem lehet szó éles megkülönböztetésről vagy határozott betegségindividualitásokról.

Csupán azt kell kiemelnünk, hogy bizonyos körülményekből több-kevesebb valószinűséggel következtethetünk a betegség várható lefolyására. Ilyen körülmény a hólyagok mély elhelyeződése, a hámosodás lassú bekövetkezte és az epidermális hólyagok leemelődésének a szomszédság felé való terjedése, a hólyagoknak a nyálkahártyákra való localisatioja, magas láz, prostratio, albuminuria, sűrűen fellépő eruptiók stb., a melyekből a betegség rosszabb indulatú lefolyására következtethetünk. Természetes dolog, hogy minden esetben előbb kutatnunk kell,

hogy nincsenek-e jelen a szervezetben olyan elváltozások, a melyek a bőrön nyilvánuló, haematogen eredetű exsudativ folyamatnak okaiképen szerepelhetnek, mivel az utóbbi esetben a bőrelváltozás oka már nem lesz többé egy ismeretlen jelentőségű pathologiai folyamatnak a tünete.

Havas említi, hogy azt a nézetet, a mely szerint a pemphigushólyag csakis ép bőrön keletkezik, már *Kaposi* megdöntötte; szóló is kifejtette, hogy kis erythemát, máskor pedig jól kifejezett erythemát mindig találunk a bullák alapján.

Remete Jenő: Adatok a gonorrhoeás urethrocystitis ismeretéséhez. (Cystitis trigoni.) (Előadás.) Az irodalomban csak elvétve találni egyes dolgozatokat, a hol épen hogy említés történik a trigonumnak a kankós folyamatban való részvételéről. Pedig épen az a kérdés: urethritis posteriorral tágabb értelemben vagy pedig katexochen cystitissel van-e dolgunk. Míg a kankó nyomán hólyagtünetek nincsenek, egyszerűen urethritisről, ha a hólyag is lobos, urethrocystitisről van szó. Ilyenkor a szűkebb értelemben vett trigonum Lieutaudii is beteg, a mely rész tulajdonképen anatomiailag a húgycsőhöz tartozik. A bántalom helyét legpontosabban jelző elnevezés volna tehát: „urethrotrigonitis" vagy urethritis et cystitis trigoni. Szerző a legelső szakférfiakkal ellentétben, a kik a húgycső hátulsó részére terjedő kankós megbetegedés határainak pontos körülírásán határozatlanul átsiklanak, *a trigonumnak a húgycsőhöz tartozandóságát* histologiai, klinikai és endoskopiai alapon igyekszik bebizonyitani.

Első sorban is *Kalischer* szövettani vizsgálati adataival. A trigonum musculaturája, helyzete, a szomszédságtól elütő színe, a submucosa hiánya ép olyan, mint a húgycső falában, továbbá a húgycső nyálkahártyájában levő rugalmas rostok folytatódnak a trigonumba, de ott meg is szünnek. Papillák csak a trigonumban találtattak. Az erezet szintén elüt a hólyagétől. Fejlődéstörténeti adatai is mások a trigonumnak, mint a hólyagnak.

Élénk klinikai képet nyujt a szerző az urethritis totalist, azaz urethrocystitist vázolva; a mikor a húgycső elülső, tehát legnagyobb részlete alig produkál váladékot, elképzelhető-e, hogy a jóval rövidebb ú. n. urethra posterior oly bő genyet termelne, hogy az a hólyag felé regurgitálva, annak bármily bőséges tartalmát zavarossá teheti? Ez csak úgy magyarázható, hogy az egész trigonum beteg és így a nagyobb felület annyi váladékot termel, a mely az egész hólyag tartalmát zavarossá teszi. Ez a kép az urethritis totalis legacutabb, ú. n. infiltratiós stadiumának felel meg; itt látszik még ugyanis legvilágosabban az urethra és trigonum összetartozó volta. A subjectiv jelenségek a trigonum és húgycső prostatás részének azonos beidegzése folytán nem mérvadók.

A két és három pohár próbánál a vizelet második, illetőleg harmadik részletének gyengébb zavarossága megfelel a bántalom visszafejlődésének, mivel a váladékot termelő felület hátulról előfelé mindig kisebb és kisebb területre szoritkozik. A lob terjedési szakában a trigonum a határ, viszont a tünetek itt kezdenek visszafejlődni, más nyálkahártyák lobos folyamatához hasonlóan, a hol szintén a peripherikus részekben kezdődik a gyógyulás folyamata.

Endoskopiával az urethrotrigonális folyamat egységes volta a szó legszorosabb értelmében ad oculos demonstrálható. Az endoskopiai és klinikai tapasztalatok az anatomiai és szövettani egységességre utalnak.

A chronikus kankós urethrocystitiseknél mindig csak a trigonum vagy az ostium vesicale tájéka epitheljének mélyebb vagy felületes fellazulása volt észlelhető megfelelő hyperaemiás talajon, vagy csupán egyes szigetszerű beszüremkedések voltak láthatók megfelelő epithelfellazulással, igen régi és makacs urethrocystitiseknél papilloma- és verrucaszerű képletekkel.

Subacut esetekben a gyógyulás kezdeti szakában hyperaemiát, duzzadást és imbibitiót észlelt egész a trigonum hátulsó széléig terjedőleg.

Végül acut esetben az egész trigonális nyálkahártya sötét-

Ha ma még nem tudnók, hogy a trigonum tulajdonképen a piros és igen vérzékeny és részleteket e képben megkülönböztetni nem lehet.

húgycsőnek a hólyagba benyúló részlete, mindenesetre feltünnék nekünk, hogy mily prompt módon kiveszi részét a húgycsőbeli folyamatból; ismerve azonban az anatomiai viszonyokat, viselkedését egész természetesnek találjuk.

Feleletet ad a szerző arra a kérdésre is, hogy mi jelentősége van a therapiában annak, ha az eddigi urethritis posterior helyett trigonumcystitist állapitunk meg. Oly esetben, a mikor a vizelet második részlete nem tisztul fel belső szerelésre, lévén a trigonumbeli elváltozások mélyrehatók, beszüremkedettek, nemcsak a húgycső hátulsó részét, hanem a trigonumot is kezelnünk kell. S hogy mégis a trigonum a húgycsőbeli gyuladással szemben e bajt aránylag könnyen elviseli és minden gyógykezelés nélkül is oly gyakran teljesen gyógyul, ennek okát e regio szövettanának ismerete nyujtja; a trigonumban csak szórványosan vannak mirigyek, a melyek a gonococcusok rejtekhelyei szoktak lenni.

Török Lajos előadást tart: „A sclerodermiás bőrelváltozás anatomiai lényege és pathogenesise" czimen.

Török kimutatja, hogy a bőrelváltozások a sclerodermiában egy intrafibrilláris oedema felvételével magyarázhatók, a melyhez csak másodlagosan szegődik a bőr kötőszövetének hyperplasiája. Ennek a felvételnek a szövettani leletek is megfelelnek. A sclerodermia végső stadiumában fellépő atrophiát endarteritikus elváltozásokra vezeti vissza. A sclerodermiás bőrelváltozások pathogenesisét illetőleg klinikus tapasztalatai alapján oda nyilatkozik, hogy haematogen úton jönnek létre. Ugyanis embolikus góczokat észlelt egy esetben, melyek typusos sclerodermiába mentek át.

Schein Mór: „A női nemi szervekből kiinduló, haematogen úton terjedő bőrbajok localisatioja" czimen tart előadást.

A női nemi szervekből, különösen az anyaméhből a bőr vérereibe jutó toxikus vagy infectiós anyagok által okozott bőrelváltozások elhelyeződését háromféle módon kutathatjuk. Először azon bőrelváltozások elrendeződését tekinthetjük, melyeknél feltehetjük, hogy csakugyan a nemi szervekből a bőr vérereibe jutó infectiós vagy toxikus anyagok által lettek előidézve. Ilyen a menstruatioval és terhességgel szoros összefüggésben támadó infectiós és toxikus bőrbántalmak némelyikének localisatioja. Másodszor a boncztant vehetjük segitségül és egyszerűen kutatjuk, hogy milyen összefüggés és összeköttetés létezik a női nemi szervek és a bőr vérerei között. Harmadszor kutathatjuk, hogy van-e szoros összefüggés a női nemi szervek és a bőr szerveinek functioja között és ha van, mennyiben hozható ez összeköttetésbe az érrendszerrel.

Ad 1. Itt csak azok a haematogen úton létrejött bőrbajok jöhetnek tekintetbe, melyeknél a női nemi szervekkel való összefüggés egészen szoros. Két ilyen bőrbajt ismerünk. Az egyik az impetigo herpetiformis, a mely a terhességben lép fel, a másik az erythema menstruale. Az impetigo herpetiformis *Kaposi* és *Ehrmann* egybehangzó leirása szerint főleg a genitocrurális hajlatban, a has, a köldök körül, az emlők alatt és a két hónaljárokban lokalizálódik. A betegség a legtöbb esetben a terhesség második felében lép fel és sok esetben halálos kimenetelű.

Én azokhoz a szerzőkhöz csatlakoztam, kik ezt a bajt pyaemiának tekintik (*Marel, Pollack, Dauber, Borecki, Török*). E mellett szólnak a pustulaeruptiokat bevezető rázóhidegek, a hólyagcsáknak kezdettől fogva zavaros, illetőleg genyes benneke, az albuminuria és cylindruria, a lépdagánat, valamint nehány bonczlelet, mint pl. eves endometritis és sepsis, nephritis, myocarditis, gastritis, továbbá előrement phlegmone a jobb kézháton. A pyogen infectio a női nemi szervekből indul ki és innen metastasis útján jut a kórokozó a bőr vérereibe, még pedig azért a genito-crurális hajlat, hasbőr, emlők, hónalj bőrereibe, mert ezek a helyek — mint látni fogjuk — vérereik útján közvetlenebb összeköttetésben állnak a női nemi szervekkel mint más börterületek.

Az erythema menstruale két esetét irta le *Kolben* S. (erythema menstruale gyratum neve alatt), melyek hasonló localisatiót mutattak. Mindkét esetben — két nővérről van szó — a menstruatio alkalmával ibolyavörös színű, a bőr niveauja fölé alig kiemelkedő, csoportosultan álló, körökben, körsegmentumokban és guirlandszerűen elrendezett erythemás foltok lépnek fel a sternumon, a mellkas oldalsó felületén, a czombok oldalsó részén és a segpofákon. Csak időről időre mutatkoznak gyér foltok az alkarok hajlító oldalán is.

A különbség az erythema menstruale leirt két esetének és az impetigo herpetiformisnak localisatioja között az, hogy előbbinél a foltok a gluteális tájon is lokalizálódtak és hogy nem annyira az emlőkön és alattuk, mint inkább a két emlő között foglaltak helyet. Ez az utóbbi körülmény azonban nem bir jelentőséggel, mert látni fogjuk, hogy az emlők vérerei ugyanazon vérerekből ágazódnak el, a melyek a két emlő között levő bőrfelületet is ellátják vérrel.

Azt találtuk tehát, hogy a menstruatio és terhesség alatt a női nemi szervekből a bőr vérereibe jutó infectiós és toxikus anyagok által okozott reactiós bőrelváltozások leginkább a has- és mellbőrön, a hónaljban az inguinocruralis hajlatban lokalizálódnak.

Ad 2. A női nemi szervek legfontosabb vérere az art. (és vena) uterina. Ez a ligamentum uteri terest kisérő vérerek útján az art. és vena epigastrica inferiornak a hasbőrt ellátó ágaival összefügg.

Ad 3. Itt a nemi szervek és az emlők közti összefüggés jön tekintetbe. A mamma vérerei a has-, mell- és hónaljbőr vérereivel oly szoros összefüggésben vannak, hogy az emlő a bőr kiválóan gazdagon táplált területének tekinthető, melynek vérerei a környező bőr vérereitől nem választhatók külön. Ez a terület az art. és vena mammaria int. és az art. és vena epigastrica sup. és inf. révén a női nemi szerv vérereivel összefüggésben áll.

A terhesség és a menstruatio alatt az emlők felé több vér szállittatik. A mammaria interna emlőágai tágulnak és ezek tágulásával a hasbőr vérerei is több vért szállítanak. Ezt már az a tény is bizonyitja, hogy a hasbőr a terhesség alatt nő. E tény és más bizonyitékok alapján 1898-ban a Wiener klin. Wschriftban megjelent dolgozatomban kifejtettem, hogy az emlőknek a szülés után beálló nagyfokú hyperaemiája a véráramnak a nemi szervektől a hasbőr felé és innen az emlők és mell bőre felé való elterelésén alapul. Azon bizonyitékok közül, melyeket e felvétel támogatására felsoroltam, felemlitem, hogy pectorális és abdominális emlők felett rendelkező állatoknál szülés közben az emlők annál korábban kezdenek duzzadni és tejet secernálni, minél közelebb feküsznek a nemi részekhez. Annak bizonyitására, hogy a véráram a gyermekágyban a hasfalak közvetitésével tereltetik az emlők felé, *Schauta* tanár klinikumán Bécsben hasmassagekisérleteket végeztem oly gyermekágyas nőkön, kiknek nem volt tejük. Ezek a kisérletek a mellett szólnak, hogy tényleg ezen az úton függ össze az anyaméh és az emlők vérkeringése.

Ha ezek után felvehetjük, hogy a női nemi szervek és az emlők között fennálló functionális összefüggés részben a vérpályák emlitett összeköttetésén alapul, úgy jogos az a következtetés is, hogy a női nemi szervekből a vérpályába jutó infectiós és toxikus anyag oly időben, midőn a mamma vérdúsabb vagy növésnek indul, igy pl. a terhes-

ség alatt, könnyebben veszi útját a has- és mellbőr, az emlők és hónaljárkok felé, mint más időben. Igy magyarázható az impetigo herpetiformis és erythema menstruale említett elhelyeződése.

Említettük, hogy az emlők vérerei igen szoros összefüggésben állnak a környező bőrterületek vérereivel. Ez magyarázza, hogy a nemi szervekből kiinduló bőrmetastasisok nemcsak az emlőkön, hanem köztük és a hónaljárkokban is helyet foglalnak.

Miért nem lokaliázlódik a nemi szervekből haematogen úton terjedő, a bőrben előidézett reactiv izgalmi állapot mindig az említett helyeken, miért csak kivételesen? Ez abban leli magyarázatát, hogy a bőrmetastasisoknak és bőremboliáknak *Philippson* szerint bizonyos praedilektiós helyeik vannak a végtagok feszítő oldalán, az arczon és fejbőrön, továbbá azon, hogy vannak más ismeretlen körülmények, melyek a localisatiót befolyásolják és módosítják és csak bizonyos helyeket tesznek alkalmassá arra, hogy ott reactiv izgalmi állapot létesüljön. Ugy látszik, hogy itt úgy a kórokozó anyag minősége, mint bizonyos helyi okok játszanak fontos szerepet.

Tény azonban, hogy a női nemi szervekből a bőr vérereibe szállitott anyagok a terhesség alatt ceteris paribus a has- és mellbőrön, az emlőkön, hónaljban, inguinocrurális hajlatban inkább okoznak emboliákat és metastasisokat, mint más helyeken.

Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

(1906. április 2.-án tartott szakülés.)

(Folytatás)

4. **Barta Andor** „*A méhrák elleni küzdelem külföldön és nálunk*“ czimmel tart előadást.

Röviden vázolja a méhrák fontosságát az orvosi működés felelőssége s másrészt ama pusztitás szempontjából, melylyel e baj a társadalom legértékesebb elemét, a javakorbeli, sőt leginkább a többször szült nőt, az anyát támadja meg. Winter szerint: „Die Diagnose des Uteruscarcinoms ist die verantwortlichste, welche vom Arzt verlangt wird; jede Fehldiagnose kostet ein Menschenleben und die zu spät gestellte Diagnose oft ebenfalls.“ Kárhoztatja, hogy a méhrák pusztitásairól nálunk még eddig statistika sem jelent meg. Csak azt tudjuk, hogy pl. 1902-ben a belügyministeri jelentés szerint hazánkban 6692 tizenegy éven felüli egyén halálozván el rosszindulatú daganatok következtében s ezeknek legnagyobb része, a kórbonczlan tanai szerint, rákra és pedig a méhrákra esik. Ennél nagyobb pusztitást alig néhány betegség okoz (gümőkor, szivbajok stb.). A külföldi statistikák szerint a rák még hozzá hatalmas módon terjed, úgy hogy ma körülbelül kétszerannyi rákos halálozás van, mint 50—60 év előtt. Nem szabad továbbá feledni, hogy a méhrák néha fiatal, látszólag viruló nőknél is előfordul. Súlyosbitja a bajt, hogy a betegek legnagyobb része már inoperabilis állapotban kerül észlelés alá. 1900/901-ben Schauta és Chrobak osztályain az operabilitás 15%. A londoni Samaritan Hospitalban 89 rákbeteg közül csak 17 operabilis. Kárhoztatja, hogy a hazai intézetek legnagyobb része nem számol be a nyilvánosságnak statistikájával s ezért csak a két budapesti női klinika adatai állanak egész részletesen rendelkezésre, melyekből kitünik, hogy a Tauffer-klinika operabilitása 9·5, a Kézmárszky-klinikáé 1882—1895-ig 10% volt, újabban azonban 22%-ig is eljutottak. Ez az szám részben önkényes, eredménye a műtő egyéni felfogásának az operabilitás határát illetőleg. De ugyanazon műtő indicatioállitása szerint is emelkedik az operativ eljárások javulásával, a gyakorló orvosok közreműködésével és a közönség kitanitásával. Ily módon emelkedett Wertheim operabilitása 15%-ról 30%-ra, majd 50%-ra, Winteré meg 54%-ról 71%-ra. Egyik legnagyobb városunk bábaképezdéjében, a hol egy nagy, 50,000 lakosú város és óriási vidékének betegei ingyenes ambulantián is megfordulnak, 8 év alatt csak 28 méhrákot észleltek. Inoperabilisnak csak kettőt mondanak a jelentések, de azért a többi 26-ból csak kettőt operáltak meg. De nem is érdeklődik ez iránt sem a felsőbb vezetőség, a kultusministerium, sem pedig az az orvosi testület, mely előtt elhangzott minden egyes jelentés. Az esetek közt pedig van egy gravida is. Senkisem kérdi, hogy mi az intézet álláspontja ezen esetekkel szemben? A beteg anya érdekét tartják-e elsőnek, vagy az ép magzatét? Mi lett a szegény nő sorsa? Hogy sikerült a 2 végzett műtét? Nem kevesli senki, hogy évenként csak 3—5 méhrák fordul elő? Vagy nem constatálja senki, hogy a megye csaknem egy immunis sziget volna, ha e statistika megbizható? Vagy nem kérdi senki, hogy a többi 26 betegről miként gondoskodtak? Mi lett azoknak sorsa? Honnan ez a közöny? Hogy van az, hogy ily súlyos bántalmakat radikálisan az egész országban alig néhány intézet operál meg? Hogyan van az, hogy a méhrák oly elhanyagolt themája nálunk az orvosi lapoknak, orvos-társulati üléseknek, de még egyetlen nőgyógyászati lapunknak is? Figyelmeztet arra, mennyivel intensivebben foglalkoznak a vidéki intézetek is a nagy sebészettel, mint a nagy operativ gynaekologiával. Figyelmeztet arra, hogy egyesületünkben sem volt évek hosszú során át sem előadás, sem betegbemutatás, de még egy incidentális eszmecsere sem a méhrákról. Nem bánja, ha minden állitását megczáfolják is, csak a figyelmet óhajtja e súlyos bajra irányitani.

A külföldi gynaekologiai szaklapokból néhány példát hoz fel arra, hogy mily intenzive foglalkoznak ott úgy az intézetek, mint a lapok a méhrákkal. Pl. a „Centralblatt für Gynäkologie“ egyik legutolsó számában van egy angol vidéki szülésztársaság jegyzőkönyve. Wertheim mint vendég előadást tart a méhrákról s beszámol az ő saját methodusa eredményeiről. A jelentkezők 50%-át megoperálja. A minden esetben végzett histologiai vizsgálat azt mutatja, hogy a klinice épnek látszó parametriumok is 60%-ban histologice már inficiáltak, úgy hogy a vaginális totalexstirpatio csak az esetek 40%-ára nézve igazi radikális műtét. Ellenben a saját abdominális eljárását követve, ma már 60—70% öt év előtt operált esete van, a melyek most még recidivamentesek, tehát gyógyultnak tekinthetők. A vaginális totalexstirpatiót tehát túlhaladott eljárásnak tartja s ezt csakis az egész kezdetleges corpus- és portiorákoknál végzi. Az „Archiv für Gynäkologie“ 36. kötetében van König beszámolója a méhrákgyógyitás terén elért eredményeiről. 70 radikális műtétet végeztek: 37-et Wertheim, 32-öt Mackenrodt-Amann szerint s csak egyet vaginális úton. Ő is a Wertheim álláspontján van. Sőt már a Wertheim-műtétet sem tartja minden esetben czélravezetőnek, mert midőn csak Wertheim szerint operált, betegeinek 61·7%-át operálta meg, mig Mackenrodt vivmányaival 87% operabilitást ér el. 12-szer resekálta az uretert és négyszer a hólyagot. A hol már radikális műtétet nem lehetett végezni, próbalaparotomiát végez és leköti a medencze nagy ereit. Mindamellett primaer mortalitása nem nagyobb, mint 4·1%. „Sie kann uns nicht mehr vom abdominellen Vorgehen abhalten.“ A „Centralblatt“ február 3.-iki számában van a bécsi szülészek ülésjegyzőkönyve. Franqué prágai tanár bemutat egy egész közönséges portio-cancroidot, mely terhes méhben keletkezett, bár tudja, hogy a terhesség és méhrák együttes jelentkezése nemrég igen magas színvonalú s beható vita tárgya volt a társulatban. Fontosnak tarta azonban az esetet, mert szintén az abdominális út előnyeit mutatja. Wertheim felhasználja az alkalmat, hogy ezirányú eredményeit ismertesse. 8 év alatt 600 rákbetege között 6 gravida volt, a kik az összes (260) totalexstirpatioi között szintén szerepelnek. E hat beteg közül csak egyet vesztett el. Nem akar ily kevés eset alapján tételeket felállítani, de egyetértve a legnagyobb német gynaekologusokkal, nem tartja a rákos gravida életét oly absolut veszélyesnek, mint a francziák. A „Centralblatt“ 1906. 9. számában Seigneux genfi docens azt ajánlja, hogy minden nő kezébe vérzési sémákat adjunk, tanitsuk meg s szoktassuk őket azok vezetésére s időnként való megmutatására s akkor sokkal több initiális rákot fogunk észlelés alá kapni, mint most. Ugyane számban Schücking tanár beszámol a radiumbromiddal elért eredményéről egy inoperabilis portioráknál. Az eredmény mindenesetre jobb, mint a mit éles kanállal és Paquelinnel el lehetett volna érni. Ugyanebben van egy „Krebs“ czimű rovat, melyben 6 nagyobb tanulmány eredménye van röviden ismertetve, mind a rák részletkérdéseiről.

Mindezt csak például hozza fel arra, hogy mily lázasan kutatják külföldön a rák teljes gyógyithatóságának feltételeit, hogy telve vannak a lapok vele. Hogy van az, hogy nálunk az abdominális műtétet alig egy-két intézet végezte s a vaginális műtétet is aránytalanul kevés esetben végzik. Az első női klinikán 14 év alatt 70 esetben, a másodikon 23 év alatt 172 esetben végeztek, tehát évente 5, illetve 7-et, a mi 10%, illetve 9·5% operabilitásnak felel meg. Fogjuk-e mi valaha a 81% operabilitást elérni, a Krönig-féle 4·1%-os primaer-mortalitást is megközelitve? Talán sohasem. Hisz vidéki bábaképezdéink alig fejtenek ki operativ tevékenységet. Mik az okai ezen állapotoknak? Mit tegyünk, hogy mindez máskép legyen?

Tauffer tanár 1905-ben a Budapesti Orvosi Körben tartott felolvasásában a helyzet javulását elsősorban attól várja, hogy a gyakorló orvosok korai diagnosist állapitva meg vagy korán végezve próbaexcisiót és histologiai vizsgálatot, az esetek nagyobb százaléka fog operabilis állapotban radikális kezelés alá kerülni. Ennek akadályául első sorban a nők túlzott szemérmességét tartja, de másrészt az orvosok gondatlanságát is s rájuk olvassa a Winter 7 pontját, melyek szerint az orvos elmulasztotta a vizsgálatot: 1. mert nem gondolt méhrákra, hanem a panaszokat climacterikus tüneteknek tartotta, 2. mert járatlan a vizsgálatban, 3. mert műszere nincs, 4. mert vérzés alatt nem akart vizsgálni, 5. mert undorodott a méhvizsgálattól, 6. mert momentan nem volt ideje, 7. mert a szegény beteg nem tudta volna honorálni. Bizony ez úgy hangzik, mint megannyi arczulcsapás. Azonban nálunk nem ez a dolog súlypontja, mint Németországban. Ott az intézetek s a kormányzat igazán lelkiismeretesen teljesítenek minden lehetőt, hogy az emberiség e nyavalyáját kiirtsák. Ott egyik-másik műtő már százakra menő hasmetszéssel operált betegről számol be. Megoperálják még az inoperabilis eseteket is, és az eredményeket sietnek közétenni. Ott már igazán a gyakorló orvosokon van a sor, hogy a korán jelentkezők baját rögtön felismerjék s ha méhrák forog fenn, rögtön operáltassák. Ott már a napisajtó vette át az agitatiót. Be tud-e azonban számolni az említett bábaképezde vezetősége arról, hogy a 26 méhrákos betegét hogyan kezelte, hova utasitotta, hogyan gondoskodott róluk? Talán tud, talán nem. Azonban be nem számol jelentéseiben róla. Ellenben egész pontosan beszámol avval, hogy a gyermekágyasok hány forint ára babot és krumplit ettek meg. S lehet, hogy a kultusministeriumot, melynek a közegészségügy nem rossortja, tényleg jobban is érdeklik a financiális administratió sikerei, mint a tudományos téren elért eredmények. A helyzet javitására előadó szerint is szükséges a minél gyakoribb próbaexcisió és histologiai vizsgálat. Szükséges azonban, hogy ez utóbbit az egyetemi és más hatósági intézetek, kórházak és bábaképezdék prosecturái ingyenesen és gyorsan teljesitsék. Mellőzhetetlen természetesen, hogy ezen vizsgálatok teljesen megbizhatók legyenek. Mindaddig, a mig egy histologiai vizsgálat 10 vagy még több koronába kerül, addig a szegény betegre nézve csak költséges eljárás lesz, melynek czélját mindig nehéz lesz számára megmagyarázni. Szentül hiszem, mondja előadó, hogy ezáltal rögtön megszaparodnék az operabilis méhrákok száma. A positiv histologiai lelettel kezében, bátran fogja magát minden orvos a

végletekig exponálni, hogy betege a fővárosba menjen, s intézetbe vétesse fel magát. E nélkül azonban folyton remeg, hogy ott csak desavuálják, ha tévedett, s örökké compromittálva lesz.

A második követelmény az, hogy minden nőgyógyászati intézet élére tetterős, ambitiosus és a legmodernebb operativ eljárásokban jártas egyén állittassék, ne pedig olyan, a ki állására bármi mással, azonban legkevésbé hosszú és fáradtságos klinikai vagy kórházi tevékenységgel szerzett érdemeket s a ki positioját nem operativ s tudományos sikerek elérésére, hanem az aurea praxis minél extensivebb meghódítására használja s egész emberöltőre megbénítja a rák elleni küzdelmet.

Az a követelés, hogy a gyakorló orvosok tanulják meg a rák korai diagnostizálását, az orvosképzés reformjával függ össze. Hiba, hogy eddig a gynaekologiát a szülészettel együtt, mellékesen adták elő, pedig az egy fontos, külön studium, melyből önálló collegiumot kellene hirdetni. Hiba, hogy az operativ gynaekologiát szintén nem adják elő s legnagyobb hiba, hogy nem végeztetnek a medikusokkal, de még a klinikai gyakornokokkal sem nőgyógyászati hullagyakorlatokat, nem kérdezik a szigorlaton sem a méhkiirtás technikáját, úgy a mint gyakorolják a hullán és kérdezik a szigorlaton a sebészeti és a szemészeti műtéttant. Hiba, hogy ha már a medikusok jelenlétében történik egy méhkiirtás, sohasem volt az előadó tanúja annak, hogy a műtét egyes actusait demonstrálták volna is. Ily módon diplomát kaphat bárki a nőgyógyászat ismerete nélkül. Sőt nemcsak orvosit, hanem műtői diplomát is, mert a műtői vizsgán meg épen nem kérdezik s végeztetik a méhkiirtást.

Tauffer azt irja, hogy minden orvostól megkövetelhetjük, hogy bimanuálisan tudjon vizsgálni, „mert több mint 20 éve szakadatlanul tanítjuk, demonstráljuk és gyakoroljuk az erre vonatkozó kézfogásokat". Ez igen meggyőzően hangzik, de mégis téves tétel. Mert ugyanazon medikusgeneratio csak egy semesteren át hallgatja az egyesített szülészeti és nőgyógyászati collegiumot, melynek legtöbb óráján szülészet járja, a bemutatott nőgyógyászati beteget is csak 3—4 medikus vizsgálhatja. Hány vizsgálatot végezhet akkor egy semesteren át minden medikus? Bármily szorgalmas legyen a tanár s a tanitvány, így a bimanuális vizsgálatot tanítani és megtanulni nem lehet.

Winter azt irja: „Das Erlernen der combinirten Untersuchung ist sehr schwer; der Anfänger steht vor ihr, wie vor einem Geheimniss." Ne gánesolja tehát senki a gyakorló orvosokat, ne követelje tőlük senki azt, a mire őket meg nem tanitották. Reformáljuk meg a nőgyógyászat egyetemi oktatását s ösztönözzük orvosainkat, hogy magukat nőgyógyászoperateurökké kiképezzék azzal, hogy őket megfelelő állásokba helyezzük. A női klinikákról pedig senki ne távozhassék 5–6 évi tevékenység után a nélkül, hogy a méhkiirtást megtanulta s végezte volna, a mint az eddig rendszeresen történt.

Mi legyen a gyakorló orvos feladata e küzdelemben? Ne irjanak fel styptikus szert, ha a vérzés okát biztosan meg nem állapitották, hanem követeljék, hogy a vérző nő exact vizsgálatnak vesse magát alá. Energikusan maradjanak meg ezen álláspontos ne bizakodjanak se a styptikus szerekben, sem a klimaxban, mert a klimacterikusnak látszó vérzések közül sokat corpuscarcinoma okoz. Szoktassák hozzá a nőket, hogy vizsgálat nélkül a méhbajok becsületes kezeléséről szó sem lehet. Népszerűsítsék azt a tényt, hogy a rák gyógyitható s akkor a nők is szembeszállnak annak lehetőségével és operateurjeink jóval több operabilis esetet fognak műtét végett kapni, mint eddig. Ne feledjék végül, hogy a rákgyanús beteg észlelése, abból a czélból, hogy a folyamat destructiv jellege által a diagnosis bizonyossá váljék, határozottan elitélendő műhiba. Tehát nem experimentálni, hanem a legerélyesebben a gyors és biztos diagnosisra és a mielőbbi megoperáltatásra kell törekedni.

Konrád Márk védelmébe veszi az intézeteket. Hivatkozik volt segédeire, kik tanúskodhatnak mellette, hogy az esetek inoperabilis állapotban kerülnek szem elé s igy az intézetek nem hibásak.

Grósz Menyhért azt hiszi, hogy az általános véleményt tolmácsolja, midőn a legnagyobb elismerését fejezi ki a hallottak felett. Sajnálatosnak tartaná, ha az előadás egyszersmindenkorra végleg elhangzott volna s azért indítványozza, hogy kinyomattassék s úgy a budapesti orvosi lapoknak, mint a társorvosegyleteknek, de legalább is az összes nagyváradi és biharmegyei orvosoknak megküldessék.

Révész Vilmos dr. üléselnök köszönetét fejezi ki az előadónak előadásáért, melylyel mindenben egyetért. Grósz inditványát azzal toldaná meg, hogy a kinyomatás és szétküldés az egyesület költségén történjék.

Rácz Miksa emlékeztet arra, hogy a prosecturák felállitása már régi óhajtás, mit ő is égető szükségnek érez. Hiszi, hogy városunkban az összes kórházak és bábaképezde együttesen könnyen megvalósithatna és fenntarthatna egy prosecturát.

Edelmann Menyhért szintén elismerését fejezi ki előadónak. Praxisában volt rá példa, hogy egy méhrákos nő előbbi kezelő orvosának hanyagsága miatt inoperabilissá válhatott volna, ha ő Tauffer hasonló czélú felolvasása által buzdítva, a gyanú tisztázását nem forciroza volna. Jó lenne, ha előadó később a közönség számára is szerkesztene egy rövid, népies hangú ismertetést a méhrákról s annak a laikusok által is felismerhető tüneteiről.

5. **Szilárd Béla „A fénynyel való gyógyitásról"** czímmel tart előadást.

Az előadó a phototherapia alapelveit ismerteti, melybe annak történetét is beleszövi. Kifejti, hogy a physikai és chemiai principiumok alapján hogyan épitette fel Finsen a therapiáját s hogy első kisérletei milyen fényesen beváltak. Az optika és chemia törvényei oly szigorúan beváltak itt, hogy nyilván nem csodálni való, hogy a régiek az egész életet chemismussal akarták megmagyarázni. A phototherapia alkalmazása rendkivül kiterjedt. Korányi, Jodlbauer, Tappeiner és mások kisérletei óriási teret nyitottak meg e gyógyitásmód alkalmazásának, a mely tér a radium felfedezésével még megbővült. Ezután egyenként tárgyalja az előadó a fény-, illetve Röntgen- és radiumsugarak élettani hatását és a scarlatina, lupus, lymphosarkoma, carcinoma, gonorrhoea, leukaemia, tuberculosis stb. eseteiben követett eljárásokat, továbbá a fénynek a bakteriumokra gyakorolt hatását, mely utóbbi általában nagy hygieniai fontosságú.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A sejtműködés megmaradásának jelentőségéről az immunitás tanában tartott érdekes előadást *Leube* a „Physikalisch-mediz. Gesellsch. zu Würzburg" julius 12.-i ülésén. Az előadó már régóta azon a véleményen van, hogy a sejtek specifikus működésüket makacsul megtartják, a minek következtében az organisatiojuktól feltételezett vagy az élet folyamán szerzett munkairányuk megmarad. Az élet- és kórtanból vett példákkal világitja meg ezen felvételének a jogosultságát s azután áttér arra a fontos szerepre, a melyet ez a működésmegmaradás a fertőző betegségekben játszik. A természetes és az activ mesterséges immunizálás folytán ugyanis a sejteknek antitesteket kell termelniök, a mely működésüket azután később is folytatják. Ha pedig később ez az antitest-termelődés csökken vagy meg is szünik, minthogy a sejtek az immunizálás alatt ezt a működést megtanulták és sokáig folytatták, a fertőző anyagok újból való behatására megint azonnal beáll. Ebből magyarázható, hogy az előzően typhusbacillusokkal kezelt házinyúlban a már csökkent agglutinatiót minimális mennyiségű typhustenyészet rendkivül erősen fokozza, míg a normális házinyúlban hatástalan (Rufus J. Cole). A sejteknek az immunizálással adott azt a képességét, hogy ellenanyagokat termel, nem specifikus ingerek is fokozhatják, a mint azt Salomonsohn, Madsen és Funck kisérletei mutatják, a melyekben az immunizált állatok vérének antitoxin- és agglutinin-tartalma pilocarpin-befecskendezés után fokozottnak bizonyult. Leube maga azt találta, hogy typhust kiállott emberek vérének agglutinin-tartalma bőséges táplálással, Bier-féle pangásokkal stb. erősen fokozható. Elméletével különben a typhus-recidivákat és egyéb viszonyokat is megmagyarázhatni vél; mindezekről, nemkülönben a kérdésnek therapiás oldaláról más alkalommal kiván bővebben beszámolni. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1906. 36. szám.)

A neuralgiák injectiós orvoslásáról tartott előadást *Krausz* a „Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur" egyik utóbbi ülésén. Az ismert aetiologiájú neuralgiákban, főleg malariában és syphilisben, azután diabetesben és anaemiás állapotokban, természetesen az oki gyógyitás követendő. De még ezekben az esetekben is akárhányszor szükségesnek mutatkozik a tüneti gyógyitás, a melyben az utóbbi időben nagyon előkelő szerepet visz az injectiós orvoslás. Már régebben tettek kisérletet alkoholnak, aethernek, viznek, cocainnak az idegbe való befecskendezésével. Azután jött a Schleich-féle infiltratiós módszer, a melyet Lange módosított. A boroszlói belklinikán ischias 15 esetét orvosolták a Lange-féle módszerrel (1%-es β-eucaint tartalmazó physiologiai konyhasó-oldatból 100 cm³ nek a befecskendése az ischiadikus táján; a β-eucain helyett a kevésbé mérgező stovain is használható és 5—10 csepp 1%-es adrenalin-oldat is adható hozzá); többnyire már egy befecskendezés elegendőnek bizonyult. Trigeminus-neuralgia néhány esetében is igen jó volt az eredmény; ilyenkor csak 20 cm³-t fecskendeztek be. A befecskendezések olyan módon hatnak, hogy egyrészt az eucain, illetve stovain érzéstelenit, másrészt a befecskendezett nagy folyadékmennyiség mechanikai hatást fejt ki az idegre és környékére, végül pedig az adrenalin a helyi vérkeringés megváltoztatása útján (anaemia következményes hyperaemiával) gyakorol befolyást. Tapasztalatai alapján azt a tételt állitja fel az előadó, hogy trigeminus-neuralgia esetében, mielőtt a műtétre határoznánk el magunkat, mindig kisérletet kell tenni stovain, sőt osmiumsav befecskendezésével. Az előadáshoz fűződött észmecserében *Anschütz* arra utal, hogy az osmiumsavat a keletkezhető hűdések miatt csak nagyon óvatosan szabad használni. (Berliner klinische Wochenschrift, 1906. 37. szám.)

PÁLYÁZATOK.

3694/1906. sz.

A Kis-Pereg és Német-Pereg községekből álló és lemondás folytán üresedésbe jött **kisperegi körorvosi állás** választás útján leendő betöltésére határidőül folyó évi október hó 11. napjának délelőtti 9 óráját Kis-Pereg községházához kitűzöm

A körorvos javadalmazása: évi fizetés 1200 korona, nappali látogatási díj 50 fillér, éjjeli látogatási díj 2 korona és Kis-Pereg község székhelyén teljesitendő halottkémlésért esetenként 50 fillér.

A körorvos folyamodása esetén kézi gyógyszertár tartására is fel lesz jogositva. E jogositványa gyógyszertár létesitése esetén megszünik.

Felhivom az ezen állást elnyerni óhajtókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a szerint felszerelt pályázati kérvényüket hozzám a **választás napjáig** nyujtsák be.

Pécska, 1906. évi szeptember hó 18.-án.

2–1 *Senk Ferencz*, főszolgabiró.

633/1906. sz.

A lemondás folytán a nagyváradi m. kir. állami gyermekmenhelynél megüresedett **másodorvosi állás** — mely 1200 korona évi fizetés, élelmezés, egy butorozott szobából álló lakás, továbbá fütés és világitás élvezetével van egybekötve — betöltendő.

Felhivatnak mindazon orvos urak, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy egy koronás bélyeggel ellátott s keresztlevél, vagy születési bizonyítvány, orvosi oklevél és eddigi alkalmazásukról szóló egyéb okmányokkal felszerelt s a belügyminister úrhoz czimzett folyamodványukat **1906 évi szeptember hó 31.-éig** a nagyváradi m. kir. állami gyermekmenhely igazgatóságánál nyujtsák be.

Nagyvárad, 1906. évi szeptember hó 5.-én.

Edelmann Menyhért dr., igazgató-főorvos.

2552/1906. sz.

A nagyszebeni m. kir. állami elmegyógyintézetnél újonnan rendszeresitett állandó jellegü és 2000 korona évi fizetéssel, lakás, fütés, világitás és I. oszt. élelmezéssel javadalmazott **másodfőorvosi állásra**, belügyminister úr ő nagyméltóságának folyó évi 86,716. sz. a. kelt rendelete alapján ezennel pályázatot hirdetek.

Felhivom mindazon orvos urakat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy pályázati folyamodványaikat, a melyek a pályázónak magyar honosságát, továbbá az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának II. pontjában előirt minősitését és esetleges egyéb eddigi működését igazoló okmányokkal felszerelendők, egy koronás bélyeggel ellátandók és a m. kir. belügyminister úrhoz czimzendők, hozzám legkésőbb **folyó évi október hó 20.-áig** nyujtsák be.

Nagyszeben, 1906. évi szeptember hó 8.-án.

2—1 *A nagyszebeni m. kir. állami elmegyógyintézet igazgatója.*

3411/1906. sz.

Jász Nagykun-Szolnok vármegye tiszai középjárásába kebelezett Tiszabő községben lemondás folytán üresedésbe jött **községi orvosi állásra** — miután a már előbb hirdetett pályázat eredménytelen maradt — újból pályázatot hirdetek s felhivom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetőleg az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában foglaltak alapján felszerelt pályázati kérvényüket hozzám f. **évi szeptember hó 30.-áig** annál is inkább adják be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A községi orvos javadalmazása:

1. A községi pénztárból havi előleges részletekben fizetendő évi 1000 (egyezer) korona törzsfizetés.
2. Negyedévi előleges részletekben fizetendő 200 (kettőszáz) korona lakbér.
3. A halottkémi teendők teljesitéséért 30 (harminez) korona.
4. A fizetőképes betegektől a szabályrendeletben megállapitott látogatási díjak, a fizetésképtelen betegeket díjtalanul tartozik az orvos gyógykezelni.
5. A vágatási biztosi teendők ellátásáért szedhető díjak.

A választási határnap kitüzéséről később fogok intézkedni.

A megválasztott községi orvos köteles lesz állását a választás jogerőre emelkedése után azonnal elfoglalni.

Tiszaroff, 1906. évi szeptember hó 11.-én.

2—2 *Jancsó Géza*, főszolgabiró.

127/1906. eln. sz.

A pozsonyi m. kir. állami kórházban egy **másodorvosi állás** megüresedvén, annak betöltésére a nagyméltóságú belügyminister ú nak folyó évi szeptember hó 6.-án kelt 97,475/IV. a. számú magas rendelete alapján pályázatot hirdetek.

Felhivom azon magyarhoni illetőségü orvos urakat, kik ezen 1000 korona fizetéssel, szabad lakással, fütéssel, világitással és I. oszt. élelmezéssel javadalmazott ideiglenes jellegü, két évi időtartamra szóló állást elfoglalni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában megkivánt minősitést igazoló okmányokkal felszerelt, s a belügyminister úr ő nagyméltóságához czimzett folyamodványaikat f. **évi szeptember hó 30-áig** alulirotthoz nyujtsák be.

Pozsony, 1906. évi szeptember hó 9.-én.

2—2 *Pantocsek József* dr., igazgató-orvos.

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.

Kaliforniai füge-szörp

CALIFIG

(Név védjegyezve.)

A

California Fig Syrup Company

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

Kellemes és hatásos rendkivül jóizü hashajtó felnőttek és gyermekek részére.

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

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

California Fig Syrup Co., San Francisco, Cal.

Európai vezérképviselőség:

Fassett & Johnson, LONDON, Snow Hill 32.

Főraktár Magyarország részére:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertára **BUDAPESTEN,**

VI., Király-utcza 12.

A gyomorbennék hyperaciditása

ellen alkalikus vizek,

mindenekelőtt „Rohitschi Styria forrás“

sikeresen használtatik.

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

Közelebbit a prospektusokban.

„GUAJATIN JENCS“

Sulfo-Guajacol-készitmény, mely 100 részben 7% Kal. Sulf. Guaj. és 0·50% Extr. Thymi és Extr. Tiliae-t tartalmaz.

Tuberculosis összes eseteiben, Pertussisnél, valamint influenzás tüdőgyuladásoknál, nemkülönben typhusos tüdőinfiltrationál antithermikus hatású.

Gyermekek is rendkivül jól türik. — Kitünő antithermikus hatású.

Ára 2 korona 50 fillér.

Készitője: **JENCS VILMOS** gyógyszerész, Budapest, II., Széna-tér 1. szám.

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

ALBOFERIN

WIEN, I, Wollzeile 40.

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

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

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

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

Alboferin serkenti az étvágyat, gyarapitja a testsúlyt, erősiti az idegeket. — Bakteriummentes, határtalanig eltartható.

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

Kapható valamennyi gyógytárban és nagyobb drogueria-üzletben.

Szabadalmazva. **Név törvényileg védve.**

Histosan

(Guajakol-Albuminat)

Az eddigi guajakol-készitmények helyett, melyek közül egy résznek káros mellékhatásai vannak, mig a guajakol sulfosavas sók bizonytalan hatásuk miatt a therapiát rendkivül megnehezitik, a t. orvos uraknak melegen ajánljuk a **Histosan**-t.

Dr. Nevinny tanárnak az innsbrucki egyetemi gyógyszertani intézetben, valamint a berni egyetem fertőző betegségek kutatására szolgáló intézetében végzett vizsgálatok, nemkülönben számos kórházban és sanatoriumban szerzett tapasztalatok szerint a histosannak feltünően kedvező hatása van tuberkulosis és a légző szervek más fertőző bajai esetében. Histosan, mint fehérjeösszetétel — s ezt minden orvos a priori el fogja ismerni — fölülmul minden eddig ismert guajakol-készitményt és gyakorlati kisérletek minden esetben igazolni fogják, hogy az ezen bajoknál tekintetbe jövő eddig alkalmazott összes belső szereknek, hatás tekintetében jóval fölötte áll.

Rendelési alakok felnőttek részére:

Rp. **Sirup. Histosani**
lag. orig. I
S. naponta 3—4 kávéskanállal

Rp. **Tablettae Histosani**
scat. orig. I
S. naponta 4—6 tabletta.

Rp. **Histosan pulv. 0·5**
tal. dos. No. XX
S. 3—4-szer naponta 1 port.

ÁRAK:

1 eredeti doboz **Histosan-tejcsokoládé-tabletta** 4 korona (40 drbot tartalmaz).

1 eredeti üveg **Histosan-syrup** 4 korona.

Kimerítő irodalom és minta az orvos uraknak díjtalanul rendelkezésére áll.

Fabrik chemischer & diätetischer Produkte

Schaffhausen (Schweiz) Singen (Baden)

TRADE MARK B&S SCHUTZ MARKE

C. H. Boehringer Sohne
Mannheim - Waldhof

Ferratin és Ferratose (Liquor ferratini) mint „természetes vastáplálék“ javalva **anaemia, chlorosis, általános testi gyengeség** és a lábadozás alkalmával. Eredeti üvegek 25 gm. Ferratint vagy 250 gm. Ferratoset tartalmaznak, utóbbi **betegsegélyzőpénztári csomagolásban** is kapható.

Jod-Ferratose (Syrup. Ferratini jodat.) **0·3% Fe és 0·3% J.** Javalatok: Nagyfokú **görvélykór, rachitis**, idült **endometritis, malaria** és **syphilis** és **dermatosek** utókezelését (kitünő roborans és tonicum). Eredeti üvegek 250 gm. tartalommal, **betegsegélyzőpénztári csomagolásban** is kapható.

Arsen-Ferratose szerves **Arsen-vasfehérnye-vegyülék 0·3% Fe** és **0·003% As**-el. Észszerű és hathatós **Arsen-vaskészítmény.** Eredeti üveg à 250 gm. Adag felnőttek részére 3—4 teáskanállal naponta.

Lactophenin legmegbizhatóbb **antipyreticum, antineuralgicum, sedativum,** különösen bevált typhus abdominalisnál.

Theophyllin kiváló **húgyhajtó. Theophyllin-tabletták** és a **könnyen oldó Theophyll. natrioacetic. eredeti csomagolásban.**

Cerolin az erjesztő therapeut. hatékony zsiranyaga kitünően bevált **furunculosis, akne** és mint legenyhébb hashajtószer **habitualis obstipatio** ellen hosszabb kúrára. **Cerolin-pilulák** (eredeti csomagolás) à 0·10 gm. Cerolin-tejczukor-tabletták (eredeti csomagolás) à 0·025 gm.

Filmaron a Farngyökérből nyert **Anthelminthikum.** Extr. Fil. mar. aet.-hez ellentétileg **biztos hatású és nem mérgező.** Adag: felnőtteknek 0·7—1·0 gm.

Lactoserve **vajastej poralakban,** felülmulja a friss vajastejet, mivel a **pathogen csiráktól mentes**; magas tápérték és **mindig egyforma minőség.** Eredeti dobozokban à 250 gm.

C. F. B. & S. Angelika Soluti Marque de Fabrique

Irodalom és minták az orvos uraknak díjmentesen állnak rendelkezésre.

50. évfolyam. 39. szám. *Budapest, 1906. szeptember 30.*

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.

Győry Tibor: Emlékbeszéd Semmelweis felett. 893. lap.

Elischer Gyula és Kelen Béla: A plastikus x-sugaras képekről. 902. lap.

Pólya Jenő Sándor: Közlemény a budapesti m. kir. tudomány-egyetem I. sz. anatomiai intézetéből. (Igazgató: Lenhossék Mihály dr., egyetemi tanár.) A férfi lágyékcsatornája izomfalának változatairól. 904. lap.

Paunz Márk: Az orr melléküregeinek gyuladásairól. 908. lap.

Tárcza. Kézmárszky Tivadar szobra. 911. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. — Lapszemle. Belorvostan. — Idegkórtan. — Sebészet. — Gyermekorvostan. — Bőrkórtan. — Venereás bántalmak. — Közegészségtan. — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.* 914. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 915. lap.

Vegyes hirek. — Pályázatok. — Hirdetések. 915. lap.

Melléklet. Glück Rezső „Digestol“ prospektusa.

Emlékbeszéd Semmelweis felett.

A budapesti kir. Orvosegyesület 1906. szeptember 29.-i ünnepi gyülésén tartotta: *Győry Tibor.*

Ha végigtekintünk az egyetemes cultura fejlődésének és előrehaladásunknak történetén, megilletődött lélekkel kell látnunk, hogy minden talpalatnyi tért, melyre az emberiség boldogulásának egy-egy alapkövét tette le: emberélettel kellett beváltania. A társadalmi nagy eszméknek diadalrajutásáért tömegesen véreztek el az emberek, talán öntudatlanul, talán csak árként elragadva a hypnotizáló korszellem által. Megszoktuk a világtörténelemben épen a sociális eszméknek tömegesen boldogító és egyúttal ezt megelőzőleg: tömegesen, szinte járványszerűen pusztító hatását látni s a legnemesebb eszme sem áraszthatta melegítő fényét, mielőtt az ezrek és a milliók vérén át nem szürődött.

Krisztusnak csak az emberiség kihalásával együtt veszhető emlékét épen az fogja örökké fenntartani, hogy a szeretetnek a népek millióit átölelő eszméjéért *egymaga* áldozta fel életét.

Ámde honnan van, vajjon mivel magyarázhatjuk, hogy azok közt, a kik nem a nyilt arénán küzdöttek, hanem szobák falai közé zárkózva, zajtalan munkával fáradoztak a természet rejtélyeinek feltárásán, kik nem a tömeghez fordultak fanatizáló, hanem a kiválasztott gondolkodókhoz higgadt szavakkal — honnan van, hogy az emberiség ezen csendes boldogítóinak fejére is mindenkor hajlandó volt feltenni a töviskoszorút? A természettudományok története és fejlődésének útja is martyrok sírjai közt visz el. Csakhogy a természettudományok csatamezején nem ezrivel hullottak el az emberek, — itt az ellenfél összes lándzsái *egy* czélpont felé röpültek és mindenkor egy-egy embert végeztek ki.

Nem volt-e martyr a praerenaissance fényes csillaga, a középkor első elfogulatlan természetvizsgálója, Rogerius Baco, a kit, midőn lerázta magáról a scholastika bilincseit, oxfordi szerzetestársai több mint 20 éven át a börtön bilincsei közt tartottak csak azért, mert szembe mert szállani a dogmákkal s mert helyes útjára kivánta terelni a természettudományi kutatás módszerét?

Vajjon nem martyrnak sírja-e a zantei sír, melyben az előbb lelkileg, majd pedig a szószerinti értelemben is hajótörött: a boneztan kegyvesztett, elüldözött, éhségben és inségben elpusztult reformatora: Vesalius pihen?

Vajjon nem martyrhalált szenvedett-e Serveto, a kis vérkör geniális felfedezője, kit „eretnek“ tanaiért máglyára dobott a klerus?

És nem martyréletet élt-e Harvey, ki összes betegeinek bizalmát s ezzel együtt kenyerét is elveszítette, mert biztosan állította, hogy a vér kering?

Nem martyromság volt-e Paracelsus élete, kit igazmondásáért, nyiltszívűségéért, de bizonyára féltékenységet keltő nagyságáért is, éjnek idején lopva menekülni kényszerítenek a baseli kathedráról s ki temérdek hányattatás után szegénységben, férfikora java éveiben halt meg?

Nem volt-e martyr a földig alázott, inquisitio elé állított vak aggastyán, a ki észrevette és hirdette a föld forgását: Galilei? s az inséggel küzködő, üldözött és excommunikált csillagász, ki Magyarországban keresett és talált menedéket: Keppler? vagy a nem rég mult időkben a tébolydába hurczolt, kényszerzubbonyban és veréssel meggyötört Julius Robert Mayer?

Leverő érzés fogja el a szemlélődőt, ha látnia kell, hogy épen azok a férfiak, kik egy nagy darab igazsággal vitték előre az emberiség ügyét vagy annak boldogulásán fáradoztak, ezt csak a saját feldúlt vagy tönkretett életük árán tehették. De viszont felemelő a tudat, hogy az emberiségnek mégis mindenkoron akadtak jóltévői s hogy eljő az expiáló hála ideje is, mely nékik igazságot szolgáltat.

Mi is, t. Orvosegyesület, igazságot kivánunk ma szolgálatni azon férfi emlékezetének, kit az emberiség egyik legnagyobb martyrjának, de egyúttal legnagyobb jóltevőjének ismerünk.

A férfiú, kinek ma, halálában, két kézzel viszi sirjára és szoborként megelevenedett alakjára a kegyelet, az elismerés és a hála legdúsabb babérkoszorúit, de a kitől míg élt, egy szerény virágszálat is megtagadtak kortársai, — a férfiú, ki a gyermekágyi láz kóroktana ellen viselt hadjáratában több emberéletet mentett meg, mint a mennyit öldöklő háboruk elpusztítani képesek voltak, — kinek élete a miénk volt, de áldásos működése az egész világé — e férfiú, t. Orvosegyesület: *Semmelweis*.

A midőn Egyesületünk az ő emlékének felidézésével engemet tisztelt meg, éreztem e feladat örömét s éreztem nehézségét. Igaz, hogy közel két esztendeje, hogy nap-nap után vele foglalkoztam s ezen idő alatt nemcsak tanitását, de tiszta, átlátszó, igazszívű egyéniségét annak bélyegét mindenütt magán viselő munkáiból annyira megismertem, hogy igen gyakran úgy rémlett előttem, mintha személyesen ismertem volna öt. De érzem viszont, mint nemezedik reám, hogy kiváló szakférfiak már foglalkoztak Semmelweis életének és munkásságának méltatásával. S ha mégis úgy állok itt t. Orvosegyesület, hogy nem érzem feleslegesnek szavaimat, sőt hogy súlyt is ád nékik valami: ama elszomorító körülmény az, hogy Semmelweis tanitását a legeslegújabban megjelent tudományos munkák nagy része még mindig elferditve vagy csak töredékében felismerve tükrözteti vissza s hogy tanitásának felületes ismerete jogtalan és alaptalan prioritási reclamatiókra vezetett már több izben, igy a lefolyt esztendőben is.

A küzdelmeknek, melyeket haláláig vivott Semmelweis ellenfeleivel, a melyeknek életét szentelte ez az irgalmas, jó ember — még ma sincs végük.

1905-ig jelentek meg sorjában azok a munkák, melyek az ő tanitását egyoldalóan hullafertőzés elméletének nevezik, a mi ellen Semmelweis, míg élt, már maga is több izben „ünnepélyes óvást“ emelt. 1906-ban is tart még a küzdelem, melyet saját küzdelmei folytatásaként érette vívnunk kell sirjukból feltámasztott ellenfeleivel. Még ma is összetévesztik — szakemberek! — Semmelweis tanitását a contagionisták (Holmes) nézetével. Észre sem veszik a mély hasadékot, mely a kétféle felfogás közt tátong s könnyelmüen nyúlnak át rajta, hogy Semmelweis fejéről letépve a babért, a contagionistáknak nyujtsák át! Nincs ez ellen más fegyver, csak az, melyet Semmelweis maga kovácsolt: munkáiban kifejtett tanitása. Ezt ismerni, és pedig annyira, hogy ne csak pánczélként tudjuk használni a támadások ellen, de fegyverként is forgatni s visszaverni vele a támadásokat: a magyar orvosi kar kötelessége.

De még egy kötelességünk van, melylyel mind e mai napig tartozásban maradtunk Semmelweis iránt. Egy igen sokszor hangoztatott vád ül Semmelweis emlékén s nékünk meg kell vizsgálunk, vajjon e vád igaz-e és alapos-e?

Semmelweis ugyanis, a mikor látnia kellett, hogy emberi erőt meghaladó, titáni küzdelmei sem tudták elismerésre juttatni tanitását; a mikor látnia kellett, hogy a szülőházak kapuit becsukták az ő tanitása előtt és hogy ő hiába hirdette azokat, hogy hiába kért, hiába könyörgött — összekulcsolt kezekkel, hiába döngette a szülőházak kapuit — marokra szorított ökölle l: a bezárult kapuk nem nyiltak meg sem könyörgésére, sem fenyegetésére, csakis olyankor, mikor megint egy egy áldozatul ejtett, idő előtt sirba szállt szülőnőnek a holtestét hozták ki rajtuk; ekkor Semmelweis nemcsak ellenfelei ellen, de maga ellen is vádat emelt, hogy könyvének világgábocsátásával miért is várt 1860-ig?

Ha Semmelweis önmagát vádolta: tiszteletben kell tartanunk lelkiismeretének e nagy megnyilvánulását. De ha életrajzának megirói, emlékbeszédek szerzői e vádat folyton ismétlik és egyenesen Semmelweis hosszas hallgatását okolják érte, hogy a világ nem vehetett tudomást tanitásáról s hogy hallgatása ezért mulasztás volt: akkor a mai napon, a jelen órában, t. Orvosegyesület, nagy missio vár reánk; mert én arra kérem Önöket, Uraim, hogy elmondandóim során itélőszékké alakuljanak át s az egyetlen és alaptalan vádat, mely öt még síri álmában is megzavarhatná: vegyék le fejéről és mentsék fel öt!

Semmelweis nem követett el semmiféle mulasztást. Mert felfedezését már néhány hónap mulva a világnak tudomására juttatta. Gyors egymásutánban jelentek meg a közlemények, melyek tanitását tárgyazták és a világgal megismertették. Nem kisebb emberek vállalkoztak erre, mint Hebra és Skoda; Angliába Routh, Francziaországba Wieger vitte ki Semmelweis felfedezését. Ő maga pedig szinte elárasztotta leveleivel az európai szülőházak főnökeit, melyekben körülményesen megismertette őket tanitásával. Bizonyságul hozom fel reá azokat a leveleket, melyekben a szülőházak főnökei Semmelweisnak válaszoltak s tegyük mindjárt hozzá: melyekben visszautasitották tanitását. Hogy pedig Hebra és Skoda irták meg az első ismertetéseket s nem ő maga: ez ugyan nem volt az ügynek hátrányára, sőt bizonyos, hogy a világ inkább lehetett hajlandó egy Hebra, egy Skoda neve alatt s nevüknek tudományos biztositékot nyujtó ajánlásával megjelent felfedezésről tudomást venni, mintha a teljesen ismeretlen fiatal segédorvos sajátkezüleg irta volna meg azokat. De a Hebra és Skoda által irt közlemények ép oly teljes és kizárólagos szellemi tulajdona Semmelweisnak, mint a minő Miltonnak az ő tollba mondott, nem sajátkezüleg irt „Elveszett paradicsoma“.

És hogy nem követett el mulasztást Semmelweis és hogy nem mondhatja senki, hogy későn bocsátotta világgá nagy művét, ennek szomorú bizonyitéka az, hogy megjelenése után évekig sem téritett meg könyve senkit Európa szülész-tanárai közül. A mulasztás nem Semmelweis részén volt, hanem a szülészekén, kik az immár világosan kifejtett és megokolt tanitásból sem tudták, sőt részben nem akarták leszürni az igazságot.

Emlékbeszédem folyamán meg fognak t. Uraim erről győződhetni és tudom, hogy igazolni fogják Semmelweis egész életét, minden tettét.

És most, t. Orvosegyesület, szálljunk ki a harcztérre és nézzük végig azt a kemény és egyenetlen küzdelmet, melyet Semmelweis vívott ellenfeleivel. Nézzük, mint áll ki a harcztér legexponáltabb helyére; mint vonul fel az ellenség, a legveszélyesebb fegyverekkel: a ferdités, a kicsinylés és a maradiságban megcsökönyösödött ignorantia vaskos fegyvereivel, de az elszántság közössége által összetartott csatasorban; mint áll künn magában, egyesegyedül Semmelweis és igyekszik felfogni minden támadást a saját testével, csak hogy az ellenség előre ne nyomulhasson, csak hogy bántódás ne érje az ő kedves szülőnőit, kiket logikájának éles fegyvereivel véd a támadó sereg: Európa szülészprofessorai, szivével pedig a másik ellenség: a gyermekágyi láz ellen.

Jól tudjuk, hogy e küzdelemben Semmelweis elesett. Mint a hős hadvezér, kinek parancsa és oltalma alatt álló katonáit halomra pusztitotta már az ellenség s végül maga is bevárja, hogy ugyanazon puskagolyók egyike öt is halálba küldje: *ugyanazt a halálos sebet* kapta Semmelweis is.

* * *

A harcztér, melyen a gyermekágyi láz a szülőnőket, Semmelweis pedig a gyermekágyi lázat igyekezett legyőzni: a

bécsi közkórház első szülészeti osztálya volt. Lássuk, hogyan került ide? s mely viszonyoknak milieujében?

Semmelweis egy a XVII. században már magyar honos család leszármazottja volt. Minekutána elemi iskoláit és gymnasiális tanulmányait szülővárosában Budán elvégezte, mint 19 éves ifjú a bécsi egyetem jogi fakultására iratkozott be, hogy szüleinek kívánsága szerint a hadbirói pályára készüljön. Nehány boncztani előadásnak vendégként való végighallgatása felébresztette élénk érdeklődését a természettudományok iránt s otthagyva a jogi pályát, beiratkozott orvostanhallgatónak. Az I., IV. és V. évet Bécsben végezte, a II. és III.-at Pesten. Semmelweist csakis hajlamainak hajtóereje terelte az orvosi pályára, mert vonzópontot: valamely kimagaslóbb egyéniséget ugyan alig-alig találhatott az orvoskari professorok között.

1837-ben még szintelen csend uralkodott Bécsben. A Mária Terézia korabeli régi, világhirű orvosi iskola, mely Boerhave tanítványának: van Swieten-nek köszönhette virágzását, megszünt már létezni. Csak egy hirmondója maradt még — helyesebben szólva: késői hajtása — az élete legvégét járó nagy botanikus Jaquin. Viszont az új bécsi orvosi iskolának nagy alakjai közül egyik sem foglalta el még a helyét: ama tanszékeket, melyek, míg ők ültek rajtuk, a tudománynak trónusai voltak.

Dermesztő, téli hó borította, de nemcsak Bécsben, hanem egész Németországban is a természettudományok mezejét, melyen romjaiban hevert minden, a mi maradandót a lefolyt XVIII. század tudományunk terén alkotott s még csak eljövendő volt a XIX. század második fele, hogy újra összeillesztessenek a romokban szanaszét heverő nagy kődarabok, melyekből a XVIII. század Albrecht von Haller-je már megkezdte volt a biologia kiépítését, melyekből Hoffmann, Stahl és Boerhave a tudományos alapokon nyugvó tisztult, sallangjaitól megszabadított gyógyászat szilárd épületét már emelte, s épen csak tető alá nem hozta. Elsöpörve Bécs egykori büszkesége is, a régi orvosi iskola, — elfelejtve Haën, Stoerck és Stoll.

A mit az orvosi tudomány történelme megdönthetetlen következetességgel bizonyít és illusztrál Athen hanyatlása óta, hogy kedvezőtlen politikai viszonyok közt sem művészet, sem tudomány nem virágozhatik s hogy szárnyra kél mind a kettő és elhagyva legősibb fészkeit is, nyugodt és megállapodott viszonyok közé menekül: így a XIX. század első harmadában a politikai viszonyok kedvezése folytán Francziaországban virágzottak a természettudományok, Páris lett a tudományos központ. Németország ezalatt mindjobban elmerült a merő speculatión nyugvó, kalandos s a képzelet Pegasusa által elragadott Schellingnek rendszerbe foglalt természetbölcseletébe. Mialatt Párisban az ifjú Bichat veszi át az aggastyán Morgagni örökségét s a szervek kórboncztana helyébe a szövetek kórboncztanát alapítja meg s az élettani principium bevitelével életet lehel a holt anatomiába; s mialatt a 31 éves korában már elhalt Bichat munkáját Andral és Cruveilhier fejlesztik tovább, — azalatt Németországban Hahnemann készítgeti labdacsait és potentiáit.

Mialatt Magendie a kisérleti módszert honosítja meg az élettani kutatás terén s a pathologiát is a beteg szervek physiologiájává törekszik emelni — az alatt Münchenben Röschlaub 30 csalhatatlan gyógytani axiomájával igyekszik az emberiséget minden bajából kigyógyítani.

S miközben Laënnec, a franczia iskola tulajdonképeni feje, Corvisart és Piorry segitségével a physikális semiotikát és diagnostikát kezdi kiépíteni — e közben a Párisból már eltávolított Mesmer Németországban magnetizálja az embereket.

És míg Párisban Désault nagy örököse, Dupuytren, a conservativ sebészet nagy apostola, új és áldásos irányt szab a chirurgiának, és míg Pinel megszabadítja a tébolydák szerencsétleneit súlyos lánczaiktól, — azalatt Rademacher nyiltan kérkedik titkos universális gyógyszereivel.

Mily más két világ ez! Francziaországban lüktető, virágzó nyár, — Németországban és Ausztriában még zord tél.

De a telet tavasz követte. Fiatal hajtások fakadtak, melyeknek magvait egy kedvező szél egyenesen Francziaországból áthozta és elhintette Németország és Ausztria talajába.

A bécsi közkórház fiatal prosectora és belgyógyászati osztályának alorvosa, Rokitansky és Skoda, megalapítójává lesz az új bécsi orvosi iskolának, melynek gyökerei Francziaországban voltak elültetve, de tekintélyes fává Bécsbe való átültetésük után fejlődött.

1837-ben, a mikor Semmelweis Bécsbe jött, a két férfiú még nem volt a felsőbbség által „felfedezve"; csak az orvostanhallgatók — ezek az érzékeny reagensei a tanítók értékének — s a fiatal orvosi gárda ismerték már jól becsüket és szorgalmasan, szinte áhítattal hallgatták magánkurzusaikat. Mert a kórboncztan még akkor nem volt kötelező tantárgy; majd csak 7 év mulva, 1844-ben lesz azzá s Rokitansky is rendes tanárrá. Skoda is csak ezután fog még folyamodni és pedig sikertelenül néhány körorvosi állásra, míg eléri, hogy — külvárosi rendőrségi orvossá s végül, a tanártestület candidálása ellenére és ellenkezése daczára, 1846-ban professorrá kinevezik.

Semmelweis is a lelkesedők csoportjába tartozott és pontosan eljárt, figyelemmel hallgatta Rokitansky és Skoda-nak, valamint Skoda segédorvosának: Hebrának kurzusait. E három férfiú nagy befolyással volt Semmelweis egész jövőjére; tőlük tanulta el a természettudományi, feltevéstelen, inductiv kutatás methodikáját, mely őt később nagy felfedezésére képesítette. Szinte szemei előtt folyt le e három férfiú tudományalkotó tevékenysége. Látta, mint veszi fel Rokitansky Bichat kutatásainak fonalát; látta, hogy mint törekszik a franczia iskola szellemében kórtani élettanná emelni a kórboncztant s felszabadítani régi feladatától, hogy utólag jóváhagyjon vagy helyesbítsen, avagy kitöltse a hézagokat, melyek a tünetek összességében in vivo mutatkoztak. Mert a míg ezt tekintették a kórboncztan feladatának, addig érthető is volt az alárendelt szerep, mely az orvosi tudományok sorában számára jutott. A mi már Laënnecben is ébredezni kezdett, Rokitansky-nak teljes tudatára jött, hogy t. i. a kórboncztan nagyobbra is van hivatva; arra, hogy a kórfolyamatok és kórtünetek rationális magyarázatának és a beavatkozások indicatioinak váljék kiinduló pontjává.

Miként Rokitansky, úgy Skoda is a századeleji franczia tanulmányozásán kezdte meg kutatásait és pedig a Laënnec, Corvisart és Piorry által részben felkarolt (Auenbrugger), részben kezdeményezett physikális vizsgálati módszerek terén. Az ő kezén keresztül menve a kopogtatás és hallgatódzás exact vizsgálati módszerré vált, melyen ha később Traube és mások némi változtatásokat tettek is, ezek nem annyira javítások, mint inkább módosítások voltak.

Eleinte Rokitansky is, Skoda is a maga-maga útján haladt. De nemsokára — a tudomány mérhetetlen hasznára — közös lett az útjuk s a két nagy férfiú működése egymást egészítette ki. Skoda Rokitanskynak bonczoló késétől várta a feleletet, hogy vizsgálatai helyesek voltak-e? Rokitansky Skoda plessimeterétől várta a felvilágosítást, hogy a hullában talált elváltozások meg felelnek-e az élőben észlelhetett tüneteknek? Ily módon Skoda is teljesen kórboncztani alapra fektette a belgyógyászati diagnostikát; a régi symptomatikus kórképek helyét lassanként az anatomikus kórképek foglalták el.

Kórboncztani alapra került a bőrbajok osztályozása is; 1845-ben alkotta meg Hebra is a rendszerét, mely mint mondá: „bár mesterséges, de nem mesterkélt, — bár nem természetes, de természetszerű, a mennyiben a természetük és lényegük szerint egymással megegyező bőrbetegségeket egymás mellé csoportosítja és az egymással rokon bajokat nem önkényesen határolja el egymástól."

Látjuk, hogy az új bécsi orvosi iskola nagy vívmányainak tulajdonképeni kiindulási pontja a kórboncztani alap volt. Ebben rejlett a valóban nagy ereje — a multtal szemben. Azon temérdek kérdésért, melyre a kutató orvosok évszázadokon át az élők vizsgálatától hiába vártak felvilágosító választ, Rokitansky és társai a halott embereket: a hullákat vallatták. És hogy a hullák mennyire exact feleleteket adtak, azt az új bécsi iskola tudományos eredményei mutatják.

Csakhogy a feleleteknek szörnyű ára volt.

Az új bécsi orvosi iskolának büszkesége: a kórboncztani irányzat, ez szabadította fel, ez adott szárnyat a gyermekágyi láz halálangyalának és minden lépés, mely a kórboncztani kutatás terén vagy segélyével történt, száz és száz szülőnő életébe került.

Egy Semmelweisnek kellett eljönnie, hogy nemcsak ezt a körülményt, de a gyermekágyi láznak ama teljes aetiologiáját is felderítse, mely érvényben van még ma is, és lesz mindaddig, a míg a nő szülni fog.

És Semmelweisnek ezt megalkotnia csakis az által sikerült, hogy nem helyezkedett el teljességgel a bécsi iskola bizonyos vonatkozásaiban negativ szellemében. A kórboncztani alapot, míg kiindulási pontul szolgált, ő sem nélkülözhette, sőt a tudománynak általa szolgáltatott nagy vívmányát annak köszönhette El-fogadta kiinduló pontul, de nem fogadta el végpontól, végczélul.

Nem tette magáévá Rokitanskynak s főleg Skodának ama reménytelenségig menő felfogását a gyógyíthatóság terén, mely lassanként oly befolyással volt az orvosokra és pedig mondjuk ki: épen legjobbjaikra, hogy lassanként legfőbb csendes ambitiojuk az lett, hogy diagnosisaikat a bonczoló asztalon beigazolva lássák. Bizonyos dolog, hogy a hippokratesi tisztult vis mediatrix naturae-hoz való őszinte visszatérésre, melylyel a bécsi iskola újra számolni kezdett, nagy szüksége volt az orvosi tudománynak az előző századok nagy polypharmaciája és örökös egyéb beavatkozásai után; csakhogy nem lehetett épenséggel mindent a természet gyógyító erejére bízni és nem lett volna szabad figyelmen kivül hagyni, hogy az orvosnak mégis csak igyekeznie kell olyan gyógyító eljárások birtokába jutni, melyek a természet helyreállító működésének mintájára, annak értelmében, annak mindenkori ujjmutatásai szerint bár, de ha kell egyenesen belemarkolnak a kórfolyamatokba. Igy veszszük ki a természet kezéből hatalmas védekező fegyverét: a lázat, a mint magasságánál fogva a fegyvert maga a szervezet ellen próbálná fordítani. Igy markolunk be souverain felsőbbséggel a lyssa, a diphtheria kórfolyamatába. De a bécsi orvosi iskola lassan megfeledkezett róla, hogy a legmagasabb tudomány is in ultima analysi csak eszköz; s hogy a legnagyobb haszon, melyet az emberiség az orvosi tudománytól várhat, mégis csak az, hogy rationális elvek szerint való gyógyítását, mi több: meggyógyítását várja tőle. Sajnos, az orvosi történelem azt mutatja, hogy tudomány és gyakorlati orvostan nagyon sokszor nem hallgattak egymásra, hanem „monologokat tartottak". A bécsi iskola is a stricte vett tudomány színtere volt, Semmelweis működése pedig egyaránt nagy tette volt a tudománynak s egyaránt áldásos volt a gyakorlati téren is, és emberéletmentés dolgában többet tett, mint összességében az egész bécsi iskola.

Semmelweis 1844 julius 1.-én, épen 26. születése napján, megszerezte a szülészmesteri diplomát s még ugyanazon a napon jelentkezett Klein tanárnál a klinika segédorvosi állására. 1846 julius 1.-én teljesedésbe ment óhaja s elfoglalta állását a tanártestület legjelentéktelenebb, legszükebb lelkületü és horizontú tagjának oldalán.

A világ legnagyobb szülőháza, a bécsi 1784-ben megnyilt közkórházi s egyúttal klinikai szülészeti intézet, Semmelweis idejében két ingyenes osztályra volt osztva: az I. osztályon az egyetemi hallgatók nyerték kiképzésüket s ennek főnöke az említett Klein tanár volt; a bábanövendékeket a Bartsch tanár vezetése alatt álló II. osztályon oktatták. A szülőnők felvétele a két osztály közt 24 óránként váltakozott, csak egyszer hetenként tartott az elsőn 48 órán át. Csodálatos módon az I. osztály halandósága állandóan és lényegesen nagyobb volt mint a II. osztályé, és pedig 1840—1845 közt átlag háromszorta, sőt 1846-ban ötszörte nagyobb, s volt idő, a mikor az absolut halandóság egyes hónapokban elérte a 31% ot is.

A két osztály halandóságának e különbségét nemcsak az orvosok ismerték. Nem maradt az titok a lakosság előtt sem. Ismeretes volt a szülőnők előtt, hogy az I. osztály mily nagy járulékát szállítja a halottaknak minden esztendőben. Szomorúan ecseteli Semmelweis, mennyire féltek e szerencsétlenek az I. osztálytól. Szivettépő jeleneteket kellett végignéznie, a mikor térden állva, kezeiket tördelve könyörögtek kibocsátásukért, a kik a II. osztályra akartak bejutni, de nem ismerve a viszonyokat, az elsőbe tévedtek, melyet a sok férfi jelenlétéből ismertek fel. Gyermekágyasok megszámlálhatatlan verőérlökéssel, meteoristikusan puffadt hassal, száraz nyelvvel, vagyis súlyos gyermekágyi lázban szenvedők, kevés órával haláluk előtt kérlelve erősítgették, hogy ők teljesen egészségesek — csak azért, hogy ne kezeljék őket. Tudták, hogy a kezelés előfutárja a halálnak.

Mi volt tehát az oka az I. osztály rettentő halandóságának s a két osztály halandósága szembeötlő különbségének? A gyermekágyi láznak Semmelweisig érvényben volt kóroktana nem adott erre magyarázatot. Azaz, hogy Semmelweis nem tudta vele megmagyarázni. A többiek azonban nem kételkedtek benne, hogy azokat a rettenetes pusztításokat, melyeket a gyermekágyi láz az I. osztályon visz végbe, járványos befolyások okozzák.

Az összes, s talán nem is túlozunk, ha azt mondjuk, hogy a százféle felfogás közül, melylyel a gyermekágyi láz okát magyarázni igyekeztek, az epidemiologikus felfogást vallották a legtöbben és ezúttal az I. szülészeti osztály halandóságának magyarázatául valamennyien.

Járványos befolyások alatt értették ugyanis a „pontosan meg nem határozható" atmosphaerikus, kosmikus és tellurikus változások összességét, a melyek gyakran egész vidékekre egyidejüleg kiterjeszkednek és a gyermekágyas állapot által hajlamossá lett egyénekben gyermekágyi lázat idéznek elő.

Induljunk ki mi is ezúttal ezekből a pontosan meg nem határozható befolyásokból és kövessük inductiv gondolatjárásában Semmelweist saját elbeszélése nyomán addig a pontig, míg vele együtt felfedezéséig: a gyermekágyi láz kóroktanának pontos meghatározásáig el nem jutunk.

Helyesen vetette fel Semmelweis vizsgálódásai kiinduló pontjául a kérdést: hogyan van az, hogy a járványos befolyások Bécsben esztendők hosszú során át csakis a szülőház I. osztályán fejtik ki pusztító hatásukat és állandóan kimélik a szomszédos II. osztályt és kimélik magát Bécs városát. Vajjon lehetséges-e, hogy e járványos befolyások 24 óránként lépnek fel s 24 óránként megint el is mulnak, a szerint, hogy a szülőnőket az I. vagy a II. osztályra veszik fel?

Már ezek az előzetes szemlélődések magukban is teljességgel odaterelték Semmelweis itéletét, hogy nem járványos befolyások azok, melyek az I. osztály rettentő halandóságát előidézik. Európaszerte és pedig eredménynyel alkalmazott rendszabály volt akkoriban, hogy az elharapódzó gyermekágyi lázjárványok megfékezésére a szülőházakat bezárták. Bezárták őket, de nem azzal a szándékkal, hogy a szülőnők ne a szülőházban, hanem valahol egyebütt haljanak meg, hanem ellenkezőleg, azzal a tudattal, hogy ha a szülőházon kivül szülnek, egészségesek maradnak.

Semmelweis előtt ez is bizonyíték volt arra, hogy nem lehet járványról szó, nem atmosphaerikus befolyásokról, mert ezek a szülőház határain túl, a város bármely zugában is érnék a szülőnőket. Joggal tételezte fel, sőt már ki is jelentette, hogy nem epidemiák dűlnak az I. osztályon, hanem endemiák, vagyis olyan megbetegedések, melyek a szülőház határai közé szorított okoktól függenek.

Mik lehettek ezek az okok — erről még sejtelme se volt.

Joggal érvelhetett tovább Semmelweis, hogy a járványok sokszor éveken át szüneteket tartanak és fellépésük közben többnyire évszakokhoz, éghajlatokhoz és időjárási viszonyokhoz vannak kötve, holott a gyermekágyi lázjárványok minden évszakban, a legkülönbözőbb éghajlatokban és bármily időjárási viszonyok közt támadnak.

Sokan az I. osztály túlzsufoltságát okolták; ha ez lett volna a nagy halálozás oka, akkor annak a II. osztályon még nagyobbnak kellett volna lennie, mert ez még zsufoltabb volt, mint az első.

Mások ismét az I. osztály rossz hirét okolták; azt mondták a nagy félelem, melylyel annak küszöbét átlépik, tenné, hogy a nők megbetegszenek és meghalnak. Csakhogy bizonyára hosszabb időnek, hosszabb halandóságnak kellett azt megelőznie, míg az olyan emberek közt, kiknek a szülőházi kimutatások nem állottak rendelkezésére, ismeretes dologgá lett, hogy az egyik osztályon többen halnak meg, mint a másikon. De azt sem tudta belátni Semmelweis, hogy a félelem, ez a lelki állapot, miként teremthet olyan anyagi elváltozásokat, mint a minőket a gyermekágyi láz okoz.

Megvádolták még a katholikus vallásos szertartásokat is. A pap ugyanis díszben, az előtte haladó templomszolga csengetyűzése közben járult a betegekhez, hogy ellássa őket a halotti szentségekkel; néha napjában többször is meg kellett jelennie, de

míg a II. osztály betegszobájába olykép juthatott el, hogy a gyermekágyasok többi szobáit érintenie se kellett, az I. osztály betegszobájába csakis öt termen keresztül juthatott el. „Elképzelheti mindenki, milyen benyomással volt a napjában többször hallható, végzetes csengetyűje a papnak a jelenlévő gyermekágyasokra. Magam is nagyon kényelmetlenül éreztem magamat — irja Semmelweis — a mikor a csengetyüt ajtóm előtt elsietni hallottam; sóhaj tört ki keblemből az áldozatért, mely megint az ismeretlen ok miatt esik el. Ez a csengetyü kínos figyelmeztetés volt, hogy ennek az ismeretlen oknak minden erőmtől telőleg utána járjak.“ Semmelweis a pap humánus érzéséhez fordult és el is érte, hogy ezután csengetyűzés nélkül és kerülő úton közvetlenül a betegszobába nyitott be. Csakhogy a két osztály halandóságának különbsége erre se szünt meg!

Voltak, a kik abban vélték megtalálni a nagy halandóság okát, hogy a gyermekágyasok túlnyomó része a legszegényebb lakosság köréből való leányokból állott, kik terhességük ideje alatt nehéz munkával, nyomor és inség közepette, keresték kenyerüket. Ha ez lett volna az ok, akkor a halandóságnak a II. osztályon épen akkorának kellett volna lennie, mert oda is hasonló sorsú nőket vettek fel.

Azt is mondták, hogy a szülészek kiméletlenebbül vizsgálnak, mint a bábanövendékek. Erre azzal felelt Semmelweis, hogy ha ez igaz volna, akkor meg sem lehetne érteni, miért nem végződik minden szülés halállal, hiszen a magzat testének keresztülnyomulása a genitaliákon bármily vizsgálatnál is kiméletlenebb behatás.

Megtalálni vélték az okot a nők sértett szeméremérzetében is, mert az I. klinikán férfiak jelenlétében szültek. Semmelweis előtt érthetetlen volt, hogy a sértett szeméremérzet hogyan tudna lobos izzadmányokat létrehozni.

A kezelésben sem lehetett ok, mert hisz az mind a két osztályon ugyanaz volt. Okolták a rossz szellőzést, a meghűlést, a diaetahibákat, a klinika elhelyezését, sőt a nagy közkórházzal való összefüggését, és nem gondolták meg, hogy mindezek az ártalmak mind a két osztályon egyaránt megvoltak, következésképen mind a kettőn egyenlő halandóságnak kellett volna uralkodnia.

De még egyéb oly dolgok is történtek a klinikán, a mikhez szintén hiányzott minden magyarázat.

Az összes vajudók, kiknél a tágulási időszak annyira elhúzódott, hogy 24, 48, sőt ennél is több órán át tartott, csaknem kivétel nélkül már a szülés tartama alatt, vagy a szülést követő 24—36 órán belül betegedtek meg s gyors lefolyású gyermekágyi lázban meghaltak. A tágulási időszaknak ugyanilyen elhúzódása a II. osztályon teljesen veszélytelen volt. S minthogy a tágulási időszak rendszerint csak először szülőknél húzódik el annyira, ezért az először szülők különösen pusztultak a klinikán. „Nem tudtam, miért történik ez így, de sokszor láttam, hogy így történik“ — mondja szokott őszinteségével Semmelweis.

Viszont feltünően ritkábban betegedtek meg az ú. n. utczai szülések, vagyis azok a gyermekágyasok, kiket a szülőház felé tartó útjukban lepett meg a szülés, holott nyilvánvalóan kedvezőtlenebb viszonyok közt szültek az utczán, mint benn, a szülőágyon szülők. Mi védte meg amazokat az I. osztályon működő ismeretlen befolyások ártalmas hatásától? Ugyancsak ritkábban betegedtek meg a koraszülő nők is.

Semmelweis statistikai táblázatba foglalt számadatokkal szerette volna kifejezésre juttatni az utczai szülések kisebb halandóságát és szembeállítani az I. és II. klinika halandóságának lényeges különbségét. Skoda 1848-ban indítványt is tett a bécsi tanártestületben, küldenének ki bizottságot, melynek többek közt egy ilyen táblázat összeállítása volna a feladata. Az indítványt el is fogadták, a bizottságot menten kijelölték, de a szülészet tanárának, Kleinnak óvástétele következtében adott magasabb parancsra a bizottság meg sem kezdhette működését.

Pedig a nagy halandóság láttára az állami hatalom is több izben megmozdult; vizsgálatokat indított és tárgyalásokat tartatott, vajjon a megbetegedett gyermekágyasoknak nem volna-e az eddiginél nagyobb száma megmenthető?

Egy 1846 végén tartott tárgyalás elhatározta, hogy a nagy halandóságnak a hallgatók, főleg pedig a külföldi hallgatók az okai; feltették róluk, hogy durvábban vizsgálnak mint a bábák. Ennek következtében 42-ről 20-ra csökkentették a hallgatók számát s a külföldieket csaknem egészen kizárták. A nagy halandóság ellen azonban ez sem használt.

Az összes bizottsági jelentések megvádolták hol az egyik, hol a másik endemikus okot, csakhogy sohasem endemiáról szóltak, hanem mindig csak epidemiáról. Az endemia és epidemia fogalmának szerencsétlen összetévesztésében látta utólag Semmelweis az okát, a miért a gyermekágyi láz kóroktanát oly sokáig nem sikerült felfedezni.

Mély lehangoltság vett Semmelweis lelkületén erőt, a mikor nap-nap után látta, mint pusztulnak az ifjú nők életük virágjában. Maga irja, hogy mindaz, a mit látott, „oly szerencsétlen hangulatot keltett benne, mely az életet nem teszi kívánatossá; hiszen minden kérdéses volt, minden megfejtetlen volt, csupán a halottak száma volt kétségbevonhatlan valóság“.

Gondoljuk el, t. Orvosegyesület, mennyit szenvedhetett e hónapok alatt Semmelweis tehetetlenségének súlya alatt! Míg a laboratoriumi tudós zavartalanul, nem sürgetve, nyugodt hangulattal végezheti munkáját, alkothatja meg, ha úgy tetszik egész, korszakalkotó cellularpathologiáját: Semmelweist nem a tudományos sikerek ambitioja hajtotta, hanem az emberi élet megmentésének sürgős vágya. És bár agyvelejével: tudásával és ritka éles logikájával egyaránt majdan sikerült is megfejtenie a nagy problemát, agyvelejének minden egyes sejtjét nem a tudomány intendált érdeke, hanem szívének egy-egy csepp vére hozta működésbe.

És épen akkor, a mikor lelkületét és agyvelejét teljesen fogva tartja a gyermekágyi láz problemája, a mikor a megfigyeléseket már kellő világításba helyezte, akkor adják tudtára, hogy állását el kell hagynia és Breit dr.-nak engedni át a tért. Ilymódon Semmelweis 4 havi szolgálat után 1846 október 20.-án elhagyta a klinikát. Olaszországba utazott két barátja társaságában, „hogy Velencze mükincseinek láttára felderítse hangulatát és kedélyét, melyet klinikai élményei már nagyon megviseltek“.

Február végén azonban Breit dr.-t váratlanul kinevezték a tübingeni egyetem tanárává s így Semmelweis 1847 márczius 20.-án visszaérkezett Bécsbe. Itt csakhamar azt a szomorú hirt veszi, hogy az általa nagyrabecsült és szeretett Kolletschka, a törvényszéki orvostan tanára meghalt. Bonczolás közben egyik tanítványa véletlenül késsel megszúrta az ujját. Kolletschkának ezután a karján nyirokedény- és vivőérgyuladása támadt s mindkét oldali mellhártya-, szívburok-, hashártya- s agykéreggyuladás következtében meghalt; halála előtt néhány nappal az egyik szemében még metastasis is jött létre.

És Semmelweis lelke elé ellenállhatlan erővel tolult Kolletschka betegségének azonossága azzal a betegséggel, melyben annyi sok száz gyermekágyast látott elpusztulni. Hiszen a gyermekágyasok is vivőér-, nyirokedény-, hashártya-, mellhártya-, szívburok- és agykéreggyuladásban haltak el, bennük is fejlődtek metastasisok. Minthogy tehát a bonczlelet, a kóros termékek azonosak voltak Kolletschkában és a gyermekágyasokban, jogosult volt a feltevés, hogy a betegségeik is azonosak voltak, sőt hogy azokat ugyanazon oknak is kellett előidéznie. Kolletschkánál az előidéző ok: a hullarészek voltak, melyek az ujjon a sértés helyén át felszívódtak s a vérérrendszerbe kerültek. És Semmelweis immár feltette maga előtt a kérdést: „vajjon azon egyének véredényrendszerébe, kiket egy és ugyanazon betegségben láttam elpusztulni, szintén hullarészek vitettek be? És erre a kérdésre — mondja Semmelweis — igen-nel kellett felelnem.“ Az ismeretlen helyi ok, mely az I. osztályon oly rettenetes pusztításokat vitt véghez, a vizsgálók kezéhez tapadó hullarészek voltak. És ezt a bécsi orvosi iskola boncztani irányzata okozta. Tanárok, tanársegédek és a hallgatók részére nagyon sok alkalmat nyujtottak, hogy hullákkal érintkezésbe jussanak.

Maga Semmelweis is 1844-től fogva 1850-ig naponként, kora reggel nőgyógyászati tanulmányokat végzett Rokitansky baráti engedélyével a boncteremben és igyekezett teljesen a bécsi iskola szellemében vizsgálatainak eredményét a bonczolási lelettel ellenőrizni. A mikor a boncteremben elvégezte teendőit, felment a szülőszobába s megszabott kötelessége szerint végigvizsgálta az ottfekvő vajudókat; természetesen az ily módon szennyezett ujját számtalan nő genitaliáival érintkezésbe hozta, a minek az lett a

következménye, hogy pl. 1847. április havában 312 szülőnő közül 57 halt meg, vagyis 18·26%.

Tehát váratlanul, mint a genienek évezredekre szóló pillanatnyi szüleménye, tisztán állott Semmelweis előtt a gyermekágyi láz pusztításainak valódi kórokozója: a vizsgáló ujjhoz tapadt bomlott anyagok.

Vajjon kit ne tett volna boldoggá e felfedezés? Ki ne ujjongott volna a tudatban, hogy ime, nékie sikerült az emberiséget egy régóta suhogó ostorától megszabadítani? Kit ne ragadott volna el a *Εὕρηκα* pillanatának öröme? . . . Csak Semmelweis magatartásában nincs öröm. Sehol, sehol, munkáinak egyetlen egy sora sem árulja el, hogy a felfedezés pillanata örömmel töltötte volna el. A mikor felfedezésének történetét csaknem gyermek előtt is érthető, ragyogó világossággal elmondta már, szinte megrendítő önvallomást tesz:

„Meggyőződésemhez híven tanúságot kell itt tennem, hogy csak a jó isten ismeri azok számát, kik miattam idő előtt szállottak sírba. Én oly mértékben foglalkoztam hullákkal, mint a mennyire csak kevés szülész foglalkozott. Ha ezt más orvosra is értem, azzal csak egy oly igazságot kivánok öntudatunkra hozni, a melyet az emberi nem mérhetetlen szerencsétlenségére annyi sok évszázadokon keresztül nem ismertek fel. Bármily fájdalmas, bármily nyomasztó ez a beismerés, nem a letagadásban rejlik az ellenszere; és ha nem akarjuk, hogy állandóvá legyen a szerencsétlenség, akkor ezt az igazságot az összes érdekelteknek tudomására kell hozni.“

Semmelweis felfedezésével a régi sok rejtély is megkapta magyarázatát. Világos volt pl., hogy az utczai szüléseket, a koraszülőket mi óvta meg a gyermekágyi láztól? Egyszerüen az, hogy nem használhatták fel őket tanítási czélokra, vagyis nem vizsgálták és nem fertözték őket hullaméreggel szennyezett kezekkel. De meg volt fejtve az I. és II. osztály halandósága nagy különbségének az oka is: a bábáknak ugyanis nem nyilt oly gyakori alkalma kezeiknek hullarészekkel való szennyezésére, mint az orvosoknak.

Semmelweis, hogy a szappanos vizes mosások után is még mindig a kézen tapadva maradt hullaanyagokat megsemmisitse, 1847. május második felében meghonosította a chlormosásokat. A hallgatók, a mint átlépték az I. osztály küszöbét, chloroldatban tartoztak hullarészekkel szennyezett kezeiket megmosni. Ezen rendszabály következtében a halandóság lényegesen csökkent, bár sokszor még az 5% hoz közel járt. A II. osztály halandósága azonban még mindig kedvezőbb volt.

1847 októberében történt, hogy egy evesedő méhrákos szülőnő került az osztályra és 12 vele együtt egy szobán fekvő gyermekágyas közül 11 halt meg gyermekágyi lázban. Novemberben egy szúvas térdizületi lobban szenvedő szülőnő körül fejlődött ki valóságos kis endemia. Semmelweis erre úgy az aetiologiát, mint a prophylaxist rögtön kibővitette; felismerte, hogy nem csak hullarészek, hanem bármely bomlott szerves anyag, esetleg a körlég útján is okozója lehet a gyermekágyi láznak: elrendelte, hogy ezután minden egyes vizsgálat előtt alkalmazandók a chlormosások; végül pedig rájött még arra is, hogy az élő szervezetnek a vitális törvények alól felszabadult élettani termékei, pl. bomlásba jutó vér, gyermekágyi folyás is gyermekágyi lázat támaszthatnak. Ettől az időtől fogva már nem az I. osztály, hanem a II. mutatott ki kedvezőtlenebb egészségi viszonyokat. Az I. osztály halandósága 1% körül ingadozott.

Mily csekély arány a régi ijesztő számokkal szemben!

Semmelweis egy fél év alatt kiépitette egész tanitását. A gyermekágyi láz örök-igaz kóroktanát röviden a következőkben foglalhatjuk össze:

A gyermekágyi láz nem egyéb mint felszívódási láz, a pyaemiának egyik alakja. A gyermekágyi láz minden egyes esetét, egyetlenegy esetet sem véve ki, bomlott szerves anyagok felszívódása idézi elő.

A bomlott anyag az esetek túlnyomó többségében kivülről jut a szervezetbe, ezt nevezi Semmelweis külső fertőzésnek; ezek azok az esetek, melyek a gyermekágyi lázjárványok képében lépnek fel, ezek azok az esetek, melyeket el lehet hárítani. Nem atmosphaerikus befolyások keletkeztetik, hanem emberek.

Ritka esetekben a bomlott anyag a megtámadott szervezet határain belül képződik; ezek ez autoinfectio esetek és ezek az esetek nem mind háríthatók el, de nem szabad elérniök az 1%-ot. Ide tartozik pl. az erőszakos fogómütétek után zúzódott, üszkösödött szöveteknek felszívódása.

A bomlott szerves anyagnak három forrása van, melyből az egyének szervezetébe jutva, gyermekágyi lázat idéz elő. Első a hulla, és pedig bármely korú és nemü hulla, tekintet nélkül a lefolyt betegségre, tekintet nélkül arra, hogy a hulla gyermekágyasé vagy nem gyermekágyasé; a hullának csakis a rothadási foka jő tekintetbe. Második forrás a betegek, és pedig bármely korú és nemü betegek, kiknek betegségei bomlott anyagokat termelnek, tekintet nélkül arra, hogy a beteg egyén gyermekágyi lázban szenved-e vagy sem; csakis a bomlott anyag jő, mint a betegség terméke tekintetbe. Harmadik forrás a vitális törvények alól felszabadult élettani szerves termékek, melyek a rothadás bizonyos fokát elérték (pl. a lepedőre száradt vér, lochiák).

A bomlott szerves anyag vivője lehet a vizsgáló ujj, az operáló kéz, a müszerek, az ágynemü, a szivacsok stb., szóval mindaz, a mi bomlott anyaggal van fertözve s az egyének genitaliáival érintkezésbe jut.

A bomlott szerves anyag felszívódásának helye a méhnek belső lapja, a belső méhszájtól felfelé, mely a terhesség következtében nyálkahártyájától megfosztatván, jól felszivó felületet nyujt. Felsebedés azonban a genitaliák, sőt az egész test minden pontját felszivásra alkalmassá teszi.

A fertőzés ideje legtöbbször a tágulás időszaka, nemcsak azért, mert akkor a méh belső lapja már hozzáférhető, hanem azért is, mert a gyermek fekvését, elhelyezését kipuhatoló vizsgáló ujjal való behatolás alkalma gyakoribb.

A gyermekágyi láz prophylaxisául a következő kettőst tételt állította fel Semmelweis: „Ne vigyetek be az egyének szervezetébe bomlott anyagokat“ és: „távolitsátok el a szervezet határain belül termelt bomlott anyagot még felszívódása előtt“.

Semmelweisnak ezen axiomái a tízparancsolathoz hasonló megdönthetlen biztossággal hangzanak és teljes joggal mondhatjuk, hogy Semmelweis nemcsak a gyermekágyi láz lényegét és elhárítását derítette fel, de elmondhatjuk azt is, hogy a mi nagy vívmányokat a sebészet Semmelweis után elért, a prophylaxis kettős tételében már bennfoglaltatnak. Hiszen ő maga is sebesültnek tekintette a nyálkahártyájafosztott, felsebzett méhü gyermekágyast.

Vegyük immár nagy vonásaiban szemügyre, hogy mi lett a sorsa Semmelweis felfedezésének.

Az első, ki nemcsak helyeslő tudomást vett róla, de még ugyanabban az esztendőben, 1847-ben, a bécsi orvosegyesület nagy elterjedésü folyóiratában értesíti a világot Semmelweis tapasztalatairól: Hebra volt. Már ebben a chronologice első közleményben is utal Hebra rá, hogy Semmelweis szerint a gyermekágyi láz okát nemcsak hullarészeknek, de az élő szervezetek eves váladékainak átvitele is okozhatja. 1848 áprilisában újra szót emel Hebra; ezen közleményében Jennerével egyenrangú felfedezésnek minősíti Semmelweisét. Mindkét czikkének végén pedig felszólítja a szülőházak főnökeit, tennének kisérletet a chlormosásokkal s irnák meg akár jóváhagyásukat, akár megokolt czáfolatukat. Angliában a ma is élő C. H. F. Routh vitte ki Semmelweisnak személyes tapasztalataiból Bécsben megismert tanitását s 1848 május 29.-én beküldte a kimerítő, később könyv alakban is megjelent közleményét a Medico-chirurgical Transactions szerkesztőségéhez, mely azt nemsokára hozta is. Routh abban az időben volt Semmelweis tanítványa a bécsi klinikán, a mikor az tanitását épen kiépitette; közleménye a Bécsben *endemikus* (nem epidemikus!) gyermekágyi lázról szól, s abban böven kifejtette honfitársai előtt Semmelweis tételeit.

1848-ban Haller közkórházi főorvos emlékezik meg egy czikkben róla. Haller volt az első, ki Semmelweis felfedezésének „kiszámithatlan jelentőségére“ utalt a sebészet terén

1849 áprilisban a strassburgi egyetem tanársegéde, a Semmelweis által levélben felkeresett Wieger Frigyes a Gazette Medicale de Strassbourgban franczia honfitársait ismertette meg Semmelweis tanításával.

1849 október 18.-án Skoda a bécsi tudományos Akadémia elé vitte az ügyet. Hosszas, alapos, elaboratumszerü előadásában többek közt elmondja, hogy Semmelweis őt, Rokitanskyt s még néhány közkórházi orvost először avatott be felfedezésébe és azt irja: „*pillanatig sem kételkedtünk benne*, hogy Semmelweis nézete helyesnek fog bizonyulni". Elmondja továbbá, hogy Semmelweis az ő felszólítására állatkisérletsorozatot végzett, mely szintén teljesen jóváhagyta nézetét. A kisérletek további folytatását czélszerünek tartaná s kéri a szakosztályt, küldené ki a kebeléből Brücke tanárt is a kisérletekhez. Egyúttal a szakosztály 100 forintot utalványozott Semmelweisnak a kisérletek költségeire.

Azt hiszem, t. Orvosegyesület, senki sem mondhatja, hogy Semmelweis felfedezésének nyilvánossá tétele körül — és pedig a felfedezésnek már első idején — nem történt meg minden, a minek meg kellett történnie.

Én azt tartom, hogy igaza volt Semmelweisnak, a mikor 1860-ban szomorúan visszapillant: „méltán hihettem, hogy a tudomány férfiai előtt, kiknek életczélja az emberi élet megmentése, elegendők lesznek az ezen első közlésekben foglalt utalások, főleg a mikor egy oly betegségről volt szó, melyről borzalommal szóltak valamennyien."

E nyilvános közléseken kivül azonban Semmelweis még számos magánlevéllel kereste fel Európa szülőházai főnökeit. Egyik levél ment a másik után: Edinburgba Simpsonhoz, Kielbe Michaelishez, majd Litzmannhoz, Kopenhágába Levyhez, Amsterdamba Tilanushoz, Skoda magára vette Nadhernyt Prágában, a ki ismét vejét, a würzburgi Kiwischt kereste fel, stb., stb.

Azt hiszem, t. Orvosegyesület, nyugodtan megadhatjuk az absolutiot Semmelweisnak, hogy igenis szivén viselte életmentő tapasztalatainak széles körben való elterjedését s e czélból való ismertetését. Hogy tanításainak el nem ismerése nem a könyve megjelenésén mult, megmutatta a jövő, mely nem szaporította híveit és nem apasztotta ellenfelei számát.

És hogy tanításáról igenis tudomást vettek, bizonyítja ama támadások hosszú, hosszú sora, melyet 1850-ben Scanzoni nyitott meg. A Prager Vierteljahrschrift 2. számában Scanzoni egyszerüen hypothesissé degradálja Semmelweis felfedezését, a hullarészek fertőző s a chlormosások fertőtlenitő hatását el nem ismeri, a gyermekágyi láznak pyaemiával való azonosságát tagadja s a bajnak epidemikus természetét fenntartja s azzal véli bebizonyítani, hogy az évszakhoz van kötve: télen dühöng, nyáron elül. Ugyanez a Scanzoni nemrégiben, de már két évvel Semmelweis felfedezése után, 1849 márczius 29-én felterjesztést küldött a csehországi tartományfőnökséghez azzal a kéréssel, inditaná meg a gyermekágyi láz lényege felöli vizsgálatok végzését, mert úgymond „a gyermekágyi láz még mindig rejtélyes betegség *és csodálatos, hogy mindeddig még senkinek sem jutott eszébe annak tisztázásával foglalkozni*". És Scanzoni, a ki többek közt azt is kifogásolta, hogy Semmelweis állatkisérleti eredményeket is hozott fel tanítása bizonyságára, melyekkel szerinte semmit sem lehet bizonyítani, felterjesztésének 3. pontjában állatkisérletek végzését tartja szükségesnek a gyermekágyi láz mivoltának felderítésére, melyben többek közt házi nyulak, kutyák, macskák és tehenek elhelyezését ajánlja a gyermekágyi lázas betegek szobáiban, sőt ágyaiban. Ennyire őszintelen volt Scanzoni.

Méltán bánthatta ez Semmelweist s hogy ellenfeleit meggyőzze, nemsokára rá el is határozta magában, hogy a bécsi orvosegyesületben előadást tart a gyermekágyi láz keletkezéséről. A történelmi nevezetességü ülés 1850 május 15.-én folyt le. Semmelweis minden oldalról, s azt mondhatjuk a legnagyobb plastikussággal fejtette ki itt tanításait és érveit.

Az ügy fontosságára való tekintettel az elnöklő Rokitansky szabad tért engedett a felszólalóknak is, s a vitát junius 18. és julius 15.-én folytatták és végül Rokitansky elismerő szavaival fejezték be. A hármas ülés valóban Semmelweis diadalával végződött, bár elég számban emelkedtek a hangok, melyek ellene szólaltak fel. Klein professor némán ült az ülések alatt; azonban felszólalt veje: Chiari, a szülészfőorvos és pedig melegen Semmelweis mellett. A világnak pedig új alkalma nyilt Semmelweis tanításával megismerkedni, mert az ülések jegyzőkönyvei a bécsi orvosegyesület folyóiratában közzététettek s a szerkesztő titkár mint „az orvosi buvárlat valóságos diadalá"-ról emlékezett meg róla.

Csakhogy a támadások sürü egymásutánban jöttek. Az első, ki Semmelweisnak már említett leveleire felelt: az edinburghi Simpson volt. Kicsinylő, bántó hangon irja, hogy igen csodálja, ha Semmelweis azt hiszi, hogy újat mondott. Angliában már régen tudják, hogy a gyermekágyi láz contagiosus betegség. Ámde a mily jól tudta Semmelweis, hogy a gyermekágyi lázat nem egy specifikus contagium idézi elő, ép úgy nem tudták az angol orvosok — mint a hogy részben ma sem tudják — hogy a ragályossági elmélet és Semmelweis tanítása közt, mely a pyaemiával azonosítja a gyermekágyi lázat, ég és föld a különbség. Ragályos betegség pl. a himlő, mert himlőt csak himlőstől lehet kapni; evesedő méhrákból származó bomlott anyagból még sohase kapott senki sem himlőt; de igenis kaphatott akárhányszor pyaemiát, ha a bomlott eves anyag felszivódásra jutott és ha gyermekágyas volt az illető, szintén kaphatott pyaemiát, vagyis gyermekágyi lázat.

Tilanus Amsterdamból udvarias választ irt, de megmarad részben a járványos és részben a ragályossági felfogás mellett.

Nemcsak elutasító, de támadó választ irt a kopenhágai Levy tanár.

Kiwisch, würzburgi tanár, korának egyik legkiválóbb szülésze, 1850-ben hosszabb czikket közöl, melyben Semmelweisszal szemben kijelenti, hogy a gyermekágyasokat teljesen veszélytelenül lehet közvetlenül hullaboncolatok után vizsgálni.

Ugyancsak 1850-ben Lumpe dr. a gyermekágyi láz theoriájáról ir s gúnyosan jegyzi meg, ha igaz volna Semmelweis felfedezése, akkor biz azt Columbus tojásának kellene nevezni.

Hamernjk, prágai tanár, 1850-ben azt az ellenvetést teszi, hogy a gyermekágyi lázjárványok sokkal régebbi keletüek, mint a boncolások s e szerint a gyermekágyi lázat semmi körülmények közt sem idézhetik elő a hullarészek. Semmelweis ellen nyilatkozik szintén 1850-ben Bamberger tanár is.

Csupán egy férfiú akadt Európa szülésztanárai közt, ki tanítását elfogadta: Michaelis, kieli tanár. Michaelis hálás elismerését fejezte ki Semmelweisnak, hogy nagy felfedezésével megmentette a bezáratás veszélye alól a vezetése alatt álló szülőházat, mert a mióta az ő tanítását követte, összesen egy szülőnőt veszitett el gyermekágyi lázban.

De mintha a világ minden ördöge összeesküdött volna Semmelweis ellen. Hü assistenstársán, Arnethen kivül, mindössze két embere akadt mindeddig Európa vezető szülészei közt, a kik mellette foglaltak állást Az egyik az épen említett Michaelis volt; ő reá Semmelweis tanításának meggyőző igazsága oly mélyen hatott, hogy önmagát kezdte vádolni szeretett unokanővére haláláért, kit Semmelweis tanainak megismerése előtt gyermekágyi lázban elveszitett; ezen kedélyállapota súlya alatt Hamburg mellett a robogó vonat elé vetette magát, a melynek kerekei szétzúzták. Nehány év mulva pedig Chiari, ki őt apósával, Kleinnel szemben védeni merészelte: cholerában pusztult el. Igazán árván maradt volna Semmelweis, ha vissza nem hozza őt sorsa hazájába, Pestre.

Fel szokás róni Semmelweisnak, hogy mindezen támadásokra nem felelt mindjárt. Ugy látszik, e vád hangoztatói megfeledkeznek arról, hogy épen erre az időre, 1850 októberére esett Semmelweis életének egy jelentőségteljes fordulata.

A bécsi klinikai szolgálatot ugyanis 1849 október 20.-án el kellett hagynia. A másoknak mindenkor megadni szokott szolgálati meghosszabbitást tőle megtagadták; később beadta a kérvényét a magántanárságért, ezt azonban visszautasitották. Másodszori kérését csak azzal a kikötéssel teljesitették, hogy demonstrálnia csakis phantomon szabad. 1850 október 10.-én vette Semmelweis tudomásul kinevezését a záradékkal együtt s 5 nap alatt becsomagolt és hazajött.

Ily módon új életviszonyok közé s idejét teljesen lefoglaló új pesti tevékenységi körébe került Semmelweis. 1851 elején a Rókuskórház szülészeti osztályának főorvosi állását foglalta el, mely mellett 1855-től fogva az egyetemi tanszéket is ellátta. E közben egyik támadás a másikat érte. 1851-ben a franczia akadémia jelenti ki, hogy Semmelweis tanítása nem bizonyult igaznak. Ugyanezen évben Kiwisch ir czikket, melyben kérkedve említi, hogy ő volt az első, a ki kétségbevonta a bomlott anyagok fer-

tőzőképességét. Kiwisch-sel szemben azonban féltékenyen hangoztatta a maga prioritását Scanzoni, mondván: „Én voltam az első, ki ez állítás helyességét kétségbe vontam; hozzám csatlakozott később . . . Kiwisch . . .“ 1855 ben Braun — Semmelweis utóda, kinek tanársegédsége ideje alatt az I. klinika halandósága megint rettenetes módon felszállt — merészelt irni Semmelweis tanítása ellen és felállítani egy új agyrémet: egy 30 pontból álló aetiologiát. 1856-ban, a mikor Fleischer a „Wiener medizinische Wochenschrift“-ben Semmelweis pesti klinikájának kimutatását tette közzé, a szerkesztő utána tette a következő mondatot: „Azt hittük, hogy a chlormosások már régen túlélték magukat; . . . itt volna már az ideje, hogy félre ne engedjék az emberek továbbra is vezettetni magukat.“ 1857-ben Martin, müncheni tanár tör újra lándzsát a gyermekágyi láz járványos volta mellett.

Egyáltalán az egész világ ekkor már csak a „hullafertőzés hypothesisé“ ről szól és vet rá úgyszólván történelmi visszapillantást

1858-ban Semmelweis újra több tudakozó levelet irt. Azokhoz irta, a kik nem nyilatkoztak, s a kiktől tehát remélhette, hogy tanítását elfogadták s kértére majd ki is jelentik ezt nyilvánosan. Remélt, a nagy gyermek! Stoltz, strassburgi tanár válaszolt is neki; azt irta, hogy „észleleteim nem kedveznek az Ön elméletének a gyermekágyi láz kóroktanát illetőleg“. Litzmann, Michaelis utóda azt irja, hogy a nagy halandóság miatt két izben kellett bezárnia a szülőházat, a miből világos, hogy a gyermekágyi lázat zsufoltság okozza. Everken Paderbornban csalódásnak nevezi Semmelweis észleleit. 1858-ban Dubois, a szülészet terén Franeziaország orákuluma, azt irja egyik közleményében, hogy: „Semmelweis elmélete nem igazolódott be s valószinüleg az az iskola is elfelejtette már, melyből kikerült.“ 1858-ban, tehát 11 évvel Semmelweis felfedezése után, Virchow tartott előadást a berlini szülészeti társulatban, melyben a gyermekágyi láz aetiologikus momentumaiként állítja oda az időjárási viszonyokat s a simultán megbetegedéseket, főfontosságot tulajdonítva a tejelválasztásnak és az idegrendszer izgalmainak. Erre válaszolt később Semmelweis Virchownak, hogy medikusairól nem is szólva, 823 bábája müködik Magyarország területén, a kik felvilágosodottabbak a berlini szüléseknél, mert ha Virchow ennek a 823 magyar bábának tartott volna előadást a gyermekágyi lázról, menten kinevették volna érte.

1859 ben nem is támadás, de — nem találok más szót reája — megalázás érte Semmelweist. Legnagyobb, legrosszabb indulatú ellenfelétől, sőt joggal mondhatjuk: ellenségétől, Scanzonitól jött, de nem az ő neve alatt. Egy fiatal, törtető, Silberschmidt nevü assistens irt egy kisebb munkát a gyermekágyi láz történetéről. És ebben elmondja a régi sok téves nézetet, köztük nagy fölénynyel azt is, mi mindent véltek, gondoltak annak idején Skoda és Semmelweis. És ezt a munkát a würzburgi orvosi fakultás Scanzoni ajánlatára díjjal koszorúzta meg.

Most már tollat vett kezébe Semmelweis. Ennyi támadásra — de hisz ennél is több volt, mert nem valamennyit soroltam fel — válaszolni kellett. Ő, a ki eddigelé minden jelét megadta békés, polemiától irtózó természetének, bünnek érezné, ha tovább hallgatna. Azt remélte 13 éven át, hogy az időre bizhatja az igazság érvényesülését, de reménye nem ment teljesedésbe. „A sors — úgymond Semmelweis — letéteményesévé tett azon igazságoknak, melyeket könyvem tartalmaz. Visszautasíthatatlan kötelességem helyt állani érettük. Feladtam a reményt, hogy az ügy fontos és igaz volta feleslegessé tesz minden harczot. Nincs többé szó hajlamaimról, csupán azok élete jö számításba, kiknek abban a harczban, vajjon nékem vagy ellenfeleimnek van-e igazuk, semmi részük sincsen.“

Körülbelül 1½ évig dolgozott 550 lapnyi: a gyermekágyi láz kóroktana, fogalma és prophylaxisa cz. nagy munkáján s annak első fejezetéül felhasználta az 1858-ban a budapesti orvosegyesületben tartott előadásának némileg bővített szövegét a gyermekágyi láz kóroktanáról. Munkáját természetesen „azok nyelvén irta, kikre hatnia kellett“: németül. Könyvének első felében higgadt, szabatos, inductiv logikával irta meg tanítását, melynek rövidre foglalt alaptételeit az imént volt alkalmam elmondhatni. Könyvének második felében pedig egyenként reflectál azokra a támadásokra, melyek nagy részét szintén felsoroltuk. Munkájának ezt a részét lehetetlen mély megindulás nélkül olvasni. A hány oldala van e résznek, azt mind szive vérébe mártott tollal irta. „Tanításom nem arra való — mondja Semmelweis —, hogy könyvtárak pora és penésze lepje el, hanem arra, hogy elijeszsze a szülőházak rémét, hogy megmentse a feleséget a férj, az anyát a gyermek számára.“ „Ha 12 év után felvetem a kérdést: betöltötte-e tanításom missioját, akkor a felelet erre nagyon elszomorítóan hangzik. Hiszen még mindig kiszámíthatlan, mikor fog az utolsó falusi borbély, az utolsó falusi bába legutoljára fertőzni. Bécsben, a hol felfedezésem bölcsője állott, 1854-ben megint 400 gyermekágyast ragadott el a gyermekágyi láz.“ „Bünt követnék el, ha tovább is hallgatnék, s az időre és az elfogulatlan vizsgálatra biznám tanításom gyakorlati elterjedését. Jól tudom, hogy számos kartárs odiumát fogom magamra vonni. De vigasztalni fog a tudat, hogy válaszom nem czél, csupán eszköz reá, hogy isten a megmondhatója, hány orvost visszavezessek az igazsághoz, kiket az emberiség szerencsétlenségére ellenfeleim szirénhangjai még mindig tévedésben fogvatartanak.“

És itt felvetem harmadszor a kérdést: terheli-e mulasztás Semmelweist? Bármennyire is nehezemre esnék, kimondanám az igent, ha úgy volna. Kimondanám, ha bebizonyosodott volna, hogy tanainak elterjedését csakugyan az gátolta meg, hogy könyvvé nem foglalta őket. De ha azt kell látnunk, hogy Európa szülésztanárai közül a könyv egyetlen egyet sem térített meg, akkor semmiféle jogosultsága sincs tovább, hogy a Semmelweis ellen stereotypice ismételt vád csak egy pillanatig is továbbra fenntartassék.

14 éven át senkit, de senkit se bántott Semmelweis, csakis feléje zúdult a kicsinylések, a támadások áradata. S a közben egész Német- és Franeziaország visszhangzott a gyermekágyi lázban haldokló szülőnők jajgatásától. Vajjon nem volt-e most már joga feljajdulni, mondván: „Szegény emberiség! kikre van a te életed bizva!“ és reá mutatni, hogy a nem szünő nagy halandóságot a szülészet tanárai s az általuk nevelt orvosok és bábák okozzák!

A könyv 1860 októberében hagyta el a sajtót. És mi volt a hatása? 1861-ben Zipfl tanár kijelenti, hogy a gyermekágyi lázat járványos befolyások okozzák, melyekben valami miasmának vagy contagiumnak is szerepe kell hogy legyen. Hecker odanyilatkozik, hogy a szülészet-, valamint sebészetben előforduló septikus folyamatok ellen követett nagy tisztaság hangsúlyozása egyoldalú és helytelen álláspont.

Patruban prof., az „Oesterreichische Zeitschrift für praktische Heilkunde“ szerkesztője, Semmelweis alapos tévedéseiről beszél, Breisky prof. különcz rajongónak nevezi Semmelweist, ki könyvében újra harczra kelt régi nézetéért s azt elég naiv módon örökigaznak nevezi. Siebold tanár azt mondja: „elég! a hullafertőzés felett ki van mondva az itélet.“ A legerősebb ellenállást természetesen a legrégibb ellenség: Scanzoni fejti ki még mindig. Mint régen leveleit, most könyvét is szétküldi Semmelweis a világ négy tája irányába. Hiába! minden hiába! Európa szülőházaiban tovább is úgy pusztultak a szülőnők, mint 1847 előtt! És Semmelweis újra kimozdul: nem a maga igazát megy keresni; egyik kezét szivére téve, másikban pallost tartva, kiáll a szülőházak kapui elé s védi a halálnak szánt szülőnőket, kiknek életéért mindinkább felelősnek érzi magát.

1861 és 1862 ben irta meg hires, vagy a mint mondani szokás: hirhedt nyilt leveleit. Egyet Spaethnek, egyet Sieboldnak, kettőt Scanzonjnak s egyet a szülészet összes tanárainak. Ezekben a levelekben minden követ megmozdít, mindent megpróbál, csakhogy ellenfeleit meggyőzze. De kijelenti valamennyi levélben, hogy megrendíthetetlen az elhatározása, hogy mindazok ellen, a kik nem fognak megszünni ezután is pusztításokat vinni végbe a szülőnők közt, kiméletlenül fog fellépni. Ezekből a levelekből szinte kiérzik Semmelweis tragikuma. Már mintha nem is a tanárokkal, hanem mintha a sorssal viaskodnék! Hiszen ember talán elgondolni se tudja, mit érezhetett az ő könyörületes szive ennyi sok esztendő után. Irgalmat kér az ő szülőnői részére szinte a könyörgés hangján; de fenyeget is, jupiteri menydörgést és villámokat is szór. Felelőssé teszi isten-ember előtt a szülészet tanárait, a miért már oly sok szülőnőt elpusztítottak és

még mindig pusztítanak. Különösen Scanzonival bánik el érdeme szerint, a kiről már kiderült az a páratlan rosszindulat, hogy most már privatim chlormosásokat végeztetett, azonban nem szünt meg nyilvánosan ellenük irni. Súlyos volt a kard, melylyel Semmelweis síkra szállt az igazságért, s éle ki volt fenve; de pengéje nemes aczélból készült.

Jól tudom, hogy e nyilt levelek hangját mily sokszor kifogásolták, sőt meg is rótták. Csakhogy a kik így itélkeznek, egyet elfelejtenek, hogy: többé nem a hangról, hanem százezrek életéről volt szó. Csak az vessen követ Semmelweisra, ki teljes biztossággal meg van győződve magáról, hogy ha az igazságért 14 álló esztendőn át folytatott önzetlen és szakadatlan küzdelméért ugyanannyi éven keresztül csakis támadás és bántó mellőzés fogná érni — nem is őt, de azt az eszmét, melynek diadalra juttatása kedvesebb a saját életénél is — nos csak az vessen követ rá, a ki tudja magáról, hogy mindezekért a kifakadásnak egy szavát sem fogja hallatni. Csak az itélje el Semmelweist, a ki még nem vette észre az emberiség történelmében, hogy a világ előbbreviteléhez szolgáltatott legnagyobb építőköveket sohasem keztyűbe takart kézzel hordták össze a munkások. És csak az emeljen kifogást a nyilt levelek ellen, a ki megilletődve nem érzi magát, a mikor Scanzoni felé fordul Semmelweis és arra kéri: „Nevezze meg nékem, tanácsos úr, a szülészetnek azt a tanárát, a ki 14 év után az én tanításomat adja elő; mutassa meg nékem azt az unicumot, hadd köszönjem meg neki.“

Mily tiszta pillantást vethetünk Semmelweis lelkébe, a mikor Scanzonihoz intézett következő kijelentését halljuk: „Én felfedeztem a gyermekágyi láz örökigaz kizárólagos aetiologiáját. De nem ez az igazi érdeme az én tanításomnak, hanem az, hogy megmutatja, miként kell e szerencsétlenséget elhárítani.“ Másik nyilt levelében könyörög Sieboldhoz: „Én Önt egy igen jó és mély kedélyü embernek ismerem, tanácsos úr, és meg vagyok róla győződve, hogy Ön nem volna képes tudva szerezni valakinek kellemetlenséget; és ezzel a jó lelkületével Ön, mivel nem ismeri a gyermekágyi láz keletkezését és elhárítását, mindenütt a tudatlanságból legyilkolt gyermekágyasok hulláiban keres támaszt tanítása számára. Az ég szerelmére kérem Önt, tanácsos úr, tegye magáévá azokat az igazságokat, melyeket könyvem tartalmaz, hogy lelkületének megfelelőleg támaszt találjon új meggyőződéséhez a gyermekágyasok vidám arczkifejezésében és az üres halottas kamrában.“ És Siebold, ki 16 órával halála előtt 22 szülészeti levelének correcturáját elvégezte, a 7. levelében kijelenti, hogy nyilt leveléért nem táplál haragot Semmelweis iránt. Ezen Sieboldhoz irt levele egy fontos documentumot is tartalmaz, mely újra világot vet Semmelweisre, hogy nem volt eszköz, melyet készen ne lett volna felhasználni, hogy a világot meggyőzze az igazságról. Levele végén azt irja Semmelweis: „Tanácsos úr teljesen haszon nélkül olvasta munkámat. S minthogy el tudom gondolni, hogy mások is úgy olvasták s mivel én megtántoríthatlanul elhatároztam, hogy az emberiséget megszabadítom a gyermekágyi láz ostorától, ennek e szent czélnak elérésére a következő ajánlatot teszem Önnek: Szólítsa Ön fel, tanácsos úr, Németország szülészeit és orvosait, jönnének össze augusztus vagy szeptember havában bármelyik német városban, a melyet Ön e czélra kijelöl; meg fogok jelenni én is és szóbelileg megértetjük magunkat egymással. Hivatásos kötelességeim nem eresztenek el sem korábban, sem később Pestről, s a német orvosok és természettudósok évi congressusával nem egyeztethető meg e megbeszélés, mert az rövid ideig tart; én el vagyok tökélve mindaddig maradni, a míg valamennyien, és pedig meggyőződésből, el nem fogadják tanításomat.“

Tudjuk, hogy óhaja nem ment teljesedésbe, bár ez nem okvetlenül Sieboldon mulhatott, a ki ugyanazon év, vagyis 1861 októberében már meghalt. De sőt tudjuk, hogy épen a német orvosok és természettudósok azon évben Speyerben tartott gyülésén tüzték ki napirendre Semmelweis tanítását, a hol — mint előre jelzé — pesti kötelességei miatt nem jelenhetett meg. Az egyetlen heidelbergi Lange volt, ki mellette szólalt fel, az összes többi felszólaló — köztük újra Virchow — ellene szólott.

Utolsó nyilt levelét Semmelweis a szülészet összes tanáraihoz intézte. Ebben a levelében újra s újra kifejti tanait. De kijelenti, a mennyiben a tanárok régi, téves tanításuk mellett továbbra is megmaradnának, ő egyenesen a segélykereső közönséghez fog fordulni és azt fogja mondani: „Te családapa, tudod e, mit tesz az, szülészt vagy bábát híni a feleségedhez, ki segélyre szorul szülése közben? Az annyit tesz, mint feleségedet és meg sem született gyermekedet életveszélynek kitenni. És ha nem akarsz özvegygyé lenni és ha nem akarod, hogy megszületetlen gyermekedbe a halál csirája oltassék be, és ha nem akarod, hogy gyermekeid anyjukat veszítsék el, akkor vegyél egy pár krajczárért chlormészt, önts rá vizet és ne engedd, hogy a szülész vagy a bába belsőleg megvizsgálja a feleségedet, mielőtt szemed láttára chlorral sikamlósra nem mosták a kezüket.“

Ez a levele befejezetlen maradt. Beszéd közben csuklott el a hangja. Igérte, hogy „folytatása következik“ — de nem következett. Megszünt tanait hirdetni, megszünt értük síkra szállani, mert nem birta már a czéltalan, meddő küzdelmet. Dolgot kereső lelke a nőgyógyászat mezejére terelte, hol viaskodások nélkül, rezignáltan, szárnyaszegetten, de azért el nem fásulva el-eldolgozgatott. Végzetét látta benne, hogy régi eszményei már ne teljesedjenek s le kell mondania róla, hogy megérje azt a boldog jövőt, a mikor az anyák nem fognak többé gyermekeiknek áldozatul esni. És ime váratlanul, annyi harcz és küzdelem után, öröm is éri. Mint a messziről átcsendülő esti harang békekongása, úgy hangzanak át Szent-Pétervárról az odavaló orvosegyesület tárgyalásai, a hol a felszólalók tekintélyes része — elfogadja tanítását. Hogy mily boldog volt Semmelweis, ugyancsak bizonyitja, hogy a hosszú tárgyalásokat lefordította magyarra és közzétette az Orvosi Hetilapban.

Ez volt hosszú idő után az első öröme, de ez volt az utolsó is. Mert tanainak általános elismertetését Semmelweis nem érte meg. Csakhogy a hosszas támadások ütlegei, csapásai fájó nyomokat hagytak rajta: lelke tele volt kék foltokkal. A régi thema nem hevítette többé, csak könyeket fakasztott szeméből. Sokszor megesett rajta, ha ismerősei, barátai előtt szóba került a borzasztó pusztítás, melyet a gyermekágyi láz véghézvitt, könybe lábadtak szemei és elfojtották hangját. Nem egy izben előadását is félbe kellett szakítania s a legnagyobb izgalom vett rajta erőt, midőn hallgatóinak elmondta életének szomorú éleményeit, tanításának mellőztetését, az anyák rettenetes pusztulását.

A katastropha nem is sokáig késett már, 1865 julius közepén egy tanári ülésen tört ki. Semmelweis — a jelenlévők nagy meglepetésére, de még nagyobb megindulására — egy bábaesküformulát vett elő s azt felolvasta. Semmelweist rögtön lakására szállították; Balassa, Bókai és Wagner consiliumot tartottak felette s néhány nap mulva, julius 31.-én elszállították Bécsbe, az alsó-ausztriai tébolydába. Semmelweis darabokban mult ki; még életében megérte lelki kimulását; de halálát nem ez okozta, hanem egy közvetlenül elmebajának kitörése előtt végzett operatioja közben szerzett sérülése a jobb középső ujján. A seb gangraenás lett és perforálta az izületet s a folyamat úrrá lett egész szervezetén és 1865 augusztus 13.-án általános pyaemia tünetei közt halt meg, tehát abban a betegségben, mely az oltalmába vett gyermekágyasokat pusztította, s a mely ellen küzdeni meg nem szünt.

Tetemeit 1891-ben hazahoztuk. Idehaza pihen Semmelweis, szeretett hazánk földjében, melynek ő is mindenkor hű fia volt.

* * *

T. Orvosegyesület!

Immár közel 60 esztendeje, hogy Semmelweis letette tanításának alapját. „Manapság már — hogy Kézmárszkynk szavaival éljek — Semmelweis tanításának alapigazságai szilárd épület alakjában állnak megdönthetlenül előttünk.“ És állani fognak örökké, míg csak a nő szülni fog. De kihülten, hidegen pihen a szív, melynek melegsége annyi nemes tettnek, annyi irgalomnak és jóságnak s a mellett az orvosi tudomány egyik legnagyobb diadalának volt forrása: nem érzi többé a sok sebet, melyet küzdelmei között kapott, — csak mi emlékezünk róla.

De emberi természetünk nem éri be a tények bármi fájó s elmélyedő szemléletével, hanem magyarázatot keres a tényekhez.

Nagy emberek elbukását a sorssal vivott küzdelmükben

mindenkor az okozta, hogy a világ rendjével kerültek összeütközésbe, hogy nem állottak a világrendet igazgató korszellem talaján, hanem annál feljebb emelkedtek. A világ minden gyengeséget megbocsát és engesztelhetetlen ellenséget csak az szerez, a ki erényeivel, a ki fensöbbségével kimagaslik embertársai közül.

Igy állott Semmelweis is magasan a maga kora felett, mely őt meg nem értette. Nem értette, mert *nem látta* a bomlott szerves anyagot, melyre Semmelweis mint a gyermekágyi láz egyedüli kórokozójára egyenesen rámutatott.

Vajjon elfogadhatjuk-e ezt Semmelweis ellenfelei mentségéül? Csak tegyük fel a kérdést: látta-e valaha valaki a gravitatio erejét? és mégis elismerjük physikai hatásánál fogva. És látta-e valaha valaki a levegő hömérsékletét vagy a levegő nyomását? pedig hogy vannak és léteznek, a természet és saját szervezetünk legkülönfelébb reactioi mutatják. És hogy van bomlott szerves anyag, ezt a szülőházi halandóság érzékeny reactioi mutatták, a chlormosások eredménye mutatta és Semmelweis imponáló statistikai anyaga bizonyította.

Pasteurnek, Listernek, Kochnak kellett még eljönnie s még a bakteriologia előtt is a mikroskopokat kellett tökéletesíteni, míg megmutatták, hogy: igenis van bomlott szerves anyag, s hogy ez a bomlott szerves anyag nem egyéb, mint a pathogen bakteriumok mindenkor gyilkolni kész serege. A mint a tudomány eljutott eddig a pontig: nemcsak elismerésben és igazolásban részesítette Semmelweis tanait, de utat is nyitott nekik. Maga Lister is elismerte, hogy „Semmelweis nélkül működésem meddő maradt volna; Magyarország nagy fiának köszön az új sebészet legtöbbet".

És itt meg kell egy pillanatra állanunk, t. Orvosegyesület és elismeréssel felidéznünk *Markusovszky Lajos* nevét, ki nemcsak ifjúkori benső, kenyeres pajtása volt Semmelweisnak, a ki nemcsak egész életén át hív serkentője s bús időkben vigasztalója volt, de a ki 1861-ben, ugyanabban az évben, a melyben Virchow a leghatározattabban szállott síkra Semmelweis ellen a speyeri gyülésen, legszebb apologiáját irta meg tanítása mellett. S a mit csak a későbbi jövő kutatásai váltottak be, azt Markusovszky a tudomány muzsájának ihletése alatt már 1861-ben mondta ki és sürgette. „A szabatos fürkészetnek — mondja Markusovszky — azt hiszszük, ki kellend még mutatni, mi és milyen azon rothadt szerves anyag — szövet- és vegytanilag — mely a fertőzést okozza; mi úton és módon jut az a szervezet belsejébe; mint működik ott vegyileg, élettanilag; melyek felszivatása és működésének feltétei . . ." Ime egy rövid, de fényes lap a magyar orvostörténelemből!

A jövőnek Markusovszky által sürgetett „szabatos fürkészete" világosságot hozott a bomlott szerves anyag mibenlétébe és ezzel Semmelweis tanítását teljességgel s egyszersmindenkorra igazolta. Évtizedek óta az ő elvei szerint jár el a világ úgy a szülészet, mint a sebészet terén; az ő tanítása tartja életben a szülőnőket; ő tette physiologikus s nem többé pathologikus folyamattá a szülés aktusát és a gyermekágyat — s örvendetes idővé a régente rettegett, nehéz órát.

Zárjuk szivünkbe emlékezetét ama férfiúnak, ki örök mintaképe marad a szivjóságnak, a becsületességnek s az igaz tudományosságnak; ki végigjárta, szinte végigfutotta, lihegve, az életet, de soha földi sár még csak a lábát se érte; ki feláldozta életét egy eszméért, mely ikertestvérként forrt lelkéhez; a ki előre vitte az emberiség ügyét egy nagy lépéssel és ki a tudatos buvár önérzetével joggal jelenthette ki 45 év előtt, hogy „a gyermekágyi láz kóroktana, fogalma és prophylaxisában nincs már semmi rejtélyszerüség; napnál világosabb fény világítja meg a gyermekágyi láz természetét s egyetlenegy pont sem hypothesis többé s a jövőnek nem marad már semmiféle megoldani valója e pontokban."

Fáradt testtel, fáradt lélekkel — mindössze 47 éves korában — leroskodva halt meg Semmelweis, mielőtt még babérjai kivirultak.

Az ő halálával nemcsak egy ország, nemcsak egy világrész, de az egész emberiség lett szegényebb, — mert Semmelweis mindnyájunkért élt.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A plastikus x-sugaras képekről.

Irták: Ifj. *Elischer Gyula* dr. klinikai tanársegéd és *Kelen Béla* dr.

Az x-sugarak felfedezésével az orvosi diagnostika birodalma egy új és egyelőre beláthatlan területtel bővült ki. A mit eladdig a csapongó képzelet is alig mert feltételezni, valóra vált: belátunk az emberi test belsejébe. Azon vérmes remények azonban, a mit Röntgen felfedezéséhez az első időben füztünk, nem teljesültek teljes egészükben: fénytörő közeget az x-sugarak számára felfedezni nem sikerült. *Az x-sugarak egyenes útjukat könyörtelenül megtartják, sem nem töretnek, sem vissza nem verődnek, gyüjteni nem lehet őket*, és igy perspektivás képek előállítására nem alkalmasak. Nem látjuk magukat a tárgyakat, hanem csak azoknak az árnyékát s ebből az árnyékból vagyunk kénytelenek visszakövetkeztetni a tárgy térbeli elhelyezésére. A visszakövetkeztetés pedig mindig csak visszakövetkeztetés marad és a perspektiva meglátásával nem versenyezhet. Innen van az, hogy az első időtől fogva maig sem szüntek meg a törekvések perspektivás x-sugaras képek létrehozására.

Reális haladást jelentenek e téren a stereoskopos Röntgen-képek, mert azok a szem physiologiájában gyökereznek s azért a valódi viszonyokat ábrázolják. A hol a stereoskopos kép kidomborodást mutat, ott a természetben valóban kidomborodás van. Hogy mindamellett a Röntgen stereoskopia általános elterjedést nem nyert, az részben az eljárás nehézségeiben és hosszadalmasságában, részben pedig abban leli magyarázatát, hogy többet a stereoskop sem mutat, mint a mire két különböző lámpaállással felvett képből stereoskop nélkül is lehet következtetni.

A tudomány ezen állása mellett kimagasló fontosságúnak látszottak az Alexander dr. által a mult év tavaszán a budapesti orvosegyesületben és a berlini Röntgen-congressuson bemutatott plastikus x-sugaras képek, melyek a szemlélőben azt a benyomást keltették, mintha a testek által visszavert és lencse által gyüjtött Röntgen-fénynyel készültek volna. Olyan plastikát láttunk a csontokon, mintha azok fotografkamrával száraz készítményekről lettek volna fotografálva.

Eljárásának közlését Alexander azonban későbbi időre halasztotta s igy a bemutatott képek megkapó plastikája által ösztönözve csakhamar mások is foglalkozni kezdtek a tárgygyal.

Elsőnek Schellenberg[1] ismertetett egy eljárást plastikus Röntgen-képek előállítására. Ő az általános fotografálás terén történt kisérletekből indul ki, mely szerint egy positiv és negativ lemez egybeillesztésével és azoknak oldaliránuyú eltolásával a tárgy szélein árnyékokat nyerünk, melyek a kép plastikai előmborodásának látszatát keltik. Ezen árnyékok a különböző fokú és irányú eltolás által módosithatók és igy a tárgynak egyes részletei jobban kiemelhetők. A képek készitéséhez film- és üveglemezeket használt.

Azután Albers-Schönberg[2] ismertette eljárását, mely elvben a Schellenbergével megegyezik s tőle csak annyiban tér el, a mennyiben úgy egyszerüsiti, hogy a másoláshoz üveglemezképeket használ s azokat az egybeillesztés után széleiken ragasztótapaszcsikokkal rögziti.[3] Később Lewisohn közölt egy eljárást, mely az előbb idézettekkel megegyezik.[4]

Alexandert az ily módon készült Röntgen-képek előállításában a prioritás kétségtelenül megilleti, azon kérdésre azonban, hogy az Alexander-féle plastikus x-sugaras képek a Röntgen-fotografálás terén polgárjogot fognak-e nyerni, a fent idézett 3 szerzővel egyértelmüleg nekünk is határozottan tagadólag kell válaszolnunk.

„Die Methode — irja Lewisohn — wird deswegen kaum ein Bürgerrecht in der Röntgenographie erhalten, weil sie eine absolut subjective Methode ist, die man in gewissem Sinne als eine hübsche Selbsttäuschung bezeichnen kann."

[1] Deutsche medizinische Wochenschrift, 1906. 19. sz.
[2] Deutsche medizinische Wochenschrift, 1906. 23. sz.
[3] Ugyanezen egyszerüsitett eljárással készült plastikus x-sugaras képeket mutattunk be Albers-Schönberg czikkének megjelenése előtt a budapesti kir. orvosegyesület 1906. május 19.-i ülésén.
[4] Deutsche medizinische Wochenschrift, 1906. 26. sz.

Neuhaus[1] pedig a berlini 1906. évi általános fotografiai kiállítás Röntgen-osztályáról referálva, a következőket mondja:

„Bei dieser Gelegenheit sei auf einen Unfug hingewiesen, der sich gegenwärtig in der medizinischen Literatur in Bezug auf angeblich körperliche Wirkung einfacher Röntgenaufnahmen breit macht. Die Herstellung dieser Bilder geschieht folgendermassen: Man fertigt von dem Originalnegativ ein Diapositiv und kopiert dann Negativ und Positiv gleichzeitig auf Papier. Wesentlich ist, dass sich die entsprechenden Abschnitte von Positiv und Negativ während des Kopierens nicht genau decken. Es treten dann in der Kopie Schatten- und Lichtsäume auf, die auf den in photographischen Dingen gänzlich Unerfahrenen die Illusion erwecken können, dass die Aufnahme körperlichen Eindruck macht. Vor einer grösseren Reihe von Jahren wurde genannte Kopiermethode als „allerneuestes" empfohlen. Jetzt tischt man diese Albernheiten speziell für den Gebrauch der Röntgenphotographie als neuesten Fortschritt auf."

Ezen plastikus képek előállítása a fotografusok előtt régóta ismeretes trük. Nem akarjuk idézni az idevágó régebbi külföldi közleményeket, csupán „Az amatör" magyar fényképészeti folyóirat 1905. márczius 15.-i számára hivatkozunk, a mely „relief utánzatok" czím alatt azt irja: „Készitsünk egy negativról rendes úton diapositivot. A megszárítás után illeszszük teljesen födően egymásra a két lemezt.... Az igy nyert lemezről másoló keretben celloidin- vagy bromezüst- stb. másolatok készithetők, melyek megtévesztésig hasonlók egy márványrelief fényképéhez".

Nézzük már most, hogy ezen fotografiai trük miként hozza létre azt a plastikát, a mely az eredeti felvételen hiányzik. A lemezek összeillesztése sohasem tökéletes, hanem valamelyik lemez egyik irányban kissé eltolódik. Az eltolódás miatt minden vonal és árnyékfolt a másolaton két konturt kap, egy fehéret és egy feketét. A hol a negativ lemez sötét része lecsúszott a diapositiv lemez világos részéről a sötétre, ott a másoló fény két sötét rétegen halad keresztül, ott tehát a másolt vonal vagy folt egy vékony fehér csikkal szegélyződik; az ellenkező oldalon az ellenkező történik, ott tehát fekete konturt kapunk. Hogy ennek a szegélyzésnek csalóka domborulat az eredménye, azt naponként láthatjuk a hasonló módon festett czégtáblák betüin. Ha az eltolódás nagyobb, a fehér és fekete szegélyek is szélesebbek lesznek és igy a domborulatot tetszés szerint fokozhatjuk, míg végre a túlságos eltolódás kettős képeket ad.

Hogy ezen eltolás játszsza a főszerepet Alexander képeinél is, az Alexander következő szavaiból is kilátszik: .... az egymást fedő képek körrajzai igen kevéssé nyúljanak túl a másik kép egyik oldalának konturjain. (Gyógyászat, 1906. 27. szám, 453. oldal.)

Nem tagadhatjuk, hogy az igy létrehozott plastikai illusio igen sok helyen egyezik a reális viszonyokkal, mert a jelzett kettős szegélyezés mindent domborúnak tüntet fel, a csontok pedig általában domborúak; de a helyes kép annyira keverve van a helytelen adatok conglomeratumával, hogy a valódi viszonyokra következtetést vonni nem enged.

Ezen plastikus képek tehát tisztán müvi úton jönnek létre a semmi plastikát nem mutató árnyékképből és igy tisztán mütermékek, melyek a Röntgen-fénynyel semmi vonatkozásban nincsenek.

Ezek után a „Gyógyászat" jelen évfolyamának hasábjain Alexander közli eljárását és azt állítja, hogy helyesen készült röntgenographiák perspectivás plastikát rejtenek magukban és hogy ezen plastika egy általa feltalált fotografiai eljárás által kihámozható. Bizonyitani igyekszik, hogy eljárása szerint a csontok, de kisebb mértékben a lágyrészek is térbeli elhelyezésüknek és domborulataiknak megfelelőleg plastikát mutatnak, mely mellett szépen látszik a belső csontszerkezet is. Hasonló czikkben számol be Alexander felfedezéséről a „Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen" 10. kötetének 1. füzetében.

Technikája a következő:

A fotografálandó tárgyról identikus lámpaállás mellett két Röntgen-felvételt készit, egyet lágy lámpával (a mi a szerkezeti képet tartalmazza) és egy másikat kemény lámpával. Ezeket I. és II. lemeznek nevezi. Ezen lemezek egyikéről diapositivet készit és azt „ellenkező képet nyujtó lemeznek" nevezi. A diapositivot a másik negativval összeilleszti oly módon, hogy a körvonalak átnézetben fedjék egymást. Ezen összeillesztett lemezekről rendes másolással egy új diapositivet készit és ezt III. lemeznek nevezi. A másoláshoz a lemezek felületére ferdén eső fényt használ. Ezen III. lemezről, a mely már a teljes plastikát mutatja, ismét rendes contact-másolással új negativot készit s ezen ú. n. IV. lemezről másolja azután a papirképet.

A német közleményhez mellékelt láb és valamivel kisebb mértékben a magyar közleményhez mellékelt alsó végtag képe valóban megkapó plastikát mutat. Domború a bőr, domborúak a csontok és olyan árnyékolás látszik rajtuk, mint a szemmel látott tárgyakon. Ehhez járul a csontgerendezet rajza, mely különösen a német közlemény calcaneusán hatalmas.

Ezen plastika minden pompája mellett is hamis: kiemelkedéseket látunk ott, a hol azok a természetben hiányoznak és laposnak látjuk azt, a mi a természetben domború. A képeken a csontok úgy feküsznek a *bőr felületén* (!) mint sakktáblán a figurák, erős árnyékot vetve a bőr felületére. A magyar közlemény czombcsontja, lábszárcsontjai hosszirányú behorpadást mutatnak stb. stb. A belső szerkezetre vonatkozólag pedig, ha valónak fogadjuk el azt, a mit az emlitett calcaneus csontgerendezetéből látunk, úgy nagyon is pathologiás állapotra kell következtetnünk.

Alexander technikája a fent említett többi eljárástól csak annyiban tér el,[1] hogy a diapositivot nem ugyanazon lemezről másolja, hanem kemény és lágy lámpával külön felvételt készit úgy a negativ, mint a diapositiv számára. Ily módon a plastika kombinálódik a structurával. Ezt a kombinálást nem tartjuk szerencsés gondolatnak, mert a structurának a rajza elfedi a plastikai árnyékokat és viszont. A mérnöki tudomány ezt a kérdést rég letárgyalta akkor, a mikor minden tervezethez 2 rajzot ád: egy perspectivás rajzot (plastika) és egy szerkezeti rajzot, pedig a mérnöknek igazán könnyen módjában lenne a kettőt egymásba belerajzolni, ha abból az ábrázolt tárgy értelmezésére haszon háramolnék.

Tagadnunk kell azon állitást is, hogy az x sugaras képek plastikát rejtenek magukban.

Tudjuk, hogy a Röntgen-sugár egy pontból szétterjedő olyan sugár, a mely semmi körülmény között egyenes útjából ki nem tér. A rendes Röntgen-kép tehát egy az x-sugarak számára többé-kevésbé átjárható testnek oly árnyékképe, mely minden tekintetben megfelel az ábrázoló mértan *„középponti vetület"*-ének. Azon tétel pedig, hogy a középponti vetületből a tárgy plastikájára következtetni nem lehet, ép oly kevéssé megdönthetlen, mint pl. az, hogy a háromszög szögeinek összege 180°.

Alexander azon állitása, hogy a rendes x-sugaras képek rejtett plastikáját szemeivel látja, nem egyéb ártatlan optikai csalódásnál. Azt állitja, hogy helyesen exponált és előhitt Röntgen-képeken, vagy a mint ő mondja, azokon a képeken, melyeken a Röntgen-sugár helyes rajzoló képessége akadályozva nincs és elég idő nyujtatott azoknak rajzolási képességük kifejtésére, árnyékolás látszik. Ezek a képek szerinte ab ovo plastikusak, csakhogy ezt az árnyékolást helyesen kell megitélni. Azt mondja, hogy *„a ki oly carpusképeket látott — lemezképeket — és tanulmányozott, a melyeken a csontok alakjai, egymással való érintkezései, izületi felületei és azok minősége és az azokon való kiemelkedések és bemélyedések aczélmetszethez hasonló módon vannak jelen a gyönyörü szerkezeti kép különféle módosulásával, feltüntetve az által a csontok vékonyabb, vastagabb, homorú, domború, közelebb fekvő, távolabb álló részleteit és a csontok egymáshoz való viszonyitott akkénti feltüntetését, az igazolni fogja a jelen sorokban mondottakat".*[2]

A mikor bevalljuk, hogy mi efféle carpusképeket nem láttunk, akkor mentségünkre nem tartjuk szükségesnek egyebet felhozni, mint épen az Alexander által hangsúlyozott *helyes meg-*

[1] Photographische Rundschau und photographisches Centralblatt XX. évfolyam, 18. füzet.

[1] Azon lényegtelen eltérésre, hogy Alexander még egy negativot másol a már szerinte teljes plastikát nyujtó harmadik lemezről és erről másolja vissza a végleges képet, közleményünk végén még kitérünk.

[2] Gyógyászat, 1906., 26. sz., 439. oldal.

ítélést. Az árnyalatdifferentiából helyes megitélés szerint Röntgenképeken nem *plastikára,* hanem fokozott vagy csökkent *transparentiára* kell következtetni. A szem transparens csontot nem ismer és ha a csont árnyékán árnyalatfokozatokat lát, akkor azt optikai csalódás következtében domborúnak látja. Eleinte domborúaknak láttuk itt-ott mi is az árnyékokat, de ma már nem látunk aczélmetszethez hasonló módon jelen levő kiemelkedéseket, bemélyedéseket (!), közelebb és távolabb álló részleteket, nem látjuk a csontoknak egymáshoz való viszonyított akkénti feltüntetését, hanem látjuk a csont körvonalát és Röntgen-fény számára átjárhatóságát; a hol pedig sötétebb árnyalatot észlelünk, ott vékonyabbnak látjuk a csontot, de lehetőnek tartjuk azt is, hogy azon a helyen nem gödör, hanem kiemelkedés van. Futólag emlitjük még meg azt, hogy a III. és IV. lemez készítése az eljárás technikájának haszon nélkül való bonyodalmassá tétele, mert ha az I + II. nem ád kifogástalan papirképet azért, mert a papir a negativ finom árnyalatait és részleteit nem képes visszaadni, akkor nem fogja azokat akkor sem visszaadni, ha a IV. lemezről készitünk kópiát. Ilyen körülmények között nem „a brómezüst-papir használata indokolt", hanem az ozotyp-, Artique- vagy pigment-papiré. Ezek a papirok dús színfokozatukkal és rajzolatuk finomságával visszaadják a negativ minden subtilis részletét és a mellett hasonlithatlanul olcsóbbak és egyszerübbek, mint azon eljárás, melynél 2—10 és több lemez megy tönkre a próbálgatás alatt még a felfedezőnek kezében is.

Végső következtetésünk a következő:

Minden Röntgen kép árnyékkép, a mely középponti vetületnek felel meg és a mely a plastikára következtetést vonni nem enged. A plastikus x-sugaras képek gyönyörködtető plastikájuk minden szépsége mellett is fotografiai mütermékek, a melyek a valóságnak meg nem felelnek és tudományos értékük nincs. Többet mutatnak ugyan, mint a szokásos x-sugaras képek, de ez a többlet hamis.

Közlemény a budapesti m. kir. tudomány-egyetem I. számú anatomiai intézetéből. (Igazgató: Lenhossék Mihály dr. egyet. tanár.)

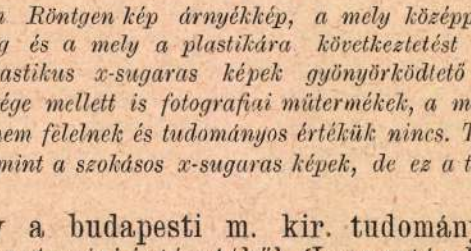
A férfi lágyékcsatornája izomfalának változatairól.

Irta: *Pólya Jenő Sándor* dr., közkórházi rendelőorvos.

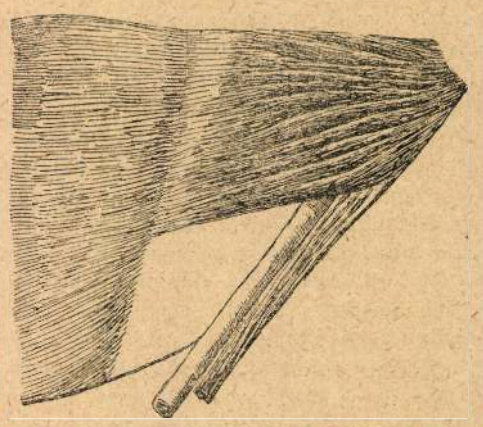
(Folytatás.)

Áttekinthetőség kedvéért az itt mutatkozó számos és gyakorlatilag is fontos változatot a következő typusokba foglalhatjuk össze, melyek közt természetesen számos átmenet van.

1. Az izom tapadása végig leterjed a rectushüvelyen egészen a tuberculum pubicumig s az obliquus internus egész terjedelmében megtartja azt a vastagságát, melylyel felsőbb részleteiben bír. Ezzel az állapottal 50 esetünk közül csak 8-ban találkoztunk és pedig 3 hullának mindkét, 2 hullának csak egyik oldalán voltak ilyenek a viszonyok. Az utóbbi esetek egyikében, mely egy erőteljes 41 éves férfi tetemére vonatkozik, az obliquus int. alsó széle még vissza is hajlott úgy, hogy az izomszélt egy vékony nyaláb megduplázta; ezen nyaláb a tuberculum pubicumon és az os pubisnak e mögötti részletén egy 1 cm. széles, rövid ínnal tapadt. Egy másik esetben (59 éves, sovány hulla, b. o.) az obliquus internus eredése a Poupart-szalagon, ezen szalag mediális harmadának határáig terjedt s a rostok az ondózsinórt keresztezve és azt úgyszólván egész a lágyékcsatorna böralatti nyilásáig befödve vonultak a rectushüvelyhez, a legalsók a tuberculum pubicum szomszédságában tapadván. Fontos, hogy az egyik esetben, hol az obliquus internus ilyen erősen ki volt mindkét oldalt fejlődve (55 éves férfi), mindkét oldalt gyermekökölnyi direct lágyéksérv volt jelen. Az obliquus internus alsó szélét a

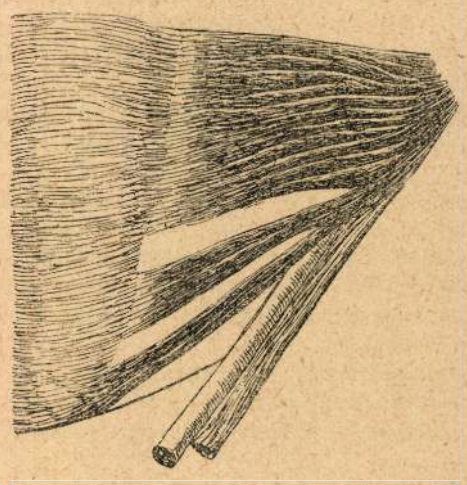


1. ábra. Az obliquus internus inguinalis részletének sematikus ábrája. I. typus. Az izom legalsó nyalábjai is jól kifejlődvék.



2. ábra. Az obliquus internus inguinális részletének sémája. II. typus. Az izom alsó részlete teljesen hiányzik. Az izom alsó széle és a Poupart-szalag közti terület, melyet a valóságban a leszálló transversusin, esetleg a transversushoz tartozó izomrostok vagy a pubotransversalis töltenek ki, áttekinthetőbb demonstratio kedveért üresen van hagyva.

kidomborodó herniazsák feltólta, úgy hogy ívalakúan vonult el a zsák felett, hogy azután lehajolva a tuberculum pubicumnál végződjék. Ez az észlelet is bizonyítja, a mire még különben vissza fogunk térni, hogy az izomzat erős kifejlődése a mediális lágyékgödör falzatában önmagában még nem akadálya a direct sérv képződésének.



3. ábra. Az obliquus internus inguinalis részletének sématikus ábrázolása. III. β) typus. Az izom legalsó részlete különálló nyalábocskákra bomlott. Az izomnyalábok közti üres helyekre nézve. l. 2. ábra magyarázatát.

2. Az obliquus internus alsó széle a tuberculum pubicum felett kisebb nagyobb távolságban (1—3½ cm.) ütközik a rectushoz. Ezen szél alatt obliquusrostok egész a Poupart-szalagig teljesen hiányoznak (l. 2. ábra) s a mediális lágyékgödröt csupán a fascia transversa, elvékonyodott transversusrostok s a leszálló tranversusin fedik (a sémán ez utóbbi képletek nincsenek feltüntetve). Ezt az állapotot 50 eset közül 15-ben találtuk, az obliquus internus széle egyszer 1, egyszer 1½, háromszor 2, négyszer 2½, ötször 3 és egyszer 3½ cm. magasságban végződött a Poupart-szalag felett.

3. Az obliquus internus a Poupart-szalagtól bizonyos távolságra elvékonyodik s elvékonyodó nyalábjai vagy összefüggő

vékony lemez (α), vagy egyes különálló nyalábok képében (β) töltik ki a teljes vastagságú izomrészlet s a Poupart-szalag közti teret.

α) Ezt 12 izben láttuk. Az obliquus internus elvékonyodott nyalábjai halvány izomlemezt képeztek, mely a cremasterhez volt hasonló s többször abba directe folytatódott is, míg máskor többé-kevésbé széles vékony szegélyt képezett az izomszél folytatásában, melynek legalsó rostjai némely esetben elérték a tuberculum pubicumot, míg máskor feljebb végződtek a rectushüvelyben; 2 esetben ezek a rostok oly vékonyak s lazán összefűzöttek voltak, hogy alattuk a szintén vékony transversusrostok tátüntek.

β) Az obliquus internusnak a Poupart-szalagról eredő részlete nem képezett összefüggő izomlemezt, hanem egy, két, vagy több, néha újolag oszló többé-kevésbé vastag izomnyaláb által volt képviselve, melyek közt ékalakú izomdefectusok maradtak vissza, melyeken át transversusrostok vagy a fascia transversa tüntek át. E változat *Hoffmann* egyik ábráján,[1] továbbá *Zuckerkandl* atlasában[2] van feltüntetve. A 3. ábra is az obliquus legalsó rostjai ilyesféle elrendezésének sémáját mutatja. A nyalábok részben a rectushüvelyhez, részben a tuberculum pubicumhoz tapadnak, többnyire röviddel végződésük előtt ínba menve át. Ezen nyalábok inait azonban mindössze két izben láttuk a transversus lehajló inához csatlakozni, mint a hogy az *Blaise* ábráján lerajzolva látható s ilyenkor is csak közvetlen a tuberculum pubicumon való tapadás felett folyt a kétféle ín egybe. Az obliquus internus legalsó részének ilyenféle elrendeződését 10 esetben tapasztaltam s az itt mutatkozó nagy változatosság illustratiojakép legyen szabad ezen izomviszonyoknak leirását néhány esetben a praeparálás alkalmával készített jegyzőkönyv alapján in extenso adni.

„Az obliquus internus 22 mm.-rel a Poupart-szalag felett végződik, alatta és tőle teljesen elválasztva egy 3/4 cm. széles gyenge nyaláb vonul, mely ínas végével a rectushüvelybe megy át.“ (62 éves egyén j. o.)

„Az obliquus internus legalsó részén három részlet különböztethető meg, a legfelsőt az izom tulajdonképeni alsó széle képezi, mely 3 cm.-rel a Poupart-szalag felett végződik; ezen szél alatt egy a többi izomtól 1 cm. széles terület által elválasztott 1 cm. vastag nyaláb fut s végül legalul van a 1 1/2 cm. széles cremaster, mely az egész ondózsinórt befedi. A különálló nyaláb ína kiszélesedve a rectushüvely legalsó részéhez és a tuberculum pubicumhoz tapad.“ (38 éves, sovány, gyenge izomzatú egyén j. o.)

„Az obliquus internus alsó széle 22 mm.-rel a Poupart-szalag felett ütközik a rectus-szélhez. Az ez alatt visszamaradó háromszögletü térben három, egymástól s az anyaizomtól teljesen különvált, apró, 2—3 mm. széles izomnyaláb fut, melyek közül a két felső rövid végínnal a rectusbőnyén, a legalsó a tuberculum pubicumon tapad.“ (42 éves, gyenge izomzatú egyén j. o.)

„Az obliquus internus tulajdonképeni széle 2 1/2 cm.-rel a Poupart-szalag felett; tőle elválasztva egy 1 cm. széles, vastag huzam a tuberculum pubicumhoz vonul.“ (Fenti egyén b. o.)

3 esetben azt tapasztaltuk, hogy az izom alsó elvált részlete a cremasterhez csatlakozott, míg e közt s az izom tulajdonképeni alsó széle közt nagy defectus volt a hasfalban. Ezen esetek a következők..

„Az obliquus internus eredésének legalsó része különálló 1 cm.-nyi nyalábot képez, mely az izom többi részétől kicsiny, de kifejezett hasadék által el van választva. Ezen izomnyaláb a lágyékcsatorna hasüri nyilása táján egy vastagabb felső s egy vékonyabb, de körülbelül egyenlő széles alsó nyalábra oszlik. Ezen alsó nyaláb, mint cremaster, az ondózsinór alsó felszinén fut tova, míg a felső izom nyalábjai legyezőszerűen széjjeltérve vékony hosszú inkötegeket képeznek, melyek alatt a transversus alsó rostjai s a levágó transversus-ín átlátszik s melyek a rectushüvelyhez s a tuberculum pubicumhoz tapadnak.“ (25 éves egyén j. o.)

„Az obliquus internus széle 4 1/2 cm.-rel a Poupart-szalag felett ütközik a rectus-szélhez; alatta egy magas háromszögü tér marad szabadon, melynek alsó felében egy a cremasterrel összefolyó 1 1/2 cm. széles, de igen gyönge izomnyaláb — az obliquus int. különvált része — fut, melynek néhány rostja részben a gyenge rectushüvelyhez, részben a tuberculum pubicumhoz tapad, nagyobbrészt azonban az ondózsinór egész elülső felszinét legyezőszerüen beborító cremasterbe megy át.“ (48 éves, *erőteljes* egyén b. o.)

„Az obliquus internus alsó széle 4 cm.-rel a Poupart-szalag felett; ezen izomszéltől 3 cm.-nyire lefelé fut az obliquus internusnak legalsó, a Poupart-szalag felett futó többinél jóval gyengébb és halványabb nyalábja, mely legyezőszerüen széjjeltérve az ondózsinór egész elülső felszinét befedi úgy, hogy az csak az annulus inguinalis subcutaneusban jö elő. Ezen nyalábok 1 cm. széles része a rectushüvely legalsó részéhez s a tuberculum pubicumhoz tapad, míg a többi az ondózsinórt mint cremaster a scrotumba kiséri. (40 éves egyén.)

Azt hiszem, a felhozott példák eléggé mutatják az obliquus internus változatai ezen typusának nagy formagazdagságát. Sebészi szempontból, mint alább kifejtendjük, e forma főleg azért fontos, mert az obliquus internusnak nem alsó elvékonyodott rostozata, hanem csupán teljes vastagságú részlete ad kellő megbizhatóságú plastikus materiálét a lágyékcsatorna elzárására. Sebészi szempontból tehát az obliquus internus alsó széle nem esik össze ezen esetekben az izom anatomikus szélével, hanem ott van, a hol az izom valódi vastagsága véget ér. Sebészi értelemben tehát az izom *reális, valódi szélének* ezt a helyet kell tekintenünk. Ha most a 3. pontban összefoglalt ezen 22 esetet áttekintve, azt nézzük, milyen magasan feküdt az obliquus reális szélének a rectushoz való tapadása a Poupart-szalag felett, azt találjuk, hogy kétszer 1 1/2—2 cm., nyolczszor 2·1—2 1/2 cm., hatszor 2·6—3 cm., háromszor 3—3·5, egyszer 4 cm. és kétszer 4 1/2 cm. volt az obliquus int. valódi alsó széle és a Poupart szalag közti távolság, vagyis a rectushoz való ütközés szöglete és a Poupart-szalag közt a középvonallal párhuzamosan húzott vonal hossza. A méréseket azért kellett így eszközölni, mert ha a rectus mentén mérünk, akkor ennek egyénenként változó convexitása zavarta volna az eredményeket, ha pedig az obliquus int. és rectus találkozási helyétől a Poupart szalagra vont merőlegest veszszük, ez a mérés azért nem adott volna egységes eredményeket, mert mentől magasabban tapad az obliquus a rectus hüvelyéhez, annál rövidebb lesz az alsó széle, minélfogva a jelzett pontból a Poupart-szalagra vont merőleges is rövidül.[1]

4. Az esetek egy további csoportjában az obliquus internusnak a Poupart-szalagról eredő részletét az izom többi részétől egy mély, az egész izomzaton áthatoló hasadék választja el, mely csak laza kötőszövettel van kitöltve, úgy hogy az izom ezen nyalábja a többitől a legnagyobb könnyüséggel külön praeparálható; első pillantásra azonban az izom teljesen egységesnek látszik, a mennyiben a különvált nyaláb az anyaizomhoz szorosan hozzáfekszik. Ezzel a változattal ötször találkoztunk. A különálló nyaláb szélessége 3 mm. és 1 1/2 cm. közt ingadozott (3 mm., 7 mm., 1 1/2 cm., kétszer 1 cm.) Két esetben egyszerűen párhuzamosan futott a különálló nyaláb az anyaizom szélével, egyszer kissé divergálva tőle, úgy hogy mire a rectushüvelyhez értek, már 5 mm.-nyi volt a köztük levő, zsírral és kötőszövettel kitöltött tér; két izben a különálló nyaláb, melynek felső széle az anyaizommal szoros szomszédságban maradt ugyan, rostozata azonban széttért s legyezőszerűen kiszélesedett. (l. 4. ábra.) Ezen utóbbi két forma átmenetet képez az előző typushoz. Az izom alsó széle közvetlen a Poupart-szalag felett futott, vagy 1, 1 1/2, 2 cm.-rel illetve 22 mm.-rel felette feküdt a különböző esetek szerint.

II. A musculus transversus. Míg a musculus obl. int. leirásában mutatkozó eltéréseknek oka főképen az, hogy a különféle szerzők egyes változatokat ragadtak ki a sok közül s azt vázolták leirásukban, s ezen változatok egymás mellett felsorolva, sehol sem találhatók: a musculus transversus és a hozzátartozó képletek leirásában a zavar főoka az, hogy a transversusín

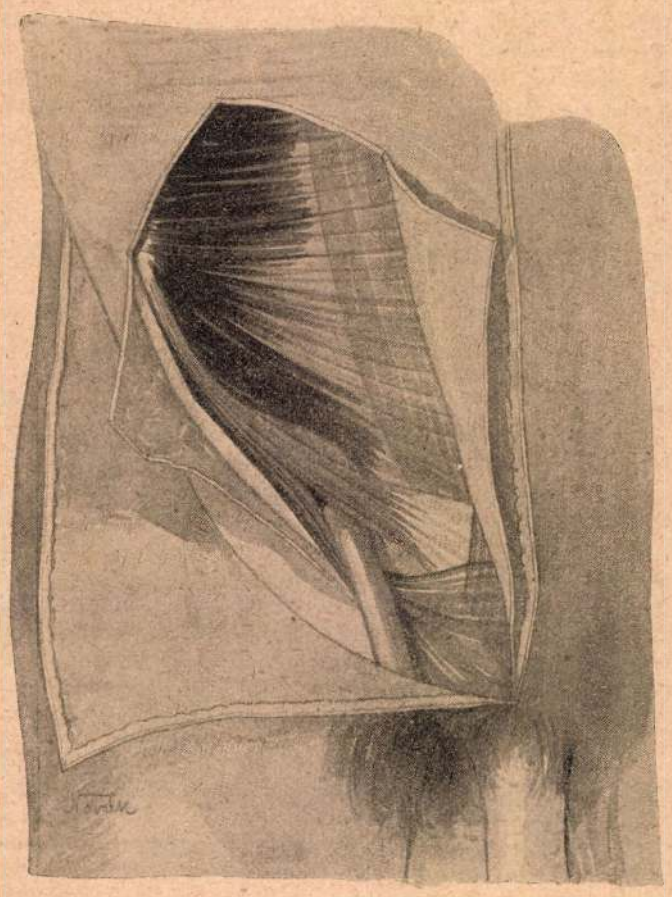
[1] Fig. 4. l. c.
[2] Atlas 1904. fig. 482. és 490.

[1] V. ö. a 10. ábrán a lo_3r_1 és lo_2r_2 háromszögek magasságát, a mi épen a discutált merőlegesnek felel meg. Látjuk, hogy a két magasság — noha az o_3 jóval magasabban tapad a rectuson, mint az o_2 — körülbelül egyenlő.

különböző részleteit különböző nevekkel illették, s azokat nem az izomhoz, hanem a fascia transversalishoz számították, továbbá hogy a transversusnak bizonyos izomrostjait részben az izomtól különálló képlet (m. interfoveolaris) gyanánt tárgyalták, részben más izmokéival (obl. int. legalsó széttérő nyalábjai, pubotransversalis) összecserélték.

Azt hiszszük, az általunk nyujtott kép a legvilágosabb akkor lesz, ha előbb azt mondjuk el, hogy mint láttuk mi a dolgokat s aztán nézzük azt, hogy az irodalomban mit találunk az általunk látottakról.

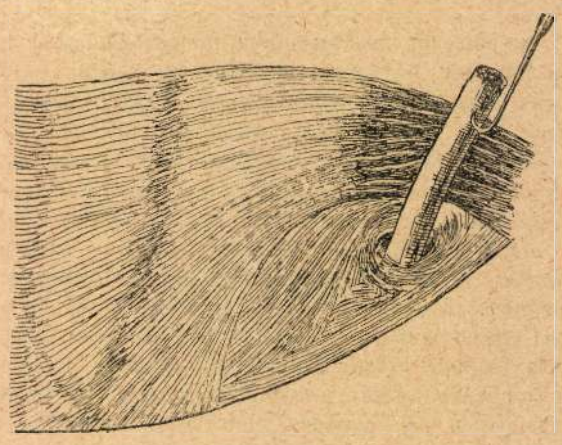
A musculus transversus azon rostjai, melyek a lágyéktáj alkotásában résztvesznek, a spinán s a Poupart-szalag laterális harmadán erednek. Ezen utóbbi helyen az obliquus rostjainak közvetlen szomszédságában eredvén, a kétféle izomhoz tartozó rostok egymástól csakugyan nehezen különböztethetők meg, a mint azt *Henle*, *Luschka*, *Poirier*, *Krause* stb. hangoztatják és tény-



4. ábra. Az obliquus int. inguinalis részletének IV. typusa. 19 éves sovány férfi jobboldali lágyéktájának viszonyait ábrázolja. A bőr s az obliquus ext. bőnyéje derékszögű lebenyek alakjában visszahajtva. Az obliquus internus legalsó nyalábja 1½ cm. széles terjedelemben a spinától kezdve különvált s a cremasterrel egyetemben egy különálló izomtömeget képez. Az ábrán a nyaláb felső széle s az anyaizom közti kötőszövet kissé szét van zilálva. A 1½ cm. széles nyaláb végén szétterül s ínba menve át a rectushüvelyhez és tuberculum pubicumhoz tapad.

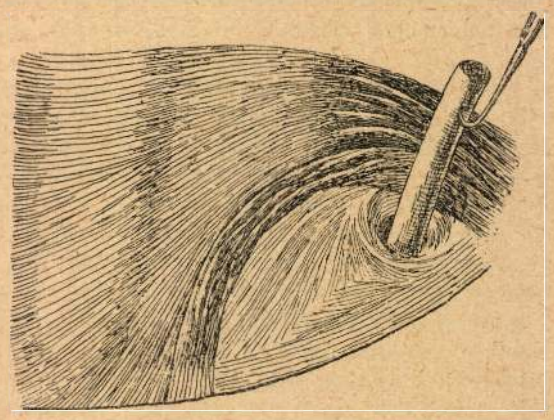
leg e helyen fennállnak a *Blaise* által vázolt viszonyok, hogy t. i. valóságosan összeszövődnek az izomrostok s a két izmot nem lehet egymástól úgy elválasztani, hogy egy-két izomrost ne szakadjon el. Mentől inkább közeledünk azonban a középvonalhoz, annál inkább megkülönböztethetővé válik az obliquus int. és a transversus izomzata. Az előbbi a rectushüvely, illetve a tuberculum pubicum felé vonul s úgyszólván végig húsos marad, míg a másik a transversusbőnyébe megy át, vagy ha rostjai húsosak maradnak is, sajátszerű ívalakú lefutással a pecten pubis irányában tartanak. Különösen ha mindkét fajta izomzat ki van fejlődve, lehet jól látni a különbséget a kétféle izomzat között. A musculus transversus szóbanforgó rostjainak tömege már a belső lágyéknyilás elülső széle táján, vagy nem messze tőle mediálfelé erős bőnyébe megy át, mely a rectus külső szélének közvetlen közelében, a hol az obliquus internus is bőnyéssé válik, ennek bőnyéjével összefolyik s azzal együtt rectushüvelyként az egyenes hasizom elülső felszinére vonul, részben pedig és főképen az alsó rostok ívalakú lefutású, kifelé és lefelé néző concavitással biró ínas rostokba mennek át, melyek a tuberculum pubicumtól kezdve a pecten pubison tapadnak, összességükben egy változó kiterjedésü és erősségü szalagot képezvén, mely medialfelé a rectushüvelybe folytatódik, kifelé pedig többé-kevésbé éles széllel megszünik. (5. ábra.)

Ezt a szalagot, mely tehát a transversusbőnyének a medenczére leszálló tapadását képviseli, leghelyesebben *leszálló transversusinnak* nevezhetjük.



5. ábra. A m. transversus pubicus tapadásának sémája. A leszálló transversusin széles lapot képez a rectus lateralis széle mellett. Az ondózsinór átvágva s lateralis csonkja ki- és felfelé visszahúzva látható. Alul a lig. ileopubicum rostjai láthatók. Az áttekinthetőség kedvéért sem a transversusin lateralis szélének a pecten pubis mentén való lesülyedése, sem a lig. ileopubicumnak ide való lehajlása feltüntetve nincs. E viszonyok helyesen a 7. ábrán vannak ábrázolva.

Gyakran, az eseteknek több mint felében, megtörténik azután, hogy a transversus legalsó rostjai nem mennek át már a belső lágyéknyilás táján ínba, hanem húsosak maradnak még hosszabb-rövidebb darabon, s mikor azután ínassá válnak, ezek az ínak a pecten pubisra lehajló transversusin leglaterálisabb részét képezik s ide a pecten pubishoz, helyesebben annak megvastagodott csonthártyájához (lig. *Cooperi*) tapadnak. Néha az ínba való átmenetel közvetlen a szeméremtaraj felett vagy tőle



6. ábra. A m. transversusnak a pecten pubisrá lehajló izomnyalábja pars interfoveolaris m. transversi *Hoffmann*). V. ö. az 5. ábra magyarázatánál mondottakat.

csak kis távolságnyira történik, s ekkor a leszálló transversusin izmos nyalábokkal bir, a melyek a *His*-féle m. interfoveolarist s a *Hoffmann*-féle pars interfoveolaris musculi transversit képviselik. A 6. ábra sémája ezen izomnyalábok viszonyait érzékíti. Ilyen nyalábokkal mindössze 14-szer találkoztunk, tehát valamivel többször mint *Hoffmann*,[1] de távolról sem minden esetben, a hogy azt

[1] *Hoffmann* 30 hulla közül (14 férfi, 6 nő) 14-szer semminemű „m. interfoveolarist“ sem talált; 4-szer (ezek közül 2-szer kétoldalt) az interfoveoláris izomzat az obliquus internus, 2-szer a transversus, 6-szor (egy izben kétoldalt) az internus és transversus, és 4-szer (egyszer kétoldalt) ezen két izmon kivül még a tensor fasciae transversae által is alkottatott; 60 esetben tehát 14-szer volt a „m. interfoveolaris transversalis“ jelen.

His állítja Viszont *Blaise*, ki a leszálló transversusínnak különben igen kimerítő leirását adja, ezen izomrostokról egy betűt sem ir.

A transversusnak ezen a pecten pubisig leszálló húsos rostjai igen vékony, halvány izmot képeznek. Néha az egész csak pár laza rostból áll, máskor $^1/_2$—$1^1/_2$ cm. széles izomcsíkot is alkotnak, mely többnyire a leszálló transversusín laterális széléhez csatlakozik, kivételesen azonban annak mediális részébe is belé lehet szőve (1 eset), de mindig igen gyenge.

Mennél magasabban fekszik a transversus alsó széle a *Poupart*-szalag felett, annál kifejezettebb a leszálló transversusínnak s a vele haladó izomrostoknak ívalakú, „árkádszerű“ (*Blaise*) lefutása. Rendszerint a transversus széle az obliquus internusé felett fekszik. Akárhányszor megtörténik azonban, hogy alája kerül, sőt a transversus vékony rostjai egész a Poupart-szalagig érhetnek és az ondózsinórt hurokszerű nyalábokkal befedhetik. Ilyenkor a pecten pubison tapadó transversusín árkádszerűsége elvész s az ín formáját csak úgy láthatja meg az ember, ha csipeszszel kiemelve megfeszíti.

A leszálló transversusín vastagsága egyénenként igen különböző; rendszerint legerősebb a mediális oldalon közvetlenül a rectus széle mellett, ott a hol az elülső rectushüvelybe megy át. Itt elég sokszor (18 esetben) erősítéseket kap és pedig az obliquus internustól. Tudniillik az obliquus internusnak a transversussal egyesülő bönyéjéből egyes erősítő rostok vonulnak a transversusín leszálló részébe, minélfogva az kisebb-nagyobb darabon vastagabbá válik. Ezen erősítő rostok tehát az obliquus internus felsőbb részeiből származnak és pedig oly esetekben, midőn az obliquus internus lényegileg a tbc. pubicum felett 2—3 cm.-nyire megszünik. Az ezen szél alatt származó gyenge obliquusnyalábok, mint már kiemeltem, nem szoktak a transversusínhoz csatlakozni, legfeljebb közvetlenül végződésük előtt a pecten pubis szomszédságában s ekkor is csak ritkán. Többnyire a kétféle ín külön tapad s egész a csontig könnyen szétválasztható. Az erősítés, melyet a leszálló transversusín az obliquus int. részéről nyer, oly jelentékeny lehet, hogy az ín mediális része $^1/_2$—$1^1/_2$ cm.-nyi területen tetemesen megvastagszik. Laterálfelé a leszálló transversusín lényegesen elvékonyodik, oly észlelet, melyben *Blaise* zel tökéletesen megegyezem, sőt felrostozódik a fascia transversában, a mi oly módon történik, hogy a transversusból lehajló ínas rostok nem szorosan egymás mellett, hanem szétzilálva vonulnak a pecten pubis, illetve az alább leirandó ligamentum ileopubicum felé, hogy azzal összefonódjanak. Ritkábban történik meg az, hogy laterális szélén is egyes erősebb rostok vonulnak (2 eset). Az ín által képezett szalag szélessége változó, néha csupán csekély kiszélesbítését képezi a rectushüvelynek, máskor az epigastrikus vérerekig terjed, megközelítve ilykép a lágyékcsatorna abdominális nyilásának tájékát.

Szélessége	— $^1/_2$	cm. volt	2-szer
	—1	„ „	10 „
	—$1^1/_2$	„ „	9 „
	—2	„ „	12 „
	—$2^1/_2$	„ „	12 „
	—3	„ „	2 „
	—$3^1/_2$	„ „	3-szor

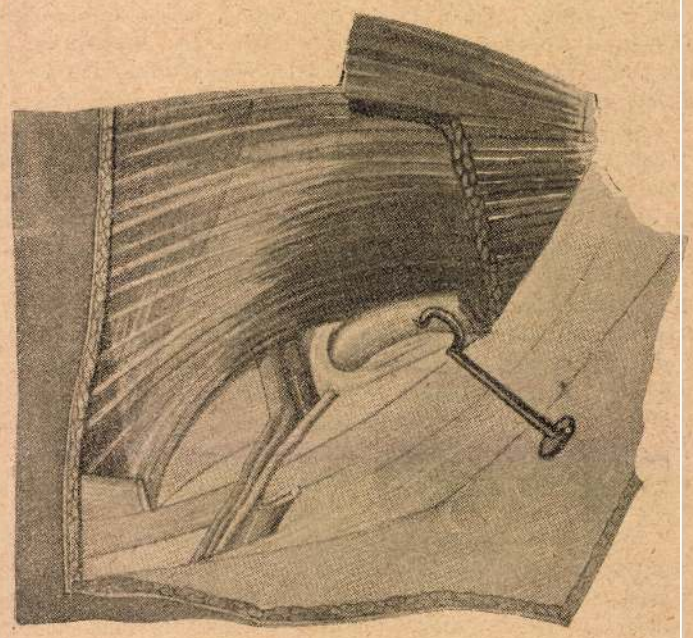
Blaise értékei 11—47 mm. közt ingadoznak.

A leszálló transversusín alakja az ín szélessége, erőssége és ívének változó magassága szerint különböző. Erősen ívelt, vastag és éles szélü, laterálfelé nem fokozatosan megvékonyodó alakja az, mely a baseli nomenclatura által meghonosított falx aponeurotica inguinalis nevet leginkább megérdemli, de ez az alak igen sokszor nem található meg s a szalag egy pötyögős, vékony, elmosódott határú rostos lemez képében van jelen.

A leszálló transversusín mediális irányban a rectushüvelybe megy át, felfelé a transversus bönyéjébe. Alsó széle a pecten pubison tapad egész a tuberculum pubicumig, míg laterális széle élesen vagy elmosódottan az epigastrikus erek irányába tekint és szabad. Mediálfelé sokszor összetapadt a rectus ínával; ezen összetapadás azonban távolról sem oly állandó, hogy a „falx“-ot, mint *Hoffmann* összehasonlító boncztani vizsgálatai alapján jogosultnak véli, a rectusín laterális kiterjedésének tekintsük, mert az eseteknek körülbelül felében mindennemü összetapadás a leszálló transversusín és a rectus között hiányzik, sőt a kettő közt egy zsírlebenyke is foglal nem egyszer helyet. Alsó széle szemben áll a lig. lacunare (Gimbernati) tapadásával; a kettő azonban nem nőtt sohasem össze, hanem köztük egy a szeméremgumó mögött vak tasakkal végződő barázda foglal helyet; elülső színének alsó részéhez azonban hozzáfekszik és legtöbbször hozzá is tapad a lig. inguinale reflexum, a *Colles*-féle szalag. A leszálló transversusín legalsó része egy a fascia transversalis alját szegélyező kötszöveti huzammal (ligamentum ileopubicum) összenőtt. Ez az összenövés is hiányzik néha, úgy hogy a két szalag a csontig elválasztható s közéjük szondát, csipesz szárát be lehet vezetni. Ezen viszonyokat a 9. ábra érzékíti.

A leszálló transversusín állandóan az ondózsinór mögött van, síkja ferdén a vertikális és sagittális közt fekszik s kivül hátulról be- és előfelé halad. Tapadási vonala a pecten pubison a tuberculum pubicumtól hátrafelé mindig mélyebben és mélyebben kerül a Poupart-szalag szinvonala alá.

Az a képlet, melyet a fennebbiekben mint „leszálló transversusínat“ irtunk le, adott e táj leirásában a legtöbb zavarra okot. Míg *Morton* már 1841 ben[1] felismerte, hogy e szalag tulajdonképen ínas képlet és pedig a transversus és obliquus egyesült ína által képeztetik, addig a német irodalom ezt a fascia transversalishoz



7. ábra. 19 éves sovány férfi, bal oldal. Az obliquus internus el van távolítva, bönyéje közvetlen a Poupart-szalagnál levágva; az ondózsinór átvágva és félrehúzva. A leszálló transversusín ez esetben igen keskeny; előtte látható a lig. inguinale reflexum (Collesii), melynek laterális része (csúcsa) el van távolítva, hogy a leszálló transversusín laterális széle s a ligamentum ileopubicum, mely itt a pecten pubis irányában lehajlik, láthatóvá legyen. Azonfelül a vena epigastricá-ból az ondózsinórhoz csatlakozó 2 gyüjtőér s egy mellettük futó ideg (n. sperm. ext.) is látható.

számította; *Henle*-nél a szalag mint lig. inguinale internum mediale nagyon pontosan le van irva és rajzolva, és pedig a szalagnak egy jól kifejlödött példánya, mely a teret a rectusszél és epigastrikus erek közt teljesen kitölti. *Braun*-é[2] úgy látszik az érdem, hogy felismerte, miszerint a szóbanforgó képlet a transversus medenczebeli tapadását képviseli, viszont azonban ő zavarta össze a dolgokat azzal, hogy ezen lehágó transversusínban kétféle huzamot, a *Hesselbach*- és a *Henle* féle szalagot, különböztetett meg, melyeket mint a *Douglas*-féle redő oldalsó pilléréből kiágazó kétféle rosttömeget irt le, melyek közül az oldalsó, a *Hesselbach*-féle, az inguinális csatorna belső nyilását median felé határolja, míg a másik a rectusszél mentén vonul. *Hesselbach*-féle szalag, *ligamentum inguinale int.* alatt *Luschka* azt a szalagképletet érti, melyet később mint a fascia transversa alsó szegélyét ligamentum ileopubicum név alatt fogunk ismertetni; *Henle* szerint pedig *Hesselbach* úgy ezt, mint az általunk leszálló transversusín név alatt ismer-

[1] Surgical anat. of inguinal herniae 1841. citálva *Blaise*-nél 48 l.

[2] Das Venensystem des menschl. Körpers 1884., sajnos csak referatumból és citatumokból (*Joessel*, *His*, *Merkel*, *Douglas*) ismerem, az eredeti nem volt megszerezhető.

tetett képletet lig. inguinale internumnak nevezte. *Henle* e két képletet mint lig. ingu. int. mediale és lateralet különböztette meg.[1] Az újabb könyvekben rendszerint *Hesselbach*-féle szalag (és új synonymja a lig. interfoveolare) alatt az abdominális lágyéknyilást körülvevő rostozatot értették (pl. *Merkel*,[2] *Zuckerkandl*[3]), míg falx inguinalis alatt tisztán a rectusínnak kiszélesedett tapadását az os pubison (*Langer-Toldt*), a rectustapadás kiszélesedését + transversus ínas rostjait (*Hoffmann*), a transversus leszálló ínát (*Spalteholz*, *Krause*, *His*, *Merkel*), a fascia transversában levő erősítéseket (*Testut*) értették. *Poirier*[4] szerint a falx-szal egyértelmü tendon conjoint az esetek többségében belső részében a rectushüvely kiszélesedése, míg külső részében a transversus ínas részének kiterjedése, de némely egyénben a rectus egy járulékos ínát képezi, mely az oldalsó izomnyalábokból származik. *His*[5] szerint úgy a ligamentum *Henle* (falx aponeurotica inguinalis), mint a ligamentum *Hesselbachii* (lig. interfoveolare) a transversussal, névszerint a transversusnak pubicus tapadásával állanak összefüggésben ; a két szalagot egymástól a transversusínban levő defectus választja el, mely épen szemközt fekszik a külső lágyéknyilással s ha ujjunkat rajta keresztül vezetjük, azt az érzést nyerjük, mintha az ujjat két egymás mögött fekvő coulissaszerü képlet szorítaná össze. *Thane* és *Godlee*[6] hasonlóképen irnak, csakhogy a *Hesselbach*-szalagot nem tartják oly állandónak, mint a hogy azt *His* jelzi, de szerintük is a *Hesselbach*-szalag a tendon conjoint egy elvált része, melyben azonban csak néha van jelen

Az angol és franczia irodalomban szereplő tendon conjoint név azt jelentené, hogy ezen ínban a musculus obliquus és transversus ínai egyesülnek. *K. Douglas*[7] szerint ez a conjoined tendon csak kisebb részben képeztetik a transversustól, nagyobb részben az obliquus internustól. A transversus tapadását, mint mestere *Braune*, kinek intézetében dolgozatát készitette, a „Douglas-redő oldalsó pilléreiben“ látja, melynek laterális szára a rajz és leirás szerint az abdominális lágyéknyilást környező rostozatot alkotja ; ezt nevezi ligament of *Hesselbach*-nak, míg a ligament of *Henle* mindenben a mi általunk leszálló transversusín névvel jelzett képletnek felel meg, melyet különben igen szépen ir le. *Hoffmann* a *Hesselbach*-szalagot szintén a fascia transversában koronként található erősítésnek mondja, melynek elülső szinén a tensor fasciae transversalis futhat.

Áttekintve mindezeken s alapul véve azokat, miket gondos praeparálásnál magunk tapasztaltunk, azt kell mondanunk, hogy mindezen elnevezések: ligamentum interfoveolare, falx inguinalis, *Hesselbach*-, *Henle*-szalag, tendon conjoint, részben tényleges valótlanságokat tartalmaznak, részben oly egymástól különböző dolgok elnevezésére használtattak ez ideig, hogy ez elnevezések megtartásával az itt levő viszonyok tisztázása alig remélhető.

A valóságban a következő szalagszerü képletek és rosthuzamok léteznek, melyek a lágyékgödrök (foveae inguinales) tájának fedésében s igy a lágyékcsatorna úgynevezett „hátulsó falá“-nak alkotásában résztvesznek:

1. *A leszálló transversusín*, melynek mediális részletét az esetek egy bizonyos számában az obliquus internus részéről származó ínas rostok erősítik[8] és mely a rectusínhoz az esetek bizonyos számában odatapadt. A rectusín kiszélesedését (mely *Hoffmann* szerint bizonyos állatoknál szabályszerüen jelen van s a rectustapadás az eminentia ileopectineáig terjed), melyet *Poirier*, *Merkel* is leirnak, én nem láttam az általam vizsgált esetekben, tehát ez az esemény legalább is nagyon ritka kell hogy legyen; ellenben imponálhat a rectusín kiszélesedésének 1. az, ha a lehágó transversusín medialis része vastag (az obliquus int. részéről erösíttetik) s a rectusínnal összenőtt (v. ö. *Henle* megjegyzését) és 2. az, hogy a ligamentum ileopubicum, melyet alább irandunk le, a rectusínnal erősen összetapad s hátulról nézve tényleg olyanforma képet adhat, mintha a rectusín tapadása alól a pecten pubisra terjedt volna ki. Ép úgy hátulról tekintve a leszálló transversusínat, látjuk, hogy az felfelé egy vékony széllel folytatódik a *Douglas* féle félkörös vonalig, a melyen túl a transversusbönye a rectus hátulsó hüvelyét kezdi alkotni. Ez a fehér csik, mely megfelel a *K. Douglas*-nál látható rajznak,[1] részben azáltal van feltételezve, hogy a rectus szélén a transversusbönye az obliquusbönyével való összeforrás által megvastagodik részben az által, hogy e szélen, hol a fascia transversa átmegy a rectus hátulsó falára, ez a fascialemez is meg van vastagodva és kissé kiemelkedik. Különben is mivel a *Douglas*-féle félkörös vonal is, az aponeurosis transversi alkatrésze, meg a leszálló transversusín is, a kettőt összekötő bönyecsiknak mint külön pillérnek leirása, a mint azt *Braun* és nyomán számosan teszik, ha nem is hoz nagy világosságot a dologba, nem okoz különös zavart. Ellenben egy másik ágát ezen pillérnek, mely *Braun* és követői szerint a canalis inguinalis abdominális nyilását környező rostokat szolgáltatná, nem láttam soha és nem is képzelem, hogy ilyen valaha léteznék, mivel a lágyékcsatorna hasüri nyilását környező ezen rostok eseteimben mindig csak a fascia transversához tartozók s igy a m. transversus bönyéjétől függetlenek voltak.

2. Az abdominális lágyéknyilás belső és alsó szélét környező, többé-kevésbé kifejezett, néha hiányzó rosthuzam, a plica semilunaris (seu falciformis).

3. A Poupart-szalaggal párhuzamosan vonuló, a fascia transversa szegélyét alkotó rostok, melyek összessége a ligamentum ileopubicum. Ez és a plica semilunaris a fascia transversalishoz tartozik s a transversusíntól teljesen független.

4. A *Colles*-szalag, mely az obliquus ext. aponeurosisának részlete, egy igen kis darabon szintén hozzájárul a mediális lágyékárok fedéséhez.

Állandó defectus a transversusínban sem a medialis lágyékároknak megfelelőleg, mint azt *His* felvenni látszik, sem egyebütt nem létezik ; igaz, hogy a leszálló transversusín változó nagyságú, egyes rostjai egyszer-máskor elválnak a fötömegtől, de ez absolute nem szabályszerü s *igy a transversusín szétválasztása Hesselbach- és Henle-féle szalagokra egyáltalán nem jogosult s csak mesterségesen és erőszakolva eszközölhető.* Különben is az irodalmi adatok mérlegeléséből az tünik ki, hogy interfoveolaris, *Hesselbach* féle szalagnak egyszer a lehágó transversusín lateralis nyalábjait, máskor a pecten pubishoz leszálló transversusnyalábok mögött levő fascia transversális-részletet *(Hoffmann)*, ismét máskor pedig kétségtelenül az ezektől toto coelo különböző plica semilunaris fasciae transversalist tartották. Még azt sem lehet mondani, hogy a leszálló transversusínnak laterális szélén volna egy erősebb huzam, mely a *Hesselbach*-szalag nevét megérdemelné. A leszálló transversusín laterál felé, mint hangsúlyoztam, rendszerint elvékonyodik (igy irják ezt le különben *Blaise*, *Poirier*, *Thane* és *Godlee* is) és hogy laterális széle erősebb legyen, mint közepe, az csak igen kivételes; 50 esetem közül csak kétszer láttam s ez csak nem érdemli meg egy külön szalag nevét!

(Vége következik.)

Az orr melléküregeinek gyuladásairól.[1]

Közli: *Paunz Márk* dr.

(Vége.)

Beavatkozás nélkül idült eset nem gyógyulhat. Hiszen ezek csontos falú üregek, melyek egészen úgy viselkednek, mint a merev falú tályogok ; a genytermelő hártya szerepét az elfajult, lobosan beszürődött nyálkahártya játszsza. E szerint feladatunk csak kettő lehet. Ott, a hol lehetséges, széles feltárás után a nyálkahártyát eltávolitjuk és a csontos fal eltávolitásával a csontos falú tályogot

[1] *Hesselbach* munkái (Anat.-chirurg. Abhandlungen über den Ursprung der Leistenbrüche 1806, Neueste anatomisch-pathologische Untersuchungen über Ursprung und Fortschreiten der Leistenbrüche 1814.) hozzáférhetetlenek lévén, nem tudom mit értett tulajdonkép *Hesselbach* lig. ingu. int. alatt. *Merkel* szerint (l. c. 461. l.) első művében a plica umbilicalis lateralist nevezte lig. inguinalenak.

[2] L. c. fig. 149.

[3] Atlas der top. Anat. 1904. fig. 485.

[4] L. c. P 485.

[5] Die anat. Nomenclatur, Arch. f. Anat. 1895. Suppl. p. 120.

[6] L. c.

[7] Anatomy of the transversalis mucele. Journal of anat. and phys. 1890, XXIV.

[8] Tehát csak bizonyos esetekben *tendon conjoint*. Ezt különben *Blaise* is elismeri, mondván, hogy az in néha tisztán a transversus által képeztetik, míg *Thane* és *Godlee*, valamint *Poirier* szerint laterális része állandóan csupán a transversus által van képezve.

[1] Fig. 1. L. c.

mobil falú tályoggá alakítjuk át. Ez ily formában csak a homloköbölnél lehetséges. A hol ez nem lehetséges, ott akár a nyálkahártya kipusztításával, akár a nélkül, megfelelő levezető nyilások készítésével biztosítjuk a genynek szabad lefolyását. Kivételesen sikerülhet egyes kisebb üregeket úgyszólván egészen is eltávolítani, t. i. egyes elülső rostasejteket, leginkább pedig a középső kagylóban keletkező csonthólyagokat, melyek, ha genyet tartalmaznak, csak úgy viselkednek, mint más rostasejtekben rejlő empyemák.

A következőkben rövid vonásokban fogom tárgyalni az egyes mellüregeknél szokásos eljárásokat és ismertetni véleményemet úgy, a mint azt a magam tapasztalatai alapján magamnak megalkottam.

A *Highmor-üregnél* háromféle úton avatkozhatunk be: 1. Az alsó vagy középső orrjáraton át, azaz endonasálisan. 2. A fogmedren át. 3. A fossa caninán át.

Az orrüregen át való kezelést a legtöbb szakorvos már elhagyta; csak ama kivételes esetekben végezzük, a hol a beteg egyéb eljárásba bele nem egyezik. Ezen eljárást eredetileg *Mikulicz*[1] ajánlotta. Egy erre a czélra szerkesztett erős lándszaalakú késsel, melynek nyaka derékszögben hajlott, átbökjük az alsó orrjáratban a Highmor-üreg mediális falát. Ugyanígy jár el *Krause*[2] az általa szerkesztett szúrcsappal. Az utókezelés öblítésekből, különböző porok (jodoform) befúvásából áll. Az endonasalis eljárás legtöbbnyire nem vezet czélhoz és a betegre nézve fájdalmas és terhes. A beteg a hosszas kezelés alatt állandóan az orvosra szorul. Még leginkább ajánlható az alsó vagy középső orrjáratban való megnyitás heveny esetekben, a hol csak épen a nagy feszülés alatt álló genyet akarjuk kibocsátani, ha az a természetes nyíláson nem tud elegendőképen kiürülni. A középső orrjáraton át való megnyitást *Siebenmann* ajánlotta, a ki a Highmor-üreg mediális falának hártyás részét kisujjával böki át. Ezen eljárás chirurgikusnak épen nem mondható. *Onodi* is a középső orrjáratban való megnyitást ajánlja az általa szerkesztett tágító troicarral. *Réthi* az alsó kagyló elülső részének resectioja után vésővel készít rést a Highmor-üreg mediális falán.

Mindezen eljárásoknak, melyek sok változatban különféle műszerekkel végeztetnek, közös hátránya, hogy betekintést a Highmor üregbe nem engednek és a kórosan megváltozott nyálkahártyát általuk eltávolítani nem tudjuk.

A fogmedren át való megnyitás a *Cowper*-féle eljárás néven ismeretes. Legalkalmasabb az átfúrásra a II. praemoláris és az I. és II. moláris fog alveolusa. Természetesen csak szúvas fogat fogunk e czélból feláldozni. A perforatiót e czélra szolgáló hegyes fúrókkal, ha vékony a csontos fal, erős szúrcsappal, legenyhébben villamosság által hajtott fogászati fúróval végezhetjük. Rendszerint elegendő a helyi érzéstelenítés cocainnal. Csak nagyon érzékeny betegeknél kell narcosis. A perforatio után czélszerű az üreget jodoformgaze-zal lazán kitömni. Néhány nap mulva a beteg jól záró obturatort kap, mely lehetőleg egy darab fémből (ezüst, arany) legyen készítve. A kaucsukobturatok kellemetlen szagot kapnak és nehezebben tisztíthatók. Az utókezelés öblítésekből áll. Meglehetősen mindegy, hogy milyen folyadékkal öblítünk. Legjobb a bőséges langyos víz vagy physiologikus konyhasóoldat. Időnként (hetenként 2—3-szor) $^1/_2$—2%-os argent. nitric.-oldat átfecskendezésével iparkodunk a genyedést csökkenteni. Az arg nitric.-oldatnak igen jó hatását sokszor tapasztaltam. Az eljárásnak előnye, hogy a levezető nyilás a legmélyebb ponton van és a betegek foglalkozásukban alig zavartatnak, az átfecskendezéseket maguk végezik.

Tény az, hogy ezen eljárással sok eset végleg gyógyul, már a mennyire gyógyulásnak nevezhető, ha a genyes váladék végképen elmarad és csak legfeljebb kevés nyálkás váladék mutatkozik az orrban avagy gyér törmeléktől kissé zavaros folyadékot kapunk az átöblítéskor. A legtöbb beteg ezen állapottal teljesen meg van elégedve. Az esetek szerint különböző a kezelés időtartama. Számos esetem közül sokban 4 hónaptól egészen $1^1/_2$ évig kellett obturatorral a perforatiós csatornát nyitva tartani, míg a kivánt eredmény bekövetkezett. Ha a folyadék napokon és heteken át mindig tisztán kerül ki az átöblítéskor, legjobb az obturatort egyszerre elhagyni. A perforatiós csatorna rendesen néhány nap alatt záródik.

A fossa caninán át való megnyitást már *Desault*[1] végezte; újabban *Küster*[2] ajánlotta újból a Highmor-üregnek a fossa caninán át való megnyitást. *Küster* csak kis nyilást csinált, a melyen át kisujjával az üreget kitapinthatta. *Jansen* eltávolította az egész facialisfalat és kikaparta az egész nyálkahártyát. Az eredmények így sem voltak kielégítők, daczára annak, hogy *Jansen* a pofa nyálkahártyáját betamponálta az üregbe, majd Thiersch-féle transplantatiót is alkalmazott, hogy így az üregnek egészséges hámmal való kibélelését elősegítse. *Caldwell* ajánlotta először, hogy a fossa caninán át széles rést törve, a mediális falba az alsó orrjáratnak megfelelőleg széles ellennyilást készítsünk. Ezen műtétet élőn először *Luc*[3] végezte, és jelenleg a *Luc-Caldwell*-féle műtét az, mely a legjobb eredményeket szolgáltatja. A műtéthez narcosis szükséges és czélszerű műtét előtt *Killian* szerint az alsó és középső orrjáratot kitamponálni. Mesterséges világítás nélkülözhetetlen. A nyálkahártyát és csonthártyát a II. metszőfogtól az utolsó zápfogig átmetszszük, a csonthártyát letoljuk és vésővel léket ütünk. Kitörüljük a genyet és az egész elülső falat eltávolítjuk. A nyálkahártyát kikaparjuk. Ezután legalább $1^1/_2$ cm. átmérőjü léket ütünk az alsó orrjáratnak megfelelőleg lehetőleg elül. Az orr nyálkahártyájának bemetszése után előttünk fekszik az alsó kagyló, melynek a lékbe eső részét ollóval kivágjuk. Ily módon elég széles ellennyilást kapunk, melyen át az üreget az orrüreg felé tamponáljuk. A tampon 4—5 nap mulva eltávolítható, azután a beteg csak ellenőrzés alatt marad. Öblítés rendesen nem szükséges. A végleges gyógyulás ugyan csak hónapok mulva következik be, de ha az üreg nyálkahártyáját alaposan eltávolítottuk, az egész üregben egészséges sarjadzás indul meg és a genyedés a gyógyulás alatt jelentéktelen.

Gerber[4] az ellennyilást a középső orrjáratnak megfelelőleg a hártyás részben készíti és a szájtornácz nyálkahártyáját rögtön varrja Ez utóbbi felesleges; a letapadás így is 6—8 nap alatt bekövetkezik. Abban azonban igaza van *Gerber*-nek, hogy a középső orrjáratban készített ellennyilás is megfelel a czélnak és könnyebb a kivitele.

Magam több esetet operáltam úgy az egyszerű *Küster-Desault*-féle eljárás szerint, mint *Luc-Caldwell* módszere szerint. Több esetben *Gerber* szerint a középső orrjáratnak megfelelőleg készítettem az ellennyilást. Az eredmények általában kielégítők voltak. Újabban többféle módosítást ajánlottak e műtétnél, de ezek felemlítése nem szükséges, mert valamennyi lényegileg a *Luc-Caldwell*-féle eljárásra vezethető vissza.

Az említett eljárások egyike sem érdemli meg a gyökeres eljárás nevét, mert a Highmor üregből mobil falú üreget készíteni nem áll módunkban. A legjobb eljárás kétségtelenül a *Luc-Caldwell*-féle műtét, de ez sem egyéb, mint czélszerüen elhelyezett levezető nyilásnak a készítése. A jó eredmények nem is annyira a műtéti módtól, mint inkább az esetek helyes elbirálásától függnek. Sokszor elegendő a *Cowper*-féle eljárás, különösen a dentális eredetü empyemáknál, és csak ha ez az eljárás nem vezet czélhoz, végezzük a fossa caninán át való megnyitást. Több esetben a középső orrjáratban ülő polypok eltávolítása és a középső kagyló elülső részének resectioja oly nagy könnyebbülést eredményezett, hogy a betegek a további műtétről lemondottak. Nagyon kell ügyelni, hogy tévesen ne ajánljunk radikális beavatkozást ott, a hol csak pyosinus van a Highmor-üregben és a geny máshonnan származik.

A *homloköböl* idült genyedéseinek kezelésére az endonasalis eljárás és a külső műtét áll rendelkezésünkre.

Az endonasális eljárás lényegileg nem lehet egyéb, mint a majdnem mindig található polypok eltávolítása, a középső kagyló

[1] *Mikulicz*, Arch. f. klin. Chir. 1886.
[2] *Krause*, Berl. klin. Woch. 1887.

[1] *Desault:* Chir. Nachlass, 1800. II. kötet, und Chir. Wahrnehm. VIII. és IX. kötet.
[2] *Küster:* Deutsche med. Woch., 1889.
[3] *Luc*: Arch. intern. de laryng. 1898.
[4] *Gerber*: Arch. f. Laryng. u. Rhin. XVII. kötet, 1905.

elülső végének resectioja és a mindig szintén megbetegedett elülső rostasejtek kitakarítása. Ily módon a genynek szabad lefolyását biztosíthatjuk, a mint azt sok esetben magam is tapasztaltam A fejfájások csakhamar megszünnek, a kezdetben bőséges, sürü váladék előbb-utóbb kevesebb lesz és inkább nyálkás-genyes vagy tisztán nyálkás jelleget ölt. Ezen állapottal a betegek majdnem kivétel nélkül ismét dolgaik után látnak, habár a szó szoros értelmében vett gyógyulásról nem beszélhetünk. Többet az orrüregen át tenni nem lehet. Teljesen elvetendő, mint boncztanilag bizonytalan és veszedelmes eljárás, *Schäffer* és *Spiess* ama törekvése, hogy a homloköblöt az orrüregen át alulról megnyissuk.

A külső műtétek között ez idő szerint a *Kuhnt*-féle[1] eljárás, újabban pedig *G. Killian*[2] radikális eljárása felel meg legjobban a kitüzött czélnak.

A *Kuhnt*-féle mütét lényege, hogy a szemöldökben vezetett metszés által szabaddá téve a homloköböl elülső falát, azt egész terjedelmében eltávolítjuk, a homlokürég és a ductus naso-frontalis felső részének nyálkahártyáját kikaparjuk, a külső sebet, kivéve ennek legbelső szegletét, melyen át draincsövet vezetünk a homlokürégbe, bevarrjuk. Ezen műtét kisebb üregeknél kitünő eredményeket ad, a mint azt több esetben alkalmam volt tapasztalni. A torzítás kisebb üregeknél jelentéktelen. Annyiban eltértem a *Kuhnt* féle eljárástól, hogy legtöbbször a külső sebet egészen bevarrtam, miután a ductus naso-frontalison át a draincsövet az orrüregbe vezettem. A seb egyesülése néhány nap alatt, a lágyrészek letapadása néhány hét alatt bekövetkezik. Az eredmények maradandók. Hátránya az eljárásnak, hogy a rostasejtek hozzáférhetetlenek, pedig ezek kitakarítása is sokszor szükséges.

Kifogástalanul végezhető ezek kitakarítása *G. Killian* radikális műtéte által. Ennek lényege, hogy a szemöldökön át az állcsont processus nasalisára vezetett ívelt metszéssel a csontot szabaddá teszszük, a homlokürég elülső falát kivéssük, kikaparjuk a nyálkahártyát, azután kivéssük a homlokürég fundusát úgy, hogy a szemöldökív mediális része az orrgyök felé vonuló lécz alakjában megmarad. Ezen lécz cosmetikai szempontból fontos, mert megakadályozza a homlok nagyobb fokú besüppedését. Azután széles rést készítünk a processus nasalisban az orrüreg felé, kinyitjuk a nyálkahártya átmetszésével az orrüreget, kivágjuk a középső kagyló elülső végét és behatolunk a rostasejtekbe, melyek ily módon alaposan kitakaríthatók. Úgy az elülső, mint a hátulsó rostasejtek jól hozzáférhetők, és ha szükséges, az iköböl is megnyitható. A külső sebet egészen bevarrjuk, az orrüreg felé draincsíkot vezetünk. Az eredmények nagyon jók és nagyobb homlokürégnél ez az egyedüli eljárás, melylyel gyors gyógyulást érhetünk el. Ha mégis marad behúzódás a homlokon, azt paraffinbefecskendezéssel eltüntethetjük. Ügyelni kell, hogy a fundus kivésésénél a trochleát meg ne sértsük, továbbá a bőrmetszésnél a könytömlőt kell elkerülnünk.

Általában ezen két eljárás az, melyet a magam tapasztalatai alapján megfelelőnek kell tartanom. A *Kuhnt*-féle mütét kis üregeknél, a *Killian*-féle mütét nagy üregeknél alkalmazandó. Ha csak előzetesen Röntgen-kép által nem nyertünk tájékozódást az üreg nagyságáról, czélszerü mindig előbb kis léket ütni a homloköböl elülső falában és szonda segítségével tájékozódni annak nagysága felől. Csak ha ezt tudjuk, döntsünk az egyik vagy másik eljárás mellett. Utólagos gondos ellenörzés mindig szükséges; néha apróbb endonasális beavatkozások szükségessé válhatnak, különösen a *Kuhnt*-féle mütét után az elülső rostasejtekben.

Természetes, hogy ezen mütétek csak narcosisban, mesterséges világítás mellett végezhetők jól. Az alsó és középső orrjárat előzetes tamponálása ajánlatos.

Még megemlítendő, hogy *Jansen* a sinus frontalis fenekének eltávolítása által egy a szemöldök alatt vezetett metszésen át nyitja meg a homlokürégeret. Ezen eljárás nem ad oly jó betekintést, mint a *Kuhnt*-féle és sokszor sipolyok maradnak vissza, mert a nyálkahártya nem távolítható el mindig kellőképen.

[1] *Kuhnt*, Über die entzündl. Erkrank. d. Stirnhöhle etc. 1895.
[2] *G. Killian*, Arch. f. Laryng. u. Rhin., XIII. k. 1902.

Czerny[1] osteoplastikus úton feltárta a homlokürégeret elülről. Az elülső falat a lágyrészekkel együtt ideiglenesen visszacsapva, az üreget kikaparta, az orrüreg felé draincsövet vezetett, azután az osteoplastikus csont lágyrészlebenyt visszahelyezve, a külső sebet zárta. Ezen eljárás előnye az volna, hogy a homlok besüppedése nem következhetik be. De ez épenséggel nem felel meg ama törekvésnek, hogy a merev falú üreget mobil falú üreggé alakítsuk át, a mi pedig a maradandó gyógyulásnak alapfeltétele.

Épen ezért ezen eljárás követőkre nem talál. Ugyanezen okból elvetendő *Luc-Ogston* eljárása, mely a sinus frontalis elülső falába csak kis léket üt és ezen át takarítja ki az üreget. A külső sebet zárja, miután a rostasejteket is kitakarította és az orrüreg felé draincsövet vezetett. Különben újabban *Luc* is inkább szószólója *Killian* radikális eljárásának.

A *rostasejtek* idült genyedéseinél is kétféle úton avatkozhatunk be: az orrüregen át és kivülről. Legtöbbször az endonasális eljárással czélt érünk. A mütét lényegileg a polypok, nyálkahártyahypertrophiák eltávolításából, a középső kagyló resectiojából és a rostasejtek megnyitásából áll. Mindez helyi érzéstelenítéssel egy vagy több ülésben végezhető. Legkedvezőbbek a viszonyok, ha egyes elülső rostasejtekben van csak geny; szükség esetén azonban az egész rostaüreget kell kitakarítani. Igen könnyen végezhetünk radikális munkát a középső kagyló csonthólyagjaiban keletkező empyemáknál. A középső kagyló resectiojával ezen empyemák gyorsan gyógyulnak. Eddig négy ilyen esetem volt, valamennyi simán és gyorsan gyógyult.

Rosszabb eredményeket adnak a hátulsó rostasejtek genyedései. Általában mütéti beavatkozásunk eredménye legtöbbször nem egyéb, mint a geny szabad lefolyásának a biztosítása. Hogy gyakran válnak szükségesekké utólagos mütétek, könnyen érthető.

A rostasejtgenyedés külső megnyitása csak akkor indokolt, ha az áttörés kifelé már megtörtént, továbbá, ha áttörés fenyeget a szemüregbe vagy a koponyaüregbe. Ilyen esetekben egy a szemöldök mediális végétől az állcsont processus nasalisára vezetett ívelt metszés segítségével szabaddá teszszük a csontot és a bőr, csonthártya, könytömlő letolása után a lamina papyraceán át behatolunk a rostasejtekbe. Ily módon az egész rostaüreg és az iköböl is kitakarítható. Narcosis, mesterséges világítás nélkülözhetetlen. Drainage az orr felé szükséges.

Az *iköböl* empyemáinál rendesen beérjük az endonasális megnyitással. Ha tág orrüreg és sorvadt középső kagyló esetében az iköböl szájadéka előttünk fekszik, akkor csak ezt kell tágítani akár a *Hajek*-féle éles horoggal, akár az e czélra szolgáló harapófogókkal. A tágítás mindig lefelé történik. A nyálkahártyát kikaparni nem tanácsos, legfeljebb az iköböl alsó falából. A felső és külső fal kikaparásakor jelenlevő physiologikus dehiscentiák esetében könnyen kárt tehetünk a szomszédos nervus opticusban. A koponyaüreget is megnyithatjuk, a mi kellemetlen complicatiót okozhat.

Ha az orrüreg szük és az iköböl szájadéka nem látható, akkor a középső kagyló hátulsó részének resectioja után hozzáférünk, a mint azt *Hajek* ajánlja. *Killian* inkább a bulla ethmoidalison és a rostaüregen át elülről hátra haladva teszi szabaddá az iköböl elülső-alsó falát. Mindkét eljárás jó. A *Killian*-féle mütét kombinált rostaüreg iköbli empyemáknál ajánlatos.

Az iköbölben képződött empyemák megnyitására általában elegendők ezen endonasális eljárások. Nagyobb külső mütétek nem indokolhatók a tiszta iköbli empyemáknál. Azonban combinált empyemáknál a genyet tartalmazó Highmor-üreg megnyitásával kapcsolatosan úgy a rostaüregek, mint az iköböl megnyitását is végezhetjük *(Jansen, Luc)*.

Ezekben vázoltam az orrmelléküregek genyedéseinek pathologiáját és therapiáját, a mennyire ez egy előadás keretén belül lehetséges volt.

Mindent összefoglalva, a fősúlyt itt is az egyes esetek helyes elbirálására kell fektetnünk; ezután a mütét kivitele nagyobb nehézségeket alig okozhat.

[1] *Czerny*, Bericht über d. Verhandl. d. Deutsch. Gesellschaft. f. Chir. XXII. k. 1895.

TÁRCZA.

Kézmárszky Tivadar szobra.

Kegyeletes és megható ünnepség folyt le e hó 23.-án, vasárnap délelőtt 11 órakor a budapesti egyetem I. sz. szülőklinikáján. Ekkor leplezték le a klinika európai hírű volt igazgatójának, az orvosképzés terén felejthetlen érdemű Kézmárszky Tivadarnak karrarai márványból készült mellszobrát, a mely Zala György művészi alkotása és a klinika lépcsőcsarnokát díszíti. A szobor költségeit Bársony János tanár kezdésére az elhunytnak volt tanítványai és tisztelői gyüjtötték össze.

Az ünnepségen, a melyen megjelent az orvoskari tanártestületen kivül a karnak orvosi segédszemélyzete és a budapesti kir. orvosegyesület számos tagja, Bársony tanár a következő beszédet mondotta:

Tisztelt Uraim! Ez év január havában mult 23 éve, hogy a sorsomat intéző jó szellem lépéseimet, mondhatnám az akaratomon kivül eső módon, körülbelül erre a helyre, a hol most állok, vezette. Egy komoly, idősb úr elé jutottam, a kinek a szeméből gyengédség és jóság tekintett le reám. A nagyon fiatal és épen azért félénk folyamodót felbátorította ez a szives sima tekintet és én szólani mertem. Helyet kértem a Mária-uteczai kis házban, dolgozni akartam. Felvettek, ott tartottak. Kilencz évig éltem benne, majdnem mindvégig, míg a kis ház állott. Barátságos, kedves, fehérfalú otthon. Úgy éltünk mi abban, mint az egymást jól megértő család. Apánk, anyánk volt az az idősb úr, a ki nevelt, utasított, irányított, tanítgatott minket. A kilencz év alatt majdnem mindennap tanultunk valamit: tisztességet, emberszeretetet, orvosi tudományt. Természetesen rajongtunk érette mindnyájan. Boldoggá tett minket egy jókedvü szava vagy egy mosolygása; de elborult a kis ház, ha őt valami bántotta. Pedig bizony gyakran ült gond azon a becsületes, magas, nyilt homlokon. Hiszen minden apróság is érinteni tudta azt az érzékeny jó lelkét, a mely kiváltképen olyankor szenvedett, ha az intézetét érte gyász vagy szomorúság. Egy lázas betegért beteg volt maga is, mi meg ő érette, ilyenkor lábujjhegyen jártunk, suttogva beszéltünk. Szomorúságában alig ismert határt: halvány lett az arcza, beesett a szeme, vékony, megtört, beteges a hangja. Öröme akkor volt, ha a tanítása nyomán produkáltunk, elértünk valamit. Jókedvében mindig reserváltan, csendes, szelid, kedves mosolygással osztozott meg velünk, a mi örömünkben. Egyszer azután szokatlan időben lépett be hozzám. Kipirult az arcza, ragyogott a szeme, mosolygott az ajka. Mindjárt észrevettem rajta, hogy valami különös oka volt arra, hogy engem felkeressen. „Ő kegyelmességétől, a ministerelnöktől, Wekerlétől jövök“ — mondta ő nekem — „a kis ház helyébe fényes intézetet kapok, életem egyetlen nagy vágyát mégis csak teljesülve látom“! Azután csakhamar kőmüvesek jöttek. Eltünt a kis fészek, palota nőtt a helyén. Világos, nagy termek hosszú sorozata széles, szellős folyosóval körül, kachlis mütőterem, zománcz-szülőszoba, muzeum, dolgozó meg könyvtár. Az öröm nagyságát és a büszke elégedettséget csak az képzelheti el, a ki a kis ház szükös viszonyait közelről ismerte. Kis szobácska három szülőágygyal, mütőterem nélkül, tizenkét nőágygyal, pinczedolgozóval, a hol bizony penészes lett minden, 6—700 szülés, csak annyi ambulans, 70—80 nőbeteg a régi kis házban; 1400 szülés, 4000 ambulans, több száz nőbeteg az új palotában. Uraim! Doctorok! Ti, a kik hivatásból szeretettel és szenvedélylyel üzitek a mesterségeteket s a kik őt a személyében is jól ismertétek, ti értitek meg teljesen azt a lelki állapotot, melylyel az az ember az álmaiból erre a szép valóságra ébredt.

Hatványozva indult meg ismét a munka. Számos tanítványa az ő lábanyomán, ő maga legelől. Felemelte ezt a gyönyörü templomot, most már arra tornyot, a tetejébe aranyos messze világító gombot helyezni szándékolt. Dolgozott, megirta, a mit munkás kézzel, szivvel és lélekkel gyüjtött és tapasztalt. Az volt az óhajtása, hogy a díszes ház testébe az ő eszekönyve adja az életet. El is készült az érdemes nagy munka, még csak alakba önteni, könyvvé átformálni kellett. Még egy rövid lépés és 60 év becsületes munkája monumentálva van testben és lélekben. Ezt a rövid lépést nem tehette már meg. Tudós Semmelweis kutatta és megtalálta a sebfertőzés módját és az ilyen halálnak az okát és meghalt a keze sebének fertőzése útján; tudós Kézmárszky keresgélte a fertőzésből eredett hashártyagyuladás gyógyitása módját és meghalt a hashártyája fertőzése folytán.

Itt van az intézet, ez az ő kreaturája, itt van ez a nagy könyv, ez meg az ő szép munkája!

Tisztelt Uraim! az én szerénységem ül most az ő helyén. A mit magam körül mindenfelé látok, a mit magamban befelé találok, az mind őt magasztalja, áldja. Ha már nem lehet maga itt közöttünk, legyen itt legalább az ő képe mása. A legnagyobb művészünk vállalta magára, hogy a hálával telt szivünk óhajtását a valóságra váltsa. Itt van hát a szobor, Uraim, nézzétek! Ez ő, a jó, a szelid, a nemes jóbarát, a tudós Kézmárszky professor! Én úgy érzem, olyan tökéletes, hogy majdnem int felém, úgy néz rám, mint régen. Muszáj szólni hozzá: Méltóságos Uram! Tanár úr kérem! Üdvözöllek itthon, örvendünk mindnyájan, hogy visszajöttél hozzánk, ne menj tőlünk többé, hiányzott eddig is az atyai lelkes tekinteted. Körülveszünk szeretettel épen úgy, mint régen. Virágaid, melyeket oly nagyon kedveltél, itt lesznek körüled, mindaddig, a míg én élek. Azután ne fáradj, pihenj e helyeden, csak azt engedd, hogy nehéz óráinkban vigaszt vagy tanácsot kérhessünk még töled. A te tanitásod csak a hasznunkra vált, hálás szivvel köszönjük azt neked. Igy érez itten irántad mindenki és minden, sok jóságodért a másvilágon is áldjon meg az Isten!

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Rauber's Lehrbuch der Anatomie des Menschen. Neu bearbeitet und herausgegeben von Fr. Kopsch. Siebente Auflage. Leipzig, Verlag von Georg Thieme. 1906.

A Rauber-féle hires anatomiai tankönyv, a mely hat nagy kiadásban forog közkézen, új köntöst kapott, a melyben bizonyára még jobban fog hódítani. Rauber ugyanis belátván a szükségessé vált újabb kiadás illustratiós részének a modern technika segédeszközeinek igénybevételével való gyökeres megjavitását: minthogy ez véleménye szerint müködéshelyén nem volt keresztülvihető, lemondott a további kiadásoknak sajtó alá rendezéséről. Örökébe Kopsch berlini docens lépett, a ki igazán nagy tudással és szépérzékkel fogott feladatához s remélhetöleg ugyanúgy is fejezi be.

Változás ugyan a szövegen is történt elég sok helyen, a nélkül azonban, hogy eredeti vonzó jellege, a mely oly közkedveltté tette ezen anatomiai tankönyvet, csorbát szenvedett volna. Sokkal lényegesebb azonban az alakbeli változás: a munka hat külön kötött részben fog megjelenni az előbbinél jóval nagyobb alakban, hogy egyes nagyobb rajzok is felvehetők legyenek. Erősen javult a kiállítás is: a nyomás igazán már alig lehet szebb, a papir pedig az ábrákra való tekintettel a lehető legjobb. A leglényegesebb változás azonban a rajzok tekintetében történt: mintegy 500 új, az eddigiekből itélve szebbnél szebb ábra helyettesíti a régieket. Tekintve, hogy az új kiadásnak aránylag rövid idö alatt kell elkészülnie, a régi ábrákból egy részt még megtartottak; a csont-, szalag- és izomtan megértését elősegítő, részben színes ábrák azonban már teljesen újak.

Minthogy a munka egyesíti a lehető legtökéletesebb anatomiai atlaszt a kitünő tankönyvvel, az ára pedig aránylag nagyon mérsékelt — tudtunkkal csak 60 márka — lesz, bizonyára nálunk is jól megérdemelt széleskörü elterjedésben lesz része.

Uj könyvek. *H. Vierordt*: Anatomische, physiologische und physikalische Tabellen zum Gebrauche für Mediziner. Dritte neu bearbeitete Auflage. Jena, G. Fischer. 16 m. — *F. Prinzing*: Handbuch der medizinischen Statistik. Jena, G. Fischer. 15 m. — *H. Klatt*: Über Aetiologie und Therapie des akuten Gelenkrheumatismus. Würzburg, A. Stuber. 0·75 m. — *Bartsch*: Hausärzte und Spezialisten in der modernen Medizin. 2. Aufl. Heidelberg, O. Petters. 1 m. — *Thorkild Rovsing*: Die sogenannte Enteroptosis und ihre chirurgische Behandlung. Leipzig, Breitkopf und Härtel. 0·75 m. — *W. Friboes*: Aulus Cornelius Celsus über die Arzneiwissenschaft. Braunschweig, F. Vieweg u. Sohn. 20 m.

— *E. Jendrássik*: Über Neurasthenie. Leipzig, Breitkopf und Härtel. 1.50 m. — *L. Aschoff* und *S. Tawara*: Die heutige Lehre von den pathologisch-anatomischen Grundlagen der Herzschwäche. Jena, G. Fischer. 2 m. — *L. Kamen*: Prophylaxe und Bekämpfung der Infektionskrankheiten. Wien, J. Safar. 12 K. — *A. Combe*: L'auto-intoxication intestinale. Paris, Baillière et fils. 12 fr. — *A. Forel*: L'ame et le système nerveux. Paris, G. Steinheil. 5 fr. — *W. Sellers*: A handbook of legal medicine. Intended for the use of the legal profession. Manchester, University press. 7 s. 6 d. — *Ch. A. Parker*: A guide to diseases of the nose and throat and their treatment. London, E. Arnold. 18 s. — *Ralph Vincent*: Clinical studies in the treatment of the nutritional disorders of infancy. London, Baillière, Tindall and Cox. 3 s. 6 d.

Lapszemle.

Belorvostan.

A tüdőgümőkór gyógyítása pneumathorax mesterséges létesítésével. A tüdőbeli phthisiogen folyamatnak sajátszerű felfogása alapján — a melyről azonban csak valamikor később óhajt nyilatkozni — *Forlanini*, a paviai belklinika igazgatója már 1882-ben ajánlotta volt a tüdőgümőkór gyógyítására a mesterséges pneumothoraxot, de ajánlatát csak 10 év mulva tudta gyakorlatilag értékesíteni. A mint ismeretes, azóta már mások is tettek hasonló kisérleteket, sőt újabban nagyon is napirendre került ez az eljárás, s azért a szerző most már idején valónak tartja, hogy 14 év alatt e téren szerzett tapasztalatait a nyilvánosságra hozza.

A pneumothorax létesítésének az a czélja, hogy a beteg tüdő teljes nyugalomba jusson. Ennek megfelelően tehát azon az oldalon kell létrehozni a pneumothoraxot, a mely oldalon a gümőkóros folyamat székel. Hogy a pneumothorax-szal czélt érjünk, három követelménynek kell eleget tenni: 1. A pneumothoraxnak olyan nagynak kell lenni, hogy a tüdő teljes immobilizálására megkivánt nyomást kifejthesse. 2. A pneumothorax ezen nagyságát csak lassan, fokozatosan kell létesíteni, mert különben egyrészt a mediastinum hirtelen eltolódása, másrészt a tüdő hirtelen összenyomása okozta rohamos váladékkiürülés miatt veszély támadhat. 3. Gondoskodni kell arról, hogy a pneumothorax úgy nagysága, mint nyomása tekintetében az anatomiai elváltozások megszünésére szükséges egész idő alatt állandóan egyforma maradjon. Minthogy a pleuraüregbe juttatott levegő felszivódik, ezt a felszívódott mennyiséget állandóan pótolni kell.

A készülék, a melyet *Forlanini* használ, nagyon egyszerű. Egymással alul összeköttetésben álló, egyenként 500 cm³ ürtartalmú két edényből áll, a melyek közül az egyik, a nitrogen-gázt tartalmazó, köbcentimeteres beosztással bir és sterilizált vattával ellátott cső közbeiktatása után nagyon finom injectiós tüvel hozatik összeköttetésbe; a másik pedig 1% sublimat-oldatot tartalmaz és a manometerrel, valamint a Richardson-féle kettős fujtató-labdával függ össze. A szerző eleinte többszörösen megszürt közönséges levegőt használt, minthogy azonban az oxygen nagyon hamar felszívódik s csak a nitrogen marad hosszabb ideig a mellüregben, később csak tiszta nitrogent használt, annyival is inkább, mert nehezen felszívódó másféle anyagokkal végzett kisérletei eredménytelenek maradtak. A punctio helye lényegtelen. Az első injectio alkalmával vigyázni kell, hogy a tüdőt ne sértsük; a többi befecskendezéskor már nem kell erre ügyelni, mert ilyenkor a tüdő már összeesett; a befecskendések tehát ambulatoriusan is végezhetők. Az egyes nitrogen-befecskendezések mennyisége, az elsőt is beleértve, 200—300 cm³. Mindaddig, a míg stethoskoppal még hallható a légzészörej, naponként végzendő a befecskendezés; hogy mikor érkezik el ez az időpont, az az eset szerint nagyon változó; ha pleura-összenövések vannak, több hónap is eltelhetik. A mikor a légzés-zörej a stethoskoppal már nem hallható, mind ritkábban kell a befecskendezést végezni; végül elegendő körülbelül hónaponként adni egy befecskendést.

A szerző eddig 25 tüdővész esetet kezelt a vázolt módon. Ha a folyamat egyoldali volt és teljes pneumothoraxot sikerült létesíteni és hosszú ideig fenntartani, a gyógyulás a következő módon folyt le: eleinte a láz, valamint a köpés fokozódott, majd csökkent és végül teljesen megszünt; a gümőbacillusok és a rugalmas rostok szintén eltüntek.

A másik tüdőfél egyidejű megbetegedése nem ellenjavalja ezen kezelésmódot, sőt ha nem nagyfokú, meg is gyógyulhat. Ha a két pleuralemez teljesen összenőtt, természetesen nem használható ezen módszer; még részleges összenövések is megakadályozhatják az elegendő nagyságú pneumothorax keletkezését; máskor azonban szétszakadnak, illetőleg engednek az adhesiók s így végül mégis csak létesül a kellő fokú légmell. Némely esetben összenövések folytán a pleuraüreg több rekeszre osztott; ilyenkor természetesen több helyen kell befecskendezni. Vannak esetek, a melyekben oly fokú ideges jelenségek mutatkoznak, hogy a befecskendéseket lehetetlenné teszik.

Ellenjavalt a kezelés heveny lefolyású pneumoniás alakokban. A vérzés nem ellenjavalja a pneumothorax létesítését, sőt makacs vérzések ez úton meg is szüntethetők. Hogy meddig kell fenntartani a pneumothoraxot, még nem mondható meg végérvényesen; a szerző véleménye szerint mennél tovább; volt esete, a melyben 4 éven át állott fenn a légmell teljesen jó közérzet mellett. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1906. 35. szám.)

A forró fürdők hasznára chlorosisban hivja fel újolag a figyelmet *Rosin* tanár. Szerinte ugyanis minden eljárás, a mely az anyagcserét fokozza, a vérnyomást és a keringést megváltoztatja, a gázcserét a tüdőn és bőrön át növeli s a kiválasztást gyorsítja, a vérképződés helyén is tonizáló hatású lesz. Ilyen eljárás az, a melynél a hideg- vagy meleginger hat. A hideginger használata chlorosisban azonban ellenjavalt, mert a vele járó hővesztést a vérszegény szervezet nem türi jól. A melegingernél hiányzik ez a károsító hatás, noha az anyagcsere élénkítése tekintetében kifejezett a haszna. A szerző már több mint 10 éve használja meleginger gyanánt a forró fürdőket. A kezelés 4—6 hétig tart, s ezen idő alatt hetenként 3 szor kap a beteg fürdőt. Legjobb a késő délelőtti órákban adni a 40° C. hőmérsékü fürdőt. Czélszerű a fejre hideget alkalmazni még a fürdőbe lépés előtt. A fürdő tartama kezdetben 10—15 percz, később 20 perczre emelkedhetni. A víz hőmérsékét a fürdés tartama alatt egyforma magaslaton kell tartani. A fürdő után közvetlenül néhány másodperczig tartó zuhanyozás következik, a melyet szárazra dörzsölés és egy órás pihenés követ. Az első néhány fürdő után a betegek bágyadtnak érzik magukat. A 3.—4. fürdő után az általános állapot javulásának már látszani kell, ha ez nem következik be, alkalmasint nem tiszta chlorosis az eset, hanem valamely más betegséggel van dolgunk (kezdődő gümőkór, szívbaj, nephritis, a nemi szervek betegségei, malariás és másféle cachexia), a mely a chlorosis képében jelentkezik. (Die Therapie der Gegenwart, 1906. 7. füzet.)

A Noorden-féle zabkúra értékét diabetes mellitusban tanulmányozta Naunyn tanár klinikáján *Lipetz*. A mint ismeretes, Noorden néhány évvel ezelőtt zabliszt nagy mennyiségének használatát ajánlotta diabetes súlyos eseteiben, azt állítván, hogy ez a diaeta a glykosuriát és az acidosist csökkenti. 250 gramm zablisztet 300 gm. vajjal és vízzel összekeverve péppé kell főzni s ehhez 100 gm. roboratot (a mely 80% fehérjét tartalmaz) adni. Ez a táplálék egyedül a zsírral mintegy 2500 caloriát juttat a szervezetnek, ehhez járul a roborat 400 caloriája és olyan fehérjetartalma, a mely a szervezet fehérjéjének a kimélésére elegendő. Nem diabeteses egyénen végzett vizsgálatok szerint ezen diaeta mellett a bélsár bakteriumtartalma megkétszereződött. Diabetes egy súlyos esetében nem mutatkozott eredmény, sőt ellenkezőleg úgy a czukorkiválasztás, mint az acidosis még fokozódott. Egy középsúlyos esetben a vizelet czukortartalma emelkedett, az acidosis ellenben csökkent. Az első esetben a bél bakteriumtartalma nem növekedett, a másodikban azonban igen. Még több más diabetes-esetben is használta a szerző a zablisztet, a nélkül, hogy a Noorden leirta kedvező eredményt bekövetkezni látta volna. Azt hiszi, hogy a kedvező eredmények, a melyeket mások leirnak, azon alapulnak, hogy zabliszt használata mellett a szénhydratok, nem vagy pedig csak lényegtelen mennyiségben szívódnak fel. (Zeitschrift für klinische Medizin, 56. kötet.)

Idegkórtan.

Az öregkorban támadó izomretractiós paraplegiák nem igen ismeretesek az orvosok előtt. *Lejonne* és *Lhermitte* egynehány ilyen esetet vizsgáltak *Raymond* klinikáján. Az ő betegeik 75—84 évesek voltak. A baj szinte észrevétlenül kerül napvilágra,

eleinte húzódó fájdalmakról panaszkodik a beteg, azután gyorsan gyengülnek a végtagok és a betegek csakhamar ágyba kerülnek. Sem az érzésben, sem a sphincterekben, sem a reflexekben különbség nincs. Az izmok petyhüdtek, élénk mechanikai ingerlékenységüek, tápláltságuk nem szenvedett változást. Nevezetes az, hogy a tünetek csak az alsó végtagokra szorítkoznak.

A mint a beteg lefekszik, igen gyorsan sorvadnak az alsó végtagok izmai. A lábszár behajlik. Ha az ember ezt a hajlást meg akarja szüntetni és megkisérli a lábat kihúzni, ez csak fájdalom árán és nem teljesen sikerül. Ezután adductioba jönnek a czombok és a végtag minden izületében behajlik. A sorvadt izmok régi tömör kötegek benyomását keltik és nyomásra fájdalmasak. A zsírszövet eltünik. A rosszul táplálkozó, hypothermiás beteg csontjainak körvonalai láthatók lesznek. Ilyenkor a mozgások minden irányban végbemennek, de korlátoltak. Az inreflexek most sem változtak, a bőrreflexek gyengültek.

A baj 2—3 év alatt jobban kifejlődik. A beteg oldalt szokott feküdni, czombjainak elülső oldala a hasra van felhúzva, a lábszár annyira behajlott, hogy egész hosszában a czombra fekszik, a sarok a fart érinti. A betegek a legteljesebb mozdulatlanságban feküsznek a fájdalomtól való féltükben. Az idegtörzsek fájdalmatlanok. Elfajulási reactio nincs, de az ingerlékenység úgy galván-, mint farádos áramra csökkent. Az izmok mozgását sclerosisuk gátolja. Fibrilláros rángás nincs.

A további fejlődésben a sorvadás a törzset és felső végtagokat is eléri. Az épen maradt izületek rendkivüli módon elődomborodnak. Ebben a folyamatban az arczizmok is részt vesznek: mozdulatlanságukban és sorvadtságukban ijedt külsőt adnak az arcznak, a melyen mély szemgödrükből élénken néznek ki a szemek. Az általános cachexiában az intelligentia eddig ép maradt. A halált a marasmus hozza meg, a mely nem várat magára, ha a hypothermia fokozódásával az intelligentia is veszni készül. A belső szervek a vizsgált esetekben épek voltak, az egyikben a szívizomzat sorvadt, kettőben az erek rigidek voltak.

A *kórjelzés* könnyü, a korai szakban főleg az inreflexek rendes volta, a lábclonus és Babinski-tünet hiánya lesz döntő a merevgörcsös bénulásokkal szemben. A polyneuritistől az idegtörzsek érzéketlen volta különbözteti meg és az elfajultsági reactio hiánya is segítségül lehet. Összetévesztés talán leginkább az idült csúzzal volna lehetséges, de a fájdalom nem az izületben ül. A polymyositisban a fájdalom mély, míg itt felületes.

A *kóroktan* az öregkorban merül ki, a mozdulatlanság elősegítő szerepet játszik.

A *kórboncztan* az izomban találja az összes elváltozást, még pedig *egyszerű sorvadásban*; az izomrost vékonyodik, a mag szaporodik, a sarkoplasma vastagszik, a rostok szétoszlanak, helyüket kötőszövet foglalja el, mely szaporodásnak indul. Az izmok erei nem mindig betegek, de sokszor szükek. *Az idegrendszer mindig ép*, eltekintve az abban levő öregkori elváltozásoktól. Ezek azonban nem nagyobb fokúak, mint azokban az esetekben szoktak lenni, a melyekben a retractiók nem fejlődtek ki. (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. 1903. 3. sz.)

Sebészet.

A törésvégek dislocatiojáról *H. Zuppinger* (Zürich) teszi közzé tapasztalatait, melyeket Krönlein klinikájának nagy törési anyagának röntgenographikus kontrollja alkalmával nyert. Hosszasabban értekezik a dislocatiók különböző alakjairól, ezeknek keletkezéséről és correctiojáról, majd oda concludál, hogy azon törések, melyek rövidüléssel járnak és melyeket harmadnapra helyre nem tettünk, csak nagyon nehezen vagy egyáltalán nem reponálhatók. A II. vagy III. héten alkalmazott repositiós kisérletek többnyire csak rontanak a törvégeknek egymáshoz való helyzetén és mindig késleltetik a consolidatiót.

Dolgozatában *Zuppinger* ezután tárgyalás alá veszi a klassikusabb törési formákat (radius-, humerus- és tibiatörések), melyeknél az eddigiektől eltérő fixálási módokat ajánl röntgenographikus tapasztalatai alapján. Igy pl. a radius typikus törésénél, ellentétben az eddigi kezelési módszerekkel, a kezet dorsál-flexioban extensio mellett fixálja, állítólag a törvégek coaptatioja így exactabb volna.

A felkarcsont diaphysistöréseinél *Zuppinger* szerint az ideális rögzítés csak a könyök hegyes szögü behajlítása mellett és jó extensionál lehetséges; ilyenkor egyúttal elesik a musc. brachialis internus azon káros hatása, mely az alsó törvéget a könyök nyujtott vagy tompaszögü helyzete mellett befelé igyekszik húzni.

A tibia diaphysistörésénél a lábszár középső, valamint alsó harmadában a végtag behajlított térd és a lábtőizület gyenge talpi hajlítása mellett rögzítendő; kerülendő ilyenkor a láb fokozottabb supinatioja.

A közelebbi adatokat illetőleg *Zuppinger* eredeti közleményére kell utalnunk; okoskodása sokban túlzottnak látszik, mindenesetre azonban további vizsgálatokkal ellenőrizendő. (Beiträge zur klin. Chirurgie, 1906. 49. kötet.) *Gergő.*

A kéztőizületnek Madelung-féle deformitásáról *F. Sauer* (Nürnberg) értekezik behatóbban. Kiterjedt irodalmi tanulmányok és saját észlelései alapján a *Madelung*-féle deformitás lényegét a carpus teljes luxatiojában látja az ulnocarpális izületben. A ficzamodás oka a radius distális végének volaris elhajlása; a radiocarpalis izület az eseteknek nagyobb számában ép marad. A bántalom aetiologiáját *Sauer* egy rhachitikus csontbántalomban keresi, mely vagy a gyermekkorban, vagy a pubertas idején a deformitás keletkezésére vezet. Az elnevezést illetőleg *Sauer* elveti *Delbet*-nek „carpus curvus“, *Kirmisson*-nak „a kéztőizület progressiv subluxatioja“, és *Madelung*-nak „a kéz spontan subluxatioja“ elnevezéseit; leghelyesebbnek tartja a „manus valga *Madelung*“-féle elnevezést, mivel a bántalom sok analogiát mutat a genu valgum néven ismert deformitással a térden. (Beiträge zur klin. Chirurgie, 1906. 48. kötet, I. füzet.) *Gergő.*

Lymphangitis rheumatica chronica elnevezéssel *Wilms* (Leipzig) a lábszárnak és lábnak egy jellegzetes megbetegedését ismerteti, melyet *Trendelenburg* poliklinikájának beteganyagán az utolsó három évben 15-ször észlelt. A betegek javarészt pes valgus, tendovaginitis, neuritis vagy varicositates diagnosisával kerültek a rendelésre.

Főpanaszuk a nagy fájdalom volt a láb, a sarok és a lábszár hajlító oldalán. Tapintásnál a fájdalmas terület élesen volt lokalizálható azon tájra, melyen az arteria tibialis postica venáival és a nervus tibialissal lefut. Elvétve az arteria és vena tibialis antica lefutási helye is érzékeny volt. Ezen fájdalmassági zóna az összes esetekben feltünő szabályossággal ismétlődött. *Wilms* azt tartja, hogy eme fájdalmak oka nyirokpangás a jelzett területeken és mivel a fájdalom gyakran egy lefolyt izületi csúz nyomán fejlődött, összefüggést sejt a két bántalom között. Ennek kifejezésére a bántalmat „lymphangitis rheumatica chronica“ névvel illette. A kezelés szerinte legczélszerübben a lábak felpolczolásából, pólyázásából, esetleg enyhe masszálásából és meleg borogatásokból áll. A belső kezelés nevezetesebb eredménynyel nem jár.

Az észlelt esetekben a panaszok a fenti kezelés mellett csakhamar szüntek, a láb túlerőltetésénél azonban a fájdalmak könnyen recidiváltak. (Beiträge zur klin. Chirurgie, 1906. 50. k. II. füzet.) *Gergő.*

Gyermekorvostan.

A diphtheriának helyi kezeléséről pyocyanase-val ir *Zucker*. A más vizsgálók által kidérített azon körülményből indult ki, hogy sok bakteriumnak folyékony culturájában, noha elegendő alkalmas tápanyag van benne, a bakteriumok fejlődése lassanként megszünik. Ezen fejlődésgátlás oka gyanánt enzymszerü anyagok szerepelnek, melyeket a bakteriumok maguk termelnek. Vannak azonban olyan bakteriolytikus enzymek is, melyek nem csupán azokat a bakteriumokat, a melyek termelték, hanem különböző más bakterium-fajt is fel tudnak oldani (heteroform enzymek). Igy az emberre nézve alig pathogen bac. pyocyaneus is készít ilyen heteroform enzymet, a „pyocyanase“-t, a mely diphtheria-bacillusokat, staphylococcusokat és streptococcusokat in vitro részben fejlődésükben gátolni, részben feloldani tud, s ezenkivül megköti a diphtheria-toxint is. Ez vezette arra, hogy a tisztán előállított pyocyanase-val a diphtheria helyi kezelését megkisérelje. 32 esetben vette alkalmazásba, ezek közül nyolczban gyógysavót sem adott, hogy a hatást tisztábban láthassa, a többiben adott gyógy-

savót is. A pyocyanase vizes oldatát naponta 2—3-szor alkalmazta spray alakjában a garatra. Eredményeit a következőkben foglalja össze:

1. A pyocyanase a garatdiphtheria némely esetében igen jótékonyan befolyásolja a helyi folyamatot és közvetve az általános állapotot is.

2. Gyógysavót a pyocyanase-kezelés mellett is mindig be kell fecskendezni.

3. A pyocyanase mint adjuvans szerepel garatdiphtheria oly eseteiben, melyekben az álhártyák visszafejlődése lassan történik és a melyekben kezdettől fogva ú. n. septikus állapot (? Ref.) van jelen.

4. Bizonyos elővigyázat szükséges oly gyermekeknél, kik a felesleges pyocyanase-oldatot kiköpni nem tanulták meg, ilyeneknél u. i. hányást, hasmenést látott jelentkezni. (Arch. f. Kinderheilk. 1906. 44. kötet). *Flesch Ármin* dr.

Bőrkórtan.

A prurigo kóroktanához nyujtanak adatokat *L. Steiner* és *H. Vörner* (Lipcse). A *Hebra*-féle prurigo alatt oly kifejezetten idült bőrbajt értünk, mely a korai gyermekévekben keletkezik és erősen viszket. A bőr e miatt állandóan összevakart, úgy hogy e miatt ép apró papulák, göböcskék ritkán látszanak jól. A bajnak határozott localisatioja a végtagoknak feszítő felszinén van. Kétségtelen azonban, hogy a prurigo diagnosisát akkor is fel kell venni, ha ennek a kórképnek összes tüneteit felnőtt egyéneken látjuk kifejlődni. A szerzők esetében a prurigo jellemző tünetei teljesen hevenyésen egy 26 éves nőbetegen jelentkeztek. A prurigós kiütések 2—3 nap alatt fejlődtek ki s azokkal karöltve 5 napig tartó székrekedés és 38°-os láz volt megállapítható. A vastagbél tájéka, főleg pedig a coecum és a colon ascendens puffadt, kemény tapintatú, nyomásra érzékeny. Hashajtásra a béltünetek és a láz hamarosan elmultak, a prurigós jelenségek pedig csökkentek. De csakis csökkentek, mert a beteg azontúl is körülbelül hetenként egyszer újabb és újabb viszkető eruptiokat kapott, a melyeknek folyamányaként kifejlődtek a chronikus prurigonak tünetei is, t. i. pigmentatiók, bőrbeszürődések. Az eset érdekessége abban rejlik, hogy a beteg 26 éves koráig bőrbeteg nem volt s csak akkor fejlődtek ki hamarosan a prurigós tünetek, a mikor a vastagbele megbetegedett. A szerzők azon véleményen vannak, hogy esetük alapján felvehető az a hypothesis, hogy egy ily időszakos betegség, mint a fent említett, oly állandó zavart tud a vastagbélnek felszívódási mechanismusában létrehozni, a mely azután állandóan prurigós jelenségeket produkál. (Münch. mediz. Wochenschr., 1906. 33. szám.) *Guszman.*

Az unguentum sulfuratum mite (theyolip) hatásáról ir *R. Ramshorn*. A közelmultban Vörner egy új kenőcsöt ajánlott, mely a kén részben oldva, részben finoman elosztva tartalmazza. A kén, a mely mindkét alakban mintegy 1% mennyiségben van jelen, a kenőcsben csakis mikroskop útján mutatható ki, szabad szemmel észre sem venni. E kenőcsöt a hallei *Edel* czég újabban *theyolip* czímen hozza forgalomba. A kenőcsnek alkalmazása mindenütt ott jöhet szóba, a hol kénes és kátrányos kezelés van javalva. Igy igen jól befolyásolhatók makacs idült eczemák, első sorban pedig a prurigós esetek. Jó hatás érhető el pityriasis versicolor és bőr-trichophytiasis eseteiben. Sőt a szerző szerint a scabies is gyorsan gyógyul a kenőcs hatása alatt. Az acne rosacea és acne vulgaris ugyancsak sikeresen kezelhető a kenőcscsel. Psoriasis eseteiben a kenőcs egymagában gyenge, ilyenkor 1%-ban pyrogallus vagy 0·5%-ban chrysarobin a kenőcsöt igen hatásossá teszi. Úgy hat, mint különben az erős chrysarobinos vagy pyrogallusos kenőcsök. Ez kétségtelenül nyereség, mert e szerek mindannyian igen mérgesek. Általában véve tehát a szerző minden tekintetben igen jó készítménynek találta a theyolipet s annak alkalmazását melegen ajánlja. (Deutsche med. Wochenschrift, 1906. 37. sz.) *Guszman*

Venereás bántalmak.

A syphilisnek abortiv kezelését kisérelte meg *Duhot* (Brüssel), a ki tapasztalatairól az 1906. évi lissaboni orvosi congressuson számolt be. *Duhot* az abortiv kezelést igen erélyes kénesőkúrákkal végzi s ezeket már igen korán, a másodlagos időszak beállta előtt, tehát mintegy praeventive alkalmazza. Összesen 134 egészen friss syphilis esetet kezelt ily módon s állítása szerint 95%-ban kimaradtak a másodlagos tünetek. Az abortiv kezelés feltételei tapasztalatai szerint a következők: 1. A kezelés megindítása a sanker keletkezésétől számított 12 napon belül. 2. Szükséges, hogy oldhatlan kénesőkészítmények (calomel, oleum cinereum) alkalmaztassanak. 3. Az első kúra a lehető legnagyobb adagok mellett legalább 4 hónapig tartson. 4. Ezentúl chronikus intermittáló kezelés következik, mely egyre gyöngébb kúrákból áll. A diagnosis absolut bizonyos legyen (?). A kezdeti kúra 15—20 injectioból áll. A dosisok igen magasak (0·14 gm.), de a betegek azért jól kibirják. Az egyes injectiók 5—7 naponként végeztetnek. Az egész kezelés tartama átlagosan három esztendő. Veszély a kezelésből állítólag nem származik. Szerző 10,000 injectio nyomán csak 4 abscessust észlelt. A vizelet vizsgálata természetesen elengedhetetlenül szükséges. Szerző szerint az ily módon végzett kezelés eleve kizárja a késői (tertiaer) syphilises tünetek létrejöttét. *Guszman.*

Közegészségtan.

Az italul szolgáló víz tisztítására való új eljárást ismertet *Lambert*. Az italul szolgáló víz tisztítására már nagyon sok módszert ajánlottak. A legegyszerübb a víz felforralása; ez azonban egyrészt aránylag drága, másrészt nem is használható mindig (pl. katonai menetelések alkalmával, vagy ha túlságosan szennyes a víz). A porczellánbougie kon át szürés és az ozon használata külön készüléket igényel, úgyszintén hozzáértő felügyeletet is. Az eddigi chemiai eljárások sem elégíthették ki az igényeket, mert részint nem bizonyultak megbizhatónak, részint a használt vegyszerek sem voltak közömbösek az egészségre stb. Lambert eljárása gyors, nem költséges és egészen biztos, még erősen szennyezett víz esetén is. Ha 6 centigramm kaliumpermanganatot adunk 1 liter vízhez és 10 perczig keverjük, az élő csirák legnagyobb része elpusztul, egy bizonyos számú spora azonban még életben marad; most újból adva mintegy 10 centigramm kaliumpermanganatot a vízhez, csapadék keletkezik, mely az összes mangant tartalmazza oxydok alakjában s a mely képződése alkalmával minden csirát és idegen testet magával ragad. Dekantálással és szüréssel eltávolítva a csapadékot, tiszta, színtelen, szagtalan, kellemes ízü vizet nyerünk, a mely több oxygent tartalmaz mint a mennyi eredetileg volt a vízben. Ha túlságosan szennyes a víz, kevés natriumcarbonat hozzáadásával még fokozhatjuk a kaliumpermanganat hatását. Cholera-, typhus-, pyocyaneus-bacillusokkal, valamint genynyel fertőzött vizet vetve alá a leirt eljárásnak, a bakteriologiai vizsgálat mindig a víznek teljes bakteriummentességét deríti ki. Az említett módon megtisztított vízben mangant kimutatni nem lehet; de feltéve, hogy az eljárás hibás alkalmazása folytán mégis tartalmazna a víz mangant: a szerző vizsgálatai kimutatták, hogy ez sem volna baj; literenként 6 centigramm mangansulfatot tartalmazó víz az emésztési folyamatokat nem befolyásolta, sőt a diastase amylolytikus hatása még fokozódott is. (Annal. d'hyg. et de méd. colon. 1906. 4—6. sz.)

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A histosan tiszta guajacolból és tojásfehérjéből előállított készítmény, a mely részint por, részint szörp alakjában használható. *Podloucky* a bécsi „Rudolfstiftung"-kórház I. orvosi osztályán használta és tapasztalatai alapján a tüdőgümőkórosak kezelésében nagyon értékes szernek mondja. A histosan-szörpből naponként 3-szor adott kávéskanálnyi mennyiséget. (Wiener klinische Rundschau, 1906. 34. szám.)

Dysenteria mintegy 200 esetében nagyon jó eredménynyel használta *Moulden* a cuprum sulfuricum 1 : 10000 oldatának befecskendezését. Előbb steril vízzel alaposan megtisztogatja a végbelet s azután lassan bocsát be lehető nagy mennyiségü meleg rézsulfatoldatot. Az eljárás naponként kétszer végzendő 12 órás időközben. Nagyon kiterjedt fekélyedések jelenlétekor erősebb oldatot használhatni, 1 : 6000 oldatnál erősebbet azonban nem czélszerü venni. (Ref. La semaine médicale, 1906. 32 szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1906. 38. szám. *Schächter Miksa:* Trauma és sarcoma. *Felletár Emil:* Cyanmérgezés gyanújában állott természetes haláleset.

Orvosok lapja, 1906. 39. szám. *Bauer Kálmán:* A budai Máriaforrásról és az alkali-nitrátok befolyásáról szervezetünk anyagcseréjére.

Budapesti orvosi ujság, 1906. 39. szám. *Márer József:* A gerinczvelősorvadásnál előforduló lábeltorzulás esete. *Bucsányi Gyula:* A tüdőtágulás kezelése. „Gyermekorvos" melléklet 3. szám. *Heinrich Béla:* A veleszületett fejlődési rendellenességek casuistikájához. *Bán Ilona:* Adatok a Vincent-féle angina kórképéhez.

Vegyes hirek.

Kinevezés. *Kratochwill Ferencz* dr.-t Budapest székes főváros főpolgármestere a balparti közkórházakhoz segédorvossá nevezte ki egy újabb évre. — *Gyulai László* dr.-t Biharmegye főispánja Sárrétre járásorvossá; *Scheffer Oszkár* dr.-t Sopronmegye főispánja Sopronban kerületi orvossá; *Pokornyi Róbert* dr.-t Sopronmegye főispánja Sopronban tiszteletbeli kerületi orvossá; *Goldner Hermann* dr.-t Biharmegye főispánja közkórházi segédorvossá nevezte ki.

Választás. *Pollermann Artur* dr.-t Giládon községi orvossá, *Feldmann Fülöp* dr.-t Fólyán, *Rainer Mór* dr.-t Györszentmártonban, *Vörös Gyula* dr.-t Szurdokon körorvossá választották.

Egyetemi alkalmazások. Az orvoskari tanártestület legutóbbi ülésén az üresedésben levő egyetemi állásokat a következőkkel töltötte be. II. sz. belklinika: Hager Péter dr. és Tornai József dr. díjazott gyakornok, Benczur Gyula dr., Ecsedi Ernő dr. díjtalan gyakornok. Törvényszéki orvostani intézet: Mattyasovszky Honor dr. díjazott gyakornok, Zoltán Elek dr. díjtalan gyakornok. I. sz. belklinika: Királyfi Géza dr. díjtalan gyakornok. II. sz. nőklinika: Mansfeld Ottó dr., Balla János dr. és Simon Gyula dr. díjazott gyakornokok, Ruszinkó Miklós dr., Bernát Dezső dr., Herczeg Irma dr. díjtalan gyakornokok. II. sz. anatomiai intézet: Lükő Béla 2. tanársegéd, Nisponszky Béla díjas gyakornok, Kovács József díjtalan gyakornok, Takács Sándor díjas demonstrator. Élettani intézet: Körösy Kornél 1. tanársegéd, Tézner Ernő dr. 2. tanársegéd, Lorenz Hugó díjas gyakornok, Róth Miklós díjtalan gyakornok, Zelizy Zoltán díjas demonstrator. Elmekórtani intézet: Csordás Elemér dr. díjtalan gyakornok. I. sz. nőklinika: Bogdanovics Milós fizetéstelen tanársegéd, Avarffi Elek dr. díjas gyakornok, Mihalkovics Elemér dr. és Kurzbacher Sándor dr. díjtalan gyakornokok. II. sz. sebklinika: Borszéky Károly dr. 1. tanársegéd, Czabalay Béla dr. díjtalan műtőnövendék. II. sz. kórbonczolástani intézet: Makai Endre dr. 1. tanársegéd, Goldzieher Miksa dr. 2. tanársegéd, Kern Tibor dr. és Neuber Ede dr. díjas gyakornokok, Czucker István és Ehrlich Mátyás díjtalan gyakornokok. I. sz. kórbonczolástani intézet: Fuszek Rezső dr. díjas gyakornok. Idegklinika: Csiky József dr. díjas gyakornok, Berkovics René dr., Lichtenberger Béla dr. díjtalan gyakornokok. Szemklinika: Schulek Alfréd dr. 2. tanársegéd. I. sz. anatomiai intézet: Szécsi Jenő dr., Kleckner Károly dr., Tänzer Géza dr., Weber J nő, Dörner Dezső és Schütz János díjtalan gyakornokok, Uthy László díjas demonstrator.

Tauffer Vilmos egyetemi tanár a napokban végezte 2000. laparotomiáját. Segédei és tanítványai ez alkalommal meleg ovatioban részesitették kitünő tudósunkat. Tóth István dr. magántanár lendületes szavakban adott a jelenlevők érzelmeinek kifejezést. Tauffer tanár meghatva mondott köszönetet tanitványainak figyelmükért és ragaszkodásukért s hálásan emlékezett meg volt és mostani segédeiről, a kiknek nagy részük van abban, a mit ő a nőorvostan terén elérhetett. A családias jellegű ünnepségen jelen volt Lenhossék Mihály dr. orvoskari dékán is, ki az ünnepeltnek az orvoskari tanártestület üdvözletét tolmácsolta.

A „Stefánia" pesti szegénygyermekkórházegylet folyó hó 23.-án rendkivüli közgyülést tartott gróf Zichy Ágost v. b. t. t. elnöklése mellett. Glück Frigyes egyesületi alelnök jelentette, hogy a Gólya- és Tömő-utcza sarkán egy földszintes házzal beépitett telek megvételét ajánlja a választmány a közgyülésnek, mely telek 44,000 koronában kialkudott vételárért megszerezhető. Bókay János igazgató-főorvos tüzetesen indokolta ezen ingatlannak sürgős megvételét az ambulatoriumnak az intézet főépületéből való kitelepitése czéljára. A közgyülés az ingatlan megvételét közakarattal elhatározván, az egylet ügyésze által előterjesztett szerződést elfogadta s meghatalmazta az egyesület elnökét az adásvételi szerződés aláirására. Lelkesedéssel vette tudomásul a közgyülés, hogy gróf Zichy Ágost a vételár törlesztése czéljára 10,000 koronát megajánlott. Malatinszky Györgyné úrnő ugyanezen czélra 100 koronát ajánlott fel. Felkérjük az anyagi javakban bővelkedő áldozatkész emberbarátokat ezen újabb fejlődésnek indult mintaintézetnek fokozottabb gyámolitására.

Az egyetemi II. sz. szülészeti klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikum augusztus hóban 142 esetben nyujtott segélyt; a műtétek száma 91 volt.

Kisebb hirek külföldről. *M. Henkel* dr., Olshausen tanár klinikájának főorvosa a tanári czimet kapta. — *H. G. Port* dr.-t Heidelbergben a fogászat rendkivüli tanárává nevezték ki. — Chiari tanár utódjává a prágai német egyetem kórbonczolástani tanszékére *Kretz* dr.-t Bécsből hivták meg. — *O. Ossipow* dr.-t Kazánban a psychiatria, *A. S. Loewenhart* dr.-t Baltimoreban (John Hopkins-egyetem) a pharmakologia és physiologiai chemia tanárává nevezték ki.

A XIV. nemzetközi hygienikus és demographiai congressust Berlinben tartják 1907. szeptember 23.-ától 29.-ig. A congressusnak következő 8 osztálya lesz: 1. osztály: mikrobiologia és parasitologia (elnök: *Flügge*, Breslau, Maxstr. 4); 2. osztály: a táplálkozás hygienéje és hygienés physiologia (elnök: *Rubner*, Berlin N. 4, Hessische Str. 4); 3. osztály: a gyermekkor és az iskola hygienéje (elnök: *Heubner*, Berlin NW. 40, Kronprinzenufer 12); 4. osztály: a foglalkozások és a munkások hygienéje (elnök: *Renk*, Drezden, Münchener Str. 9); 5. osztály: a fertőző betegségek leküzdése; a betegek gondozása (elnök: *Gaffky*, Berlin N. 39, Nordufer); 6. a. osztály: lakáshygiene, a helységek és a vizek hygienéje (elnök: *Gruber*, München); 6. b. osztály: a közlekedés hygienéje (elnök: *Schwechten*, Berlin W. 35, Derfflingerstr. 5); 7. osztály: Katona-, gyarmat- és hajó-hygiene (elnök: *Kern*, Berlin NW. 7, Friedrichstr. 141); 8. osztály: demographia (elnök: *van der Borght*, Berlin W. 10, Lützow-Ufer 6—8). Az előadások az illető szakosztály elnökénél jelentendők be. A tagsági díj 20 márka.

A német orvosok és természetvizsgálók jövő évi vándorgyülésüket Drezdában fogják megtartani *Naunyn* elnöklésével.

A német urologiai társulat e hó 16.-án alakult meg. Elhatározták, hogy kétévenként tartanak congressust, még pedig felváltva Bécsben és Berlinben. Elnökké *Frisch* és *Posner* tanárokat, elnökhelyettessé pedig *Zuckerkandl* és *Casper* tanárokat választották. Az első congressus 1907-ben lesz Bécsben.

„Georg Speyer-Haus" névvel a Majna melletti Frankfurtban új tudományos intézet nyilt meg. Vezetője Ehrlich tanár. Czélja újabb vegyi gyógyitó anyagok után való kutatás.

Mai számunkhoz Glück Rezső „Digestol" czimű prospektusa van mellékelve.

„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. RINGER elme- és kedélybetegek gyógyintézete nők és férfiak részére. **Budapest, I., Lenke-út (kelenföldi villamos megálló).**

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

Dr. NIEDERMANN-SANATORIUM (Széchenyi-telepen, az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál) felvesz ideg- és kedélybetegeket, alkoholistákat, morphinistákat leszoktatási gyógymódra. Sürgöny: Budapest. Telephon 79—72. Posta Rákospalota. Prospectus.

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

Orvosi laboratorium: (Szövetség-utcza 14—16.) Vezető: **Dr. Vas Bernát, Poliklinika.** Telefon-szám 90—46.

ERDEY Dr. SANATORIUMA. **Budapest, IX., Bakács-tér 10. Nőbetegek és szülőnők részére.**

PÁLYÁZATOK.

4927/906. szám.

Szeged szab. kir. város hatóságánál üresedésben levő alsótanyai IV. kerületi, esetleg megüresedő még egy külterületi t. **orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az 1886. évi XXI. t.-cz. 80. §-a értelmében főispáni kinevezés útján élethossziglan betöltendő ezen kült. orvosi állások mindegyikével 1600 korona évi fizetés, 800 korona évi napidij és fuvarátalány, négy szoba, előszoba és mellékhelyiségekből álló természetbeni lakás, istálló, kocsiszin, jégverem és két hold föld használása, valamint magángyakorlatra való jogosultság van egybekötve. A kinevezendő orvos a szabályszerű szolgálati idő leteltével a t. nyugdijalap részese.

A szegényeket ingyen tartozik gyógykezelni, a fizetőképesektől ellenben a 132/906. sz. kgy. határozattal alkotott s kormányhatóságilag jóváhagyott szabályrendelettel megállapitott dijakat szedhet.

Felhivom mindazokat, kik a t. orvosi állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. által előirt t. orvosi minősitettségüket, esetleg eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszere lt folyamodásukat Szeged város főispáni hivatalához f. évi ok óber hó 15.-én déli 12 óráig nyujtsák be. Ezen határidőn túl elkésve érkező folyamodások figyelembe nem vétetnek.

Szeged, 1906. évi szeptember hó 15.-én.

Lázár György dr., polgármester.

27,757/906. C. szám.

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

Ezen állással a közmunka és közlekedési Minister úr Ő Nagyméltósága által 1887. évi február hó 24.-én 6830. szám alatt jóváhagyott czím- és illetményszabályzat, illetőleg az ahhoz 1887. évi deczember hó 5.-én 46,652. szám alatt kiadott függelék s legújabban a pénzügyminister úr Ő Nagyméltósága által 1904. évi julius hó 19.-én 47,129. szám alatt az új czím- és illetményszabályzat pótlásául kiadott magas rendelet értelmében az állami vasgyárak hivatalnokaira megállapított V. fizetési osztály harmadik 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 máju- hó 22.-én 31,856. szám alatt jóváhagyott egészségügyi utasítás szigorú betartása mellett és ingyen köteles gyógykezelni.

Felhivom ennélfogva az ezen állás elnyerése iránt pályázni szándékozó orvos urakat, hogy születési, képesítési, illetve működési bizonyitványokkal kellően felszerelt folyamodványaikat alulirott gyár főnökségéhez (Diósgyőr-Gyártelep, Borsodmegye) **f. é. október hó 3.-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 kinevezés után azonnal elfoglalandó.

Diósgyőr, 1906. évi szeptember hó 19.-én.

3—1 Diósgyőri m. kir. vas- és aczélgyár.
Fleischmann, főfelügyelő, gyárfőnök.

2879/1906. szám.

Az almáskamarási körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A körorvos székhelye Almáskamarás, ide tartozik még Nagykamarás, melyet a körorvos hetenként kétszer tartozik meglátogatni.

A körorvos javadalmazása 1400 korona, melyet a két község törvényhatósági jóváhagyástól függőleg 600 koronával emelt fel, 200 korona lakbér és 164 korona fuvarátalány. Látogatási díj nappal 40, éjjel 80 fillér.

Pályázni szándékozók felhivatnak, hogy az 1886 : XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket hozzám **október hó 22.-ig** küldjék be.

A választást október 26.-án fogom megejteni.

Elek, 1906. évi szeptember hó 24.-én.

Mladin Miklós, főszolgabiró.

3694/1906. sz.

A Kis-Pereg és Német-Pereg községekből álló és lemondás folytán üresedésbe jött **kisperegi körorvosi állás** választás útján leendő betöltésére határidőül folyó évi október hó 11. napjának délelőtti 9 óráját Kis-Pereg községházához kitüzöm.

A körorvos javadalmazása: évi fizetés 1200 korona, nappali látogatási díj 50 fillér, éjjeli látogatási díj 2 korona és Kis-Pereg község székhelyén teljesitendő halottkémlésért esetenként 50 fillér.

A körorvos folyamodása esetén kézi gyógyszertár tartására is fel lesz jogositva. E jogositványa gyógyszertár létesitése esetén megszünik.

Felhivom az ezen állást elnyerni óhajtókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a szerint felszerelt pályázati kérvényüket hozzám a választás napjáig nyujtsák be.

Pécska, 1906. évi szeptember hó 18.-án.

2—2 *Senk Ferencz*, főszolgabiró.

2552/1906. sz.

A nagyszebeni m. kir. állami elmegyógyintézetnél újonnan rendszeresitett állandó jellegü és 2000 korona évi fizetéssel, lakás, fütés, világitás és I. oszt. élelmezéssel javadalmazott **másodfőorvosi állásra**, belügyminister úr ő nagyméltóságának folyó évi 86,716. sz. a. kelt rendelete alapján ezennel pályázatot hirdetek.

Felhivom mindazon orvos urakat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy pályázati folyamodványaikat, a melyek a pályázónak magyar honosságát, továbbá az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának II. pontjában előirt minősitését és esetleges egyéb eddigi működését igazoló okmányokkal felszerelendők, egy koronás bélyeggel ellátandók és a m. kir. belügyminister úrhoz czimzendők, hozzám legkésőbb **folyó évi október hó 20.-áig** nyujtsák be.

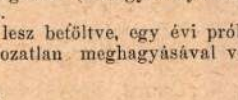
Nagyszeben, 1906. évi szeptember hó 8.-án.

2—2 *A nagyszebeni m. kir. állami elmegyógyintézet igazgatója.*

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator kitünő sikerrel használtatik



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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

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

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

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

Kellemes ízénél fogva felülmul minden eddigi forgalomban levő más készitményt.

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

A gyomorbennék hyperaciditása
ellen alkalikus vizek,
mindenekelőtt „Rohitschi Styria forrás"
sikeresen használtatik.

Helyettest keres
november hó elejétől 8 heti időre
Dr. Pákh Albert, Ohaj, Bars megye.

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

Ideg-szívbetegek, üdülőknek szolgáló **sanatorium létesítéséhez** e szakmához értő

vezető orvos kerestetik.

Alkalmas telek és épületek megfelelő helyen, valamint elsőrendű specialista támogatása biztositva. Szives jelentkezések **„Sanatorium"** alatt a **„Petőfi" kiadó-vállalathoz** intézendők.

MERAN, „BALOG" VILLA
diaetetikus intézet az új Curmittelhaus mellett.
Állandó orvosi felügyelet, sanitaer és modern kényelem, villanyvilágitás, lift, központi fütés. (Tuberculotikus betegek kizárva.) 1906. szeptember 15-én nyilik meg. Prospektussal szivesen szolgál
Neugebauer Hermann. **Dr. Balog Lajos.**

BIOTIN
sulphoguajacol-készítmény.

Javalva van mindazon esetekben, melyeknél a sulphoguajacolt (azonos a thyocollal) előnyös formában adagolni szükséges, tehát **tuberkulosisnál, a tüdő chronikus hurutjainál, emphysema,** a légző szervek hurutjainál s **scrophulosisnál.**

Lázcsökkentő hatású Az éjjeli izzadást megszünteti.

Kellemes izű folyadék, gyermekek is szivesen veszik be. Napi adagja felnőtteknek 3—4 kis evőkanállal, gyermekeknek 2—3 kávéskanállal evés előtt fél órával.

Ára 2 korona.

Készíti:
Szüsz István gyógyszerész, BUDAPEST, VII., Csömöri-út 28. sz.
Kapható minden gyógyszertárban.

Téli fürdőkúra
a Szt.-Lukácsfürdőben

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