51. évfolyam. 22. szám. *Budapest, 1907. junius 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. TANÁR,
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 KÖZLEMENYEK.

Bálint Rezső és Engel Károly: Közlés az I. sz. belorvostani klinikáról. (Igazgató: Korányi Frigyes egyet. tanár.) Adatok a tachycardia paroxymalis klinikájához és mechanismusához. 407. lap.

Steiner Pál: Közlés a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., egyet. ny. r. tanár.) A klinikán 1897 óta végzett vesekiirtásokról és vesesecretioról. 410. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Dr. E. Krompecher:* Kristallisation, Fermentation, Zelle und Leben. — *Lapszemle. Gyógyszertan. Körner:* Hydrargyrum praecipitatum album pultiforme. — *Stepp:* A digitalis-forrázat romlásának megakadályozása. — *Belorvostan. Munter:* A physikai gyógyitásmódok jelentősége a diabetes kezelésében. — *Stursberg:* Addison-kór. — *Idegkórtan. Idelsohn:* Az időszakos sántitásról. — *Sebészet. Siegel:* Az appendicitis összefüggése a bélhuruttal. — *Coley:* A hosszú csontok sarkomái. — *Montigel:* A vioform használata csont- és izületi tuberculosisban. — *Landwehr:* A térdkalácstörés sebészi kezelése. — *Ewald:* Tanács a carcinoma mammae miatt végzett mütéteknél az utókezelésre vonatkozólag. — *Wollenberg:* Arthritis deformans és idült izületi csúz eseteiben végzett makro- és mikroskopi vizsgálatok. — *Bőrkórtan. H. Jansen* és *E. Delbanco:* A Finsen-féle fénykezelésnek hatása a lupus vulgarisra szövettani szempontból. — *Nagelschmidt:* A methylenkék használata a dermatotherapiában. — *Húgyszervi betegségek. V. Lüth:* A prostatitis gonorrhoica gyógyitása. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Michaelis:* Fibrolysinnel meggyógyitott heges bárzsingszükület. — *Müller:* A protargolkenőcs hegesztő hatása. — *Zweig:* Túlságos gyomornedvelválasztás. — *Mautner:* Maltosikat. 414—418. lap.

Magyar orvosi irodalom. Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 418. lap.

Vegyes hirek. — Pályázatok. — Hirdetések. 419. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 420—422. lap.

Melléklet F. Hoffmann-La Roche et Cie czég „Thephorin“ készitménye. — Arnau a. E. czég „Salimenthol“ készitménye.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés az I. sz. belorvostani klinikáról. (Igazgató: Korányi Frigyes egyet. tanár.)

Adatok a tachycardia paroxymalis klinikájához és mechanismusához.[1]

Irta: *Bálint Rezső* dr. és *Engel Károly* dr.

A szív-physiologia az utolsó évtizedben gyökeres átalakuláson ment és megy keresztül, a mely átalakulás a szívizomzat automatismusának jegyében áll. Az automatikus működés, mely a legtöbb, talán minden vegetativ szerv működésének alaptulajdonsága és a melyet újabban Biedermann és Loeb még a harántcsikolt izomzatnál is kimutatott, Engelmann és mások vizsgálatai alapján a szívre nézve is beigazolást nyert s az ú. n. myogen theoria hatalmas lépésekkel foglalja el souverain helyét a szív physiologiájában a neurogen theoriával szemben. E theoria szerint, mint tudjuk, a szív automatikusan működő szerv s az idegrendszerrel való összeköttetése csak a külső vi szonyokhoz való alkalmazkodásra szolgál. A szívizomzatnak önálló sajátságai vannak, melyek az idegrendszertől függetlenek, de az idegrendszer által befolyásolhatók. E sajátságokat Engelmann négy csoportba osztotta és pedig: az automatikus ingerképzés, az ingerlékenység, a contractilitás és az ingervezetés csoportjába s az idegrendszernek az egyes sajátságokra való befolyását chronotrop, bathmotrop, inotrop és dromotrop befolyásnak nevezte el.

A szívizomzat sajátságainak e részletes tanulmányozása és megállapítása természetesen a pathologiát sem hagyta érintetlenül. E sajátságok ismerete alapján kezdték megitélni a szívösszehúzódások pathologikus megnyilatkozásait s főleg a rhythmuszavarok voltak azok, a melyek az új theoria alapján új, beható értelmezést nyertek. Az arhythmiás szívműködés és pulsus e tanulmányozása egész új színben tüntette fel annak jelentőségét és biztosabb alapul állította oda a szív állapotának megitélésére.

E kutatások kihatottak a szív rhythmusának minden változására s így természetesen a rohamokban jelentkező tachycardiára, a tachycardia paroxymalisra is, mely e rhythmuszavarok legrejtelmesebbike és talán legérdekesebbje. Régebben csak okait, az idegrendszerrel való összefüggéseit kutatták, újabban belenyúltak annak mechanismusába is. S ha ennek lényegét nem is ismerjük még biztosan, a betegség magában is annyira érdekes s a tachycardia mechanismusának elemzése annyi új szempontot foglal magában, hogy indíttatva éreztük magunkat e dolgok rövid tárgyalására annál is inkább, mert eseteink a casuistika szempontjából is jelentős adatokat mutathatnak fel.

A paroxysmusos tachycardiának főtünetét, mint tudjuk, a hirtelenül rohamszerüen beálló tachycardia alkotja. Sok esetben a roham csak ebből az egyetlen tünetből áll. Más esetekben számos ideges és más tünet kiséri a tachycardiát. Mielőtt azonban ezeknek a tárgyalására áttérnénk, közölni óhajtjuk az általunk észlelt esetek kórrajzi adatait, hogy azután ezeknek alapján folytathassuk tárgyalásainkat.

I. *M. S.* 20 éves, lakatos. Hereditás semmi irányban sem mutatható ki. 5 éves koráig angolkórja volt, járni sem tudott. 10 éves korában tüdőlobon ment át. Jelen baja 8 évvel ezelőtt vette kezdetét. Műhelyben dolgozott s egyszerre egy gép szija elkapta s a földhöz vágta. Jelentékenyebb sérülést nem szenvedett, de hirtelen erős szivdobogás fogta el, melyet erős szivtáji fájdalmak kisértek. A szivdobogás körülbelül egy óra hosszat tartott, eszméletét nem vesztette el, és semmi egyéb tünetet nem észlelt. A roham elmultával testileg teljesen jól érezte magát, de a kiállott szivtáji fájdalmaktól való félelem egyre bántotta s mintegy kényszergondolattá változott nála. Egy hét mulva a baleset után a nevezett félelmek jelentékeny növekedése közben újból elfogta a szivdobogás. Ez a roham már körülbelül három óráig tartott, de még mindig csak a szivdobogás volt az egyetlen tünet. Ezután valamivel nagyobb időközökben jelentkeztek hasonló rohamok mindinkább növekedő időtartammal. A következő évben a rohamok körülbelül hónaponként jelentkeztek, egyszer azonban fél napig s később $1^1/_2$—2 napig is tartottak. Ekkor azonban már újabb tünetek is járultak a szivdobogáshoz és pedig főleg nehézlégzés és köhögés, a mikor is véres köpetet üritett. E közben észlelte azt, hogy bár a rohammentes időben teljesen egészségesnek érezte magát, mégis majdnem munkaképtelen lett, a mennyiben testi munkánál, hajolásnál is fenyegette a

[1] A budapesti kir. orvosegyesület 1907 január hó 5.-i rendes ülésén tartott előadás.

roham beállta, melyet megszüntetni nem tudott. 1901-ben a rohamok mind súlyosabbá lettek, alattuk a szívdobogás fokozott mértékben volt meg, a nehézlégzés hasonlóképen, a szívtáji fájdalmak rendkivül kinzóvá lettek s a mi fő, a rohamok mind hosszabb ideig tartottak; egy roham 12 napig tartott. Ekkor a dologkórházba vétette fel magát, a hol 2 évig feküdt; rohamait injectiókkal meg tudták szüntetni, de beálltukat megakadályozni nem tudták. Az utolsó évben a rohamok újabb tünetekkel gazdagodtak. Minden roham alkalmával ugyanis a szívdobogás, majd nehézlégzés beállta után lázat kapott, melyet az utóbbi időben rázóhideg vezetett be, azonkivül igen heves csikaró jellegű fájdalmak jelentkeztek a hasában, melyeket hasmenés követett, e tünetek rendesen több napig tartottak s a roham vége felé és után mindkét felső és alsó végtagjainak distális részén fájdalmatlan hólyagok keletkeztek, melyek pár nap alatt pörkképződéssel gyógyultak. A kórodára roham közben vettük fel. Előző napon egy barátjával sétált az utczán, s egyszerre déli 12 órakor teljes jólét közepette hirtelen elfogta a szívdobogás szokott érzése. Egy idő mulva ehhez nehézlégzés társult; e tünetek azonban oly kevéssé befolyásolták közérzését, hogy sétáját délután 3 óráig folytatta, a mikor is hazament, lefeküdt s borogatásokat rakott szívére, a melyek azonban a szívdobogást nem tudták megszüntetni. 1/22-kor éjjel hosszútartamú rázóhideg után 39·8-re ment fel a hőmérséke; keveset s szakgatottan aludt; reggelre heves feszülő fájdalmakra ébredt, melyek jobb bordaíve alatt székeltek, majd hasmenése jelentkezett. Reggel bejött a klinikára, miközben az úton újból kirázta a hideg. A klinikán rögtön ágyba került. Kérdéseinkre különben elmondja, hogy bár eleinte állandó félelemérzés gyötörte a rohamokkal szemben, az utóbbi időben azonban ez is elmult és psychice teljesen normálisnak érzi magát; csak arról tud beszámolni, hogy időnként álmából arra ébred, hogy egész testében összerázkódik, egyéb idegpanaszai nincsenek; rohammentes időben különben testi állapota teljesen jó.

Felvétel 1904 junius 24. Jól fejlett és táplált férfibeteg. Ép csont- és izomrendszer. A bőr a peripheriás részeknek megfelelőleg — főleg a füleken, orrczimpán és ajkakon — livid, kékesen elszínesedett. Az alkarnak és kéznek, a lábszár distális részének és a lábnak bőre élénkvörös színeződést, mutat, s rajta gombostűfejnyi egész fillérnyi alapú, híg savóval telt hólyagok láthatók, melyek fájdalmatlanok. Erős dyspnoe; a légzések száma 84. Szivcsúcslökés az V. bordaközben a bimbóvonalban intensiv lüktetés alakjában érezhető. A pulsus puha, alig érezhető, nem olvasható. A sphygmogrammon olvasott szám 264. A szivtompulat jobb felé kissé meghaladja a jobb szegyszélt. A szivhangok tiszták, embryocardiás typust mutatnak, zörej sehol sem hallható. A tüdőhatárok valamivel lejebb állanak. A tüdők felett diffus hurut. A máj a bordaívet majdnem tenyérnyire meghaladja, széle legömbölyített, felülete sima, tömött, nyomásra, de spontan is rendkivül érzékeny. A lép nem nagyobb. A vizelet világos borsárga, 1018 fs., savi, idegen alkotórészeket nem tartalmaz. A köpet rózsaszinű, erősen véresen festenyzett. A beteg hőmérséke 37·7°.

Estére a hőmérsék 38·7°-ra megy fel, különben az állapota nem változik. Pulsus 238.

Május 25.-én a reggeli visitnél pulsus 240; 9 órakor a roham hirtelen megszünt. A pulsusszám 10 órakor 88, a közérzet megkönnyebbült, a dyspnoe csökkent. A szivcsúcslökés a bimbóvonalon belül tapintható, de jobb felé még meghaladja a jobb szegyszélt. A tüdőhatárok mélyek, a tüdők felett igen sok apró hólyagú szörtyzörej, helyenként subcrepitatio, búgások, füttyhangok hallhatók. A köpet még mindig erősen vérrel festett. A májtáj kevésbé érzékeny. A kezeken s lábakon egyre fejlődnek hólyagok, melyek között genynyel teltek is találhatók. A hőmérsék 37·8°. Délután a hőmérsék 37·4°. A pulsus 86. A légzés még mindig 44. A szív jobb felé csak a jobb szegyszélig ér. A szivműködés nyugodt. A pulsus 88, elég telt és feszes.

Május 26. A beteg láztalan. A szivműködés teljesen nyugodt, a szivtompulat nem nagyobb. Pulsus 52. *A szív felett hallgatódzással szintén csak 52 összehúzódás konstatálható. Extrasystolék nincsenek.* A tüdők határai majdnem rendesek, a köpet jóval kevesebb, a köpés még véres. A légzés azonban még mindig igen szapora, perczenként 44. A máj nem érzékeny, visszafejlődőben van. Este pulsusa 56, teljesen rendes, semmi arhythmiát nem mutat.

Május 27. Hőmérsék 38·6°. Erős szédülésről panaszkodik. Szivműködés nyugodt. Szivlüktetés, valamint pulsus száma 48. Szív felett semmiféle rendellenes hang vagy zörej nem hallható. Szív-, tüdőhatárok rendesek. A köhögés megszünt. A máj visszafejlődött. Este láztalan. Pulsus 44. A nap folyamán nehány újabb pustula képződött.

Május 28. A beteg láztalan, pulsusa 50, légzése rendes. Teljesen jól érzi magát. Tüdő, szív, májhatárok rendesek. A közérzet jó.

Este pulsus 72, rendes, légzés 20. Normálisnak érzi magát.

Epikrisis. Minthogy az egyes symptomák megbeszélését az összes esetek közlése utánra hagyjuk, csak nehány szót óhajtunk az esetről epikritice mondani. A teljesen typusos kezdet, a rohamokban való jelentkezés, magas pulsusszám, embryocardiás typus stb. kétségtelenné teszi, hogy ez esetben tachycardia paroxysmalissal van dolgunk. Az első rohamok csak a szivtünetekből állottak, a későbbi rohamok mind tünetgazdagabbak lettek. E tünetek azonban nem egyforma jelentőségűek. A tünetek egy része t. i. a paroxysmus tüneteként, tehát a szivtünetek mellé rendelt tünetként fogható fel, egy másik része azonban a szivtünetek következményeként szerepel. Ilyen következményes tünet minden kétségen kivül a májduzzanat, mely a roham alatt keletkező acut szivgyengeség által látszik létrehozatni, ilyen részben a tüdőtágulás az igen nagy huruttal, időnként oedemával és vérköpéssel és részben a dyspnoe. Hogy azonban ezek részben mint mellérendelt tünetek is szerepelhetnek, az már abból is kiviláglik, hogy a betegnél a tüdő határainak a rendesre való visszatérése után, a hurut lényeges megesökkenése után, 56 szivverés mellett a légzés még mindig 44, tehát tachypnoe áll fenn. Esetleg a szivműködéstől függőnek képzelhető a bradycardia alatt beálló szédülés. Független illetőleg mellérendelt tünet a láz, a hasmenés és a pustulák. Különösen érdekessé és értékessé teszi az esetet a szivműködés lefolyása a roham alatt, a rendkivül nagyfokú tachycardia, mely hirtelen bradycardiának ad helyet; e jelenség jelentőségének megbeszélését szintén az összefoglaló tárgyalásra hagyjuk.

II. *Sz. R.* 17 éves, lakatossegéd. Hereditás nincsen, izületi gyuladása nem volt. Jelen baja 1905 február havában vette kezdetét. Álmából rendkivül heves szivdobogás riasztotta fel, erős, tüzes jellegű fájdalmat érzett tarkótájában, majd hirtelen eszméletlenné lett. Környezetének állítása szerint ilyenkor rendkivül halvány, görcsei nincsenek. Az eszméletlenség csak 2—3 perczig tartott, magához térve jól érezte magát, álmos nem volt. Vizelete a roham alatt soha el nem folyt. Azóta hasonló jellegű rohamjai gyakran jelentkeztek, többnyire éjjel, néha nappal is. Átlag másodnaponként támadtak, néha egy hétre is kimaradtak, máskor naponként is jelentkeztek, sőt volt nap, hogy ötször is volt rohama. A roham többször érte munkaközben és az utczán is, ilyenkor összeesett, de meg nem ütötte magát soha, mivel a tarkójában támadó tüzes jellegű fájdalom az eszméletlenség bekövetkezését jelezve, erre elkészülhet. Különben jól érzi magát, csak megerőltető munkánál vagy gyors járásnál van szivdobogása és csekély légzési nehézsége.

A beteg első izben 1905. április 8.-ától junius 8.-áig időzött klinikánkon. Ekkor a következő statust vettük fel nála:

Szivcsúcslökés az 5. bordaközben a bimbóvonalon kivül tapintható egy ujjnyira, szivtompulat kifelé idáig terjed, befelé normális. Szivcsúcs felett gyenge systolés zörej hallható, systoles és diastolés haug, a nagyerek hangjai tiszták, a pulmonalis 2. hangja nem ékelt. Szivműködés arhythmiás. Időnként gyors egymásra következő egy vagy két, sőt több szivcsúcslökést lehet érezni, melyeknek megfelelően pulsus vagy egyáltalán nem érezhető vagy csak igen kicsiny, alig érezhető lüktetés van jeleu. A szív felett hallgatódzva, ilyenkor rövid dobbanó systolés hangot lehet hallani, a szív egész területe felett egyenlően mindenütt. A sphygmographiai felvétel azt mutatja, hogy typikus extrasystolékkal van dolgunk; úgy a compensatorius pausa, mint a postcompensatorikus emelkedés igen kifejezett.

Idegrendszer. A látószervek szabadok, a szemfenék ép. Hátul az I—IV. cervicalis segmentumra kiterjedő bőrhyperaesthesia található, hasonló bőrhyperaesthesia található elül is, baloldalt a 3—4. bordaközben kifelé a bimbóvonalig terjedően, befelé a sternum jobb szélét kissé meghaladva. Erős vasomotorius labilitas; a mély reflexek fokozottak.

A klinikai észlelés alatt a betegnél eszméletlenséggel járó roham észlelhető nem volt. Ellenben gyakran, úgyszólva naponta, sőt naponként többször is volt nehány percz egész 1—1½ óraig tartó rendkivül heves szivdobogással járó rohama. Ezen rohamoknak lefolyása a következő volt. A beteg hirtelen jelenti, hogy a szivdobogás beállott. A betegnél rendkivül heves, gyors, az egész bal mellkasfelet megrázkódtató szivütések tapinthatók, melyek oly gyorsan következnek egymásra, hogy alig számlálhatók, számuk mintegy 230—240. Ezen idő alatt a beteg arcza halvány, erős tarkófájdalomról panaszkodik, teljesen eszméleténél van. Légzés kissé dyspnoes, száma perczenként 32. A pulsus alig tapintható. A beteg arcza aggodalmat nem fejez ki, kérdésre azonnal, elég élénken felel. A beteg hirtelen jelzi, hogy a szivdobogás megszünt. Előbb halvány arcza erősen kipirul, erősen szédül. A szivdobogás megszünt; úgy a szíven, mint a pulsuson órákig fennálló arhythmia követi a rohamot, az arhythmia typusa extrasystolés jelleget mutat. Ezen kifejezett rohamok mellett a betegnél kisebb abortiv rohamok is voltak jelen.

Ilyenek például, hogy a betegnél a nagy rohamnak megfelelő szivdobogási érzés, valamint typikus kezdet mellett csak 106—110 volt a verőérlökések száma, e mellett a pulsus igen gyors, elég magas hullámú. Ezen rohamok is nehány percznyi feunállás után hirtelen szüntek, erős szédülési érzéssel, hosszan tartó arhythmiát hagyva maguk után. Ilyen kisebb rohama a betegnek sok volt naponta, ritkán maradtak ki egy-egy napra teljesen, végül voltak a betegnek olyan rohamai is, hogy a szivdobogás csak nehány másodperczig tartott, a rendkivül kellemetlennek mondott szédülési érzés azonban minden egyes ilyen rohamnál is jelentkezett. Egy izben 24 óra alatt 27 ilyen szédüléssel járó kis rohama volt.

A mérsékelt szivdilatatio fokozódását kimutatni a roham alatt egy izben sem sikerült.

Május közepe táján a kisebb rohamok sűrün követték egymást, ez időben a betegnél feltünő polyuria mutatkozott, a vizelet napi mennyisége 5200—3900-ra emelkedett, sem czukor, sem fehérje benne kimutatható nem volt.

A klinikai megfigyelés alatt volt idő, hogy a beteg szivműködése teljesen normális volt 72 pulsussal, máskor hosszabb ideig tartó állandó szivbigeminia volt jelen 54—60 pulsust kitevő pseudo-bradycardiával.

Feltünő volt a betegnél az úgyszólván állandó tachypnoë; egy izben 72 teljesen szabályos pulsus mellett 40 felületes, gyors légzést lehetett megállapitani a be- és kilégzés végének sajátszerű, szakadozott voltával. Szivincompensationak semmi jele az egész klinikai tartózkodás alatt megfigyelhető nem volt.

A betegnél roboráló eljárást, arsent, majd camphora monobromatát kisértettünk meg hydrotherapiával és elektrotherapiával összekötve a nélkül, hogy 2 hónapi kezelés alatt feltünőbb javulást elérni sikerült volna. A roham gyors megszüntetésére semmiféle eljárás hatásosnak nem mutatkozott.

A beteget 1906 őszén láttuk újból. Előadja, hogy klinikai tartózkodása óta állandóan vannak kisebb-nagyobb rohamjai, néha egy héten át mindennap, de már három hónapra is kimaradtak. A rohamok

alatt eszméletét el nem veszti, de a roham megszünését jelző erős ütési érzés után rendesen 2—3 perczre elsötétedik szeme előtt a világ, úgy hogy nem lát semmit. A rohamokat néha meg tudja szüntetni oly módon, hogy 2 kezével megtámasztja tarkóját és fejét hirtelen hátraszegi. Egyébként igen nagyfokú álmatlanságban szenved, alig alszik többet naponta egy óránál, ideges, türelmetlen, de azért munkaképes, sőt munka közben jobban érzi magát, de nagyon hamar fárad.

Az újabb vizsgálat a betegnél mérsékelt szívmegnagyobbodást tüntet fel, a szívcsúcs felett az első hang tompa, időnként zörejes. Igen kifejezett extrasystolék vannak jelen, néha hosszabb időn át minden 3. szívösszehúzódást extrasystole követ typikus postcompensatorius pausával. Máskor kifejezett szívbigeminia volt észlelhető, a pulsuson csak bradycardia. Igen érdekesek voltak a vizsgálat közben néha hirtelen keletkező, erős, a mellkasfalat megrázkódtató, egymást felette gyorsan követő, 7—8 sőt 15—18-as csoportot is kitevő szívösszehúzódások, melyek alatt pulsus tapintható nem volt. A beteg szolgálatban áll, a klinikára magát fel nem vétethette, rohamokat nála ambulans jelentkezésén észlelni nem sikerült.

Epikrisis. Kifejezett neurastheniát feltüntető egyénnek typusos tachycardiás rohamairól van ezen esetben szó. Az eset több szempontból érdekes. Első sorban a roham alatt keletkező ideges jelenségek szempontjából, ilyen az eszméletlenség, a vasomotorius tünetek, a polyuria; másrészt a később részletesebben tárgyalandó epilepsiával való analogia szempontjából, melyre ebben az esetben a nagy epilepsiás rohamoknak, petit mal-nak és absence-nak megfelelően különböző intensitású tachycardiás rohamok utalnak. Az általános neurastheniának felel meg a szív állapota; a szívtünetek, a sphygmogramm értelmezése, mint még részletesen kifejtjük, a szív nagyfokú ingerlékenységének felvételét engedik meg. Igen érdekesek ez esetben a 16—20 rendkivül gyors szívösszehúzódásból álló abortiv rohamok, melyek a tachycardiás roham létrejöttének magyarázatára igen értékes felvilágositást adnak.

III. *R. M.* 29 éves magánzó. Első izben 1902 márczius 4.-étől május 29.-éig, másodizben 1906 október 24.-étől november 1.-éig tartózkodott klinikánkon. Egy testvére tüdőtuberculosisban halt meg, anyja rendkivül ideges, egy testvére ideges szivbajban szenved, 20 éves kora óta köhög, időnként lázas, igen gyakran ismétlődő és olykor hetekre és hónapokra elhúzódó vérköpése szokott lenni. Szivdobogással járó első rohamjai 7 év előtt minden kimutatható ok nélkül keletkeztek. A beteg szívverése ilyenkor saját megfigyelése szerint 180—200 volt, a roham alatt légzési nehézség nem bántotta, csak igen gyengének érezte magát, sajátszerű fojtogató érzése, máskor szédülése és émelygése volt. A rohamok kezdetben 2—3 hónaponta támadtak, 1902-ben azonban igen sűrűn, szinte másodnaponként jelentkeztek, miért is akkor a klinikára vétette fel magát. A klinikán akkor jobboldali csúcshuruton kivül jelentékenyebb elváltozás szervezetében megállapítható nem volt. A klinikán való tartózkodása közben a rohamok hosszú sora volt nála megfigyelhető. Rendesen minden ok nélkül, néha vizsgálat közben hirtelen állott be a szivdobogás, mint egy izben megállapitható volt, az érlökések száma néhány pillanat alatt emelkedett fel 72-ről 180-ra.

Roham alatt kiterjedt szivlüktetés tapintható, a kopogtatás a szívnek normális nagyságát mutatja ki. Roham alatt a légzés nem erőltetett, száma perczenként 20, a beteg felkel, fenn is jár. A pulsus jól tapintható. A roham alatt jobboldalt hátul a 3. és 4. háti segmentumnak megfelelően hyperaesthesiás zóna jelenik meg, némely roham alatt a betegnek intensiv, alsó állkapcsába, bal fülébe és bal karjába kisugárzó fájdalmai voltak. A roham átlag 2—6—8 óráig tartott, 2 izben 30 óráig tartó roham is volt megfigyelhető, a nélkül, hogy bármilyen szivgyengeségi vagy pangásos tünet mutatkozott volna. A rohamot megelőzőleg néha rendetlen szivműködés jelentkezett és többször sikerült ezen időtartamban alkalmazott nagyobb ($1^1/_2$—2 gm.) bromadaggal a rohamot coupirozni. Többször vizsgálat közben szünt meg hirtelenül a roham; rendesen két hosszabb szünet után, melynek megfelelőleg a beteg néha nyakában baloldalt szúró jellegű fájdalmat érzett, átmenet nélkül következett be a lassubb szivműködés; egy izben 180-ról hirtelenül 104-re esett, más alkalommal 180-ról 102-re és egy 3. alkalommal 180—200-ról 99-re. A rohamok alatt vizelete megszaporodva nem volt, ellenkezőleg 900—1300 volt a naponkénti vizelet mennyisége magas fajsúlylyal (1028 - 1031).

Némelykor a rohamot hirtelen mozgással, gyors felüléssel meg tudta szüntetni, ha ily módon nem sikerült, akkor a brom-, morphium- vagy digitalisadagolás is teljesen hatástalan maradt.

Még az 1902. év folyamán ritkultak a rohamok, úgy hogy azóta $^1/_2$—2 hónaponként támadnak $^1/_4$—12—14 órai tartammal és 186—200—220 pulsussal.

1906. év októberében való felvétele alkalmával a tüdőbeli folyamat kissé előbbrehaladottnak mutatkozik. Szivcsúcslökés az 5. bordaközben majdnem a bimbóvonalban tapintható, a szívhangok tompák, a szív motilitása nem jelentékeny, baloldali fekvésben 2 cm.-nyire van a bimbóvonalon kivül. Egy a klinikán hirtelenül beállott roham alatt a verőérlökések száma 188—192-re emelkedett, a szivtompulat teljesen rohamelőtti nagyságot tüntetett fel, tüdőhatárok is normálisak. A pulsus jól tapintható, elég magas hullámú. A pulsust az intelligens beteggel félóránként számittattuk 1—1 perczen át. $^1/_2$10 órakor este 210 volt a pulsusszám, 9 óra 35 perczkor a roham hirtelen megszünt; egy a betegnek öntudatára jövő kihagyás után 9 óra 36 perczkor a pulsusszám 130, másnap reggel90. Roham alatt a vérnyomás megkisebbedett, Riva-Rocci szerint 110 higanymillimeter, a rohammentes időben 135. A vizelet úgy a roham kezdetén, mint a $4^1/_2$ óráig tartó roham alatt mindig magas fajsúlyú.

Epikrisis. Ebben az esetben typusos tachycardiás rohammal állunk szemben. A szív kissé meg van nagyobbodva, de roham alatt nem tágul, incompensatorius tünetek nincsenek, a vérnyomás kicsiny, a beteg közérzete nagyobbrészt jó. Roham után arhythmiás szívműködés nem mutatkozik, a roham előtt azonban egyes esetekben arhythmiás pulsus volt észlelhető s ilyenkor néha a roham nagy brom-dosissal meg volt előzhető.

IV. *B. I.* 56 éves napszámosnő. Hereditas nincsen. Első szivdobogással járó rohama 12 év előtt munkaközben támadt. A szivdobogás rendkivül heves volt, kezdetben csak néhány óráig tartott és ugyancsak hirtelenül nyom nélkül tünt el. Ilyen rohamok kezdetben csak nehányszor léptek fel évente, később gyakrabban jelentkeztek és hosszabb ideig, 1—$1^1/_2$ napig is eltartottak. E hosszabb rohamok alatt lélegzete is nehézzé lett, sőt lábai a bokában meg is dagadtak. Az utolsó hónapban a roham már többször ismétlődött. A legutolsó roham a beteg felvételét megelőző 24 óra előtt keletkezett. Az erősen lesoványodott nőbeteg közérzete a roham daczára elég jó, étvágya zavartalan. Szivcsúcslökés az 5. bordaközben a bimbóvonalon kivül 3 harántujnyira jól tapintható, eléggé körülirt. Pulsus kis hullámú, könnyen elnyomható, teljesen rhythmikus, száma perczenként 240 körül van. Légzés teljesen szabad, nem dyspnoës, száma perczenként 20. Kisfokú bokaoedema. Máj megnagyobbodva nincsen. Szivtompulat kifelé a csúcslökés helyéig ér, befelé mint relativ a jobb szegyszélt 2 ujjnyira meghaladja. Szivhangok tiszták, igen kifejezett embryocardiával. Vizelet napi mennyisége 800 cm^3, fajsúlya 1021, $^1/_2$0/00 fehérjét tartalmaz. Górcső alatt sok uratjegecz és néhány hyalincylinder található. A betegnél a rohamot semmiféle fogással megszüntetni nem sikerült, a felvételi nap estéjén azonban mintegy 32 órai tartam után hirtelen megszünt. A következő napon a szivtompulat valamivel kisebb, az oedema eltünőben. A felvételt követő 3. nap éjjelén rövid ideig tartó roham volt, mindamellett a következő napon a szivcsúcslökés már a bimbóvonalon belül volt, a jobbszív tompulata is csak a jobb szegyszélig terjedt. A betegnél mérsékelt fokú arteriosclerosis állapítható meg, az aorta 2. hangja kissé ékelt. Egy heti tartózkodás után a beteg teljesen jó állapotban hagyja el a kórodát. A vizeletben ekkor fehérje már nem mutatható ki.

Epikrisis. Teljesen typusos tachycardiás rohamok, melyek alatt a szív tágul és incompensatiós tünetek keletkeznek, a melyek a roham után visszafejlődnek.

A leirt 4 eset klinikai megjelenését összehasonlítva, noha általánosságban sok hasonlatosságot mutatnak, mégis sok tekintetben találunk eltérést. Mindenekelőtt nagy eltérések vannak a roham alatt és rohamon kivül felvett pulsusgörbékben, a mely eltérések jelentőségét azonban később óhajtjuk tárgyalni. De vannak eltérések a klinikai megjelenésben is. Van olyan esetünk, a hol csak időnként megjelenő hosszabb-rövidebb rohammal van dolgunk, s van olyan esetünk, a melynél hosszabb és rövidebb, mondhatnám abortiv jellegü rohamok váltakoznak, a mely kétféle roham közt elvi jelentőségü különbség nincsen. Három esetünkben rohamon kivül a szivműködés rendes, az egyikben, ha nincs is tachycardiás roham, gyakran találunk arhythmiás szivműködést. Két esetben a roham majdnem kizárólag a tachycardiából áll, míg a másik kettőben számos más tünet kiséri a szivparoxysmust. Igy különösen első esetünk az, a mely fölötte tünetgazdag, s a mely tünetgazdagságnak rohamról rohamra, évről évre való szaporodása ritka érdekességü észlelet.

Számos, a tachycardiát kisérő tünet azonban nem egy jelentőségü. A tünetek egy része t. i., mint már kiemeltük, a paroxysmusnak a tachycardia mellé rendelt, azzal egyenértékü tünete, míg a tünetek másik része már következményes tünet, a hosszas rohamok által kifárasztott szív incompensatiójának jelensége.

A tachycardiának klinikai megjelenése, eltekintve annak később tárgyalandó mechanismusától, minden esetben azonos. Szapora, 150—300 közt ingadozó, rendesen teljesen szabályos szivverések sorozata ez, a melyek egész typikusan úgy következnek egymásra, hogy a systole és diastole, viszont a diastole és systole közötti szünetek egyformákká válnak, megszünik a két szívhang ereje és hangzása közti különbség is, tehát teljesen typusos embryocardiás szivműködés jön létre. A roham minden esetben typikusan, hirtelenül jelentkezik, a rendes pulsusszám minden átmenet nélkül csap át a tachycardiába; a roham megszünte már nem oly egyöntetü. Egy esetünkben hirtelen szünik meg, s normális szivműködésnek ad helyet, másik esetünkben hirtelen szünik meg, de arhythmiás szivműködésnek ad helyet, harmadik esetünkben fokozatosan megy le a rendes pulsusszámra s végre negyedik esetünkben hirtelen csökken ugyan a szivverések száma, de utána nem normális szivműködés következik, hanem egy lassanként fokozódó bradycardia, mely azután 2 nap mulva ismét lassanként tér vissza a rendes szivműködéshez. A szív viselkedése a roham alatt szintén nem egyenlő mind a négy esetben. A szívhangok ugyan tiszták, zörej sohasem hallható, még azokban az esetekben

sem, hol a rohamon kivül functionális zörejek fennállottak, de eltéréseket találtunk a szív nagysága viselkedésében az esetek között. Két esetünkben a szív nagysága nem változott, a másik kettőben azonban a roham alatt dilatatio állott be. A dilatatio mindenek szerint a szív kifáradásának következménye és másodlagos; az első esetben egy hosszú, súlyos rohamok által kifárasztott szívvel, a negyedik esetben arteriosclerotikus egyénnek a szívével van dolgunk, a mely körülmények a szív kifáradását a roham alatt eléggé magyarázzák. A szívdilatatio jelentőségének tárgyalását azonban későbbre hagyjuk. A vérnyomás a roham alatt kicsiny (második esetünkben 110 higanymillimeter, a rohammentes idő 130 higanymillimeterével szemben).

Sajátságos a légzésnek viselkedése. Négy eset közül két esetben rendes légzés, két esetben erős tachypnoë állott fenn. E tachypnoë, mint nervosus tünet, számos esetben le van irva, s így kell felfognunk második esetünkben is. Ezen leirt tachypnoë egyes eseteiben tüdőtágulás tünetei vannak jelen, szívgyengeség tünetei nélkül; ez esetekben a tüdőtágulás tehát nem secundaer tünet, hanem a tachycardia mellé rendelt, mindenek szerint centrális (phrenikus) eredésü. Másképen áll a dolog első esetünkben. Ez esetben, a mint láttuk, szintén van tüdőtágulás jelen, a mely tüdőtágulás azonban, a tüdőoedema tüneteivel és a véres kiköpéssel egyetemben, a szív kifáradásával látszik okozati összefüggésben lenni, a mely kifáradás a szív tágulásában és a máj acut duzzanatában is megnyilatkozik. Hogy azonban a tachypnoënak létrehozásában ezek ellenére nem szerepelt-e ideges momentum, azt teljes biztonsággal eldönteni nem lehet, mert feltünő volt, hogy a tachypnoë a betegnél még két nappal a roham megszünte után is észlelhető volt, a mikor a szívkimerülés tünetei, a tüdőtágulás, a tüdőoedema, májduzzanat stb. már visszafejlődtek.

Vizeletkiválasztási anomaliát egy esetben észleltünk. Az anomalia a roham alatt beálló hatalmas polyuriában állott és pedig a harmadik betegünknél 3½—4 liter volt a vizelet napi menynyisége, 1002—1003 fajsúlylyal. E polyuria mellett a vérnyomás csökkent volt, a mi a polyuriának ideges keletkezésére vall. Ily polyuriát, mely feltünő analogiát mutat az urina spasticával, mások is észleltek, söt egyes esetekben glykosuriával kapcsolatban.

A mi az emésztési tractust illeti, szintén mutatkoztak eltérések. Így egyik esetünkben hosszabb rohamok alatt az étvágy elromlott, sőt egy esetben hányás is jelentkezett szívgyengeség tünetei nélkül. Nevezetes e tekintetben első esetünk, a hol roham közben igen heves csikaró hasfájdalmak kiséretében gyakori hasmenés állott be. E tünetet ily alakban leirva nem találtuk.

Az idegrendszer viselkedése a roham alatt rendkivül változó volt. Így második esetünkben a roham kezdetén eleinte eszméletlenség állott be, a későbbi rohamok alkalmával az eszméletlenség helyett csak szédülés és rövid ideig tartó sötét látás jelentkezett. Ez eszméletlenségi rohamok mindenesetre egyértelmüek azokkal az epilepsiás görcsökkel, a melyek az irodalom nehány esetében le vannak irva.

Rendkivül érdekes adatokat találunk eseteinkben a rohamokat kisérő vasomotorius zavarokra vonatkozólag. Így második esetünkben egy roham alatt azt észleltük, hogy a beteg orrnyálkahártyája rendkivül bőséges víztiszta váladékot secernált (coryza vasomotorica). Első betegünknél roham közben és vége felé feltünik a végtagoknak erösen vörös elszíneződése, a mely elszínesedett bőrön azután borsó—babnyi, hirtelen, néha szemünk előtt fejlődő, híg váladékkal telt, teljesen fájdalmatlan bullák jelennek meg, melyek azután, mindenek szerint secundaer fertőzés folytán, genyessé válnak, majd hamarosan leszáradnak. E bullosus kiütés az irodalomban egyedül áll, csak egy esetben észleltek (Zunker) hasonló börpirt és herpetikus kiütést.

A betegek subjectiv érzése a rohamok alatt nagyon különböző. Így negyedik betegünk 24 órája fennálló rohammal vidékről jött ambulantiánkra, a nélkül, hogy legcsekélyebb subjectiv kellemetlensége lett volna. Első betegünk is a roham elején még három óráig sétált s tulajdonképen csak akkor kezdte magát rosszul érezni, a mikor a szív kifáradásának tünetei jelentkeztek nála: a nehézlégzés és a májtáji feszitő fájdalmak. Másik két betegünknek a roham kellemetlen sensatiokat okoz. Így harmadik betegünknél a rohammal egyidejüleg állkapcsába és bal karjába kisugárzó fájdalmak jelentkeznek. Második betegünk égető jellegü nyaki fájdalmakról panaszkodott. Legkellemetlenebbnek mondják az összes betegek a roham kezdetét és végét, a mikor is erős ütést éreznek mellükben, néha halálfélelemmel vagy erős szédüléssel társulva.

Hőmérséki eltérést két betegünkön észleltünk. Így harmadik betegünkön a hőmérsék 37·8 C°-ra ment fel. Első betegünkön többszörös rázóhideg jelentkezett ezt követő hőemelkedéssel és pedig a rohamnak olyan időszakában, a mikor azt secundaer jelenségnek, pl. hurutnak következményeként nem foghattuk fel.

A mi már most a nem tulajdonképeni paroxsysmusos tüneteket, hanem a másodlagos, a szívgyengeség által feltételezett tüneteket illeti, ilyeneket két esetben láttunk. Első esetünkben teljes incompensatiós tünetcsoport volt látható, acut májduzzanattal, tüdőoedemával és tágulattal, véres kiköpéssel, dispnoëval és cyanosissal.

Negyedik esetünkben láboedemát és albuminuriát észleltünk. Mindkét esetben szivtágulás is volt észlelhető, a mely szivtágulásnak a roham után való visszafejlődése e tüneteknek is gyors visszafejlődését vonta maga után. Mint hasonló jelentőségü secundaer tünetek fogandók fel természetesen azok a kisugárzó fájdalmak és hyperaesthesiás börzónák is, melyek e két esetben jelen voltak és a melyek megegyeznek azokkal a zónákkal, a melyek a szivkimerülésnél jelentkezni szoktak.

(Folytatása következik.)

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

A klinikán 1897 óta végzett vesekiirtásokról és veseresectioról.

Irta: *Steiner Pál* dr., mütőorvos.

(Vége.)

Ezen eredményeket nehéz a külföldi statistikákkal összehasonlitani, mert ezek nem egységes elvek szerint készültek; mindazonáltal a sebészi beavatkozás értékének mérlegelésére mégis becses útmutatásul szolgálnak.

Israël[16] vesegümő miatt végzett 28 nephrektomiájából a közvetlen operativ halálozásra esik 10·7%, a távolabbi halálozás 17·8%, tehát az összes halálozás 28·5%.

Israel[16*] újabban vesegümő miatt végzett 94 nephrektomiáról számol be; 11 (= 11·7%) meghalt az operatio következtében, 10 meghalt később, függetlenül a műtéti beavatkozástól, 3-nak további sorsa ismeretlen, 70 beteg (= 74·4%) gyógyult.

Krönlein[17] 34 esetben 5·8% operativ és 17·6%, távolabbi halálozásról (8 eset) számol be; 26 esetben, vagyis 76·4%-ban a nephrektomia eredményes volt. E 26 eset közül 6—10 év után 2 meghalt, a többi 24 él. Kiemeli, hogy a solitaer vesetuberculosis 12 esetében operativ halála nem volt, később csak 1 beteg halt meg tüdő-, hólyag- és vesegümőkórban. A kombinált tuberculosis 22 esetére esik ama 8 közvetlen és távolabbi halál. Ha a halálozást ezen esetekre vonatkoztatjuk, a mortalitás 36·3%.

Czerny[18] a *Simon*-féle statistika szerint 27 esetben végzett nephrektomiát, 11 esetben primaer, 15 esetben secundaer módon. Ezek közül él 13 (= 48·1%) és pedig 4, a kinél a kiirtás primaer úton történt (36·3%) és 9, a kinél secundaer úton (50·6%); a 9 másodlagos nephrektomiából 2 nem gyógyult meg teljesen. Így a secundaer nephrektomiák gyógyulási arányszáma *43·7*%. Megjegyzendő, hogy a primaer nephrektomiák operativ halálozása 18·1%, a másodlagosaké 6·02%, vagyis összesen 11·1% volt az operativ halál. A későbbi halálból 22·2% esik a gümős megbetegedésre és 18·5% az intercurrens halálra.

[16] *Israel*: l. c.

[16*] *Israel*: Die Endresultate meiner Nephrektomien wegen Nierentuberculose. Zentralblatt für Chirurgie, 1907, 15. sz., 436 l.

[17] *Krönlein*: l. c.

[18] *Simon*: Die Nierentuberculose und ihre chirurg. Behandlung (Klinik v. *Czerny*) Beitr. z. klin. Chir. 1901. 30. k. 1. f.

König-nek[19] 18 esetben végzett vesekiirtása alkalmával 6 operativ halála volt, melyek közül 3 acut anuria következtében állott be.

Küster[20] 17 esetéből 2 = 11·7%, *Albarran*[21] 57 esetéből 2 = 3·5% az operatio következtében halt meg.

Pousson[22] 23 nephrektomia alapján 3 = 13·05% operativ halálozásról ir, 2 esetben collapsus oliguriával, 1 esetben tetanus volt a halál oka; az életben maradt 20 eset közül meghalt 2 mellkasi tbc. folytán a következő évben, 1 a másik vese insufficientiája folytán 14 hó után, a többi 17 közül 6 esetben még nem telt el 1 év; 1 esetben 7½ év után tüdőgümőkór okozott halált, a többi 10 jelenleg is él 7 év 10 hó—1 év 8 hó közti időben.

Schede[23] 25 nephrektomiája közül 48%-ban ért el végleges gyógyulást. Ennek mértékéül 3 éven túli gyógyulást vesz fel.

Riedel[24] 5 elsődleges és 3 másodlagos nephrektomiájából operatiós halál 2 esetben = 25% volt, egyik esetben peritonitis, 1 esetben miliaris tbc. volt a halál oka, végleges gyógyulást az esetek 50%-ában ért el.

Kümmell[25] 76 vesegümő miatt végzett nephrektomiája közül meghalt 5, ezen halálozások közül 3 azon időre esik, a midőn még nem voltunk a modern vizsgáló eszközök birtokában; mióta ezeket alkalmazza, 65 nephrektomiájából 2 halt meg az operatio folytán (1 sepsis, 1 pneumonia), tehát az összes operativ halálozás 10%, a mely a modern vizsgáló módszerek alkalmazása óta 3%-ra szállt le.

Rovsing[26] 47 esete közül 3 eset, vagyis 6·3% halt meg az operatio következtében; *Eiselsberg*[27] 8 esete közül 2 az első 24 órán belül a másik vese megbetegedése folytán halt meg.

Schmieden[28] gyüjtőstatistikájában (201 eset) operativ halál 59 esetben = 29·4%-ban volt.

Az operatiós halálról a különböző mütőknél vesegümő eseteiben jó áttekintést nyujt a következő táblázat:

Mütő	Esetek száma	Operativ-halál %-ban
König	18	33·3
Riedel	8	25
v. Eiselsberg	8	25
Pousson	23	13·05
Küster	17	11·7
Czerny	27	11·1
Israël	28 (94)	10·7 (11.7)
Kümmell	76	10
Rovsing	47	6·3
Krönlein	34	5·8
Albarran	57	3·5
Dollinger	15	0

Ezen statistikák áttekintése után látjuk, hogy *a mi eseteink alapján kiemelést érdemel operativ halálozásunk 0%-a; ezzel szemben azonban feltünik, hogy eseteink 53·5%-a halt el távolabbi mortalitás következtében, 46·5% él és csak 26·5% teljesen munkaképes.* Ha ezen aránylag rossz végleges eredmény okát kutatjuk, úgy megtaláljuk a magyarázatát azon tényben, hogy *eseteink 53·5%-ában a mütétkor a szervezetben egyebütt is ki volt mutatható a gümös megbetegedés* és véglegesen gyógyult eseteink mind olyanok, a melyekben a mütétkor a szervezetben egyebütt gümöt nem találtunk, vagyis mind olyan esetek voltak, melyeket *Krönlein* mint „egy vese solitaer tuberculosisát a kombinált vesetuberculosis"-tól élesen elkülönit. Épen ezért *Krönlein* azon állitását, hogy „die Exstirpation der tuberculös erkrankten Niere ist eine der erfolgreichsten Operationen" eseteink alapján csakis a solitaer vesetuberculosisra fogadhatjuk el; ezen megszorítással a vesekiirtást tényleg az áldásos és eredménydús mütétek közé kell sorolnunk. (Lásd a túloldali táblázatot.)

[19] *König* und *Pels Leusden*: Die Tuberculose der Niere. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1900. 55. k. 1—2. f.
[20] *Küster*: l. c.
[21] [22] *Pousson*: Contribution à l'étude de la tuberculose rénale. Ann. des mal. des org. gén.-ur. 1905. 23. k.
[23] *Schede-Schmieden*: l. c.
[24] *Riedel-Grohé*: l. c.
[25] *Kümmell*: l. c.
[26] *Rovsing*, l. c.
[27] *Clairmont-Eiselsberg*, l. c.
[28] *Schmieden*, l. c.

V. *Vesedaganatok.*

Vesedaganattal összesen csak 3 esetben volt dolgunk. Ezek vesekiirtásainknak csak 9·37%-át teszik.

Garré nephrektomiáinak ⅓ a tumorra esik, ép igy az *Eiselsberg*-klinikán végzett 40 nephrektomiából 19 esetben daganat javalta a vesekiirtást.

Schmieden gyüjtőstatistikájában 1198 nephrektomia közül 329 eset esik a vesedaganatokra, vagyis 29·3%.

Betegeink kora 38, 38, 39 év volt, nemre nézve 1 fi, 2 nő.

A mi a daganat székhelyét illeti, 2 esetben a jobb, 1 esetben a bal oldalon ült. A daganatok jellegét illetőleg 1 esetben carcinomával, 1 esetben sarkomával és 1 esetben hypernephromával volt dolgunk. Ismeretes, hogy mily ritka a vese rákos megbetegedése, *Eiselsberg* 24 vesedaganatesete, *Garré* 13 esete közül egy esetben sem volt rák jelen, *Hochenegg*[28] (*Albrecht* közlése szerint) 32 roszindulatú vesedaganat közül csak egy esetben észlelt rákot, 28 esetben hypernephroma, 3 esetben sarkoma volt a szövetileg is megerősitett kórisme.

A mi a rosszindulatú daganatok tünettanát illeti, az *Albarran* és *Imbert*[29] által oly jellegző klinikai jelt, a *haematuriát* 2 esetben találtuk, még pedig a carcinoma- és sarkoma-esetünkben; a másik physikai jelet, a *daganat* jelenlétét valamennyi esetünkben megleltük. A functionális tünetek közül vizeletelválasztási zavar 2 esetben volt, a vizeletben genyet, fehérjét mutathattunk ki, a mictio nagy fájdalommal járt. A hypernephrománál a vizeletben, a vizelési aktusnál semmiféle rendellenesség sem volt. Az általános tünetek közül 2 esetben nagyfokú erőhanyatlást, lesoványodást konstatálhattunk, 1 esetben pedig az emésztő tractusban jelentkezett zavarok, hányás voltak jelen.

A betegek bajukat 3, 2, 1½ évre vezették vissza, leglassabban a hypernephroma fejlődött. A mütétek közül 2 esetben lumbális, 1 esetben transperitoneális úton történt a behatolás; a per laparotomiam való behatolást az tette indokoltá, hogy emberfejnyi daganat volt jelen, a melynek kiindulási helyét csak a mütét mutatta meg.

Eseteink részletei a következők:

1. *Veserák.*

A 38 éves férfibetegnél (Klin. Évk. I. k. 429. l. 5. sz.) 1½ év előtt keletkeztek hirtelen fájdalmak, 3 napig tartó vérvizelés kiséretében. 4 hó előtt a jobb vesetájon nyomásérzés, derék- és alhasi fájdalmak jelenkeztek, a fájdalom állandó, éjjel intensitásban erősbödik. A vizelet ez idő óta állandóan véres. A jobb vesetájon a jobb bordaivtől a crista ileiig s az egyenes hasizom külső széléig érő jól kitapintható tumor. Δ jobboldalt —0·68 C°, baloldalt —1·41 C°. A mütét a vese teljes eltávolításából állott lumbális úton; a kiirtott vese kórszövettani vizsgálata carc. fibrosumot mutatott ki. A beteg a mütét után 1 hóval cachexia tünetei közt halt el, a bonczolás általános carcinosist mutatott ki. A bonczolási kórisme: Nephrektomia carc. d. renis indicata. Carcinosis universalis peritonei et pleurae. Infiltratio cancrosa gland. retroperitonealium et peribronchialium. Metastases carcinomatosae permultae hepatis et pulmonum.

2. *Vesesarkoma.*

A 39 éves nőbetegben (Klin. Évk. II. k. 319. l. 3. sz.) 2 év óta fejlődik a jobb vesetájon daganat, ez idő óta a beteg soványodik, gyengül, gyakori vizelésingere van, a vizelete véresgenyes. A jobb hasfélben gyermekfejnyi, a jobb veséből kiinduló tumor. A jobb vese vizeletében Δ = —0·58 C°, bal veséében Δ = —1·40 C°. A phloridzinpróba jobboldalt negativ, baloldalt 0·48 százalék czukrot mutat ki. A mütét lumbális nephrektomiából állott; a vesesarkoma a gerinczoszlopig terjedt, a vena cavát is körül-

[28] *Albrecht*: Beiträge zur Klinik und patholog. Anatomie der malignen Hypernephrome. Archiv für klin. Chir. 1905. 77. k., 4. f.
[29] *Albarran* et *Imbert*: Les tumeurs du rein. Paris, 1903.

Táblázat a vesegümökór miatt végzett nephrektomiákról.

Folyó szám	Kor években	Nem	A bántalom székhelye	A baj fennállása	Kóroktani tényező	Tünetek		Hólyaggümő	Tüdőgümő	Műtét	A műtét ideje	A műtéti seb zárása	Távolabbi eredmény			
						Tumor	Vizelet						Él	Meghalt	A halál oka	Utóvizsgálat
15	34	nő	jobb	2 év	—	tapintható	genyes	—	—	nephrostomia nephrektomia par morcell.	1897 XII. 11. 1898 I. 29.	sarjadzás	—	1901 I. 20.	typhus abdominalis	halotti anyakönyv
16	32	fi	jobb	4 év	—	tapintható	genyes	—	—	nephrostomia nephrektomia par morcell.	1898 V. 20. 1899 IV. 28.	sarjadzás	—	1906 V. 30.	tüdőgümőkór	orvosi értesítés
17	51	nő	jobb	1 év	10 év óta vándorvese, 1 év előtt ütés	tapintható	genyes	fekély	—	nephrostomia nephrektomia	1899 IV. 26. 1899 VI. 30.	sarjadzás	—	1902 III. 6.	pneumonia cat. chron.	orvosi értesítés
18	28	nő	jobb	7 hó	meghülés	tapintható	genyes	—	—	nephrostomia nephrektomia par morcell.	1899 IV. 26. 1899 VI. 30.	sarjadzás	7½ éve jól van; vizelet tiszta	—	—	orvosi értesítés
19	19	nő	bal	1¼ év	—	tapintható	genyes	fekély	—	nephrostomia nephrektomia	1900 I. 30. 1900 V. 16.	sarjadzás	—	1906 IV. 22.	meningitis bas. tbc. Tbc. pulm., intestin., renis	bonczolás
20	9	fi	jobb	3 év	—	tapintható	genyes	—	—	nephrostomia másutt; nephrektomia	1903 II. 1903 XI. 6.	másodlagos varrat 1903 XI. 16.	3 éve; 19 kgm. súlygyarapodás	—	—	személyes vizsgálat
21	32	nő	bal	3 hó	3 hó előtt pneumonia	tapintható	genyes-véres	kiterjedt fekély	—	nephrektomia	1902 XI. 18.	másodlagos varrat 1902 XII. 6.	—	1904 VI. 5.	tbc. vesicae, renis, pulm., intestin.	bonczolás
22	27	nő	jobb	1 év	graviditas in mense III.	tapintható	genyes-véres	—	—	nephrektomia	1903 IV. 27.	elsődleges varrat	—	1903 XII. 31.	tuberculosis	levélbeli értesítés
23	28	nő	jobb	3 év	—	tapintható	genyes-véres	fekély	a csúcsokban és coxitis	nephrostomia nephrektomia sectio alta	1901 X. 11. 1901 XI. 5. 1904 II. 3.	másodlagos varrat 1901 XI. 27.	6 éve; 1 szülés	—	—	személyes vizsgálat
24	38	nő	jobb	8 hó	nehéz súly emelése	tapintható	genyes-véres, positiv tbc.-bacillus	—	—	nephrektomia	1903 XII. 19.	elsődleges varrat	3 éve; 17 kgm. súlygyarapodás	—	—	személyes vizsgálat
25	32	nő	jobb	9 hó	testvér † tbc.	tapintható	genyes, tuberculin-r. positiv	—	—	nephrektomia	1904 VII. 9.	elsődleges varrat	2 év 9 hó; jól van	—	—	személyes vizsgálat
26	20	nő	jobb	5 hó	—	tapintható	genyes	fekély	csúcsokban	nephrektomia	1904 X. 25.	másodlagos varrat 1904 XI. 14.	—	1906 VI. 24.	tüdő-, hólyaggümő	orvosi értesítés
27	25	nő	jobb		atya, testvér † tbc.	tapintható	véres-genyes	fekély	csúcsokban	nephrektomia	1905 II. 1.	elsődleges varrat	1 év 10 hó; gyakori vizelési inger	—	—	levélbeli értesítés
28	25	nő	jobb	7 hó	gonorrhoea	tapintható	genyes	fekély	—	nephrostomia nephrektomia	1905 IV. 1906 IV. 21.	másodlagos varrat 1906 V. 12.	7 hó; sipoly, hólyagpanaszok	—	—	személyes vizsgálat
29	30	fi	jobb	8 hó	gonorrhoea 6 év előtt	nem tapintható	genyes-véres, positiv tbc. bacillus	fekély	csúcsokban	nephrektomia	1906 XII. 5.	másodlagos varrat	hólyagpanaszok	1907 I. 22.	hashártyalob	orvosi értesítés

infiltrálta s a jobb uretert is körülnőtte. Tekintve ezen anatomiai viszonyokat, érthető, hogy az összes daganatrészek nem voltak eltávolíthatók. A kórszövettani lelet sarkoma fusocellulare medullaret derített ki. A beteg gyógyultan hagyta el a klinikát, de otthon recidiva következtében 5 hóval a műtét után meghalt.

3. *Hypernephroma.*

A 33 éves nőbeteg (Klin. Évk. II. k. 320. l.) 3 év óta vette észre, hogy hasa bal felében daganata keletkezett, mely lassan növekedett, de fájdalmakat nem okozott, véres vizelése nem volt, de időnként hányási inger, hányás bántotta. Az epigastriumtól lefelé emberfejnyi, sima felületű daganat ül, mely majdnem a csípőtaréjig leterjed. Minthogy a daganat eredetét kideríteni nem lehetett, per laparotomiam történt a behatolás, s ekkor kitünt, hogy a bal veséből kiinduló száraz, szürkés-barna, helyenként okkersárga daganat van jelen, a mely fölér a diaphragmának a gerinczoszlophoz való letapadásáig. Az eltávolított daganat 2020 gramm súlyú volt, és *Genersich* tanár vizsgálata szerint górcső alatt typusos hypernephroma képét mutatta. A beteg gyógyultan távozott, de otthon 5½ hóval a műtét után recidivában elhalt.

* * *

Epikritice tekintve ezen eseteket, tehát azt látjuk, hogy *operativ halálozás egy esetben sem volt;* az irodalomban pedig nagy százalék műtéti halálozásról olvashatunk.

Így *Siegrist*[30] 1889-ben a zürichi klinikáról 52·48%, *Herczel*[31] a *Czerny* klinikáról 75%-ról referál, *Geiss*[32] a *Küster*-klinikáról 45·45% halálozásról számol be. *Israël*[33] (1901) 18·6% operativ halállal dolgozott. *Hochenegg*[34] 24 hypernephroma esetéből 8 = 33·3% operatiós halál következtében halt meg, v. *Eiselsberg*[35] 19 tumor miatt végzett nephrektomizált betege közül meghalt 7, a mi 39% operativ halálozásnak felel meg. Ellenben *Krönlein*[36] csak 11·1%, *Kümmell*[37] az új vizsgáló módszerek alkalmazása óta 10% operativ halálról számol be.

A mi eseteinkben a távolabbi eredményt illeti, azt látjuk, hogy betegeink *6 hónapon belül mind meghaltak* vagy áttétel, vagy helybeli recidiva folytán. Az összes statistikák elismerik, hogy a rosszindulatú daganatok esetében mily kevés a kilátás a végleges gyógyulásra. *Albarran* és *Imbert* szerint az összes operált veserákok 80%-a az első 6 hónapon belül recidivál s ha tekintjük a különböző sebészek eredményeit, mindenütt a korai recidiva okozta halál tünik fel. *Schmieden* gyüjtőstatistikája alapján 6·1% végleges gyógyulást említ, v. *Eiselsberg* 11 a nephrektomián átesett betege közül 9-nek ismeri a további sorsát, ezek közül meghalt 6, él 3; ezen 3-nál a műtét óta 3½ év, 1½ év, 5 hó telt el.

Hochenegg 16 esetéből meghalt 9 lokális recidiva és metastasis következtében, 1 pneumonia folytán; jelenleg csak 6 él, ezek közül is csak 4-nél telt el már 3 év és ezen 4 esetből 3-nál késői metastasis jelentkezett.

Jobb eredményről számol be *Krönlein,* a kinek 22·2% gyógyulása van; 9 a műtéten átesett esete közül az egyik 15 éve, a másik még csak 2 év 4 hó óta recidivamentes; a többi 5 eset 7½ hónapon belül recidivahalállal mult ki.

Garré-nak gyógyult 11 nephrektomia esete közül 3 eset 3 hónapon belül recidiva következtében halt meg, 1 éven belül él 3 recidivamentesen, 1—1 esetben 3, 5, 8½ év telt el a műtét óta.

Grégoire[38] összeállítása szerint az irodalomban eddig 31 veserákeset ismeretes, a melyben a nephrektomia óta több mint 4 év telt el recidivamentesen.

Mindezekből az következik, hogy a vese malignus daganatainak műtéti prognosisa kedvezőtlen.

VI. Vesetömlő.

Solitaer vesetömlő egy esetét észleltük, a mely már azért is érdekes, mert ezen kórisme megállapítása diagnostikus nehézségekbe ütközik és mert a conservativ vesesebészet ilyen esetekben méltán jogosult.

A 19 éves nőbeteg (Klin. Évk. III. k. 337. l. 5. sz.) 4 hó előtt heves fájdalmakat észlelt hasa jobb felében, a melyek időszakonként jelentkeztek, 2 hó előtt pedig jobb vesetáján daganat keletkezését vette észre, miközben erőben hanyatlott. A daganat a bal bordaív alól gyermekfejnyi, sima felületű, legömbölyített szélü, fájdalmas tumorként mutatkozott. A vizelés fájdalmakkal nem járt. a vizelet teljesen tiszta, idegen alkotórészeket nem tartalmaz. A jobb vese vizeletében $\Delta = -0{\cdot}88$ C°, a bal vese vizeletében $\Delta = -0{\cdot}76$ C°, phloridzinra mindkét vese prompt élénken választ ki czukrot. Minthogy a daganat provenientiája nem volt bizonyos, a behatolás per laparotomiam történt és ekkor a vese felső polusán ülő cystát találtunk, a mely szalmasárga, tiszta folyadékot tartalmazott. Ezt a közvetlen szomszédos veseszövettel együtt a veséből kimetszvén, a vesét visszahelyeztük. A beteg a veseresectio után gyógyultan távozott. Jelenleg, 2½ évvel a műtét után, teljesen jól van, súlyban 7 kgm.-ot gyarapodott és a műtét óta kétszer rendesen szült.

Az irodalomban *Küster* 30 partiális nephrektomiát említ 16·66% mortalitással, *Schmieden* gyüjtőstatistikájában 34 eset szerepel 4 halálozással. *Riedel* solitaer vesecysta egy esetében a cysta enucleatiojával gyógyulást ért el.

VII. Ren cysticus.

A vese mikrocystikus degeneratioja egy esetben fordult elő. *Schmieden* 1902-ben közölt kimerítő gyüjtőstatistikája szerint eddig csak 25 esetben végeztek ezen kórfolyamat miatt vesekiirtást, még pedig 13 esetben lumbális, 12 esetben abdominális úton. E betegek közül meghalt 7, vagyis az esetek 28%-a; a halál oka 5 esetben, tehát a halálesetek 71·4%-ában a másik vese megbetegedése, anuria, uraemia volt. Ez adat is a mellett szól, hogy mily gyakori a mikrocystikus degeneratio kétoldali megbetegedés formájában s épen ezért ajánlja, hogy ezen megbetegedés esetén csak akkor végezzünk nephrektomiát, ha az eltávolítandó vese teljesen tönkrement és így bizonyos, hogy a szervezet egyensúlyát már eddig is a másik vese tartotta fenn.

A mi esetünkben a 27 éves nőbetegnél (Klin. Évk. II. k. 318. l. 1. sz.) a 3 év óta fennálló jobboldali vesedaganat csak az utolsó 2 hónapban okozott görcsös fájdalmakat, egyébként vizelési panaszok nem voltak. A megejtett lumbális nephrektomia kimutatta, hogy a vese dudoros felszinü, parenchymája teljesen tönkrement, két ökölnyi, átmetszetben az egész vese kicsiny hólyagokból áll, melyeket hártyaszerü falzat választ el egymástól. A hólyagok tartalma tiszta sárgás-pépes anyag volt, kevés tiszta folyadékkal, a melyben húgyalkatrészeket kimutatni nem lehetett. A rekeszek falai mikroskopi vizsgálatnál rostos kötőszövetből állottak, itt-ott vesehámsejtek rendetlen elrendeződésü csoportjaival. Glomerulusnak nincs nyoma.

E beteg jelenleg, 5 évvel és 9 hónappal a műtét után, jól van, vizelési panaszai nincsenek, a vizelet idegen alkotóelemeket nem tartalmaz.

Összefoglalás.

Ha ezek után összefoglaljuk a különböző indicatiók alapján végzett vesekiirtásokat, a melyeket Dollinger tanár az utolsó 9 évben végzett, azt látjuk, hogy 33 esetben nephrektomia történt, még pedig elsődleges vesekiirtás 19, másodlagos 14, nephrektomiakisérlet 1 esetben. Egy esetben pedig veseresectiót végzett.

A behatolás 30 esetben lumbális, 4 esetben transperitoneális volt. Operativ halálozás 2 esetben volt; ismeretlen a sorsa 1 betegnek. Távolabbi halálozás 11 esetben volt s így jelenleg 20 beteg él. Ha ezen eredményeket százalékban fejezzük ki, úgy a következő összeállítást nyerjük:

Operativ halálozás		*5·88%*
Távolabbi halálozás		*32·35%*
Tuberculosis	23·53%	32·35%
Carcinoma	2·94%	
Sarkoma.	2·94%	
Hypernephroma	2·97%	

[30] *Siegrist:* Ueber Nierenexstirpation bei malignen Tumoren. Inaug.-Diss. Zürich, 1889.

[31] *Herczel:* Ueber Nierenexstirpation. (Klinik *v. Czerny.*) Beitr. z. klin. Chir., 1890. 6. k.

[32—37] l. c.

[38] *Grégoire:* Contribution au traitement du cancer du rein chez l'adulte. Thése de Paris, 1905.

Ismeretlen . . . . . 2·94%
Életben van . . . . . 58·83%

Ha ezen eredményeket a külföldi statistikákkal így összeségben összehasonlítjuk, azt látjuk, hogy Dollinger tanár operatív halálozása az összes statistikák közt a legkisebb.

Ezt mutatja a következő táblázat:

I. Gyüjtőstatistika.

Szerző	Esetek száma	Operativ halál
Tuffier	387	33 %
Facklam	88	28·4%
Schmieden	1118	26·9%

II. A mütők statistikája.

Műtő	Esetek száma	Operativ halál %-ban
v. Eiselsberg	40	27·5
Schede	92	26·1
Küster	43	20 9
Krönlein	47	17
Garré	40	12·5
Kümmell	148	6·7
Dollinger	34	5·88

Dollinger tanár vesekiirtásairól a következő táblázat nyujt áttekintést:

Diagnosis	Esetek száma	Lumbalis nephrektomia	Transperiton. nephrektomia	Primaer nephrektomia	Secundaer nephrektomia	Nephrektomia-kisérlet	Operativ halálozás	Távolabbi halálozás	Életben van	Ismeretlen
Nephrolithiasis	8	7	1	5	2	1	2	—	6	—
Ureterolithiasis	1	—	1	1	—	—	—	—	1	—
Pyonephrosis	5	5	—	1	4	—	—	—	4	1
Tuberculosis	15	15	—	7	8	—	—	8	7	—
Tumor	3	2	1	3	—	—	—	3	—	—
Cysta	1	—	1	1	—	—	—	—	1	—
Ren cysticus	1	1	—	1	—	—	—	—	1	—
Összeg	34	30	4	19	14	1	2	11	20	1
		34		34			13			
Százalékban		88·24	11·76	55·88	41·18	2·94	5 88	32·35	58·83	2·94

Ha a távolabbi eredmények főleg vesegümőkór eseteiben még nem is kielégitők, reméljük, hogy az asepsis, karöltve dolgozva a functionális diagnostika megbizható módszereivel, sok oly esetet megment majd, a mely eddig a diagnosis hiányos volta miatt elveszett. Igaza van *Garré*-nak, hogy „minél bizonyosabb a diagnosis, annál rosszabbak a chanceok az operativ kezelésre", ezért törekvésünk itt is a *korai diagnosisra* kell hogy irányuljon s akkor reméljük, hogy az eredmény el nem marad!

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Kristallisation, Fermentation, Zelle und Leben. Eine biologisch-philosophische Studie von **Dr. E. Krompecher,** Privatdozent an der Universität Budapest. Wiesbaden. J. F. Bergmann kiadása. 40 ábrával.

Azokat, a kik ismerik Krompecher fejlődésmenetét, nem lepi meg ezen nemrég megjelent monographiája. Nem hódol vele csupán a természetbölcseleti divat azon új áramlatának, mely körülbelül két lustrum óta a tény- és adatgyüjtéstől fáradt tudományos világban ismét lábrakapott. Mert verejtékes részletkutatásaira eddig is illett volna Claude Bernardnak a biologiáról mondott megjegyzése, hogy ez gyönyörü nagy kupolaterem, mely azonban csak sötét folyosókon és konyhákon keresztül közelíthető meg. Nos, Krompecher mindig vezette olvasóit ezen kupolaterem felé; de akár sejtoszlási munkálatai végén a sejt és a kristály bizonyos analogiáit sejtette; akár szövettani tanulmányai végkövetkeztetéseiben az embryologia alapvető tanait latolgatta: mindig csak egy pillantást engedett azon magaslatokra vetni, melyeken az egyes természeti jelenségek kutatása természetlátássá sürüsödik. Ez egyszer megállapodott ezen regiókban és mi szivesen követjük őt ezekbe is. A mi a munkát értékessé teszi, az szerzőjének nagy egyéni látókörén és sokoldalú olvasottságán kivül épen a kapcsolat előbbi inductiv kutatásai és mostani fejtegetései közt.

A könyv tartalma talán túlgazdag csekély terjedelméhez képest: I. Élet és halál közti vonatkozások. II. Kristályosodás, sejt és élet. III Fermentatio, sejt és élet. IV. Az élet jelensége, keletkezése és magyarázata. Alig van tehát biologiai problema, melyet e kis könyv fel nem ölelne. Természetes, hogy ilyenformán a kérdések nagyobb részét csak messziről érintheti, míg másokba szemlátomást szeretettel mélyed.

Az első fejezet, mely az élet és halál közti vonatkozásokat tárgyalja, csak rövid bevezetés a későbbiekhez. *Weismann*-nak és *A. Hartmann*-nak a protozoonokra felállított halhatatlansági elméleteit tárgyalva, áttér arra a kérdésre, vajjon melyek az élő és az élettelen anyagnak megkülönböztető kriteriumai? Rendesen physico-chemiai, morphologiai és genetikai különbségeket említenek. Régibb felfogások értelmében a mozgás és az ingerlékenység, a sejtekből és szervekből való összetétel az, a mi az életre jellemző; újabban az oszlás bizonyos módjait, az intussusceptio általi növekedést, komplikált vegyi alkatot, enzymek termelését és egy bizonyos önszabályozódást tekintenek az élő anyag kriteriumának. De ezekről is kitünt, hogy nem elvbeli különbségek és hogy az élő és az élettelen anyagok chemiai, physikális és biologiai tekintetben egymáshoz igen közel állanak.

Két példán: a jegeczedésen és fermentatión akarja tételét illustrálni.

A második fejezet a jegeczedés és a sejtképződés közti analogiákat tárgyalja. *Ostwald, Bütschli, Pribram* érdekes nézeteit egyenként ismerteti. A kristály is tud nöni, mihelyt a kellő táplálékot megkapja; van egy fiatalkori szaka, melyben gyorsan nő; a befejezettség szaka, melyben a legbőségesebb táplálék ellenére sem nagyobbodhatik; a kristály is képez koloniákat, mint a bakterium; a kiszáradt spóra analogiája az elmállott kristály csirázó képessége stb. Terjedelmesen foglalkozik *Lehmann* folyékony kristályaival, melyek consistentiája — akár a protoplasmáé — a cseppfolyóshoz áll közel. Ezektől és a tü-, haj-, bakterium- és algaformájú kristalloidoktól — a milyenek különböző sürüségű folyadékrétegek találkozásakor a felületi feszültség kiegyenlítése következtében támadnak — csak egy lépés van az úgynevezett organoidokhoz, melyeknek centruma úgy különbözik a periferiától, mint a mag a protoplasmától. Ezek őse a Traube-féle „sejt", mely sárga vérlúgsó- és rézchlorid-oldat érintkezése által keletkezett (1896). *Herrera, Schroen* és *Leduc* ezen képletek és az organikus

formák közt valóban meglepő analogiákat tudtak felfedezni. Az utóbbi pl. egy mesterséges sejtekből álló és felületes megtekintésre az epithelhez hasonló szövetet tudott létesíteni és ezen sejtek belsejében az átjegeczedést a megtermékenyítés és a karyokinesisek optikai képei alatt végig követhette.

Krompecher áttér most saját, a szakemberek előtt már régen ismert és elismert mitosis-tanulmányainak rövid összefoglalására. Kiemeli, hogy újabban a mitosis irányító és tájékoztató tényezőinek tanulmányozása közben több kutató (*Gurwitsch, Rhumbler*) az átjegeczedés gondolatát vetette fel; ő azonban már évekkel azelőtt közölt olyan leleteket, melyekből a sejt „átjegeczedését" a mitosisban majdnem törvényszerű biztonsággal levezethette. Megállapította először a tetraëder, majd az oktaëder és hexaëder alaki törvényei szerint lefolyó oszlásokat és bebizonyítottnak vehette, hogy a sejtek oszlásakor, azaz egy par excellence biologiai folyamatban, olyan törvények szerepelnek, melyeket eddig csak anorganikus folyamatokra nézve tartottak érvényesnek. Morphologiai tekintetben tehát a jegeczedés épen olyan kevéssé jellemző az anorganikus, mint a sejtképződés az organikus világra nézve.

A III. fejezetben a morphologia teréről a functio terére lép. A mint az előző fejezetben a kristályosodási folyamatot szerepeltette az élő és élettelen világ összekötő kapcsa gyanánt, úgy most a fermentatioban látja a közös vonást. A fermentumok termelése és a fermentatio annyira dominálja az organismusok összes tevékenységét, hogy egyesek szerint (*Hofmeister, Pauli, Ostwald, Pokorny*) az egész anyagcsere és az élet összes jelenségei a fermentumok jól szabályozott összhatásán alapulnak; *Cremer* szerint a zymase is „él"; *Gautier* szerint a fermentumok önmagukból keletkeznek; *Duclaux* azt állítja, hogy az élet keletkezése fermentatiós folyamat. Így az „élet" és a „fermenthatás" fogalmai egyesek előtt teljesen összeolvadnak. De a mikroorganismusok okozta betegségekben is az élő bakterium hatását tulajdonképen különben enzymhatásokra lehet felbontani, a mint ezt *Krompecher* az általa közelebbről tanulmányozott „intoxicatiós tuberculosis" példáján bebizonyítani igyekszik.

Igen szembeszökő már most az ezen organikus erjesztők és az anorganikus katalysatorok közti hasonlatosság. Ismeretesek *Bredig* kisérletei, melyek szerint a katalysatorszerüen ható kolloid fémek ugyanazon behatások által bénithatók, mérgezhetők, mint az organikusok.

Újabban *Bose* vizsgálatai keltettek feltünést; kitünt, hogy az életnek villamos reactioi, tehát olyan erőnyilvánulások, melyeket eddig csak a biologiában ismertek, az élettelen világban is igen elterjedtek. A negativ áramingadozás tüneményét nemcsak növényeken, hanem fémhuzalokon is ki lehetett váltani. Mérgek, magas hőmérsékek megszüntetik, híg szódaoldatok fokozzák, bromkali lassítja az elektromos reactiót. Megölt drótok izzitással, kalapálással ismét felélesztheték. Igen érdekes a fémek, az ón, a vas, a réz ragályos betegségei, melyeket Krompecher futólag érint.

Ezen szempontból tehát szintén nem sikerül az elvi különbséget az organikus és az anorganikus világ közt megkonstruálni.

Az utolsó fejezet merőben különbözik az előbbiektől: actuális természettudományi kérdések helyett a régi, nagy, általános problemákkal foglalkozik. Bár Krompecher ezen reá nézve idegenebb területen is nagy biztossággal mozog és bár irodalmi ismeretei — különösen a legújabb irodalom terén — igen jelentékenyek, mégis úgy látszik, mintha az egységes szempontok a nagy bőségben és tömör formában nyujtott részletek által túlburjánoztatnának. Az élet *„biologiai"* kriteriumát abban látja, hogy új életet tud létesíteni; de általános *„természettudományi"* szempontból azt a definitiót, mely különben nézetünk szerint egy petitio principiit involvál, nem tartja kielégítőnek. Egészen joggal; de miért gondolja ezt a definitiót a *biologia* szempontjából kielégítőnek? És miben különbözik a biologiai szempont az általános természettudományi szemponttól? Az utóbbi megkülönböztetést — amely fejtegetéseiben nagy szerepet játszik — sehol sem találjuk megindokolva.

A vitalismusról, a teleologiáról való mondanivalóit érdeklődéssel olvassuk: Krompecher sem a neovitalisták, sem pedig a tiszta mechanisták táborához nem csatlakozik. Igyekszik előbb a fogalmakat tisztázni és kezdi a czélszerűség fogalmának az elemzésével. *Wundt, Cossmann, Fechner, E. v. Hartmann* fejtegetései alapján ő is elismeri a kauzális és finális szemlélési mód egyenrangúságát. Minden kauzális kapcsolatnak szükség esetén teleologiai formát is adhatunk. A finalitás és kausalitás koordinált és egyenrangú kategoriák, melyek a valóságban mindig egybe vannak kötve és melyek csak az öntudatos gondolkodás abstraháló tevékenysége által választhatók külön egymástól. Ellenben visszautasít minden kisérletet, mely az életjelenségeket bizonyos czélokból *magyarázni* igyekszik. A milyen kevéssé tudjuk az életet azzal megmagyarázni, hogy az okaira vezetjük vissza, épen oly kevéssé tehetjük ezt a czélok szem előtt tartásával.

Az életjelenségek nagy része megtalálja analogiáját a physikai és chemiai jelenségekben és így tehát mechanice magyarázható. Azokat a jelenségeket, melyeket így megmagyarázni nem tudunk, nevezhetjük ugyan vitálisoknak, de csak, miután a vitalismus fogalmából a czélszerűség, a hasznosság gondolatát kiküszöböltük; és minthogy a vitalismus és a czélszerűség fogalmai még erősen össze vannak forrva, Krompecher a vitalista magyarázat helyett „biologiai magyarázatot" hoz javaslatba.

Bár Krompecher nem teszi expressis verbis, mégis az előző fejezetek után, melyek az organikus és anorganikus világ analogiáit ilyen megdöbbentő példákon demonstrálták, azt kell hinnünk, hogy ezt a „biologiai" magyarázatot is csak hiányos physiko-chemiai ismereteink által reánk erőszakolt provisoriumnak tekinti.

Végül azon kényes kérdéshez érkezik Krompecher: milyen világfelfogáshoz vezet bennünket az élet természettudományi kutatása? Itt a vitalismus mint psychologiai és philosophiai kategoria teljes jogosultsággal birna és csakugyan Krompecher egy általa nem részletezett teleologiai világfelfogás hívének vallja magát. Annál sajátszerübb, hogy ezt az elvet az anorganikus világra átvinni átallja és ellentétben könyvének egész szellemével, a monistikus világfelfogás ellen fordul. De minthogy könyvének zárszavai ismét úgy hangzanak: „Minél magasabb az álláspont, melyet az élet elbirálásakor elfoglalunk, annál általánosabbak lesznek az élet kriteriumai és egészen általános philosophiai szempontból az élő és élettelen tárgyak, az organikus és anorganikus törvények közti különbségek elenyésznek", azt kell hinnünk, hogy Krompecher csak egy bizonyos monistikus *rendszer* ellen fordul, talán Haeckel-é ellen, nem pedig maga a monismus ellen; mert a „ἓν καὶ πᾶν" az egyedüli világfelfogás, melynek a modern természettudós hódolhat. *Benedict.*

Lapszemle.

Gyógyszertan.

Hydrargyrum praecipitatum album pultiforme. A hydrargyrum praecipitatum albumot *Körner* nedves úton készitteti, hogy lehetőleg finoman eloszlott állapotban kapja. A még nedves csapadékot fehér vaselinnal kenőcscsé alakittatja. Az ilyen módon készült kenőcs az eddig használatban volt fehér praecipitatkenőcscsel szemben azért előnyösebb, mert kevésbé izgat és gyorsabban hat. Kenőkúrához is használja a 30%-os kenőcsöt, 3—9 grammot dörzsöltetve be naponként. Másodlagos lues eseteiben 4—6 hétig használva az ilyen kenőcsöt, ugyanolyan volt az eredmény, mint a szürke kenőcs használata után, a melylyel szemben azonban az az előnye, hogy nem piszkit. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1907. 10. szám.)

A digitalis-forrázat tudvalevően nagyon hamar romlik. Kevés alkali hozzáadásával *(Focke)* hátráltatható ugyan némileg a romlása; hosszabb ideig eltarthatóvá azonban ilyen módon sem válik. *Stepp* szerint heteken, sőt hónapokon át változatlan és hatásos állapotban marad a digitalis-forrázat, ha kevés chloroformot adunk hozzá, pl. Rp. Inf. fol. digitalis e 1·0 ad 150·0; Chloroformii guttas XXV. M. D. S. 1—2 óránként evőkanálnyit. Nagy fontossága van ennek akkor, a mikor huzamosan akarjuk használtatni a digitalist. Szivbaj és arteriosclerosis eseteiben kitünő eredménynyel használja a szerző a 2 gramm digitalis-levelekből 100 gm. vízzel készitett forrázatot, a melyhez 25 csepp chloroformot tétet. Ebből 2—3 napon át naponként 3 evőkanálnyit vétet be, majd 2 evőkanálnyit, míg az érverések száma perczenként 72—68-ra száll; ezután beszünteti a szer használatát s

csak akkor ad megint naponként 1—2 kávéskanálnyit, ha az érverések száma ismét emelkedni készül; végül az érverések számának állandóan alacsony értéken tartása czéljából egy ideig még naponként 1 evőkanálnyit használtat (Mediz. Klinik, 1907. 20. sz.)

Belorvostan.

A physikai gyógyításmódok jelentőségéről a diabetes kezelésében értekezett *Munter* a XXVIII. német balneologiai congressuson. A diabeteskezelés alapelve az egyén szükségleteihez mért diaetás therapia. Tudományos alapon, észszerűen s a mi a legfontosabb, eredményesen csak akkor gyógyíthatjuk a diabetesben szenvedőt, ha előzetesen meghatároztuk a beteg szervezet czukor-, illetve szénhydratassimiláló képességét és ismerjük a bevitt czukorquantumnak megfelelő kiválasztott czukormennyiséget. Minthogy a czukorbajos szervezetét a bevitt táplálék egy része kihasználatlanul hagyja el, ezen el nem használt részt aequivalens fejérje-, illetve zsír és alkoholkaloriákkal pótoljuk. A physikai gyógytényezők közül a meleget és hideget, mint légfürdőt és vízgyógymódot, nemkülönben a villamosságot, az activ izommunkát és az ezt némileg helyettesítő massaget használhatjuk fel. Úgy a thermotherapiai, mint a vízzel gyógyító eljárások a szervezet hőmérsékletének, az alkalmazott meleg capacitásának, vezetőképességének, quantumának, nemkülönben az alkalmazás intensitásának, térbeli viszonyainak megfelelőleg más és más módon hatnak: a hydrotherapiás eljárásoknál e hatás megitélésekor még a víz tömegének mechanikai, esetleg chemiai befolyását is számba kell vennünk.

A hőhatásnak, a hogy azt Pflüger, Voit és Pettenkofer vizsgálataiból tudjuk, vannak bizonyos élettani alapelvei: ha a meleg csak mint ideginger hat, a nélkül, hogy a szervezet hőmérsékletét befolyásolná, csökkenti az oxydatiót, míg a hideg, mint ideginger fokozza az élenyülést. Ha a meleghatás következtében emelkedik a testhő, élénkül az anyagcsere is, míg a testhőt csökkentő hideghatás az oxydatiót hátráltatja, utóhatásában azonban, minthogy a szervezet a hőveszteséget pótolni igyekszik, fokozza az élenyülést. A test hőmérsékletét növelő meleg hatása alatt fokozódik tehát az N-mentes és N-t tartalmazó anyagok szétesése, de a szervezet kaloriaszükséglete *lehűtéssel* is fokozható, a mennyiben a testtől elvont meleget szervezetünk fokozott hőtermeléssel igyekszik helyrepótolni. Ezen czélra a fokozatosan lehűtött félfürdők, hideg egészfürdők, nemkülönben szénsavas sósfürdőket alkalmazzuk: az utóbbinál (25 C° mellett) 35 percz alatt a szerző 95 kgm. testsúlyú egyén végbélhőmérsékletét 0·8 C°-kal látta sülyedni, a mi a chemiai befolyás figyelembevétele nélkül is 80 caloria. A hideg illetve meleg ily módon való alkalmazásával erős, plethorás, túlságosan táplált könnyű diabeteses betegeken érünk czélt. A testhő emelkedése mellett, főképen N-mentes anyagok hiányában, a szervezet N-tartalmú részei esnek szét; ez utóbbinak a czukorbajhoz társuló köszvény esetén látjuk hasznát s ily esetekben fokozatosan 35—40 C°-ra felmelegített 15—30 perczig tartó sósfürdő alkalmazása lesz helyén való. Ha pedig inkább a N-mentes anyagok nagyobbfokú szétesését óhajtjuk s a hol e mellett a szívműködés élénkítése és az érrendszer tonusának fokozása is javalt, a hideg fürdőket fogjuk alkalmazni.

Ha az assimilatio élénkítésével a testsúly gyarapodását óhajtjuk elérni, *indifferens* hideg vagy meleg fürdőket alkalmazunk, melyek a testhőmérsékletet *nem* befolyásolják.

A melegelvonást mozgással is kombinálhatjuk. Természetes, hogy a hideg alkalmazásától súlyos diabetes-esetekben, idős egyéneknél, súlyos arteriosclerosis és szívgyengeség mellett óvakodni fogunk; épen úgy kerüljük a hidegvizes kezelést idegzsábában, vesebajban és idült fertőző bántalmakban szenvedő czukorbajosoknál.

A czukorbeteg kezelésének egy másik, ugyancsak sarkalatos pontja, hogy akár túlbő táplálással és a kaloriaszükséglet emelése révén is, de növeljük a szervezet czukorelhasználó képességét; így ugyanis nagyobb szénhydratquantumot fogyasztván el a beteg, könnyebben táplálható, szervezete a szénhydratok hiánya miatt nem szenved s a czukorkiválasztás csökkentése által a vesék is kevésbé sérülnek. Egyébként a hydrotherapiás eljárásoknak nemcsak a czukorvesztésre, de általában a diabeteses szervezet minden életműködésére, különösen pedig az idegrendszerre van kedvező hatása. A sovány, lefogyott czukorbajosok hydrotherapiás kezelésének igen mérsékeltnek kell lenni, mert ezeknél a vízgyógymód alkalmazásával *csak a sejtek potentiális energiáját óhajtjuk emelni*, nem pedig a kaloriaszükségletet, a *consumot*.

A villamosság a diabetes kezelésében két szempontból alkalmazható: egyfelől a galvanáram a czukorbajhoz szövődő idegbántalmak kezelésénél, másfelől a faradizálás mint a passiv gymnastika egy neme érdemel figyelmet (pl. faradikus fürdő). Ellenjavalt a faradizálás érelmeszesedésben szenvedőknél és egyéb okból származó magas vérnyomás esetén.

Bouchard és Trousseau már tudták, mily kedvező befolyást gyakorol a diabetesben szenvedők anyagcseréjére az *izommunka*. Külz vizsgálatai pedig a mellett szólnak, hogy az izommunka eme befolyása is egyéni: egyik betegnél hasznos, a másiknál pedig fokozza a glycosuriát. Mering szerint pedig csak a kimerítő izommunka befolyásolja a czukorkiválasztást; érdekes, hogy ilyenkor a fokozott czukorelhasználás nem jár fokozott fehérjeszéteséssel, csak zsírbontással. Mering tapasztalataiból tudjuk, hogy a *rendszeres izommunka a szervezet czukorelhasználó képességét tartósan fokozza*, vagyis a szervezet növekvő assimilatiós képességével épen úgy fokozódik a szénhydratok iránt való tolerantia, mintha bizonyos ideig szigorú, szénhydratmentes diaetára fogtuk volna a beteget; azonban itt is individualizálni kell. Egyfelől ugyanis a túlhajtott izommunka káros lehet a szívre, másfelől pedig súlyos és középsúlyos diabetes eseteiben fokozott izommunka nem alkalmazható, mert az ilyen beteg már egyáltalában nehezen tartható jó erőben.

A consum növelésére és így a szénhydrat-tolerantia fokozására igen alkalmas mód a meneteles úton való gyalogolás, a kerékpározás s ezeket némileg helyettesíteni volna hivatva a *massage*. (Berliner klinische Wochenschrift, 1907. 17. szám.)

Halász Aladár dr.

Addison-kór két esetét irja le *Stursberg* docens a bonni belklinikáról és esetei kapcsán megjegyzéseket füz ezen betegség kórjelzéséhez. Véleménye szerint két jel segíti elő legfőképen a kórjelzést, úgymint a rendkivül nagyfokú testi és szellemi adynamia, a mely feltünő ellentétben van az aránylag kedvező táplálkozási állapottal, azután a vérnyomás erős csökkenése, a melynek oka gyanánt eltérés a szív részéről nem mutatható ki. Ha ezen két jelhez kimutatható ok nélkül támadt gyomorbélzavarok is társulnak, az Addison-kór diagnosisát jogosultnak tartja, még ha nem is mutatható ki rendellenes pigmentálás a bőrön és a nyálkahártyákon. Nagyfokú gyengeség karöltve aránylag kedvező tápláltsággal súlyos anaemia eseteiben, valamint psychosisokban és neurosisokban is előfordulhat; ezek a bajok azonban a vérvizsgálat és a betegeknek egyébként való viselkedése útján könnyen elkülöníthetők az Addison-kórtól. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1907. 16. szám.)

Idegkórtan.

Az időszakos sántításról *Idelsohn* (Riga) 54 észlelet alapján mond véleményt, közülük 38 typusos eset, 16 atypusos volt. Az első csoportban az egyik vagy mind a két lábon állandóan hiányzott az egyik vagy mind a két verőér lüktetése és megvoltak a jellemző mozgató, érző és trophiás zavarok. A második csoportban vagy a lüktetés nem volt tapintható és mégsem volt egyéb zavar, vagy fordítva megvolt az egész tünetcsoport látszólag egészséges verőerek ellenére, vagy csekély kezdeti érelváltozásokkal egyetemben.

Idelsohn 54 betege közül 44 zsidó volt, tehát talán van a faji befolyásnak valami jelentősége. A dohányzásnak nincs fontossága, a mennyiben a baj dohányosokon és nem dohányosokon egyenlő gyakori. Feltünő gyakori a lúdtalp és az időszakos sántítás együttes előfordulása, a mennyiben 7 beteg volt lúdtalpas. Az alkohol úgy látszik nem játszik szerepet. Csak 4 beteg volt régebben lueses. Neuropathiás terheltség nem igen volt kideríthető. Általános arteriosclerosis is csak 5 esetben fordult elő. Hidegben dolgozókon inkább támad időszakos sántítás. A foglalkozások között azok hajlamosítanak, a melyek sok járással és

állással járnak. 40 és 60 életév között leggyakoribb a baj; Idelsohn betegei közül 22 volt ebben a korban.

A kórjóslás adatai csak 6 évi megfigyelésre támaszkodnak. Minél fiatalabb a beteg, annak súlyosabb és gyorsabb a lefolyás és annál fenyegetőbb a lábelhalás veszedelme. Súlyosító körülmény, ha lúdtalp van, vagy ha a felső végtag erein is fennáll rendellenesség, pl. gyenge az art. radiális lökése. Az art. cruralis és poplitea lüktetése éveken át hiányozhatik, a nelkül, hogy bajt okozna. Idelsohn észleletei közül 38 esetben volt a baj kétoldali. Van eset, hogy már kifejlődött a gangraena, a nélkül, hogy az erek lüktetése megszüntnek látszanék. Különösen rossz a kórjóslat fiatal lueses embereken. Öregeken többször kétoldali a folyamat, mint fiatalokon, de többnyire enyhébb és itt a kezelés után sokkal inkább mutatkozik javulás. A fiatal emberek esetei közül is kedvezőbbek azok, a melyekben általános az arteriosclerosis. Az öregek és fiatalok időszakos sántítása közötti különbség annyira feltünő, hogy *Higier* a kettőt külön is akarja választani. A fiataloké szerinte rosszul fejlett érrendszer szülötte, az öregeké a rendes arteriosclerosis részjelensége volna.

A therapia tekintetében az ismerteken kivül a vérpangás megkisérelhető. Idelsohn egy súlyos esetben javulást ért el azáltal, hogy a czombot a térden felül gyenge nyomás alá helyezte, úgy hogy a verőeres áramlás lényegesen megakasztva nem volt, a venás visszaömlés ellenben meg volt nehezítve. (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1907. 32. köt.) *Kollarits Jenő* dr.

Sebészet.

Az appendicitis összefüggéséről a bélhuruttal ir *Siegel*. Tagadja, hogy az appendicitis a chronikus colitissel valamelyes nexusban volna, legfeljebb a súlyos heveny bélhurutoknak tulajdonít az acut appendicitisek létrejövetelében kórokozó jelentőséget és pedig leginkább a gyermekkorban. A főszerepet az appendicitis aetiologiájában mindenesetre az appendix anatomiai alkotása játszsza. (Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Med. und Chir., 1907. 1. és 2. szám.) *Pólya.*

A hosszú csontok sarkomáiról ir *Coley*. 69 esetet észlelt. 6 beteg 10 év alatti volt, a legfiatalabb 17 hónapos (femursarkoma); 35 nő, 34 férfi. A megtámadott csontok: femur 36, humerus 13, tibia 13, fibula 2, radius 2, ulna 2, metatarsus 2, metacarpus 1—1 esetben; 34 periosteális, 22 centrális, 15-ben a typus nincs megadva. 20-szor amputatio, 16-szor exarticulatio, 6-szor resectio történt, 29 eset nem operáltatott. A műtét után még a recidiva keletkezése előtt ajánlja az erysipelas-prodigiosus toxinkezelést. 10 betege 3 éven felül élt; egy femursarkoma 5 évig a csípőizületi enucleatio után; egy másik femursarkoma műtét nélkül, belső kezelés mellett (valószinüleg téves diagnosis); 1 femursarkoma metastasisokkal műtét nélkül, toxinkezelés mellett; egy tibiasarkoma 10 évig czombamputatio után; egy tibiasarkoma, a hol 5 és fél év után tüdőmetastasisok támadtak; egy tibiasarkoma 2-szer recidivált conservativ műtét után, akkor toxin- és x-sugárkezelés mellett megjavult; egy humerussarkoma 4 évig a resectio után és toxinkezelés mellett; egy radiussarkoma 6 évig a resectio után; egy ulnasarcoma 8 évig volt jól, akkor fejlődtek kiterjedt metastasisok a hasban; egy metatarsussarkoma 5 évig az alszáramputatio után, melyet 4 havi toxinkezelés követett. A csonkítóműtétek általában igen rossz eredményeket adnak, hamarosan metastasisok szoktak beállani (femursarkoma miatt végzett 13 csípőizületi enucleatioból 1 gyógyult tartósan, 6 humerussarkoma miatt végzett enucleatioból egy sem). A toxinnal kezelt 12 esetből 8 3—8 évig élt, egy 2 évig, egy 1 évig, kettő kevesebb mint 6 hónap óta van megfigyelés alatt (5 tibia, 1 fibula, 3 femur, 1 radius, 1 humerusdaganat). Azért az amputatiót csak akkor tartja javaltnak, ha nehány heti toxinkezelés nem mutat fel sikert; esetleg a resectiót utólagos toxinkezeléssel javasolja. (Annals of surgery, 1907. márczius.) *Pólya.*

A vioform használata csont- és izületi tuberculosisban. 23 eset tanulmányozása azon eredményre vezette *Montigel*-t, hogy a vioform, melyet 1898-ban *Pavel* tett először kisérletezésének tárgyává, semmiképen sem helyettesitheti csont- és izületi gümőkórban a jodoformot. A vioform használatakor a gyógyulás tetemesen meglassubbodik, s hónapokat vesz igénybe oly esetekben, melyeket a jodoform a legrövidebb idő alatt meggyógyít. A vioform igen élénk chemotaxist idéz elő, minek következtében igen sok genyes váladék képződik. Másrészről a sarjképződés sokkal kisebbfokú mint a jodoform alkalmazása esetén. E két körülmény magyarázza a gyógyulás lassúságát. Antisepsises hatásának megfelelően némi befolyása azonban van a tuberculosis-bacillus életképességére.

Tuberculosus izületi megbetegedés 3 esetében a vioformot fejet alakjában az izületbe fecskendezés alakjában használták jobb eredménynyel, mint a nyitott kezelést. 2 és $2^1/_2$%-os olajos fejetből 2—5 cm^3-t fecskendeztek be a beteg izületi üregbe. Hőemelkedést vagy kellemetlen utóhatást nem észleltek. Erősebb oldatok alkalmazásától tartózkodtak, mert kellemetlen tüneteket okoznak (Schede, Krecke, Blake). (Archives internationales de Chirurgie. III. kötet, 3. füzet). *Lobmayer Géza.*

A térdkalácstörés sebészi kezeléséről ir *Landwehr*, Bardenheuer osztályáról (Cöln) és hangoztatja az egyes esetek individualizáló kezelését és ajánlja ezen törések nem véres úton való egyesítését. 37 esetet észlelt; ezek közül 16 esetben véres műtétet végeztek az izület megnyitásával; varróanyagul egy eset kivételével catgutot használtak. 14 esetben az extensiós módszert alkalmazták és azt tapasztalták, hogy a jó csontos egyesülés nem egyértelmü a jó functionális eredménynyel, mert szálagos összenövés mellett is kielégitő lehet a működés, miként ezt több esetben tapasztalták. Ujabban ezen észleletet *Lewisohn* is megerősíti, a ki esetei közül conservativ kezeléssel 50%-ban, varrattal 25%-ban ért el kitünő functionális eredményt. (Münchener med. Wochenschr. 1907. 14. sz.) *Steiner Pál* dr.

A carcinoma mammae miatt végzett műtéteknél az utókezelésre vonatkozólag ad tanácsot *Ewald* (Bécs). A műtett oldalon a kart ragtapasz-kötés segélyével a lehetőségig eleválja és 3—4 napon át ilyen helyzetben rögzíti; ettől kezdve időnként a kart lebocsátja, ha a beteg fennjár, mittellában megtámasztja, de azonnal ismét extendálja, midőn a beteg lefekszik.

Ewald 2 év óta alkalmazza ezen eljárást és segélyével eléri, hogy betegei körülbelül 2 héttel a műtét után karjukat már a fejig emelik, fésülködésnél s egyéb manipulatióknál a beteg oldali kart használhatják, a mire egyébként csak hónapok multán képesek. (Centralblatt für Chirurgie, 1907. 14. szám.) *Gergő.*

Arthritis deformans és idült izületi csúz eseteiben végzett makro- és mikroskopi vizsgálatairól számol be *Wollenberg* (Hoffa klinikája). A két bántalom kórbonczolástanilag is élesen elkülöníthető egymástól.

1. Az arthritis deformansban a porczban és a csontban jelentkezik a megbetegedés, míg a tokszálag elváltozást még alig mutat; csak midőn a porczok felrostozódása és proliferatioja kiterjedtebb mértéket ölt, keletkeznek a synovialison is kóros elváltozások.

2. A polyarthritis chronica progressivában ezzel ellentétben a folyamat a synovialisban kezdődik. A porczon még nem is látunk elváltozásokat, midőn a synovialison már erős érújképződések, perivasculáris infiltratiók és kiterjedt kötőszöveti proliferatio észlelhető. Porcz- vagy csontújképződést *Wollenberg* nem észlelt ezen bántalomban.

Wollenberg kórbonczolástani vizsgálatai tehát megegyeznek *Hoffa* klinikai tapasztalataival. (Deutsche med. Wochenschrift, 1907. 14. sz.) *Gergő.*

Bőrkórtan.

A Finsen-féle fénykezelésnek hatását a lupus vulgarisra szövettani szempontból vizsgálta *H. Jansen* és *E. Delbanco*. A Finsen-kezelés hatásának mineműsége felett sok vita folyik. A legújabb vizsgálatokból az tünt ki, hogy a fénykezelésnek lényege nem rejlik a szöveteknek egyszerü sterilizálásában, mert a concentrált ívfénynek bakteriumölő képessége csak a felszinen, illetőleg nagyon felületesen nyilvánul. A lényeg mindig a fénykezelés által létrejött szöveti reactioban, a fény által létesített gyuladásban rejlik. A szerzők több kisérleti sorozatban vizsgálták a Finsen-fény hatását, és pedig emberi anyagon. A fényt egy telje-

sen felszerelt Finsen-féle készülék szolgáltatta. Az első sorozatban egy 22 éves leánynak körülbelől egyforma nagyságú 6 lupusos csomóját vizsgálták. Mind a 6 csomócskát kimetszették, és pedig egyet ellenőrzés végett megvilágítás nélkül, hármat egyszeri megvilágítás után és kettőt négy illetőleg kilencz megvilágítás után. Egy egy megvilágítás 70 perczig tartott. A második sorozatban 10 éves leánynak négy lupusos göbcséjét vizsgálták, az első sorozatbani módozat szerint. A megvilágított csomócskák megvilágítása és kimetszése között a kisérleti variatio szerint hosszabb rövidebb idő telt el. A harmadik sorozat főleg arra irányult, hogy hoz-e létre a Finsen-kezelés zsíros degeneratiót a sejtekben. Kisérleti anyagul szolgáltak e sorozatban: 1. házinyúlfülek, melyekből excisio történt a megvilágítás után 1, 2, 7, 14 nappal; 2. tengerimalacz hátbőre 7 nappal a megvilágítás után; 3. tengerimalacz corneájának kisérleti úton létrejött tuberculosisa; 4. lupus vulgarisos emberi anyag. Mindezen kisérleti vizsgálatokkal elért eredményekből a következő adatok emelhetők ki. A fénytől ért sejtek rövid időn belül elpusztulnak, a nélkül azonban, hogy ezt megelőzőleg zsíros degeneration mennének keresztül. Másrészt azonban találhatók zsírosan degenerált sejtek is, de ezek mindig a közvetlenül megvilágított réteg alatt foglalnak helyet, a hol tehát a fény direct nem hatott. *A fénykezelés lényeges hatása abban áll, hogy a kóros elemeknek rétegszerinti destructioját létesíti, a mit azután élénk regeneratio nyomon követ.* E tekintetben a fénykezelés marókezelésnek (Ätzhandlung) is tekinthető. Kiemelendő azonban, hogy míg a marószerek legtöbbje válogatás nélkül minden szöveti elemet roncsol, addig a fényhatás electiv értelemben pusztít. A rugalmas és kollagen szövetet pl. nem bántja. Ez utóbbi körülmény, valamint az, hogy bőségesen képződik fiatal kötőszövet, hozza létre a feltünő jó cosmetikai eredményt. A mi a bacillusokat illeti, azt tapasztalták a szerzők, hogy kisebb-nagyobb mértékben elpusztulnak a fény hatására, de csak akkor, ha egészen felületesen fekszenek. A kissé mélyebben fekvő bacillusokat a fény hatása nem érinti. A Finsen-kezelés csak azért jár jó eredménynyel, mert a lupus vulgarisban tapasztalat szerint igen kevés a bacillus. (Archiv f. Derm. u. Syphilis, 83. k., 3. f.) *Guszman.*

A methylenkéknek a dermatotherapiában való használatára vonatkozó tapasztalatait közli *Nagelschmidt* (Berlin), a ki a következő tételeket állítja fel. 1. A methylenkék szárítólag hat és a különböző fekélyeken a váladékot csökkenti. A szövetben bakteriumellenes hatást fejt ki, bár ez in vitro kifejezetten ki nem mutatható. 2 Jól alkalmazható ulcus molle eseteiben, mert ezekben specifikus a hatása. A folyamat továterjedését megakadályozza, a fekély pedig gyorsan megtisztul tőle. Mihelyt a virus elpusztult a fekélyben, a mi szerinte könnyebb esetekben átlagosan 5—9 nap után történik, a granulatiót serkentő egyéb szerek alkalmazandók. 3. Ulcus mixtum esetében a Ducrey-féle bacillusok elpusztítására szintén jól igénybevehető a methylenkék, bár sokszor nem tisztul meg tőle a fekély. Tapasztalat szerint azon ileusok, melyek methylenkékre nem jól gyógyultak, utóbb syphilises primaer nyilvánulásoknak bizonyultak (spirochaeta pallida-lelet). 4. Frissen inficiált vagy gangraenás fekélyek ellen, ha erősen secernálnak, tisztulás és szárítás czéljából igen jól alkalmazható. Nem válik be ellenben a methylenkék akkor, ha idült, rosszul sarjadzó fekélyek eseteiben alkalmazzuk (főleg lábszárfekélyek). 5. A methylenkék igen jó szolgálatokat tesz oly esetekben, a melyekben heveny sérülések, aseptikus sebek vagy operatiók oly területeken vannak, melyek igen nehezen desinficiálhatók (pl. szájüreg, „genitális tájék“ stb.). 6. Mindazon gonorrhoea-esetekben használható, a hol a subjectiv tünetek igen erősek, vagy a hol a kifolyás igen bőséges. Ilyenkor a szokásos kankókezelés mellett erős methylenkék-oldatok (5—10%) alkalmazandók. Végül a szerző 27 oly esetről (ulcus molle, gangraena, gonorrhoea) tesz említést, a hol a methylenkékes therapiát kiterjedten használta. (Archiv f. Dermatol. u. Syphilis, 84. k. 1—3. f.; Neisser's Festschrift.) *Guszman.*

Húgyszervi betegségek.

A prostatitis gonorrhoica gyógyításáról ir *V. Lüth.* A prostatitisnek mai beosztását — endoglandularis, follicularis és parenchymatosa — elfogadja; beismeri, hogy a kezelés a szokásos hólyagöblítésben és a massage-ban merül ki, de rámutat arra is, hogy azokban az esetekben, a melyekben ezzel a therapiával nem boldogulunk, prostatitis parenchymatosával állunk szemben. A prostata ilyenkor igen nagy, a lebenyei egyenlőtlenek, de mindenütt kemény, ruganyos tapintatúak és nyomásra váladékot nem ürítenek. A legjobban az jellemzi ezt a betegséget, hogy a sok idő előtt szerzett kankó látszólag már elmult és a beteg a végbélben érzett fájdalomról, sajátságosan tüzelő székelésről, nehezen meginduló vizelésről és a glansban kifejezett csiklandós, égető érzésről panaszkodik. A prostatának nagyságát és keménységét a szerző a perilobuláris kötőszövetnek tömöttségéből magyarázza és 6 gyógyult esete kapcsán a therapiának figyelmét a fibrolysin-injectiókra irányítja. Szerinte a 4.—5. befecskendés után a prostata puhább tapintatú és nyomásra már némi váladékot is ürít; a további (minden 4.—5. napon végzendő) befecskendésekkel párosított massage néhány hét alatt teljes gyógyulásra vezet. Kellemetlen jelenségeket, tályogképződést sohasem észlelt. (Mediz. Klinik, 1907. 10. füzet.) *Drucker Viktor* dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Fibrolysinnel meggyógyított heges bárzsingszűkület esetét ismerteti Tillmans tanár osztályáról *Michaelis.* Háromnaponként fecskendezett be változó helyeken 2·3 cm³ fibrolysint, a mely tudvalevőleg a thiosinamin és natrium salicylicum kettős sójának az oldata. A hatás a 6. befecskendezés után kezdett mutatkozni. A 8 éves gyermek, a ki a kezelés megkezdésekor folyadékot sem tudott nyelni, most már akadálytalanul fogyaszt el minden ételt. (Medizinische Klinik, 1907. 10. szám.)

A protargolkenőcs hegesztő hatásáról ir *Müller.* Ha mélyebb anyaghiányokat kell sarjszövettel kitölteni, első sorban az argentum nitricum-kenőcsöt használjuk. Ha azonban felületesebb folytonossághiányokat akarunk gyorsan behegeszteni, a protargolkenőcsnek adunk előnyt, mint a melynek szinte specifikus chemotaxisos hatása van a hámsejtekre. Főleg másodfokú égett sebek gyógyítására kitünő a protargol-kenőcs, a melynek készítésmódja a következő: Rp. Protargoli 3·0; solv. in Aqu. destill. frig. 5·0; misc. c. Lanol. anhydr. 12·0; adde Vasel. flav. 10·0. M. f. unguentum. (Berliner klin. Wochenschrift, 1907. 11. sz.)

Túlságos gyomornedvelválasztás eseteiben *Zweig* az atropin helyett az egyforma hatása mellett 50-szer kevésbé mérgező eumydrint használja, még pedig közvetlenül az étkezés előtt: Rp. Eumydrini 0·04; Sacchari 6·0. M. f. p. Div. in dos No XX. D. S. 3 port naponként. Spasmusos obstipatio eseteiben is használja az eumydrint labdacsalakban: Rp. Eumydrini 0·03; Mass. pil. qu. s. ut fiant pil. No XXX. D. S. Reggel és este egy-egy labdacsot. (*Zweig*, Die Therapie der Magenkrankheiten.)

A maltosikatot jó eredménynyel használta *Mautner*, a ki tapasztalatait Monti tanár ambulatoriumán szerezte. Különösen azon sajátszerű anaemiás állapotokban látta jó hatását, a melyeket az iskolába járással hoznak kapcsolatba. A maltosikat tulajdonképen nem más, mint vegytiszta, száraz malátakivonat. Jól oldódó, kellemes ízü, sárgás por, a melyből naponként 3—5 kávéskanálnyi veendő be tejben, kávéban, cacaoban stb. Különösen kiemeli a szerző, hogy tejhez maltosikatot adva, a gyermekek sokkal szívesebben iszszák a tejet. (Wiener klinische Rundschau, 1907. 17. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Klinikai füzetek, 1907. 5. füzet. *Ströszner Ödön:* A formaldehyddel való lakásfertőtlenitésről és értékéről heveny ragályos kóroknál és gümőkórnál.

Gyógyászat, 1907. 21. szám. *Felletár Emil:* Hal-maszlag (menispermum cocculus) által okozott halálos mérgezés. *Ferenczi Sándor:* Balesetbiztositási tapasztalatok. *Wajditsch Alajos:* Az orvosi vélemények subjectivitásai.

Orvosok lapja, 1907. 21. szám. *Csiki Mihály* és *Kugel Ede:* A méhkankó kezeléséről, különös tekintettel az adnexák állapotára.

Budapesti orvosi ujság, 1907. 21. szám. *Pesthy István:* A colica mucosáról. „Fürdő- és vízgyógyászat“ melléklet, 2. szám. *Jakab László:* A fürdők hatása a húgysav kiválasztására. *Kelen József:* A fürdőgyógymód a nőorvoslás szolgálatában. „Diaetás és physikai gyógymódok“ melléklet, 2. szám. *Engel Károly:* Diabetes insipidus és primaer polydypsia.

Vegyes hirek.

Kitüntetés. *Dobrovits Mátyás* dr.-nak, a pozsonyi állami kórház főorvosának ő Felsége a királyi tanácsosi címet adományozta.

Árkövy József tanárt a „Société de stomatologie de Paris“ tiszteleti tagjává választotta; eddigelé ő az egyedüli tiszteleti tagja ezen előkelő társulatnak. Ugyanőt különben nemrég a „Société odontologique de France“ is megválasztotta tiszteleti tagjának.

Jubileum. *Szauer György* móri járásorvos és tiszteletbeli főorvos május 25.-én ülte meg hivatalos működésének 25. évfordulóját, a mely alkalomból kartársai és számos tisztelője részéről meleg ovációkban részesült.

Kinevezés. *Neumann Manó* dr.-t Lugoson kórházi igazgató-főorvossá, *Jeszenszky Béla* dr. temerini orvost tiszteletbeli járásorvossá, *Keviczky Lajos* dr.-t, *Székely Károly* dr.-t és *Kasztriner Árpád* dr.-t a sátoraljaújhelyi közkórházhoz alorvossá, *Klement Gusztáv* dr.-t pedig Nagykükülllőmegye közkórházához kisegítő orvossá nevezték ki.

Választás. *Kozma János* dr. Hajdúböszörményben tisztiorvossá, *Altstock Ármin* dr.-t Csokonyán (Somogymegye) körorvossá választották.

Uj tisztiorvosok. A Kolozsvárt május 9.-étől 11.-éig tartott tisztiorvosi vizsgálaton a következő orvosokat képesítették: *Anka György* körorvos Kápolnokmonostor, *Beczner Imre* uradalmi orvos Lelle, *Gál Mihály* klinikai gyakornok Kolozsvár, *Grósz Samu* körorvos Pocsaj, *Gyergyai Árpád* műtőnövendék Kolozsvár, *Kiss Antal* kórházi másodorvos Fehérgyarmat, *Mariska Ödön Jenő* városi orvos Zilah, *Mitticzky Géza* körorvos Melsic, *Orta Mihály* községi orvos Pincéd.

A „Stefánia“ pesti szegénygyermekkórház az 1906. évvel működésének 68. évét fejezte be. Az 1906. évben kezelt 22,761 beteg közül 21,265 mint ambulans látogatta az intézetet, 1496 pedig az intézet 148 ágyán mint bennfekvő részesült orvosi ápolásban; egy-egy betegre átlag 24 ápolási nap esett. Az 1496 kórházi beteg közt volt nemre nézve 861 fiú és 635 leány; korra nézve 103 egy éven aluli, 410 1—3 éves, 521 3—7 éves és 462 7—14 éves. A haldokolva behozottak levonásával a halálozás 8·08% volt. A 176 diphtheriás beteg közül meggyógyult 164 (93·18%) és meghalt 12 (6·82%); ezen esetek 47·73%-ában az álhártyás folyamat a gégére is átterjedt volt; ezek közül 48 (57·14%) intubáltatott, 18·75% halálozással. Valamennyi esetben a Preisz-féle serumot használták; egy-egy betegre átlag 4398 antitoxin-egység jutott. A kórházhoz csatolt országos központi védhimlőoltóintézetben 482 oltás és 32 újraoltás végeztetett. A sebészeti osztályon 1206 nagyobb műtétet, s ezenkivül 425 tályognyitást, 41 mirigykikaparást, 81 mirigy-kiirtást, 14 jodoformglycerin-befecskendést gümős tályogba, 26 angiomakiirtást, 10 atheroma-kiirtást, 14 idegentest-eltávolítást a sejtszövetből és számos varratot végeztek. A szemészeti osztályon 101, a fülészeti osztályon pedig 107 volt a műtétek száma. Az orthopaediai rendelésen 768 műtétet és kötést végeztek. Rendszeres gyermekorvostani előadások hetenként ötször tartattak; az előadásokat 200 orvosnövendék látogatta, a nyilvános rendeléseken pedig 47 szigorlóorvos és orvos vett részt. Ezenkivül a bábaiskola növendékei is részesültek rendszeres oktatásban a gyermekápolásból. A kórház orvosi személyzetének tollából 1906-ban 15 értekezés jelent meg.

A pécsi orvosegyesület a fennállása óta eltelt két év alatt 17 rendes tudományos ülést tartott, a melyeken az orvostudomány és orvosgyakorlat legkülönbözőbb tereiről való kérdésekről folyt a szó előadások, bemutatások és magas színvonalú eszmecserék alakjában. A *Doktor Sándor* dr. elnöklete alatt működő egyesület már rövid fennállása alatt is fényes bizonyságát adta, hogy az orvosi ismeretek öregbítésének és a kartársi összetartozóság növelésének mily fontos tényezője a helyesen vezetett, czéltudatosan működő vidéki orvosegyesület. Ad multos annos!

A Budapesti orvosi kör segélyegyletébe az 1907. évre folytatólagosan tagdijat fizettek: Lévy József, Braun Gyula, Arányi Zsigmond, Csiky János, Deutsch Géza, Hunyady János, Kirchner József, Kain József, Matolcsi Kálmán, Papp Ernő, Litsch Ákos, Serédy Jenő, Ulmann Antal, Csurgó Jenő, Székely Ádám, Iványi Ernő, Pákozdy Károly, Hudovernig Károly, Ötvös József, Adler Zsigmond, Liebermann Emanuel, Tóth Lajos, Paczka László, Platzer Sándor, Fürst Zsigmond, Zahler Emil, Fülöp Jakab, Radó Lipót, Németh Ignácz, Hanke József, Csillag Zsigmond, Bród Miksa, Ebner János, Auszterweil László, Csáp Miklós, Dobrovits Mátyás, Brenner Sándor, Engel Gusztáv, Földes Móricz, Fodor Mór, Görgényi Károly, Heumann Miksa, Huszár Adolf, Kreiner József, László Adolf, Leszlauer Lipót, Mauks Károly, Weininger Frigyes, Molnár Elek, Ofner Oszkár, Rákosy Béla, Rácz Adolf, Weisz Fülöp, Wiser Jakab és Zsigmondy Zoltán, 4—4 kor. — Az 1907—1908. évre fizettek: Alföldi Béla, Margonyai Gyula, Szathmáry István és Szigeti József 8—8 kor. Az 1905—906. évre: Fráter Imre és Löwensohn Mór 8—8 koronát és Mild Adolf 6 koronát. Az 1906—1907. évre: Fialovszky Béla, Salgó Jakab, Franzl Ottó, Klasz Pál és Zigler Károly 8—8 koronát. Az 1907—1909. évre: Mandl Mór és Laczkovich Elemér 12—12 koronát. Mester Attila 1896—1907. évre 48 koronát és Simonovits Géza 1904—1907. évre 16 koronát, Méri Sándor 1908. évre 4 koronát fizetett. Budapest. 1907 február 14.-én. Katona József dr. pénztáros.

Meghalt. *Spitzer Mór* dr., Nagykikinda város főorvosa, május 23.-án 62 éves korában. *Glasner Ármin* dr. Szarvason május 25.-én. — *Bán Gyula* dr. kötegyáni körorvos 50 éves korában.

Kisebb hirek külföldről. A Winckel tanár nyugalomba vonulásával megüresedő müncheni nőorvostani tanszékre a fakultás a következő hármas jelölést terjesztette a bajor ministerium elé: *Bumm* (Berlin), *Rosthorn* (Heidelberg), *Hofmeier* (Würzburg). Bumm tanár hir szerint hajlandó berlini állását a münchenivel felcserélni. — A düsseldorfi orvosi akadémián a kórbonczolástan tanárává *Lubarsch* tanárt, a zwickaui bakteriologiai intézet igazgatóját nevezték ki. — *Martin* tanár, a nőorvostan tanára a greifswaldi egyetemen, állásáról leköszönt. — *Schenke A.* dr., a szemészet rendkivüli tanára a prágai német egyetemen, rendes tanári czímet és jelleget nyert.

Sensatio egy tuberculosis-congressuson. Washingtonban május harmadik hetében egy amerikai tuberculosis-congressus tartotta üléseit, melyen nagy feltünést keltett *Knopf Adolf* dr. egy kijelentése. Knopf dr., ki német születésü ember, különböző előkelő orvosi állásokat foglal el New-Yorkban s odaát a tuberculosis terén elsőrangú tekintély számba megy. Az emlitett congressuson a hallgatóság nagy megütközésére azt ajánlotta egybegyült kartársainak, hogy „öljék meg gyorsan és fájdalom nélkül gyógyithatatlan tüdővészes betegeiket morphium nagy adagjaival. Én ezt az eljárást szoktam követni, a mely nézetem szerint szent kötelessége az orvosnak, ha lassan sorvadó, haldokló tüdővészes kerül a kezei közé.“ Ez az őszinte vallomás s ez a felszólitás akkora resensust keltett a congressuson, hogy az ülést fel kellett függeszteni. Knopf dr. állásfoglalásával tudvalevően nem áll egyedül Amerikában; az utóbbi időben több áliamban ilyen értelmű törvényjavaslatokat nyujtottak be a parlamentnél, a melyeket azonban sehol sem fogadtak el. A hirt különben fenntartással közöljük amerikai lapok nyomán.

Jelen számunkhoz a F. Hoffmann-La Roche & Cie. czég „Thephorin“ czimü prospektusa van csatolva.

Mai számunkhoz a Gyógy- és Vegyiszerek Laboratoriuma Arnau a. E. czég „Salimenthol“ czimü prospectusa van csatolva.

Iron (hangyasavas vaselixir). Tartóssága, kellemes ize mellett aránylag nagy és könnyen assimilálható vastartalma miatt ajánlható, a sok, többnyire értéktelen külföldi különlegesség helyett. Készitője: **Pray Valér** gyógyszerész, Budapest, VIII., Baross-utcza 44. szám.

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

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 gyomorbélbajok. Gerinczelferdülések. 2507

Gizella-Telep fürdő, Saison megnyitás május 1.-én. **modern vízgyógyintézet posta Visegrád (Pest m.)**
Vízgyógykezelés, szénsavas-, villanyos-, forrólég-, mór-, sós-, fenyő- és napfürdő. Villanyozás, massage. Remek fekvés. Mérsékelt árak. Kivánatra prospektus. 3719

Orvosi laboratorium: **Dr. Mátrai Gábor** v. egyetemi tanársegéd. **Andrássy-út 50** (Oktogon-tér). Telefon 26—96.

Elektromágneses intézet, **Budapest, VII., Dr. Grünwald-sanatorium.** Főbb javallatok: **neurasthenia, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor- és bélbántalmak, fejfájás, csúz stb.** Prospektus. Vezető orvos: **Réh Béla dr.**

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

ERDEY Dr. **Budapest, IX., Bakács-tér 10.**
1415/3109 **SANATORIUMA.** **Nőbetegek és szülőnők részére.**

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti fasor 13—15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által. 2652

ERDŐS JÁNOS DR. az élvezeti szerektől (alc., nic., coff.) származó betegségek szakorvosa
Rákos-Szt.-Mihály, Remény-utcza 5. sz. a. Rendel délután 4—6

Dr. Doctor K. v. egyetemi tanársegéd **orvosi laboratoriuma IV., Kossuth Lajos-utcza 3.** Telefon 697. 2221

Budapesti Orvosi Laboratorium IV., Koronaherczeg-utcza 18, I. em. Minden nemü ép és kóros váladék (ú. m. vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum stb.) vegyi, górcsői és bakteriologiai vizsgálata. Klinikai diagnostika. Tulajdonos: **Arányi Gusztáv dr. karlsbadi gyakorló fürdőorvos** (Sprudelstrasse, Goldener Helm). Április 20.-ától szeptember 20.-álig, vagyis fürdőorvosi működése alatt a Budapesti Orvosi Laboratoriumot helyettes szaktárs vezeti. 2939

Dr. WIDDER BERTALAN operateur **testegyenesitő** (orthopädia) intézete **csont- és izületi** (tuberculotikus, angolkóros, rheumás, elgörbült) **betegeknek.** Budapest, IV., Kossuth Lajos-utcza 19. Magyar-utcza sarok. Rendel: délelőtt 11—12-ig, délután 3—5-ig. Szegényeknek dijtalanul.

WEISZ EDE DR. pöstyéni intézete.
Modern kényelem, Röntgen, Zander stb. Mérsékelt árak.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (IV. bemutató szakülés 1907 márczius 13.-án.) 420. l. — A budapesti kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya. (I. ülés 1907 január 29.-én.) 420. l. — A német sebésztársaság 36. congressusa. (Berlin, 1907 április 3—6.) 421. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 422. l.

Közkórházi orvostársulat.

(IV. bemutató szakülés 1907 márczius 13. án.)

Elnök: **Medvei Béla.** Jegyző: **Török Béla.**

(Vége.)

Veleszületett hajlam traumás hólyagképződésre a bőrön.

Csillag Jakab: N. S., 14 éves házileányt 1907 január 12.-én vették fel Róna tnr. osztályára. Születése óta állandóan, de eruptiv jelleg nélkül, különböző nagyságú hólyagok támadnak köztakarójának minden részén hol itt, hol ott, legnagyobb számban tavaszszal és nyáron. Szájában hólyag sohasem volt. Felmenő és oldalágbeli rokonainál hasonló bántalomról nem tud. Gyakori fejfájásban és enuresis nocturában szenved. Anyja és 6 testvére egészséges.

A betegnek a belső szerveiben, idegrendszerében elváltozások nem mutathatók ki. A köztakaróján, és pedig az arcz különböző helyein, a bal vállon, a felső végtagok hajlító felületén, a tenyereken, a háton a jobb lapocz felett, a kötözködés táján és az alsó végtagokon néhány víztiszta és zavaros tartalmú, vékonyfalú (kivéve a tenyerekét), egyrekeszű, kendermag-mogyorónyi hólyag és ezek fokozatos beszáradásának és a hólyagalap regeneratiojának megfelelőleg kisebb-nagyobb varas, vagy már csak különböző árnyalatban hyperaemiás terület volt található. A beteg közérzete jó.

Az anamnesis és status praesens adataiból három kóralakra kellett gondolnunk, mint a melyek chronikus hólyagképződéssel járnak: a pemphigus vulgarisra, a dermatitis herpetiformis Duhringra és az epidermolysis bullosára.

Ezek közül az első kettőt el kellett ejtenünk; a pemphigus vulgarist azért, mert a bántalomnak a születés óta fennállása ellenére a beteg jól fejlődött, közérzete bőrbaja által megzavarva sohasem volt, a szájnyálkahártya a megbetegedéstől mentes maradt; a dermatitis herpetiformis Duhring-ot pedig főleg az eruptiv jelleg és az efflorescentiák polymorphismusának hiánya miatt.

Maradt volna tehát csak az epidermolysis hereditaria bullosa, melynek egyik főismertető jele az öröklékenység, azaz jelenléte a felmenő és oldalágbeli rokonoknál is, a másik pedig a hólyagoknak már kisfokú mechanikai behatásokra, enyhe dörzsölésre, ruhadarabok, harisnyakötő, czipőszár nyomására való jelentkezése. Ez esetben ez adatok hiányzottak és így a diagnosis felállítását a további észlelés eredményétől tettük függővé.

Január 19.-én, az észlelés 7. napján mindkét karjára a könyöktáj magasságában therapiás czélból bórvaselines kötést kapott a beteg, mire másnap a kötés szélének megfelelőleg vonalalakban elrendezett hólyagokat találtunk.

Erre harisnyakötő viselésére szólítottam fel a beteget, a mit eddig a kórházban tartózkodása alatt nem tett. Néhány napra már a harisnyakötő viselése helyén is a czomb alsó harmadán köralakban elrendezett hólyagok jelentkeztek.

Több ily kisérlet történt még positiv eredménynyel. Azonban észlelésünk egész ideje alatt hol a fejbőrön, hol az arcz egyik vagy másik helyén, hol a mellen stb. látszólag spontan, minden külső behatás nélkül is láttuk hólyagok keletkezését.

A hólyagoknak a kötés szélein, valamint a harisnyakötő nyomán jelentkezése kétségtelenné tette, hogy az epidermolysis hereditaria bullosa név alatt ismert kóralak egyik csoportjához tartozó esettel van dolgunk.

E kóralakra jellegző: 1. a csecsemőkórban való kezdet, 2. az idült lefolyás, 3. a jóindulatúság, 4. a gyógykezelésnek az alapbántalomra való hatástalan volta és 5. az öröklékenység.

Két csoportja van: az egyikbe azon esetek tartoznak, melyekben a hólyagok alapja nyom visszahagyása nélkül gyógyul; a másikba azok, melyekben a hólyagképződés nyomán bőrsorvadás, elszíneződés, szarúcysták képződése, körömelfajulás és elhullás támad.

Esetünk az első csoportba tartozik. Eltérést a főtypustól csak annyiban mutat, hogy az öröklékenység nem mutatható ki. Az irodalomban ily esetek is vannak már ismertetve.

Az egész kóralak pathogenesise ismeretlen. A leginkább elterjedt nézet szerint a bőr vérereiben kell a már kisfokú traumára is mutatkozó hólyagképződés okát keresnünk. Egyesek a vérerek dysplasiáját veszik fel, mások fokozott ingerlékenységüket és savót átbocsátó képességüket.

Részünkről a köztakaró sérülékenységét tartjuk elsődlegesnek és a hólyagok jelentkezését a köztakarót ért sérülés nyomán támadó regenerativ folyamat egyik jelenségének gondoljuk.

Selyemfonal körül képződött hólyagkő. Lithotripsia.

Rihmer Béla: A 44 éves nő 4 év előtt hysterotomiát állott ki. A mult év őszén vette észre, hogy gyakrabban kell vizelnie és néha véres a vizelete. Egy izben a vizelés után a húgycső végén egy selyemfonál jelent meg, a melyet ki akart húzni, de elszakadt. Máskor törmeléket látott megjelenni. Ezen panaszokkal jött a szt. Margit-kórházba. A tükrözés kis diónyi követ mutatott ki. A követ összezúzta. A törmelékkel együtt selyemfonaldarabok is ürültek. A vizelet pár napra rá feltisztult és az ekkor megejtett cystoskopiával sem törmelék, sem fonal nem volt kimutatható, azonban a trigonum mögött a nyálkahártyában egy körülbelül 1 cm. hosszú, egyenetlen szélű rés volt látható. Lehet hogy innen még fonal lökődik be a hólyagba. A beteget ott tartják. A bemutatás kapcsán megemlíti, hogy az ilyen málékony kövek zúzása kellemetlen incidensre vezethet. Kovács tanár legutolsó mütéténél történt, hogy a málékony kő törmeléke beékelődött a zúzó szára és a vályuja közé és a 2 orrmány 2 cm. távolságban egymástól fixálva maradt. Az eszközt nem lehetett a hólyagból kihúzni. Kovács kőmetszéses helyzetbe hozatta a beteget, felhajtotta a lithotriptort mint egy itinerariumot és gátmetszést végezett; a seben át az eszköz végét kibuktatta és megtisztította, mire össze lehetett tolni és a férfihúgycsőn át kihúzni. A beteg felgyógyult. Ekkor említette, hogy ez másodszor esett meg vele és ajánlotta, hogy ilyen málékony kő esetében 1. ablakos zúzót használjunk, és 2. ezt gyakran húzzuk ki megtisztítás végett. Esetünkben is ezt tettük.

A budapesti kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya.

(I. ülés 1907 január 29.-én.)

Elnök: **Irsay Artúr.** Jegyző: **Lipscher Sándor.**

(Vége.)

3. Scleromás diaphragma a légcsőben.

Lipscher Sándor: A 31 éves napszámos született és lakik Abonyban (Pestm.). Előadja, hogy gyermekkora óta az orra nem szelel; a torka csak 2 év előtt kezdett fájni és 1904 novemberben jelentkezett először nehézlégzéssel osztályunkon, úgy hogy felvétele után légcsőmetszést kellett rajta végezni.

Az orr- és garatbeli nagyfokú elváltozásokon kivül a gége és légcső tele volt scleromás tömegekkel, melyek azonban intubatiora 2 hó után annyira visszafejlődtek, hogy 1905 februárban a canule-t el lehetett távolítani és a beteg a kórházat elhagyta.

Folyó évi január 7.-én igen nehéz légzéssel ismét osztályunkra jött. Ekkor azt találtuk, hogy a hangrés rendes tágasságú, úgy a be-, mint a kilégzés hangos, fütyülő.

A Killian-féle helyzetben vizsgálva, a harmadik légcsőgyűrű magasságában egy körkörös diaphragmát lehetett látni, melynek közepén, kissé excentrikusan egy kis nyilás volt észlelhető.

Minthogy az újabb tracheotomiát el akartuk kerülni, O'Dwyer-féle tubusokkal próbáltuk a nyilást tágítani, a midőn is a 12. sz. tubust meglehetős nehezen bevezetni sikerült. A beteg a tubus egy órai benfekvése után jobban légzett; másnap egy vastagabb tubus erős zökkenéssel ment be és a beteg légzése tetemesen megkönnyebült; ma már a 19. számú ebonit-tubus könnyen vezethető be, a diaphragmából már csak a szélek látszanak, és a beteg teljesen jól légzik.

Zwillinger Hugó: A scleroma okozta diaphragma kemény és rigid. Hogy ennyire ki lehetett tágítani, nagyon szép eredmény. De az eredmény nem befejezett, mert a míg a diaphragma benne van, a beteg élete veszélyben forog. Czélszerűnek tartja a kiirtást és transplantatiót, bár ez nehezen sikerül.

Irsay Artúr: Az eredmény szép. A diagnosist biztositja a szövettani és bakteriologiai vizsgálat.

Lipscher Sándor: Ha a tünetek súlyosbodnának, szóba kerülne a kiirtás. Az esetet a bakteriologiai és szövetteni vizsgálat scleromának igazolta.

4. Mogyorónyi polypus a hangszalagon.

Irsay Artúr: L. I., kántortanító, 1907 január 24.-én jelentkezett az I. belklinika gégerendelésén, hol előadta, hogy hónapok óta rekedt. A vizsgálatkor a jobb valódi hangszalag elülső harmadában kb. mogyorónyi nagyságú, rövid kocsánynyal biró, gömbölyded, sima, szürkés-pirosas daganat látható, mely hangoztatáskor eltünik és csak erőltetett kilégzéskor jelentkezik ismét a hangszalag felett. Ezen fibromát kacscsal távolították el.

Az esetnek érdekességet kölcsönöz, hogy az intelligens ember, kinek mestersége az éneklés, hosszú ideig nem birt tudomással bajáról és hogy foglalkozásában úgy látszik nem is volt nagyon gátolva.

Lipscher Sándor: Egy esetében intelligens ember gégéjéből távolított el mogyorónyi polypust, a kin már 22 év előtt polypust diagnostizáltak, de akkor nem egyezett bele a műtétbe, most azonban már légzési nehézségeket okozott. Mély bassus hangja is teljesen rendessé lett.

A német sebésztársaság 36. congressusa.

(Berlin, 1907 április 3—6.)

Negyedik nap, 1907 április 6.

A főtárgy ezen a napon a prostata-hypertrophia operativ kezelése volt, a melyről *Kümmell* (Hamburg) tartott nagyszabású előadást. *Kümmell* a műtét indicatioját csak akkor állítja fel, ha az állandó katheterezés mellett residuális vizelet marad vissza vagy ha a katheterezés fájdalmas és az alapbajhoz esetleg hólyagbajok vagy vérzések társulnak. A régebbi kezelési módokat (Bottini módszerét; a vas deferens resectioját) elhagyta, a partiális resectioval sem elégszik meg, hanem gyökeresen, tokon belül enucleálja az egész prostatát.

A műtétet contraindikálják: nagy elesettség, szívbántalom, arteriosclerosis, bronchitis és vesebajok.

A műtét módjait illetőleg *Kümmell* szerint jobb a felső hólyagmetszésen át végzett prostatectomia; az eljárás könnyebb, biztosabb, jobb áttekintést is nyujt, utána rendszerint sipoly nem marad vissza. Impotentia is ritkábban követi, a sphincter-sérülések pedig jobban elkerülhetők, mint a perineális műtétnél. Ez utóbbi műtétre *Kümmell* szerint azon esetek alkalmasabbak, hol a prostata mint hatalmas tumor a rectum felé promineál.

Kümmell mindig lumbális analgesiában operál és ha a hólyag inficiálva nincs, a műtét után állandó kathetert alkalmaz. Utólagos stricturák képződését néha észlelte. Műtéteinek összmortalitását 22%-ra teszi.

A suprapubikus eljárást Gunkel (Fulda), *Israel* (Berlin), *Payr* (Graz), *Helferich* (Kiel) és *Riedel* (Jena) is ajánlja. Valamennyien ezen módszer egyszerűségét hangoztatják, csak az indicatiók felállításában térnek el egymástól. Igy *Israel*, tekintettel a nagy műtéti mortalitásra, csak akkor operál, ha katheterezéssel czélt nem ér. *Israel* egyúttal a prostata drainezését is ajánlja a hólyagon át, nem annyira az infectiora, mint inkább a kiszámíthatlan vérzésekre való tekintettel. *Payr* a műtétet helybeli anaesthesiában végzi; a hólyagba műtét előtt 1%-os eucain-oldatot visz be, a prostata köré pedig *Schleich* féle oldatot fecskendez. *Riedel* nyolcz betege közül műtét után ötöt tüdőembolia miatt veszített el, a baj oka a plexus prostaticus thrombosisa volt.

A perineális eljárás legnagyobb híve, *Rydygier* (Lemberg) volt a következő előadó. Hangoztatja *a korai mütétet*; ne várjunk szerinte addig, míg az állandó katheter szükségessé válik. Bár mindig a gát felől hatolt be, húgycsövet sohsem sértett, de be is éri a partiális prostatectomiával; utólagos sipolyt sem észlelt. Minthogy a ductus ejaculatoriusokat elkerüli, betegeinél a potentia sem szenved, a mi szintén igen fontos körülmény; betegei már a 2—3. napon fennjárnak.

A többi hozzászóló sorából kiemelendő még *Freudenberg* (Berlin), a ki *az egész prostatának eltávolitását ajánlja* a húgycsőnek pars prostaticájával együtt; *Rumpel* (Berlin), ki a prostata gyürüs hypertrophiájánál a transvesicális, tumorszerü hypertrophiájánál pedig a perineális eltávolást részesiti előnyben, tehát *a mütét indicatioját szorgos klinikai vizsgálathoz méri*; *de Quervain* (La Chaux-de-Fonds) hangoztatja a cavum Retzii drainezésének fontosságát sectio altanál és előadását *Roux* (Lausanne) szavaival zárja: „mióta a transvesicális módszer dívik, a megöregedéstől ne féljünk".

Rovsing (Kopenhága) szerint sem a perineális, sem a transvesicális prostatectomia eredményével nem lehetünk megelégedve, 10% mütéti összmortalitás mégis csak igen nagy. A prostatectomia után gyakran észlelt súlyos psychikus depressiokat, sőt suicidiumot is. *Rovsing* tehát csak a legsúlyosabb esetekben fordul a prostatectomiához, egyébként pedig a *cystotomiával éri be*, melylyel a prostata-túltengés legkellemetlenebb következményét, a vizeletretentiót megszünteti. *Roux* val szemben előadását azzal végzi: „veszedelmesebbé vált a megöregedés azóta, a mióta a suprapubicus módszer dívik".

Wullstein (Halle) prostatatumorok eltávolításánál *a symphysis temporaer resectioját* ajánlja; lefelé domborodó metszést alkalmaz a szeméremdomb felett. A hólyagot ureterkatheternek bevezetésével néhány napig szárazon tartja.

Rovsing (Kopenhága) carcinoma miatt *a hólyag teljes kiirtását* három izben végezte; az uretereket az ágyéktájon implantálta, a hol a vizeletet külön húgytartók fogják fel.

Herczel (Budapest) négy betegről számol be, kiket 8—9 év előtt *Maydl módszere szerint operált*. Mütéti halálozása nem volt. A mütét távolabbi eredménye két betegénél ismeretes, ezeket csak nem régen látta. Mindkettőnél ascendáló pyelitisnek semmi nyoma sincsen, úgy az éjjeli mint a nappali continentiájuk teljes. A *Maydl*-féle mütét eredményével tehát igen meg lehetünk elégedve.

Néhány vegyes tárgyú előadás, valamint egy-két casuistikus közlés zárta le a congressus utolsó ülésnapjának tárgyalásait. Ezeknek sorozatából csak a főbbeket említem.

Krause (Berlin) 20-szor észlelt gerinczvelőbénulást, gerinczvelőtumorok képe alatt. Nyolczszor mütétileg avatkozott be; laminectomiát végzett, de mást mint *meningitis serosa spinalist* nem talált. Az arachnoideában betokolt cysták incisioja után a bénulások, melyek *Brown-Séquard*-féle typust mutattak, visszafejlődtek.

Hoffmann (Graz) *orrgarattumorok eltávolításánál a pharyngotomia suprahyoideá*-t *ajánlja* az epipharynx szabaddá tevésére.

Clairmont (Wien) *az arczon előforduló basalsejtü carcinomák* klinikai és histologiai képét jellemezte; a rákok ezen fajánál a Röntgen-kezelés jó eredménynyel jár.

König (Berlin) is kiemeli ezen daganatok relativ jóindulatuságát. Ha végigtekint az életében észlelt eseteken, kiváltó okként itt többnyire traumát talált. Régebben azt hitte, hogy ezen rákok a faggyúmirigyekből indulnak ki. Sebészileg mindig gyógyíthatók, Röntgen-kezelés által a betegeket a hegtől kiméljük meg.

Suter (Innsbruck) *fertőzött sebek kezelésére a perubalzsamot ajánlja*. Nagyszámú kisérletet végzett és arról győződött meg, hogy a perubalzsam a bakteriumok fejlődését gátolja; teszi ezt részben az által, hogy a bakteriumokat mintegy bevonja, részben hogy baktericid hatást fejt ki, részben pedig chemotaxis által is. Szükséges azonban a legtisztább perubalzsam használata, mivel hamisított készitmények is forgalomba kerülnek, az ilyenek pedig nephritist idézhetnek elő.

A congressus tárgysorozata ezzel kimerült. Az 1908. évi congressus elnökévé *Eiselsberg* bárót (Wien) választották meg.

Gergő Imre dr.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A chlorcalcium hatásáról Bright-kórban tartott előadást *Iscovesco* a párisi „Société de biologie“ egyik utóbbi ülésén. Szerinte az olyan Bright-kórosokban, a kiknek nincs polyuriájuk, vizeletükkel azonban literenként 3—15 gramm fehérjét ürítenek, a vörösvérsejtek ellentállóképessége tetemesen csökkent, a serumnak haemolysises hatása pedig fokozott. Kiderült továbbá, hogy chlorcalciumot adva a serumhoz, a haemolysises hatás csökkent, sőt meg is szünt. Ezek alapján a Bright-kórnak említett eseteiben kisérletet tett chlorcalciummal, 0·2—0·75 grammot adva naponként a szájon át. Valamennyi esetben csökkent a fehérjevizelés; egy esetben literenkét 8 grammról, egy másikban literenként 12 grammról 1·5 grammra sülyedt a fehérjemennyiség. Egyidejűleg az általános állapot is javult s a serumnak haemolysises hatása is csökkent. Az albuminuria azonban sohasem szünt meg teljesen. Az előadó szerint a fehérjevizelés két tényezőtől feltételezett: az egyik vesebeli eredetű, erre hatástalan a chlorcalcium; a másik a vérhez van kötve, ez chlorcalciummal befolyásolható. A tejkúra kedvező hatása Bright-kórban talán a tejnek chlorcalcium-tartalmára vezethető vissza. (La semaine médicale, 1907, 10. szám.)

Nephropoietin. Emlitettük volt nemrégiben, hogy az érvágás után beálló vérregeneratio szakában a vérben és a csontvelőben olyan anyag jelenik meg, a mely más állatokba vive, bennük a vörösvérsejteknek tetemes megszaporodására vezet. Ezt az anyagot haemopoietinnek nevezték el. *Carnot* és *Lelièvre* kisérletei szerint, a melyekről a párisi „Académie des sciences“ április 2.-án tartott ülésén számoltak be, a vese regeneratiojának idején olyan anyag jelenik meg a vérben és még nagyobb mennyiségben a regenerálódó vesében, a mely más állatokban a vesesejtek burjánzását létesíti. Ezt az anyagot, a mely kis mennyiségben a normális állapotban is található, a mennyiben a vese állandóan regenerálódik, nagyobb mennyiségben pedig olyankor mutatható ki, a mikor a vese erősebb növésben van (az ébrényi korban), nephropoietinnek nevezték el és már gyógyitásra is felhasználták. Nephropoietikus serum befecskendezésére vagy ébrényi vesék etetésére a nagyfokú makacs albuminuria megszünését észlelték; a javulás 10—15 nap után következett be, ennyi időre volt szükség, hogy a vesének regeneráló hyperplasiája létesüljön. (La semaine médicale, 1907, 16. szám.)

A gümőkór felismerésének új módját ismertette *Pirquet* a berlini orvosegyesület május hó 8.-án tartott ülésén. Ismeretes, hogy az első himlőoltás után beálló reactio más, mint a revaccinatioé. Az a nézet, hogy a vaccinatio után évekig tartó teljes immunitás következik be, nem egészen helyes, mert ha ezen látszólagos immunitás-szakban végzünk újból oltást és a revideálást nem egy hét mulva, mint a hogy ez szokás, hanem már 24 óra mulva végezzük, rendszerint találunk mérsékelt reactiót kis papula alakjában. Olyanokon, a kik előzőleg még nem voltak beoltva, nem áll be ez a korai reactio, a mely tehát arra enged következtetni, hogy az illető szervezet már volt oltva, vagyis már keresztülment — noha enyhe — fertőzésen. Ugyanez áll a szerző szerint a gümőkórról. Az olyan szervezet, a mely már volt gümőkórosan fertőzve, igen kis mennyiség tuberculinra ilyen korai reactiót ad, az egészséges szervezet ellenben nem. Az eljárás a következő: a kar tövére egy csepp tuberculint teszünk és ezen át kissé felsértjük a bőrt. Olyanokon, a kiknek a testében valahol gümőbacillusok vannak, 1—2 nap mulva kis papula keletkezik. Minthogy a haladó életkorral mind nagyobb azoknak a száma, a kikbe valamikor gümőbacillusok jutottak, úgy hogy a felnőttek között alig akad már olyan, a ki ne lett volna valamikor gümőkórosan fertőzve: az eljárás főleg a gyermekkorban használható. Az előadónak eddigi tapasztalatai szerint a korai reactio eddig a miliaris tuberculosis, a meningitis tuberculosa és az előrehaladt gümőkóros cachexia kivételével mindig positiv eredményű volt olyan gyermekeken, a kiken klinice kimutatható volt a gümőkór. Legkifejezettebb a reactio helyi gümös megbetegedésekben, csonttuberculosisban és görvélykórban.

Élő spirochaetákat mutatott be *Arning* a hamburgi orvosegyesület április 16.-án tartott ülésén és ezzel kapcsolatban a spirochaeta pallida kórokozó voltára vonatkozó eddigi tapasztalatairól is beszámolt. 350 syphilis-esetet vizsgált és elenyészően csekély kivétellel megtalálta a spirochaeta pallidát. Ulcus molle 53 esetét vizsgálta és csak 2 esetben talált spirochaetát; csak ebben a két esetben jelentkeztek utóbb syphilises általános tünetek. Syphilis gummosa eseteiben sohasem sikerült a spirochaetát kimutatni, úgyszintén syphilis maligna praecox némely esetében sem.

A syphilises veselob gyógyitásáról folyt a vita a párisi „Société médicale des hopitaux“ május 10.-én tartott ülésén. *Lévy-Franckel* ugyanis harmadlagos syphilisben szenvedett egyént mutatott be, a kin ascites-szel, hydrothorax-szal és az alsó végtagok vizenyőjével járt súlyos nephritis fejlődött, a mely tüstént javulni kezdett, mihelyt a specifikus lues ellenes kezelést megindították. *Widal* szerint syphilises veselob némely esetében eredményes a specifikus lues-ellenes kezelés, míg más esetekben hatástalan. Véleménye szerint a higanykezelés megindítása előtt néhány napig kisérletet kell tenni a sótalan diaetával s csak ennek eredménytelensége esetén kell a specifikus kezeléshez fogni.

PÁLYÁZATOK.

2900/907. ki. sz.

Aba nagyközségben üresedésbe jött **községi orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A községi orvos javadalmazása:

1. Készpénz havi részletekben a község pénztárából évi 1600 korona.

2. Látogatási díj a község belterületén nappal 60 fillér, éjjel 1 korona, a községhez tartozó pusztákon pedig nappal 1 korona, éjjel 2 korona, ezentúl a pusztákra a fél által adott természetbeni fuvaron kivül a községi orvosnak odavissza számitva kilométerenkint 40 fillér távozási díj fizetendő, de akkép, hogy bármennyi beteglátogatást kelljen is a pusztán végezni, a távozási díj csak egyszer számitható fel.

A községi orvos kötelességeit a községi és vármegyei szabályrendeletek, továbbá az 1876. évi XIV. t.-cz. határozmányai irják elő.

Felhivom tehát mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy életkorukat feltüntető születési bizonyitvány, képesitésüket igazoló orvosi oklevél és eddigi gyakorlati alkalmaztatásukat feltüntető bizonyitványokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám legkésőbb **f. évi junius hó 24.-én délelőtt 11 óráig** nyujtsák be.

A választás idejéül f. évi junius hó 26. napján ak délelőtti fél 11 óráját Aba községházához ezzel kitűzöm azon megjegyzéssel, hogy a megválasztott orvos állását f. évi julius hó 1.-éig elfoglalni köteles.

Székesfehérvár, 1907. évi május hó 23.-án.

Kálmán, főszolgabiró.

Lemondás folytán megüresedett a baglyasaljai bányaigazgatóságnál a **bányaorvosi állás**, mely állásra ezennel pályázat hirdettetik. Javadalmazás: 2800 korona évi fizetés, szabad lakás fütéssel, rendszeresitett világitás és január hóban kettős havi fizetés. A kellően felszerelt kérvények **1907. évi julius hó** 1.-éig terjesztendők be.

Északmagyarországi Egyesített Kőszénbánya- és Iparvállalat Részvénytársulat társládai elnöksége
Baglyasalja, u. p. Salgó-Tarján.

1501/907. sz.

Ujkigyós községben lemondás folytán üresedésbe jött **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek s felhivom a pályázni kivánókat, hogy orvostudori oklevéllel, szolgálati bizonyitványnyal s születési anyakönyvi kivonattal felszerelt pályázati kérvényeiket **f. évi junius hó 15.-éig** bezárólag adják be hozzám, mert a később érkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

Az állás javadalma évi 1600 korona, 4 szobából álló szabad lakás és udvar használata, továbbá éjjel kétszeresen számitandó nappali házonkivüli 60 fillér, az orvos lakásán 40 fillér látogatási és 40 fillér halottkémlési díj.

A választást később megállapitandó napon fogja Ujkigyós község képviselőtestülete megejteni.

A választási naptól számitott 15 napon belül a megválasztott községi orvos állását elfoglalni köteles.

Békéscsaba, 1907. évi május hó 25.-én.

2—1 *A főszolgabiró.*

2399/907. kig. sz.

Krassó-Szörény vármegye bozovicsi járásában levő **bozovicsi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A kör székhelye Bozovics, mely községen kivül hozzá tartoznak még a bányai, prilipeczi és prigori körjegyzőségek, valamint a pervovai körjegyzőségből Pervova és Sunicza községek. A kör tehát 12 községből áll egyelőre, valószinüleg ide lesz csatolva még Lapusnicsel község is.

A körorvos javadalmazása: 1600 korona fizetés és 600 korona úti átalány. Ezenkivül a szabályrendeletileg meghatározott dijak.

A pályázni óhajtókat felhivom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában, illetve 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt képzettségüket és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket **f. évi junius hó 20.-áig** hozzám annyival inkább benyujtsák, mert a később érkezőket figyelembe nem veszem.

A román nyelvet legalább szóban érteni kivánatos.

A választást f. évi junius hó 22.-én d. e. 8 órakor Bozovics községházánál fogom megtartani.

Bozovics, 1907. évi május hó 18.-án.

3—2 *Péczely Géza*, főszolgabiró.

HIRDETÉSEK.

A **Bór- és Lithion-tartalmú**

Salvator-forrás

kitünő sikerrel használtatik

vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és köszvénynél, a czukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóczi Salvator-forrás Vállalatnál Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

51. évfolyam. 23. szám. *Budapest, 1907. junius 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. TANÁR,
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 KÖZLEMENYEK.

Jendrássik Ernő: Közlemény az idegklinikáról. A szellemi müveletek mechanismusa és lokalizálása. 423. lap.

Bogdanovics Milos: Közlemény az egyetemi I. számú női klinikáról. (Igazgató: Bársony János dr., egyetemi ny. r. tanár.) Megrepedt, csavarodott, lefűződött petefészektömlők. 426. lap.

Bálint Rezső és Engel Károly: Közlés az I. sz. belorvostani klinikáról. (Igazgató: Korányi Frigyes egyet. tanár.) Adatok a tachycardia paroxysmalis klinikájához és mechanismusához. 427. lap.

Tárcza. Flesch Ármin: A berlini városi gyermekmenhely. 429. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. K. Schleip:* Atlas der Blutkrankheiten nebst einer Technik der Blutuntersuchung. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Szabóky:* Adatok a tuberculosis-bacillus kulturális tulajdonságaihoz. — *Bloch:* A vizeletben megjelenő gümőkórbacillusok gyorsabb kimutatása. — *Gyógyszertan. G. Klemperer:* Escalin, új szer gyomor- és bélvérzések megszüntetésére és gyomorfekélyek gyógyitására. — *Belorvostan. Fürbringer:* Az asthma bronchiale gyógyitása. — *Ebstein:* A köszvényes dispositio mivolta és kezelése. — *Hoppe-Seyler:* Angina follicularis és endocarditis. — *Baccelli:* Érvágás heveny vesetelob eseteiben. — *Sebészet. Janssen:* Az appendicitismütét után keletkező bélsársipolyok. — *Rauenbusch:* Az oxygenbefúvásról a térdizületbe — *Hoffa:* Az idült izületi csúz és az arthritis deformans közti különbség. — *Bőrkórtan. F. Sprecher:* Inoculatiós lupusnak két esete. — *Hágyszervi betegségek. Fürbringer:* Az impotentia coëundi gyógyitása. — *Venereás bántalmak. Finger:* Az idült kankó fogalmának meghatározása és therapiája. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Herling:* Jod-fersan. — *Török:* Jothion. 430—434. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. — Közlemények az összehasonlító élet- és kórtan köréből. 434. lap.

Vegyes hirek. — Pályázatok. — Hirdetések. 435. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 435—438. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény az idegklinikáról.

A szellemi müveletek mechanismusa és lokalizálása.[1]

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

Kétségtelen, hogy az aphasia tana nyitotta meg előttünk a szellemi műveletek alakulásának oly nagyon elrejtett műhelyeit; ha azonban ezekbe a müveletekbe mélyebben kivánunk betekinteni, úgy az aphasia tanának felderített tételeit a rokon kutatási szakok vívmányaival kell egybevetnünk. S valóban csak az anatomia, az élettan, a psychophysika, a klinika, a nyelvészet karöltve, egymást támogatva vezethetnek bennünket a nehéz pályán előre. De épen az adatoknak ily sokféleségében, heterogen eredetében találhatjuk meg a helyes következtetés biztosítékát, a melyet teljesen nélkülöz ezekben a szövődött problemákban az, a ki egyoldalról tekintve, keresi a czél megoldását. Erre a vegyes módszerre már azért is igen nagy szükségünk van, mert a kórbonczolástan különben oly megbizható alapja a szellemi műveletek megitélése körül sokszor ingadozóvá válik, hiszen a kóros góczok távolhatása a legtöbbször biztonsággal el nem határolható.

Jó részét azoknak az ellentéteknek, a melyek ezen a téren a búvárok véleményében fennállanak, az észlelési adatok egyoldalú mérlegelésére lehet visszavezetni, e mellett azonban arra a körülményre is, hogy a szerzők jelentékeny száma nem tud megszabadulni a lélek régi fogalmától, és gyakran egy vagy más alakban, divatos s első tekintetre nem transcendentálosnak látszó kifejezéssel mégis belészövi ezt a fogalmat fejtegetéseibe. Az ilyen kifejezések: „centre d'idéation, Begriffscentrum, associatiós centrum, Centrum für das innere Wort, innerer Befehl, Werkstätte für Begriffe, Denkorgan, Organ für abstraktes Denken, Centrum für geistige Concentration“ stb. főképen az alkalmazás módjában sokszor nem egyebek, mint a lélek még mindig kisértő, hazajáró szelleme. Ugyanazok a szerzők, a kik ezeket a metaphysikai centrumokat felveszik, nem értenek egyet abban, hogy vannak-e igazi érző vagy mozgató centrumok; egyesek elfogadják a beszéd centrumát, de tagadják, hogy az irásképességnek volna önálló centruma. Nagy munka volna, ha össze akarnám állitani a szerzők nagyon elágazó álláspontjait ebben a kérdésben; sem ezt, sem ezeknek kritikai birálását nem tüztem ki feladatul magamnak, s a továbbiakban ez irányú tanulmányaim eredményét szándékozom egyszerüen ismertetni.

Mielőtt azonban a tárgyalásba fognék, meg kell jegyeznem, hogy fejtegetéseim a neurontan alapjából indulnak ki, tehát nem a fibrillatheoria nézetem szerint téves álláspontjából.

Tárgyamat a szükséges megvilágíthatás czéljából a következő fejezetekre osztom: 1. az észrevevés és az emlékképek, 2. az associálás és az emlékezés, 3. a centrumok pontosabb berendezése. Ezek a szellemi működésnek a legfontosabb tényezői.

1. Észrevevés és emlékképek.

A külső érzéki benyomások — és itt leginkább a látási és hallási ingerek jöhetnek szóba — az esetek nagy többségében az illető érzékszerv felvevő felületének igen szükre korlátolt mezején keresztül jutnak be az agyvelőbe. Voltaképen csak azt ismerjük fel, a mi a retina fovea centralisán vagy a hallás terjedelmének középső hangsorán jut öntudatunkba s a mindennapi életben a legfontosabb benyomások valamennyije a látóideg közepén levő néhány idegnyalábon vagy a hallóideg rostjainak szintén csak csekély számára korlátoltan halad be agyvelőnkbe. A mennyire az anatomiai utak ismerete révén ezen pályákat az agyvelőkéregig követhetjük: nem igen kételkedhetünk abban, hogy ezen pályák, illetve idegrostok, valószinüleg egy közbeiktatott sejt révén (a c. geniculat.-okban) némileg megtörve, de számban jelentékenyen nem megszaporodva jutnak el a megfelelő kéregmezőbe. A kéregmezőben a látási és hallási idegvégződések azonban nem sejtekbe futnak be, hanem egy különleges rostfonadékba, a melyet főképen a nyakszirti karélyban mint a Vicq d'Azyr

[1] Ezen dolgozat a lissaboni congressusra készült, kivonata megjelent a congressus jelentésében. Előadtam a kir. Orvosegyesület 1906. május 26.-i ülésén. Végre l. Neurologisches Centralblatt, 1907.

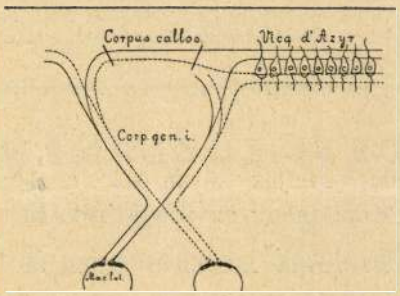
fonatot ismerjük.[1] Ennek a berendezésnek alapján, a mely megfelelő változatokkal a többi érzési területen is feltalálható, az emlékképek elhelyezéséről nagyon világos képet alkothatunk magunknak. Minden kivülről bejutott inger ugyanis szétterül ebben a fonatban s így alkalmassá válik arra, hogy az idegsejtek óriási nagy számára behathasson[2], de — a mint azt a tapasztalás tanusítja — voltaképen csak egy sejtre (vagy egységes sejtcsoportra) hat; hogy miképen választódik ki épen egy sejt, arról a továbbiakban lesz szó. Az inger átvitele, a mint arról egy más alkalommal fogok beszámolni, indukálás módján történik. Minden új inger, a mely ebbe a fonatba került, ott feszültségi állapotot teremt, ez mindaddig nem egyenlítődik ki, a míg az ingerületet egy sejt vagy sejtcsoport át nem vette. Az a sejt, a mely ezt az ingerületet átvette, ezentúl mintegy annak a resonatorjaként van meghangolva: s a mikor ugyanolyan inger kerül belé a fonatba, a már meghangolt sejt veszi át az ingerületet, csakúgy, mint a meghangolt *coherer* a drótnélküli telegraphálásban. Ezen felvétel külön bizonyításra nem is szorul, az agyvelő lokalizálástana eléggé ismert bizonyítékokat szolgáltat. De a psychologiai észlelés is bizonyítja ezt a felvételt, hiszen minden észrevevés külön vétetik fel, emlékképét ismételten kell hangolni, a míg kellően megtartja a hangoltságát. Ez a körülmény már magában kétségtelen bizonyítéka az emlékképek materiálos, sőt körülirt lokalizálásának, másképen az észrevevések megismétlésének hatását értelmezni nem lehetne. A materiálos bevésés másik bizonyító jelensége a felejtés, a mely elégtelen vagy időbelileg elégtelen hangolás után áll be, a mikor a sejtcsoport ismét előbbeni, üres állapotába kerül vissza. Anatomiai tekintetből az egymástól független idegsejtek nagy száma nagyon határozottan bizonyít minden egyes észrevevés külön lokalizálása mellett, jóllehet a pathologiai észleletek csak kevéssé alkalmasak ezeknek a viszonyoknak felismerésére; olyan megbetegedések, a melyek egyes sejtekre vagy sejtcsoportocskákra korlátolva volnának, csak ritkán fordulnak elő s bonczolástani kimutatásuk igen nagy technikai akadályokba ütköznek, klinikai megfigyelésük is nagyon nehéz.

Az érzési emlékkép közelebbi szerkezetét kutatni csak akkor sikerül eredményesen, ha annak fontos, jellegző tulajdonságait a nem fontosaktól különválasztjuk. A látásbeli benyomások észrevevésének terét *Wilbrand* szellemes dolgozatában két csoportra osztja: egy észrevevési mezőre és egy emlékezeti mezőre. Részemről azonban úgy vélem, hogy észrevenni csakis az emlékképek segítségével lehet, vagy úgy, hogy már meglevők ébrednek fel, vagy hogy újakat deponálunk sejtjeinkbe. Elgondolhatatlan, hogy látási benyomásainkat előzetesen egy észrevevési mezőbe juttassuk és csak másodsorban helyezzük azokat az emlékezési centrumokba. *Wilbrand* bizonyára helyesen választja el a fény- és színérzést az alaklátástól, mint az emlékképnek legalább fokban nem lényeges alkatrészét; valóban a legcsekélyebb nehézséget sem támasztja bennünk, hogy az eredetijében színes tárgyakat egyszínü képeken azonnal fel ne ismerjük; színtelenségük a legcsekélyebb mértékben sem zavaró. Hasonlóképen a megvilágítás foka, az árnyékvetés sincsenek lényeges befolyással a tárgyak felismerésére. Az érzéki észrevevés ezen kellékeit, továbbá a hangmagasságot (diapason-[absolut]magasság) a perceptio általános tulajdonságaként kell tekinteni, de nem az alakérzést, ez utóbbi nem választható el a látási emlékképtől. *Lissauer* theoriája szerint az alak- vagy térérzés többféle tényezőnek egyesüléséből volna összeszerkesztve, ebben a főszerep a látási benyomásnak a szemmozgások centrumaival való együttmüködésének jutna. Ez az ú. n. „szemekkel való körültapintás“ valójában nem helyes felvétel, hiszen emlékképeinket azonnal, egy pillantásra felismerjük, még teljes külső szemizombénulás mellett is. Igazán felesleges az emlékkép fogalmát ilyen módon szövődöttebbé tenni. De az emlékképeket nem lehet egyszerüen fényképekhez sem hasonlónak elgondolnunk, mert az optikai emlékképeknek bizonyos testi, háromdimenzionálos jellege van, a mi kiviláglik egyrészről a stereoskopos látás lehetőségéből (egyidejü megvilágítása egy emlékképnek két oldalról), másrészről pedig abból a körülményből, hogy a már ismert tárgyakat bármely oldalukról, sőt olyan irányból is, a melyből azokat még sohasem láttuk, a legnagyobb könnyüséggel felismerjük. Ha csak a stereoskopos látást tekintenénk, talán arra is lehetne gondolni, hogy mind a két féltekében támad kép s azok egyesülése adja meg a testiesség látszatát (de bizony ez nem jól értelmező magyarázat volna!); de ha meggondoljuk, hogy a már látott tárgyakat bármely oldalukról, jóllehet azok így formában és rajzolatban mindig másféle módon kerülnek szemünkbe s azokat mégis azonnal felismerjük, az emlékképnek háromdimensiojú alakjában nem lehet kételkednünk. Helyesebb is volna, ha *emlékalakról* beszélnénk, semmint *emlékképről*. (Jelen fejtegetésem körén kivül marad annak a megváltozásnak a taglalása, a mely a sejtben az emlékkép felvétele alkalmával végbemegy.)

Azt, hogy a stereoskopos látás nem a szemizmoktól függ, már a stereoskop maga is bizonyítja. Az 1. ábrán sémában tüntettem fel, hogy miként lehet ezt a berendezést (a szövettani lelettel összeegyeztethetőleg) elgondolni.

Felvételem szerint a corp. geniculatumban a rostok két részre oszlanának, a mely módon — a corpus callosumon keresztül — mindkét félteke mindkét maculával összeköttetnék. A Vicq d'Azyr fonat ilyen módon a két szemmel való látásban nagyobb kiterjedésben és különféle oldalról nyerné ingerületét, mint az egy szemmel való látásban.

Valószinünek vélem, hogy a Vicq d'Azyr fonatnak ható felületét hullámos lefolyás, közbeiktatott sejtrendszerek és ezeknek ágazatos nyúlványai még tetemesen megnagyobbítják.



1. ábra

A lélekvakság esetei az optikai emlékképekről igen tanulságos adatokat szolgáltatnának, sajnos, hogy ez a kóros állapot még nem eléggé alaposan ismeretes.

Felvették azt, hogy lélekvakság a nyakszirti agyvelőkarélynak csakis mindkétoldali megbetegedésekor támad. *Oppenheim* említi, hogy 20 eset közül 12-szer volt a megbetegedés kétoldali. Ha csupán egy biztos esetünk volna, a melyben lélekvakság az egyik oldal megbetegedésére állott volna elő, akkor a kétoldali felvétel helytelensége már kitünnék. Sajnos, a távolhatás rendszerint a szerző egyéni mérlegelése alá esik s így sokat lehetne vitatkozni a felett, hogy a fennmaradó nyolcz esetben (talán többet is lehetne találni!) nem volt-e az egyik már eléggé bizonyító. Minden jel, a melyet az emlékképekről ismerünk, azt látszik bizonyítani, hogy ezek egységesek és hogy csakis az egyik agyvelőféltekében vannak lokalizálva, hiszen máskép minden emlékképnek az egyes látótér-felek számára a két féltekében külön-külön kellene elhelyezve lenni. Talán akkép is lehetne vélekedni, hogy az optikai emlékképeknek egy része a jobb, másrésze a bal agyvelőféltekében találna elhelyezést, ugyanannak az emlékképnek a kétoldali megrögzítése ellenben igazán nem valószinü. Ezeknek a viszonyoknak a megitélésében nem szabad figyelmen kivül hagyni, hogy az agyvelői hemianopiás kiesés a legfontosabb észrevevési területet, a fovea centralist, a mint azt a klinikai esetek bizonyítják, rendszerint szabadon hagyja s a retina ezen része mindkét agyvelőféltekével összeköttetésben marad. Ezen az alapon az a látszólagos követelmény, hogy a lélekvakság kétoldali agyvelősérüléshez volna kötve, eléggé magyarázhatónak látszik. *Munk* kisérleteiben a nyakszirti karélyba besugárzó látórostokat kétoldalilag kellett elroncsolni, hogy a lélekvakság tünete támadjon — már t. i. a mennyiben

[1] Más tekervényekben az analog fonatokat *(Cajal* szerint) mint a *Baillarger*-féle, a *Gennari*-féle (mozgatókéreg) fonatokat nevezzük meg.

[2] Fel kell vennünk, hogy ebben a sürü fonatban a macula luteáról jövő egyes rostok egymástól elszigetelve párvonalos menetekben terülnek szét, erre vallanak bizonyos kiesési jelenségek, még inkább pedig az a körülmény, hogy addig kétségtelenül izoláltan kerülnek oda az egyes rostok.

ez az állatokon felismerhető! —, de ezekben voltaképen a vezető pályák, nem a centrumok egyedül kerültek a roncsolás körébe. Nagyon tekintetbe kellene venni ezekben a kisérletekben, még inkább az idevágó kóresetek megbirálása körül, hogy melyik oldalon volt a bántalom? Mert ha csakugyan az egyik oldal a kizárólagos letéteményese az optikai emlékképeknek, akkor nyilvánvalólag az ellenkező oldal egyedüli elroncsolása nem támaszthat lélekvakságot.

A legfontosabb látópályák (a *macula luteától* eredők) igen széles területen kerülnek be a megfelelő kéregrészletbe; már *Monakow* kimutatta e tekintetben a rostnyalábok széttérését. Felfogásunk szerint minden rostnak ható területe mindkét nyakszirti karélyban az egész Vicq d'Azyr fonatra kiterjed. Ha az említett fonathoz tartozó pályák, illetőleg a Vicq d'Azyr fonat egyoldalt elpusztul: akkor *cerebrálos hemianopia* támad (a látótéren a központi látás megtartásával) lélekvakság nélkül, mert az emlékképek a másik oldalról felidéződnek. Mivel pedig felfogásunk szerint csak a *maculától* eredő rostok alkotják a Vicq d'Azyr fonatot: érthető, hogy a kérgi eredetü hemianopiákban a látás épen a látóközpontban mindkét oldalt gyakran ép marad. Az 1. ábrán értelmezhetjük ezt a magatartást: ha a látást vezető rostoknak elágazódásán túl támad a sérülés, a központi látás megmarad.

További érdekes kérdés, hogy milyen nagy egy egységes emlékkép és hogy hány sejtbe van ez elhelyezve? Ha megkisérli az ember, hogy gondolkozás útján felidézzen magában egy optikai emlékképet, úgy kitünik, hogy nagyobb tárgy emlékképe kis darabokból áll: ha pl. egy ismerősünkre gondolunk, úgy legfeljebb az illető feje, sőt annak egyes részlete, vagy keze, vagy más testrésze jut egyszerre emlékünkbe; ha egy épületre irányítom gondolkozásomat, vagy egy butordarabra, vagy akármi másra, be kell érnem annak egyik szögletével, kis részével, a mely részekről másokra térhetek át, de egységes képbe egyidejüleg nem tudom e részeket összeállítani. Úgy látszik tehát, hogy az emlékképegységeknek a nagysága, mintegy egy tekintetnek, annak, a minek rendszerint egy szembeállítással képét kapjuk, felel meg; ha a tárgyakat szemeinkkel mintegy „megtapogatjuk", az emlékképeknek bizonyos sorozatát nyerjük, olyan sok részletből összetéve, a hányszor látásirányunkat változtatni kellett. Ez a felfogás azt is megmagyarázza, hogy szemeinket miért nem tudjuk úgy mint más tagjainkat egyenletesen tovamozgatni, hanem azokkal egyik tárgyrészletről a másikra: mintegy egyik emlékképről a másikra, átátugrunk. Nem egységes, összefolyó kép támad így agyvelőnkben, hanem olyan autotypia-féle, vagy mozaikkép. Ennek a berendezésnek tulajdonképeni jelentős értelmét megkapjuk, ha a hallási emlékképeket veszszük vizsgálatba; térjünk ezekre át.

Nagyjából a hallás terén is hasonló a berendezés. Itt is azt látjuk, hogy fülünk nem egyformán tud megkülönböztetni a hangsor egész terjedelmében: a zenei hangok alatt és felett még az octavoknak nagy sora van, a melyekben a hangot ugyan meghalljuk, de sokkalta kevésbé tudjuk megitélni. A hangközöknek biztos megitélése a zenei octavokban, a zenein túl levő hangokban elvész, ezek a hangok, hogy úgy mondjam, a körzeti hallásmezőben maradnak.[1] A mindennapi életben, főképen ha még a zenétől is eltekintünk, a hallási benyomásoknak legnagyobb része a beszéd alakjában, a hallóidegnek aránylag kisszámú rostján kerül be a hallókéregbe (a corp. genic. ext.-on keresztül, a melyben valószinüleg szaporodnak a rostok, bár felvehető, hogy ugyanazon folyamaton mennek keresztül, mint fennebb a látórostokról felvettük).

A hallási benyomásoknak ugyanolyanok a tulajdonságai, mint a látásiakéi: a hang megérzése (intensitás tekintetében) és az absolut magasság analog érzési tulajdonságok, mint a fényérzés és a színérzés a látás terén. Mindezek minden hallási benyomással együttjárnak, de nem absolut jelentőségüek, mert a kimondott szót, az elénekelt dalt azonnal megértjük, illetőleg felismerjük, akár mélyebb vagy magasabb hangon, erősebb vagy gyengébb módon jut a fülünkbe. Az a tulajdonság, a melynek alapján a hangot megértjük, a hangszínezet, a harmonia és főképen a hangközök sorozatos egymásutánja a zenében, a zörejek egymásutánja a beszédben; ezek felelnek meg az optikai képben az alaknak. Az elemi tulajdonságok (a hangmagasság, a hang erőssége) tehát csak az érzés tulajdonságai: ezek annak a kifejezői, hogy az *idegsejt miként ingereltetik, de ezek nem jelentik a speciálos emlékképet, tehát nem azt, hogy melyik idegsejt jött ingerületbe.* Ezeket az elemi tulajdonságokat nem szabad különálló területekre, külön sejtekre lokalizálni, semmiképen sem szabad azt gondolnunk, hogy pl. skála különböző sejtekben, mint a zongorán a billentyükön, emlékkép gyanánt van agyvelőnkben s a dalok mint ezen hangemlékek associatioi füződnek egybe s maradnak meg emlékezetünkben.

Hogy a zenei emlékképek alkotását helyesen felfogjuk, a hallási benyomásokat a látásiakkal kell egybevetnünk. Az ilyen összehasonlító kisérletben az első pillanatra úgy tetszik, mintha az optikai benyomásoknak többsége szimultán, egyidejü, míg a hallásiaké egymásután következő, tehát chronologiai. Mindjárt látni fogjuk, hogy ez a különbség voltaképen nem áll fenn, sőt a hallási emlékképeknek jelentékeny része szimultán, de a látás terén is gyakran találkozunk egymásutánban kapcsolt emlékképekkel. A hangszínezet maga példa erre, a hangszínezeten máris megismerjük, hogy zongorát vagy trombitát hallunk-e, daczára, hogy csak egy-két össze nem függő hangot hallottunk, a melyeknek zeneileg értelme nem volt; vagy egy jó ismerősünket felismerjük a hangján még akkor is, ha egy egymagában különben értelmetlen szót mondott is ki. Ugyanígy szimultán benyomás a harmonia, a mely a binoculáros és perspektivás képek három dimenziojának felel meg. De igen tanulságos, ha az időben lefolyó optikai benyomásokat veszszük tekintetbe. Ha nagy tárgyat, a mely már nem fér bele egyszerre a nézőterületünkbe, veszünk szemügyre, akkor az egészet csak részletenként gyüjtött egyes képekből tudom összeállítani, a mint ezt már fennebb fejtegettük. Ismerőseink, épületek, zenedarabok ilyen módon kis részletekre bontva kerülnek bizonyos sejtcsoportokba, a melyekbe azok egymásutánban érkeznek; az egyes részleteknek nagyságát valamikor bizonyára pontosabban meg fogjuk állapithatni.

A hallási emlékképeket tehát mint egyes sejtcsoportokba sorozatos egymásutánban felvett benyomásokat kell felfognunk. Ha egy hallási ingerület a hallási mezőbe érkezik, bizonyos sejtcsoportba felvevődik; ha ugyanaz a hallási benyomás ismétlődik, ugyanaz a sejtcsoport visszhangzik. Az emlékképnek ilyen újra megcsendülése tehát ugyanolyan módon történik, mint a látásban: ha távolról pillantok meg egy alakot, meg kell várnom, a míg a részletek meglátása felismernem engedi a közeledőt; ugyan így csak akkor ismerek meg egy már hallott zenedarabot, ha több részlet, azaz több hang egymásután jutott fülembe, vagy egy mondatot akkor, ha egy a megértésre elégséges szót hallottam meg.

Legvilágosabb a helyzet, ha a szók lokalizálását figyeljük meg. Nem a szavak részletei, a szótagok vagy a betük összessége a szavak emlékképe, hisz az analfabetának fogalma sincs ezekről a részletekről; a szavak mint olyanok egészben vannak elhelyezve, mint részletei a beszédnek. A betük voltaképen az anatomiailag lehetséges egyes mozgásoknak jelei. Az abc az olvasni megtanult ember agyvelejében lokalizálva van mint külön emlékképsorozat, de ez nem függ a tulajdonképen való beszéddel össze. Ha az optikai emlékképeket így a szavakéval összehasonlítjuk, úgy a betük az optikai kép vonalmenetének felelnek meg, a betük épen olyan kevéssé jelentik a szót, mint egyes vonalok a látási emlékképet.

Az optikai emlékképek igen nagyszámúak, összehasonlíthatatlanul számosabbak mint a hallásiak, ennek megfelel a megfelelő agyvelőkéregrészleteknek eltérő szervezete: a hallási mezőben annak a sürü hálózatnak, a mely a nyakszirti karélyban már szabad szemmel is felismerhető, csak halvány ismétlődése van meg.

A mozgató kéregben is megtalálhatók az egyes mozgásalakoknak megfelelő emlékképcsoportok; ha valaki zongorázni megtanult, akkor nem egyszerüen azt gyakorolta be, hogy ujjait gyorsabban és nagyobb erővel mozgathassa — hiszen ha így volna, mindjárt hegedülni is tudna —, hanem a megfelelő mozgási emlékképeket véste bele az erre a czélra alkalmas kéregterületbe.

[1] Voltaképen a zenei hangterjedelmen túl levő hangoknak a spektrum két végén levő fénysugarak felelnek meg, élettanilag azonban a használt hasonlat megengedhető, mert mindkét területen a megfelelő idegek középső rostnyalábai a biztos (éles) látás és határozott (éles) hallás közvetitői.

Ezekről az emlékképekről jön az ingerület a pyramispályák kiindulási helyéhez, illetőleg a Betz-féle sejtekhez.

Elvi jelentőségű kérdés az, hogy minden egyes emlékképnek felvételére külön sejt vagy sejtcsoport szolgál-e, avagy ugyanazok a sejtek több emlékképet is vehetnek fel? Úgy vélem, hogy az utóbbi felvétel teljes ellentmondásban van összes tapasztalati adatainkkal: az egész lokalizálási theoria megdőlne, ha egyes sejtek több emlékképet fogadnának magukba. Annak a magyarázata, hogy az egyes emlékképek között különbséget tudunk találni, hogy azokat tudjuk összehasonlítani, időbeli sorrendbe állítani: csakis az elszigetelt elhelyezés felvételével lehetséges. De ezzel a felvétellel egyezik a kéregsejteknek nagy száma és a részleges kiesési kóresetek észlelete.

(Vége következik.)

Közlemény az egyetemi I. számú női klinikáról. (Igazgató: Bársony János dr., egyetemi ny. r. tanár.)

Megrepedt, csavarodott, lefűződött petefészektömlők.

Irta: *Bogdanovics Milos* dr., tanársegéd.

A női nemi szervek közül a petefészekben találunk leggyakrabban daganatot. Ezen sajátságának okát szöveti szerkezetében, alkotó elemeinek productiv és proliferáló képességében kereshetjük. Gurlt 8·5%-ban talált petefészekújképletet, Winckel 4·8%-ban, Doederlein 9·2%-ról tesz említést. Az I. számú női klinikán 1897. január 1.-étől 1906. deczember 31.-éig, tehát 10 évben mint fekvő beteg ápolt 3546 beteg közül 329 ben, vagyis 9·2%-ban láttunk petefészekből kiinduló daganatot. A kor nem nagy befolyással van a daganat fejlődésére, találkozhatunk vele a kora gyermekkorban épen úgy, mint a legkésőbbi öregkorban. Különösen disponáló a tulajdonképeni ivarkor, tehát 20—50 évig. A 60-as éveken túl ritkán észleltek az ovariumban daganatfejlődést és a leirt esetekben is valószinű, hogy a daganat már régen megvolt és csak későn jutott a beteg tudomására, a mikor a közérzetben zavarokat idézett elő. Az ovarium-újképletek között leggyakrabban fordulnak elő az egy- vagy többrekeszü úgynevezett glanduláris proliferáló cysták, a melyek teljesen jóindulatú daganatok ugyan, de bennük vagy a környezetükben keletkezhetnek bizonyos változások, melyek a betegséget komplikálják; a beteg sorsa azután ezeknek a complicatióknak a súlyos vagy kevésbé súlyos voltától függ.

A petefészektömlők közül inkább csak az intraligamentosus fejlődésüek okoznak subjectiv panaszokat, az egyszerű kocsányos cysták csak akkor, ha a daganat növekedik s ezzel megváltoztatja a kismedencze vagy még inkább a has térbeli viszonyait; ilyenkor keletkeznek a közönségesen panaszolt alhasi és keresztáji fájdalmak és a kismedenczebeli teltség érzete, meg panaszok a hólyag és végbél részéről. Az erősen megnagyobbodott daganat nyomja a szomszédos szerveket, étvágytalanságot, légzési nehézségeket okozhat. Az alhasi venák nyomása következtében haemorrhoidális csomók keletkeznek, varicositás a czombokon, lábszárakon, majd a daganat rohamos növekedését az alsó végtagokon és a hasfalakon oedemák kisérik. A venosus pangás következményeként még a jóindulatú daganat mellett is ascites fejlődhet. A tömlős daganatot többször a környezettel összenőve találjuk. A daganat mint valami idegen test izgatja úgy a hashártyát, mint a szomszéd szerveket, ezeken a hosszantartó nyomás nekrosist okozhat, de meg maga a daganat is elveszti fedő epitheljének egy részét, a surlódás lekoptatja a peritoneális endothelt, a mechanikai izgalom körülirt peritonitist hoz létre, a minek következménye azután az összenövés a hasfallal, cseplesszel, belekkel stb. Erős összenövéseket találunk kiváltképen akkor, ha a daganat a méh mögött hátul a kis medenczében leszorul, ilyenkor vizsgálatkor a cysta intraligamentosus fejlődésünek látszik s ezek volnának az úgynevezett pseudointraligamentosus cysták.

Az sem tartozik a ritkaságok közé, hogy a petefészek tömlők megrepednek és tartalmuk a szabad hasürbe ömlik. Különösen az igen vékonyfalú tömlők hajlamosak ruptura, milyenek a retentiós tömlők: a hydrops folliculi, a cysta corporis lutei, s néha a tuboovariális tömlők is. Különösen az előbbiek csekélyebb behatásokra már megrepednek. A hasfalat érő trauma, vagy egy orvosi vizsgálat, néha a cysta punctioja, a hasprés erősebb működése, pl. hányásinger alkalmával, sőt az ágyban való egyszeri megfordulás, vagy hirtelen felülés maga után vonhatja a tömlő megrepedését, leginkább olyankor, ha a daganat környezetével összenőtt, vagy ha erősen van a kismedenczébe beékelődve; ilyenkor t. i. a rögzített daganat könnyebben szenvedhet olyan nyomást, mely a falát valamely már praedisponált helyén megrepeszti. Kocsánycsavarodást is szokott ruptura követni. Néha minden külső behatás nélkül magától is megszakad a cysta, ha a tartalmának hirtelen és tetemesen való megszaporodása folytán a fala túlságosan feszül, azonban ilyenkor is rendszerint volt már a falzatában olyan hely, mely a rupturára praedisponált. Ilyen praedispositio egyrészt a falzat szerfelett való vékonysága, a mint ezt legkivált öregebb egyéneknek gyorsan növekvő kystomáinál láthatjuk, másrészt, ha a daganat proliferáló papilláris cysta, melyben a burjánzás a falzatot mintegy áteszi vagy legalább is törékenynyé teszi.

A ruptura következményei különbözők lehetnek a szerint, hogy merre történik az áttörés. A leggyakoribb a has üregébe való áttörés, ilyenkor azután számba jön a kiömlő folyadék minősége és mennyisége is. A tiszta serosus cysta-tartalmat a peritoneum igen gyorsan felszívja, a nélkül, hogy bármi más tünet, mint bő diuresis, támadna. A colloidtartalomból először a folyékonyabb részek szívódnak fel, mialatt a vaskosabb, sürübb részek csomócskák alakjában lerakódnak a hasfali és zsigeri hashártyára, hol azután vérerek beleburjánzása következtében hosszú ideig fennmaradhatnak s létrejön az a kép, a melyet pseudomyxoma peritonei névvel szokás jelölni. Néha a cysta falában vastag vérérkötegek húzódnak, melyek a fallal együtt megrepedhetnek és erős, az életet veszélyeztető vérzéseket okozhatnak. A véres, genyes vagy eves tartalom izgatja a hashártyát és gyuladást hoz létre, a mely olykor nagy kiterjedésü és halállal végződhet. A halál legtöbbször shock, vagy a felszívódott anyagok intoxicatiójának a következménye. Ha kicsiny az áttörés helye, záródhatik is, mire a tömlő újból telödik és vagy tovább nő, vagy ismét megreped. Nagyon elszakadt tömlő teljesen kiürül, ekkor a fala zsugorodhat és ily módon teljes gyógyulás követheti a repedést. A már előbb ismert tömlő szakadását csaknem mindig könnyü megállapitani. Tudniillik a daganat kisebbedik vagy teljesen eltünik, a hasürben pedig szabad folyadék mutatható ki, belső vérzés esetén meg hirtelen a collapsus tünetei jelentkeznek, colloidanyagnál talán peritonitis is. E tünetek szerint alkalmazkodik a therapia. Legtöbbször nyugodt fekvésre spontan gyógyulás következik, életveszélyes tünetekkel szemben persze haladéktalanul müteni kell.

Klinikailag sokkal fontosabb szövödmény a petefészektömlők kocsánycsavarodása, a mely a daganat további sorsára nézve nagyfontosságú. Gyakoriságát illetőleg különbözők a szerzők adatai. Míg Spencer-Wells csak valamivel 2%-on felül találta, Olshausen már 6·5%-ról tesz említést; majd a későbbi adatok a mütétek számbeli emelkedésével nagyobb százalékot mutatnak, így Schauta 20%-ra, Küstner pedig 38·8%-ra teszi a kocsánycsavarodást. Az I. számú női klinikán 329 eset közül volt 48 torsio, vagyis 14·5%. Annál könnyebben jön létre a csavarodás, minél mozgathatóbb a daganat s minél hosszabb a kocsánya. Az ilyen kocsányos daganat elszenvedhet tengelye körül akár 90°-nyi csavarodást, torsioról azonban tulajdonképen csak akkor lehet szó, ha a daganat vérkeringésében zavar áll be. A torsio mindig bizonyos törvény szerint történik. Küstner szerint a jobboldali cysta kocsánya bal felé, a baloldalié jobb felé csavarodott csigavonalat ir le, vagyis a daganat a méh felé csavarodik. Előidéző okokként különböző momentumok szerepelnek. Főként a beteg testmozgásai és a hasprés müködése, kevésbé a bél peristaltikája; egyik-másik torsio az orvosi vizsgálatnak a következménye, a mikor például a jól mozgatható daganatot úgyszólván ballotálni lehet. Kétségen kivüli alkalmi ok a kocsány csavarodására a hasüri nyomás hirtelen változása, különösen annak a csökkenése, e tekintetben első sorban a terhesség és szülés. A klinikai jelenségek torsionál a peritonitis jellegét mutatják; hirtelen, erősen keletkező fájdalmak a hasban, meteorismus, nyomásra érzékenység, gyakran hányás, hőemelkedés, pulsusszaporodás stb. Ilyesféle jelek hívják fel az orvos figyelmét arra, hogy a daganat kocsánya valószinüleg önmaga körül

csavarodott. A csavarodás következményei a torsio fokától függnek. Ha nem tökéletes a torsio, akkor csak venosus pangás fog beállani. A vékonyabb falú venák gyorsabban nyomhatók össze, mint az arteriák; ha átjárhatatlanok lesznek, fellép a passiv hyperaemia valamennyi tünete: a daganat terimében megnagyobbodik, oedemás lesz, vérömlés támad a cysta falában, üregében sőt a has üregében is, és a beteg így belsőleg elvérezhet. Máskor a vérzés megállapodik, a daganat táplálkozásában azonban zavar keletkezik, külső felületén nekrotizál, a fedőepithel lemállik és a daganat összenőhet a környezettel, a hasfallal, a belekkel, a csepleszszel. Ha a kocsánycsavarodás oly heves, oly erős, hogy a vérérlumenek teljesen elzáródnak, akkor vagy nekrotizál az egész daganat, vagy pedig a fala elzsírosodik, elmeszesedik és a daganat összezsugorodik, atrophizál. El is genyedhet a daganat vagy a tubán feljutott genykeltő mikroorganismusok (gonococcus, streptococcus stb.) következtében, vagy ha a daganattal összenőtt bélfalon át bakterium coli vándorol be. Előfordul az is, hogy a kocsánycsavarodás oly nagy mértékű, hogy a daganat teljesen lefűződik, mely azután mint corpus liberum vándorolgat a has üregében. Az ilyen daganat rendszerint már előbb összenőtt a környezetével, a szomszédságába csúszott szervekkel, leggyakrabban a csepleszszel. Itt azután oly vaskos vérerek képződnek, hogy ezek útján a daganat tovább táplálkozik és akár tovább növekedhet. Teljes lefűződést különösen dermoidcystáknál észleltek.

A mint ebből a rövid összefoglalásból látható, a különben jóindulatú petefészektömlők az elmondott szövődmények útján az életet veszélyeztető daganattá válhatnak. Ilyen szövődményes cystáknak három érdekesebb esetét akarom most ismertetni, a melyeket az egyetemi I. számú női klinikán volt alkalmunk az utóbbi években észlelni. Ezek a következők:

1. 255/1904. sz. 24 éves VPara. Utolsó szülése hat hét előtt; ekkor vette észre, hogy valami daganat van a hasában, mely szúrásokat és légzési nehézségeket okoz neki. A daganat a köldököt egy harántujjnyira meghaladja, feszes, elastikus, nyomásra nem érzékeny, a kopogtatási hang felette mindenütt tompa, oldalt az ágyéktájékon dobos. A daganat a méh jobb szélével összefüggő ovariális cysta. A beteg a felvétele utáni napon hasában egyszerű felülés közben valami „pattanást" vett észre és úgy érezte, mintha valami „elöntötte" volna. Az ezt követő vizsgálat azt találja, hogy a has elődomborodó kúpja lelapult, a has kisebb, nem oly feszes tapintatú, puha és érzékeny, benne solid tumort tapintani nem lehet; a kopogtatási hang hasüregbeli szabad folyadékgyülem hangját adja, elől dobos, oldalt tompa. Az asszony ezen nap délutánján, valamint a következő pár napon igen sokat vizel; a vizelet napi mennyisége több két liternél, halvány világossárga, kristálytiszta, fajsúlya 1005, fehérjét vagy más idegen alakelemeket nem tartalmaz. A beteget gondosan megfigyeljük, hője 37·4 C°-nál nem magasabb, hasérzékenysége 5 nap mulva csökken, teljesen jól érzi magát. 16 napi észlelés után újból megvizsgáljuk s ekkor a méh mellett baloldalt rendes nagyságú ovariumot találunk, a jobb oldalon azonban sem ez, sem daganat vagy annak maradványa nem tapintható; szabad folyadék a hasűrben ki nem mutatható. Itt tehát egy jobboldali petefészektömlő megrepedésének esetével álltunk szemben, mely spontan gyógyult. A tömlő tartalma a hasűrbe ömlött, felszívódott s a vizelettel kiküszöbölődött.

2. 175/1905. sz. 46 éves XIIPara, utolsó szülése hat év előtt. Hasában kis emberfejnyi, jól mozgatható, akár a bordaiv alá feltolható, cystosus, nem érzékeny tumor található, mely állitólag négy év óta fejlődik, soha semmiféle fájdalmat neki nem okozott. A daganat a méhet jobbra és hátra szoritja, és úgy látszik annak jobb sarkával egy vékony köteggel függ össze. Vizsgálat után este hasában hirtelen erős fájdalmakat érez, mely fájdalmak különösen a tumor helyére lokalizálódnak. Másnap hőemelkedés keletkezik, 37·8 C°, a pulsus szaporább lesz, meteorismus, erős érzékenység az egész hasban. Az asszonyt jégtömlővel a hasán nyugodtan fektetjük. A két nap mulva megejtett ismételt orvosi vizsgálat után azt találjuk, hogy a tumor rögzitve van, azelőtti cystosus konsistentiája feszessé lett, elvesztette elasticitását. Az így evidens módon kifejlett torsiós tünetek sürgős műtétet indikálnak. Laparotomia. A has megnyitása után látjuk, hogy a fali hashártya már a daganathoz tapadt, a tumor szilvakékesen elszínesedett, fibrinosus álhártyákkal borított, hasonlóan a vörösen belövelt zsigeri hashártya is. A belek puffadtak. A tumor jobboldali, kétszer csavarodott kocsányú, emberfejnyi cysta, melynek kocsánya balról jobbra van csavarodva. A torsio helyétől peripher eső kocsányrész, valamint a tuba hüvelykujjnál vastagabb, oedemás. A tumor maga is feszesebb, duzzadtabb, véresen imbibált. A daganatot eltávolítjuk. Sima gyógyulás. Esetünkben a torsio közvetlenül az orvosi vizsgálat után keletkezett. A kocsánycsavarodás nem Küstner törvénye szerint történt, a mennyiben a jobboldali cysta kocsánya jobb felé csavarodott csigavonalat alkotott. A már kifejlődött peritonitis ellenére is sima gyógyulás.

3. 285/1906. sz. 44 éves VIIIPara, utolsó szülése 7 év előtt. A mint a beteg előadja, alhasában jobboldalt munkaközben hirtelen erős fájdalom támadt s ezen idő óta hasában valami daganatot érez, mely jobboldalt keményebb, lassan nő, fájdalmakat nem, csak utóbbi időben légzési nehézségeket okoz. Felvételekor azt találjuk, hogy az alhasat szélesen domboritja elő egy elastikus, nagy babalakú, a köldökig érő daganat, mely csak korlátoltan mozgatható és a melyen hóropogásszerű tünet észlelhető. A kopogtatási hang a daganat felett tompa, oldalt és a gyomortájon dobos. Érzékenység nincs. A hüvely tág, a portio karcsú, a méhtest kicsiny, a keresztcsont felé helyezett s úgy látszik, bal szélével függ össze a fenti daganat. Diagnosis: cysta multilocularis colloides lateris sinistri. A betegnek felvételekor cystitise van, a vizeletben fehérje, Esbach szerint $^1/_2$ %, górcsövileg szemcsés cylinderek találhatók; myodegeneratio tünetei mutatkoznak. Több mint egy hónapi észlelés és belorvostani kezelés után, mivel a tumor szemünk előtt növekedik, légzési nehézségeket okoz, vitalis indicatioból műtétre határozzuk el magunkat. Laparotomiát végezünk, azonban tekintettel a myodegeneratiora nem chloroformnarcosisban, hanem lumbalanaesthesiában. A has megnyitásakor előtünik egy emberfejnyi többgöbű cystosus tumor, mely mindenütt odanőtt csepleszszel van boritva. A daganat punctiojakor sűrű, sárgásbarna, colloidszerű massa ömlik; a többrekeszű tömlőt ollóval megnyitjuk, ekkor kocsikenőcsszerű, nyúlós anyag távozik és egy diónyi szőrgomolyag. Az így megkisebbitett daganatot a hasfal elé gördítjük, ez előfelé és hátul csepleszlemezek közé nőtt, rajta vaskos gyüjtőerek láthatók; a csepleszt részben tompán letoljuk, részben pedig catguttal alákötve, a daganatról lemetszszük; a kivongált, elrongyolódott csepleszt egy részét resekáljuk. Az eltávolitott daganat a genitaliákkal összefüggésben nincsen, sem más szervvel az összefüggést kimutatni nem lehet, ellenben csepleszlemezek közé nőve szabadon fekszik a has üregében. Úgy látszik egy lefűződött ovariális cysta, melynek eredetére nézve azt konstatálhatjuk, hogy a jobb ovariumból indulhatott ki. Ugyanis jobboldalt ovariumot nem találunk, a lig. latum hátulsó lemezén egy ujjnyi hegvonal és a lig. ovaricum maradványa látható. A bal ovarium sorvadt, a méhtest rendes nagyságú. Műtét után sima és teljes gyógyulás. Az eltávolitott daganat kystoma ovarii multiloculare partim glandulare, melynek egy részén dermoidtömlő van. A daganat valószinűleg oly nagyfokú kocsánycsavarodást szenvedett, hogy lefűződött és mint corpus liberum a hasűrbe került, a csepleszszel összenövén, erősen ereződött s igy táplálтatván, tovább növekedett.

A mint említettem, ezt az utóbbi műtétet vitális indicatioból végeztük, azonban tekintettel a myodegeneratiora, nem chloroformnarcosisban, hanem lumbalanaesthesiában. Befecskendésre anaestheticum gyanánt a Billon-féle stovaint használtuk, a mely 2 cm³-es phiolákban sterilen kerül forgalomba. 1 cm³ oldat 0·04 gm. stovaint, 0·00013 epirenint és 0·0011 gm. konyhasót tartalmaz. Ezen oldatból 1 cm³-t fecskendeztünk be a III. és IV. ágyékcsigolya között a középvonalban. Egészen a bordaivig terjedő teljes érzéstelenséget kaptunk, mely a 32 perczig tartó műtét végéig teljes volt. Az injectio után sem mellékhatásokat a pulsus és légzés részéről, sem utóhatásokat az idegrendszer részéről nem észleltünk. Az érzéstelenitésnek erről a módjáról egyelőre csak annyit óhajtok megjegyezni, hogy teljes sympathiánkat birja, mert az így érzéstelenített összes eseteink közül eddig csak egyetlen egyszer volt alkalmunk súlyosabb, de akkor is múló szövődményt észlelni.

Ezen ismertetett három esetben a petefészektömlőknek ha nem is ritka, de mindenesetre fontos szövődményeit láttuk. Az elsőben magától megrepedt a tömlő és az asszony műtét nélkül spontan meggyógyult. A másik két esetben műtét útján távolitottuk el a daganatot és bár a complicatiók már fennállottak, a gyógyulás itt is sima volt. Ezzel a három esettel is gazdagodott tapasztalataink alapján elmondhatjuk, hogy a petefészek tömlös daganatai, legyen azoknak bármilyen a nagysága, ha felismertük őket, eltávolítandók; ne késsünk a műtéti beavatkozással azért, mert a daganat jövendő sorsáról nem lehetünk soha bizonyosak és míg az egyszerű szabad cysta eltávolítása felette könnyű, addig az összenőtt, elgenyedt daganatok műtéti prognosisa bizonytalan. Legjobb tehát mihamar műteni, az operativ technika mai fejlettsége mellett a kocsányon a hasban ülő ovariális cysta kiirtása veszélylyel összekötve nincsen.

Közlés az I. sz. belorvostani klinikáról. (Igazgató: Korányi Frigyes egyet. tanár.)

Adatok a tachycardia paroxymalis klinikájához és mechanismusához.

Irta: *Bálint Rezső* dr. és *Engel Károly* dr.

(Folytatás.)

Az előbbiekben vázolt tünetcsoport úgy egészében, mint részleteiben ideges momentumok képét viseli magán. És már a

kórkép felállítása illetve leirása óta az egyes leiróknak legerősebb igyekezete oda irányult, hogy ez ideges jelenségek kiindulási helyét megtalálják. A paroxysmusban vagy esetleg intercurrens betegségben meghalt egyének bonczolásleletei erre nézve biztos feleletet nem adtak, és pedig azért, mert nem mutattak fel a szív elváltozásain kivül olyan elváltozást, mely akár minőségében, akár localisatiojában más esetekkel megegyezett volna. A mi a szív elváltozásait illeti, a bonczolás az összes esetekben a szivizom degeneratioját mutatta és így talán jogosan gondolt *Hochhaus*, s utána *Martius* arra, hogy tulajdonképen a szivizomnak az elváltozása és egy ennek folytán létrejövő elsődleges tágulás az, a mi a paroxysmust kiváltja. A felvétel azonban nem bizonyult elfogadhatónak. Egyrészt a paroxysmusnak a tachycardiát kisérő számos tünete zárta ki ezt, a mely tünetek a szivgyengeség és szivtágulás tüneteiként nem foghatók fel, másrészt az esetek igen nagy számában a klinikai vizsgálat ezt a tágulást nem tudta kimutatni, annak ellenére, hogy a vizsgálatok a legszabatosabb vizsgáló módokkal, így orthodiagraphikus felvételekkel is történtek. De mint említettük és mint a mi kórtörténeteinkből is kitünik, ellene szól a felvételnek a betegek viselkedése a roham alatt, a kiket a roham gyakran még a fokozott testi munkában sem zavar. Igaz viszont az, hogy egyes esetekben láttak és láttunk a roham alatt szivtágulást és szivgyengeséget, söt ennek decompensatiós jelenségeit is, de ez rendesen, így a mi eseteinkben is (1 és 4), csak a betegség előrehaladottabb idején, sok és hosszantartó roham után következett be, a mikor már a szív tágulása következményesnek tekinthető. Igen szépen illustrálja ezt az első esetünk, a hol az első rohamot egy erős psychikus inger váltotta ki — már ez is ellene szól a szivtágulás elsődleges voltának — és a melyben még hosszú ideig azután is a rohamok csak a tachycardiából állottak és csak hosszantartó betegség, gyakori és hosszú rohamok után követik most a tachycardiát a szivtágulás és incompensatio tünetei. Különben is épen a legújabb vizsgálatok, Hoffmann, de la Camp, Levy-Dorn és Lennhoff vizsgálatai mutatták ki azt, hogy az erős testi munka után ép szivü egyéneknél támadó szivtágulásoknak azelőtt oly gyakori felvétele nem alapszik reális basison. És ellene szól végül a szivtágulás felvételének az az észlelet, hogy egyes egyéneknél rövid rohamok kiséretében nem találtak, hosszabb rohamok kiséretében pedig találtak szivtágulást. Mindezek a momentumok tehát oda engednek concludálni, először, hogy a szivtágulás csak másodlagos lehet, másodszor, hogy csak beteg myocardium mellett tételezhető fel. A myocardiumnak megbetegedése pedig a tachycardiás roham folyományaként a Basedow-kóros szív mintájára könnyen megmagyarázható.

A szivelváltozásokon kivül talált bonczolásleletek, mint említettük, nem egységesek, és épen azért a bántalom létrejöttének magyarázatát nem igen engedik meg. Igy az újabb esetek közül *Reinhold* egy esetében egy homloklebenyi tumor, egy másik esetben egy a hidat körülvevő leptomeningitis luetica stb. volt jelen.

Sokkal többet nyomnak a latban azon esetek, a hol, mint pl. *Schlesinger* esetében, a vagus megbetegedését mutatta ki a bonczolat. Eltekintve azonban attól, hogy ezt csak egyes esetekben találták és pl. a Hoffmann által összegyüjtött 13 esetben nem volt meg, még azokban az esetekben, a hol jelen volt, sem tekinthető feltétlenül a tachycardiás roham okául.

A számos érv közül, a mely ennek ellene szól, hogy csak 1—2-t említsünk, ellene szól mindenekelőtt az, hogy az organikus megbetegedés által feltételezett vagushüdésnél sem hasonló magas pulsusszámokat (130—150), sem embryocardiás typust, sem pedig paroxysmusokban való megjelenését a tachycardiának nem észlelték (Martius). Érezte ezt maga Schlesinger is, a ki annak ellenére, hogy a betegnek talált vagusra való nyomás meg tudta szüntetni a rohamot, az ellenkező oldalira gyakorolt pedig nem, a mi a rohamnak az illető oldal vagusával való összefüggését látszott demostrálni, arra a conclusiora jut, hogy a paroxysmusos roham létrejöttéhez a vagushüdésen kivül accelerans-izgalom is szükséges. Hogy azonban ez egy ugyanazon környéki ideg megbetegedéséből alig magyarázható, kézenfekvő dolog.

Mind a felhozott érvek tehát oda engednek concludálni, a hová a tachycardiás paroxysmus symptomatologiája már előre vezetett bennünket, hogy t. i. a tachycardia paroxysmalis neurosis. Ezt mutatják a tachycardiával együtt járó jelenségek, mindenekelőtt a rohamot kisérő eszméletlenség, a mely egyes esetekben, így a mieink közül a másodikban, jelen van. Ilyen a sok nervosus tünet, mely a tachycardiával együtt paroxystikusan jelentkezik, mint a mi esetünkben is láthattuk: a tachypnoë, a polyuria, mely a vérnyomás egyidejü csökkenése mellett mindenesetre ideges befolyásra utal, a vasomotoros zavarok (coryza vasomotorica, fájdalmatlan, bullosus kiütés), hányás, hasmenés, valamint a más esetekben észlelt glycosuria, pupilláris tünetek (rendesen tágulás), a 2 esetben észlelt Quincke-féle oedema circumscriptum, a több esetben észlelt epilepsiás görcsök stb. Ha tekintetbe veszszük e mellett azt a leirást, a melyet Hoffmann a tachycardiás rohamok keletkezései módjáról ad, hogy t. i. egyszeri keletkezés után a beteg sohasem biztos a felől, hogy mikor kap újabb rohamot, hogy a tachycardiás rohamok az idők folyamán sürübben jelentkeznek és hogy viszont bizonyos esetekben, ha szabálytalanul is, bizonyos periodicitást mutatnak, ha tehát mindezt tekintetbe veszszük, arra a következtetésre kell jutnunk, hogy *Nothnagel* álláspontja volt helyes, a ki a tachycardia paroxysmalist az epilepsiás kisülésekkel hasonlította össze. Megegyezik ezzel az is, hogy miként az epilepsiát, úgy ezt a tünetcsoportot is, mint láttuk, az agynak bármely helyén levő kóros folyamat is kiválthatja, ha a tünetek legnagyobb része bulbáris eredetre vall is. Ezzel kapcsolatban akarjuk említeni, hogy egyes autorok *(Talamon* és *Lecorché)* a rohamot tényleg epilepsiás aequivalensnek fogják fel, a mely felvételnek alapja azonban tisztán a kórkép megjelenési módjainak fent említett hasonlatossága.

A betegségnek neurosisszerü felfogása mellett szól mindezeken kivül az a nagy szerep, a melyet a beteg egyének ideges terheltsége játszik. E betegségen kivül mint neurosist kiváltó ok az általános aetiologiában úgy látszik psychikus izgalmak, mérgezések, infectiók, egyéb gyengitő momentumok, szellemi és testi túlerőltetés játszanak szerepet. Hogy az ezenkivül a casuisticában felemlített megbetegedések, melyekben a tachycardia paroxysmalisos beteg szenvedett, mint hasi megbetegedések, szivbajok, idegmegbetegedések, játszottak-e és ha igen, minő szerepet a paroxysmusos betegség létrehozásában, eddigi ismereteink alapján el nem dönthető.

Hogy az egyes rohamot mi váltja ki, arra nézve, ha a psychikus izgalmaktól és testi megerőltetéstől eltekintünk, melyeknek kapcsán rohamokat láttak és láttunk keletkezni, miként az analogiába hozott epilepsiánál is, bizonyosat nem tudunk. Hoffmann a szív rendellenes mozgékonyságában vélt olyan momentumot találni, mely a paroxysmusok jelentkezésére disponál. Eltekintve azonban attól, hogy a felvételt semmi sem bizonyítja, ellene szól az is, hogy a mi eseteinkben a szívnek rendellenes motilitását nem találtuk és hogy viszont mások, így *Goldscheider* is legújabb munkájában, a Hoffmann által leirt szivkitérésekhez hasonló kitéréseket ép egyéneken is találtak.

Mint a bevezetésben már említettük, a modern szívphysiologia tanai kezdenek mind jobban beférkőzni a szív pathologiájába. E tanok alapján az utolsó években sokat foglalkoztak a tachycardia paroxysmalissal is. Előtérben állott ugyanis az a kérdés, hogy miután a szív automatikusan működő szerv, a melynek ezen automatismusához az idegrendszernek semmi köze nincs, a mennyiben az idegrendszerrel való összeköttetés tisztán a külső viszonyokhoz való alkalmazkodásra szolgál, vajjon az így automatikusan működő szív rhythmusának tachycardiás megváltozása összhangzásba hozható-e az ideges befolyással, a mely a tachycardia paroxysmalisnál kétségtelen, és ha igen, minő szerepet játszik, esetleg minő módosulást szenved e rythmuszavarnál a szivizom 4 alaptulajdonsága: az automatikus ingerképzés, az ingerlékenység, az ingervezetés és az összehúzódó képesség. Az első, ki e szempontból a tachycardiás roham lefolyását és annak görbéit vizsgálta, *Hoffmann* volt, a kinek feltünt, hogy a tachycardiás roham után, ritkábban előtte, egy arhythmiaalakot észlelt betegein, a mely arhythmia az extrasystolés arhythmiának felelt meg. Ezen extrasystolék némely esetben halmozódva fordultak elő, hasonló pulsusgörbét adva, mint a milyen magáé a rohamé volt. Ebből ő azt a következtetést vonta le, hogy a szívre extrainger hatott, a mely az extrasystoléket, valamint ezeknek halmozódását kiváltotta és így nem állott messze annak a felvétele, hogy tulajdonképen az egész tachycardiás roham nem egyéb, mint extrasystolék halmozódása.

Teljesen függetlenül *Hoffmann* tól ugyanezen következtésre jutott *Mackenzie*, ki felvételét a következő érvekkel támogatja: ilyen hosszú ideig tartó rendkivül szapora szívmüködést véleménye szerint csakis extrasystolék sorozata hozhat létre; némely esetben valósággal demonstrálható az, hogy a rendkivül szapora pulsus extrasystolék sorozatának felel meg, és végül a tachycardiás rohamok nagyfokú analogiát tüntetnek fel oly rohamokkal, melyben a szív extrasystolés szabálytalan müködése van jelen csak, tachycardia nélkül. *Mackenzie* ezen állításait venagörbékkel is illustrálta oly bizonyító módon, hogy ahhoz kétség nem férhet.

Hoffmann az extrasystolék létrejövetelének magyarázatára felveszi, hogy az agyból a szívhez haladó idegpályákon vezettetnek a roham alatt motorius ingerek, a melyek az extrasystoléket létrehozzák. *Wenckebach* kifogásolja e felvételt és pedig azon kisérletileg bebizonyított alapon, hogy a szívnek mozgató idege nem lévén, hanem automatikus müködése, közvetlen idegizgalom utján szívösszehúzódást kiváltó inger nem jöhet létre. E czáfolatnak ugyan látszólag ellene szól Hoffmann-nak egy esete, a melyben psychikai müködés, számolás alatt extrasystolék támadtak, valamint *Hering* észleletei is, ez esetekben azonban az ideges befolyás nem közvetlenül, hanem másodlagosan, *Hering* esetében kétségtelenül vasomotorius úton váltotta ki az extrasystolét. Egy következő dolgozatában *Hoffmann* egy esetet közöl, a melyben a roham kezdetét volt alkalma pulsusgörbén registrálni és a hol minden második pulsusemelkedés alacsonyabb volt, miáltal a pulsusgörbe alternáló pulsus képét mutatta. Később az alternáló jelleg elmaradt és az egyes pulsusok egyenlő kitéréseket mutattak. A roham végén ismét hasonló alternálás támadt, míg lassanként a közbeeső pulsusok kimaradtak és normális pulsusszám keletkezett.

Hoffmann-nak ez az esete megingatta benne az extrasystolés hitet. Mindenekelőtt gyanus volt neki az, hogy az extraingerek pontosan mindig a periodus között szabályos időközökben köszöntenek be, megkettőzvén ilyenformán a rendes pulsusszámot és a mellett nem mutattak compensatiós pausát. E sajátságos pulsusalak, mint mondja, azt az impressiót kelti, mintha a szív 2 helyről kapna ingereket: egyrészt a normális ingerképzés helyéről, ezek rendes összehúzódásokat hoznak létre, és egy más helyről, melyeknek eredményei a közbeeső pulsusok. Hozzájárult ehhez, hogy nemsokára rá újból volt alkalma észlelni tachycardia paroxysmalist, a melyben a roham alatt a rendes pulsusszám kétszerese, később négyszerese volt jelen és a melyben a roham elején szintén a pulsusnak az előbb leirthoz hasonló alternálását észlelte. Ebből azt következtette, hogy a tachycardia paroxysmalisban szabály, hogy a roham alatt a pulsusszám megkétszereződik vagy megnégyszereződik. Erre számos példát hoz fel az irodalomból is és viszont azt, hogy sok esetben ez a számarány nincsen meg, abból magyarázza, hogy a számolások nem közvetlenül a roham előtt és elején, illetve a roham végén és utána közvetlenül történtek, már pedig úgy a roham alatt, mint a rendes szívmüködés idején is a pulsus száma egyéb befolyások folytán könnyen változik. E tünemény, hogy t. i. a szívmüködés bizonyos rhythmusváltozásakor a szívlökések száma úgy változik, hogy az mindig az előző rhythmus kétszeres szorzatát mutatja, egyedül áll a szív physiologiájában és pathologiájában és igy e tünemény magyarázásakor csak analogiákra támaszkodhatott, a melyeket *Kries* kisérleteiben talált meg. *Kries* t. i. kimutatta, hogy ha pl. a szívkamarát lehütötte, akkor a kamara félannyi összehúzódást végzett, mint a pitvar. Ennek magyarázatául az szolgál, hogy a lehütött szívrészlet ingerlékenysége csökkent, vagyis egy systole után lassabban éri el az ingerhatárt, a minek következménye az lesz, hogy a kamara csak minden második a pitvarból jövő ingerületre tud válaszolni. *Kries* még ennél is tovább ment és pedig olyaténképen, hogy a kamarának két, illetve több részletét különböző fokban hütötte le, ezáltal az jött létre, hogy az első lehütött részlet a pitvarból jövő minden második ingerre felelt összehúzódással, a következő még jobban lehütött részlet ugyanolyan viszonyban állott az első lehütött részlethez, mint az első a pitvarhoz, azaz ingerlékenysége kisebb lévén, az első lehütött részlettől jövő minden ingerre nem, csak minden másodikra tudott összehúzódni, miáltal ezen részlet összehúzódásainak száma az eredeti pitvarösszehúzódások számának negyedrészét tette ki. Ily módon tudott 8-ad sőt 16-od rhythmust is létrehozni. Miután, mint mondottuk, a pulsusszám megkétszereződésére példa nincsen, *Hoffmann* is *Kries* ezen vizsgálataival igyekezett észleleteit megmagyarázni.

Hypothesise úgy szól, hogy az automatás ingerek képződése helyén már rendes körülmények között is több inger jő létre, mint a mennyi összehúzódást a szív végez. A normális ingerlékenységü szív azonban csak minden másodiknak, illetve negyediknek tud megfelelni. Ha most valami okból a proxysmus fellépte alkalmával a szívizomzat ingerlékenysége fokozódik, akkor a szív nem minden második illetve negyedik, hanem minden ingerre össze fog húzódni, a mi által a rendes pulsusszámnak kétszerese, illetve négyszerese jő létre.

Hoffmann e hypothesise természetesen nélkülöz minden positiv alakot, a *Kries* féle polyrhythmiás kisérletek analogiája a kórágyon észleltekkel azonban annyira közelfekvő, hogy azt egy hasonló esetében, a hol a roham alatt a pulsusszám megkétszereződött, *Lommel* is elfogadja.

Újabban ismét *Pan* és *Gerhardt* mutatták ki eseteikben, hogy a *Hoffmann* eseteiben is észlelt pulsusszám megkétszereződése extrasystolék által is lehet feltételezve. Mindkét szerző esetében extrasystolés arhythmia volt jelen és az arhythmiák extrasystolés voltát venagörbék is illustrálják és bizonyítják. Ezekben az esetekben kimutatnak olyan extrasystolékat, melyek két rendes szívösszehúzódás között épen a középen foglalnak helyet, vagyis interpolált systolékat compensatorius pausa nélkül. Ezen interpolált systolénak megfelelő pulsusemelkedések gyakran eltérnek a rendes pulsusok emelkedésétől és így még e tekintetben is hasonló képet adnak a *Hoffmann* és *Lommel* eseteiben mutatkozó közbeékelt systolékhoz. És miután *Pan* és *Gerhardt* azt észlelte, hogy az ilyen interpolált systolék halmozódhatnak, tehát egymásután hosszabb sorozatban támadhatnak, azt a következtetést vonják le, hogy *Hoffmann* polyrhythmiás tachycardiás alakja extrasystolés alapon is előállhat.

Az ilyen interpolált compensatorius pausa nélküli extrasystolék keletkezése kétféleképen képzelhető. Először úgy, hogy a rendes szívösszehúzódások nagyon gyérek és így a rendes időközök fele is elegendő, hogy a szív ingerlékenységét és összehúzódó képességét visszanyerje, a mi azután azt eredményezi, hogy két pulsus között elhelyezett extrasystole után jövő rendes ingerre a szív már összehúzódással tud felelni. A második lehetőség, mely a compensatiós pausa elmaradását magyarázza, a refractaer időszak rövidülése, a mit főképen a szív ingerlékenységének fokozódása hoz létre. A tachycardia paroxysmalis-esetekben természetszerüen gyér szívmüködésről nem lehet szó és így itt az ingerlékenység fokozódása az, a mely a rhythmuszavar ilynemü létrejöttét magyarázza.

(Vége következik.)

TÁRCZA.

A berlini városi gyermekmenhely.

Berlin, 1907 április.

A gyermekvédelem terén az utolsó években minden müvelt nemzet fokozott tevékenységet fejt ki. A kérdés megoldása természetesen a különböző országokban különböző és míg nálunk ideálisan állami a szervezet, addig Németországban minden egyes város, minden egyes hatóság külön-külön gondoskodik az eltartásra szorult gyermekekről. Az intézmény elve a decentralisatio, azaz a csecsemők, gyermekek külső gondozásban részesülnek és intézetben, gyermekmenhelyekben, árvaházakban csakis addig tartják őket, míg orvosi kezelésre szükségük van. Így a gyermekmenhelyek voltaképen csecsemőkórházak és gondos vezetés mellett nagyon jó alkalmat nyujtanak a csecsemők élet-, kór- és gyógytanának, s különösen a csecsemőtáplálás kérdésének tanulmányozására. Ezen czélt kiválóan szolgálja Berlin városának gyermekmenhelye, mely *Finkelstein* tanár vezetése alatt nemcsak humanus hivatásának áll magaslatán, hanem tudományos tekintetben is kétségtelenül a legelsők közé sorolandó.

A különböző — összesen közel másfél millió márkányi — alapítványokból (főleg a Schmidt-Gallisch-Stiftungból) 1898—1900-ban felépített és vezetett „Städtisches Kinderasyl“ Berlin délkeleti részében, a Kürassier-Str.-ban emelkedik ki megkülönböztetett,

kedves stylusával a háztömegek egyformaságából. A háromemeletes épület folyosóin és termeiben fénytelen olajfestés, közel a menyezethez az állat- és mesevilágból származó jelenetekkel díszítve. A földszinten foglalnak helyet a gazdasági épületek, míg az emeleteken a kórtermek, laboratoriumi s iroda-helyiségek és a személyzeti lakószobák vannak elhelyezve. Ezeken kivül még egy kis Döcker-barakk van az udvarban, melynek felépítését az egyre növekedő intézeti forgalom tette szükségessé. Villamos világitás az egész intézetben, gázt csak a tejpalaczkok felmelegítésére, s a tej- és főzőkonyhákban használnak. A kórtermek egyik oldalán park felé tekintő veranda van, hova jó időjárás esetén a csecsemőket ágyastól kiviszik.

Az intézetben fekvő csecsemők létszáma 140—150, évente a kétezret meghaladó forgalommal, a melyhez foghatót egész Németországban nem találunk. Az ápolásban 3 testvér és 25 ápolónő vesz részt. Az intézet ezenkivül körülbelül 15—16 dajkát alkalmaz, kik saját csecsemőjükön kivül még egy-két gyermeket szoptatnak, s kötelesek naponta bizonyos mennyiségü tejet lefejni, hogy a gyógyszerül előirt kis mennyiségü anyatejet szükség szerint nyujthassák. 17 kórteremben vannak az összes csecsemők elhelyezve. Tulajdonképen 24 cm^3 légcubus van egy csecsemőre szánva, azonban valójában a csecsemők nagyobb száma folytán egyre kevesebb jut. Bár a kórtermek igy is nagyon kellemes benyomást gyakorolnak, mégis lényegesen javulni fog a helyzet, ha az intézetnek már épülő száz ágyas osztálya a közel jövőben megnyilik. A bujakóros, pemphigusos stb. csecsemők a többiekkel egy szobában vannak, azonban box-szal — az úgynevezett Finkelstein-féle box-szal — elkülönitve. Tulajdonképen csak morális — a személyzetet óvatosságra figyelmeztető — értéke van ennek, a mennyiben fémrúdkeretben kifeszített sodronyháló képviseli az elkülönitő falat, mely elül lánczczal van a szoba többi részétől elzárva. Rendeltetési czéljának azonban teljesen megfelel.

Tizenöt couveuse van az intézetben, nagyobbrészt használatban. A couveuse-ök a lehető legegyszerübbek. Fémszekrény, elül és a tetején üvegfallal, a levegő áramlására nyilásokkal ellátva, hőmérsékét az alsó rekeszében elhelyezett melegitő palaczkok tartják a kellő fokon.

Nagyon terjedelmesnek kellene lennem, ha minden, az üzemmenetre vonatkozó, említésre méltó dolgot részletesen fel akarnék sorolni, csupán azt óhajtanám kiemelni, hogy ha az intézet nincs is oly pazarul berendezve, mint pl. a bécsi „Franz Josef-Spital“ gyermekosztálya, a csecsemők ellátását a nagy forgalom és olcsóságra való törekvés mellett is (1 csecsemő napi ellátása körülbelül két márkába kerül), s az intézet vezetését orvosi és tudományos szempontból mintaszerünek lehet mondani. Absolut tisztaság az ápolónők és az orvosok részéről. A régi elvet, hogy minden — még az egészséges — csecsemő is fertőzőképes és fertőzhető, állandóan szem előtt tartják. Jórészt ez magyarázza meg kitünő eredményeiket, noha a csecsemők túlnyomó része mesterséges táplálásban részesül (átlag 8% intézeti halálozás). Elért eredményeiket még jobban értékeljük, ha tudjuk, hogy a csecsemők nagy része minő csekély testsúlylyal, milyen súlyos idült táplálkozási zavarral és milyen viszontagságok után kerül az intézetbe. *Finkelstein* épen ezen eredményei által tekinti tapasztalatilag is beigazoltnak azon már régebben hirdetett nézetét, hogy az úgynevezett *hospitalismus* jól vezetett csecsemő-kórházakban sem fertőzés alakjában, sem pedig lappangó, a fejlődést gátló momentum alakjában nem létezik. Azon dolgozatok, melyek a hospitalismus rémét ma is egyre és egyre felújítják, nézete szerint azon káros következményt vonják maguk után, hogy általában a csecsemőosztályok felállításától továbbra is óvakodni fognak. A hospitalismus káros következményei — eltekintve a fertőzéstől — nem a kórházi ápolás egyhangúsága vagy a csecsemőanyag felhalmozódása folytán keletkeznek, hanem azok szerinte a helytelen, czélszerütlen táplálásra vezethetők vissza. Czélszerüen vezetett táplálás mellett — hasonló csecsemőket feltételezve — a mesterséges táplálás eredményei nem rosszabbak intézeti kezelés mellett, mint a magángyakorlatban. Ezért kell szigorúan individualizálni és a táplálást mindig pontos javalatok alapján vezetni.

Nem lehet czélom, hogy itt részletesen leirjam az intézetben az egyes táplálkozási zavarokban követett táplálás menetét, csupán általánosságban óhajtom vázolni a használatos táplálási eljárásokat. Miként említettem, a csecsemők kis része szopik, elég gyakori az allaitement mixte, túlnyomó azonban a mesterséges táplálás. Közönséges táplálékul olyat nyujtanak, melyben sem a zsír-, sem a szénhydrattartalom nem olyan nagy, hogy akár az egyiknek, akár a másiknak ártalmas hatásától kellene tartani, de mégis akkora tápértéke van, hogy mellette a csecsemő épen lassan gyarapodhatik. Ezen czélnak nagyon jól megfelel a nyálkás főzettel megfelelően higított és kevés tej-, illetőleg nádvagy Liebig-czukorral elkészített tej, vagy ha egy harmad tej helyett fiatal csecsemőknek kétszer naponta felére higított tejet és háromszor írót adunk megfelelő adagokban. Noha különösen a franczia klinikusok közül többen (*Budin, Variot, Rotschild* stb.) kezdettől fogva eredményesen táplálnak higitatlan tejjel, F. tapasztalatai különösen fiatal csecsemőknél a higítatlan tejjel nagyon rosszak, úgy hogy körülbelül a kilenczedik hó előtt nem is igen szívesen adja higítatlannl a tejet. A szükségnek megfelelően higított, s megfelelő minőségü és mennyiségü czukorral elkészített tejen kivül használnak még malátalevest, sovány tejet (centrifugált tej) és írót, de ez utóbbihoz kevesebb lisztet (15 gm.) és kevesebb czukrot (40 gm.) adnak, mint általában szokásos. Miként látjuk, meglehetős egyszerü eszközökkel dolgoznak: a különösen Németországban nagy reklammal hirdetett tejkészítményeket és tápszereket, liszteket, a ferment tejeket, azaz a különbözőképen előemésztett tejeket hasztalan keresnők az intézetben. Ugyancsak elvetik az összes zsiros tejkészítményeket (Gärtner-, Backhaus-tej, Biedert-féle Rahmgemenge stb.), tekintettel azon szomorú tapasztalatra, hogy a legsúlyosabb, szinte gyógyíthatatlan táplálkozási zavarok épen a zsirdús táplálás után jelentkeznek.

Még néhány sort az iróról. Finkelstein legkevésbé sem osztja azt a nagy elragadtatást, melynek hangján az iró értékéről általában nyilatkoznak. Míg néhány év előtt kisebb számú tapasztalatok mellett az iróval ő is teljesen meg volt elégedve, addig ma igen nagy számú és hosszú ideig tartó észleletek után nagyon óvatosan nyilatkozik róla és semmi esetre sem látja benne azt a hatalmas tápszert, melyet pl. *Baginsky*, ki egy legutóbbi dolgozatában az iróval elért eredményeket a diphtheriaellenes gyógysavóéival hasonlítja össze. Fontosságot nem is a savanyú voltának tulajdonít, sem pedig talán azon sokak által felhozott körülménynek, hogy benne a casein sokkal finomabb, könnyebben emészthető alakban van jelen, hanem zsírszegénységének, szénhydrat- és sógazdagságának. Kétélü fegyvernek tekinti az írót: 5—6 heti írótáplálás után főleg fiatal csecsemőknél, de idősebbeknél is majdnem mindig súlyos katastrophákat (intoxicatio) látott bekövetkezni rapid súlyveszteség, láz, hasmenés kiséretében. Ezen tapasztalatai miatt törekvése oda irányul újabban, hogy az intézetéből az írót teljesen kiküszöbölje.

Jól tudom, hogy az intézeti működésnek csak nagyon halvány képét sikerült lerajzolnom: a benne uralkodó tudományos szellemnek azonban elég hü bizonyságai Finkelsteinnak és tanitványainak munkálatai.

Flesch Ármin dr.,
a „Stefánia“ gyermekkórház s. orvosa.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

K. Schleip: Atlas der Blutkrankheiten nebst einer Technik der Blutuntersuchung. Mit 71 Abbildungen auf 45 Tafeln in mehrfärbiger, zum Theil 17färbiger Lithographie. Wien und Berlin, Urban und Schwarzenberg. 1907. 30 márka.

A régi, immár idejét mult vérsejt-atlaszok után az előttünk fekvő az első, mely az újabb időben napvilágot látott. *Pappenheim* nemrég megjelent atlaszának gyakorlati értéke nincs, a haematologiai kézikönyvekben itt-ott megjelent rajzok pedig nem voltak elég tanulságosak és számosak, úgy hogy a jelen könyv igazán hézagpótló.

A szerző — ki a haematologia magántanára — ismerteti könyvében a vér vizsgáló módszereit is és röviden megmagyarázza az egyes sejtalakokat, a sejtek származását, a typusos vérbajokat stb. Mindezt értelmesen, de néhol nagyon is röviden teszi. Ez

a rövidség ugyan nagyon kellemes, de néhol mégis figyelmeztetni kellene a könyvet használó kezdőket, hogy bizonyos dolgokról mások máskép gondolkoznak és hogy erre vonatkozólag hol találhat útmutatást.

A szerző készítményei előállításánál *egyedül* a *Romanowsky-Leishmann*-festést használta, mely az újabb festések közül könnyű használhatósága és erős panoptikus festése miatt igen kedvelt. Ez megkönnyíti a könyv használhatóságát és a kezdők eligazodását. Baj csak az, hogy a *Leishmann*-féle módosításnál a neutrophil, acidophil és basophil granulatiók egymáshoz és az azur granulatiókhoz hasonlítanak, a mi zürzavarra adhat okot. Így történhetik azután, hogy a basophil-lymphoid átmeneti alakoknál a szerző neutrophil granulatiokat lát és olyanfélét rajzol le, pedig azok azurgranulatiók; vagy pedig az is előfordul, hogy az azurtól festett pirosas színü plasmát a szerző acidophilnak véli, pedig az csak pirosas, de azért mégis basophil. Úgy tetszik nekem a képek vizsgálatakor, hogy a szerző a normo- és megaloblast megkülönböztetésében sem szigorú, azt az ő bizonyos lerajzolt megaloblastját én még normoblastnak tartanám. Mindezek azonban csak részletkérdések. Egészben véve a könyv szépen kiállított, az ábrák majdnem oly jók, mint Grawitz könyvében, a mi még a mai fejlett technika mellett is nehéz dolog. A jelen viszonyok közt ezen könyv nélkülözhetetlen kézikönyv az önmagában segítség nélkül dolgozónak, de jó segédeszköz lesz cursusok és előadások tartásakor is.

Körmöczi Emil dr.

Új könyvek: *Brunner:* Tuberculose, Aktinomykose und Syphilis des Magendarmkanales. Stuttgart, F. Enke. 15 m. — *Finger:* Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. I. Teil: Die Hautkrankheiten. Wien, F. Deuticke. 12 K. — *K. Kisskalt:* Praktikum der Bakteriologie und Protozoologie. Jena, G. Fischer. 4.50 m. — *M. Simmonds:* Über Form und Lage des Magens unter normalen und abnormen Bedingungen. Jena, G. Fischer. 3 m. — *E. Cyon:* Die Nerven des Herzens, ihre Anatomie und Physiologie. Berlin, J. Springer. 9 m. — *Lévy-Bing:* Le microorganisme de la syphilis. Paris, O. Doin. 5 fr. — *G. Luys:* Exploration de l'appareil urinaire. Paris, Masson et comp. 15 fr. — *G. Hayem:* Les evolutions pathologiques de la digestion stomacale. Paris, Masson et comp. 5 fr. — *R. H. Babcock:* Diseases of the lungs. London, Sidney Appleton. 25 s. — *Harrison Cripps:* Cancer of the rectum, its surgical treatment. Fifth edition. London J. and A. Churchill. 5 s. — *Harrison Cripps:* On diseases of the rectum and anus. Third edition. London, J. and A. Churchill. 10 s. 6 d. — *J. G. Adami:* Inflammation. An introduction to the study of pathology. London, Macmillan and Co. 5. s.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Adatok a tuberculosis-bacillus kulturális tulajdonságaihoz czímü dolgozatában *Szabóky* azt vizsgálta, hogy a tuberculosis-bacillus 6 különféle táptalaj közül melyiken tenyészik a legjobban; hogy mily befolyással bir a tenyészeti optimumra a tápanyag nedvességi foka, savi illetve alkalikus vegyhatása; végül pedig megfigyelte még azt is, hogy a tuberculosis-bacillusok növekedésük alatt hogyan változtatják meg a tápanyagok vegyhatását. Vizsgálataiban mindig egy és ugyanazon tenyészetet használta, egy régi tüdőagaron tenyésztett culturát, mely a kisérleti állatot csak $3^1/_2$ hó alatt ölte meg. Vizsgálatainak eredménye a következő: A tuberculosis-bacillusok különböző tápanyagokon különböző buján tenyésztek (legjobban tenyésztek tüdőagaron, azután sputumagaron, sputumtüdőagaron s tuberculosisos tüdőagaron; kevésbé jól tojásos tápanyagon és somatose-agaron). A tuberculosisbacillusok legjobban fejlődtek az egész gyengén savi tápanyagon, jól a savi, alkalikus s neutrális táptalajokon, rosszul pedig az erősen savanyú tápanyagokon; kivétel ez alól csak a somatose-agar s a tojásos tápanyag volt. Mennél nedvesebb volt a tápanyag, annál jobban tenyésztek a bacillusok.

A titrálás azt bizonyította, hogy a tuberculosis-bacillusok vegetatiojuk közben a táptalajok eredeti reactioját megváltoztatják, még pedig a somatose-agart kivéve, hol a viszonyok fordítva jelentkeztek, az összes tápanyagokon úgy, hogy kezdetben alkalikus, azután savanyú, majd ismét alkalikus reactio jelentkezett. (Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten, 1907. XLIII. kötet.) Autoreferatum.

A vizeletben megjelenő gümőkórbacillusok gyorsabb kimutatását teszi lehetővé *Bloch* állatkisérlete. A gyanús vizelet centrifugált üledékét steril konyhasóoldattal egyenletesen összerázva, tengerimalacz jobboldali lágyékának bőre alá fecskendezte. Ezután az állat lágyékredőjét hüvelyk- és mutatóujja közé véve, az apró csomócskák alakjában tapintható nyirokmirigyeket összezúzta. Mindazon esetekben, a melyekben a vizsgálat gümőbacillusokat tartalmazó, vagy erre gyanús vizelettel történt, már 9—10 nap után mogyorónyi mekkoraságú mirigyek voltak a megfelelő lágyéktájon tapinthatók. A bonczolás a mirigyek nagyfokú megnagyobbodását igazolta, a környezet erősen gyuladásos, vagy néha genyesen beszürődött szövetből állott. A mirigyek belsejéből készült bakteriologiai készítmények és metszetek nagy mennyiségben, néha tömegesen tartalmazták a gümőkór bacillusát. A szerző több esetben próbálta ki ez eljárást s jó eredményeket látott. Az ellenőrzésképen smegmabacillussal végzett vizsgálatok negativ eredményt adtak. A szerző igyekezni fog ez eljárást a köpet, geny és savós izzadmányok gyorsabb kórismézésére is felhasználni. (Berliner klin. Wochschr., 1907. 17. sz.) *Ország Oszkár* dr.

Gyógyszertan.

Escalin, új szer gyomor- és bélvérzések megszüntetésére és gyomorfekélyek gyógyítására. A bismutum subnitricum nagyon jó szer a gyomorfekélyek gyógyítására, a használandó nagy adagok miatt azonban súlyos mérgezési tünetek támadhatnak, a melyek nagyon hasonlítanak a higanymérgezés tüneteihez. *G. Klemperer* tanár azért már évek óta kutat olyan szer után, a melylyel ugyanazt az eredményt lehetne elérni, mint a bismutum subnitricummal, de veszély nélkül. Ezt a szert végre megtalálta a finoman porított aluminiumban, a melyből 20 gm. is vihető be egyszerre, a nélkül, hogy bármilyen subjectiv vagy objectiv zavar támadna, csak a bélsár válik néhány napra ezüstfényűvé. A finoman porított aluminium azonban nehezen keverhető vízzel; ez a nehézség elkerülhető, ha 2:1 arányban glycerinnel pasztává dolgozzuk fel, a melylyel azután könnyen állítható elő a vizes emulsio. Ezt a pastát most már gyárilag is előállítják és escalin elnevezéssel (ἔσχαρα = pörk, és aluminium) hozzák forgalomba, még pedig pastillák alakjában, a melyeknek mindegyike 2·5 gm. finoman porított aluminiumot tartalmaz. Négy ilyen pastillát fél pohár vízbe dobva, a keverés közben keletkező egyenletes emulsiót éhomra megiszsza a beteg és csak 1—2 óra mulva vesz magához valami táplálékot.

Profus gyomorvérzés 12 esetében használta a szerző az escalint. A betegek 10 gm.-ot kaptak s utána egész nap nem szabadott enniök, csak jégdarabkákat nyeltek. 6 órai időközökben 30 cm^3 tejet fecskendeztek a végbelükbe, fenyegető mérvü anaemia esetén pedig konyhasóinfusiókat is végeztek. Másnap reggel újból kaptak a betegek 10 gm. escalint s azután 1—2 órai időközökben 100—100 cm^3 hideg tejet. A 4. napon adták az utolsó 10 gm. escalint s ugyanekkor már áztatott kétszersültet és tojássárgát is ehettek a tej mellett a betegek. Az 5. napon burgonyapépet is kaptak és innen kezdve fokozatosan áttértek a vegyes diaetára. Valamennyi esetben teljes gyógyulás következett be recidiva nélkül. Kiemeli a szerző, hogy a bélsárban már nem volt vér kimutatható, a mikor az aluminium megjelent benne, míg a más módon kezelt esetekben napokon át megmarad a vegyileg kimutatható vér a bélsárban. Duodenum-fekélyből eredt, valamint typhusos bélvérzésnek egy-egy súlyos esetében szintén jó volt az eredmény.

Kerek gyomorfekély 17 esetét kezelte a szerző escalinnal, még pedig bizva az aluminium okozta pörkben, azonnal hideg tejet is engedélyezett kicsiny adagokban s már a 3. napon tojássárgát és kétszersültet s az 5. napon húsvakarékot is adott. Valamennyi esetben gyorsan megszüntek a fájdalmak. A vér ezekben az esetekben is már 1—2 nap mulva eltünt a bélsárból. A gyomor savtartalmát az escalin nem csökkenti, ennek megfelelően ideges hyperaciditas eseteiben sem használ, úgy hogy ezt a körülményt talán a differentialdiagnostikában is fel lehetne használni.

Végül bélfekélyek okozta hasmenés eseteiben is használta a szerző az escalint és bélgümőkór több esetében jó eredményt ért el. (Die Therapie der Gegenwart, 1907. 5. f.)

Belorvostan.

Az asthma bronchiale gyógyításáról tartott klinikai előadásában *Fürbringer* tanár velősen foglalja össze, egyéni álláspontjának kellő hangsúlyozásával, mindazt, a mit az asthma bronchiale gyógyításáról ez idő szerint tudunk. Minthogy fejtegetései alig térnek el azoktól, a melyeket a legtöbb jóravaló belorvostani tankönyvben megtalálunk: csak néhány pontról kívánunk röviden megemlékezni. Így pl. a mi az orrbajok összefüggését a szóbanforgó betegséggel illeti, határozottan azon a véleményen van, hogy a hol találhatók az orrban elváltozások, ezek okvetlenül kezelendők, mert néha — ámbár határozottan ritkábban, mint a hogyan régebben gondolta — tartós gyógyulás is követheti a rhinologiai gyógyítást; másfelől azonban óva int attól, hogy az olyan asthmásokat, a kiknek az orrában nem találhatók elváltozások, rhinologiai kezelésben részesítsük, mert nem hiszi, hogy a többé-kevésbé izgató helyi kezelés hasznos lehetne. A mi a jodkaliumot illeti, a melynek főleg palliativ, a bronchitisre gyakorolt hatását dicséri, azt hiszi, hogy az eseteknek többségében kicsiny, kellemetlen tüneteket még nem igen okozó adagokkal (1 gm. pro die) épen olyan jó eredményt érhetni el, mint a nagy adagokkal. A rohamban már évek óta jó eredménynyel használja belégzés alakjában a következő összetételü szert: Rp. Cocaini hydrochlorici 0·3; Morphii hydrochlorici 0·1—0·2; Aquae destillatae 90·0; Aquae amygdalarum amararum 10 0. M. D. S. Gyermekkanálnyit 2 evőkanálnyi vízzel inhalálni. Az elhúzódó rohamok ellen ajánlott melegbegöngyöléseket tapasztalatai szerint nem türik mindig jól a betegek, a hánytató szerek használatát pedig határozottan elveti. (Die Therapie der Gegenwart, 1907. 5. füzet.)

A köszvényes dispositio mivoltáról és kezeléséről értekezik *Ebstein*. Szerinte a köszvény csak hajlamos egyénekben fejlődik ki. E hajlam örökölhető, s néha már a korai gyermekkorban, más esetben csak később vehető észre. Mivoltát illetőleg valószinü, hogy a sejteknek, illetőleg magjaiknak (a nucleinjeiknek) intermediaer anyagcserezavarával azonos. Diagnosisa nehezen állapítható meg, a tünetek ugyanis más irányba terelhetik a figyelmünket. Rendu szerint a köszvényre hajlamos gyermekek az szinte mindig erőteljesek, jól fejlettek, egészséges arczszinüek, az étvágyuk jó, de emésztési zavarokra hajlamosak. Bőrük és nyálkahártyáik érzékenyek, könnyen izzadnak, különböző bőrbántalmakban szenvednek. Meghülésből eredő hurutokban, úgyszintén migraineben és orrvérzésben gyakran szenvednek. A bennük észlelhető pharyngitis granulosa kórképe a köszvényre alapos gyanút kelt. Fejlődő szervezetü fiatal egyéneken gyakoriak az izületi fájdalmak, ritkább a purpura és az emésztési zavarokkal egy időben panaszolt szédülés. Néha súlyos neurastheniára vagy hysteriára emlékeztető tünetek is észlelhetők. A köszvényt azonban a vizelet fokozott savanyúsága s a húgysavból és húgysavas sókból álló csapadék jellemzi leginkább. Az említett tünetek a beteg egyénisége és dispositiojának mekkorasága szerint többé-kevésbé kifejezettek, s különböző időben kisebb-nagyobb számban észlelhetők.

A szerző a tophusok és paroxysmusok jelenlétét nem tartja az izületi köszvény megállapításához okvetlenül szükségesnek. Hivatkozik az általa ismertetett elsődleges veseköszvényre, a melyben a köszvény határozottan kimutatható volt, bár a fentebbi jelenségek szintén hiányzottak. A tophusnak és paroxysmusnak megvan a maga aetiologiája. Alig észrevehető alkalmi okok szolgáltathatják, a melyekről néha sem az orvos, sem a beteg nem vesz tudomást. Ezeknek hiányában a betegség jellemző tünetek nélkül folyhatik le. A betegség kifejlődését czélszerü munkás és egyszerü életmód megakadályozhatja vagy enyhítheti. Az alkohol feltétlenül kerülendő. A betegek úgy állati, mint növényi fehérjét bőven élvezhetnek s naponta 60—100 gm. zsírt vegyenek magukhoz; szénhydratokkal azonban lehetőleg mérsékelten éljenek. A vegetarianismusnak hatást nem tulajdonít. A bélmüködés szabályozása a gyógykezelésnek fontos kelléke. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1907. 16. sz.) *Ország Oszkár* dr.

Angina follicularis és endocarditis. Ezen két betegségnek összefüggését élénken demonstrálja *Hoppe-Seyler* tanár esete. A fiatal leány erős lázrohamokkal, tüdőinfarctusokkal, az általános állapotnak nagyfokú károsodásával kapcsolatos, folyton kiújuló endocarditisben szenvedett. Mindez megszünt, mihelyt a genyes tonsilláris tömeszek képződésével járt, minduntalan kiújult angina follicularist a mandolák kimetszésével eltüntették. Az illető éveken át tartott súlyos betegsége után jelenleg teljesen ép, viruló és erőteljes. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1907. 4. szám.)

Heveny veselob eseteiben *Baccelli* tanár melegen ajánlja az érvágást. Hatását olyan módon magyarázza, hogy a glomerulusokban meglevő vérpangás a veseverőéren át ráterjed az aortára, úgy hogy a bal szivkamara túltengése fejlődhetik ki. A kamarabeli nyomás fokozódik, a szív munkája nehezebbé válik, a fokozott vérnyomás átterjed a vena cavára, s minthogy a vesegyüjtőereknek nincsenek billentyüik, a pangás a veséig juthat és fokozza a vesebeli kóros állapotot. Ilyen esetben az alsó végtagon végzett érmetszés, a mely megkönnyíti az alsó üres gyüjtőérben a keringést, csodás hatású és a legtöbb esetben biztosan megakadályozza a heveny veselobnak idültté válását. (Gazzetta degli ospedali, 1907. 14. szám. Ref. Münchener mediz. Wochenschrift, 1907. 20. szám.)

Sebészet.

Az appendicitismütét után keletkező bélsársipolyokról értekezik *Janssen*, Witzel tanár osztályáról (Bonn) és érdekes adatokkal szolgál e sipolyok létrejöttéhez és kezeléséhez. A bélsársipoly keletkezhetik 1. oly módon, hogy a mütétkor a vakbélbe beágyazott appendixet összenövéseiből úgy fejtik ki, hogy a *coecum falán defectus* keletkezik, a melyet észre nem véve, az alkalom megvan a sipolyképződésre; 2. oly módon, hogy az appendixet nagyon *mélyen a basisán távolítják el*, mi által a csonk begyürése hiányos lesz, a varratok pedig átvágnak; 3. ha a processus környékén *serosus izzadmány* van, a hasürt nem zárják teljesen, hanem a bevezetett vékony *gazecsíkot a begyürt féregnyújtvány helyén alkalmazzák*; az így bevezetett csík a serosafelületek összetapadását mechanice megnehezíti, miért is a csík ilyetén alkalmazása kerülendő; 4. az *asepsis körül elkövetett hibák* olyan reactiót idézhetnek elő a bélfalon, a mely sipolyképzést von maga után; 5. a sipolyképződés leggyakoribb oka a féregnyújtvány falában levő *destructiós folyamat*; 6. gyakori a sipoly olyan esetekben, midőn *genyes exsudatum* miatt történik a beavatkozás és a féregnyújtvány izolálásakor ez leszakad, a keletkező defectus pedig a környező szövetek bántalmazottsága miatt nem jól zárható.

A követendő gyógyeljárás megállapításánál Janssen abból indul ki, hogy tályogos appendicitisekben, midőn csak a tályognyitásra szoritkozunk, nem támad minden perforatiós féregnyújtványgyuladásnál bélsársipoly, sőt a perforált appendixben a lumen centrálisan minden beavatkozás nélkül spontan zárulhat. Midőn a második mütéthez, az appendix eltávolításához fogunk hosszabb idő mulva, a féregnyújtványt mint fibrosus képletet találjuk, a melynek lumene nagyrészt obliterált, a melynek eltávolítása, tekintve, hogy ezen csonkban újabb gyuladás keletkezése ritka, nem is szükséges. Ezért olyan esetekben, midőn a gyuladásos kóros gócz a féregnyújtvány peripheriás részében ül, úgy jár el, hogy a processus distális részét 2 pince közt átmetszve, a centrális részt a serosa megtartásával bélleszorítóval vagy akár Kocherféle pince szel zúzza; ezzel eléri azt, hogy a nyomási laesio, a mely a muscularist és a mucosát érte, ezeknek heges átalakulására, a lumen obliterálására vezet, míg a serosatölcsér épen maradva s minden oldalról erősen letapadva, a sipolyképződést meggátolja. Ezen eljárás előnye, hogy primaer úton nem lyukat létesítünk a féregnyújtványon, hanem, hogy obliterálni tudó csonkot képezünk és így a bélsársipolynak, ezen súlyos szövődménynek gyakoriságát csökkentjük. Értékes útbaigazítást nyerünk még e czikkben a már meglevő sipolyok (ajkszerü sipoly, fistula pyo-stercoralis) mütevését illetőleg; a részletek tekintetében az eredeti közleményre kell utalnunk. (Münchener med. Wochenschrift, 1907. 14. sz.)

Steiner Pál dr.

Az oxygenbefúvásról a térdizületbe therapiás czélból referál esetei alapján *Rauenbusch* (Berlin). Az 1905.-i orthopaediai congressuson Werndorf és Robinsohn izületi Röntgen-képeket demonstráltak, a melyeket az izületeknek oxygennel való megtöltése után vettek fel; e képek nemcsak a csontstructurájukkal,

hanem lágyrészrajzaikkal tüntek ki. Hasonló okból végzett R. is oxygenbefuvásokat és azt tapasztalta, hogy idült arthritis és arthritis deformans eseteiben a betegek subjectiv panaszai kevesbedtek. Az eljárás technikája a következő: az izületi rés vagy a felső recessus bármely helyén vékony canule-lel beszúrunk, s az izületet, miközben a beteg kisfokú hajlító- és feszítő mozgásokat végez, oxygennel megtöltjük; a beteg ezután mindjárt járhat. 1—2 nap után a dobos kopogtatási hang eltünik és oxygent már nem lehet kimutatni. Az egyes befuvások közti idő 1—3 hét. Az arthritisben elért jó eredmény birta R.-t arra, hogy ezen eljárást synoviális tuberculosis esetén megkisérelje s eseteiben a fájdalmak csakugyan megszüntek, az izzadmány kisebbedett. Térdizületi gümökór eseteiben is javulás állott be, a mennyiben a fájdalmak csökkentek és az izzadmány is kevesebb lett. [Mindenesetre az általános alkalmazása nem oly veszély nélküli, mint azt R. irja, mert az irodalomból is ismerünk esetet s a legutóbbi berlini Röntgen-congressuson is *Jacobsohn* említést tett oly esetről, midőn Röntgen-felvétel czéljából alkalmazott oxygenbefúvás után hirtelen halál állott be légembolia következtében, miért is kellő óvatosság van helyén. Ref.] (Berliner klin. Wochenschr. 1907, 13. sz.)

Steiner Pál dr.

Az idült izületi csúz és az arthritis deformans közti különbségekre hivja fel a figyelmet *Hoffa* tanár. Vannak klinikusok, mint pl. *Senator, Bäumler, Curschmann* stb., kik ezen két kórkép éles elválasztásának jogosultságát tagadják; *Hoffa* szerint helytelenül. Ennek igazolására *Hoffa* mindkét bántalom *pathologiáját és tünettanát* szorgosan körvonalozza:

1. Az *arthritis deformans* lappangva kezdődik; föleg a nagyobb izületeket támadja meg, mint pl. a térd-, csipő-, vállizületet. Ha az arthritis deformans már kifejlődött, az állapot többnyire állandósul, ankylosisok (ú. n. deformatiós ankylosisok) ritkán támadnak, javulások bekövetkezhetnek. Az x-sugaras képek arthritis deformans eseteiben igen jellegző elváltozásokat mutatnak: egyrészt a csontoknak és porczoknak felszívódását, másrészt pedig ezeknek túlproductioját látjuk.

Ezzel szemben 2. a *polyarthritis chronicánál*, értvén alatta a spontan és nem előrement heveny izületi gyuladás után keletkezett *polyarthritis chronica progressivát* (Hoffa), a következő jellegző pontok emelendők ki a kórképben. A megbetegedés evidensen tovább halad, ha látszólag meg is állapodik, mindig újabb visszaesések következnek be. Feltünő az erős izomatrophia, melyet arthritis deformansnál sohasem észlelünk. X-sugaras képeken nagyfokú csontatrophiát, valamint a csontvégeknek látszólagos elterülését látjuk, ez a felpuhult csontok szétnyomatása folytán („plastische Verdrängung des Knochens") jön létre; az epiphysisek sipkaszerüen borítják a diaphysisek végét. A tokszálagok erősen sorvadtak. Csak ritkán és secundaer complicatioként észlelhetünk kisebbfokú csontújképződést.

Hoffa szerint a polyarthritis progressivánál az izületet környező lágyrészek (tokszálag, izomzat stb.) elváltozása elsődleges, szemben az arthritis deformanssal, hol az izület csontvázának elváltozása a primaer momentum.

A mi az *aetiologiát* illeti, ezen megbetegedések egyikéről sem tudunk még biztosat; valószinü, hogy fertőző bántalmak következményei; a meghülés csak dispositio számba megy.

A *gyógykezelésre* vonatkozólag *Hoffa* az arthritis deformansban támasztó készüléket ajánl, a legsúlyosabb esetekben szép eredményeket látott a resectiotól. A polyarthritis chronia progressivában pedig a támasztó készülékeken kivül az esetleges zsugorodások nyújtását, lápfürdőket és massaget ajánl; egyéb physikális kezelés és belső szerelés után sok eredményt nem tapasztalt. (Deutsche med. Wochenschrift, 1907. 14. szám.) *Gergő.*

Bőrkórtan.

Inoculatiós lupusnak két esetét közli *F. Sprecher*. Az a kérdés, hogy a lupus vulgaris létrejövetelében melyik fertőzési módozat szerepel leginkább és leggyakrabban, még vita tárgyát képezi. A szerzők egy része azon nézeten van, hogy mivel a lupusos betegek jó részében egyéb gümös folyamatok, vagy azok maradványai találhatók, a lupusos fertőzés és a lupusos disseminatio a per contiguitatem való tovaoltás eredménye. Mások ismét csaknem minden lupusos eset mérlegelésénél a metastasis útján történő módozatot veszik fel. Ezzel szemben egy másik nézet arra felé hajlik, hogy a lupus vulgaris legtöbbször exogen inoculationak eredménye. A szerző két esetet észlelt, a hol az inoculatiós fertőzési módozat a legnagyobb valószinűséggel felvehető. Az első esetben a 25 éves erőteljes férfi beteg, a kinek családjában állitólag sohasem fordult elő gümös betegség, 2 év előtt egy uszodai bassin peremén jobb térdét felhorzsolta. A horzsolás igen hamar begyógyult, de rövid idő alatt ugyanott typusos, szövettani vizsgálat által megerősített, izolált lupusos göböcskék fejlödtek ki. A második eset 42 éves, különben teljesen egészséges asszonyra vonatkozik, a kinek családjában állitólag szintén nem fordult elő gümös bántalom. Ezt a nőt az észlelés előtt egy évvel egy kis gyermek körmével megkarmolta a bal sulcus naso-labialis táján. A karczolás helye hamar begyógyult, de ugyanott csakhamar kifejlődött a typusos lupus vulgaris. A lupus typusos izolált göböcskékből állott és hosszúkás, a karczolásnak megfelelő alakú volt. A lupusból vett anyag tengerimalaczba oltva, gümös infectiót eredményezett. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, 83. k. 1. f.)

Guszman.

Húgyszervi betegségek.

Az impotentia coëundi gyógyításáról klinikai előadást tartott *Fürbringer* berlini tanár. A betegségnek három alakját különbözteti meg, úgymint 1. azt, a melyiket valamely mechanikai akadály (fejlődési rendellenesség, ivarszervi defectus) idéz elő; 2. a melyben a tehetetlenség egy másik betegségnek részjelensége; végül 3. a mely idiophathiás alapon nyugszik.

Ha valami mechanikai akadály okozza az impotentiát, a gyógykezelés a sebészetnek a körébe tartozik. Sokszor a mütét teljes sikerrel jár, mint pl. az óriási hydrocele és a lipoma kiirtása után, a melyek mögött a glans elrejtőzött, vagy pedig az összenött fityma és a phimosis eseteiben. Némelyik betegnél azonban az impotentia még a circumcisio után is akár a glansnak a hyperaesthesiája miatt, akár mint az általános neurastheniának egyik tünete továbbra is megmarad. Még kevesebb sikerrel biztat a mütét ott, a hol lobosodás, trauma, induratio plastica következtében a mony a merevedéskor meggörbül, mert a hegszövetet sohasem fogjuk átjárható erezettel pótolni tudni.

Ha diabetes, obesitas, nephritis, tabes avagy a központi idegrendszernek valami másféle sérüléséből ered az impotentia, akkor a therapia ezen betegségeknek gyógyításából fog állani. Ezek közül az obesitas kecsegtet a legszebb sikerrel, bár a túlszigorú fogyasztókúra az amúgy is fogyatékos beidegzést néha még jobban elgyengíti. A diabetesben csak kivételesen fogunk igazi gyógyulást elérni, a Bright-kórban talán soha. A tabesnek annak az alakjában, a hol a lueses fertőzés még nem régi keletű, a higany és a jod még tetemesen javíthatja az állapotot. A chronikus mérgezés által okozott impotentia a méregnek a kikergetése után rendesen megszünik, sőt a morphinismus gyógyulását még hyperpotentia is követheti. Az alkohol, a teljes részegség állapotától eltekintve, nem csökkenti, hanem növeli a potentiát; az alkoholismus is csak a vele járó nagyfokú neurasthenia miatt gyengíti a férfierőt.

Különös figyelmet és nagy emberismeretet igényel a *psychikus impotentia*. Ezeknek a betegeknek a sorából a mézes heteket élvező és egyébként cseppet sem ideges fiatal házas a legszerencsésebb alak, mert ennél, ha sikerült az önbizalmát felkeltenünk, a potentia mintegy magától igen rövid idő alatt visszatér. Minthogy a legtöbb beteg a minél sürübben ismételt kisérletekkel az eredményt kierőszakolni akarja, a közösüléstől hosszú időre el kell öket tiltanunk. Igen ritka eset az, a mikor a hypnosist igénybe kell vennünk.

Az ideggyenge embernél első sorban az értelmi okot — masturbatio, coitus condomatus és interruptus, testi és szellemi túlerőltetés — fogjuk kideríteni és ennek az eltiltása után az impotentiát a neurasthenia sexualis szabályai szerint fogjuk gyógyítani.

A rendes és lehetőleg gondtalan életmód, a füszermentes, de kiadó táplálkozás, a mérsékelt séták és sportok mellett a tulajdonképeni gyógyeljárások közül mint főtényező a hidegvízkúra, a villanyozás és a massage szerepel. — A *hydrotherapia*

nagy óvatosságot igényel; az atoniás és erotikus alakok rendesen hidegebb vizet kivánnak, mint a kóros magömlések; a nagyon hüvös teljes fürdők és leöntések, csakúgy mint a genitaliákra korlátolt hideg procedura (ülőfürdő, douche) sokszor többet ártanak. Sok esetben legjobban a langyos, esetleg sós avagy szénsavas félfürdők fognak megfelelni. — Az *elektrotherapiát* minél egyszerűbb módon alkalmazzuk; a komplikált eljárások rendesen czélt tévesztenek. Minél érzékenyebb a beteg, minél nagyobb hyperaesthesia jár a neurosis nyomában, annál gyengébb áramot használjunk. Ezzel szemben az atoniás-paralytikus esetben már akár a faradikus, akár a galvánáramnak erősebb alkalmazása lesz helyén való. Az intraurethralis és intrarectalis villanyozásról, a melyek a régi bajt sokszor még újabbal (fájdalom, izgalom, nyálkahártya-sérülés) növelik, a legtöbb urologus már úgyis lemondott. Az első üléseken a *massage*-zsal elért javulást a durva kézzel eszközölt további eljárás folyamán teljes és lehet hogy végleges elgyengülés követi; még a legtöbbet ér az enyhe és általános testmassage. A hol a merevedési központnak a gyengesége okozza az impotentiát, ott az ivarszervről a czombokra és a törzsre terjedő massage igen hasznos lehet. A vibratiós és a légrezgés által okozott hullám-massage is csak ilyen esetben válik be. A korai magömlés a helyi massage-t mindig contraindikálja. Az újabb eljárások, úgymint a fényfürdők, a röntgenotherapia, az epidurális injectiók, a Bier-féle pangás stb. még nincsenek eléggé kipróbálva és így ezeknek az értékéről a szerző még nem nyilatkozik.

Az impotentia kezelésében a gyógyszerek igen szomorú szerepet játszanak. A lupulin, a kámfor, a cantharides, a phosphor, a cornutin csakúgy, mint az idegorvosok által dicsért különböző nervinák rendesen cserben hagynak; a legtöbbet érnek még a bromkészítmények, a strychnin, a cocain és a nagyon izgatott egyéneknél a narcoticumok (heroinum). A Brown-Séquard által ajánlott és a franczia és orosz orvos-irodalomban annyira magasztalt Poehl-féle sperminnel eszközölt befecskendések F. kisérleteiben teljesen hiábavalónak bizonyultak. A yohimbinnel és a muiracithinnel szemben F. a legridegebb tartózkodó álláspontra helyezkedik.

A szakorvosi helyi kezelést illetőleg F. nem ismeri el annak az általánosan elterjedt felfogásnak a jogosultságát, hogy a chronikus kankó és szövődményei (urethritis chronica posterior prostatica és strictura) impotentiát idéznek elő, de viszont erős a meggyőződése, hogy nem egy kankó-neurastheniában a túlerős lokális beavatkozásnak igen nagy része van. Az olyan betegnél, a ki különben egészséges vagy csak kevéssé neurastheniás, az enyhe szondakezelés, a Winternitz féle psychrophor, az Artzpergerés a Feleki-féle hűtőkészülék meg fog felelni. (Deutsche medic. Wochenschr. 1907. 7. sz.) *Drucker Viktor dr.*

Venereás bántalmak.

Az idült kankó fogalmának meghatározása és therapiája. A „Medizinische Klinik“ felszólítására e kérdésre újabban ismét többen válaszoltak. Így első sorban *Finger*. Szerinte könnyü az idült kankót kórbonczolástani szempontból meghatározni, de nehéz azt klinikailag körülhatárolni. A lényeges az, hogy míg a heveny kankó minden nyom nélkül meggyógyulhat, addig az idült gonorrhoea restitutio ad integrummal már nem végződhetik. Az idült kankóban a betegség szigetszerüen helyezkedik el és a kötőszövetet chronikus proliferatiora birja. A proliferatio lezajlása után a szövetek már lényeges átalakulást mutatnak. Az idült gonorrhoea klinikai képe rendkivül változatos, mert minden attól függ, hogy hol székel a baj. A szerint, hogy a húgycső mely részeiben, a mirigyekben, avagy a prostatában állandósult a kankós folyamat, változnak a klinikai tünetek. A kezelés mindig a pontos klinikai vizsgálat által felismert tünetek figyelembevételével történjék. A felületes hurutos jelenségek ellenében legjobbak az argentum nitricum, cuprum sulfuricum oldatai. Ha a folyamat mélyebbre terjed, helyénvalók a különböző mechanikai kezelési módok: szondázás, dilatatio, prostatamassage, stb. E kezelési eljárások egyúttal jó provokáló módszerek, a melyekkel a lappangó gonorrhoeából a gonococcusok könnyen felszinre jutnak, utóbbi esetben az antiseptikus kezelésre kerül a sor.

Wolters következőképen nyilatkozik a kérdésről: Az „idült gonorrhoea“ meghatározása rendkivül nehéz, főleg ha klinikai szempontból óhajtjuk azt tenni. Az időtartamtól nem függhet (6. héten túl), hogy a kankót hevenynek vagy idültnek tekintsük-e. A szerző akkor tartja a kankót idültnek, ha a tünetek igen csekély genyes, nyálkás váladék képződéséből és bő filamentumokból állanak s ha ezen enyhe tünetek bármely chemiai vagy mechanikai ingerre (fecskendés, coitus, pollutio stb.) erős, gonococcusokat tartalmazó genyes folyásba csaphatnak át. A kezelést a klinikai tünetek határozzák meg. Ha a vizelet diffuse zavaros, akkor a folyamat általánosabb jellegü s legtöbbször a húgycső elülső részében székel. A tiszta vizeletben suspendált filamentumok körülirtabb folyamatra utalnak. A diffus megbetegedés ellen öblitést ajánl. A körülirt folyamatokat inkább mechanikusan kezeli. A pars posterior betegsége rendesen a prostata belevonásával jár. Ilyenkor a kezelés súlypontja a prostatára irányuljon. A massage-t jó ha követi egy ezüstsóoldatos kiöblítés. A prostatacomplicatiók ellen gyakran használ ichthyolos és jodipines klysmákat és suppositoriumokat.

Buschke az idült kankó fogalmát meglehetősen szükre szabja. Föleg a prostata kankós bántalmára foglalja le az „idült“ jelzőt. A húgycsőnek idült tünetei véleménye szerint legtöbbször hurutos jellegüek és egyszerü idült gyuladásos természetüek, a nélkül, hogy fertőzők volnának, tehát postgonorrhoeások. Ennek megfelelően a kezelés rendesen antikatarrhális és mechanikai. A hurutos jelenségek ellen az argentum nitricumot és kalium hypermanganicumot használja öblítések alakjában. Erősebb tünetek esetén a cuprum sulfuricumot, még pedig injectiók vagy instillatiók alakjában. Mechanikai beavatkozása rendesen az *Oberländer*- és *Kollmann* féle dilatatorok alkalmazásában áll. Ha igen csekélyek a tünetek, akkor *Buschke* nem is ajánlja a lokális kezelést. A kezelés súlypontját mindig az acut és subacut stadium helyes gyógyitására helyezi, mert ily módon az idült kankós és postgonorrhoeás tünetek legjobban elkerülhetők. (Medizinische Klinik, 1907. 19. sz.) *Guszman.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A jod-fersannal kiterjedten kisérleteztek a brünni kórház bőrbetegosztályán. Lues eseteiben és olyan bőrbajokban, a melyekben az anaemia vagy a hiányos táplálkozás nagy szerepet játszott, 3—4 pastillát adtak naponként, még pedig — a mint *Herling* irja — igen jó eredménynyel. Kiemeli a szernek könnyen felszivódását, étvágygyerjesztő hatását és azt, hogy a jodkalium a fersannal együtt adva sokkal erősebb hatású, mint egyedül; jodfersan használatakor sohasem mutatkoztak a jodkaliumnak kellemetlen melléktünetei. (Klinisch-therapeutische Wochenschr., 1907. 10. szám.)

A jothiont nagyon dicséri *Török* (Kolozsvár). Jó hatásában messze felülmulja a külső használatra eddig rendelkezésre állott jodkészítményeket. Kiemeli járványos fültőmirigylob eseteiben jothionnal elért kedvező eredményeit, a menyiben a 20%-os jothionkenőcs 1—2 grammjának naponként 3-szor végzett bedörzsölésére többnyire 5—6 nap alatt gyógyulás következett be. Idült izületcsúz eseteiben is igen jó volt az eredmény; eleinte 10, később 20%-os kenőcsből reggel és este 1—3 grammot dörzsöltet be a fájdalmas helyeken. (Wiener mediz. Presse, 1907. 13. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1907. 22. szám. *Justus Jakab*: A syphilis gyógyitásáról. *Ferenczi Sándor*: Balesetbiztositási tapasztalatok. *Widder Bertalan*: A gyakorlatból. (A cseplesz ritka torsioja. A kézujjak első phalanxának könnyü törhetősége nőknél. Óvatos ság az aspirin rendelésekor a gyermekkorban.)

Orvosok lapja, 1907. 22. szám. *Weisz Ferencz*: A hólyaggyuladásról.

Budapesti orvosi ujság, 1907. 22. szám. *Torday Ferencz*: A Barféle műszeres köldökkezelésről. *Török Imre*: A jothion és annak gyógy. értéke az orvosi gyakorlatban.

Közlemények az összehasonlító élet- és kórtan köréből. 1907. 3. füzet. *Hutyra Ferencz*: Szarvasmarhák védőoltása a gümőkór ellen. *Wellmann Oszkár*: Vizsgálatok a Ca, Mg és P forgalmáról éhező állatokban.

Vegyes hirek.

Kitüntetés. *Varga Zsigmond* dr.-nak, Fejérmegye főorvosának a király a közegészségügy terén tett szolgálatai elismeréseül a Ferencz-József-rend lovagkeresztjét adományozta.

Új egyetemi rendes tanárok. *Bókay János* dr.-t, a budapesti egyetemen a gyermekgyógyászat rendkivüli tanárát és *Korányi Sándor* dr.-t, ugyanezen egyetemen a belgyógyászati diagnostika és idegkórtan rendkivüli tanárát a király az emlitett tudományszakok rendes tanárává nevezte ki.

Kinevezés. *Róna Dezső* dr.-t Baja város közkórházának igazgató-főorvosává, *Filep Sándor* dr.-t Csik vármegye tiszteletbeli főorvosává, *Finger Vilmos* dr.-t pedig szécsényi járásorvossá választották. — *Werner Ignácz* dr.-t a székesfőváros főpolgármestere a balparti kórházakhoz segédorvossá nevezte ki.

Választás. *Troczányi Béla* dr.-t a debreczeni főiskola orvos-tanárává, *Kazay Kálmán* dr.-t pedig Peczeszőllősön körorvossá választották.

A budapesti egyetem orvoskari tanártestülete f. é. junius 1.-én tartott tisztújitó ülésén az 1907/8. tanévre dékánjává újolag *Lenhossék Mihály* tanárt, kari jegyzőjévé *Tangl Ferencz* tanárt választotta meg. Az orvoskari magántanárok a jövő tanévre képviselőik gyanánt *Szontagh Félix* és *Mohr Mihály* dr.-okat küldték a karba.

A kolozsvári tudomány-egyetemen az 1907/8. tanévre az orvosi kar dékánjává *Lechner Károly* dr.-t, jegyzőjévé pedig *Makara Lajos* dr.-t választották meg.

Turán Bódog dr. május hó 1.-étől október hó 1.-éig ismét Franzensbadban („Parkstrasse, „Prinz Wales") folytat orvosi gyakorlatot.

Plesch János dr. fürdőorvosi működését Rajeczfürdőn ismét megkezdte.

A budapesti poliklinikán május hóban 4195 új beteg jelentkezett; a rendelések száma 11,813 volt.

Az egyetemi II. sz. nőbeteg-klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikum segélyét május hóban 100 esetben vették igénybe. A műtétek száma 70 volt.

A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület május hóban 178 esetben nyujtott első segítséget; ezenkivül 23 betegszállitást végzett, 44 esetben mint mozgóőrség szerepelt és 11 esetben téves jelentés folytán vonult ki. A május havi működési főösszeg tehát 256.

Hazai fürdők látogatottsága; *Pöstyént* május 28.-áig 1853, *Lipiket* junius 6.-áig 825 fürdővendég kereste fel.

Zemplén vármegye sátoraljaújhelyi „Erzsébet"-közkórházában — a mint *Chudovszky Móricz* dr. kórházigazgató évi jelentésében olvassuk — az 1906. évben 1923 beteget (1115 férfi és 808 nő) ápoltak, a kik közül 139 (7·2%) halt meg; a halottak között elmebeteg 32 volt. A 112 lapra terjedő jelentésnek túlnyomó nagy része (15—98. lap) a sebészeti megbetegedésekkel foglalkozik, ismertetve a kórházban követett általános sebészeti elveket és az érdekesebb eseteket. Eltekintve a kisebb sebészeti beavatkozásoktól, az elmult évben 704 műtétet végeztek.

Megjelent. *Tóth Imre:* Jelentés az ipari ólommérgezések elhárításáról. A Berlinben szeptember hóban tartandó XIV. nemzetközi hygienei congressus számára készült elaboratum.

Meghalt. *Kohn Gábor* dr. tiszteletbeli megyei főorvos 78 éves korában május 25.-én Pakson. — *Röll M. Fr.* dr., a bécsi állatorvosi főiskola tanára s a járványtan nyugalmazott rendkivüli tanára az egyetemen, május 19.-én. — *M. Litten* tanár Berlinben 62 éves korában. — *Sir Josef Fayrer*, ismert angol orvos és hygienikus, 83 éves korában.

Kisebb hirek külföldről. *Ahlfeld* tanár, a nőorvostan tanára Marburgban, nyugalomba vonul. — A lipcsei fogászati klinika igazgatójává s rendkivüli tanárrá *Dependorf Th.* dr. jenai magántanárt nevezték ki. — *Jean Charcot* dr., a nagyhirű idegorvos fia, a Salpêtrière-nek ajándékozta elhunyt atyja könyvtárát, mely az idegbetegségekre vonatkozólag állitólag a legtökéletesebb a világon, továbbá atyja dolgozó szobájának értékes butorzatát és egyéb berendezését. Ez utóbbival a Salpêtrière egy helyiségében restituálni fogják Charcot dolgozó szobáját a nagy tudós emlékére. — *Bier* dr., Bergmann tanár volt segéde, a szultán kezelő orvosa, a legnagyobb török kitüntetést, az Iftiar-rendet kapta gyémántokkal. — *Hutinel* dr.-t a párisi egyetemen Grancher helyébe a gyermekorvostan tanárává, *Segond* dr.-t pedig ugyanott Terrier helyébe a sebészet tanárává nevezték ki. — A lyoni egyetemen *Teissier* lett a belklinika tanára. — *Albers-Schönberg* dr., az ismert röntgenolog (Hamburg) és *F. Klemperer* dr. (Berlin) a tanári czimet kapta.

A franczia főiskolákban a mostani iskolai évben 38,197 tanuló közül 15,551 jogot tanul és 8297 orvostant. A párisi egyetem 15,789 hallgatója közül 7032 jogász és 3369 orvostanhallgató.

Az Egyesült-államok 23 főegyetemén az orvostanhallgatók száma ez idő szerint nem több mint 4903. Ezek a következőképen oszlanak el: University of Pennsylvania 594, University of California 54, New-York 448, Columbia 352, Syracuse 150, Cornell 336, North-Western University 500, Illinois 488, Michigan 423, Harvard 296, Johns Hopkins 264, Minnesota 196, Yale 155, Virginia 133, Nebraska 132, Kansas 107, Indiana 65, Missouri 65. Ezek az alacsony számok csakis abból érthetők, hogy Észak-Amerikában a hivatalos egyetemeken kivül sok mindenféle „nyilvánossági joggal felruházott" orvosi iskola is van, mely elvonja az egyetemektől a hallgatók nagy részét.

„Voyage d'enseignement médical" czimen egy franczia orvosokból álló nagyobb társaság ez év augusztus 7—23.-áig tartó tanulmányi utat tervez Középeurópában. A körutazás kiinduló pontja Nancy; a társaság a programm szerint a következő helyeket látogatja meg: Stuttgart, München, Nürnberg, Karlsbad, Marienbad, Prága, Bécs, *Budapest*, Salzburg, Gastein, Innsbruck, Zürich és Baden.

A lysoformról. *Ströszner* dr., a budapesti bakteriologiai intezet segédje a nyers lysoformot vizsgálat tárgyává tette és a következő eredményt találta. A nyers lysoform 7·8% formaldehydot tartalmaz, vagyis ugyanannyit, mint a közönséges lysoform. A formaldehyd szaga az aetheres olajok hiánya miatt kissé érezhető benne. Maró tulajdonsága nincs. Ruhák, butorok, padlók szennyes-zsíros foltjait szappantartalmánál fogva gyorsan eltávolitja. Szagtalanitó hatása páratlan. A 2%-os nyers lysoform a typhusbacillust 1 óra alatt, az 5%-os oldat a diphtheriabacillust 15 perez alatt pusztitja el. 5%-os oldata tiszta bakteriumtenyészettel fertőzött katheterdarabokat 2 óra alatt sterillé tett. A vizsgálatok igazolják, hogy a nyers lysoformnak épen úgy, mint a közönséges lysoformnak töményebb oldatai az erősebb hatású megbizható desinficienseknek oldataival a versenyt sikeresen kiállják. A nem mérgező, olcsó lysoform jól használható a nagyban való fertőtlenitésre.

Az amarumok mindig nagy szerepet játszottak a gyógyászatban. A gyomor elválasztó és mozgató erejének fokozásával a legtöbb idült bajban az anyagcsere és tápláltság fokozódását — a mely nélkül az ily bajok gyógyulása el sem képzelhető — az amarumok nagy mértékben elősegitik. Legkedveltebb amarum gyanánt a chinakéreg szerepelt, újabb időben ennek készitményei, kivonatai. A baj az volt, hogy mivel többnyire szeszszel készültek, oly kivonatanyagok is kerültek a készitményekbe, melyek hátráltatták a kitűzött czél elérését, ilyenek a chinakéreg viaszszerű és gyantás anyagai. E hibák elkerülésére Nanning gyógyszerész saját módszert dolgozott ki, mely szerint az **Extractum Chinae Nanning** készül. Ez ideális amarumnak és tonicumnak mondható. Benne a kéreg összes keserű anyagai és a chinacsersav változatlan alakban vannak meg, alkoholmentes, mindig állandó összetételű és 5% alkaloidát tartalmaz. Adagja 3-szor naponta 15—20 csepp; mindig ½—1 órával az étkezés előtt adandó vizzel, borral, tejjel vagy egyéb gyógyszerrel keverve.

„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.** 2513

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

SIPOS DEZSŐ dr. rendel **KARLSBADBAN.** Markt, Haus Prinz von Wales.

Gizella-Telep fürdő, Saison megnyitás május 1.-én. **modern vizgyógyintézet posta Visegrád (Pest m.)**
Vizgyógykezelés, szénsavas-, villanyos-, forrólég-, mór-, sós-, fenyő- és napfürdő. Villanyozás, massage. Remek fekvés. Mérsékelt árak. Kivánatra prospektus. 3719

Orvosi laboratorium: **Dr. Mátrai Gábor** v. egyetemi tanársegéd. **Andrássy-út 50** (Oktogon-tér). Telefon 26—96.

Dr. Kopits Jenő Budapest, VII., Kerepesi-út 18. testegyenesitő intézetét f. é. augusztus 1-étől **VIII., Gyöngytyük-utcza 14. sz.** alá helyezi át.

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. 3170

Dr. Doctor K. v. egyetemi tanársegéd **orvosi laboratoriuma IV., Kossuth Lajos-utcza 3.** Telefon 697. 2221

ERDEY Dr. **Budapest, IX., Bakács-tér 10.**
1415/3109 **SANATORIUMA.** **Nőbetegek és szülőnők részére.**

WEISZ EDE DR. pöstyéni intézete.
Modern kényelem, Röntgen, Zander stb. Mérsékelt árak.

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

Simonyi Béla dr. Modern **RÖNTGEN**-laboratorium. Röntgen-therapia; átvilágitás; Röntgen-felvételek. **Vibratiós massage.**
Harminczad-utcza 6. (Erzsébet-tér sarok) Telefon 49—57.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Magyar sebésztársaság. 436. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (XVII. rendes tudományos ülés 1907 május 25.-én.) 436. l. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (Ülés 1907. január hó 31.-én.) 437. l.

Magyar sebésztársaság.

A magyar sebésztársaság e hó 1.-én és 2.-án tartotta első összejövetelét Budapesten, a Nemzeti Múzeum nagytermében, nagyszámú tag jelenlétében. A sok érdekes előadásról s a hozzájuk fűződött eszmecseréről lapunk legközelebbi számaiban részletesebb ismertetést hozunk; jelenleg csak *Dollinger Gyula* tanár elnöki megnyitóját közöljük:

Tisztelt Nagygyülés! Az alapszabályokkal, a melyeket tegnap elfogadtunk, letettük a Magyar Sebésztársaság alapkövét, körvonaloztuk működésének határait, megállapítottuk élettanát s ez ülés megnyitásának pillanatában lüktetni kezd a szíve és megkezdi életét.

Méltó dolog, hogy a mikor egy új élet kezdődik, visszatekintsünk azok életfolyására, a kiktől származását vette, hogy az ősök történetéből következtetést vonjunk a nagyrahivatott új lény életpályájára. Ez a visszapillantás az 50-es évek borongós időszakába visz, a mikor a mély gyász és az általános csüggetegség közepette akadt egynehány lelkes férfiú, a ki nagy nehézségek közt megalapította a budapesti kir. Orvosegyesületet. Az egyetem orvosi facultása mellett ebben az egyesületben központosult azon korban egész orvosi tudományos működésünk. Még a hetvenes években is meglehetősen kevés volt az előadó és Markusovszky Lajos és Balogh Kálmán ugyancsak buzgólkodtak, hogy legalább a téli hónapok minden szombatján megtarthassuk az ülést. De lassanként ez a buzgó vezérkar mégis csak összetoborozta a munkássereget.

Míg eleinte minden szakmára egy-egy ember jutott, csakhamar önként többen is jelentkeztek és nemsokára már nem fértünk meg a közös hajlékban. Hogy szabadon mozoghassunk, szét kellett oszlanunk. Megalakult a közegészségügyi egyesület, létre jött az orvosszövetség, a mely rendi érdekeink képviseletét vállalta el, maga az anyaegyesület pedig számos szakosztálynak és speciális tudományos bizottságnak adott életet, a melyek valamennyien önálló tudományos életet folytatnak. Ezek sorában foglal most helyet a sebészeti szakosztály is, a melyet megalapítani öt esztendő előtt merész vállalatnak látszott, de a mely azóta állandó munkásokat nevelt már magának a budapesti sebészek köréből.

Ilyen viszonyok között emelkedtek vidéki sebészkollégáink közül egyszerre több oldalról hangok, a melyek egy magyar sebésztársaság megalapítását sürgették, mert vidéki kartársaink sem akarnak annál a lázas munkánál csupán mint szemlélők szerepelni, a mely most már világszerte folyik és tudományunk előbbrevitelén fáradozik, hanem abból maguk is részt kérnek és azért olyan egyesületet óhajtanak alapítani, a mely lehetővé teszi, hogy valamennyi magyar sebész évenként egynehány napra összegyüljön eszmecserét folytatni azon fontos tudományos kérdések felől, a melyek napjainkban a sebészeket foglalkoztatják és meghallgatni azon dolgozatokat, a melyek új eszméket hirdetve tudományunkat előbbre vinni vannak hivatva.

A ki tudományunk bármely kérdését beható tanulmány tárgyává teszi és azzal, hogy azt előbbre viszi, tudományunkat szaporítja, az azon az egy ponton valamennyink fölé emelkedik. Az egyesnek kiemelkedése a többi fölé azonkivül buzdítólag hat mindenkire, a ki tudományáért lelkesedni tud.

Ezt a kettőt, tudást és lelkesedést keresünk ezen összejöveteleken, ezt a kettőt akarjuk innen magunkkal hazavinni. Tudást, a melyet szenvedő embertársaink, betegeink javára fordítunk, és lelkesedést, a mely örömet és erőt ad szakmánk fejlesztésére, előbbrevitelére és a reánk áramló felelősségteljes nagy munka elviselésére. Ezt a két magas czélt tűzve ki a Magyar sebésztársaság elé, első nagygyülését ezennel megnyitom.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XVII. rendes tudományos ülés 1907 május 25.-én.)

Elnök: **Erőss Gyula**. Jegyző: **Kiss Gyula**.

Atropinnal kezelt asthma bronchiale esete.

Terray Pál: A nőbeteg húsz év óta szenved asthma bronchialeban. Ezen baja miatt 1892-ben az I. belklinikán feküdt másfél hónapig; lakásán is gyakran kellett orvos segítségét igénybe vennie, egyre súlyosbodó és gyakrabban ismétlődő rohamai miatt. Sokféle titkos szert és reklám-orvosságot használt, bőven élt jodkalival, chloralhydrattal, minden eredmény nélkül. Sok morphin-injectiót kapott, olykor naponta kettőt-hármat is, mert csak ez enyhítette némileg a rohamait. Az utolsó években már annyira súlyosbodott a betegsége, hogy alig volt 2—3 naplg rohammentes, éjszakákat töltött álmatlanul, feküdni sem tudott. Poliklinikai rendelésemen 1906. évi augusztus 8.-án jelentkezett. Édesanyja ideges, a beteg maga gyenge testalkotású, kevésvérű, ideges, lesoványodott, náthára nagyon hajlandó, azonban kimutatható orrbaja nincs. Emphysema konstatálható rajta. Atropinpilulákat rendeltem lassan emelkedő adagban, a minek már nehány nap mulva kedvező hatását tapasztaltam, a beteg subjective sokkal jobban érezte magát, ha nem is mult el egészen a nehézlélegzése, mégsem voltak fuladási rohamai, éjszakánként nehány órát tudott aludni vagy nyugodtan feküdni, köhögése csökkent, a tüdők felett talált hurutos zörejek jelentékenyen megfogytak, náthája már a hetedik napon feltünően csökkent és fuladás nélkül tudott feküdni egész éjjel. Szeptember 21.-én nagyon meg van elégedve állapotának javulásával, azt óhajtja, bár úgy maradna. Az atropinból kezdetben fél milligrammot rendeltem egy napra. Két-három nap mulva a napi adagot egy milligrammra, majd 1·5 és azután két milligrammra emeltem. Nagyobb dosisra a betegnél nem volt szükség, mert állapota szembetünően és tartósan megjavult; voltak betegeim, a kiknél három, sőt négy milligrammig mentem föl s a kiknél az egyszeri atropin-kúra 4—6 hétig tartott. A beteg az atropint jól türte, kisfokú homályos látástól és egy izben támadt rövid ideig tartó hólyaggörcstől eltekintve semmi sem zavarta közérzését, a szívre káros befolyást nem észleltem. 1907 május 5.-éig összesen 80 pilulát vett be a beteg három cyklusban. Az adagot épen olyan fokozatosan csökkentettem, mint a milyen lassan emeltem volt.

Az atropint én már előbb is megpróbáltam az asthma bronchiale ellen, 1897-ben és 1899-ben több betegemnek rendeltem atropinpilulákat kielégítő eredménynyel, azonban hosszabb időn át nem észlelhettem ezeket az eseteket, mert elmaradoztak a rendelésről. Ezt a nőbeteget 10 hónap óta állandóan észlelem. Alkalmaztam az atropint bőr alá fecskendezés alakjában is a roham coupirozására, ugyanis egy másik nőbeteg asthmás rohama közben jött a poliklinikára; egy milligramm atropinnak a bőr alá fecskendezése után tíz perczczel jelentékenyen enyhült, tizenöt percz mulva teljesen megszünt az asthmarohama. Magánbetegeimnek többször adtam az Amerikából származó Tucker-féle inhalatiokat, a készülékhez adott barna, kellemesszagú folyadék a bonni egyetemi gyógyszertani intézetben végzett analysis szerint atropint és natriumnitritet tartalmaz. Tehát itt is az atropin a hatóanyag, a mely intratracheálisan és intrabronchiálisan alkalmazva (belégzés alakjában) enyhíti, néha coupirozza a rohamot.

Eddig összesen nyolcz poliklinikai betegen volt alkalmam kipróbálni az atropint; a véletlen játéka, hogy mind a nyolcz beteg a női nemhez tartozik. Az eredményt általában jónak mondhatom. Ezzel azonban nem azt akarom állítani, hogy az atropin panacea az asthma bronchiale ellen, sőt eseteim egyikében-másikában a hatása nem volt annyira szembetünő és oly tartós, mint ebben az esetben, és hangsúlyozom, hogy nem minden beteg tűri jól az atropint és csakhamar kellemetlen melléktünetek: accomodatiozavar, rossz látás, torokszáradás jelentkezhetik

és oly fokot érhet el, hogy nem lehet az atropin adagját 3—4 milligrammig emelni, hanem csökkenteni kell, vagy a szert teljesen elhagyni. Kiemelem, hogy egyetlen egyszer sem észleltem a szívre való káros befolyást még három milligramm napi adag mellett sem.

Az atropinnak ezen kedvező befolyását az asthma bronchiale görcsellenes hatásából magyarázhatjuk. Az asthma bronchiale a sima izomsejtekkel biró szervek görcséhez tartozik, az atropin, a mint ismeretes, az érző idegvégekre deprimálólag hat és hüdíti az intramuscularis motorius idegvégződéseket és a parenchymatosus ganglion-apparatusokat. Ezenkivül csökkenti a hörgök nyálkahártyájának elválasztását.

Nincs itt szó valami új orvosságról az asthma bronchiale ellen. Ismeretes, hogy körülbelül 70 év előtt Trousseau, a kiváló praktikus orvos és geniális empiriás therapeuta belladonnából, terpentinből, arsenből és chininből álló kúrát rendelt asthmás betegeinek, a melyben az ő kimondása szerint a fődolog az atropinnak hosszabb ideig való belső adagolása, hogy így a szervezet hosszabb időn át legyen az atropin befolyása alatt. Trousseau nyomán Jürgensen hónapokon át adta az atropint és 1895-ben ajánlotta ezt a kezelést. Noorden 1898-ban hívta fel ezen Trousseau-féle kezelésmódra a figyelmet. Riegel 1899-ben, Zuelzer 1906-ban az asthmaroham coupirozására ajánlotta az atropin bőr alá fecskendését. Fränkel Albert jó eredményt látott chronikus asthmában az atropin huzamosabb alkalmazásától, a rohamok coupirozó hatása tekintetében azonban még függőben tartja ítéletét. Kétségtelen, hogy az atropin értékes szer az asthma bronchiale ellen, úgy látszik azonban, hogy ezt a hatását még sokan nem ismerik, másképen érthetetlen volna, hogy a legújabb tankönyvek legnagyobb része, valamint az újabb irodalom nem említi és a roham coupirozására csak a morphiumot és chloralhydratot ajánlja. Bemutatásomnak czélja, hogy t. kartársaim figyelmét felhívjam az atropinra, mint olyan orvosságra, a melyet méltatlanul hanyagoltak el és felejtettek el az orvosok és a melyet adott esetben érdemes megpróbálni. Óvatosan alkalmazva és ellenőrizve a beteget, bajt nem okozhat, ellenben sokszor jelentékenyen enyhíti a betegek szenvedését, aránylag gyorsan csökkenti a hurutos váladékot, coupirozza a rohamot és 3—4—6 heti cyklusokban való, esetleg megismételt alkalmazásakor tartós javulást, sőt mint ebben az esetben, a rohamoknak hónapokon át kimaradását érhetjük el vele, még olyan chronikus asthmában is, mint a bemutatott, mely már 20 év óta tart. Ehhez járul, hogy az atropin hatása lényegesen különbözik a morphin, chloralhydrat, strammonium, füstölő porok stb. hatásától, a melyek csak a rohamra hatnak, míg az atropin a rohamot coupirozó hatásán kivül hosszabb időre terjedő, tehát tartós javulást idézhet elő. Mint rohamot coupirozó szer a morphin helyett vagy a morphinnal felváltva alkalmazható, a mi már magában véve előny.

Nagyon természetes, hogy kezdődő asthmában, hol emphysema még nem fejlődött, még inkább számíthatunk ceteris paribus az atropin kedvező hatására.

Hochhalt Károly: Azon esetekben, melyekben beteg az atropint nem tűrte, pyrenolt alkalmazott 0·30, 0·40, 0·50 gm. dosisokban igen jó eredménynyel.

Terray Pál: Ma csak az atropinról kivánt szólni. Egyéb asthmaellenes szerekről máskor fog beszélni.

(Folyt. következik.)

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(Ülés 1907. január hó 31.-én.)

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

Carcinoma urethrae.

Remete Jenő: A 68 éves nőbeteg jelentkezésekor, 1906 deczember havában elég könnyen vizel, retentio nem mutatható ki.

A vizelet üledékében kevés genysejten és hyalin vesebeli hengereken kivül számos hengerhámsejtből és kötőszövetsejtekből álló szövettörmelék található; az előbbiek a carcinomatosusan degenerált helyekről származók. A helyi vizsgálatkor az orificium externumból kúpalakú és ujjpercznyi nagyságú, málnaszerű felületű képlet emelkedik ki a nagyajkak széttárása alkalmával, mely képlet papilloma benyomását teszi. Vaginális vizsgálatkor az egész húgycső a trigonumig terjedőleg merev, ujjnyi vastagságú kötegként tapintható ki, míg a hólyag teste a bimanuális vizsgálatkor eltérést nem mutat. A húgycsőbe semmiféle eszközzel sem lehet behatolni, még filiformis bougieval sem. A bal lágyékmirigyek összetapadtak és conglomeratumuk ökölnyi, porczkemény daganat alakjában tapintható ki. A jobboldali mirigyek a normálisnál nagyobbak, különállók, de szintén porczkemények. Kétségtelen, hogy elsődleges húgycsőrákkal van dolgunk.

Hólyagkő ritkább esete.

Remete Jenő: A 71 éves betegen 3 év előtt jelentkeztek először vizelési zavarok: gyakori fájdalmak, véres vizelés. Ez az állapot rövid időközökben ismétlődött és néhány nap alatt lezajlott. Orvosi segélyt vett ugyan igénybe, de helyi vizsgálatot nem végeztek rajta.

Szeptember 24.-én felette gyakori fájdalmas vizelés, véres vizelet állott fenn. 4 napi ágynyugalomra és megfelelő gyógyszerelésre a dysuria megszünt, a vizelet megtisztult. A szeptember 29.-én megejtett helyi vizsgálat a következőket szolgáltatta. A hólyag egy ujjnyival a symphysis felett tapintható ki; a prostata kissé megnagyobbodott, kemény. Bimanuális vizsgálatkor a hólyag fundusában keményedés tapintható ki. Kőkutatóval concrementum érezhető a hólyagban, a residuális vizelet 120 gm. A vizelet idegen alakelemet nem tartalmaz.

A cystoskopi vizsgálatkor a tükör csak igen erős sülyesztéssel vezethető be és irányításában annyira korlátozott, hogy csakis a hólyag hátulsó fele volt áttekinthető. E helyütt hosszúkás, apróbb dudorokkal ellátott könek egy része látható, melynek közelebbi tulajdonságai nem állapíthatók meg. Inkább azt a benyomást lehetett nyerni, hogy a concrementum a prostata mögötti recessusban van rögzítve és oldalt a prostata lebenyei részben takarják.

Sectio altára szántam el magam, de egyúttal, tekintettel az előbb jelzett cystoskopi leletre, mely úgy tüntette fel a helyzetet, mintha a középvonalban az akadályt a prostatának a túltengése okozná, egyszersmind Freyer-féle műtétre is tettem előkészületeket.

Október 11.-én hólyagmetszés, mely alkalommal kiderült, hogy nem a prostata okozta a fennálló akadályt, hanem maga a két prostatalebeny közé ékelt kő, melynek 12 sarkos, majdnem szabályos geometriai alakja is figyelemre méltó. Eltávolítása után mély vályú maradt, mely a vizelet kiürülését biztosította.

Hólyagvarrat két étageban. Ez időtől spontan vizelés és már néhány nap után semmi residuális vizelet.

Idegen test (105 cm. hosszú draincső) a hólyagban.

Feleki Hugó: A 40 éves férfibeteg 2 nappal ezelőtt körülbelül 4 mm. átmérőjü és 1 méternél hosszabb gummicsövet tolt a húgycsövébe, hogy szükületét tágítsa. Ebben az állapotban elaludt és reggelre azt tapasztalta, hogy az egész cső a hólyagjába csúszott.

A megejtett cystoskopi vizsgálatkor — a melyet, tekintettel a pars cavernosában talált kisebb fokú szükületre, a legkisebb kaliberü tükörrel végeztünk — első betekintésre megláttuk a hólyagban a többszörösen körülkunkorodott, hosszú, fekete gummicsövet, s így azonnal hozzáfogtam az eltávolításához.

Kis kaliberü lithotriptorral megfogtam és könnyü szerivel előrehúztam a jelzett idegen testet. De ez a szükület helyén annyira beékelődött, hogy inkább abbahagytam az előrehúzást, semhogy a csövet az elszakadás valószinüségének tegyem ki. Ekkor, olaj előzetes befecskendése után, urethroskopot toltunk be és ezen át endoskopfogóval sikerült a cső egyik végét kihúzni. Óvatos húzással már kifelé juttattuk a csőnek mintegy felerészét, a mikor azon a részén, hol a lithotriptor fogta, elszakadt. Már véres beavatkozásra gondoltunk, a mikor türelmes kisérletezés után ugyancsak az endoskop segítségével a második felét is sikerült eltávolítani.

A beteg egy-két nap mulva jól érezte magát és ekkor unszolásunkra őszintén megvallotta az igaz körelőzményt. Bevallotta, hogy a csövet masturbálás czéljából tolta be. 18 éves

kora óta rabja a masturbatio szenvedélyének, noha a coitust rendes módon tudja végezni. 4—5 év előtt elhagyta az önfertőzés szokásos módját, állítólag azért, mert a himvessző bőre érzékenynyé lett. Ekkor kezdte meg az endourethrális masturbálást, mely nagy kéjérzetet vált ki nála. Eleinte czukorspárgával, majd vászonnal bevont vastag dróttal üzte. Az ejaculatum oly energikusan lövelt ki, hogy a jelzett eszközöket jó messzire kilökte. A nyár óta gummicsövet alkalmaz, melyet hogy jól csússzék, benyálaz. A válságos estén a masturbatio után kimerülten elaludt (talán ittas is volt) és a bennhagyott draincső reggelre a hólyagjába csúszott.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

Lajosfalva községben (Torontálmegye) **a községi orvosi állás** üresedésben van. A lakosok tótok és szerbek, számuk 5000. Az évi fizetés 1600 korona és szabad lakás egy külön e czélra épült házban. 2—1

A Magyarországi Szálló- és Fürdővállalatnak a Szentiványi-Csorbatónál levő fürdőtelepén az 1907. évi nyárra és az 1907/8. évi téli idényre az **orvosi állás** nyilvános pályázat útján betöltendő.

Pályázhatnak nőtlen, magyar honosságú gyakorló orvos urak. A fürdőorvos jelenléte 1907 julius 1.-től augusztus hó 31.-éig feltétlenül, esetleg szeptember hó 15.-éig megkivántatik. Részére az italneműeken kivül teljes ellátás, élelmezés, lakás rendelő-szobával díjtalanul biztosittatik, az egyszeri oda- és visszautazás költségeinek megtérítésén felül a fentjelzett nyári évad tartamára 500 korona tiszteletdijjal együtt.

A téli idényre az orvos díjazása külön megállapodás tárgyát fogja képezni, semmi esetre sem kötelezi magát azonban a nevezett társulat kártérítésre vagy kárpótlásra, ha a téli idényre a telep zárva maradna.

Ajánlatok a közlemény megjelenésétől számitott **5 napon belől** a nevezett társulatnál, Budapesten, Kossuth Lajos-utcza 6. szám alatt nyújtandók be.

2399/907. kig. sz.

Krassó-Szörény vármegye bozovicsi járásában levő **bozovicsi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A kör székhelye Bozovics, mely községen kivül hozzá tartoznak még a bányai, prilipeczi és prigori körjegyzőségek, valamint a pervovai körjegyzőségből Pervova és Sunicza községek. A kör tehát 12 községből áll egyelőre, valószinüleg ide lesz csatolva még Lapusnicsel község is.

A körorvos javadalmazása: 1600 korona fizetés és 600 korona úti átalány. Ezenkivül a szabályrendeletileg meghatározott dijak.

A pályázni óhajtókat felhivom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában, illetve 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt képzettségüket és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket f. évi junius hó 20.-áig hozzám annyival inkább benyujtsák, mert a később érkezőket figyelembe nem veszem.

A román nyelvet legalább szóban érteni kivánatos.

A választást f. évi junius hó 22.-én d. e. 8 órakor Bozovics községházánál fogom megtartani.

Bozovics, 1907. évi május hó 18.-án.

3—3 *Péczely Géza*, főszolgabiró.

1501/907. sz.

Újkigyós községben lemondás folytán üresedésbe jött **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek s felhivom a pályázni kivánókat, hogy orvostudori oklevéllel, szolgálati bizonyitványnyal s születési anyakönyvi kivonattal felszerelt pályázati kérvényeiket f. évi junius hó 15.-éig bezárólag adják be hozzám, mert a később érkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

Az állás javadalma évi 1600 korona, 4 szobából álló szabad lakás és udvar használata, továbbá éjjel kétszeresen számitandó nappali házonkivüli 60 fillér, az orvos lakásán 40 fillér látogatási és 40 fillér halottkémlési dij.

A választást később megállapitandó napon fogja Újkigyós község képviselőtestülete megejteni.

A választási naptól számitott 15 napon belül a megválasztott községi orvos állását elfoglalni köteles.

Békéscsaba, 1907. évi május hó 25.-én.

2—2 *A főszolgabiró.*

Lemondás folytán megüresedett a baglyasaljai bányaigazgatóságnál a **bányaorvosi állás**, mely állásra ezennel pályázat hirdettetik. Javadalmazás: 2800 korona évi fizetés, szabad lakás fűtéssel, rendszeresitett világitás és január hóban kettős havi fizetés. A kellően felszerelt kérvények **1907. évi julius hó** 1.-éig terjesztendők be.

Északmagyarországi Egyesített Kőszénbánya- és Iparvállalat Részvénytársulat társládai elnöksége
Baglyasalja, u. p. Salgó-Tarján.

A **Bór-** és **Lithion-tartalmú**

Salvator-forrás

kitünő sikerrel használtatik

vesebajoknál, a **húgyhólyag bántalmainál** és **köszvénynél**, a **czukorbetegségnél**, az **emésztési** és **lélegzési szervek hurutjainál.**

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóczi Salvator-forrás Vállalatnál Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

MALTOCOL.

(Törvényileg védve.)

Klinikákon, kórházakban kipróbálva.

Idealis guajakol-készitmény, mely a phthiseotherapia specifikus és hygienikodiaetás kezelés szempontjait leginkább elégiti ki.

Tartalmaz: Fahéjsavas (Hetol) malátaszörpben 7% Kal. sulfo-guajac. 2% Calc. és Natr. glycerophosphor. 1% Natr. camphor. stb. aromás anyagot.

Egy üveg ára: 1 korona 80 fillér.

Kapható minden gyógyszertárban.

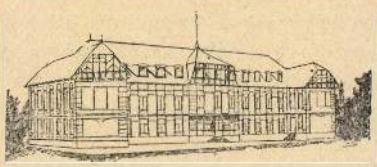
Készitési főraktár:

Marberger Gyula orvos-gyógyszerészeti laboratoriumában.

„Vörös-kereszt" gyógyszertár.

UJPEST, Váczi-út 25. szám.

Minta az orvos uraknak ingyen.



„Héviz"-Szanatorium és Gyógyszálloda

(Keszthely-Hévíz, Zala m.)

10 holdas meleg iszaptó, iszapgöngyölések, fürdők, massage, villamozás a házban.

Pensiorendszer, diaetás gyógymód.

Prospektussal és felvilágositással szivesen szolgál **„Héviz"-Szanatorium és Gyógyszálloda igazgatósága** és **Schulhof Vilmos dr.** fürdőorvos.

NESTLÉ

az egészséges **gyermeklisztje**

és a beteg gyermek, a gyomorbajosok régóta bevált tápláléka.

Megóv a hányástól, hasmenéstől, bélhurottól és elhárítja ezeket.

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

Wien I., Biberstrasse 11.

HERKULESFÜRDŐ.

Délmagyarország.

„REZSŐ-UDVAR" elsőrangú szálloda, 110 kényelmes és villanyvilágitású szobával, fedett átjáróval a gyógyterembe és hidegvízgyógyintézetbe és az összes gyógyfürdők közvetlen közelében.

„STEFÁNIA-SZÁLLÓ" szálloda turisták részére, 52 kényelmesen berendezett villanyvilágitású szobával, az összes gyógyfürdők közelében.

Nyitva május hó 1-től.

a magas kincstár által korlátolt mérsékelt árak, a világitást és kiszolgálást bezárólag 2.20 koronától felfelé. Árengedmény az elő- és utóidényben hosszabb tartózkodásra. Prospektust ingyen küld a m. kir. fürdőigazgatóság. Tudakozódások és szobarendelések a szálloda bérlőjénél:

KOLLING KRISTÓF.

4060

51. évfolyam. 24. szám. *Budapest, 1907. junius 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. TANÁR,
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.

Arányi Gusztáv: Adatok a diabetes mellitus anyageseréjéhez, tekintettel a vizelettel kiürített illó zsirsavakra. 439. lap.

Turán Bódog: A Bier-féle eljárás méhüri alkalmazásának hasznáról. 441. lap.

Jendrássik Ernő: Közlemény az idegklinikáról. A szellemi műveletek mechanismusa és lokalizálása. 443. lap.

Bálint Rezső és Engel Károly: Közlés az I. sz. belorvostani klinikáról. (Igazgató: Korányi Frigyes egyet. tanár.) Adatok a tachycardia paroxysmalis klinikájához és mechanismusához. 444. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. H. Oppenheim:* Nervenkrankheit und Lektüre. Nervenleiden und Erziehung. Die ersten Zeichen der Nervosität des Kindesalters. — *Lapszemle. Gyógyszertan. Löbel:* Yoghurt. — *Belorvostan. Lenhartz:* A heveny és idült vesemedenczegyuladás. — *Idegkórtan. R. Freud:* A szivneurosis kórjelzésének nehéz volta. — *Sebészet. Hoffmann:* Ulcus ventriculi 52 operált esete. — *Scudder:* Izületplastica. — *Dowd:* Congenitális lumbális sérv. — *O. H. Cunningham:* Anaemia perniciosa folyamán keletkezett vizeletretentio. — *Moszkovicz:* Hogy lehet gangraena pedis esetén a verőér elzáródásának helyét megállapítani? *Goeltz:* — Sikeres thoracobronchotomia. — *Bőrkórtan. M. Joseph:* A bőrbetegségek általános therapiája. — *Venereás bántalmak. Jordan:* Tertiaer syphilis-statistika. — *V. Lion:* A gonorrhoea abortiv kezelése. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Gans:* A heveny gonorrhoea kezelése. — *Vetlesen:* Szer neurasthenia ellen. — *Varanini:* Szer diabetes insipidus ellen. 446—449. l.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 449. lap.

Vegyes hirek. — Pályázatok. — Hirdetések. 450. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 451—454. lap.

Melléklet F. Hoffmann-La Roche et Cie czég „Thigenol" készitménye.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Adatok a diabetes mellitus anyagcseréjéhez, tekintettel a vizelettel kiürített illó zsirsavakra.

Irta: *Arányi Gusztáv* dr., Karlsbad.

Jaksch[1] a vizeletben előforduló zsírsavak vizsgálatával, az acetonképződéssel kapcsolatosan, azért kezdett foglalkozni, mert tanulmányai közben rájött,[2] hogy bizonyos physiologiai tények arra engednek következtetni, hogy az aceton nem tisztán szénhydratokból keletkezik, hanem határozott összefüggés van a fehérjefelvétel, fehérjeszétesés és acetonképződés közt.

Legelőször is arról győződött meg, hogy — a mint már *Guckelberger* 1847-ben állította — a fehérjeféléknek (pepton, albumose, tojásfehérje, fibrin) oxydáló anyagokkal való kezelésük folytán származott bomlási termékeiben nagymennyiségü zsírsav mellett kis mennyiségben aceton is keletkezik; e mellett oly nitrogenmentes nem illó savat is talált, a melyből oxydáló anyag behatására aceton és illó zsírsavak képződtek.

Ezen megfigyelései arra engedtek következtetni, hogy az aceton alkalmasint fehérjebomlásból keletkezik és a mennyiben ez igaz, valószinü volt azon feltevése, hogy olyan folyamatokban, a melyekben az acetonképződés fokozott szokott lenni, kisebb-nagyobb mennyiségben illó zsírsavak is megjelennek a vizeletben. Ha pedig az illó zsírsavak nem a szervezetben lefolyó fehérjeszétesésből képződtek volna, akkor a fehérjementes vizeletben oly anyagok lehetnek, a melyek a fehérjetestekkel analog módon oxydáló anyagokkal illó zsírsavakat adnak. *Jaksch*-nak ezen körülményekre irányuló további vizsgálatai által sikerült kimutatni, hogy a fehérjementes vizeletben csakugyan van olyan anyag, a mely oxydáló anyagokkal kezelve zsírsavakat ad és azt találta, hogy ezek az egészséges férfi 24 órai vizeletében különböző mennyiségben fordulnak elő; úgy látszik, hogy a mennyiségük függ a táplálkozástól, legtöbbször nyomoktól kezdve 8—9 milligrammot talált a 24 órai vizeletben.

Ezen kis mennyiségü zsírsavakon kivül azonban oxydáló anyagok behatására a vizeletből nagyobb mennyiségü zsírsavak nyerhetők; mennyiségük *Jaksch* tapasztalata szerint az oxydáló reagenstől függ. Kisérletei szerint akkor sikerült legtöbb zsírsavat nyerni, ha 100 cm³ destillálandó vizelethez 40 gm. kaliumbrichromatból, 55 gm. concentrált kénsavból és 300 gm. vízből álló keveréket használt. Az igy kezelt 24 órai vizeletből mintegy 1—1·5 gm. zsírsavsót tudott előállítani. Kimutatta továbbá, hogy ezen illó zsírsavak főleg *hangyasavból, ecetsavból, vajsavból* és *propionsavból* állnak. Jaksch előtt *Proust, Thénard, Berzelius, O. Henry, Liebig J., Ranke, Dugald Campbell, Fouberg J., Städeler*[1] találtak különböző állati és emberi vizeletben több-kevesebb különböző fajta illó zsírsavat, megjelenésüknek azonban csak hiányos magyarázatát tudták adni. *Neubauer C.*[2] a destillatiót phosphorsav hozzáadásával végezte, a mennyiben tartott a kénsavnak mélyebbre ható roncsoló hatásától; a talált illó zsírsavakat azonban a nem friss vizelet rothadási termékének tartotta. *Rokitansky*[3] szerint az egészséges ember 24 óra alatt 0·0545 gm. illó zsírsavat ürít és azt állítja, hogy mennyisége főleg a *szénhydratok bekebelezett mennyiségétől függ;* azt találta, hogy sok tésztanemü evése után 0·4 gm. is mutatható ki.

Az illó zsírsavak mennyiségét részben a talált zsírsavsók megmérése, részben a destillatum titrálása által határozták meg, és ezután a legtöbb szerző vizsgálata oda irányult, hogy meghatározza, vajjon pathologiai körülmények közt az illó zsírsavak mennyisége szaporodik-e vagy sem. *Jaksch* mintegy 210 vizsgálatának eredménye szerint minden lázas betegtől származó vizeletben az illó zsírsavak meg voltak szaporodva és *állandó magas láz esetén* mennyiségük 24 óra alatt átlag hat centigrammot (0·06 gm.) tett. *Rokitansky* pneumonia egy esetében 0·5 gm.-ot talált. *Blumenthal*[4] ezen eredményekkel szemben azt találta, hogy

[1] Zeitschrift für physiolog. Chemie, X. k. 1886.
[2] Über Acetonurie und Diaceturie. Berlin, Hirschwald. 1885.

[1] L. Zeitschrift f. physiol. Ch. X. k.
[2] Annalen der Chemie u. Pharm. 1857. 106. k.
[3] Wiener med. Jahrbücher, 1887.
[4] Pathologie des Harnes am Krankenbett. Berlin, 1903.

az illó zsírsavak mennyisége orbáncz és vörheny eseteiben a láz alatt vagy rendes, vagy kisebb, a mi annál feltünőbb, mert a majdnem kizárólagos tejdiaeta folytán épen az ellenkező volt várható. Ugyanezt találta *Rosenfeld F.* és *Wichura. Blumenthal* ezt abból magyarázza, hogy a fokozott égés folytán a zsírsavak a test javára felhasználtatnak és szerinte ha a zsírsavak lázas állapot mellett mégis szaporodott mennyiségben mutathatók ki a vizeletben, legtöbbször felszívódási és bomlási góczok (diphtheria, empyema stb.) vannak jelen. Meg voltak szaporodva *Blumenthal* és *Rosenfeld* vizsgálatai szerint az illó zsírsavak ezen lázas betegségek reconvalescentiás időszakában, különösen a pneumoniás krisis alkalmával. *Jaksch* továbbá megszaporodottnak találta az illó zsírsavakat *májbetegségekben* és *Schröder*, *Minkowski* és *Charcot* vizsgálódásai nyomán azt állítja, hogy a „hepatogen lipaciduria" fokozott volta összefügg azon körülménynyel, hogy a húgyanyagképződés helyét a májban kell keresnünk és hogy májbajokban a húgyanyagképződésnek csökkenése miatt a májban nagyobb mennyiségü illó zsírsavak üríttetnek ki a vizelettel.

Salkowski[2] az illó zsírsavak mennyiségét ammoniakális erjedésben levő, különben normális vizeletben vizsgálta és összehasonlításokat tett arra vonatkozólag, hogy mily különbségek találtatnak ugyanazon nativ, majd ammoniakális erjedésben levő vizeletnek illó zsírsavmennyiségei közt. 8 vizeletnek a megvizsgálása alkalmával azt találta, hogy 300 cm³ nativ vizelet illó zsírsavai 2 cm³ 1/4 normál natronlúgot kivántak meg, s a midőn ugyanazon vizeletből 30 cm³-t rothadásos állapotban vizsgált meg, az illó zsírsavaknak átlag 12·2 cm³ 1/4 normál lúgra volt szükségük. *Salkowski* a talált értékeket eczetsavra átszámítva azt találta, hogy a titrálásnak megfelelő natronlúg *0·15 gm. eczetsavnak felel meg* 1500 cm³-nek felvett normális vizelet napi mennyiségében. Ellenben ugyanezen értékeket a rothadó vizeletben eczetsavra átszámítva átlag 0·915 gm.-nak találta. Azt állítja továbbá, hogy minél tovább hagyjuk a vizeletet rothadásban, annál nagyobb mennyiségü zsírsavakat nyerünk. Egy izben nyári melegben öt hétig állott vizeletet vizsgált meg, a melyből 1500 cm³-re kiszámítva 2·408 gm. eczetsavat mutatott ki. Vérbetegségekben *Noorden*, épen úgy mint leukaemiában *Salkowski*, a kiürített zsírsavak mennyiségét megszaporodottnak találta, de nem nagyobb mértékben, mint más oly betegségben, a mely fokozott fehérjeszéteséssel jár.

Visszatérve Jaksch vizsgálataira, érdekesnek tartom megemlíteni, hogy nyolcz diabetesesnek friss vizeletét is megvizsgálta; hétben az illó zsírsavak szaporulatára nézve vizsgálatai negativ eredményt adtak, azonban a nyolczadik vizeletben sikerült illó zsírsavakat és pedig eczetsavat és propionsavat találni.

Az előadottakból láthatjuk: hogy 1. a *vizsgálati eredmények az illó zsírsavak relativ mennyisége tekintetében a friss normális vizeletben a különböző szerzőknél különbözők; 2. gyakran ugyanezt látjuk kóros egyének vizeletének illó zsírtartalmát illetőleg, még pedig hasonló természetü bántalmak eseteiben is; 3. végre, hogy rothadó vizeletben az illó zsírsavak mennyisége annál nagyobb, minél tovább állott a vizelet.*

Tulajdonképen tehát az illó zsírsavak mennyiségére vonatkozó és az irodalomban található eredmények a szervezetben lefolyó anyagcseréről egyöntetü tájékoztatást nem nyujtanak, illetve a talált eredmények rendszerbe szedve nincsenek, úgy látszik már csak azért sem, mivel látszólagosan hasonló körülmények közt nagy különbségeket tüntetnek fel.

Azon körülmény, hogy ha a vizsgálati eljárás állandó és a vizsgálat tárgyát tevő vizeletek közel hasonló természetüek illetve származásúak voltak, a nyert eredmények is állandóbb értéket mutattak, azon feltevésemet támogatta, hogy egyöntetü eljárás mellett, hasonló betegségekből származó, hasonló természetü vizeletekben közel állandó eredményeket fognak vizsgálataim kideríteni; *a mennyiben azonban talán nagyobb eltérések mutatkoznának az illó zsírsavak mennyiségében, akkor talán viszont ezen eltérő eredmények újra csoportosíthatók lesznek és felvilágosítást fognak nyujtani azon esetekről, a melyek csoportjában találtattak.* Az így leszürt eredmények azután az anyagcserére vonatkozólag esetleg következtetésekre nyujtanak alkalmat.

[2] Zeitschrift für physiol. Chemie, 1889. XIII. k

Vizsgálataimhoz diabetes mellitusban szenvedő kilencz betegnek huszonnégy órás, friss, részben kevés chloroformmal kezelt vizeletét használtam; a vizsgálat az első kiürítéstől számított 36 órán belül történt. Valamennyi vizelet vegyhatása savi volt, ammoniakális erjedésnek nyomát sem mutatta.

Kiemelendőnek tartom, hogy a vizeletek vagy fehérjementesek voltak, vagy fehérjét legfeljebb alig észrevehető nyomokban tartalmaztak (sulfosalicyl-próbával).

Nem tartom feleslegesnek a vizsgált eseteknek néhány kórelőzményi adatát tájékoztatásul felemlíteni:

1. 55 éves magánzó Górcső alatt vizeletének üledéke sok húgysav- és oxalsavas mészjegeczet tartalmazott. A vizsgálat idején majdnem tisztán animális koszton élt, a szénhydratok felvétele állítólag korlátolt volt. Egyéb adatok hiányzanak.

2. 56 éves gyáros. Könnyü diabetes; a czukortartalom 0 és 1·5% közt váltakozik. A czukor könnyen eltüntethető A vizsgálat idején a szénhydratok felvétele megszorított. Napjában három császárzsemlye, tejes kávé, egyébként zöld főzelékek és hús.

3. 44 éves bankhivatalnok. Luest állott ki; könnyü diabetes. A czukortartalom 0 és 1% között szokott váltakozni, könnyen elnyomható. A vizsgálat idején a tápfelvétel olyan, mint a 2. sz. esetben.

4. Ékszerész. Paralysis agitans kisebb fokában szenved. Tisztán szénhydratmentes kosztot nem tür, mert azonnal acidosis jelentkezik. A czukor nem nyomható el. Czukortartalom 3 és 4·5% között váltakozik. A vizsgálat alkalmával a táplálkozás vegyes, mérsékelt szénhydrat-fogyasztással. Napjában 3 zsemlye, tejszin, egy kis adag tészta nem czukrozva. Középsúlyos diabetes. Ezen esetben különösen kiemelendőnek tartom, hogy a magas czukortartalom mellett, ha az animális táplálkozást nem erőltetjük, a test tápláltsága jó, a közérzet teljesen kielégitő. Mihelyest azonban a kizárólagos animális táplálkozás mellett acidosis keletkezik, hirtelen lesoványodás és nagyfokú elesettség áll be.

5. 40 éves igazgató. Könnyü diabetes. A vizelet 0 és 2·2% közt szokott czukrot tartalmazni. A czukor a diaetával elnyomható. A vizsgálat idején a táplálkozás olyan, mint a 2. számú esetben.

6. 56 éves földbirtokos. Mérsékelt alkoholista. Könnyü diabetes. A czukortartalom 0 és 2% közt váltakozik, diaetával elnyomható. A vizsgálat idején a táplálkozás olyan, mint a 2. sz. esetben, tejes kávé helyett azonban 3 deciliter könnyü savanykás bor.

7. 60 éves, kereskedő neje. Középsúlyos diabetes. A czukor karlsbadi kúra folyamán el szokott tünni; különben nem. Néha aceton nyomokban. A czukortartalom 0 és 5% közt ingadozik. A vizsgálat alkalmával vegyes diaeta a szénhydratok megszoritásával, úgy mint a 4. számú esetben.

8. Háztulajdonos neje. Adipositasban szenved. Súlyos diabetes. A czukor el nem nyomható, állandóan 3 és 7% közt ingadozik. A vizelet gyakran tartalmaz acetont nyomokban. A vizsgálat alkalmával a tápfelvétel olyan mint a 4. számú esetben.

9. Magánzó neje. Neurastheniás. Súlyos diabetes. A czukor el nem nyomható. A vizelet állandóan 2·5 és 5% czukrot tartalmaz, és gyakran acetont is mérsékelt mennyiségben. A vizsgálat alkalmával a tápfelvétel olyan, mint a 4 számú esetben.

A mi az illó zsírsavak quantitativ meghatározását illeti, destillatio útján határoztam meg. Minden 100 cm³ vizelethez 8 1/2 gramm angol kénsavat használtam. Az illó zsírsavakat 1/10 normál lúgban felfogva, visszatitrálás által meghatároztam relativ mennyiségüket 1/10 normál kénsavra illetve eczetsavra, grammokban átszámítva.[1]

Ugyanezen körülményeknek betartásával azonban előzetes kisérleteket végeztem 5% os tiszta dextrose-oldattal, ilyenkor a destillatum nem adott lemérhető mennyiségü illó zsírsavakat.

Azon ellenvetés tehát, hogy az illó zsírsavak meghatározásakor ne kénsavat, hanem phosphorsavat használjunk, elesik, mert mint jelzett kisérleteimből következtetni lehet, a diabeteses vizelet dextrosejából a kénsav illó zsírsavat csak mérhetetlen nyomokban produkálhatott. Másrészről pedig ugyanazon körülmé-

[1] C. Neubauer, Jaksch, Udránszky elegendőnek tartja, ha 100 cm³-hez 10 volumpercent sósavat használunk.

nyek betartása mellett a talált eredményeket relative mindig felhasználhatónak vélem.

Kisérleti adataimat táblázatba állítottam össze, a mely táblázat az évek óta megfigyelt betegek vizeletvizsgálati adatait úgy tünteti fel, a mint azokat kisérleteim idejében találtam. Igyekeztem ezen adatok és egyéb megfigyeléseim között összefüggést találni és a mennyire megengedhető a következtetés, az eredményeket összefoglalni.

Összeállításom a következő:

Eset száma	24 órai 2izelet mennyisége	Fajsúly	Kémhatás	Fehérje	Czukor % ban	Aceton	Acet-ecetsav	24 órai zsírsav ecetsavra számítva
1.	1300	1030	savi	—	3·3	—	—	0·0364
2.	1850	1028	„	—	1·5	—	—	0·0518
3.	825	1030	„	—	0·25	—	—	0·0698
4.	2850	1031	„	végtelen kis nyomok	4·1	—	—	0·0798
5.	1625	1028	„	—	1·6	—	—	0·0910
6.	2500	1026	„	végtelen kis nyomok	1·6	—	—	0·112
7.	3000	1026	„	kis nyomok	4·6	nyomok	—	0·322
8.	3600	1034	„	—	6·1	erős nyomok	—	0·432
9.	3800	1030	„	végtelen kis nyomok	4·1	van	—	0·686

A mint ezen kilencz diabeteses vizeletnek egyforma körülmények mellett kénsavval történt destillatioja mutatta, mindegyik vizeletben volt mérhető mennyiségben illó zsírsav található. Az illó zsírsavak mennyisége feltünő tág határok közt ingadozott. Volt olyan vizelet, a melyben az illó zsírsavak mennyisége az irodalomban[1] normálisnak felvett 50—60 milligrammon alul maradt, és volt olyan, a mely azon fölül állott.

Első pillanatra megállapítható, hogy az illó zsírsavak mennyisége a vizelet czukortartalmától teljesen független. Tehát az 5% os dextroseoldattal végzett kisérleteim eredményét ez a körülmény is igazolja, mert magasabb czukortartalom mellett az illó zsírsavak alacsonyabb értéket mutatnak, viszont alacsonyabb czukortartalom mellett nagyobb mennyiségben találtattak. Ez az eredmény csak úgy értelmezhető, hogy az *illó zsírsavak képződése nem a vizelet czukortartalmától függ, hanem valami mástól.*

Ezen nativnak mondható vizeletekben tehát, a melyekben rothadási folyamat teljesen kizárható volt, a melyekben a fehérjetartalom vagy semmi, vagy elenyészően csekély, az illó zsírsavak mennyiségében mutatkozó ezen különbségeknek okát valami másban kellett keresni. Ezen tényezőt első sorban a táplálkozásban kellett keresnem; hiszen már *Rokitansky* kimutatta, hogy szénhydratdús táplálkozás mellett az illó zsírsavak a vizeletben megszaporodnak. Ámde ezen diabetes mellitusban szenvedő 9 egyénnél a szénhydratok élvezete, különösen a vizsgálat alkalmával, megszorított határok közt mozgott és így, ha *tisztán* a táplálkozástól függött volna az illó zsírsavak mennyiségében mutatkozó különbség, akkor az eredmények közt nem lehettek volna *ily nagy különbségek* találhatók; másban kellett tehát keresnem a különbségek okát.

A táblázatból látható, hogy az acetont tartalmazó vizeletek illó zsírsavtartalma tízszer, sőt húszszor akkora, mint az acetont nem tartalmazó 1. sz. eset vizeletéé. *Az annyira határolt korlátok közt mozgó szénhydratfelvételkülönbözetekből e tény tehát nem magyarázható.* Ellenben tekintetbe véve, hogy a jelenlevő *aceton*, a fokozott acidosis *fokozott fehérjeszétesésre mutat*, arra következtethetünk, *hogy az illó zsírsavak a diabetesesek vizeletében a fokozott fehérjeszétesés termékei.* A klinikai észlelés támogatni látszik ezen felvételt. Különösen feltünt azon körülmény, hogy a 4. számú esetben a közérzet jobb volt, mint az acetont nem tartalmazó vizeleteket ürítő többi betegnél, a hol a czukortartalomhoz viszonyítva relative nagyobb fehérjeszétesésre utaltak az illó zsírsavak.

Hogy általánosíthatók-e észleléseim, még sok más kisérletet kell végeznem; eseteim száma kevés, hogy végleges itéletet mondhassak. Alkalomadtán kisérleteimet folytatva, a tárgyra vissza fogok térni.

[1] *Rokitansky, Magnus-Levy.*

A Bier-féle eljárás méhüri alkalmazásának hasznáról.[1]

Irta: *Turán Bódog* dr., franzensbadi fürdőorvos.

A Bier-féle eljárásnak alkalmazása, mely alatt a mesterségesen előidézett gyüjtőeres vérbőséget értjük, a nőgyógyászati gyakorlatban nem régi keletü. A körülbelül 3 év óta tartó kisérletezési eredmények a legtöbb vizsgáló szerint eddigelé nem feleltek meg ama vérmes reményeknek, a melyeket számos sebészi bántalomban elért sikerek után az eljáráshoz füztek. Ebből magyarázható az a tagadhatatlan animozitás, a melylyel a legutóbbi időkben a nőgyógyászok saját szakmájuk területén a Bier-féle eljárás irányában viseltetnek. Nézetem szerint azonban indokolatlanul, mert egyrészt a kisérletek sokkal rövidebb idő óta és csekélyebb számban folynak ahhoz, hogy ma már végleges itéletet lehetne mondani, másrészt meg a nem kielégítő gyógyeredmények ama körülményre vezetendők vissza, hogy a kezelés czélpontjává a portiót, vagyis azon szervrészletet tették, a mely vagy egyáltalában nem, vagy csak másodlagosan van megbetegedve a Bier-féle kezelésre nézve számbajöhető idült gyuladásos női betegségekben. Minthogy a pangásos vérbőség a leszorítás helyén és attól csak distális irányban jö létre, érthetővé válik, hogy az eddig szokásos módszer alkalmazásakor, a mely a portionak leszorítással járó szívásából áll, csak maga a portio válik hyperaemiássá és így a remélt gyógyhatás legfeljebb a hyperaemizált területen, vagyis a jelzett esetben csak a portión várható, a melynek pedig az idült méhbajokat illető kóroktani vagy a gyógyulás szempontjából számbajövő szerepe nincs.

Ha tehát méhbajokban pangásos vérbőséggel akarunk gyógyítani, akkor az annak előidézésére szolgáló eljárást úgy kell alkalmazni, hogy a *vérbőség a tényleg megbetegedett szövetekben, vagyis a méhnyálkahártyán és a méhtest szövetében* jusson érvényre. Üreges szervnél azonban, minő az anyaméh, pangásos vérbőséget szívás segélyével — mert gyakorlatilag csak ezen módszer jöhet tekintetbe — csak akkor érhetünk el, ha a szívóerő radiális, és pedig centrifugális vagy centripetális irányban hat a szervnek egész kül- illetve egész belfelületére. Minthogy az első mód, t. i. a méhnek egész külfelületére kifejtendő szívás, kivihetetlen, a hyperaemizálásnak második, azaz centripetális, tehát azon módját kell választanunk, a mely a méh üregének belfelületére irányul. Ennélfogva *szívóerő útján való pangásos vérbőséget a méhnyálkahártyán vagy méhtestben csak akkor idézhetünk elő, ha a szívás magából a méh üregéből indul ki.*

A Bier-féle eljárástól a nőorvostanban várt, de el nem ért gyógyeredmények közötti különbségek első sorban tehát a — nézetem szerint — nem czélszerü alkalmazási módra vezetendők vissza. Nem kicsinylendő mérvben esik továbbá latba ama körülmény, hogy az eddigi vizsgálók a portionak szívását a beállott vagy várható fájdalmak miatt csak rövid ideig, 5—15 perczig végezhették, holott Bier és követői szerint csak az eljárásnak hosszabb ideig történő alkalmazása mellett várható jó eredmény.

Minthogy egyfelől az alkalmazás módjában, másfelől a kezelésnek túlrövid időtartamában véltem feltalálni a mérsékelt gyógysikerek okát, fenti feltevésemből kiindulólag — a melyet a tapasztalat igazolt — mindjárt kezdettől fogva és pedig 2 év óta a méh üregében eszközölt szívással próbálkoztam meg, mint olyan módszerrel, a mely az egész méhszövetnek hyperaemizálását, másrészt — fájdalmatlansága miatt — az eljárásnak hosszabb ideig tartó alkalmazását is egyúttal lehetővé teszi. A felhozottakból egyszersmind kiviláglik, hogy a portión történő és a méhüri szívás lényegesen eltérő physikális viszonyokat hoz létre, miért is azon eljárások közt, a melyeknek alapul szolgálnak, elvi különbségek állanak fenn, a melyek a therapia terén is kifejezésre jutnak.

A Bier féle méhüri eljáráshoz a következő eszközök szükségesek:

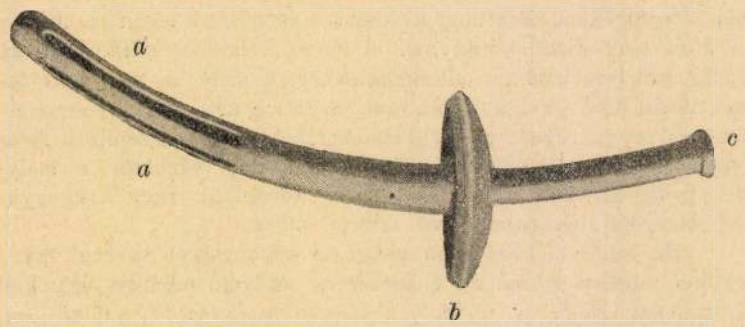
Egy hosszanti ablakokkal ellátott, 6—7 cm. hosszú fémkanül, melyet egy mozdulatlanul reáerősített és felső felületén

[1] A budapesti kir. Orvosegyesületben 1906. év május hó 4.-én tartott előadás.

kaucsukkal borított, 2 cm. átmérőjü tányér két, és pedig a hosszabb méhüri és a rövidebb (2½ cm.) hüvelyi részre oszt. A méhüri rész ablakrésein át történik a nyálkahártya szívása, a hüvelyi részlet egy kaucsukcső felvételére, a tányér pedig a külső méhszáj elzárására szolgál. A kanül hüvelyi része egy megfordított ypsilon (λ) formájú fémtoldalékcső közbeiktatásával összetartott hasonló formájú kaucsukcsőrendszer függélyes szárával köttetik össze; a másik két ferde szár közül a hosszabbik egy manometerrel jön összeköttetésbe, a rövidebbiknek szabad nyilásába pedig egy szívófecskendőnek végét illesztjük. (A kaucsukcsöveknek szilárd és a külső légnyomásnak ellentálló anyagból készítve, vagyis vacuum-csöveknek kell lenniök.)

Szívásra egy fecskendő szolgál, a melynek rúdja egész hosszában ½—½ cm.-nyi távolságokban váltakozó módon át van lyukgatva; szívásnál a dugattyút a kellő magasságra felhúzzuk és hogy ebben a helyzetben a szívást állandósithassuk, a legutoljára szabaddá vált nyilásba egy szöget illesztünk.

A szívóhatás mérvének ellenőrzése czéljából manometert is alkalmazok, a mit nemcsak szükségesnek, hanem kényelmi szempontból is czélszerünek tartok.



Az eljárás egyes mozzanatai a következők: 1. Külső tisztitás. 2. Cusco-tükörbe való beállítás után a hüvelynek, a portionak és különösen a külső méhszájnak alapos mechanikai megtisztítása. 3. A portio lehúzása golyófogóval, utána egy a kaucsukcsövekkel már felszerelt vékonyabb méhkanülnek a méhürbe való felvezetése csipőfogó segélyével. 4. A hátulsó hüvelyboltozatnak a kanül tányérját is belefoglaló tamponálása azért, hogy a kanül jobban rögzítve maradjon és hogy a küllevegőnek behatolását megakadályozzuk. 5. A manometerrel való összekapcsolás után következik maga a szívás, a melynek fokát a manometer higanyoszlopának állása jelzi. Ha a kellő fokot elértük, akkor a szívóhatást úgy állandósítjuk, hogy vagy a fecskendő dugattyújának utoljára szabaddá vált nyilásába helyezünk egy fémszöget, vagy pedig ezután egy csipővel leszorítjuk a kaucsukcsövet. Az eddig leirt eljárást lényegesen megkönnyíthetjük, ha, a mint ezt legutóbbi kisérleteimben tettem, a szívást nem a fecskendővel, hanem a manometer segélyével végezzük. E czélból az utóbbit mérsékelten ferde vízszintes állásba hozzuk, miközben a higany a manometer egyik szárában mélyebbre sülyed, míg a másikban — ama szöglet nagyságának megfelelően, melyet a manometer a vízszintessel képez — magasabbra emelkedik. Ha most ezen helyzetben a manometer kaucsukcsövét csipővel leszorítjuk, magát pedig ismét a függélyes állásba hozzuk, akkor a csőben és a hozzátartozó manometerszárban légritkulás áll elő, a minek jeléül azon szárban a higanynak a 0 pont felett való állása szolgál. Magától értedődőleg ezen módnál is hatalmunkban áll a légritkulás fokát a szükséghez képest megállapitani, a mely czélból csak a manometert kell különböző nagyságú szöglet alatt fektetni. A manometernek ilyetén alkalmazásakor nincs szükségünk sem a fecskendőre, sem a toldalékcsőre és a hozzátartozó kaucsukcsövekre. Ezen esetben elegendő a méhkanülnek „c“ végére húzott 12—15 cm. hosszú egyetlen kaucsukcső is, a melynek szabad végét a légritkított manometercsővel összekötjük, az utóbbiról a szorítócsipőt leveszszük, mi által a méh üregében is légritkulás támad, a mely ott pangásos vérbőséget idéz elő.

A manometerrel való szívás egyszerüsége miatt előnyt érdemel a fecskendővel való légritkitás felett, különösen akkor, ha egyidejüleg több hasonló esetet kell kezelni. Ilyenkor úgy járok el, hogy a kaucsukcsővel felszerelt méhkanülnek bevezetése után a méhtükröt eltávolitom és ezután végzem a szívást, melynek megtörténte után a hüvelyből kilógó csövet leszorítom és a manometer eltávolítása után visszahajtva, egy biztositótüvel a beteg nő alsóruhájára erősitem, a ki ezután már elhagyhatja a vizsgálóasztalt, a mely így néhány percznyi használat után egy másik beteg számára szabaddá válik. A már ellátott beteg pedig nem kénytelen feküdni, hanem ülhet, sőt járkálhat is, *miközben a méhüri nyomásviszonyok változatlanok maradnak.* 6. A megtörtént szívás után a kanülnek és tamponnak ismét fekvő helyzetben való eltávolítása, a portionak és a hüvelynek száraz letörlése és egy száraz tamponnak a portio elé helyezése. Az eltávolított kanülben és a kaucsukcsőben ekkor több-kevesebb nyálkát, vércsikokat, alvadt vért, az öblítéshez használt vízben pedig nyálkaczafatokat találunk.

Az imént leirt eljárás *fájdalmatlan*, legfeljebb az első kezelés alkalmával, midőn a nyakcsatornát kell átjárhatóbbá tenni, érez a beteg mérsékelt, feszítő fájdalmat — de ezt sem minden esetben — és ekkor is a kanülnek óvatos előretolása által elkerülhető.

A kezelést lehetőleg minden nap, a körülményekhez képest összesen 15—25-ször végzem, de esetleg beálló vérzésnél vagy fájdalmasságnál és a menstruationál abbahagyom.

A mi már most az eljárás részleteit illeti, ezek közül különös figyelmet érdemel az egyes kezelések *időtartama.* Miután eddigi észleleteim a 20 perczig, tehát rövid ideig tartó aspirationak ártalmatlanságáról meggyőztek, főtörekvésem arra irányult, hogy meggyőződjem a méhnek a hosszabb tartamú szívással szemben való magatartásáról; mert Bier és összes követői megegyeznek ama tapasztalatban, hogy a passiv hyperaemia csak hosszabb időtartam mellett fejthet ki gyógyító hatást. Igy megkisérlettem — és pedig mindegyik betegnél hasonló módon — a ½ óráig tartó kezdeti kezelésnek tartamát fokozatosan továbbra kiterjeszteni, miközben meggyőződtem, hogy a betegek az egyfolytában 1½ óráig tartó méhüri szívást, még ha a kezelést naponta végeztem is, a legkisebb fájdalom és mindenféle egyéb ártalom nélkül könnyüséggel eltürik. A méhnyálkahártyának az állandó szívással szemben való ezen tolerantiája tehát megadja a lehetőséget, hogy *a pangásos vérbőséget a gynaekologiai betegségek megfelelő eseteiben a gyógyhatás egyik lényeges feltételét képező hosszabb időtartamra alkalmazhassuk.* Általában azonban azt a benyomást nyertem, hogy a méhnyálkahártyának 1 óráig tartó hyperaemizálása teljesen elegendő az egyáltalában elérhető sikerhez.

Egy további lényeges követelmény a méhürben támadt *negativ nyomás nagyságának* ismerete. Eddigi eljárásomnál 70—80 mm.-nyi nyomást alkalmaztam, sőt próbaképen még magasabbra is mentem a nélkül, hogy valamiféle tekintetben rosszabbodás állott volna elő. De már kezdettől fogva közelfekvőnek tartottam, hogy az aspirationak szándékolt hosszabb tartamánál előnyös, ha alacsonyabb nyomást fejtek ki; mert ha a 80 mm.-nyi nyomásról feltehető, hogy a méhnyálkahártya engedékenységét erős próbára teszi, még valószinübb, hogy ez a mechanikai megerőltetés csak fokozódik, ha a magas nyomás tartósan hat. Ezért is a tartós szívással kezelt első eseteimben már redukált, de még mindig 50—60 mm.-nyi nyomással dolgoztam, csakhogy azt tapasztaltam, hogy a betegek, ugyan nem közvetlenül az egyes ülések után, hanem a kezelésnek tartama közben bő és napokig tartó vérzéseket kaptak, a melyeket egyéb ok hijján a valószinüleg még mindig magas nyomásra vezettem vissza. Jóllehet valószinü, hogy a méhnyálkahártya ellentálló képessége egyénenként különböző, mégis ki kell emelnem ama tényt, hogy a később kezelés alá kerülő betegeknél, a kiket már alacsonyabb negativ nyomás mellett kezeltem, atypusos vérzések sohasem jelentkeztek. Ajánlatos ennélfogva, hogy 30 mm.-nyi nyomásnál magasabbra ne menjünk és úgy látszik, hogy a 20 és 30 mm. közti nyomás képezi a czélirányos átlagot.

A leirt módon általam kezelt esetek száma 21. Ezek közül egyik egy 37 éves nőnél beállott climax praecox volt, a melynél a méhnyálkahártya atrophiája és a méhfal rigiditása miatt semmiféle eredményt sem érhettem el. A többi 20 eset rövidebb-hosszabb idő óta fennálló metro-endometritis chronica volt.

E helyütt meg akarom említeni, hogy fontos a kezelésre

alkalmas esetek kiválasztása. Legalkalmasabbak a complicatio nélküli, legfeljebb metritis-szel járó idült endometritisek. Kizárvák oly méh-hurutok, a melyek rendetlen vérzésekkel járnak, vagy a melyeket hevesebb fájdalmak, tehát friss vagy recidiváló lobfolyamatok és lázak kisérnek, a hol azonban másféle lokális kezelés is contraindikálva van. Ellenben subacut tünetekkel, könnyebb perimetritises fájdalmakkal, kereszttáji fájdalmakkal és egyéb kellemetlen altesti sensatiókkal járó esetek, a melyekben az eddigi kezelési módszereket, főleg pedig ezeknek egyik leghatásosabbját, t. i. az étetést, vagy nem, vagy csak bizonyos tartózkodással lehetett a kezeléssel járó fájdalmasság miatt alkalmazni, a méhüri szívásra nézve nem képeznek ellenjavalatot.

Az említettem 20 eset közül 10-et klinikai ellenőrzés mellett kizáróiag csak méhüri aspiratioval miden egyéb gyógyeljárás (fürdők, borogatások, irrigatiók, stb.) mellőzésével kezeltem és pedig 4-et 15—20 percznyi, 6-ot prolongált, 1—1½ órányi tartammal. A másik 10 eset a 15—20 percznyi méhüri szívás mellett még fürdőgyógymódban is (moor-fürdők, 10 perczig tartó prolongált irrigatiók) részesült, vagyis a passiv hyperaemia mellett az activ hyperaemiát is igénybe vettem.

Leszámítva egy esetet, a hol a súlyos neurastheniában szenvedő betegnek már a kezelés előtt fennállott ovaralgiája úgy fokozódott, hogy a kezelést ezen okból be kellett szüntetni, a fennmaradó 19 esetben nagyjából azonos gyógyeredményeket értem el, a melyekről ennélfogva összefoglalóan számolhatok be.

Legfeltünőbb a hatás az általános állapotra és a subjectiv tünetekre vonatkozó tekintetben. Már a legelső ülések után mérséklődnek vagy megszünnek a fájdalmak és egyéb panaszok, a rendszerint fennálló ideges izgalmak enyhülnek, a kedélyhangulat lényegesen megjavul; az étvágy és munkakedv ismét visszatér, a testsúly emelkedik, az anaemiás arczszín eltünik. Eme subjectiv és általános javulás oly mérvü, hogy ha az objectiv tünetek semmiféle javulást nem is mutatnának fel, a betegeknek örömnyilvánításai kisebb-nagyobb szenvedéseiktől való megszabadulásuk felett már egymagukban is megelégedést kelthetnének a kezelés hatása felől; hiszen több olyan betegem volt, a kik hosszú éveken át a legkülönbözőbb nemü és fokú fájdalmas érzésekben szenvedtek, a melyek ellen az összes kezelési módszerek eredménytelennek bizonyultak. Fel akarom még azon tapasztalatomat is említeni, hogy a menstruatiót kisérő mindennemü panaszok kivétel nélkül mindegyik betegnél jelentékenyen enyhültek illetve egészen elmaradtak.

A mi az objectiv tüneteket illeti, ha ezeknek javulása quantitativ tekintetben nem is tartott minden esetben lépést a subjectiv kórjelenségekével, az eredmény mégis nagyon kielégítő volt, mert a legtöbb esetben sikerült a folyást — legalább időlegesen — teljesen megszüntetni. A kifolyás néha már a második, rendszerint azonban a harmadik kezelési napon csökkent, azon túl pedig állandóan megkevesbedett, nemsokára rá megváltozott annak consistentiája, a mennyiben a genyes folyás nyálkássá, ez pedig serosussá vált, a mi után a secretio minimálissá vált vagy egészen megszünt.

A méhüri szívás hatása felől jellegző tanulságot nyujt az erosiók magatartása is, a melyek 14 esetben állottak fenn. Ezek ugyanis a kezelés közben, még ha diffus módon vagy vaskosan voltak is elterjedve, elhalványultak, 8—10 kezelés után szürkés opák külemüvé váltak és a 13—15. kezelési napon eltüntek. Minthogy az erosiók nem alkotnak „sui generis“ megbetegedést, és mert gyógyulásba mentek át a nélkül, hogy valamiféle kezeléssel direct befolyásoltattak volna, feltehető, hogy a méhüri szívásnak az erosiókat illetőleg aetiologiai irányban ható gyógyjelentősége van.

A felhozottak azt bizonyítják, hogy a méh belfalán előidézett *pangásos vérbőség az idült méhhurutot úgy subjectiv, mint objectiv irányban igen kedvezően befolyásolja*, és pedig az eljárás nemcsak fájdalmatlan, hanem csillapítóan hat az idült méhnyálkahártya- és méhlob folytán támadt fájdalmakra és érzészavarokra, továbbá csökkenti vagy megszünteti a kifolyást és gyógyítja az erosiókat. A jelzett hatások bekövetkeznek 18—20 kezelés után a rövidtartamú aspiratio után, de gyorsabban és látszólag maradandóbban, ha a prolongált szívást egymagában, különösen, ha a rövid tartamút active hyperaemizáló vagyis balneotherapiás eljárásokkal kombinálva alkalmazzuk.

Arról, hogy a leirt eljárás tud-e tartós gyógyulást eredményezni, ma még nem nyilatkozhatom. Egyrészt kevés még az észlelt esetek száma, másrészt még csak 2 olyan betegem volt, a kiken az eljárást megismételhettem, jóllehet ezektől a kezelés megszünte után 6 hónappal kapott levélbeli értesítések a kifolyás megszüntét jelzik. De az eddigi tapasztalatok legalább nem mondanak ellent ama törekvésnek, hogy egy a gyógyulás tekintetében oly makacs bántalomban, minő a méhhurut, minden eljárással, a mely annak némi reményével mégis kecsegtet, megpróbálkozzunk. Tekintettel különösen arra, hogy a méhenbelüli Bier-féle eljárás fájdalmatlan, sok esetben az eddigi eljárások felett előnyben volna részesíthető. Mindenesetre valószinü, hogy — még ha meg is valósulna az eljárás sikeres hatásába vetett remény — annak egyszeri alkalmazása épen olyan kevéssé lesz elegendő a tartós gyógyeredmény eléréséhez, mint az eddigi kezelési módszerek bármelyike is.

Közlemény az idegklinikáról.

A szellemi müveletek mechanismusa és lokalizálása.

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

(Folytatás.)

2. *Emlékezés, associálás.*

Az emlékkép felébresztése az érzékszerv felől és associálás útján történhetik. Az előbbi esetben az ingerületi állapotnak a már meghangolt sejtekben való bekövetkezését észrevevésnek, az utóbbi esetben elképzelésnek, emlékezésnek mondjuk. A kettő között igen jelentékeny a különbség; már az előbb jeleztük azt a különbséget, a mely az egy szemmel és a két szemmel való látásban észlelhető, s a kettő között való eltérést az emlékképet tartalmazó sejtnek nagyobb kiterjedésben való ingerlésének tulajdonítottuk. Az érzéki emlékképnek az associálás útján való felébresztése ismét más és pedig igen lényegesen más módon jön létre; nem is lehet kétséges, hogy ez az ingerlés nem az érzéki vezetés (Vicq d'Azyr, Baillarger fonatok) közvetítésével áll be, mert így valóságos hallucinálások keletkeznének, hanem, a menynyire ez a felébresztés egyáltalában sikerül, hasonló, de nem azonos, számban gyérebb, az előbbitől független fonat közvetítésével.

Az érzési emlékképeknek ilyen felébresztése az associálás útján csak igen szük határok között lehetséges. Ha ebben az irányban kisérleteket teszünk, pl. olyan módon, hogy valakit hirtelen felszólítunk (vagy magunkat felszólíttatjuk) arra, hogy egy ismerős egyénre, tárgyra gondoljon és kisértse meg az illetőt vagy a tárgyat érzékileg maga elé képzelni, úgy néha sikerül ugyan egy egészen rövid ideig tartó képet az illetőnek egy részéről mintegy magunk elé varázsolni, de ez sohasem felel meg valódi optikai vagy hallási benyomásnak, hanem csak halvány elmosódott részlet, a mely csakhamar eltünik előlünk, s a melyet csak nehezen és ritkán tudunk ismételve felújítani. Ezek a kisérletek meggyőznek arról is, hogy milyen halvány az optikai emlékezés. Még ritkábban sikerül a hallási képeknek ilyen reprodukálása, sőt sok ember erre teljesen képtelen; ilyenkor mozgási emlékképet teszünk a kivánt kép helyébe, sőt ez a módja az optikai emlékezésnek is; a helyett, hogy tárgyakat, személyeket, cselekményeket elképzelnénk, megelégszünk neveikkel.

Ezek a kisérletek eléggé bizonyítják, hogy az érzéki emlékképeket voltaképen csakis a környéki ingerek hozhatják igazán ingerületbe; az így felébresztett ingerületek azután a mozgató területekre terjednek tovább, míg végre a mozgató pályákon át ismét a környékre kerülnek.

Általában úgy tanítják, hogy az agyvelő egyik részében támadt ingerület tovavezetése associáló pályákon történik. Nagyon fontos, hogy igazán tisztában legyünk ezeknek a pályáknak a fogalmával. Az általában használt kifejezés, a mely szerint csak a pályák adják meg az összeköttetést, nem épen szerencsés, főképen, ha a tanult összeköttetéseket mint kijárt utakat jelölik

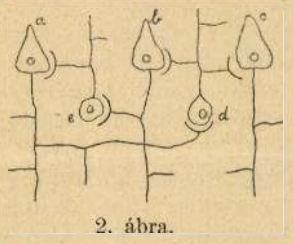
meg. Ezen hasonlat alapján olyan pályák felvételére juthatnánk, mint a milyenek az utak általában: járhatók mindkét irányban. Ez a felvétel azonban már ellenmondásban van a neurontannal és a mindennapi tapasztalattal, pl. egy mondat szavait fordított sorrendben elmondani igen nagyon nehezünkre esik, épenséggel nem sikerül egy dalt visszafelé elénekelnünk. Ha idegen nyelv szavait amaz ismert módon tanuljuk, hogy anyanyelvünkön az idegen szó értelmét egy papiroslap egyik felére irjuk, a másik felére ellenben az idegen szót s ez utóbbi sorozatot elfedve, megtanuljuk hiba nélkül megtalálni az anyanyelvünkön előttünk levő szó kifejezőjét a tanulásban levő nyelven, akkor még az ellenpróba a szavak nagy részére nézve nem sikerül. Ez a kisérlet eléggé döntő módon bizonyítja, hogy az új szóképeket nemcsak érzésileg, hanem mozgásilag is tanuljuk, de ilyenkor nem lehet szó egyszerüen útkijárásról, hanem a szókép felidézésére egy másik sejtcsoport (a mely ugyanigy van hangolva) szintén felébred; nem egyszerüen vezetési processus ez, hanem az egyik szókép ingerülete a hozzáhangoltnak velehangzását is előhivja, de mindig a tanulás egymásutánjában.

Arra a kérdésre, hogy miként jönnek ingerületbe a mozgási emlékképek, a mely folyamatot a közönséges életben az akaratnak tulajdonítunk, akkor kapunk megfelelő választ, ha a neurontan alaptételét figyelembe veszszük. Ezen az alapon úgy tanítjuk, hogy az ingerület mindig cellulifugálos irányban hat. Ez a tétel még az olyan sejtekre is áll, a melyek, mint pl. az interspinalganglionsejtek, odavezető polussal is birnak, mert az ingerület átvitele más neuronra ezeken is cellulifugálos irányban történik. Az átvitel inductio útján megy végbe, ez az elektromos inductiohoz hasonlóan rövid tartású ingerületet provokál, a miről egy későbbi értekezésben fogok bővebben nyilatkozni. A kivülről beható inger sejtről sejtre haladólag támasztja az inductiót, a melyet haladásában a hasonló sejthangolás vezet. Az ingerületi állapot a sejtnek bizonyos megváltozásával jár, ez a folyamat időbe telik, a mely idő függ, a mint azt mindjárt kimutatjuk, nem egyszerüen az ingerülettől, hanem attól, hogy miképen terjedhet át az ingerület összhangolt sejtekre. Innen van, hogy új benyomást sokkal nehezebben, lassabban fogunk fel; úgy látszik tehát, hogy a sejtek új, még elő nem fordult benyomással szemben bizonyos fokban ellenállóbbak, a még ismeretlen benyomást a már meghangolt új sejtek nem veszik észre; ezalatt az ínfeszület feszülése növekedőben van mindaddig, a mig valamely, még le nem foglalt sejt végre is átveszi.

Egy tovább associált ingerület lefolyásának ideje a psychophysikai associálási idő; ismeretes, hogy ez bizonyos határok közt változik, csak ezen változások okáról még nincsen tisztázva a helyzet. A legrövidebb idő, a melyet ezen mérések alkalmával találtak, körülbelül 0·3 mp.; ezt lehet tehát mint az akadálytalan associálási átvitel idejét tekinteni. Egy emlékkép ingerületének tartása, illetőleg az az idő, a mely után az ingerület, ha nincsen associálva, megszünik, szintén megállapítható. Ebből a czélból 50 egyenlő hosszú (két szótagú, 4—5 betüből álló) szót (tárgyak neveit vagy értelmetlen, de szóhoz hasonló betüösszeállítást) egymás mellé jól olvashatóan leirtam és a kisérleti egyénekkel nagy figyelemmel átolvastattam, vagy előttük a szöveget felolvastam, miközben nekik arra kellett ügyelniök, hogy melyik szó fordul elő kétszer. Az olvasás megkezdése és befejezése idejét jelző órán meghatároztam; az olvasás ideje csaknem pontosan 18 mp. volt, egy-egy szóra tehát 0·36 mp. esett. Ez a fentebb jelzett legrövidebb reactioidővel jól összevágott. Ezen kisérletben azután kiderült, hogy a kétszer előfordult szót csak akkor ismerte fel az olvasó, ha a kettő nem volt távolabb mint a 4.—6. helyen egymástól; azaz 1·44—2·16 mp. mulva már az előző nem associált ingerület teljesen elhangzott volt.

A beszélés és irás módja igen kitünően világítja meg ezt a helyzetet. A nyelvtan, mondattan szabályai megkivánják, hogy az előadott, leirt gondolat mondatokba foglaltassék, sőt ezek a mondatok is, nehogy túlmesszе essék az alany az állítmánytól, mellékmondatok csoportosításával tagoltassanak. A mondatszerkesztés ezen módjának élettani magyarázása abban találja megfejtését, hogy mi az alanynak erősebb megnyomásával, kiemelésével az annak megfelelő emlékképet erősebb ingerületbe hozzuk, sőt annak ingerületét bizonyos szókkal (névelő, tulajdonnév, vonatkoztató névmás stb.) még nyomatékosabban újolag is ingereljük és igy annak ingerületben maradását egészen az állítmány kimondásáig ébren tartjuk. Az ingerületi állapot ilyen meghosszabbításának kihasználását figyelemnek mondjuk, ennek megvannak a természetes határai. Az olvasott (hallott, mondott) mondatnak az értelmét az emlékképeknek az egymásutánban elhangzó, de mégis egyidejüleg még fennálló ingerülete adja meg; az észrevett emlékképek között az összefüggést azonnal elveszitjük, mihelyt az emlékképek ingerülete nem synchron. Az ingerületnek ezen tartása, mintegy utóhangzása teszi lehetővé a logikai gondolkozást. Ha pl. 4-et és 6-ot össze akarok adni, úgy az ingerület csak akkor kerül a 4 és 6-ról a 10-re, ha az ingerület a 4 és 6-on egyidejüleg fennáll, ekkor a 4 és 6 kombinált ingerülete csakis a 10 emlékképével van harmoniában.

Az associális fogalma azt jelenti, hogy a legkülönfélébb emlékképek egymásra hatnak. Nem gondolható tehát az, hogy az agyvelőnek minden egyes emlékképe között (valóban számtalan) közvetetlen, elszigetelt összeköttetés álljon fenn, hanem azt kell felvennünk, hogy az egyes emlékképek, a fogalmak elszigetelt fészkei, egy csaknem általános fonat közvetitésével közlekedhetnek egymással, a mi közben az egymást követő ingerületek mindaddig hatnak egymásra, a mig a kiegyenlítés (befejezés) érzete — mint ennek a berendezésnek egy alaptulajdonsága — be nem következik. Ugyanaz a hiányos érzés támad bennünk, ha egy be nem végzett mondatot, vagy egy fel nem oldott dysharmoniát hallunk; minél több mellékingerület akadályozza meg a dysharmonia megoldását, a mondat bevégzését, ha e mellett az első ingerületet ismétlések vagy vonatkozások segitségével ébren tarthatjuk: annál inkább megfeszül a figyelmünk, s a megoldás annál megelégedettebb érzést kelt bennünk.



2. ábra.

Ilyen az associális menete; külön associáló központ, elvont gondolkozási centrum stb. felvételére semmi ok nincsen. Az associálásnak nincs külön központja, ez a művelet lehetővé válik egy valószinüleg közbeiktatott sejtek segitségével megsokszorosított fonadék révén, a mely fonadék az emlékképek területét behálozza. Az utat, a melyet az ingerület előhaladásában választ, nem „kijárt pályák“ mint csökkent vezetési ellenállás adják meg, hanem a hangolási harmonia az egyes emlékképek között, a pályák mindenkor, mindenfelé nyitva állanak.

Nagyon jól tudom, hogy semmi sem könnyebb, mint sémás rajzok szerkesztése. Mivelhogy azonban ezek a megérthetést nagyon elősegitik, az ide mellékelt 2. ábrán megkisérlem az associáló fonat sémáját feltüntetni. Voltaképen csak akkor válik lehetővé, hogy a rostozatokban tisztábban kiismerjük magunkat, ha más irányú tapasztalataink felhasználásával a rostozatról bizonyos hypothesist alkotunk; ennek a helyességét lehet majd a készitményeken ellenőrizni, a mi persze egyelőre még túlságos nehézséggel van összekötve. A 2. ábrán az ingerület *a*-ról *b*-re, *c*-re *d*-n keresztül juthat, *b* röl ellenben *c*-n át *a* ra kerülhet. Ez idő szerint való ismereteink az agyvelő szövettanában az itt vázolt összeköttetések lehetőségét támogatják. (Vége következik.)

Közlés az I. sz. belorvostani klinikáról. (Igazgató: Korányi Frigyes egyet. tanár.)

Adatok a tachycardia paroxysmalis klinikájához és mechanismusához.

Irta: *Bálint Rezső* dr. és *Engel Károly* dr.

(Vége.)

Ezekben foglaltuk össze röviden azokat az adatokat és magyarázatokat, a melyekkel a paroxysmusos rhythmusváltozás

mechanismusát megvilágítani igyekeztek. Nézzük már most, hogy a mi eseteinkben a rhythmusváltozásnak micsoda alakja van jelen és hogy klinikai megfigyeléseink alapján melyik álláspontot támogathatjuk. A mi a polyrhythmiát illeti, természetesen csak azon esetek jöhetnek számba, a hol a pulsusszámolások közvetlen a roham előtt és elején, illetve a roham végén és rögtön a roham megszünése után történtek. Ilyen eset volt a harmadik esetünk, a hol a roham több izben vizsgálat közben állott be, s egy izben megállapítható volt, hogy a pulsusszám 72-ről egyszerre 180-ra szökött fel. Történtek számolások a roham végén és közvetlenül a roham megszünte után is. Igy egy izben, mint láttuk, 9 óra 30 perczkor a pulsusszám 210 volt. Közvetlenül a roham megszünése után 9 óra 35 perczkor 130 volt és innen lassanként ment vissza 100-ra, majd 90-re. Ebben az esetben tehát egész kétségtelen, hogy a roham alatt megkettőződés nem volt jelen.

Többi esetünkben a pulsusszámolás nem közvetlenül a roham eleje előtt és vége után történt, minthogy figyelmünk e kérdésre még akkor nem volt felhiva, a meglévő számolások azonban nem látszanak polyrhythmia mellett szólani. Igy első esetünkben a roham alatti 240-es pulsusszám egy órával a roham megszünte után 88-ra megy le.

Positivabb bizonyíték a tachycardiás mechanismus magyarázatára a második esetünk. Ebben az esetben, mint mondottuk, a nagy tachycardiás rohamokon kivül *paroxysmusokban megjelenő szívarhythmia* is mutatkozott. Ezen arhythmia, miként a kimérések teljes biztossággal igazolják, extrasystolés jellegü. Egyes helyeken bigeminusok, más helyeken trigeminusok egész sorozata mutatkozott a görbében, másutt hosszabb ideig tartó pulsus pseudo-intermittens, mely mellett a szív közvetlen vizsgálata kifejezett bigeminiát tüntetett fel. E beteg vizsgálata közben, mint láttuk, többször is előfordult, hogy a pulsus hirtelen alig érezhetővé vált, mely idő alatt a szívcsúcs inspectioja és palpatioja 18—20 igen szapora szívösszehúzódást mutatott, melyeknek megfelelőleg a szív felett rövid dobbanó hangok hallatszottak, majd pedig a hosszabb pausák után a szív a rendes működésére tért vissza, hogy azután ismét bigeminusok és trigeminusok keletkezzenek. Kétségtelen, hogy a rövid roham halmozott extrasystolékből állott és kétségtelen az is, hogy a roham abortiv paroxysmus, annyival is inkább, mert a rendes paroxysmusokat is extrasystolés arhythmia előzte meg és követte. Ebben az esetben tehát szinte kétségtelen, hogy a tachycardiás roham halmozott extrasystolékből állott.

Ha azonban többi esetünket tekintjük, ezekben extrasystolének nyomait sem a roham közben, sem a rohammentes időben felfedeznünk nem sikerült, és igy nem tekinthetjük extrasystoléknek. Ha ez nem is szól teljes biztossággal a halmozott extrasystolék eredete ellen, mégis nagy valószinüséggel mondhatjuk, hogy ezen eseteknek az extrasystolékhez közük nincsen, a mennyiben az összes közölt esetekben, a hol ily halmozott extrasystolékről szó van, a roham kiséretében, előtte vagy utána kifejezett, rendes lefolyású, normális, compensatorius pausával biró extrasystolék figyelhetők meg. Első esetünk lefolyása különben már annyiban is ellene szól az extrasystolés felvételnek, a mennyiben ebben az esetben, mint láttuk, a tachycardia bradycardiának adott helyet, a mely bradycardia, mint az egyidejü szívvizsgálat bizonyitja, nem extrasystolék által okozott bigeminusok következménye, s a mely valódi bradycardia nem volna magyarázható és érthető, ha a tachycardiát extrasystolék sorozata okozta volna. Ugyanez áll az interpolált extrasystolék sorozatáról is. Azokban az esetekben, a hol ily interpolált extrasystolék voltak kimutathatók, jelentkeztek más extrasystolék is; s az ily extrasystolék felvétele sem magyarázná meg azt a fokozódó bradycardiát, mely az első esetben a tachycardiát követi.

Ezekben az esetekben tehát azt hiszszük, hogy *Wenckebach* felvételét igazolhatjuk, a ki mindenesetre túlzott általánositással azt mondja, hogy a tachycardia paroxysmalis minden esetben valódi tachycardia, vagyis, hogy a tachycardiás roham mechanismusában az automatikus ingerképzésnek megváltozása szerepel, a melylyel karöltve jár az izomzat ingerlékenységének erős fokozódása is. A szívizomzat tulajdonságainak ezen elváltozása az agytól vezetett ingerek alapján történik, vagy hogy Engelmann szavaival éljünk, a szívhez vezető idegeken át a szívhez vezetett ingerületek positiv chronotrop és bathmotrop befolyást gyakorolnak a szívizomzatra. Felvethető kérdés, hogy ezek közül az egyik, nevezetesen a szív ingerlékenységének fokozódása, egymagában nem okozhat-e tachycardiát? Theoretice elképzelhető, hogy igen, és speciálisan első esetünk bradycardiás része azt mutatja, hogy ebben az esetben bathmotrop befolyások lényeges szerepet játszottak, mert e nélkül a valódi bradycardia elképzelhető nem volna. E bathmotrop befolyás kétségtelenül az ingerképző helyen érvényesül, a mi abból is következik, hogy a pulsusnak nem a Kries-féle polyrhythmiás gyérülése van jelen. Ilyen gyérülést mutatnak *Öhrwall* és *Straub* görbéi, valamint az elhaló szívekről felvett összes görbék, a hol a szívizomzat ingerlékenysége csökkenőben van. A venosus sinuson, illetve az ingerképző helyen beható positiv chronotrop és bathmotrop befolyások hatása a szívmüködésre azonban oly szoros kapcsolatot mutat, hogy bár az eset tisztán bathmotrop befolyással is megmagyarázható volna, a chronotrop befolyást teljesen kizárni mégsem merjük.

Összefoglalva tehát a tachycardiás paroxysmus mechanismusára vonatkozó adatokat, a tachycardia létrejöttére a következő magyarázatokat találtuk: 1. az exstrasystolés, 2. a polyrhythmiás magyarázatot, 3. a szív automatismusának bathmotrop esetleg chronotrop befolyásolását.

Nézzük már most, hogy ezen látszólag eltérő magyarázatokban találunk-e oly közös momentumot, a mely a tachycardiás roham kiváltódásánál mint egységesebb ok szerepel. Az extrasystolék létrejöttéhez extrainger szükséges, a melyet idegizgalom nem képezhet. Igaz ugyan, hogy, mint már említettük, agyi izgalmak után is láttak exstrasystolékat jelentkezni, de ezek, mint *Hering* kifejti, csak másodlagosan, vasomotorius úton jöttek létre, a vérnyomás emelkedése útján. A tachycardiás paroxysmus létrejötténél természetesen ily vasomotorius befolyás érvényesülését nem vehetjük fel, már csak azért sem, mert ezekben az esetekben nem a vérnyomás emelkedését, hanem csökkenését észlelték. Viszont annak a felvétele is nehézségekbe ütközik, hogy minden paroxysmus alatt valamely oly inger jö létre, mely extraingerként hathat a szívre és kiváltja az extrasystolékat. Azt kell tehát felvennünk, hogy a paroxysmus alatt a szívnek alaptulajdonságai változnak meg olyanképen, hogy a szív már olyan ingerekre, a melyek különben hatástalanok, összehúzódással reagál. A szívmüködés megváltozása tehát voltaképen az ingerküszöb kisebbedésében áll, a mi egyértelmü azzal, hogy roham alatt a szívizomzatnak ingerlékenysége fokozódik. Ugyancsak a szívizomzat ingerlékenységének fokozódását kell felvennünk, mint láttuk, akkor is, ha interpolált systolékkal akarjuk megmagyarázni a tachycardiás roham létrejöttét. Ha *Hoffmann* polyrhythmiás magyarázatát fogadnók el, akkor *Kries* kisérleteinek analogiája szerint ugyancsak a szív ingerlékenységének fokozódását kell felvennünk. Harmadik felvételünknél pedig, mint láttuk, már eleve is azt tételeztük fel, hogy az arhythmia létrejöttében ha nem is tudjuk a chronotrop befolyásokat kizárni, a főszerepet mégis a positiv bathmotrop befolyások játszszák, a mi más szóval ugyancsak a szívizom ingerlékenységének fokozódását jelenti. A közös pont tehát, a melyre előbb czéloztunk, csakugyan megtalálható, és pedig megtalálható a szívizom ingerlékenységének fokozódásában, melyet, bárhogy is magyarázzuk a paroxysmus mechanismusát, a paroxysmus alatt okvetlenül jelenlevő jelenségnek kell felvennünk.

A szívizomzat ingerlékenységének fokozodása rendszerint csak a roham alatt van jelen. Az igy ingerlékenyebbé tett szívizomzat azonban nem mindig veszti el ingerlékenységét a roham elmultával, a mely körülmény azután megnyilatkozik a roham után jelentkező extrasystolékban. Gyakran jelentkező rohamoknál ezen fokozott igerlékenység azután hosszabb-rövidebb időre állandósulhat annnyira, hogy a beteg a rohamon kivül is az ingerlékeny és könnyen fáradó szív tüneteit mutatja, a mint azt neurastheniás egyéneken olyan gyakran észlelhetjük. Ilyen eset a mienk közül a második, a hol az elmondottakat a betegnek bemondásai is illustrálják. Rohammentes időben teljesen munkaképesnek érzi magát, sőt mint mondja, munkaközben eleinte szívének állapota javul is, de szive roppant gyorsan fárad és munkaképességét hamar veszti el. Az ilyen ingerlékenyen maradt szív esetleg más neurastheniás tünetekkel is párosulhat és állandó neurastheniás tünetcsoportot tarthat fenn, a mely azonban csak következményes állapot, a tachycardia paroxysmalisnak mint neurosisnak a következménye.

A betegség therapiájáról csak néhány szót akarunk szólani. Magát a rohamot coupirozni többnyire nem tudtuk. Mindazok a fogások, a melyek mint ilyen czélra hathatós eszközök le vannak irva — a vagusra gyakorolt nyomás, a lélekzetvisszatartás stb. — a mi eseteinkben rendszerint hatástalanok maradtak. Egyik betegünk azelőtti rohamait úgy tudta megszüntetni, hogy két tenyerével megtámasztotta tarkóját, s azután hirtelen mozgással hátra szegte a fejét. Egy másik betegünk hirtelen felüléssel néha elvágta a rohamot. Hogy e módok miképen szüntették meg a tachycardiát, nehéz megmondani, de elképzelhető, hogy a vagusnak izgatása által létrehozott negativ bathmotrop és chronotrop ingerek kedvezően befolyásolják az erős izgalomban levő szívet. Így magyarázza a roham megszüntét vagusnyomás következtében Korányi Sándor is. Egyik betegünk nagy adag brommal azelőtt meg tudta állítani a rohamot, jelenleg ez nem sikerül.

A mi az általános kezelést illeti, betegeinknél is a szokásos gyógyszeres, diaetás és physikális methodusokat alkalmaztuk, melyek általában a neurosisokban mint zsongító eljárások ismeretesek. A chinin, vas, arsen, az életmód megjavítása, vízprocedurák stb. segélyével a betegek általános állapotát lényegesen javítani tudtuk, főleg azokét, a kiknél a huzamos és gyakori rohamok könnyen fáradó szívet hagytak maguk után. A kezelés alatt a betegek rohamai gyérültek is, de azokat teljesen megszüntetni egyiknél sem sikerült. Sokkal több eredményt az állandó bromkezeléssel sem tudtunk elérni. A tachycardia leküzdésére a digitalist nem találtuk alkalmasnak; a roham nem szünt meg, s tartama sem lett rövidebb azon rohamokénál, melyekben digitalist nem adtunk. A szívgyengeséggel járó esetekben természetesen izgató szerekre, kámforra, aetherre voltunk szorulva.

Irodalom. *Hoffmann*: Die paroxysmale Tachycardie. Wiesbaden, 1902. (Részletes régebbi irodalom.) — *Hoffmann:* Neue Beobachtungen über Herzjagen. Deutsches Arch. f. klin. Med. 78. — *Hoffmann:* Ueber Verdoppelung der Herzfrequenz nebst Bemerkungen zur Analyse des unregelmässigen Pulses. Zeitschr. f. klin. Med. 53. — *Mackenzie:* The study of the pulse. London, 1902. — *Wenckebach*: Die Arythmie u. s. w. Leipzig, 1903. — *Hering:* Die Unregelmässigkeiten des Herzens. Referat. Verh. des Congr. f. innere Med. 23. — *Kries:* Ueber eine Art polyrythmischer Herztätigkeit. Archiv für Physiologie, 1902. — *Schlesinger:* Über die paroxysmelle Tachycardie und ihre Beziehungen zu den Erkrankungen des Nervensystems. Volkmanns Sammlung. 433. sz. — *Lommel:* Ueber anfallsweise auftretende Verdoppelung der Herzfrequenz. Deutsches Arch. f. klin. Med. 82. — *Rose:* Ueber paroxysmale Tachycardie. Berliner kl. Wochenschr. 1901. — *Korányi:* Az extrasystolés arhythmiák származása stb. Magy. Orv. Arch. IV. kötet. 6. füzet. — *de la Camp:* Experimentelle Studien über die acute Herzdilatation. Zeitschrift f. klin. Med. 51. — *Goldscheider:* Die Untersuchung des Herzens in linker Seitenlage. Deutsche med. Wochenschr. 1906. — *Reinhold*: Beiträge zur Pathogenese der paroxysmalen Tachycardie. Zeitschr. f. klin. Med. 59. — *Gerhardt*: Beitrag zur Lehre von den Extrasystolen. Deutsches Arch. f. klin. Med. 82. — *Pan:* Klinische Beobachtung über ventriculäre Extrasystolen ohne compensatorische Pause. Deutsches Arch. f. klin. Med. 78. — *Levy-Dorn* és *Lenhoff:* Deutsche med. Wochenschr., 1905.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Nervenkrankheit und Lektüre. Nervenleiden und Erziehung. Die ersten Zeichen der Nervosität des Kindesalters. Drei Vorträge von Prof. Dr. **H. Oppenheim.** Zweite Auflage. Berlin, 1907. Verlag von S. Karger. 119 lap. Ára 2 márka.

Oppenheim nagy gyakorlatából folyó eleven érzékkel beszéli meg a czímben foglalt kérdéseket. Ezek nemcsak a szakorvos, hanem az általános gyakorlattal foglalkozó kartársak számára is fontosak.

Az első előadás kifejti azokat a károkat, a melyek elé az ideges ember néz, a mikor lexikonokból stb. merített ismeretekkel itéli meg baját. Helytelen, hogy napilapok helyt adnak orvoscongressusi részletes tudósításoknak, hogy a fürdőhelyek prospectusai a „gerinczvelőbajok“ megemlítésével iparkodnak betegeket szerezni. Ha valamelyik lap érelmeszesedésről ir czikket, rövid idő után a rendelőszobák megtelnek érelmeszesedéstől félő neurastheniásokkal. A kórházak részéről kiadott figyelmeztető lapok nagyon hasznosak, de lehetnének olyan hangban is tartva, a mely nem ingerli fel az ideges embert. A rémregények és a nemi izgalmat fokozó könyvek igen károsak. Az ideges ember olvasson természeti tüneményekről, utazásokról, országokról és népekről irott ismertetéseket, a szépirodalomból a humoros dolgokat válaszsza. Az aesthetikai élvezet nem eléggé használt gyógyító eszköz, de ne legyen fárasztó, mint pl. a Wagner-opera.

A második előadás kifejti, hogy az öröklött ideges hajlam fennállásakor mennyi alkalma van a rossz nevelésnek arra, hogy az idegrendszert rontsa. *Oppenheim* ezirányú tanácsai közül felemlitjük a hygienés táplálkozásra való figyelmet, az egyoldalú húsétrend kerülését, a tej fontosságát. Kávét, teát, fűszert, alkoholt a pubertas előtt ne kapjon az ideges gyerek. Az edzés lemosásokban és az időjárásra való tekintet nélkül végzett mindennapi sétában álljon. Sokan a hideg fürdőkkel és douche-okkal túloznak. A torna, sportok, gyalogutazások szintén csak túlzás elkerülésével hasznosak. Az ideges gyermeket ne mentsük fel a tornaórák alól. *Oppenheim* a testi és lelki fájdalmakkal szemben való ellentállás nevelését lehetőnek tartja. Ilyeneknek az iskolai tanulásban, tornázásban, vívásban, birkózásban van kitéve a tanuló. Az ettől való aggodalmas kimélés azt az eredményt adja, hogy az ember a legkisebb bajt sem képes okosan elviselni. Az ilyen tekintetben edzett gyermekeken ritkább az ideges hányás. Az affectusokon és félelmi érzéseken uralkodni kell tanulni. Érdekesek, de rövid ismertetésre nem alkalmasak azok a tanácsok, a melyeket *Oppenheim* az affectusokon való uralkodásról ad és azok a megjegyzések, a melyek a szülők és nevelők rossz példájának és túlzott szeretetének kihatására vonatkoznak. Az ideges gyermeket következetesen engedelmesnek kell nevelni. A gyermekek eszét adathalmazokkal ne tömjük túl és tartsuk meg őket minél hosszabb ideig gyermeknek. Szinház, múzeum, képtár és egyéb aesthetikai élvezet akkor kerüljön sorra, a mikor az ember azt élvezni tudja, nem pedig a gyermekkorban. Bizonyos fokú hit *Oppenheim* szerint hasznos ebben a korban, ellenben a túlzott, lelkiismereti furdalásokat felidéző vallásosság káros. Fontos volna a gyermekek bibliájából a sikamlós helyeket kihagyni. Az iskolában tanitott vallási elvek összeütközése a szülők nézeteivel káros. A munka öröme, a rend és tisztaság, az igénytelenség, egyszerűség, a természetesség legyen czélja a nevelésnek. Ha lehet választani, jobb a falusi élet. A korai zene, rajz, festés, mintázás, poezis az indián mesékre irányuló olvasó düh, több nyelv tanulása, az ambitio túlságos sarkalása káros. Az alvás ideje 9—11 óra legyen. A nemi felvilágosításról *Oppenheim* véleménye az, hogy inkább korán történjék, mint későn, bár nehéz az ártatlant úgy felvilágositani, hogy ez a kiváncsiságát fel ne ingerelje. Jó volna a nemi kielégitést a 20. évig eltolni és bár jóformán keresztülvihetetlen, mint ideál a házasságig megtartott szüzesség lebegjen a fiúk szeme előtt. A nemi tartózkodás semmikép sem ártalmas.

A harmadik előadás a gyermekkori idegesség első jelét a rendellenes kedélyreactioban látja. Ez lehet rendellenes erejű vagy idejű, labilis, a rendessel ellenkező és rendellenes fajtájú. Ide tartozik az ijedősség, a melynek foka a mozgató jelenségek nagysága szerint itélhető meg. A gyermekeken található idegesség tünetei közül megemlítendők a hallucinatiós delirium, a pseudologia phantastica, az ösztönszerű elszaladás és kóborlás, a szellemi fáradékonyság, az alvászavar, a pavor nocturnus, az éjjeli somnambulismus, a phobiák és kényszergondolatok, az idiosynkrasiák, a mozgató kör izgalmi jelenségei, a tic-ek, a szórakozottság, a körömrágás, hajjal való babrálás, a nyugtalanság, a beszédzavarok, a reszketés, az érmozgató zavarok, az urticariák, a szívdobogás, ájulás, ideges hányás, szédülés, hyperaesthesiák, gyomorzavarok, egyes ételek el nem tűrése stb. *Kollarits Jenő* dr.

Lapszemle.

Gyógyszertan.

Yoghurt. A bélflórának legfontosabb két képviselője a bakterium coli commune és a b acillus lactis aërogenes. Az előbbire úgylátszik nincs szüksége a szervezetnek, sőt még veszélyes is lehet. Az utóbbi azonban nem pathogen hatású, a physiologiai jelentősége azonban annál nagyobb, a mennyiben a szükségtelen bélbakteriumok szaporodását korlátozza és az általa termelt tejsav útján a secretiót és a peristaltikát elősegíti. A különböző

aludttejek hatása ilyen módon magyarázható, csak az a baj, hogy használatukkor a gyomorban vajsavas és eczetsavas erjedés is be szokott következni, a mennyiben a tejsavas erjedést okozó bacilluson kivül vajsavas és eczetsavas erjedést okozó mikrobákat is tartalmaznak. A yoghurt nevü, a Balkán-államokban, főleg Törökországban nagyon elterjedt ital is ilyenféle tej, a melynek használata után azonban nem jelentkezik vajsavas és eczetsavas erjedés, a mennyiben úgylátszik kizárólagosan bacillus lactis aërogenest tartalmaz. *Trainer* dr. Berlinben a yoghurt előállitá sára használható mayafermentumon kivül yoghurt-tablettákat is hoz újabban forgalomba, a melyek *Löbel* tapasztalatai szerint nagyon jó eredménynyel használhatók különböző gyomor- és bélbajokban, azokban tudniilik, a melyekben a kóros folyamat a bakteriumflóra rendellenes volta által feltételezett. Naponként 3-szor veendő be egy-egy tabletta az étkezések után. (Die Therapie der Gegenwart, 1907. 3. füzet.)

Belorvostan

A heveny és idült vesemedenczegyuladás pathogenesiséhez s különösen tünettanához értékes adatokkal járul *Lenhartz* tanár. 80 olyan beteget figyelt meg, kiken elsődlegesen, vagy terhességhez és gyermekágyhoz csatlakozóan vesemedenczegyuladás volt jelen. Azt találta, hogy a pyelitist rendkivül ritkán okozza haematogen fertőzés; a fertőzés rendesen a külső nemi szervek s a hólyag felől felszálló úton történik, leggyakrabban oly módon, hogy a végbélből kerülnek a bakteriumok a külső nemi szervek, a húgycső, a hólyag és az ureter közvetitésével a vesemedenczébe. Bizonyítja ezt egyrészt az a tény, hogy nőkben, kikben a fertőzés ezen módja a szeméremrésnek a végbélnyiláshoz közel volta és a húgycső rövidsége miatt sokkal könnyebben lehetséges, a pyelitis sokkal gyakoribb mint férfiakban (74:6); másrészt a bakteriologiai lelet, a mely 66 esetben a bakterium colit mutatta a betegség elöidézőjének. A colibacillus intraperitoneális átmenetele a bélből a húgyszervekre székrekedés esetén nagyon valószinütlen, mert ez esetben mégis valamivel több férfinak kellene megbetegedni. Mint kórokozó szerepelt még kétszer a proteus s a tejsavbacillus, háromszor a paratyphusbacillus, egyszer a coli és proteus együtt, egyszer a pneumobacillus Friedländeri. A bakteriumok megtelepedésére és szaporodására kedvező talajjá teszi a vesemedencze nyálkahártyáját egyfelől a terhesség, a szülés és a havi vérzés (összesen 33 esetben), melyek az alhasi szervek vér- és nedvbőségét, a szövetek fellazulását idézik elő, másfelől ritkábban a nemi szervek megbetegedése, a húgyutak sérülése trauma vagy mechanikai kezelés folytán (katheter); szerepelhet még, úgy látszik, az alhas nagyfokú meghülése is. A betegek egy részében csak egyetlen roham mutatkozik, a másik részében a rohamok ismétlődnek, a mi gyakran azzal függ össze, hogy az ellenoldali vesemedencze betegszik meg, szintén felszálló úton. Érdekes, hogy a kórokozók átvándorlását a húgyutakon úgy az egyszerü, mint a cyklusos alakokban ritkán jelzik hólyagtünetek. A mi a localisatiót illeti, leggyakrabban betegszik meg a jobboldali medencze (36), ritkábban mindkettő (24), legritkábban a baloldali (17). Vese- és hólyagbántalommal való szövődés 9 esetben volt.

A pyelitis tünetei a legtöbbször jelenlevő typusos láz mellett általánosak: fej-, tag- és hátfájás, hányás; csak az esetek felében jeleznek a betegek fájdalmat az egyik vagy a másik vese tájékán; a vese nyomásérzékenysége azonban legtöbbször kimutatható, sok esetben (80 közül 12) a jobboldali medenczének gyermekfejnyi duzzanata volt tapintható. Az önként ürített vagy steril katheterrel nyert vizelet zavaros, esetleg már szabad szemmel genyesnek és véresnek látszik; szaga csak idült esetekben változik meg; kémhatása majd mindig savi, fehérje gyakran csak nyomokban van, többször $^1/_3$‰ körül ingadozik, de felmehet 2—4, sőt 10‰-ig. Mikroskop alatt geny, vér, nyálkás rostonya, esetleg a farokszerü nyúlványnyal biró (medencze) hámsejtek, néha húgycsatornahámsejtek s hengerek vagy laphámsejtek s tripelphosphatjegeczek láthatók, a mi a vese illetve a hólyag betegségére enged következtetni. Az említett jelek alapján, ha hólyag- és vesebántalom kizárható s a bakteriologiai lelet positiv, kimondható a pyelitis kórisméje. Ha nagyon hevesek s általánosak a fájdalmak, könnyen összetéveszthető a bántalom appendicitissel, peritonitissel, epekólikával, sőt sokszor történhetett összetévesztés mellhártya- és tüdőgyuladással, avagy influenzával. Ezen esetekben a többször ismételt gondos palpatio mellett a diagnosis felállításában főleg a hőmenet lehet segítségünkre, mely korántsem oly szabálytalan, mint a hogyan általában hiszik és leirják. A betegek háromnegyedrészében volt láz, még pedig vagy egy, vagy több hőemelkedés alakjában. A lázrohamok sokszor heves, esetleg ismétlődő rázóhideggel kezdődtek. A lázas szak az egy rohamot mutató betegeknél sokszor teljesen olyan, mint a croupos tüdőgyuladásban: hirtelen hőemelkedés esetleg rázóhideggel, 40 fokos, néhány napig tartó febris continua, kritikus hőleesés; más esetekben a tetőfokon naponkénti remissiók mutatkoznak s a defervescentia lysissel történik. Ilyenkor typhus abdominalissal lehetne összetéveszteni, ettől azonban megkülönbözteti egyebek mellett a legtöbbször fokozott leukocytatartalom. Az egyes rohamok általában 6—7 napig tartanak (minimum 3, maximum 18 nap). Néha nem válik a beteg láztalanná a roham után, hanem hetekig subfebrilis a hőmérséke vagy a roham lezajlása után még több kisebb emelkedés mutatkozik a többi tünetnek a kiújulásával. Azon esetek, melyekben a főroham után néhány napig tartó láztalan szak közbeiktatásával rövid ideig (2—3 nap) tartó alacsonyabb hőemelkedések jelentkeznek, átmenetet alkotnak a cyklusos lázgörbét mutató kóralakokhoz, melyekben a láztalan szakok hosszabbak (1—3 hét), a hőemelkedések pedig majdnem tökéletesen az első roham képét mutatják: hirtelen emelkedés, 40 fokos acme, hirtelen defervescentia (esetleg lysis), több napi tartam. Az újra jelentkező hőemelkedés legtöbbször heveny kiújulása a bakteriumos gyuladásnak, a mit a vizelet minősége, nagy bakteriumtartalma bizonyít. Az új lázroham anatomiai alakja sokszor a gyuladás átterjedése a másik oldali medenczére. Némelyik esetben már elejétől fogva mindkét medencze beteg s az új lázroham alatt különösen az egyik vesetáj fájdalmas. Az új hőemelkedés gyakran esik egybe a havi vérzéssel, mintegy általa váltatik ki.

A mi a lefolyást illeti, a pyelitis ezen alakjában az általános fertőzés rendkivül ritka; előfordul, hogy egyes heveny alakok (7 eset) idültté válnak az által, hogy hónapokon keresztül visszatérnek a rohamok, rendszerint a jellemző hőemelkedéstől kisérve. A különböző bakteriumok előidézte gyuladások ugyanazon jellemző lázgörbét mutatják, de a proteus és a tejsavbacillus által okozottak klinikailag súlyosabbak szoktak lenni. A kezelt betegek közül meghalt 5 (1 rákban, 1 tuberculosisban, 3 pyelitisben), gyógyultan távozott 54, javult 14, 7-nél még voltak panaszok. Bakteriologiai értelemben a betegeknek csak $^1/_5$-e volt gyógyultnak tekinthető, míg a többinek steril módon nyert vizelete tartalmazott még bakteriumokat.

A bakteriuriát az annyira dicsért gyógyszerek nem szüntetik meg, aránylag még legjobb az urotropin. Legtöbbet ér a vesemedencze átöblítése, pl. wildungeni víznek vagy forró hársfateának megivása útján (3—4-szer napjában $^1/_2$ liter); ez a heveny rohamban egyúttal a fájdalmakat is csillapítja. Még a heves fájdalmak csillapítására is többnyire elég a jeges vagy meleg borogatás, úgy hogy ritkán van szükség narcoticumra. Ha daganatszerüen megduzzad a vesemedencze, punctio végezhető a 12. borda végét a crista ilei középpontjával összekötő vonal közepén. A duzzanat különben legtöbbször magától is eltünik. (Münch. med. Wochenschrift, 1907. 16. sz.

Idegkórtan.

A szívneurosis kórjelzésének nehéz voltát fejti ki *R. Freud* (Danzig) czikke. Első vizsgálatkor ez nem egyszer lehetetlen. A panaszok nem jellemzők, egyenlőek lehetnek a szervi szívbajokban és az ideges működészavarokban. Mind a kettőben lehet szivdobogás, szivtájéki fájdalom, nyomásérzés, érveréskihagyás. Ideges emberen mindezek a tünetek inkább ingerültség után mutatkoznak, kevésbé fárasztó testi munka után. Tőlük azt halljuk, hogy 2—3 órát is tudnak zavartalanul gyalogolni, de már kis boszüság is kellemetlenséget támaszt a szív részéről. A physikai vizsgálat sem ad mindig biztos támasztékot. Talán ideges szivbaj is okozhat dilatatiót, viszont pl. az arteria coronaria sclerosisa kimutatható tünetek nélkül fejlődhetik ki. Zörejek is lehetségesek mind a két esetben. Fontosabb a szívcsúcslökés. A rázkódó szív-

csúcslökés, a mely a mellkasfalat hirtelen előrelöki, ideges baj mellett szól, míg az emelő szívcsúcslökés szívizomtúltengés mellett. Az érveresszám az ideges szívbajokban többnyire szaporodott, különösen még a legkisebb izgalom után is. Bizonyos fokig jellemző ilyenkor a verés gyorsaságának hirtelen változékonysága. Testi megerőltetés úgy szerves, mint ideges szívbajokban szaporíthatja az érlökésszámot, de szervi bajokban a lélegzés száma is gyakoribb lesz ilyenkor. Az érverés rendetlenségei közül újabban idegesnek tartják azt, ha a szabálytalanság csak az időbeliségre vonatkozik, de a minőségben nincs eltérés. Nagyon kifejezett a neurastheniás ember respiratiós arhythmiája. Ilyenkor a szívverés belégzéskor gyorsabb lesz, kilégzéskor, különösen a kilégzés végén ellenben lassubb. Extrasystolék és csonka szívösszehúzódások szerves és functiós szívbajokban előfordulhatnak. Az a panasz, a mely arra vonatkozik, hogy a beteg szívét hirtelen megállani érzi, vagy hogy a szív hirtelen fájdalmas mozdulatot tesz, neurasthenián alapszik. Ellenben állandó arhythmia biztos jele a szervi szívbajnak. A vérnyomás adatai nem sokat mondanak. A nyomás hirtelen csökkenése több egymást követő mérés alatt, vagy izgalom alatt 20—40 mm. Hg. emelkedés, ideges eredetű.

Fontos az, hogy mikép viselkedik a szív fáradtság után. Ha egynehány erős izomösszehúzódás után megnagyobbodik, ez szervi bajt jelent. Idegeseken *de la Camp* ilyenkor inkább kisebbedést észlelt. A szívverés gyakorisága ideges emberen hirtelen változik és rövid ideig tart, míg szervi szívbajban hosszú ideig tart és lassan tünhetik csak el. Sok ideges emberen a szívdobogás csak subjectiv érzés, a mely igen élénk lehet, még akkor is, ha a valóságban alig vehető észre.

A szervi arhythmia mozgáskor fokozódik, az extrasystolés arhythmia megerőltetésekor gyakran eltünik. *Kraus* kisérlete szerint az ideges ember orrnyálkahártyájának ammoniakgőzzel való izgatásakor az érveresszám 10—30 veréssel szaporodik perczenként, a mi alatt a vérnyomás is emelkedik. *Herz* vizsgálata abban áll, hogy a beteg megfeszített figyelemmel behajlítja karját könyökben. Ilyenkor az egészséges szíven nincs változás, szívbajosokon csökken, idegesen emelkedik a szívverés száma. Urticaria factitia az érmozgató rendszer ingerlékenységét tanúsítja.

Figyelemmel kell lenni arra, hogy a két baj nem ritkán együtt van meg egy betegen.

A czikk az angina pectoris, bradycardia és paroxysmás tachycardia kérdéseit nem tárgyalja. (Mediz. Klinik, 1907 április 28.) *Kollarits Jenő* dr.

Sebészet.

Ulcus ventriculi 52 operált esetéről számol be *Hoffmann*. Az eseteket 1890-től 1905-ig *Hacker* és 1898-tól 1903-ig *Nicoladoni* operálta. Feldolgozott anyagát *H.* következőleg csoportosítja:

1. *Pylorus-szükület fekély vagy heg folytán.* A beavatkozás túlnyomó részben (30 esetben) pylorusstenosisok miatt történt, melyeket fekélyek vagy közvetlenül, vagy hegek által okoztak. A beavatkozást illetőleg 25-ször végeztek gastroenterostomia retrocolica posticát *Hacker* szerint 8% mortalitással; a műtét után 1 esetben circulus vitiosus támadt, 1 esetben pedig újabb súlyos ulcussymptomák fejlődtek. Három esetben pyloroplastika történt *Heinecke-Mikulicz* szerint, mind a három beteg egészséges. Egyszer *Loretta*-féle digitalis divulsiót végeztek a pyloruson, eredménynyel; egyszer pedig *Billroth* 2. módszere szerint resecálták a pylorust, a beteg a műtét után tetaniát kapott, 5 héttel a műtét után pedig az orrából kiindult erysipelasban pusztult el.

2. *Homokóragyomor miatt*, mely mindannyiszor ulcus nyomán fejlődött, 3 izben történt műtét. Egyszer gastroanastomosissal igyekeztek segíteni, ennek sikertelensége miatt egy hónap mulva gastroenteroanastomosis anticát végeztek, a beteg collapsusban halt meg. A másik esetben *Wölfler*-féle gastroanastomosist készítettek, és ezt *Narrath*-féle pyloroplastikával kombinálták; az eredmény kitünő volt. A harmadik esetben végre pusztán *Narrath*-féle pyloroplastikával értek el gyógyulást.

3. *A kis görbület heges ulcusainak* esetében négyszer avatkoztak be. Kétszer gastroenteroanastomosis retrocolica posterior sec. *Hacker*, egyszer gastrolysis sec. *Hacker*, egyszer pedig az ulcus circuláris resectioja végeztetett; a két legelső beteg a műtét után meghalt.

4. *Heges, penetráló ulcusok.* E csoportban 15 műtett esetről számol be a szerző. Az eseteket gyomor-hasfal- (4 eset), gyomor-máj- (4 eset) és gyomor-pankreas- (7 eset) fekélyek csoportosítása alatt esetenként tárgyalja. A gyomor-hasfalfekélyeket az ulcus excisiojával kezelték; gyomor-májfekélyeknél 3-szor a hátulsó gastroenterostomiát, egy esetben pedig a II. *Billroth*-féle resectiót végezték. Gyomor-pankreasfekélyek esetén mindig gastroenteroanastomosis retrocolica posteriort készítettek *Hacker* szerint.

Ezen utolsó csoportban, összegezve mind a 15 esetet, az összmortalitás a műtét után 33·1% volt az első 30 napon belül. A halálokok között collapsus, peritonitis, elvérzés szerepel. A legkedvezőbb eredményt a gyomor-hasfalfekélyek mutatták, 0% műtéti halálozással; gyomor-májfekélyeknél a mortalitás 75%, gyomor-pankreasfekélyeknél pedig 28·5% volt.

Végezetül *Hacker* álláspontját fejti ki a gyomorfekélyek sebészi kezelését illetőleg. *Hacker* szerint ulcusok műtevésekor első sorban a gastroenterostomia jő tekintetbe. Resectiohoz akkor forduljunk, ha a pylorustumor jóindulatú voltában nem vagyunk teljesen biztosak. A jejunostomiát *Hacker* szerint csak szükség esetében alkalmazzuk, olyankor, midőn czélszerűnek látszik, hogy a gyomrot az emésztéstől egyidőre megkiméljük. A gastroenterostomiánál *Hacker*, úgy mint eddig, a retrocolica postica módszer mellett foglal állást; 160 esetében akkor, midőn szorosan utasítása szerint jártak el, circulus vitiosust nem látott. (Bruns, Beiträge zur klin. Chirurgie, 50. kötet, 3. füzet.) *Gergő.*

Izületplasticát végzett olecranontörés után támadt könyökizületi ankylosis miatt *Scudder*. Az izületet bőven kitárta, az olecranont a törés helyén átfürészelte s az izületet minden kötőszövettől, csontnövedéktől megszabadította. Ezután a felkar hátulsó felszinéről vett, fasciából és vékony subcutan zsírrétegből álló lebenyt fordított az izületbe, a felkarcsont s az alkarcsontok izületi felszinei közé s ezt itt nehány varrattal a tokszálaghoz rögzítette. Az olecranont aluminium-bronzdróttal visszavarrta s a sebet teljesen zárta. 10 nap mulva kezdte a passiv mozgatást. Kitünő mozgékonyságot (teljes flexio s úgyszólván teljes extensio) ért el 1 év 4 hó alatt. (Annals of surgery, 1907, február.) *Pólya.*

Congenitális lumbális sérvet ir le *Dowd*, melyet egy három éves gyermeken észlelt. A tyúktojásnagyságú sérv a trigonum Petitin lépett ki; a sérvkaput a fascia lata s az aponeurosis lumbodorsalisból vett lebenyekkel zárta el. (Annals of surgery, 170. f.) *Pólya.*

Anaemia perniciosa folyamán keletkezett vizeletretentiót ir le *O. H. Cunningham*. Az anaemia rosszabbodásával mindig vizeletretentio állt be, javulásával a hólyagizomzat újra visszanyerte erejét és a vizelés újra megindult. Prostatahypertrophia nem volt jelen. A betegség folyamán *Bottini*-műtét is történt s a 3 évvel utóbb történt sectio kimutatta, hogy a Bottinival égetett barázda behámosodott s ennyi idő multán is szépen megmaradt. (Annals of surgery, 170. f.) *Pólya.*

Hogy lehet gangraena pedis esetén a verőér elzáródásának helyét megállapítani? E kérdéssel foglalkozik *Moszkovicz*. Öt perczig leszorítja gummipólyával a végtagot, a pólya megoldása után keletkező activ hyperaemia határa jelzi az elzáródás helyét, mely legfeljebb néhány centimeterrel van e felett. A hyperaemia határa fontos útmutatással szolgál arra nézve, hol kell gangraena esetén amputálnunk, esetleg azt is mutathatja, hogy az amputatio felesleges, mert a táplálkozási zavar csak egyes ujjakra terjed ki. (Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Med. und Chir.) *Pólya.*

Sikeres thoracobronchotomiát végzett *Goeltz* egy a jobb bronchusba aspirált inggomb miatt. A beteg, 6 éves fiucska, súlyos dyspnoëval 2 nappal az esemény után került műtétre; a tracheotomia inferioron át a gomb nem volt eltávolítható, a mennyiben erősen a bronchusba volt ékelődve. Ezért periodice resekálta a III. és IV. bordát, elülső ajtót alkotva a mellkasfalon, a bronchust a tüdőszöveten keresztül megnyitotta, a gombot eltávolította, a tüdőt varrás nélkül visszaillesztette s a mellkasfalat elzárta. A beteg meggyógyult. (Annals of surgery, 1907. márczius.) *Pólya.*

Bőrkórtan.

A bőrbetegségek általános therapiájáról tartott előadást *M. Joseph* (Berlin). A bőrbetegségek helyes kezelése csak úgy lehetséges, ha az alkalmazott gyógyszereknek minden hatását és alkalmazási módját ismerjük. Szükséges továbbá, hogy a kezelés folyamának minden szakában határozottan tudjuk, hogy szereinkkel miféle hatást óhajtunk elérni. Szerző az acut gyuladásos bőrbajok kezelésében, így első sorban az eczemában, a víz használatát úgy fürdők, mint mosdás alakjában elveti. E tekintetben teljesen a régi felfogást vallja, mely szerint a víz legtöbbször ártalmas és így kerülendő. Pikkelyekkel ellepett testrészek kezelésében, így első sorban a psoriasisban a fürdők ellen nem tesz kifogást, bár nagyobb súlyt még ilyenkor sem fektet a víz használatára. Az úgynevezett gyógyszeres fürdőktől, a melyekben kén vagy kátrány foglaltatik, a szerző szintén nem vár sokat. A szappanokat meglehetős szük körre szorítja, mert többször látja káros hatásukat, mint hasznukat. Még leginkább használhatók az *Unna* által a therapiába bevezetett túlzsírosított szappanok, a melyeknek azonban az lehet a hátrányuk, hogy hosszabb állás után az olaj, mely a szappant túlzsírosítottá teszi, könnyen avasodik s így káros következményekre vezethet. A dermatotherapiának fő gyógyító tényezői az ú. n. kenőcsök. Ezek akkor jók, ha alapanyaguk izgalmat nem okoz, a bennük levő ható anyag pedig megfelelő minőségű és mennyiségű. A szerek helyes megválasztásában nyilvánul a dermatologus ügyessége. De az is fontos, hogy a szereket a megfelelő bőrbajnak milyen időszakában használjuk. Így pl. a kátrány az eczema kezelése folyamán túlkorán alkalmazva a bajt csak rosszabbítja, kellő időben pedig gyógyítja. Nedvező bőrbetegségek kezelésekor nehezen nélkülözhetők a *Lassar* által ajánlatba hozott pasták. Ezeknek az adja meg a jelleget, hogy ugyanannyi hintőport tartalmaznak, mint zsiradékot. Typusuk ez: Zinci oxyd., amyl. aa. 25·0, Vaselin amer. alb. 50·0. Készíthetők ily pastákon kivül, melyekhez különben mindenféle gyógyszer is keverhető, még az ú. n. hüsítő pasták is. Ezeket jellemzi, hogy a hintőporon kivül vizet is tartalmaznak, a melynek állandó párolgása hütő hatást kelt. Ha a beteg bőrfelület nem nedvező, hanem teljesen száraz, a kenőcsök helyett jól alkalmazható az *Unna*-féle zinkenyv. Ennek alaptypusa ez: Zinci oxyd., gelat. alb. aa. g. 30·0, glycerini 50·0, aqu. dest. 90·0. Úgy használandó, hogy vízfürdőben felolvasztjuk és puha mázolóecsettel a testre felkenjük. A vékony réteg csakhamar megszárad és jól tapadó hártyát alkot. Természetes, hogy ilyen zinkenyv bármely gyógyszerrel keverhető. A dermatotherapiának fontos készítményei még az ú. n. tapaszmullok és paraplastok. Ezek oly felkent tapaszfélék, melyek igen koncentráltan tudják magukba venni a gyógyszereket és igen jó ragasztó képességgel rendelkeznek. Szerző azután áttér a különböző speciálisabb hatású gyógyanyagokra. Az ú. n. keratoplastikus szereknek főtypusát a kátrányban látja, az ellenkező hatású szereknek, a keratolytikusan ható gyógyszereknek főképviselője pedig a salicylsav. Az előbbeni csoportba tartozó szereket akkor adjuk, ha a hámosodást erősíteni vagy gyorsítani óhajtjuk, az utóbbi csoportbeli anyagokat pedig akkor alkalmazzuk, ha a kóros hyperkeratosisokat akarjuk gyöngíteni. A viszketés elleni szerek közül a szerző a bromocollnak ad előnyt a többi felett, melyet kb. 10% os töménységben szeret rendelni s mely jól kombinálható egyéb csillapító szerekkel is, így első sorban menthollal. (Deutsche med. Wochenschrift, 1907. 19. sz.) *Guszman.*

Venereás bántalmak.

Tertiaer syphilis-statistikát közöl *Jordan*. Vizsgálatai 659 tertiaer syphilises esetre vonatkoznak. Adatait jól áttekinthető táblázatokban közli. A jelenségek mineműségét tekintetbe véve, leggyakoribbak a bőr gummás syphilidjei (38·9%). Gyakoriság szerint követik ezt a csoportot: az orr, csontok, lágy szájpad, nemi szervek gummás bántalmai, továbbá a subcutan bőrgummák. A csontok bántalmaiban leggyakoribbak a periosteális elváltozások, melyeknek legközönségesebb helye a tibia és a homlokcsont. A tertiaer jelenségek időbeli jelentkezését a II. táblázat adja. A legtöbb tertiaer tünet az első évtizedre esik. A legtöbb eset (55) a 6. évre esik. Ez az adat ellenkezik a nagy syphilis-statistikákkal, mert azokban a tertiaer esetek maximuma a 3—5. évre esik. A legtöbb tertiaer syphilises beteg életkora (71·0%) 20 és 40 év között mozgott, a mi különben igen természetes. A tertiaerismus létrejöttének okát a szerző több körülményben látja. Szerepelhet e kérdésben a kor, constitutio, életmód, alkoholismus, de leginkább a hiányos vagy egészen hiányzó kezelés. Legtöbbet tehetni a tertiaerismus kifejlődésének meggátlására az úgynevezett intermittáló idült kénesökezeléssel. Ezt a statistikai adatok világosan bizonyítják. Kevesebb értékü az úgynevezett symptomatikus kezelés. Helyes kezelés mellett ha ki is fejlődik a tertiaer syphilises jelenség, úgy látszik sokkal csekélyebb méretü és jobb indulatú. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, 83. k. 3. f.) *Guszman.*

A gonorrhoea abortiv kezeléséről ir *V. Lion*. A kankónak abortiv kúráját még nem fogadják el kivétel nélkül a szakemberek. Többen közülük egyenesen elvetik. Pedig a szerző szerint helyesen és idejében alkalmazva igen nagy előnynyel jár. Legjobb eljárás tapasztalása szerint a húgycső elülső részének Janet-féle kiöblítése, mert a kezelési módnak nemcsak antiseptikus, hanem mechanikai hatással is kell birnia. A kiöblítéssel érhető csak el, hogy a húgycső falzata kitágul, kinyúlik, a ránczok elsimulnak s így a gonococcusok, melyek akkor még felületesen székelnek, könnyü szerrel elpusztulnak. A kiöblítést 3/4%-os protargol-oldattal végzi. Fontos, hogy mikor indítjuk meg a kezelést, legjobb az eredmény, ha a kezelésbe az első vagy második 24 órában post infectionem fogunk. Ha a fertőzés utáni negyedik napon kezdjük meg a kezelést, az eredmény már kétséges. Szükséges továbbá, hogy nagyobb gyuladásos reactioval ne találkozzunk a húgycső részéről. A kankós folyamatnak a hátulsó húgycsőrészletre való átterjedése kizárja az abortiv kezelés megindítását. A kiöblítés az első napokban esetleg kétszer is történjék. A gonococcusok a kezelés 2—3. napján rendesen már eltüntek, jóllehet a kezelés előtt bőven lehetett azokat kimutatni. A szerző ily módon 25 esetben kezelte betegeit, ezek között 17-szer teljes sikerrel (68%). Az eredmény tehát igen kielégítő. Ha tehát a beteg elég korán jut az orvos elé, sohasem mulasztandó el alkalmas esetben az abortiv kezelés megkisérlése. Az a tapasztalás, hogy a kezelés néha még akkor sem jár jó eredménynyel, ha a beteg kellő időben jelentkezett, főleg abban leli magyarázatát, hogy ilyenkor a a gonococcusok nem fekszenek csupán felületesen s így a kezelés nem éri el őket. (Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis, 84. k.) *Guszman.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A heveny gonorrhoeát *Gans* (Philadelphia) 5%-os collargololdattal kezeli. Naponként 4-szer végeztet befecskendést; a folyadék 5 perczig tartandó a húgycsőben. Ezen kezelésmód mellett mellékhere:ob sohasem fejlődött s a folyamat csak nagyon ritkán terjedt át a hátulsó húgycsőrészre. Az eseteknek túlnyomó többségében gyorsabb volt a lefolyás, mint másféle szerek igénybevételekor. (Medical bulletin, 1907. 2. szám.)

Neurasthenia eseteiben *Vetlesen* jó eredménynyel használja a natriumphosphatot: Rp. Natrii phosphor. 15·0; Aquae destill. 250·0. M. D. S. Naponként 4 evőkanálnyit. Basedow-kór eseteiben is használható ez a szer. (Ref. La semaine médicale, 1907. 19. szám.)

Diabetes insipidus egy esetében tetemes javulást látott *Varanini* adrenalin használata után; az 1‰ oldatból 5—10 cseppet adott naponként. (Ref. La semaine médicale, 1907. 21. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1907. 23. szám. *Purjesz Zsigmond:* Reflexiók. *Justus Jakab:* A syphilis gyógyitásáról.

Orvosok lapja, 1907. 23. szám. *Fornet Elemér:* A szivkimélés és a szivedzés a szénsavas fürdők használatával kapcsolatosan.

Budapesti orvosi ujság, 1907. 23. szám. *Kétly László:* Szemelvények a szünidei orvosi cursus belgyógyászati előadásaiból. „Bőr- és bujakórtan“ melléklet, 2. szám. *Veress Ferencz:* Az öröklött syphilis jeleiről, különösen az arczon néha mutatkozó sugárirányú barázdák jelentőségéről és lényegéről. *Beck Soma:* Az atrophodermiákról. *Csillag Jakab:* Lindewiese és a syphilis.

Vegyes hirek.

Kitüntetés. A király *Háry István* dr. zalavármegyei tiszti főorvosnak a közegészségügy terén szerzett érdemeiért a királyi tanácsosi czímet, továbbá *Blasberger Ignácz* dr. mádi körorvosnak sok évi buzgó szolgálataért a koronás arany érdemkeresztet adományozta.

Aldor Lajos dr. orvosi tanácsadót a magy. kir. Államvasutak Igazgatósága „specialista szakorvosi tanácsadóvá“ minősítette, illetőleg kinevezte, megbizván őt a Karlsbadba utalt betegsegélyzőpénztári tagok gyógykezelésén kivül a betegeknek a karlsbadi „Arbeiterheim“-ban való elhelyezése és ellátása feletti felügyelettel és ellenőrzéssel.

Kinevezés. *Mariska Ödön* dr.-t Szilágymegye tiszti főorvosává nevezték ki.

Választás. *Lengyel Sándor* dr.-t Nyirmadán körorvossá, *Szilágyi József* dr.-t Fényeslitkén körorvossá és *Tóth Árvai Márk* dr.-t Kishegyesen községi orvossá választották.

Díjtalan köpetvizsgáló állomás felállítása és a tüdőbetegek köpetének postai szállítása tárgyában a következő rendeletet bocsátotta ki a belügyminister: „A tuberculosis kezdeti szakának megállapításánál igen fontos a köpetnek idejében megejtett mikroskopi vizsgálata. Az ilyen czélból postán küldött köpet szállításának megkönnyítése végett szükségessé vált az emberi testből származó váladékok és anyagok postai szállítása tárgyában 1902. év szeptember hó 11.-én 89,769. sz. a. kelt belügyministeri (a postahivataloknak 63,318/1902. K. M. sz. a. kiadott) körrendeletet, mely egyébként teljesen érvényben marad, kellőképen kiegészíteni. Ennek folytán a kereskedelemügyi minister úrral egyetértve megengedem, hogy a tuberculosisban szenvedő tüdőbetegek vagy ilyen betegségre gyanus egyének köpete vizsgálat czéljából a szorosan vett Magyarország területén a következő feltételek alatt s a fentidézett rendelet 1. pontjában felsorolt czímzettek részére postán szállíttassék és pedig: A vigyázattal felfogott köpetet csakis erős gyógyszertári porcellán- vagy üvegtégelyekben kell elhelyezni. A tégelyt szorosan záró fémfedővel, vagy jó minőségű hibátlan paraffadugóval kell elzárni s hólyagpapirossal lekötni. Az igy elkészített tégelyt közönséges vattával vagy fűrészporral kitöltött fadobozba kell tenni, s ennek boritékán, s ha mint csomag adatik fel, a szállítólevélen is, „köpetvizsgálat czéljára“ felirást kell alkalmazni. Értesitem továbbá a (Czimet), hogy egyidejűleg oly köpetvizsgáló állomást is létesítettem, mely a beküldött köpetek laboratoriumi vizsgálatát és a beküldő fél értesitését dijtalanul teljesiti. A postai szállítás diján kivül tehát a beküldő felet egyéb kiadás nem terheli. Ez az állomás egyelőre a vezetésem alatt álló ministerium bakteriologiai és egészségtani intézete. Félreértések elkerülése végett különös nyomatékkal megjegyzem, hogy az emlitett intézet nem azonos a földmivelésügyi ministerium fenhatósága alatt álló, s dr. Anjeszky Aladár állatorvosi főiskolai tanár által vezetett m. kir. állami bakteriologiai intézettel, s igy az alábbi helyes czim pontos használatára ügyelni kell: A m. kir. belügyministerium bakteriologiai és egészségtani intézetének, Budapest, Vár. Felhivom a (Czimet), hogy jelen körrendeletemet a hatósága területén működő összes orvosokkal és érdekeltekkel közölje“.

Az „Ingyentej-egyesület“ a napokban bocsátotta ki évi kimutatását. Az ingyentej kiosztó intézmény 1901-ben alakult meg egyesületi szervezet nélkül azzal a czélzattal, hogy a téli hónapokban az intézmény helyiségében jelentkező gyermekek mindegyike 1/4 liter tejet és egy zsemlyét kapjon. Egy évvel később *Deutsch Ernő* dr. gyermekorvos előterjesztésére a meglevő intézményhez gyermekorvosi rendelés és szoptató asszonyok, valamint csecsemők és beteg gyermekek részére tejkiosztás csatoltatott s e munkakör természetesen az egész évre kiterjesztetett. Az intézménynek fennállását és fejlődését biztositandó, a mult év tavaszán az egyesületi szervezet megadását határozták el és 1906 május 23.-án *Edelsheim-Gyulai Lipót* gróf elnöklete alatt megtartották az alakuló közgyülést. A mint a kimutatásból látjuk, az utóbbi években évenként átlag 1/2 millión felüli forralt tejadagot szolgáltattak ki, ezenkivül évenként 40,000—100,000 palaczk Székely-féle csecsemőtejet és 87,000–219,000 zsemlyét. Az orvosi rendeléseken 6581 gyermeket mutattak be. Az intézményből kikerült tudományos dolgozatok száma 19 volt.

„Egészségügyőr“ czímmel új havi folyóirat indult meg, a mely kizárólagosan a fertőző betegségek megismertetésével és az ellenük való védekezés módjaival kiván népies nyelven foglalkozni. Szerkesztője *Fodor G. Géza*, a székesfővárosi központi fertőtlenítő intézet tisztviselője. Az előfizetés díja egy évre 5 korona.

„Az egészség könyvtára“ czímmel az országos közegészségi egyesület új vállalatot indított meg, a melynek két első kötete a napokban hagyta el a sajtót. Az egyesület a vállalat megindításával a családi otthonban akar bástyát emelni, az egészségtan legégetőbb kérdéseit népszerűen tárgyaló kisebb munkák kiadásával, a melyekből mindenki megtanulhatja, hogy miképen védheti meg a maga és hozzátartozói egészségét. Az „Egészség könyvtárát“ *Gerlóczy Zsigmond* dr. szerkeszti. Az I. kötetet *Elischer Gyula* dr. egyetemi tanár irta „Az anyaság hygieneje“ czímmel, a II.-at pedig *Babarczi Schwartzer Ottó* dr. „A gyermek lelki világából“ czímmel. Egy-egy kötet ára 1 korona 50 fillér.

Meghalt. *Bodor Fülöp* dr. szolyvai járásorvos 45 éves korában e hó 5.-én. — *Platthy Adorján* dr. 60 éves korában május 31.-én Pásztón. — *Erdélyi Károly* dr. junius 6.-án Szatmáron.

Tátrafüreden junius 7.-éig 545 fürdővendég tartózkodott. — *Lipiket* junius 13.-áig 995 egyén kereste fel.

A budapesti egyetemi I. sz. női klinikán a szülések száma május hóban 157 volt, még pedig először szülő 82, többször szülő 75. A született magzatok száma 157, és pedig élő 134, halott 20, macerált 3; érett 123, kora 14, éretlen 20; fiú 83, leány 65, kérdéses nemű 9; törvényes 58, törvénytelen 99. A gyermekágyasok közül meghalt 2. A klinika nőbeteg-osztályán májusban 96 beteget ápoltak, a kik közül 2 halt meg. A klinikával kapcsolatos poliklinika segélyét 73 esetben vették igénybe; a műtétek száma 68 volt.

A szabadkai önkéntes tűzoltó-testület mentő-osztálya május hóban 103 esetben működött.

Kisebb hirek külföldről. A strassburgi egyetem szemészeti tanszékére *Schirmer O.* tanárt hivták meg Kielből. — *Chrobak* tanár, az ismert bécsi nőorvos, nyugalomba vonul. Utódjául Rosthorn tanárt hivták meg Heidelbergből. Chrobak tanár állását nem az elért korhatár (70 év) miatt hagyja el, mert csak 64 éves. — *Lord Lister*-t London városa május 30.-án diszpolgárává választotta. Több mint 100 éve, hogy orvost ez a kitüntetés nem ért; az utolsó orvos, a kit diszpolgárrá választottak, Jenner Edward volt. — *O. Schulz* dr.-t Erlangenben a physiologiai chemia rendkivüli tanárává nevezték ki. — *A. Gürber* (physiologia), *O. Rostoski* (belorvostan) és *L. Burkhardt* (sebészet) Würzburgban a rendkivüli tanári czimet és jelleget kapta. — *P. Rokitansky*, az innsbrucki egyetemen a belorvostan tanára, a folyó tanév végén nyugalomba vonul.

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

A gyermekek elválasztáson túli táplálása még mindig sok veszélyt rejt magában, s ezért nagy értékű mindaz, mit e veszélyek elhárítására a kisérletek eredményesnek állapitanak meg. A budapesti kórházakban megejtett kisérletek azt igazolják, hogy a gyermekek elválasztása alkalmából állandó tápszer gyanánt a „Phosphatine Falières“ az a tápszer, a mely a legerősebb birálatot is fényesen kiállja.

Ismételten van szerencsénk olvasóink figyelmét **C. Reichert** legrégibb és legnagyobb bécsi góreszgyár néhány hónap óta Budapest, VIII., Üllői-út 12. szám alatt létező fiókjára felhivni. A nagy raktár, melyet a czég magyar vevők kényelmére tart, valamint a gyors és pontos kiszolgálás okvetlen hozzá fog járulni a gyár amúgy is nagy magyar vevőkörét lényegesen nagyobbitani.

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

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 gyomorbélbajok. Gerinczelferdülések.** 2507

Gizella-Telep fürdő, Saison megnyitás május 1.-én. **modern vizgyógyintézet posta Visegrád (Pest m.)**
Vízgyógykezelés, szénsavas-, villanyos-, forrólég-, mór-, sós-, fenyő- és napfürdő. Villanyozás, massage. Remek fekvés. Mérsékelt árak. Kivánatra prospektus. 3719

Orvosi laboratorium: **Dr. Mátrai Gábor** v. egyetemi tanársegéd. **Andrássy-út 50** (Oktogon-tér). Telefon 26—96.

Elektromágneses intézet, Budapest, VII., Dr. Grünwald-sanatorium. Főbb javallatok: neurasthenia, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor- és bélbántalmak, fejfájás, csúz stb. Prospektus. Vezető orvos: Réh Béla dr.

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

ERDEY Dr. **Budapest, IX., Bakács-tér 10.**
1415/3109 **SANATORIUMA.** **Nőbetegek és szülőnők részére.**

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti fasor 13—15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által. 2652

Dr. Doctor K. v. egyetemi tanársegéd **orvosi laboratoriuma IV., Kossuth Lajos-utcza 3.** Telefon 697. 2221

Budapesti Orvosi Laboratorium IV., Koronaherczeg-utcza 18, I. em. Minden nemü ép és kóros váladék (ú. m. vizeleti köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum stb.) vegyi, górcsöi és bakteriologia, vizsgálata. Klinikai diagnostika. Tulajdonos: **Arányi Gusztáv dr. karlsbadi gyakorló fürdőorvos** (Sprudelstrasse, Goldener Helm). Április 20.-ától szeptember 20.-áig, vagyis fürdőorvosi működése alatt a Budapesti Orvosi Laboratoriumot helyettes szaktárs vezeti. 2939

WEISZ EDE Dr. pöstyéni intézete.
Modern kényelem, Röntgen, Zander stb. Mérsékelt árak.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: A Magyar Sebésztársaság első nagygyülése. (Budapest, 1907. junius 1-én és 2.-án.) 451. l. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (Ülés 1907. január hó 31.-én.) 453. l.

A Magyar Sebésztársaság első nagygyülése.

Budapest, 1907. junius 1.-én és 2.-án.

Ismerteti: *Gergő Imre* dr., műtőorvos.

Az 1904-ben tartott német sebészcongressus alkalmával Berlinben időzött magyar kartársaink azon eszmét vetették fel, hogy nem volna-e czélszerű egy Magyar Sebésztársaság megalakítása, a melynek évenként tartott nagygyülésein a vidéki sebészkartársaknak is alkalmuk nyilnék behatóbb eszmecserék folytatására a sebészet fontosabb kérdéseiről. Azon kartársak, a kikben ezen gondolat támadt, névszerint a következők voltak: *Borbély Samu* (Torda), *Chudovszky Móricz* (Sátoraljaújhely), *Fráter Imre* (Nagyvárad), *Haberern J. Pál* (Budapest), *Ludvik Endre* (Budapest), *Manninger Vilmos* (Budapest), *Martiny Kálmán* (Trencsén) és *Sántha György* (Szabadka).

A felvetett eszme azonban két évig pihent, míg az 1906. év novemberében tartott országos rákértekezlet alkalmas időpontnak látszott, hogy az egész országból összegyült sebészekkel ezen újabb tudományos társulás gondolata alkalmas módon közöltessék. November 16.-án egy társasvacsora keretén belül a „*Magyar Sebésztársaság*“ meg is alakult s az intéző bizottság elnökéül egyhangúlag *Dollinger Gyula* dr. egyet. ny. r. tanárt, titkáraul pedig az eszme leglelkesebb apostolát, *Manninger Vilmos* dr. kórházi főorvost választották meg.

Az előkészítő bizottság minden lehetőt elkövetett, hogy a társaság első nagygyülése minél magasabb tudományos szinvonalon álljon.

Hogy pedig fáradozását az elképzelhető legszebb siker koronázta, azt azon élénk részvétel és figyelem mutatta, melylyel a tagok legnagyobb része a Magyar Sebésztársaság első tudományos nagygyülését végighallgatta.

Első nap. (1907 junius 1.)

Első tudományos ülés.

A „Magyar Sebésztársaság“ első nagygyülését *Dollinger Gyula* dr. egyet. ny. r. tanár elnöklete alatt a magyar nemzeti muzeum dísztermében tartotta.

Apponyi Albert gróf vallás- és közoktatásügyi minister képviseletében *Tóth Lajos* dr. ministeri tanácsos, a belügyministerium részéről *Hajós Béla* dr. egészségügyi főfelügyelő, a budapesti kir. Orvosegyesület részéről *Bókay Árpád* dr. udvari tanácsos, a budapesti orvoskari egyetem részéről *Réczey*, *Tauffer*, *Müller*, *Korányi Sándor*, *Herczel*, *Kuzmik* és *Árkövy* egyetemi tanárok jelentek meg; a kolozsvári egyetemet *Makara Lajos* dr. egyet. ny. r. tanár képviselte. A közös hadsereg orvosai közül *Myrdacz Pál* dr., *Neuber Ede* dr., *Gömöry Kálmán* dr. és *Thoman Miklós* dr. főtörzsorvosok, *Fogarassy Viktor* dr. törzsorvos, a honvédorvosok részéről pedig *Pfann József* dr. ezredorvos vett részt a nagygyülésen. A sebésztársaság 309 tagja közül pedig alig hiányoztak néhányan. Az említetteken kivül résztvettek az ülésen *Alapy*, *Báron*, *Bartha*, *Haberern*, *Hültl*, *Illyés*, *Mohr*, *Ónodi*, *Schächter*, *Verebély László* és *Winternitz* magántanárok, *Borbély Samu* (Torda), *Boros József* (Szeged), *Chudovszky Móricz* (Sátoraljaújhely), *Csikos Sándor* (Debreczen), *Fischer Imre* (Nagyvárad), *Fráter Imre* (Nagyvárad), *Gönczy Béla* (Esztergom), *Ihrig Lajos* (Budapest), *Imreh Domonkos* (Székelyudvarhely), *Kovács-Sebestyén Endre* (Ipolyság), *Ludvik Endre* (Budapest), *Lumniczer József* (Budapest), *Manninger Vilmos* (Budapest), *Martiny Kálmán* (Trencsén), *Pólya J. Sándor* (Budapest), *Polyák Lajos* (Budapest), *Sántha György* (Szabadka), *Schmid Hugó* (Pozsony), *Szigeti Gyula Sándor* (Kaposvár), *Tanárky Árpád* (Szekszárd) főorvosok s általában hazánk majdnem minden nevesebb sebésze.

Dollinger elnök *ünnepélyes megnyitóját* az Orvosi Hetilap legutolsó számában egész terjedelmében közölte.

* * *

Az első tudományos ülés vitakérdéseként a **Bier-féle hyperaemiás gyógyítás** themája volt kitüzve. Előadóként *Lumniczer József* (Budapest) és *Makara Lajos* (Kolozsvár) szerepelt.

Lumniczer József kimerítően tárgyalja a *Bier*-féle pangásos vérbőséggel való gyógyítást heveny és idült sebészi megbetegedésekben, belső bántalmakban, valamint az egyes speciális szakmákba vágó megbetegedésekben is és az irodalomból szorgalommal összeállított eredményekkel saját tapasztalatait veti egybe. Kiemeli az eljárás előnyeit, valamint hátrányait és tapasztalatait végül abban összegezi, hogy a vérbőség adagolása nagy gyakorlatot igényel, egyes bántalmakban kiváló eredményeket biztosít (furunculusok, phlegmonék, tályogok, kankós izületi gyuladások, mastitisek, tendovaginitisek), más bántalmakban ellenben (anthrax, osteomyelitis, gümős sebészi bántalmak és a speciális szakokhoz tartozó egynéhány megbetegedés) az eljárás értéke jelenleg igazán még nem itélhető meg; a módszer gyakran látszólag helyes kivitele mellett sem veszélytelen (orbáncz, bizonyos streptococcusfertőzések, genyes izületi lobok, senilis és diabetikus gangraena stb.), ennélfogva alkalmazása mindenkor nagy óvatosságot és állandó gondos felügyeletet igényel.

Makara Lajos tapasztalatai a pangásos vérbőséggel nagyjában megegyeznek *Bier* tanár tapasztalataival, különösen jó hatásúnak találta a módszert sebfertőzések kitörésének megakadályozására, valamint középsúlyos gyuladásokban. Súlyos és kiterjedt gyuladásokban nagy óvatosság szükséges, mert az eljárással árthatunk is.

A gümős izületi gyuladások kezelésére *Bier* módszere úgy látszik csak bizonyos esetekben alkalmas, erre nézve ma kellő számú tapasztalatok még nem állanak rendelkezésünkre.

Polyák Lajos (Budapest) *a Bier-féle pangásos vérbőséggel való kezelést orr-, garat- és gégebajokban* kisérelte meg. 137 betegén kedvező eredményt ért el az orr mellüregeinek genyes gyuladása, valamint nátha, mandolalob és gégebajok eseteiben.

A nyelési fájdalmak, sőt a gégetuberculosissal járó fájdalmak gyorsan enyhülnek, maga a kezdődő gégetuberculosis néha meg is gyógyul, e tekintetben azonban az eljárás még tökéletesítésre szorul.

A főthema körül fejlődött vitában többen vettek részt, *Borbély Samu* (Torda) Torda-Aranyos vármegye közkórházának idevonatkozó adatait adja elő. Szerinte izületi tuberculosis eseteiben (126 eset) a hyperaemiás kezelés csak a legritkább esetben vezet czélhoz. Heveny gyuladásos bántalmakban (133 eset) a módszer jól bevált, bár az operativ beavatkozás itt sem kerülhető el. Orbáncz és elgenyedt lymphoma eseteiben pangásos kezelés mellett a gyógyulás késik.

Balás Dezső (Budapest) hozzászólásában *Janny* tanár osztályán kezelt 142 esetről referál; szerinte acut gyuladásokban a Bier-féle eljárás értéke ma már kritika tárgya sem lehet, de chronikus, főleg gümős esetekben ezen módszer kellőleg még nem értékelhető. Ajánlja a gümős izületi megbetegedésekben az első fokú duzzasztás egyidejű alkalmazását az izület rögzítésével és tehermentesítésével.

Vidakovich Kamill (Budapest) az új szent János-kórház sebészi osztályán szerzett tapasztalatait ismerteti.

Ihrig Lajos (Budapest) nézete szerint a *Bier*-féle hyperaemiás kezelés technikájánál ügyelnünk kell a következőkre:

1. A leszorítás fokát, vagyis a duzzasztás hatását a lob fekvésének viszonya a savó nedváramához dönti el.

2. A leszorítás idejére nézve az a tapasztalata, hogy előnyösebb a 3—4 órás duzzasztás megismétlése, mint az állandó leszorítás.

3. A leszorítás helyét illetőleg, annak a lob határán túl, az egészséges szövetben kell történnie. A *Bier*-féle gyógyítás titka szerinte egyrészt a nedváramlás megfordulásában, másrészt a szövetek savós felhigításában rejlik.

Szalay Jenő (Erzsébetfalva) elért szép eredményeit tanulságos betegbemutatásokkal demonstrálja.

Fischer Aladár (Budapest) szerint az acut fertőzéses gyuladások közül a könnyebb és középsúlyos esetekben a *Bier*-féle eljárás — óvatosan alkalmazva — nem ártalmas és megkisérthető, de hatásosságában a helyes feltárással nem egyenrangú.

Súlyos, főleg streptococcusfertőzésen alapuló esetekben ne vesztegessünk vele időt, hanem rögtön nyúljunk az ez idő szerint souverain eszközhöz, a bő feltáráshoz. Gümős esetekben a *Bier*-féle módszer haszna még bizonyításra szorul s minden arra mutat, hogy nincs okunk az eddigi kezelési módszerektől, a *Dollinger* tanár elvein alapuló eljárástól eltérni.

Dollinger Gyula (Budapest) kijelenti, hogy a gümős izületek gyógyítása rögzítéssel, mely jelenleg mindenfelé elterjedt, nem az ő eszméje, hanem *Balassa Jánosé*. Érdeme csak az, hogy *Balassa* e nagy eszméjét a feledésből felszínre hozta s az ahhoz szükséges gépeket megszerkesztette.

Az élénk vitát *Makara* és *Lumniczer* szavai zárták be, melyekben az egyes hozzászólók megjegyzésére a legkimerítőbben válaszoltak és fentebb már ismertetett álláspontjukat újból körvonalozták.

* * *

Ezután az **általános sebészet** köréből vett kérdések tárgyalása következett.

Tauffer Vilmos (Budapest) *a modern asepsisről* értekezett feszült figyelem mellett. Leirja azon technikát, melyet klinikáján kifejt a fokozottabb sebvédelem érdekében és ezernél több laparotomiájának kritikai egybevetésével a következő eredményekre jut:

A szigorított asepsis keresztülvitele óta, mely azon időponttal esik össze, mióta a műtéteket keztyüs kézzel végezi (1905 szeptember hónapja óta) a sepsisben elhunytak halálozási aránya összesen 0·5%, a régi 2·2% halálozással szemben. Névszerint ezen újabb aerában 173 laparotomizált közül csak 1 halt el, de ennek fertőzési oka sem a műtőben rejlett, mivel az eset septikus adnextumor volt.

A gyógyulást régente az esetek 11%-ában kisérte hőemelkedés; mióta keztyüs kézzel operál, lázas hőemelkedést az eseteknek csak 5%-ában észlel.

A lokális sebgyógyulást régente az eseteknek 11%-ában zavarta tályogképződés, ma csak 2%-ban; exsudatum régente az eseteknek 5%-ában, újabban csak 2%-ában jelentkezik.

Hüttl Hümér (Budapest) *az operált betegekkel való elbánásról* tartott igen tanulságos előadást. Ismerteti azon elveket, melyek szerint a betegeket a *hasi műtétekre* előkészíti (fürdő, koplalás, tisztítócsőre; hashajtást és gyomormosást nem végez). A műtétet kesztyüben és álarczczal végzi, súlyt helyez „a hasfalak legtökéletesebb reconstruálására", collodiumkötéseket alkalmaz, minden betegnek kivétel nélkül — legkésőbb a műtétet követő napon — hashajtót rendel és ugyanakkor szilárdabb ételekkel is kezdi táplálni betegeit. Betegei háromélü térdvánkos nélkül feküsznek és akár már a műtét napján is felülhetnek. A gyomorbaj miatt operáltak sem tesznek kivételt.

Hüttl a késői felkelés sablonjával is szakított; legtöbb betege már 24—48 óra mulva a műtét után fölkelhet, sőt diabetesben szenvedőknek és korosabb egyéneknek egyenesen megparancsolja a korai felkelést. Minden per primam gyógyult betege a 10—12. napon távozik.

Boros József (Szeged) *stovainnal és novocainnal végzett lumbalanaesthesiákról* számol be 100 eset kapcsán. A két szernek parallel vizsgálása alapján tapasztalatait abban összegezi, hogy mindkettő egyenlő értékü mint anaestheticum, azonban a stovain toxikus hatása úgy a műtét alatt mint utána nagyobb és gyakoribb. *Boros* tehát a novocainnak biztosítja az előnyt.

Hints Elek (Marosvásárhely) *a végtagok endoneurális fájdalommentesítéséről* nyujtott be értekezést és azon eredményeket ismertette, melyeket novocainnak befecskendezésével a végtagok nagy idegtörzseibe elért; ezen módszerrel még kiterjedt amputatiokat is teljesen fájdalommentesen végzett.

Horváth Géza (Budapest) szintén értekezést nyujtott be a congressus elnökségéhez, melyben *a tömény karbolsav alkalmazásáról értekezik a fertőzött sebek gyógykezelésében*. Az eljárást eredetileg *Bruns* ajánlotta, újabban azonban *Lennander* elevenítette fel. *Horváth* tapasztalatai szerint ezen módszer fertőzött sérülés eseteiben a gyógyulási időt igen megrövidíti.

Legszebb eredményeit elgenyedt lymphomák, valamint gümős csont- és izületi bántalmak ilyetén való kezelésekor látta. Intoxicatiót egy alkalommal sem észlelt.

Huber Alfréd (Budapest) beszámol azon gyógyeredményekről, melyeket *az epithelioma és ulcus rodens x-sugaras kezelésével* elért. 36 idevágó esete közül 33 esetben, vagyis 92%-ban látott határozott javulást, illetve teljes gyógyulást, az esetek egy része még gyógykezelés alatt áll. Recidivát csak 3 esetben észlelt. A kezelés technikájára vonatkozólag: 3—4 heti időközökben maximális dosisokat alkalmaz, az adagolt fény mennyiségének ellenőrzése mellett.

Hozzászól *Chudovszky Móricz* (S.-A.-Ujhely). Igen nagy skepticismussal tekinti azon eseteket, melyeket Huber gyógyultakként említett és az x-sugaras kezeléssel elért javulást csak látszólagosnak, illetve időlegesnek mondja. Ezen állitását példával igazolja. Hangsúlyozza továbbá, hogy az x-sugarak adagolására teljesen megfelelő eszközünk jelenleg még nincsen.

Vidakovich Kamill (Budapest) figyelmeztet arra, hogy az x sugaras kezeléssel feltétlen eredmény érhető el akkor, ha próbaexcisionál a daganat basocelluláris carcinomának felel meg, mint azt *Clairmont* (Wien) a német sebésztársaság ezidei congressusán tartott előadásában kiemelte.

Chudovszky Móricz (S.-A.-Ujhely) *dipygus parasiticus esetét* ismerteti: az élősdi ikert a törzsikerről leválasztotta és bemutatja kórboncztani készítményét.

Manninger Vilmos (Budapest) *a rhinoscleroma* két esetét mutatja be, melyeknek gyógyítása czéljából radium-kalium csövecskéket alkalmazott, melyeket a betegek hónapokon keresztül orrukban viseltek. Mindkét beteg állapota lényegesen javult, a súlyosabb (szájpadot átfúró scleroma) látszólag teljesen gyógyult.

Hozzászól *Zimmermann Károly* (Budapest): thiosinamin-, fibrolysin, radium-bromid és saját készítményü scleroma-serummal végzett sikertelen gyógykisérleteiről számol be. *Manninger* eseteit lényegesen javultnak tartja, gyógyultnak azonban nem nevezheti.

Zárszavában *Manninger* fenntartja, hogy eddig még semmiféle eljárással sem lehetett oly eredményt elérni, mint a radiumsók alkalmazásával; a gyógyulást csak mikroskopi vizsgálattal lehet majd eldönteni.

Alexander Béla (Késmárk) „*Adatok a szövetekbe jutott idegen testek helyi meghatározásához*" czimen azon kutatásait ismerteti, melyeket újabban végzett. Amputált kézbe különböző helyeken és különböző mélységbe söréteket, aczéltüket stb. helyezett és az x-sugár rajzolta képen (*Alexander* különben e czélra a felvételi technika egy újabb módosítását, a vízszintes lámpaeltolást ajánlja!) az idegen testek plastikus rajzának és árnyékvetítésének mérlegeléséből állapítja meg világosan a különböző mélységben levő idegen testek rajzoltatásának törvényszerüségeit.

Alexander képei a helyes képolvasás és összehasonlítás szempontjából idegen testek localisatiojánál kitünő próba-objectumok szerepével birnak.

Az út, melyet *Alexander* megjelölt, egészen eredeti és új, ilyen képeket az x-sugaras irodalomban eddigelé nem tárgyaltak.

* * *

Következett a **részletes sebészet** tárgyalása. **A fej és nyak sebészeténél** *Chudovszky Móricz* (S.-A. Ujhely) egy *kisagydaganat Röntgen-képét* mutatja be, melynek alapján a műtétet megelőzőleg teljes pontossággal megállapította a daganat helyét és a műtét tervét.

A műtét a daganatnak a kisagysátorral való összenövése miatt csak próbaműtét lehetett, a daganat kiirtása lehetetlen volt. A bonczolás és a górcsövi kép elsajtosodott solitaer gümöt derített ki.

Winternitz M. Arnold (Budapest) *a farkastorok műtevésének technikájában* az utóbbi években következőleg jár el: a *Wolff* szerint készített lebenyeket bőségesen mobilizálja, sőt hogy minden feszülés nélkül jól összefeküdjenek, átszakítja az art. palatina descendenst és befelé luxálja a hamulust. A szokásos csomós varratokon kivül a hasadék nagysága szerint 1—2 pár

aluminium-lapocskából készült csapos varratot is alkalmaz. Az egész mütétet egy szakaszban végzi. Ideális prima gyógyulást 14 eset közül 9-ben (66%) ért el; csak 3 esetben vált szét a varrat. A mütétet lehetőleg fiatal korban, azaz a 2—5. év között végzi, későbbre halasztott mütétnél a functionális eredmény — a beszéd — már nem oly jó.

Bakay Lajos (Budapest) *az állkapocs polykystomáját (adamantinomáját)* három esetben észlelte *Dollinger* tanár klinikáján. Ezen tumor a jóindulatú daganatok közé tartozik, de eltávolítása feltétlenül szükséges, mivel túlnövésével az állkapcsot tönkreteszi. A daganatok szövettanát és eredetét tárgyalja.

Vidakovich Kamill (Budapest) *egyes müfogásokat ismertet száj- és nyaki daganatok eltávolításakor.*

(Folytatása következik.)

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XVII. rendes tudományos ülés 1907 május 25.-én.)

Elnök: **Erőss Gyula.** Jegyző: **Kiss Gyula.**

(Vége.)

Az adrenalin-arterionekrosis keletkezését megakadályozó eljárások.

Schrank Ferencz: Eredeti közléseink során egész terjedelemben hozzuk.

Néhány újabb klinikai vizsgáló módszer.

Plesch János: Mindenekelőtt egy általa feltalált optikai eszközt mutat be, mely a színconcentratio meghatározására és így a haemoglobinometriára alkalmas. Az eszköz, melyet chromophotometernek nevezett el, a physikai lehetőség határain belől tökéletesnek mondható és a vele elért haemoglobinometriai eredmények sokkal pontosabbak, mint a spectrophotometriai meghatározások. A chromophotometriás dolgozás rendkivül kényelmes és gyors. Az eszközt Franz Schmidt és Haensch (Berlin, Prinzessinnen-str. 16) gyártja.

Azután egy szintén általa feltalált vérgáz-analyzáló készüléket ismertet. Az eszköz lehetővé teszi a vérgázaknak szivattyú nélkül való analyzálását. Az eljárásnak az a lényege, hogy egy szénoxydot tartalmazó eudiometert vérrel megtöltött absorptiós pipettával hozunk összeköttetésbe. Egyrészt a haemoglobinnak a szénoxydhoz való nagyobb affinitása miatt, másrészt a nagy gázfeszültségi különbség következtében a vér haemoglobinja a szénoxyddal telítődik, így a CO a vérből az oxygent, nitrogent és szénsavat quantitative kihajtja. Ha a gázt a vérrel való bensőbb érintkezés után a készüléken czélszerü módon alkalmazott absorptiós és explosiós analyzáló részben megelemezzük, directe megkaphatjuk a vér oxygen-, nitrogen- és szénsavtartalmát, valamint a haemoglobin által megkötött szénoxyd mennyiségét. Ezen az alapon tanulmányozható lesz a szénoxyd, oxygen és szénsav dissociatiós görbéje különböző nyomáson és hőmérséken, valamint a vérgázok feszültségi viszonya, a véroxygen capacitása magaslati helyeken, mind oly kérdések, melyek eddig a hiányos methodika miatt csak részben vagy egyáltalában nem voltak feldolgozhatók. A készülékkel elért analyzisek eredménye jobb, mint a régi szivattyú-analyzissel elérteké.

A két eszköz bemutatása után az előadó a vérmennyiség meghatározásának módjairól beszél. A régi Welcker-féle eljárást, mely a vérmennyiségnek a hullában való meghatározására szolgál, úgy módosította, hogy az állat vérérrendszerének konyhasóoldattal való kimosása és a felaprózott állat kilúgozása után a hullarészekből a vért a Buchner-féle hydraulikus présben is kisajtolta. A mosófolyadékot kovasavval tisztította meg. A mosófolyadék haemoglobintartalmát pedig chromophotometerével határozta meg.

A vérmennyiségnek az élőben való meghatározására kétféle elv alapján négy methodust dolgozott ki.

Az egyik az inhalatiós eljárás. Lemért mennyiségü szénoxydot lélegeztet be. A vérmennyiséget most kétféle módon határozza meg. Az inhalatio előtt absorptiós készülékében megállapítja az illető egyén vérének szénoxyd-capacitását. Az inhalatio után szintén meghatározza a vérnek szénoxydot felvevő képességét, a mely, tekintve, hogy a vér egy része az inhalatio által egy bizonyos fokig szénoxyddal már telítve van, kisebb lesz, mint az inhalatio előtt volt. A differentia adja a vérnek szénoxydtartalmát. Ismerve az inhalált szénoxydmennyiséget, továbbá egy lemért mennyiségü vérnek szénoxydtartalmát az inhalatio után, ebből kiszámítja az összes vér mennyiségét.

A másik eljárás, a melylyel szintén CO-inhalatio útján állapítja meg a vér mennyiségét, abban áll, hogy a chromophotometerben addig ad oxyhaemoglobinos vérhez szénoxyd-haemoglobint, míg annak a színe meg nem egyezik az inhalatio után nyert vér színével. A vérnek külön megállapítandó szénoxyd capacitásából, az elhasznált szénoxyd mennyiségéből és a titrálás eredményéből kiszámítja a vér mennyiségét.

A második elv, mely szerint a vérmennyiséget megállapítja, az ú. n. injectiós eljárás. Ez abban áll, hogy a megvizsgálandó egyénből venaepunctio útján vért vesz, majd lemért mennyiségü isotoniás konyhasóoldatot infundál intravenosusan. Az infusio után vett vérpróbának festőerejét most összehasonlítja az infusio előtt vett vér festőerejével. A vérmennyiség kiszámítására azután a következő képletet használja: $V = \frac{c \cdot b}{a-b} + d$, mely képletben V a vér mennyisége, c az infundált isotoniás oldat mennyisége, a a vér festőereje százalékban kifejezve az infusio előtt, b a vér festőereje százalékban kifejezve az infusio után és d az infusio előtt lecsapolt vér mennyisége.

Az előadó vizsgálatainak élettani részét a berlini Zuntz-féle laboratoriumban, klinikai részét pedig a berlini II. sz. belklinikán végezte. Vizsgálatainak eredményei közül először azokat közli, melyek a methodikának ellenőrzésére szolgáltak. Így az inhalatiós eljárással 8·31%, a titráló eljárással 8·31%, az injectiós eljárással 8·00% és a Welcker-féle eljárással 7·98%-ban állapította meg a vér mennyiségét. A normális ember vérmennyisége a testsúly 5%-a, haemoglobinmennyisége 0·7%-a. A vérmennyiség a testsúly százalékában van kifejezve kitesz kutyában 7—8%, lóban 7—10%, tengerinyúlban 5—6%-ot. Kövér embereknek testsúlyukhoz viszonyítva kevesebb vérük van, mint sovány embereknek. Chlorosisosokban a vér mennyisége 7—9%-kal megszaporodott. Röviddel a vérveszteség után vizsgált anaemiásokban a vérmennyiség csökkent, később egészen 6·6%-ig emelkedett. Rendkivül fontos az előadónak azon észlelete, hogy veselobos betegekben a vérmennyiség csaknem kétszeresére fokozódott. Így oedema nélküli vesebajosokban a vérmennyiség a testsúly 8·09—9·91 százalékát tette. Ugyanezen vizsgálatot chronikus nephritisben szenvedő két kutyán megismételve, az aredmény ugyanolyan volt, vagyis az egyik kutyának vérmennyisége 15,83, a másik kutyáé 16·06%-ot tett ki. Oedemás nephritis-esetet az előadó csak egyet vizsgált. A felnött betegen az előbbi lelettel ellentétben a vérmennyiség csak másfél litert tett ki. Plesch ezen leletek nagy fontosságára utal és különösen a nephritikusokban fennálló magas vérnyomást és a balszívhypertrophiát a megnagyobbodott vérmennyiséggel hozza oki összefüggésbe.

Végül a tudományos világban általánosan ismert kopogtatási eljárását ismerteti, melynek különösen három előnyét emeli ki. Azáltal, hogy a plessimeter-ujjat a körömpercz-izületben feszesen tartja és a kéztő felé eső interphalangeális izületben derékszögben behajtja, a phalanx epiphysisére gyakorolt percussiós ütés által keltett hullámok jobban a mélybe terjednek. További előnye percussiós eljárásának, hogy csak az ujjhegynek megfelelő nagyságú területet kopogtatunk és hogy az ujjtartás által kisebb érzési eltéréseket tudunk észrevenni, mint a régi eljárással. A kopogtatás physikai alapelveiről mondja el azután saját nézetét, mely az eddigi felfogással teljesen ellenkezik; saját physikai és hullakisérletei bizonyítják, hogy a kopogtatáskor a percussiós és acustikai hatósphaera a Plesch-féle kopogtatási eljárásnál kúpalakú, míg a régi kopogtatásnál féltojásalakú és ezzel magyarázza, miért érhetünk el kopogtatási módszerével pontosabb szívhatármeghatározásokat, mint egyéb eljárásokkal. Az előadó tagadja, hogy sensu strictiori vett tapintó kopogtatás léteznék, ezzel szemben ajánlja az általa bathyaesthesiás kopogtatásnak elnevezett eljárást, mely abban áll, hogy nemcsak a bőrérzésre (tapintat) figyelünk, hanem a mélységérzésre is (izület, izom, in stb.), melyeknek érzékenysége sokkal nagyobb a

tapintó érzék érzékenységénél. Ezen eljárásnál gyengén directe vagy plessimeterre kopogtatunk, úgy, hogy hang alig hallható és csakis az érzési eltérésekre figyelünk. Az ezen kopogtatási eljárással meghatározott szervhatárok orthodiagraphiai felvételeikkel teljesen fedték egymást.

Hochhalt Károly kérdi az előadót, vajjon a bathyaesthesiás percussionál a percussiós avagy az acustikai hatósphaera jut-e érvényre.

Plesch János válaszában kifejti, hogy a bathyaesthesiás percussionál a visszaverődött léghullámok qualitativ és quantitativ változásai jutnak megfigyelés alá és hogy a percussisós hatósphaera csak alárendelt szerepet játszik. Ezt úgy bizonyítja, hogy a száj és orr befogása által, mely a léghullámoknak kifelé való kitérését megakadályozza, ezen eljárás érzékenységét tetemesen fokozhatjuk.

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(Ülés 1907. január hó 31.-én.)

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

(Folytatás).

Hydronephrosis esete.

Illyés Géza: A 30 éves nő $^1/_2$ év előtt hasa bal felében daganatot vett észre, a mely lassan növekedett. Vizelete azóta zavaros. Időnként derékfájásai voltak.

Felvételkor a has bal felében gyengén hullámzó daganatot éreztünk, mely lefelé húzódott a kismedencze felé. A betegen cystoskopos vizsgálatot s mindkét oldali ureterkatheterezést végeztünk.

A jobb vese vizeletének fagyáspontja 1·70, a vizeletben kevés véren kivül egyéb kóros alkotórész nem volt. A phloridzin-injectio utáni czukormennyiség 1·00%, szürés után jól hígít.

A bal vese vizeletének fagyáspontja 0·58, benne sok geny és fehérje, phloridzin-injectio után czukor nincsen, szürés után alig hígít, a bal veséből az ureterkatheter feltolása után sürü egymásutáni cseppekben 150 gm. zavaros folyadék ürült.

A bal ureterkatheteren át egy másik alkalommal 5% collargol oldatot fecskendeztünk a vesemedenczébe, s a vesét Röntgen-fénynyel fényképeztük, de semmi árnyékot sem kaptunk, a minek az oka — mint a műtét után kiderült — abban rejlett, hogy a vesezsákban a collargol nagyon felhígult.

A beteg, mielőtt hozzánk került, belbetegosztályon feküdt, a hol Koch-féle tuberculin-injectiót kapott, melyre igen heves általános és a bal vesetájra szorítkozó helybeli reactio is jelentkezett, s ezért vese-tuberculosis diagnosissal tették át osztályunkra.

Műtét: Ferde lumbális metszéssel a vesetájékot feltárva, hullámzó daganatra akadtunk, melyről kiderült, hogy az ágyékizomzat alatt fekszik és közel egy liter genyet tartalmazó hideg tályog volt; ezt a hullámzó daganatot tudtuk tapintani, s ez adta a helybeli tuberculin reactiót.

Miután a tályog jól kiürült, csak ekkor tudtuk a felette fekvő nagy hullámzó vesedaganatot kiszabadítani, körüljárni s kiirtani. Az eltávolított vese elvékonyodott, egészen sima falú nagy zsákot alkotott. A retentio alkalmasint úgy keletkezett, hogy az ureter erősen heges üregben eredt a vesemedencze olyan részén, mely nem volt a legmélyebb pontja. Ez által az ureter egyik fala a másikhoz szoríttatott, s a vesemedenczében jelenlevő vizeletpangás fokozódott.

A beteg meggyógyult. Hideg tályogja gümős ágyékcsigolyagyuladásból származott, melyet jodoform-glycerinnel kezeltünk, s a beteget spondylitis-fűzővel láttuk el.

Vesetuberculosis, vesekiirtás gerinczvelőérzéktelenítés mellett.

Illyés Géza: Az 53 éves férfibetegnek 10 év előtt állítólag baloldali vesetályogja volt, mely műtét nélkül gyógyult. 1906 augusztusban bal oldalában ismét fájdalmakat kezdett érezni, s vizelete is zavaros lett.

A beteget megvizsgálva s ureterkatheterrel a két vese vizeletét külön felfogva kiderült, hogy a bal vese vizeletében sok geny van, s ezen vese alig működik.

A betegnél időnként magas lázak támadtak, melyek a bal vesebeli genyedés pangásából származtak; mivel a betegnél súlyos arteriosclerosis és aortabillentyü-elégtelenség állott fenn, makacs bronchitis-szel, narcosist nem mertünk használni, s ezért a műtétet lumbalis anaesthesiában végeztük október 22.-én. A lumbalis anaesthesia czéljából beszúrtunk a II. és III. ágyékcsigolya között a középvonalban a gerinczcsatornába, s miután tiszta liqu. cerebrospinalis ömlött, befecskendeztünk 5 cgm. tropacocaint, s a beteget felemelt medenczével ferde síkba fektetve, 5 percz mulva végezhettük a műtétet. A vesekiirtást a szokott ferde lumbális metszéssel végeztük; a beteg a műtétet fájdalom jelzése nélkül jól tűrte. Egy izben a pulsus kissé gyengébb lett, de cognac itatására csakhamar megjavult. A kiirtott vesében almányi és kisebb sejtes tömegekkel kitöltött gümős góczok voltak. A beteg 3 hét alatt gyógyult, s jelenleg jól érzi magát.

Májtályog.

Remenár Elek: 54 éves férfi. Jelen bajáig egészséges volt. 8 hét előtt gyomrát elrontotta, gyomorgörcsöt kapott, a hideg kirázta. Azóta folyton fekszik, gyomrát fájlalja, lázas és rázóhidegei vannak; a rázóhideg naponta 3—4-szer is jelentkezik, majd 1—2 napra kimarad. Felvételi állapot: Jól alkotott, lesoványodott férfibeteg erős mellkassal, a has puffadt, a májtájék elődomborodó. A tüdő és szív ép. Kopogtatásra jobboldalt elül az V. bordától, hátul a VIII. bordától a légzéssel leszálló tompulat van, alófelé a tompulat a köldök magasságáig ér, itt az érzékeny máj széle kitapintható. A megnagyobbodott máj felett a bőr kissé oedemás. A vizeletben fehérjenyomok. A szék rendes. Valószinűnek látszott a megnagyobbodott és érzékeny májban keresni a hőemelkedés és rázóhideg okát. A hátulsó hónaljvonalban a VIII. bordaközben megejtett próbapunctiora epefestenyes, sárgás, nyálkás, kissé büzös genyet kaptunk. A genyben górcső alatt sok széteső fehérvérsejtet és zsírszemcséket találtunk. Echinococcus-horog nem volt kimutatható. A műtét előtt nyert genyből bakteriumot nem sikerült kitenyészteni. Minthogy a beteg állandóan lázas volt, deczember 22.-én transpleurális laparotomiát végzett lokális érzéstelenítés mellett Illyés magántanár.

A hátulsó hónaljvonalban a VIII. és IX. bordából körülbelül 14 cm.-nyi darabot resekálva, a két pleuralemezt összevarrva, a rekeszizomra jutunk. Ezt átvágva a hasüregbe érünk, előttünk van a máj felső-hátulsó felülete, mely helyenként szálagosan van a rekeszhez nőve. A máj leghátulsó zugában elődomborodó, kissé puha területet megpungálva, itt $1^1/_2$ cm. mélységből punctiora genyet kapunk; e hely körül a rekeszizom körkörösen lenőtt, úgy hogy a hasüreg el van zárva. A sebet kitamponáljuk, s a májtályogot 5 nap mulva megnyitjuk. A máj sebéből sok sürü zöldessárga geny ürül. A beteg a műtét óta láztalan, a tályogból állandóan rendkivül sok geny ürült. A beteg mindazonáltal folyton gyengült, s a műtét után 1 hóra meghalt.

A bonczolás a következőt derítette ki: A megkisebbedett máj jobb lebenyében babnyi-mogyorónyi tályogok vannak, melyek a vena portaebeli ágak mentén feküsznek, összeköttetésük az utóbbiakkal rendszerint ki is mutatható. A genyedés eredete a végbél elülső falán a nyálkahártya alatti mogyorónyi lapos tályog volt, a tályog a végbél űrével közlekedik, mellette kendermagnyi gyüjtőeres csomó.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

1272/907. ig. sz.

A pécsvárosi közkórháznál megüresedett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhivom a pályázni szándékozó orvostudor, esetleg orvosgyakornok urakat, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeiket mélt. Erreth János úrhoz, Pécs sz. kir. város főispánjához czimezve nálam f. évi junius hó 25.-éig nyujtsák be.

Az állás javadalmazása 1200 korona és első oszt. élelmezés.

Pécs, 1907. évi junius hó 13.-án.

2—1 *Kórh. igazgatóság.*

4151/907. sz.

A lemondás folytán megüresedett **nagykomlósi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. 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. §-a értelmében képesítésüket, születési anyakönyvi kivonat és nyelvismeretüket kitüntető okmányokkal felszerelt kérvényüket f. évi junius hó 25.-éig a zsombolyai főszolgabirói hivatalhoz benyujtsák, mert a később érkezőket figyelembe nem veszem.

51. évfolyam. 25. szám. *Budapest, 1907. junius 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. TANÁR,
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.

Kétly Károly: A tuberculosisról. 455. lap.

Guszman József: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem bőrkórtani intézetéből. (Vezetőtanár Nékám Lajos dr., egyet rk. tanár.) Fürdők és ásványvizek a dermatologiában. 458. lap.

Jendrássik Ernő: Közlemény az idegklinikáról. A szellemi műveletek mechanismusa és lokalizálása. 460. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Jarintzoff Dimitryné:* Hogyan születünk. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Chodounsky:* A meghülésről. — *Belorvostan. H. Sahli:* A vérkeringés egy újabb vizsgáló eljárása: a sphygmobolometria. — *Sebészet. Scheu:* Az emlőrák sebészi gyógykezelésével elért eredmények. — *Löwen:* Lehet-e a tetanust curarinnal kezelni? — *Schrumpf:* Az appendicitis kórbonczolástana. — *Húgyszervi betegségek. Baudet* és *Kendirdjy:* A vaso-vesiculectomiáról. — *Lohnstein:* A hólyagba jutott stearintömeg eltávolítása. — *Venereás bántalmak. Thalmann:* A syphilis korai kezelése. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Baisch:* A terhesek hányása. — *Hoppe-Seyler:* Szer idült szívbelhártyalob ellen. 462—466. lap.

Vegyes hirek. — Pályázatok. — Hirdetések. 466. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 467—470. lap.

Melléklet Szemészet 2. szám. Szerkeszti: *Grósz Emil* dr., egyet. tanár.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A tuberculosisról.

Szünidei orvosi cursusi előadás *Kétly Károly* tanártól.

Ma már véglegesen eldöntött dolog, hogy a tuberculosis *fertőzés* útján támad. Évezredek teltek el, míg emez állandó és nagy fokban pusztító — hisz az összhalálozások 1/7-ét tuberculosisra róhatjuk — betegség természetét és terjedését felismerték. Tulajdonképen *Villemin*[1] 1865-ben végzett kisérletei bizonyították már a tuberculosis fertőző természetét, a midőn tuberculosus anyagok átoltásával egészséges állatokon tuberculosist idézett elő. Ezen az alapon *Klebs*, majd *Cohnheim* a tuberculosist spec. fertőzeti bántalomnak tartották, mely felfogás csakhamar *Koch Róbert* által 1881-ben felfedezett *gümőbacillus* által beigazoltatott. Tuberculosis csakis a gümőbacillus útján és által támad. A kisérleti átoltások, főleg a szem elülső kamráján végzettek, azt mutatják, hogy a tuberculosis *eleinte tisztán helybeli megbetegedés*, mely csak a kórcsirák tovakúszása vagy vitele által lesz kiterjedtté vagy általánossá.

A tuberculosus fertőzés rendszerint *egy* vagy *kisszámú* bacillusok bejutása által támad, egyszer a tüdőben, máskor a nyálkahártyákon, mirigyekben stb. Ha adaequat, alkalmas a talaj, akkor ott fejlödni és szaporodni kezdenek, de tudjuk, hogy a tuberculosus bouillonok proliferatioja nem gyors, lassan és fokozatosan szaporodnak, helybelileg első sorban *gümőalakú* elváltozást hoznak létre, mely kölesnagyságú. A gümőt erek nem látják el s így táplálék nélkül marad, ezért, de meg a gümőbacillusok mérges anyagának kóros befolyásától is, a gümő közepén szövetelhalás — coagulatiós nekrosis — támad. Sárgásfehér, száraz, sajtos tömeggé változnak át, mely később pépesen ellágyul vagy mészsók lerakóddása által elmeszesedik stb. A míg a gümös gócz közepén ezen elváltozás folyik, a környékén erős bövérüség és kötőszövetsejtek proliferatioja által rostos kötőszövetújképződés indulhat meg, mely burjánzása segítségével a gümős góczot betokolhatja és így ártalmatlanná teheti. Hogy ez így bekövetkezhet, azt mutatja ama számos eset, melyeknél egyéb bajban elhaltak tüdejében ily elmeszesedett és behegedt gyógyult góczokat látunk.

Az elmondottakból érthető a tuberculosis lassú, rendesen idült fejlödése és lefolyása. A *hevenyen* támadó tuberculosis, akár mint miliáris, akár a savós hártyák acut gümője vagy a heveny sajtos tüdölob alakjában, *Cornet*[2] szerint nem directe exogen infectio által, hanem autoinfectio útján, egy már előbb a testben létező gümös góczból hirtelen tömeges bacillusinvasio közvetítésével magyarázható. Az acut tuberculosis néha látszólag egészséges egyéneken támad, ilyenkor a bonczolás, ha kellő pontossággal végeztetik, majd mindig, bár néha nagyon kicsiny, régi primaer góczot derít fel, melyből áttörés útján a heveny alak fejlödött.

Mi módon történik emberen a gümös fertőzés? E kérdésre ma nehezebb a válasz, mint azt csak röviddel ezelőtt gondoltuk.

Az bizonyos, hogy gümőkóros szülők gyermekei sokszor szintén gümőkórosak lesznek. Ezen tapasztalás alapján épült fel az átöröklés tana. *Baumgarten*[3] egyenesen azt hiszi, hogy ilyen beteg gyermekek testében születésükkor jelen volt a tüdőbacillus, mely gomba vagy germinative a sperma vagy petefertőzés útján, vagy intrauterine, a placenta infectioja által jutott oda. *Baumgarten* e felfogása majdnem teljesen elszigetelt. Kisérletek és észleletek egyaránt ellene szólnak. A germinativ fertőzés bizonyítva eddig nincs. A placentáris átszármazás lehetséges, de mindenesetre annyira ritka, hogy a tuberculosus megbetegedések óriás számát tekintve, számba alig vehető.

Sokkal nagyobb azon búvárok száma, kik csupán a gümőkór iránti *hajlandóság átöröklését* hiszik. Szigorú elbirálás azonban e régi és elterjedt felfogás alapját megingatja. *Cornet* és *Schwarzkopf* logikus statistikai összeállításai fényesen mutatják, hogy a megbetegedéseknél is főleg az infectio jut érvényre, míg az ú. n. öröklött hajlandóság nagyon háttérbe szorul. Ezen *öröklött* speci-

[1] *Villemin:* Gaz. hebd. 1869.

[2] *G. Cornet:* Die Deutsche Klinik, II. k., 225. l.

[3] *Baumgarten:* Arb. Tübingen, II. k.

fikus dispositión kivül, a midőn gümőkóros szülők gyermekeinek hajlandóságáról van szó, felvesznek még *szerzett* hajlandóságot is, mely születés után betegségek vagy más gyengitő körülmények által idéztetik elő. A hajlandóság — dispositio — fogalma és jelentősége egyáltalán homályos; *G. Sée*,[1] a jeles franczia klinikus szerint: „La prédisposition est un mot pour masquer notre ignorance.“ Általában elfogadjuk, hogy az emberek nem egyenlően érzékenyek a tuberculosisbacillus iránt, egyéni különbségek léteznek annak bejutása, kiküszöbölése és az iránta való ellenállás körül. Sőt egy és ugyanazon egyénnél is időbeli ingadozásokat látunk, de arra nincsenek bizonyítékok, hogy valaki magas virulentiájú tuberculosisbacillusok ellenében fogékonysággal ne birna.

A tapasztalás, melyet a boncolások elvitázhatlanul igazolnak, azt mutatja, hogy az esetek túlnyomó számában a tüdőkben és a velük kapcsolatos hörgmirigyekben keletkezik a gümős megbetegedés, vagy csupán ezekre korlátozva, vagy legalább is ezekben első sorban. Úgy, hogy kimondhatjuk, hogy a tüdőgümőkór legtöbbször primaer megbetegedés. És csatlakozom *Cornet* azon felfogásához, hogy leggyakrabban belélekzés útján támad.

Újabban több búvár a gümős fertőzés útját a bélcsatornán át tartja gyakoribbnak. Igy *Calmette*[2] szerint a tuberculosisbacillusok legtöbbször az emésztőutakon át jutnak a szervezetbe. A bélbe lenyelés utján vándorolt tuberculosisbacillusok ott megragadhatnak, vagy felszivatván a bél nyálkahártyáján át, nyomot sem hagyva, a chyluserekbe jutnak s a ductus thoracicuson keresztül a véráramba kerülnek, s igy fertőzik a tüdőt és egyéb szerveket.

Már *Flügge*[3] nem áll ezen egyoldalú álláspontón. Ő a tuberculosus infectio útjait egyenlő mértékben osztja meg a belélekzés és a bélen való jutás között.

Spronck[4] szintén ezen nézeten van, de megjegyzi, hogy a *Behring* által hangoztatott fertőzési mód, a bélcsatornán át, elsődleges tüdőtuberculosis keletkezésére nem valószinű.

Behring szerint a csecsemők gümőfertőzte tápláléka volna a bélfertőzés főoka s ezen alapon támadna túlnyomó számban a gümőkór úgy a tüdőkben, mint egyebütt. *Behring* felfogása szerint a bélfertőzés és a tüdők megbetegedése közti hosszú idő a gümőbacillus évekre, sőt évtizedekre terjedő lappangását feltételezi. Már pedig ez ellen nemcsak a tapasztalás, hanem a gombák biologiai tulajdonsága is szól. Nem egyezik ezen nézet a localisatio törvényével, ellene bizonyít azon körülmény is, hogy mióta a köpetfertőzés ellen szigorú óvószabályokat alkalmaznak, a gümős megbetegedések Németországban tetemesen csökkennek, ellene szól még azon statistikai szám is, mely a magasabb korral aránylagosan növekedő gümős betegedést mutat. Embernél elsődleges bél- és mesenteriális mirigytuberculosis egyáltalán nagyon ritka. A bonczolások száraz adatai mutatják, hogy a lélekzőszervek gümőkórja minden életkorban, még a csecsemőknél is, jóval nagyobb számmal szerepel, mint a bél és bélmirigyeké.

A bél útjáni fertőzés lehetőségét, főleg a csecsemő és gyermekkorban, mindenki elismeri, de ismételve hangsúlyozzuk annak ritkaságát.

Tappeiner[5] volt az első, ki a gümős köpetek elporlasztásával, belélekzés útján, kutyáknál typusos tüdőgümőkórt hozott létre.

Később a tuberculosisbacillus felfedezése és annak a köpetben, a levegőben, porban stb. kimutatása, kisérleti úton bizonyította, hogy a tüdők fertőzése a bacillusok belélekzése által jő létre.

A belélekzett levegővel, mely egy belélekzésnél átlag 1/2 literre tehető, mindig csirák is jutnak a légutakba, szintúgy finom por is. A felső légutak a levegő porának, csiráinak nagy részét képesek ugyan visszatartani, de egy kis részük mégis eljut a finom hörgőkig, sőt a légsejtekig. Felnőttek boncolás alá jutott tüdeiben finom szén, homok, vaspor sokszor található, s az ezen irányú állatkisérletek eléggé bizonyítják, hogy azok belélekzés útján jutottak oda. Ha a belélekzett levegőben vagy annak porában tuberculosisbacillusok is vannak, úgy természetesen ezek is oda jutnak. A felső légutakban az orr, torok anatomiás viszonyainál fogva a levegőáram ereje stb. az odajutott port, csirákat könnyen elsöpri, csillóhámjuk (csillósejttel bir a garat, orr üregei, gége, légcső, hörgők, Eustach-cső, stb.), és a nyálkaáram szintén védőleg hat, az idegen anyagokat felfelé küszöbölvén; a légsejtekbe jutott részecskék azonban már ott ragadnak, mivel e sejtek, csillóhám hiján, azokat kihajtani nem képesek; legfeljebb a nyirokutak segitségével később a szomszédos hörgmirigyekbe húzódnak. Igy érthető, hogy a felső légutak primaer gümős megbetegedései miért ritkák, míg a tüdő, noha a belélekzett káros és kóros anyagoknak nehezebben hozzáférhető, oly gyakran lesz elsődlegesen megtámadva. A csillósejtek fontos védő szerepre hivatvák a légutak körül. A por és vele esetleg kóros csirák bejutását nagyfokban akadályozzák és az odajutottakat ki- és felfelé tolják. Bizonyos körülmények, mint erős ütés, mely a mellkast éri, alacsony vagy magas hőmérsék, köneny, szénsav, s mindaz, a mi az élő protoplasmát bántalmazza, csökkenti a csilló rezgést; ha e vélő rezgő mozgás egy időre kisebbedik vagy megszünik, akkor az esetleg odajutott kórcsíráknak idő jut megtapadásra, szaporodásra és virulentiájuk kifejtésére. Nagy meghülések után keletkezett pneumoniákat *Cornet* ekként magyaráz.

A *Koch* által felfedezett bacillusok hossza 0·0015—0·004 millimeter, néha lánczokat alkotnak. Valoszinű, hogy sporákkal birnak. Fejlődésük csak bizonyos hőmérséklet mellett történhetik 29 és 42 C° között és ezért az élő szervezeten kivül szaporodásuk nagyon hiányos és rövid időhöz kötött, sőt még kulturákban is legkésőbb 6 hó alatt elhalnak. Gyakorlatilag fontos annak eldöntése, hogy tuberculosus köpetek beszáradva, a földön vagy egyéb helyeken elszórva, meddig maradnak fertőzőképesek. A kisérletekből kitünik, hogy átlag 3 hó alatt veszti el a beszáradt tuberculosus köpet virulentiáját; kivételesen hosszabb időre van szüksége, de ez 8 hónapon túl sohasem terjed.

Folyadékokban különböző ellenálló képességgel birnak; rothadó köpetben 1/2—2 hónapig, álló vízben, csatornalében fél évig maradnak virulensek. 100° száraz meleg egy óra alatt, áramló gőz már 15 percz alatt megöli azokat. Tejben csak 90°-ra hevítve lesznek ártalmatlanok. A hideg kevésbé befolyásolja életképességüket, —10°-nál hó alatt még 6 hét mulva is virulensek maradtak. Talajban 80 cm. mélységben elásva *Cadéac* és *Malet*[1] szerint, 167 nap mulva még fertőzőképesek voltak. A nap sugarainak direct behatása alatta már néhány percz vagy ha vastagabb rétegü köpetbe ágyazvák, nehány óra alatt elpusztulnak. Vegyi szerek hatása a köpetekre nagyjában a következő: Sajátszerü, hogy sublimat 2‰ oldata egyenlő mennyiségü tuberculosus köpettel vegyitve, a bacillusok életképességét nem befolyásolja,[2] miután felületes megalvadás támad. 5%-os karbolsav hasonmennyiségü köpetet 24 óra alatt ártalmatlanná tesz. Absolut alkohol 10-os mennyiségben hozzákeverve szintén.

6%-os formaldehydoldat sok órai behatására lesznek a tuberculosus köpetek sterilek.

Jodoform 8%-ban keverve glycerinbouillonhoz, a tuberculosisbacillusok fejlődését hátráltatja.

Legtökéletesebb módon pusztítjuk el a gümőbacillusokat égetés által.

Meg kell említenem, hogy nem mindig jő létre tuberculosisfertőzés ott, hol a bacillus a szövetekkel érintkezésbe jut. A fertőzés létrejöttére többféle körülmény folyhat be: egyéni hajlandóság, a szövetek anatomiai alkata, a bacillusok száma, főleg virulentiája stb. A tuberculosisbacillusok megtapadása a bélben sem oly könnyen megy végbe, ezt következtetjük azon tapasztalásból, hogy idülten lefolyó tüdőgümőkóros betegeknél, kik kétségkivül gyakran nyelnek le tuberculosisbacillusokat, aránylag ritka a bélgümőkór, sőt *Hansemann*[3] adatai azt mutatják, hogy 10 éven aluli gyermekeknél is, kik pedig majdnem kivétel nélkül lenyelik köpetüket, csak ritkán fordul az elő. A béltuberculosis főforrását gümőkóros állatok tejében és húsában vélték kimutatni. Ezen felfogás újabban némi változást szenvedett, ugyanis a szigorú megfigyelés azt mutatja, hogy az elsődleges bélfertőzés gyakorisága nem áll arányban a tuberculosus tápanyagok relativ

[1] *G. Sée*: Bullet. de l'Acad. de méd. 1889.
[2] *Calmette*: Tuberculosis. 8. szám. 366. l.
[3] *Flügge*: Tuberculosis. 10. szám. 519. l.
[4] *Spronck*: Tuberculosis. 8. szám. 380. l.
[5] *Tappeiner*: V. A. 1880. LXXXII. Bd.

[1] *Cadéac* és *Malet*. Congr. tub. 1888.
[2] *Tchill* és *Fischer*. Über d. Desinf. der Sputums. Med. Chron., 1890.
[3] *Hansemann*. Über Fütterungstuberc. B. klin. Woch., 1903.

gyakoriságával, mint ez *Obermüller*[1] és *Rabinowitsch*[2] adataiból kiviláglik. Ezen nézet megerősítést nyert *Koch R.*-nek a H. Tb. és B. Tb. dualitásának kijelentése által. Jelentékeny nevü gyermekorvosok tanúsága szerint az elsődleges emberi béltuberculosis és az izolált mesenteriális tuberculosis ritka, legalább jóval ritkább, mint azt gümőkóros tej, hús gyakori élvezete után várni lehetne. Mindezek ellenére *Klebs* és főleg *Behring* a beleket tekintik a tuberculosus megbetegedések főforrásául. *Behring* szerint a gümőkóros fertőzés rendesen a gyermekkorban történik és pedig kiválóan a tej útján. Ezen felfogás ellen *Cornet* foglal legélesebben állást. A tapasztalás ugyanis azt mutatja, hogy a Tb. az 5. életévtől emelkedő progressiót mutat a 70. életkorig. *Behring* állítása ellen szól a tuberculosis szabályszerü terjedésének útja is. Gyermekek hulláin túlnyomó a lélekzőszerv elsődleges fertőzése. A *Behring*-féle tan helyességét megingatja azon tapasztalati körülmény is, hogy a köpetprophylaxis életbelépte óta a tuberculosus megbetegedések száma csökken. Ha csakugyan a tej volna csecsemőkorban a tuberculosis főforrása, akkor a legtöbb megbetegedést ott kellene észlelnünk, a hol a legtöbb szarvasmarhagümőkór észlelhető, már pedig *Biedert*,[3] *Meyer*[4] pontos észleletei ép az ellenkezőt mutatják. Japánban nagy a tuberculosishalandóság a gyermekek között, pedig ott a marhahúst és a tehéntejet csak néhány év óta élvezik. *Behring* azon felfogása, hogy a tejen kivül a gyermekek egyéb, tuberculosisbacillusokkal fertőzött tápláléka volna a tuberculosisfertőzés főforrása, ellenkezik a localisatio törvényével és a kórboncolástani leletekkel; de ellenkezik azon már említett körülménynyel is, hogy a gümőkór a haladó korral szaporodik, de meg alig képzelhető a tuberculosis évtizedekre terjedő lappangása.

A tüdőgümőkór túlnyomó számú eseteiben a tüdőt és a hörgőmirigyeket látjuk egyedül megtámadottnak, vagy legalább első sorban megtámadottnak. Így elfogadható *Cornet* azon állítása, hogy a tüdőgümőkór a legtöbbször elsődleges megbetegedés s ez feltételezi, hogy a fertőzés leggyakrabban kivülről és pedig a belélekzési levegő útján történik. Ismert dolog, hogy szénmunkások, kőfaragók tüdejében, a légsejtekben, szenet és porrészeket találunk, melyek lélekzés útján jutottak oda, s így természetes, hogy az ezeknél kisebb mikroorganismusok még könnyebben vihetők be a belélekzett levegővel. Vajjon aspiratio útján is történik-e tüdőfertőzés, erre azt kell felelnünk, hogy előfordulhat ugyan, de ez kivételes, talán agonia alatt vagy narcosisnál jön elő.

Még néhány évtized előtt orvosok és laikusok azon nézetben voltak, hogy a tuberculosis gyógyíthatlan betegség, *Brehmert*-t illeti meg a dicsőség, hogy első sorban hirdette a gümőkór gyógyíthatóságát. A beteg test hygienés kezelése által ért el meglepő eredményeket. A makacs kór kezelésénél nem csupán a beteg individualitása jő figyelembe, hanem sok függ az orvos egyéniségétől is. Igyekezzék az szeretetteljes módon bizalmat önteni betegébe, határozott, öntudatos fellépésével rendelje el a kezelést és őszintén tárja fel betege előtt a helyzetet, mert csak így fogja az magát kitartóan, a siker reményében, rendeleteinek alávetni.

A legtöbbet igérő eljárás eddiglen a helyes *táplálkozás*. A tuberculosus betegek rendszerint lesoványodnak és ez által a test sejtjeinek ellenálló képessége a bacillusok iránt gyengül. Régóta igyekeztek az orvosok e miatt a beteg testét megfelelő táplálék által gyarapítani, s a test súlyában növekedő tuberculosus beteg már a javulás útjára tér. A táplálás elrendelésénél a beteg egyéniségét vegye figyelembe az orvos, mert a sémás eljárás megboszulhatja magát. A beteg legalább 5 izben egyék 24 óra alatt. Tej, tejtermékek, vaj, tojás, húsfélék, halak, vad, tészta, zöld főzelékek, befőtt, szalonna, burgonya, erős leves, a beteg emésztő képességéhez képest felváltva adassanak. Italul kiválóan víz ajánltassék. A bor csak igen kis mennyiségben, 1—2 deciliter, s az is a beteg egyéniségéhez mérten engedhető meg; lesznek betegek, kiknél a bor ellenjavalt, így vérköpés esetén, vagy hevülékeny egyéneknél. A sör már kiterjedtebben élvezhető.

[1] *Obermüller*. Über neue Unters. d. Vorkommen echt Tb. Erreg. in der Milch und Molkereiprod. betreff. H. R. 1900.

[2] *Rabinowitsch* u. *Kempner*. Beitrag z. Frage d. Inf. d. Milch der Kühe. Z. f. H. 1899. Bd. 31.

[3] *Biedert*. B. kl. W. 1901. 47. sz.

[4] *Meyer A*. C. f. B. 1901. 30. k.

Felnőtt egészséges ember napi szükségletére 120 gm. fehérje, 50 gm. zsír és 500 gm. szénhydrat igényeltetik. Ezek együttvéve körülbelül 3000 kaloriát termelnek. Soványodó gümőkóros beteg néha még többet is igényel. Egyoldalú hústáplálék nem felel meg, a vegyes étrend jobb eredménynyel jár. Persze a táplálás gyakran fennakadást szenved a beteg étvágytalansága miatt, ez esetben megállapítandó, hogy az étvágytalanságnak mi az oka. Tisztán ú. n. ideges anorexia esetén, a midőn nincs láz jelen és a gyomor vegyi és mozgási functioi rendesek, erélyes elbánás által sikerül a kényszeretetés. E mellett figyelembe veendő a beteg vágya is bizonyos ételnemek iránt. Itt-ott keserü orvosságok is eredménynyel nyujthatók. Jelentékeny szerepet játszik az étvágyra a szabad levegőn való tartózkodás és megfelelő nyugalom. Tüdőbetegekre nagy fontossággal bir az ú. n. levegőgyógymód. Zárt helyiségek, sürün lakott szobák levegőjében nagy a csíratartalom, szabadban, főleg hegytetőkön, tengerparton és nyilt tengeren legtisztább a levegő.

A levegő hőfoka nem bir nagy befolyással a bántalom kezelésének irányára. Régebben azt hitték, hogy a hideg ártalmas tüdővésznél. Görbersdorf betegei mutatják, hogy kellő öltözetben, 12 C° hideg mellett is jól érzik magukat a szabadban és javulhatnak. Sőt a tropusok alatt, hol nagy a hőség, gyorsabban lefolyó és nagyobb számú tuberculosismegbetegedéseket látunk, mint az északi részeken. Ellenben nagyobb befolyást gyakorol a gyors hőváltozás és a szél, ezek mellett gyakran rosszabbodást tapasztalunk. A betegek tehát megfelelő időben sokat tartózkodjanak lehetőleg pormentes levegőben, ha fekvők, akkor nyitott ablakok mellett vagy korridorokon élvezzék a szabad levegőt. A tengeren való utazás előnyei: a csíramentes, nedves sós levegő, nyugalom, rendesen jó étvágy, eléggé ismertek. Hasonló viszonyok lehetnek magasabb, erdős, különösen fenyves vidéken. Czélszerünek bizonyult a testen pamut- vagy selyem-alsóinget viselni. Kényes betegeknél sós alkoholbedörzsölések alkalmaztassanak, később a test részleges lemosása 25—18 R. fokú vízzel eszközöltessék. Fürdőket lázmentes betegeknél 27—26 R. fokkal, hetenként egyszer alkalmazhatunk. Zuhanyokat azonban csak kivételesen erős testalkatúaknál szabad vigyázva rendelni. Csúcshurutoknál és infiltratióknál az ú. n. keresztkötések jónak bizonyultak.

Sok mozgás mindig ártalmas, láz és szívgyengeség mellett feküdjék a beteg. Szapora, gyenge pulsus és magasabb hőmérsék ellenjavalja az utazást. A bántalom kezdeti szakában, még ha láz is van jelen, több eredményt érünk el, ha a beteget hazulról elküldjük, hely- és klimaváltozásnál gyakran tapasztaljuk, hogy a láz szünik és az étvágy javul. A hely szempontjából, a hova a beteg küldessék, arra kell ügyelnünk, hogy ott lehetőleg sokat lehessen a szabadban. Télen tehát oda, hol nincs nagy szél, a hol nem gyors a hőmérsékváltozás, a hol derült napokra számíthatunk. Vérköpésre hajlandókat ne küldjünk magas helyekre, ellenben torpid viszonyok mellett a magaslati gyógyhelyek ajánlatosak. A sivatag gyógyhelyei, mint *Heluan*, *Luksor*, *Assuan* stb. láztalan, még jó erőben levő betegeknek valók. Tengeri utazás sem való minden tüdőbetegnek, viharos időben sokat szenvedhetnek azok, a midőn a szél, eső miatt néha hetekig a szük hajókabinokban kénytelenek, gyakran tengeri betegséggel, feküdni. Ellenben jómódúak a Niluson hónapokra terjedő hajózásaik által nem egyszer bámulatos javulást értek el. De bárhová is menjen a tüdőbeteg, első sorban feltétlenül szükséges, hogy szakszerü orvosi felügyelet alatt álljon. Ez utóbbi körülmény adja magyarázatát a sanatoriumi kezelés eredményességének. Itt a szigorú fegyelem mellett a hasznosnak bizonyult gyógytényezők összessége jön alkalmazásba. Persze a sanatoriumok is csak akkor felelnek meg feladatuknak, ha czélszerü fekvésük mellett szakszerü és mindenekfelett lelkiismeretes vezetés alatt állanak, hol minden egyes beteg egyéni kezelésben részesül, a hol a lázas és így fekvő betegek tágas, szellős, napos helyiségekben helyezhetők el. Egy másik fontos szempont az, hogy a tüdőbetegek addig maradjanak a gyógyhelyeken vagy sanatoriumban, míg helyre nem állanak, nem szabad már előre a tartózkodás idejét 2—3 hónapban megállapítani, mert esetleg 1—3 év szükséges a gyógyulásra. A specifikus kezelés foglalja el ma a buvárok és orvosok főtörekvését, nem akarok most e helyen mindama kisér-

letekre kitérni, melyek *Koch Róbert* kezdeményezése óta folytak és folynak, minthogy eddiglen biztosan nem sikerült a tuberculosisbacillusok és termékeik által, sem közvetlen, sem közvetve, immunitást vagy gyógyulást elérni. Ez okból a spec. eljárás felől várakozó álláspontot maradok.

A mi a vegyi szereket illeti, ezek nagy számmal szerepelnek a tuberculosis gyógyításában; de egyikre sem foghatjuk reá, hogy spec. hatásuk volna. Leggyakrabban a *kreosot* vagy annak készítményei jutnak alkalmazásba, *guajakol*, *kreosotal*, *duotal*, *thiocol*, mint 10%-os oldat sirolin néven; úgy látszik az étvágy emelése, az emesztés javítása által érvényesül hatásuk, a mennyiben a táplálkozás és az erőbeli állapot többször növekedik. Egyúttal béldesinficiáló hatással is birnak.

Több oldalról dicsérik a *kámfor* hatását tuberculosus betegeknél. Rendszerint kámforolaj alakjában bőr alá fecskendezve, vagy a tüdő szövetébe. Főleg *Alexander Brunó*[1] közöl szép eredményeket: az étvágy, az alvás javulna, az éjjeli izzadások enyhülnének. Klinikumomon hosszú ideig kisérleteztünk e szerrel, nem tagadhatom, hogy egyes esetekben kedvező hatással, de magára a tüdőbeli folyamatra befolyást nem láttam. Az offic. kámforolajból napjában 1—2 fecskendőt adnak a bőr alá. Mások az *arsen* adagolásától láttak javulást. A *jodot* belsőleg sokan adták, mint *Cornet* megjegyzi, asthmás phthisikusoknál vagy lues jelenléténél néha eredménynyel. Szintúgy szóba jöhet a *jodoform*, mely szer főleg sebészi tuberculosisnál, mirigy-, izületmegbetegedéseknél, 10%-os jodoformglycerin-befecskendezések alakjában itt-ott hasznosnak bizonyult.

Landerer[2] a synthetikus *fahéjsav* vegytiszta natriumsójával, melyet *hetolnak* nevez, tett kisérleteket tuberculosus betegeken, azon gondolatmenet kapcsán, hogy általa a tuberculosus góczokon gyuladást támasztva, azokon hegesedést idéz elő. A szer 1—5% élettani konyhasó oldatából intravenosus befecskendezéseket végzett. Sajnos, a várt eredmények nem következtek be. Ezeken kivül még egyéb vegyi szerek is alkalmaztatnak a tuberculosis gyógyitására, de mint látható, kevés sikerrel.

A tuberculosus betegek láza ellen, ha az magasabb fokot ér el, legczélszerübb a nyugalom, állandó ágybanfekvés és hydrotherapiás eljárással küzdeni. *Brehmer* a láz gyorsabb felléptekor 150 gm. erős bort adott betegeinek, főleg akkor, ha a láz rázóhideggel kezdődött. Lázas betegek diaetájára nézve nem szabad sémás eljárást követni. Lesznek olyanok, kik magas láz mellett jó étvágynak örvendenek és jól emésztenek, ezeknél nem szorítjuk meg túlságosan az étrendet. Míg étvágytalanság, gyomorbélzavarok esetén csak folyékony táplálékot — tej, tejes pépek, erős húslevesek — engedünk meg.

Lázellenes orvosságok adagolása csak szükség esetén történjék, a mikor már más úton nem jutunk czélhoz; mert ha le is nyomjuk velük a magas hömérséket, az rövid időn belül ismét beáll és a mi a legkellemetlenebb, az orvosszerek hatása rendszerint nagyfokú izzadástól kisért. Czélszerünek láttam a lázellenes szereket kisebb adagokban nyujtani, ekkor a láz nem rohamosan száll alá és az izzadás kisebb fokú. Lehet *citrophent* 0·3—0·5, *pyramidont* 0·15—0·20, *maretint* 0·2—0·30 gm.-os adagokban napjában 2—3-szor adni. Étvágytalanság és szivgyengeség esetén *chinint*. A szereket lehetőleg a láz beállta vagy emelkedése előtt adjuk. A tuberculosus betegeknél kellemetlen és kóros tünet a gyakori, főleg éjjeli izzadás. A rendesen a hajnali órákban megjelenő profus izzadás miatt a betegek nyugalma is zavart, kénytelenek fehérnemüt váltani. Az izzadást a betegek erős köhögése idézi néha elő vagy nagyobbítja, de máskor köhögés és láz nélkül is fennáll. Ellene különféle módon kell küzdenünk. A szoba hüvösen tartandó, könnyü takarók alkalmaztassanak, elalvás előtt hüvös lemosások vízzel vagy még inkább alkoholos oldattal eszközöltessenek, sokszor sótalan szalonnával való bedörzsölés is hasznos, azon testrészeken, melyek leginkább vannak megtámadva, mint a nyak, a mellkas stb. Újabban a *salicylhintőpor* vagy a *tannoform*, szintén hintőpor alakjában, gyakran eredménynyel alkalmaztatik. Belső szerek közül ártalmatlansága miatt első helyen a *zsályát* említem fel, ezt hosszú idő óta rendelem *trastalvial* alakjában, este 10—20 cseppet vízben vagy borban. Hatása többször örvendetes, de rendszerint csak 10—14 napig tart, ekkor többet kell belőle adnunk, míg végre a nagyobb adag is csödöt mond. Második helyen a *guacampholt* ajánlom poralakban, este 0·2—1·0 gm. adagban; e szertől sem láttam soha kellemetlen mellékhatást. Az izzadást rendszerint hosszú időre, sőt néha végleges szünteti. Jó hatással bir az *agaricin* is, melyet labdacsokban fél centigrammos adagban nyujtunk. Hatalmas ellenszere az izzadásnak az *atropinum sulfuricum* fél milligramm adagban labdacsokban vagy oldatban adva.

[1] *Alexander Br.*: Berliner klin. Woch., 1892.
[2] *Landerer A.*: Die Behandl. d. Tbc. mit Zimtsäure. Leipzig, 1898.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem bőrkórtani intézetéből. (Vezetőtanár: Nékám Lajos dr., egyet. rk. tanár.)

Fürdők és ásványvizek a dermatologiában.[1]

Guszman József dr, egyet. tanársegédtől.

A balneologia és dermatologia közötti kapocs meglehetősen laza. Ezen állításunk nem oly értelemben veendő, hogy a dermatologiában a fürdőknek és ásványvizeknek hatás dolgában talán nagyon csekély szerep jut, hanem olyképen, hogy az általános gyakorlatban még nem uralkodik az a tisztult felfogás, melylyel a balneologiai tényezőket az egyes bőrbántalmak gyógyításában alkalmaznunk kell. Mivel pedig a balneologiai gyógyítótényezőknek helyes igénybevétele még nem ment át kellő mértékben az orvosi köztudatba, a disciplinával szakszerüen nem foglalkozó orvos idővel csaknem egészen félretolta a balneologiai gyógyító eljárásokat s igy legtöbbször ügyet sem vetett az olykor józanulelőtörő óhajra, hogy talán valami fürdőre vagy gyógyforrásra volna szükség. Az orvos hovatovább oly annyira elfordult a balneologiai gyógyítótényezők használatától bőrbajok esetében, hogy lassanként az avatatlan körök is sarktételnek tartották, hogy a bőrbetegeknek ártalmas a víz vagy fürdő. Bizonyos, hogy e vélemény kialakulásában egyes dermatologusok is vétkesek voltak, mert tudományos véleményükre támaszkodott a nagyobb tömeg. Mindezek miatt a dermatologus minduntalan jut oly helyzetbe, hogy az a beteg, a ki vakon fogad el bármilyen furcsa vagy képtelen gyógyitási ajánlatot, az elrendelt fürdőt vagy lemosást csak kétkedve és ellenkezve végzi.

A víztől való félelem valóban csodálatos és a józan ész szinte megdöbben a mindennaposan tapasztalt dolgokon. Az, hogy egy tetvekkel ellepett egyén, kinek feje, nyaka vagy egyéb testrésze egyetlen pörktömeggel borított a vakarás általi eczemától, drága kenőcsöket s egyéb szereket használ, az mindennapos tapasztalás, de hogy saját elhatározásából jól megfésülködjék, testét mossa és fürösszse, az már ritkább dolog. Sajnos, hogy e drastikus, de való példánál nem kell mindjárt az útszéli csavargóra gondolnunk, mert előfordul az különben elég jó viszonyokban élők között is. A víznek jótéteményszerü hatását a szervezetre egészséges állapotban sem szokta az emberek egy jó része kihasználni, annál kevésbé bőrbetegségek esetében.

De azért túlságba sem szabad átcsapnunk. A víz sem alkalmas szer minden bőrbaj kezelésében. Fontos tehát, hogy tudjuk: a víz hol ártalmas, hol nem káros és végül hol és mikor egyenesen ajánlatos fürdők vagy lemosások alakjában. Ennek meghatározásához szükséges, hogy úgy a dermatologiában, mint a fürdők hatásának ismeretében bizonyos jártasságra tegyünk szert.

Noha az újabb szerzők kevés kivétellel elismerik a fürdőknek és gyógyvizeknek nagy fontosságát a dermatologiában, a tankönyvek és nagyobb gyüjtőmunkák alig, vagy csak futólagosan említik fel a balneotherapiás tényezőket. Kivételt képeznek e tekintetben a franczia dermatologusok nagy része, a kik helylyelközzel nagyobb részletességgel ismertetik a tárgyat. Nem vélünk ezek után felesleges munkát végezni, ha röviden áttekintjük a dermatologiának azon fejezeteit, a melyekben a fürdők és gyógyvizek gyógyítás szempontjából kiterjedten alkalmazásba vehetők. E téren nálunk is munkálkodtak s itt csak *Marschalkó* tanul-

[1] Előadás, felolvastatott a XVII. Magyar Balneologiai Congressuson, 1906 április 13.-án.

ságos nagyobb előadását[1] említem, a melyről bizvást remélhető, hogy nem maradt hatás nélkül. De a tapasztalás mutatja, hogy a balneologia még mindig nincsen eléggé méltányolva, s így nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy mai ismereteink alapján nem hagyható továbbra is, hogy a bőrbajok egy jó és leggyakoribb része noli me tangere maradjon a balneotherapiával szemben. Ez alkalommal feladatunk az lesz, hogy kiragadva egyes fontosabb bőrbajokat, beigazoljuk rajtuk a víznek áldásos hatását. De ugyanakkor szükséges az is, hogy beilleszteni igyekezzünk hazai fürdőink és gyógyvizeink helyét a bőrbajok balneotherapiájában. Mert kétségtelen, hogy a dermatologiai therapiában is megfelelő helyet kell biztosítanunk fürdőink és vizeink számára.

A víz használatát fürdők és lemosások alakjában tapasztalás szerint épen azon bőrbajok kezelésében kerülték el, a melyeknél sokszor igen jó hasznát vehetjük. Ilyen az intertrigo. Elhízott egyéneken gyakoriak és nem annyira veszedelmesek, mint igen kellemetlenek és makacsok ezek az intertrigók. Ott támadnak, hol egyes testrészek szorosan összefekszenek, tehát főleg a hónaljban, inguinális hajlatokban s az emlők alatt. A bőr gyuladásos reactioját nemcsak a mechanikai izgalmak (dörzsölés) okozzák, hanem — és talán leginkább — a vegyi ingerek. A verejték maceráló hatásán kivül főleg annak bomlási termékei azok, melyek a gyuladást kiváltják és állandóan fenntartják. A bőrfaggyú és sokszor ruhafesték még csak hozzájárul a baj elhatalmasodásához. Ha ilyenkor rendszeres lemosásokat s fürdőket ajánlunk, a gyógyulás felé már megtettük az első lépést. A lemosásokat és fürdőket eleinte langyos 30—32 C° os vízzel és túlzsírosított szappannal rendeljük el. Ha így a lobot keltő anyagokat eltávolítottuk, mondhatjuk, hogy egyúttal a bántalom okát is megszüntettük. Nagy hiba volna azonban, ha ezután a bőrt magára hagynók s nem gondoskodnánk, hogy a felpuhult és zsírjaitól megfosztott érzékeny bőrt kiszáradásnak és újabb gyuladás veszedelmének kitennők. Nyilvánvaló, hogy az ily módon létrejövő visszaesések lehettek okai annak, hogy a lemosás és a fürdő, e legprimitivebb tisztasági műveletek, a bőrbajok kezelésében, hosszú időre hitelüket vesztették. Az intertrigós területek lemosása vagy megfürösztése után szükséges, hogy azokat azonnal csillapító kenőcsökkel, még jobb pastával bekenjük, avagy hintőporral beporozzuk, a mi által a beteg bőrrészeket nemcsak megóvjuk a víz káros hatásától, hanem egyben izoláljuk is azokat egymástól.

Az eczemák kezelésében is így járunk el. Hányszor tapasztaljuk, hogy az ambulantián jelentkező betegek eczemás testrésze több millimeternyi vastag pörktömegekkel, kenőcsrészletekkel és hintőporréteggel borított. E tömegek természetesen egyre bomlanak, büzlenek s a másodlagosan odakerült mikroorganismusoknak szaporodását nagyban elősegitik. Ez tehát a legalkalmasabb mód arra, hogy az eczema egyre rosszabbodjék. De nem ez az egyedüli baj. Erysipelasok és lymphangoitisek szerencsére nem gyakori szövődményei az eczemának. De a hol előfordulnak, ott csaknem kivétel nélkül ily elhanyagolt, tisztátalanul tartott eczemákat találunk. Ha ilyenkor bátor kézzel hozzáfogunk az oda nem való részek eltakarításához, a mi megint csak indifferens langyos lemosásokkal vagy fürösztésekkel végzendő és csakis akkor fogunk hozzá a megfelelő kezeléshez, a siker részben már meglesz. Az eczemák ily fajta megtisztításának előnyeit sokszor alaposan meg kell magyaráznunk betegeinknek, mert a víztől ilyenkor mindenki fél, sokszor még az orvos is. Az eczemás bőrterületet tehát első sorban meg kell szabadítanunk minden idegen anyagtól és lobos terméktől, mert alapelvnek tartandó, hogy csakis tiszta bőrre adható a megfelelő kenőcs, pasta, puder vagy egyéb anyag.

Mindez nemcsak a felnőttek eczemájára vonatkozik, mert áll ez még fokozottabb mértékben csecsemők eczemája esetében is. Pólyás gyermekek eczemája ugyanis az esetek legnagyobb részében a genitoanális tájék körül szokott megindulni, innen terjed tova. A fentemlített gyuladást okozó anyagokon kivül itt még a bomló vizelet és bélsár veszteglése is képezi a veszedelmet. Ha nem ismernök a víz helyes használatának előnyeit, bizony könnyen juthatnánk dilemmába a rákvörös eczemás gyermek kezelésekor.

[1] *Marschalkó*: Balneotherapia a dermatologiában. Balneologiai egyesület évkönyve, 1902.

Pedig a helyes kezelési irány itt is a lemosást és fürösztést követeli. Természetes azonban, hogy az eljárásnak még óvatosabban kell történnie, mint felnőtteken. *Lassar*[1] ilyenkor azt ajánlja, hogy a fürdőhöz korpa- vagy kamillafőzetet, esetleg tejet adjunk. Bármiképen alkalmazzuk is ilyenkor az óvatos fürösztést, bizonyos, hogy csecsemők eczemájánál elég sürün kell hogy rákerüljön a sor. A víz ártalmas hatásától nem kell tartanunk. *Lassar*, a kinek a legtöbb érdeme van az eczemák vízzel és fürdőkkel való kezelésének elterjedésében és propagálásában, már évekkel azelőtt hivatkozhatott több mint 10,000 eczemás eset vízzel való gyógyítására és nem bánta meg, mert csak jót tapasztalt. Főleg *Lassar*nak e jó eredményei voltak indító okai annak, hogy a dermatologiában ma már tért kezd hódítani ez a therapiás tényező.

A víztől való irtózás oka különösen az eczema gyógyításában *Hebra* tanításán kivül nyilvánvalóan abban is rejlik, hogy bizonyos körülmények között víztől vagy vizes anyagoktól csakugyan keletkezhet eczema. Mosónők, szakácsnők, orvosok, ápolók a vízzel való manipulatio folytán gyakrabban kapnak eczemát. Eltekintve azonban attól, hogy ilyenkor a víznek káros utóhatásai (száradás, maczerálás stb.) nem lesznek kellően elkerülve, bizonyos az is, hogy az inger nem annyira magában a vízben, mint a benne oldott vegyi anyagokban rejlik. Tudnivaló azonban ezzel szemben az is, hogy érzékeny bőrű egyéneken egyszerű hideg, vagy felmelegedő, ú. n. *Priessnitz*-borogatás is tud már lobos bőrreactiót létrehozni. Nehéz azonban ilyenkor is egyedül a víz hatását a höingerektől és a maczeráló hatástól elválasztani.

Az eczema fürdőkezelésének egyik leghivatottabb terét azon körülirt alakok alkotják, a melyek az erős infiltratio és hyperkeratosis, továbbá az idült lefolyás által vannak jellemezve. Ilyen körülirt chronikus eczemák kezelésében már az egyszerű langyos fürösztések is sokat segíthetnek, részben az infiltratio csökkentése, részben a puhító hatás következtében. Igazán jó hatásokat azonban akkor érhetünk el, ha a vizet ú. n. gyógyszeres fürdők alakjában rendeljük. E fürdők jó hatását különösen *Saalfeld*[2] emelte ki. Erősen hyperaemiás és beszürödött eczemás góczok jól befolyásolhatók, ha a fürdő tartama alatt kátránynyal vannak bekenve; ezen eljárással még rebellisebb kóralakok is eltűrik a vizet. Erős hyperkeratosist mutató, szarús tömegekkel borított száraz eczemák, melyek az anatomiai viszonyok miatt különösen a tenyéren és talpon székelnek, jól kezelhetők lúgos fürdőkben. Ha a puhítást és maczerálást nagyobb mértékben óhajtjuk elérni, legjobb, ha több-kevesebb mosószódát oldunk fel a vízben.

Az idült eczemás alakoknak ily gyógyszeres fürdőkkel való kezelésével nagyon meg lehetünk elégedve, mert csaknem kivétel nélkül tapasztaljuk, hogy egyrészt fürösztéssel kapcsolatosan a szokásos kezelési eljárásaink (kenőcs, tapasz stb.) sokkal jobban beválnak, másrészt pedig a gyógyszerek behatolását akadályozó szarús tömegek eltávolodása, illetőleg felpuhítása által azon helyzetbe jutunk, hogy gyógyító anyagainkat kevésbé erélyes módon kell adnunk.

Az eczemák fürdőkezelésének ismertetésekor különösen kiemelendő még két csoport, a hol az eredménynyel járhat: a seborrhoeás eczemaalakok és azon körülirt idült eczemák, a melyeknek főtünetét az infiltration kivül a gyötrő viszketés alkotja s a melyeknek leggyakoribb helye a genito-anális tájék. Ide tartoznak a scrotum, anus és vulva idült eczemái, a melyeket gyakorlati és főleg therapiás szempontból csak bajosan tudunk a pruritusoktól elválasztani. Mind e most említett kórformák fürdőkezelésére jó eredménynyel használhatók a gyógyvizű források, a gyógyfürdők. Mindjárt e helyen kell kijelentenünk, hogy az itt igazán szóba jövő gyógyforrások — kevés kivétellel — a kénes vizek. Ezek azok, melyek helyenként a bőrgyógyászati therapiában uralkodó vízellenes irányzatnak ellenére sikerrel állták meg helyüket és nagy hirre tettek szert. Ilyenek pl. külföldön *Bagnères-de-Luchon* (Haute-Garonne), *Aix-les-Bains* (Francziaország), *Schinznach* (Svájcz) és még sok egyéb. Ezeknek a kénes vizeknek bizonyos bőrbajok, így az eczema ellen való használatát főleg a

[1] *O. Lassar:* Zur Bäderbehandlung der Ekzeme. Therapeut. Monatshefte, 1892.

[2] *Saalfeld:* Ueber Bäderbehandlung bei Hautkrankheiten. Therapeut. Monatshefte, 1892. 6. évf.

franczia börgyógyászati iskola fejlesztette ki, specializálva minden egyes bőrbetegség számára a megfelelő kénes fürdőt. Véleményünk szerint ez túlzás, a melyet még franczia szerzők is elitélnek (Audry[1]). De másrészt bizonyos, hogy a kénes fürdők jótékony hatását tudomásul kell vennünk és alkalomadtán kiterjedtebben használni. Mert ha tudjuk is azt, hogy a fürdőhelyek kellemes környezetet, szabad levegőt, testi és szellemi pihenést és nyugalmat biztosítva a betegnek, már ezáltal is kedvezőbb viszonyok közé hozzák őt, másrészt el kell ismernünk és a tapasztalat is bizonyítja, hogy a beteg bőrre közvetlenül ható gyógyfürdők mindenkor kifejtik a bennük levő anyagok hatását. Tudjuk, hogy pl. a seborrhoeás eczemaalakok ellen a kén és a kénes készítményeket csaknem specificum gyanánt adjuk. Csak előnyére lehet tehát a betegnek, ha a kenőcsös vagy egyéb kénes kezelést időnként felváltjuk vagy kombináljuk kénes fürdőkúrával, mert bizonyos, hogy az sokkal kiméletesebben és tökéletesebben képes a kénnek előnyeit nyujtani. A víz maga pedig, melyben a kén mint kénhydrogen, vagy mint natrium calcium, kalium és magnesiumkénnáj foglaltatik, nem lesz ártalmára a betegnek, hiszen a legtöbb seborrhoeás kóralakot, szintúgy a pruritust is fürdőkkel és lemosásokkal szoktuk jó eredménynyel kezelni.

A kénes vizek közül fürdőkúrára a legalkalmasabbak a meleg források, de mesterségesen felmelegítve a forrásvizek is alkalmasak. E helyütt megemlítjük, hogy főleg franczia szerzők a gyógyvizek permetezését (pulvérisation) is ajánlják, különösen az arczon ülő körülirt eczemák ellen.

Ezek után feladatunk lesz hazai kénes vizeinkre röviden kitérni, mert kétségtelen, hogy e téren nem vagyunk a külföldre utalva. E kérdésben Bókay[2] idevágó munkáira támaszkodom. Meleg forrásaink nagyrészt meszes kénes vizek. Meleg meszeskénes vizeink közül gyógyczéljainknak meg fognak felelni fővárosi kénes vizeink: *(Lukács fürdő, Császárfürdő, Margitsziget, városligeti Artézi fürdő.)* Továbbá első sorban *Trencsén-Teplitz* és *Pöstyén* Ezekkel többek közt leginkább *Loëche-les-Bains* vizei, *Saint-Gervais* (source du Torrent) és *Schinznach*-fürdő hasonlítható össze, melyek mind nagy hirben állnak. A mehádiai *Herkulesfürdő* konyhasós-kénes forrásai és az ugyanolyan összetételü hidegvízü *Szobráncz* is gyakran vehető igénybe a dermatologiai praxisban. Adott esetben nagy haszonnal lehetnek a betegre nézve még *Harkány,* mint egyszerü kénes fürdő és *Varasd-Toplicza,* mint meszes-kénes-fürdő.

Mindezen most felsorolt kénes vizek hatása abban fog nyilvánulni, hogy a régi makacs infiltratumok felszívódnak, a seborrhoeás tünetek elmulnak vagy legalább is megjavulnak. A fürdők jótékony hatása azonban akkor fog legjobban nyilvánulni, ha a megfelelő lokális kezelés beszüntetése után utókúrának rendeljük el egy kénes fürdőnek a felkeresését. Hogy a recidivák szempontjából oly rendkivül makacs pityriasis versicolor nevü gombás betegség ellen mily kiváló hatásúak a kénes források, azt azon betegeken is észlelhetjük, a kik más betegség miatt kerestek fel egy kénes fürdőt.

(Folytatása következik.)

Közlemény az idegklinikáról.

A szellemi műveletek mechanismusa és lokalizálása.

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

(Vége.)

3. *A központok berendezése.*

Az utóbbi évtizedek kutatási eredményei bebizonyították, hogy az agyvelőkéreg sem anatomiailag, sem működésileg (ez a kettő voltaképen ugyanaz) nem egységes. Az oda és onnét elvezető hosszú pályák a kéreg különböző pontjain végződnek. A nagy mozgató pályák a nagy Betz féle óriási pyramissejtekből indulnak ki, s ezen sejteknek csoportjai az elülső központi tekervényben az elsődleges mozgatási centrumok. Előbbi levezetéseinkből kitünik, hogy egészen analog érzési centrumokkal nem birunk.

Az elsődleges mozgató központok elhatárolása, ha minden részleteiben talán még nincs is egészen felkutatva, mégis a pyramis-rostoknak az emlitett sejtekből való kilépése révén biztossággal lehetséges. A legnagyobb elismerésre méltó vizsgálatok kimutatják, hogy ezen centrumokon belül valóban példaszerü rendezettség van, az egyes izületek — tagok — mozgásának kiindulópontjai a legapróbb részletekig meghatározhatók és feltalálhatók. Voltaképen ez a rendezettség könnyen érthető, mert csupán a gerinczvelőben ülő mozgató sejteknek sorrendjét, némileg máskép sorakoztatva ismétli. A klinikai tapasztalatok már régtől fogva tanítják, hogy az egyik testfél mozgásai a másik oldali mozgató kéregmező ingerületével támadnak, kivéve a rendesen kétoldalilag beidegzett mozgásokat, a melyeket a kéreg is bilaterálosan látszik beidegezni.

Vajjon a pyramispályáknak ezen kiinduló sejtjei tartalmazzák az összes mozgásalakok emlékképeit? Határozottan nem, s ha egyeseket nem foglalnak magukban, akkor az a következtetés jogosult, hogy egyáltalában egyet sem hordanak magukban. Ezek a sejtek átveszik a mozgatási ingerületet a megfelelő alakban a körülöttük levő másodlagos mozgató centrumoktól és átadják a pyramispályáknak. Ha e mozgató mezőnek ezek az óriás pyramissejtjei egy mozgási alaknak az emlékképét birnák, mindig ugyanazt a mozgást közvetítenék, alig volna valószinü, hogy a szándékolt mozgásalak megválasztása is ezekben a sejtekben történhetnék. A mai búvárok legnagyobb része el fogja fogadni ezt a tételt, hiszen a beszédnek — a mely végre is a beszélő szervek bizonyos mozgási alakja — különleges lokalizálása elismert tétel. A felvételünk következik már abból is, hogy az a kéregterület, a melyet a kórbonczolástan a beszélési képességgel összefüggőnek tanít, tetemesen túlterjed azon, a melyet az élettan mint a beszélő izmok kéregbeli lokalizálásának helyét kijelöli.

Az irás mozgását illetőleg a szerzők már nem értenek ennyire egyet, sőt az egyik szerző az ilyen iróközpont felvétele ellen azt is felhozta, hogy kevéssé látszik valószinünek, hogy Isten erre a művészetre a teremtett ember fejében üres helyet hagyott volna fenn a későbbi lokalizálás czéljából! Ilyen módon persze a centrum fogalmát nem szabad elgondolni. A tapasztalati adatok határozottan külön irócentrum felvételét támogatják, hiszen ezen képességnek külön kiesése máris számos esetben ki van mutatva. *Dejerine* ezeket az eseteket azzal a felvétellel kisérli megmagyarázni, hogy ezekben az olvasási centrum — a gyrus angularisban — és a mozgató karcentrumok között az összeköttetés megszakadt. Ebben az esetben tulajdonkép az iróközpontot a gyrus angularisba kellene áthelyeznünk, mert alig valószinü, hogy a mozgató zóna minden egyes irási beidegzés végett az olvasási központhoz forduljon; nem is igen lehetne ezen a módon azokat az eseteket értelmezni, a melyekben a beteg az olvasás képességét elvesztette a nélkül, hogy az irásban meg volna akadályozva.

De vannak még másféle kézbeli, megtanult ügyességek, a melyek szintén magyarázatra szorulnak. Valamely hangszeren való játszáskor a látási kép egészen más, mint az a mozgás, a melyet provokál; lehetséges itt is azt felvenni, hogy a látási kép viszi át közvetlenül a mozgást a karok és ujjak izmaira? Vagy pedig, ha kivülről játszunk, a rendezett mozgások a kották optikai centrumaiból indulnak ki? és a kik a kottákat nem is ismerik? A teremtő bizonyára nem hagyott üres helyet Ádám agyvelejében azzal a rendeltetéssel, hogy egy nagyon késői unokája egyszer egy Stradivarius-hegedűt megszólaltasson, de az emberi agyvelő kifejlődése hozta magával, hogy a mozgatópályák kiinduló sejtjei szomszédságában a sejtrendszereknek nagy csoportjai támadtak; ezek alkalmasak arra, hogy bizonyos mozgási emlékképeket felvegyenek s ingerületüket a mozgatópályákra juttassák. A ki a beszélőcentrum létezését elismeri, logikailag meg nem tagadhatja az irásképesség központját sem. Mindkettőnek az a feladata, hogy bizonyos, az állatokon is meglevő izmokat különleges mozgások végbezvitelére képesítse.

A mozgató és érző központok egymástól való függetlenségét sok más körülmény is bizonyítja. Valamit érzésbelileg megtanulni sokkal könnyebb, mint mozgásilag; érzésileg elképzelni

[1] *Audry*: La pratique dermatologique (Besnier, Brocq, Jacquet) Paris.
[2] *Bókay Á.*: Hazai és külföldi ásványvizek és fürdők összehasonlítása. Fürdőirodalmi könyvtár IV. évf. 27. sz. *Bókay Á.*: Gyógyhelyek és gyógyvizek átnézete. (Vénygyüjtemény).

sokkal nehezebb valamit, mint mozgásilag. Nem tudom pl. érzékileg elém állítani, hogy miként szólnak a zenekar egyes hangszerei, jóllehet az egyes hangszereket hangjukról azonnal felismerem, de igen jól elgondolhatok egy dalt, a melyet énekkel vagy hangszeren játszással elő tudok adni. Érző centrumok begyakorlása egészen más, mint a mozgatóké, kritikát gyakorolni könnyebb mint újat teremteni.

További sajátsága ezeknek a centrumoknak az a felette érdekes elrendeződés bennök, a melyben azokban az emlékképek egymáshoz sorakoznak. Gyarapodnak azok az észleletek, a melyekben a kórfolyamat nem tett tönkre egy egész centrumot, hanem azt csak részleg támadta meg. Ezekben az esetekben többnyire összetartozó emlékképek estek ki.

Nem áll szándékomban e tekintetben az irodalom összes adatait felsorolni, egyelőre beérem azzal, hogy néhány példára hivatkozzam; az idevágó példák kétségtelenül gyorsan fognak szaporodni, mihelyt az észlelőknek a figyelme erre a kérdésre fog terelődni. Ilyen különálló középpontként tekintjük a látásitól az olvasási centrumot. De még ezen belül is vannak osztályzatok: már *Charcot* ismertette e tekintetben egy tanártársa esetét, a ki kéregbántalom következtében csak a kotta felismerésének képességét veszítette el. Ismertem egy kereskedőt, a ki paralysis kezdeti szakában néhány hétre elveszítette azt a képességét, hogy gyorsirási jegyzeteit olvassa, később ez a képessége visszatért. A szerzőknek elég nagy száma bizonyos észleletek alapján a parietálos karélyban külön betűcentrumot vél felvehetni. *Oppenheim* egy betege csupán a főneveket tudta olvasni, az időt jelző és kötőszókat nem. A hallási mezőben egyforma középpontot találunk a szavak megértésére, de külön a zenei emlékképek számára is, a mire nézve már elég nagy számban vannak tanulságos észleletek leirva. A kezek tanult mozgásfajtáinak lokalizálódását illetőleg az agraphián kivül az alig másként mint kéregbelileg keletkezett speciálos foglalkozási görcsök veendők tekintetbe. Ezekben csakis az illető mozgásképesség van megnehezítve. Ezen a téren rendkivül tanulságos *Grasset*-nek egy esete, a melyben egy süketnéma, a ki a kézzel való beszélésben járatos volt, ezt a képességét a bal agyfélteképének megbetegedése következtében elszigetelve veszítette el, míg kezének egyéb mozgásai érintetlenül maradtak.

A foglalkozási görcsökkel analognak vehető a dadogás, mint a beszéd mozgató centrumának müködésbeli zavara. Az utóbbi napokban észleltünk *Györy* magántanár úr szivességéből egy fiatal olasz származású középiskolai tanulót, a ki a magyar nyelvben teljesen járatos, de azoknak a szavaknak kezdetén, a melyek a „tanítás“ szavával vannak hasonlóságban, erősen dadog, míg más *ta*...-val kezdődő szavakat nehézség nélkül tud kiejteni. A Tantalust magyarul csak dadogással hozza ki, az olasz Tantalot minden hiba nélkül, a szemlélő azt a határozott benyomást kapja, hogy az illető a Tantalot máshonnan szedi elő, mint a Tantalust. Ebben az esetben a dadogás, nem mint rendesen, a szónak mozgási pályákra átvitele közben támad, hanem csak bizonyos, csekély számú szó kimondásához van kötve. A beszéd középpontjának belső berendezése már azért is nagyon felhivja érdeklődésünket, mert legnagyobb részben ebben mennek végbe a mi gondolkozási müveleteink. Tudományunk szakirodalmában fel vannak jegyezve olyan esetek, a melyekben a betegek, a kik ép korukban több nyelven tudtak beszélni, valamely betegség folytán egy vagy másik nyelvbeli ismereteiket elvesztették. Néhány érdekes észlelet egy ú. n. *akataphasia*, *agrammatismus* felvételére vezetett, ezeket már *Kussmaul* is behatóan tárgyalta. Az idetartozó esetekben többnyire hiányzik a szóalakok bizonyos csoportja: némelyekben a tulajdonnevek (Broadbent és Mills centruma), másokban a főnevek, ismét másokban az igék, ezen utóbbira igen jellegző a *Kussmaul* felemlítette *Steinthal*-féle eset: a beteg van *(ist)*, tehet *(kann)* segítő igén kivül más igét nem ismert, noha a főnevek teljesen a birtokában maradtak. Ide tartozó esetet észleltem néhány év előtt egy nőn, a kinek agyvelődaganata volt; de még kifejezettebb volt ez a kiesés egy esetben, a melyet már másfél év óta észlelek a klinikán s a mely eset bővebben közöltetni fog. Ebben az esetben a segítő igéken kivül — s ezek is csak bizonyos formában maradtak meg —, az összes igék (cselekvésjelző szók) és a határozók hiányoztak. A beteg főleg az utóbbiakat helytelenül alkalmazta, (pl. a helyett, hogy a könyv az asztalon van igy . . a könyv az asztaltól . . . nem, az asztalnak . . . igen, az asztalnak van . . .) s ha kijavították is, nem érezte magát biztosságban, hogy igazán jól van-e úgy! Ismétléskor ugyanoly bizonytalanságban volt. Az igék lassanként, legalább részben, visszatértek képességébe javulásával arányban, a határozó szók használatát ellenben, daczára erre irányított hosszas iparkodásunknak, nem tudta újra megtanulni. Az igék ragozása épen olyan nehézségeket okozott. A számokkal való müveletek szintén területileg különváló képességhez vannak kötve, ebben az irányban tanulságos esetek közé számitható *Oppenheim*-é; talán még kiválóbb példa azonban az, a melyet több év előtt magam hosszasabban észleltem s a melyben egy nagy intelligenciájú férfi endocarditises eredetü emboliákat szenvedett el, jobboldali féloldali bénulással, a mely mellett elveszett a betegnek beszélési, irási, olvasási és szómegértési képessége. Ilyen körülmények között nem lehetett a beteggel sem szóban, sem irásban közlekedni; csupán egy képessége maradt meg: az eléje tett számtani példát (több számjegyü szorzásokat) hiba nélkül megoldotta, bal kezével rajzolgatván meg az egyes számokat. Betüket, szavakat ilyen módon nem tudott irni. Mindezek az esetek sokfélék, de egyúttal oly világosak megjelenésükben, a képtelenség bizonyos irányokban a megmaradt képességgel más irányban olyan nagyon éles ellentétben áll, hogy más módon, mint külön elhatárolt középpontok felvételével nem magyarázhatók.

Természetes, hogy nem minden észlelet egyenlően hivatott arra, hogy felvilágositson a berendezés minőségéről. Számos szerzőnek feltünt pl., hogy némely esetben, a mikor a beteg beszélőképességét általában elveszitette, egy-egy mondásra, legtöbbnyire egy káromkodásra vagy jajgatásra (Jézus Mária) még képes maradt. Ha az ilyen beteg egy feltett kérdésre válaszolni akar, úgy rendszerint csak ezek a szavak jönnek ki szájából. Nyilvánvaló, hogy ezekben az esetekben nem associáló beszédről van szó, s minden valószinüség szerint az ilyen indulatkifejezéseknek másféle lokalizálása van, talán bilaterálos. Már az élettani viszonyok között az ilyen mondások nem az associáló beszéd keretében jelennek meg; ismeretes, hogy milyen nehezen tudja az, a ki ezekre rászokott, magát azoktól visszatartani: mielőtt észrevenné, már kiszaladt az ajkán. Az az észlelet is, hogy a betegek egy részében, ha a beszélő képességük visszatér, előbb az anyanyelv és csak azután a kevésbé begyakorlott nyelvek használati képessége mutatkozik: egyes szerzőkben azt a gondolatot támasztotta, hogy ezek az esetek a külön lokalizálás ellen szólanak, mert akkor a sorrend nem volna mindig ez. Nem szabad azonban elfeledni, hogy ezekben az esetekben a beszéd centruma nem pusztult el, csak nyomás alatt áll s ha e nyomás alól lassanként felszabadul, nem lehet csodálni, hogy eleinte a könnyebb képességeinek jut birtokába.

A különleges lokalizált egyes középpontok felvétele azonban más okokból is a legtermészetesebbnek látszik. Már az élettani viszonyok megfigyelése ebben az irányban támogat bennünket. A tehetségek, a melyek öröklés útján, bizonyos korlátolt irányokban jelentkeznek, rávallanak a kéreg bizonyos részleteinek jobb fejlettségére. Alig lehetne ezeket a speciálos tehetségeket másképen értelmezni. Hasonlóan jellemző a képességeknek ismét bizonyos irányokban való hiánya.

Az emlékképek szükebb és csoportszerü lokalizálásának bizonyitására még egyéb képességeket is fel lehet sorolni. A következő gondolatmenettel világithatom meg a körülményeket, a melyekre czélzok. Felfogásunk szerint egy már előbb megfigyelt tárgyat úgy ismerek fel újra, hogy emlékképe az új benyomással összevág s igy abban talál visszhangra. Ha hasonló, de nem egészen azonos érzéki benyomás kerül felvételre, úgy az első pillanatban megszólal a hasonló, tehát némileg egyenlően hangolt emlékkép, de a különbség akkor feltünővé válik; ha már most az újabb benyomás nem talál teljesen vele összehangolt emlékképet, akkor a mégis megszólalt közelében jut elhelyezésre. Ha ez nem igy menne végbe s a hasonlóság nem lenne, hogy úgy mondjam vonzó, akkor alig volna lehetséges, hogy fogalmakat gyüjtsünk, ismernénk talán egész sorát a tárgyaknak, pl. a kutyák-

nak, a nélkül, hogy az azok között fennálló összetartozóságot észrevennénk.

Az emlékképek ilyen harmoniás megszólamlása megmagyarázza képességünket a logikai gondolkozásra és egyúttal az emlékképeknek összetartozóságuk szerint való csoportosítását a megfelelő kéregterületen. Az érzési középpontokban csakis az illető érzékszervek útján bejutott benyomások helyeztetnek el, az általános és elvont fogalmak tulajdonképen egy harmoniásan hangolt emlékképcsoportnak felelnek meg, ezt a csoportot egy szóval helyettesítjük. Ez a mennyiségtanban is a jelzésnek a módja.

A gondolkozás és cselekvés folyamata teljesen passiv: az érzékszerveken át kivülről bejutó ingerületek a megfelelő emlékképekben ingerületet támasztanak, de ezzel a gondolkozás menete még nem ért véget, nyúlvány nélküli idegsejt nincsen, az ingerület tehát más sejtekre átkerül, a mi közben természetesen hasonló hangzásúak jönnek ingerületbe, a szerint, hogy időközben milyen egyidejű ingerek is működnek. Az ingerületnek ezt a továbbhaladását nevezzük gondolkozásnak. A gondolkozás menete olyan mint a mondat: ha visszatér kiindulásához, az alanyhoz, akkor véget ér, így a beszédben, a zenében, sőt ugyanezt az egységes bevégezettségre törekvést látjuk az architekturában stb. Kóros esetekben általánosan fokozott ingerlékenység mellett ez a helyes bevégzés hiányzik, ebből támad a neurastheniások kényszergondolkozása, bizonyos elmebajosok gondolatkergetődzése.

Ezeknek az ingerületeknek egy része olyan emlékképeket is ingerületbe hoz, a melyek a mozgatási téren vannak. Igy származnak megfelelő mozdulatok, ezek épen olyan kevéssé függenek valamely anyagnélküli „akarattól", mint az érzéki benyomások; a mozgások okozta új érzési benyomások támasztják bennük az akarat téves érzetét, mert minden körülöttünk végbemenő mozgást valamely külső okra vezethetünk vissza, úgy érezzük, mintha a mi mozgásunkat is a testünkön kivül álló valami okozná. Ezt a valamit mondjuk akaratnak. Voltaképen csak a gondolkozó szervünkön átment ingerület ez, s nagyon közel áll a növényeknek és állatoknak még nem eléggé tanulmányozott *tropismusához*, tehát külső benyomásnak reflex folyománya.

Végül még egyszer visszatérek a centrumokhoz. Az elsődleges mozgató centrumok az elülső középponti tekervényben élesen határoltak, mert a pyramispályák kiindulópontjai. Ilyen éles határa nem lehet sem az érzési középpontoknak, sem a másodlagos mozgásiaknak. Területileg ugyan szomszédosak az illető vezetőpályákkal, a melyek őket a külvilággal összekötik, de csak nagyjából lehetnek kötve olyan részletekhez, a melyek anatomiai alkatuknál fogva arra alkalmasak. A klinikai buvárlatnak a jövőben inkább kell foglalkozni, mint ez idő szerint, a részleges állandó kisérleti esetekkel; a kórbonczolástannak ellenben nem szabad minden részleges beidegzési esetben szüken határolt és minden esetben helybelileg teljesen azonos elváltozást várni. Mindazonáltal épen az ilyen eseteknek sokkal nagyobb bizonyító erejük van a lokalizálás szempontjából, mint azoknak, a melyekben bizonyos képességek teljesen kiestek, mert ez utóbbiakban többnyire a vezetőpályák sérültek meg (*Dejerine* ú. n. tiszta kiesési esetei).

A felsorolt és azok körébe tartozó érzési és mozgási középpontokon kivül másféle középpontok nem léteznek, különösen pedig nem olyanok, a melyek csupán a „gondolkozás műveleténeK" volnának a székhelyei. Ezeknek a műveleteknek fontos elemei egyedül az idegsejtek, az ú. n. associáló pályák egyszerüen vezetők, a melyek az ingerület irányitására semmi befolyással nem birnak.

Végül úgy gondolom, hogy az agyvelő működésének további kifürkészéséhez bővebben kell a logikai gondolkozás felismert törvényeit is tekintetbe venni; mert épügy, mint a hogy minden tapasztalat csupán csak érzéseinkben gyökeredzik: tudásunknak alakja és tartalma is agyvelőnk szervezetének a kifejezője. Nem lehet más gondolatunk, mint a milyen agyvelőnk alkotásának megfelelőleg támadhat. A gondolkozás törvényei egyszersmind a gondolkozás szervének is törvényei, úgy mint a gőzgép szerkezete előirja működését is.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Hogyan születünk. Levél a szülőkhöz, gyermekeik számára. Irta: **Jarintzoff Dimitryné.** Angolból fordította **Békássiné Bezerédj Emma.** Budapest. 1907. Aczél testvérek könyvkereskedése. 96 lap. Ára 1.50 k.

A fenti czímmel nem nagyterjedelmü, de tartalmánál fogva annál figyelemreméltóbb könyvecske hagyta el a sajtót, mely úgy látszik eltalálta a helyes utat korunk egyik aktuális kérdésének, a gyermekek nemi felvilágositásának megoldása körül és sokat tanulhatnak belőle mindazok, kik a legújabb divat szerint nagy buzgósággal, sok merészséggel, de annál kevesebb körültekintéssel akarják a dolgot dülőre juttatni, nem gondolva meg, hogy ajtóstól rohanva a szobába, több kárt okozhatnak, mint hasznot. Valóban szükség volt e téren egy tudományosan müvelt, de a mellett finom női elme munkájára, mely nem tartozik ugyan azok közé, kik az igazság rovására a tapintatosságot helyezik előtérbe, de az élő teremtmények világából merített találó példákkal az igazságot olyan alakban tudja megértetni, hogy bármely szülő minden szégyenkezés vagy aggodalom nélkül felhasználhatja vezérfonalul akkor, ha gyermeke azon kérdéssel fordul hozzá: Hogyan jöttem a világra? Példái kiterjednek a növény- és állatvilágra; az amoebák szaporodásától az emberig, oly fokozatos és vonatkozásaiban oly természetes sorrendben, hogy az emberhez jutva szinte helyesebb lett volna, ha ezt mellőzve megelégszik valamely ismertebb emlős szaporodásmódjának elbeszélésével. Hiszen oly kevés különbség van az emlősök és az ember születési módja között, hogy — gyermekek felvilágositásáról lévén szó — magunkról talán hallgatni is lehetett volna. Erős kétségeink vannak azonban, hogy hasznos-e a munkának azon része, mely a nemi élet büneiről és tévedéseiről szól. Az erre vonatkozó pontokat bátran ki lehetett volna hagyni a fordításból; mert azon gyermeknek, a ki már masturbál, semmi szüksége sincs mástól megtanulni, hogy ez a manipulatio minő érzést vált ki, azt a gyermeket pedig, a ki a nemi élet ezen aberratioját még nem ismeri, kár a létezésére figyelmeztetni, mert csupa kiváncsiságból megpróbálja. Nem ártana, ha a szülők és nevelők ezt a körülményt nagyobb figyelemre méltatnák. Eltekintve mindezektől, a könyvecskét minden érdeklődőnek figyelmébe ajánljuk. *Erdős János* dr.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A meghülésre vonatkozó nézeteket s kisérleteket teszi szigorú kritika tárgyává *Chodounsky* prágai tanár. Meghülés alatt értjük különböző erősségü és tartamú hidegingerek kórokozó hatását. Rubner szerint már nagyon csekély intensitású, meg nem érzett s ezért a szabályozó apparatus által nem kompenzált hidegingerek is kórokozók lehetnek. Ezzel szemben áll azon élettani tény, hogy az öntudatunkra nem jutott ingerületek is kiváltják automatice a kompenzáló reflexet. Túlerős és hosszantartó hideg sem jöhet itt szóba, mert az fagyási jelenségeket idéz elő. A meghülést részint direct, részint indirect kóroknak tekintik. Direct úton idéz elő betegséget a hőegyensúly megzavarása, tehát a testhőmérsék leszállitása, a hidegingernek bizonyos testfelületre gyakorolt hatása és reflex útján más helyen (belső szervekben) támadó kóros változások előidézése által. Mint indirect ok a szervezetben lappangó kórokozó csirákat virulenssé teszi és igy fertőző betegségek kifejlődését elősegiti.

A szerző ezen feltevéseket egyenként birálva, először is kimutatja, hogy a hőegyensúly megzavarása itt szóba sem jöhet, mert az ember testhőmérséke állandó marad sokkal nagyobb hő ingadozásokra is, mint a milyenek a meghülésnél előfordulnak. A kisérleti állatok pedig rendbejönnek minden utóhatás nélkül, ha lehütöttük bizonyos határig, a melyen túl már fagyási tünetek (centrális bénulások) mutatkoznak. Kórbonczolástani változások különben még a megfagyott állatokon sem észlelhetők. Nem igazolható kisérletileg az a nézet sem, hogy a hideg direct behatása folytán környéki neuritisek és bénulások vagy hogy hirtelen le-

hült levegő belégzése által heveny gyuladások származnak a légzőapparatusban. A hidegbehatás alatt reflex útján támadó fokozott elválasztásból (nyálkahártyákon) azt következtetik egyesek, hogy a hidegingerre reflex útján származó vérbőség miatt élősdiek közbenjárása nélkül is támadhatnak belső szervekben gyuladások. Azonban az elválasztás ilyenkor nem tart sokáig, a hyperaemia sem lehet hosszantartó, s ha volna is, akkor sem okozhatna gyuladást, mert ép vér sem alterálja az érfalat. Egyébként úgy állat- mint emberkisérletek e felfogás ellen szólnak; sokszor betegedtek meg oly betegek belső szervei, kiken gyógyczélokból intensiv s tartós hidegingert alkalmaztak test felületére. Más nézet szerint a reflexes hyperaemia hajlamossá teszi az illető területet fertőző mikrobák megtelepedésére és fejlődésére. Eltekintve attól, hogy hosszantartó vérbőség nem keletkezik hidegbehatásra, s hogy a nagyobb mennyiségü vér — rendes összetételü lévén — nem károsithatja a szöveteket, állatkisérletek sincsenek, a melyek ezt bizonyitanák Ugyanis oly viszonyokat teremtettek (vérbőség, zúzás, böralatti csonttörés, idegátmetszés által előidézve) a kisérletezők, a melyek egyáltalában nem analogok a meghülésnél szereplőkkel. Hosszantartó lehütési és fagyasztási kisérleteknél az állatokban támadó vérzések (ecchymosisok) már inkább idézhetnének elő gyuladást vagy hajlamosithatnának fertőzésre, azonban ezek egyfelől nem a hidegbehatás, hanem a görcsös védekező mozgások következményei, másfelől a rendesen szereplő hidegbehatásokra emberben bizonyára nem keletkeznek.

A meghülés indirect hatását illetőleg felteszik, hogy a hidegbehatásra a nyálkahártyákon élősködő mikroorganismusok egy csapásra oly virulensekké lesznek, hogy heveny módon származik a megbetegedés. E feltevés ellen szól első sorban az a bakteriologiai tapasztalat, hogy gyenge tenyészeteket csak körülményes és hosszantartó módszerekkel sikerül virulensekké tenni, másodsorban az a tény, hogy a szervezet természetes védőberendezései: a vér lúgossága, haemoglobintartalma, leukocytosis, a legintensivebb hidegingerekre sem változik. Általában uralkodó nézet, hogy az ú. n „meghüléses“ betegségek: heveny izületi gyuladás, heveny és idült hörghurut, tüdő-, mellhártya- és torokgyuladás, a zordabb éghajlati vidékeken többször fordulnak elő A statistikának elfogulatlan átvizsgálása után azonban kitünik, hogy a zordabb vidékeken átlag kevesebb a „meghüléses“ betegség, s hogy e betegségek tulajdonképen kizárólag fertőzőknek tekintendők, mivel támadásuk s lefolyásuk nem éghajlati, hanem fertőzési viszonyokkal áll arányban, t. i. kevés megbetegedés esik a hideg hónapokra, legtöbb tavaszra, mikor az emberek érintkezése élénkebb s a fertőzés lehetősége nagyobb. A kérdést megoldani akarván, a szerző is végzett kisérleteket állatokon és önmagán. 200 állatot különböző bakteriumokkal fertőzött (pneumococcus, b. Friedlaenderi, tyúkcholerabacillus, b. anthracis, asperg. niger, b. pyocyaneus és diphtheriae); ezek egyik felét lehütötte, másik felét nem. A lehütött állatok 58·8%-a, a controllállatok 62·7%-a betegedett meg, a betegség lefolyása általában hasonló volt, a boncolás a változások intensitását illetőleg különbséget nem mutatott, a lefolyásra irreleváns volt, akár közvetlenül a lehütés előtt, akár 10 órával utána történt a fertőzés. Más kisérletcsoportban hő által gyengitett virulentiájú bakteriumtenyészetekkel fertőzött állatokat, melyek felét lehütötte. Kitünt, hogy a lehütés a virulentiát nem növeli, sőt a lehütött állatok mortalitása csekélyebb volt, mint a controllállatoké (28·8% 62·5% kal szemben). Önkisérleteiben Chodounsky, miután csekélyebb hidegbehatások benne semmiféle betegséget elő nem idéztek, oly erélyes hidegingerekkel kisérletezett, a melyek a legtöbb kutató véleménye szerint feltétlenül károsak. Igy pl. hideg vagy meleg (44°) fürdő után meztelen és nedves testét erőteljes hideg léghuzamnak téve ki, egy óra hosszat állt a hideg kövezeten; a facialis, ischiadicus, vesék, szív, tarkó tájékát 1 óráig beható hidegnek tette ki, sokszor gőzapplicatio után. Semmi eredményt nem látott ezen kisérletek után. Felhozták ellene, hogy kisérletei nem bizonyitanak, mert az egyéniség s megedződés nagyban szerepel meghülési betegségek keletkezésekor, s azért sem, mert nyálkahártyáin pathogen mikroorganismusok nem voltak. Az utóbbit megczáfolandó Honl tanárral megvizsgáltatta köpetét s mandolanyálkahártyáját, a ki azokból különböző pathogen mikroorganismusokat tenyésztett ki (pyocyaneus, bac. fluorescens, streptococcus, staphylococcus aureus és albus, sarcina lutea, b. albus, mikrococcus alb. és sacharom. albus). Ezen állapotban s a belső microbismus legnagyobb virulentiája idejében: február és márcziusban végzett újabb kisérleteket. Különböző hőfokú fürdők (2°—41°) után testét átlag 3/4 óráig erélyes hideg léghuzam hatásának tette ki. Mindezek után közérzete semmiben sem változott.

Ezek után láthatjuk, hogy a meghülésre vonatkozó magyarázatok nem állhatnak meg a szigorú birálat itélőszéke előtt, hogy a „meghüléses“ betegségek vagy tisztán fertőzők, vagy ha fertőzés nélkül is támadhat ú. n. „meghüléses“ betegség, annak keletkezésében előttünk ismeretlen tényezők szerepelnek. Chodounsky szerint rendszeres, a tényleges viszonyokat híven utánzó emberkisérleteknek van fenntartva e kérdést egészen tisztázni. (Wiener med. Wochenschrift, 1907. 20. sz.)

Belorvostan.

A vérkeringés egy újabb vizsgáló eljárását: a sphygmobolometriát ismerteti *H. Sahli*. Ismeretes régibb álláspontjából indul ki, hogy a sphygmogrammokból nem lehet következtetést vonni, még a nyomáskülönbségek meghatározása esetén sem, a vérkeringés állapotára, mert a sphygmogramm keletkezésében mindenkor résztvesznek centripetal reflectált hullámok is, melyek a nyomást emelő hatásuk ellenére, irányuknál fogva, a keringést akadályozzák. A pulsus eddig használt vizsgálati módjai sohasem fogják megengedni az áramlás helyes mérlegelését; valamennyi sphygmomanometeres eljárás *hydrostatikus* adatokat nyujt, melyekből nem lehet az áramlás *hydrodynamikus* viszonyaira következtetést vonni. A vérnyomás, azaz a hajtóerő nagyságából az általa okozott mozgás nagyságát csak akkor határozhatnók meg, ha a mozgásba hozott tömeg és az ellenállás nagysága is meghatározható volna.

Ezért a vérnyomásmérések helyett a vérhullám eleven erejét, illetőleg *a pulsus által végzett munkát* kivánja meghatározni a saját „*sphygmobolometer*“-nek (*βόλος* = lökés) nevezett eszközével, melylyel a hullám eleven erejét egy kénesős manometernek lehetőleg tökéletesen mérhető pulsatiós emelkedéseire változtatja át. E czélból a felkarra alkalmazott, ismeretes *Riva-Rocci*-féle manchettát használja, mely egy keresztalakú 4 szárú üvegcsővel van összefüggésben; a keresztezésnél a csövek egymásba nyilnak. Az egyik szár a manchettával, a másik egy elzárható capilláris csővel függ össze, melynek segélyével a manchettabeli nyomás csökkenthető, a 3. szár a manometerhez, a 4., mely szintén elzárható, egy fújtatóhoz vezet. Ha a manchettabeli nyomás megfelelő emelkedést ér el s a kéneső excursioi a legnagyobbak, úgy a vérhullám eleven erejének átvitele a kénesőoszlopra ad optimum jutott és az excursiók leolvasásából következtetni lehet a hullám energiájára, illetve az általa végzett munkára. Hogy ezt tehessük, meg kell akadályozni, hogy a kénesőoszlop ingadozásainak felvétele alatt a verőérhullám egy része a manchetta alatt áthaladhasson, s e végre a manchetta felfúvása előtt, közte és a könyökhajlat közt egy *Esmarch*-kötést alkalmaz, oly erősen, hogy a puls. radialis érezhetlenné váljék. Ily módon az a. brachialisnak a manchetta dorsalis széléig érő darabja az aorta vakon végződő függelékévé alakul át, másrészt a manchetta által eszközölt venaösszenyomás a capillarisokat is arteriás nyomás alá helyezi és pulzálóvá teszi, a mi az energia átvitelét a kénesőre tökéletesebben eszközli.

A kénesőexcursiók leolvashatók ugyan a manometerről is, azonban pontosabb adatokat nyujt a graphikus felvétel. E czélra egy, közvetlenül a kénesőoszlop által mozgatott úszóirókészüléket szerkesztett. A lezajlott görbéken a nulla-nyomás vonalát az irókarnak a manometer megterhelése nélkül való állása jelzi, és igy minden görbe számára a nulla-nyomás a hullámhegy és völgy között húzott vízszintesben fekszik, melytől a megfelelő távolságot millimeterscálával lehet lemérni. A számitások alapjául mindig azt a görbét kell venni, a melyik a legnagyobb excursiót mutatja, tehát a melynél az energiaáttétel optimális. Ebből az excursióból kell kiszámitani a pulsus által végzett munkát. Ez azon munkával határozható meg, a mely arra szükséges, hogy a manometer higanyoszlopát a nyugalmi állapotból a legnagyobb excursioig emelje. Ehhez megállapitandó a higanyoszlop felemelkedő részének súlya

($= h \pi r^2 s$; h = a kilengés magassága, r = a manometer belvilágának sugara, s = a higany fajsúlya). „h" azonban csak felezve vehető, minthogy a higanyoszlop emelkedő részének csak legfelső rétege teszi meg az egész utat, legalsó rétegének emelkedése $= 0$; $\frac{h}{2}$-vel kell tehát az egész súlyértéket szorozni; A (munka) $= h \pi r^2 s. \frac{h}{2} = \frac{\pi r^2 s h^2}{2}$. Ez érték azonban csak akkor volna helyes, ha a manometer 0-ra volna beállítható; azonban a kisérlet kezdetekor már bizonyos nyomás — a felfújt manchetta nyomása — alatt áll. Ha ez utóbbi nyomás által feltételezett kilengés magassága H, úgy az előbbi képlet következőleg alakul: $A = \frac{h}{2} . (H + h) \pi r^2 s$. Minthogy pedig $\frac{\pi r^2 s}{2}$ az cszköz által feltételezett constans, klinikai kisérleteknél el is hagyható, a midőn $A = h(H + h)$ a *relativ munkamértéket adja*, h és H pedig a görbén millimeterekben egyszerüen lemérhető. Ily alapon milligramm millimeterekben határozható meg a munka, melynek számbeli eredményét a verőérlökések számával szorozva, nyerjük a brachialpulsus munkáját 1 perczre kiszámítva.

Az eljárás tehát a szivenergiának csak azon részét határozza meg, mely a manchetta által körülvett felkarrészletre esik; igaz, hogy ez különböző egyéneknél különböző, de e különbségek egészségeseknél oly csekélyek és pathologikus viszonyok közt oly nagyok, hogy a szív összes energiájának megitélésére alkalmasaknak tekinthetők. Természetes, hogy nem téveszthető össze a *szivizommunka* a szív *munkaképességével*, mivel az eljárás csakis a szívnek adott időben effective felhasznált energiáját adja, a mi lehet igen alacsony is, bár a szív fokozott igényeknél sokkal nagyobb munkára is alkalmas volna. A nyerhető értékek így sem lehetnek absolutak, mert a normális systolék absolut nagyságát sem ismerjük, de megfelelnek arra a klinikailag fontos kérdésre, hogy valamely adott systole normális, vagy normálisnál gyengébb, illetve erősebb-e? és hogy a megfigyelés tartama alatt energiája nem változó-e?

A szívenergiának a kari részt normális viszonyok közt illető töredékére nézve a jövő tapasztalata van hivatva állandó értékek megállapítására, melyekhez a kóros értékek viszonyíthatók legyenek. (Deutsche med. Wochenschr., 1907. 16. és 17. sz.) *R. Zs.*

Sebészet.

Az emlőrák sebészi gyógykezelésével elért eredményekről számol be *Scheu* a boroszlói sebészeti klinikáról. Az 1890—1900-ig terjedő időben 320 emlőrákesetet észleltek, koruk 24—87 év közt váltakozott, az átlagos kor 49·9 év volt, 30 éven alul az emlőrák ritka. Nemre nézve 2 eset kivételével a többi nő volt. A betegek a bajuk fennállásától számított 13—14. hóban jelentkeznek leginkább. Baloldalt ült a rák 170, jobboldalt 149, mindkét oldalt egyidőben 1 esetben, leggyakrabban (43 esetben) az emlő felső külső quadransában. Leggyakoribb megjelenése a scirrhus, ezt követi a carcinoma simplex és tubulare, ritkább a carcinoma acinosum. Gyorsan szüródnek be rákosan a hónaljmirigyek, így az észlelés alá került 225 primaer esetből 214 esetben (95·1%) rákosak voltak már a mirigyek. Gyorsan kapaszkodik össze az emlőrák a bőrrel, így ama 225 esetből 196 esetben (87·5%) a bőr a daganat felett már nem volt elcsúsztatható. Ezen összekapaszkodást követi a daganatnak az alapjával való összenövése, a mellizmokra való átterjedése, a mi 58·7%-ban volt kimutatható. A bordákkal és a perichondriummal a daganatok 10·7%-a volt összekapaszkodva; exulcerált állapotban az esetek 27·2%-a volt. Az esetek 24%-ában a kulcscsont feletti és alatti mirigyek is beszüródve voltak. Az operativ eredmény elbirálásánál nem lehet az összes eseteket együtt tárgyalni, hanem czélszerű ezt 4 csoportban végezni.

Az 1. csoportba azon esetek tartoznak, a melyekben *sem klinikailag, sem makroskoposan rákos mirigybeszüródést nem találtak.* Ilyen eset volt 38, a melyeket primaer úton operáltak. E 38 esetből 9 esetnek további sorsa ismeretlen; marad 29 eset, a melyek közül 13 véglegesen gyógyultnak (3 éven túli recidivamentesség) tekinthető, 16 vagy recidiva, vagy metastasis következtében halt el.

A 2. csoportba azon esetek tartoznak, a melyekben *mikroskoposan a hónalji mirigyekben rákos beszüródést találtak.* Ilyen eset 15 volt, primaer műtét 15 esetben. Háromnak további sorsa ismeretlen, recidivamentes 3 éven túl 3, recidiva illetve metastasis áldozata 92.

A 3. csoportba azon esetek tartoznak, a melyekben már a *műtét előtt a hónalji mirigyek rákos beszüródését megállapíthatták,* míg az infra-, sub- vagy supraclaviculáris stb. mirigyek épek voltak. Ide tartozik 199 eset. Ezek közül inoperabilis volt 5, a többi 194 eset műtétre került, ezek közül 184 primaer, 10 eset recidiva volt. Ismeretlen 30 eset további sorsa A megmaradó 164 eset közül 3 éven túl recidivamentes 30 (25 primaer, 5 recidivarák); 134 eset recidiva ill. metastasis következtében meghalt.

A 4. csoportba azon esetek tartoznak, a melyekben a műtét előtt *a ráknak a hónaljmirigyeken túl való propagatioja megállapítható* volt. Ilyen volt 68; ezek közül műtétre már alkalmatlan 20. Műtétre került 48 eset (40 elsődleges, 8 recidiva); további sorsa ismeretlen 2 nek; a megmaradó 46 közül véglegesen gyógyult 1, a többi 45 recidiva ill. metastasisban halt meg.

Megjegyzendő, hogy a 3. csoportban 5, a 4. csoportban 13 esetben csak palliativ beavatkozás történhetett. Ha százalékban fejezzük ki a végleges gyógyulást, úgy az 1. csoportban 44·8%, a 2.-ban 25%, a 3.-ban 18·9%, a 4.-ben 3% a három éven túli recidivamentesség. Az összes *233 radikálisan végzett emlőrákműtét közül 47 véglegesen gyógyult, vagyis 20·2%.* A 47 véglegesen gyógyult közül egyszer kellett operálni 39 esetet, kétszer 7 (ezek közül 5 ben másutt történt az első műtét), háromszor 1 esetet.

A recidivák általában helybeliek voltak a hegben. A recidiva keletkezése és a műtét közti idő átlag 3—5 hó volt. Késői recidivát 8 esetben észleltek 11, 9, 8, 5, 4½, 4 év után, ezek közül 4 újabb műtét óta recidivamentes, 3 recidivált, 1 a műtét következtében végződött halálosan.

Az inoperabilisan jött betegek átlag 6·63 hó után haltak meg, a recidivában elhalás átlag 16·4 hó után következett be.

A sovány betegek közül 20·3%, a kövér, hájdús betegek közül 7·7% gyógyult véglegesen. A mellizommal már összekapaszkodott rákesetek a végleg gyógyult 47 esetben 14-szer (29·8%) szerepelnek. Az összesen végzett 295 műtét közül 8 esetben volt operatiós halál (2·71%), még pedig pneumoniában 3, sepsisben 2, pleuritisben 1, collapsusban 2 beteg halt meg.

Czikke keretében Scheu még részletesen tárgyalja a különböző műtéti eljárásokat s az azokkal elért eredményeket s a *korai radikális műtét* feltétlen jogosultságára hivja fel a figyelmet. (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. Gedenkband für *Mikulicz*, 1907.) *Steiner Pál* dr.

Lehet-e a tetanust curarinnal kezelni? Ezen kérdést tárgyalja *Läwen* nyúlon, egéren és tengerimalaczon tett kisérletei alapján. Ezeken az állatokon a tetanustoxinnal előidézett tonusos izommerevséget és görcsöket a curarin teljesen vagy órákon át meg tudta szüntetni (az élet fenntartásához szükséges természetesen mesterséges légzés vagy oxygenatmosphaera), igen súlyos tetanusos állapotban azonban csak a görcsök szünnek, míg a merevség megmarad. A halálos tetanusmérgezést chronikussá és gyógyulóvá átváltoztatni azonban curarinnal nem sikerül. A tetanustoxinnal mérgezett állatok fogékonyabbak a curarin iránt, mint az épek. Emberen a curarinkezelés combinatiójától az antitoxinos kezeléssel s a fertözött gócz eltávolításával hasznot vár. A maximális dosis 5—8 mgm. volna; prophylactikus tracheotomia és mesterséges légzés is szükséges. A szivműködés gondosan ellenőrizendő. (Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Med. und Chir. XVI. k.) *Pólya.*

Az appendicitis kórbonczolástanáról értekezik *Schrumpf* 150 appendicitis-eset vizsgálata alapján, melyek közül 40 ben a roham alatt történt a kiirtás. Szerinte a súlyos, perforatiora vezető gyuladások az esetek többségében oly féregnyúlványokban keletkeznek, melyek már előzetes betegség folytán elváltoztak. Ezen elváltozások főleg stenosisok, vagy előző acut gyuladások, vagy chronikus gyuladások maradványai. A perforatiót vagy a falzat phlegmonosus lágyulása, vagy diphtheritikus nekrosisa, vagy ezen állapotok combinatioja idézi elő, azonfelül minden gyuladás nélkül

átfúródhatik a feszülésig telt féregnyúlványhydrops; kövek által létrehozott decubitális perforatiót ellenben nem észlelt. Végre a föverőér emboliája által infarctus és gangraena jöhet a féregnyúlványban létre. (Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Med. und Chir., 1907. 1. és 2. f.) *Pólya.*

Húgyszervi betegségek.

A vaso-vesiculectomiát *Baudet* és *Kendirdjy* az ivarszervek tuberculosisos megbetegedésében akkor tartják indokoltnak, ha gümökóros húgysipoly van jelen, ha a vizelési zavart az ondóhólyag specifikus lobja, nem pedig a cystitis okozza, ha a régóta megfigyelt betegnek az ondóhólyagja a gyógyszertherapia és a castratio ellenére folyton nagyobbodik és végül mindazokban az esetekben, a mikor az ondózsinóron végig typusos elváltozásokat találunk. A műtét ellen szól a gümökóros cystitis, a tüdőnek specifikus hurutja, avagy ha a tuberculosis már valamely más szervben is kimutatható; viszont az általános rosszullét a fennebb említett complicatiók nélkül nem képez ellenjavalatot. A betegnek a kora sem számít; a legfiatalabb egyén, a kin a műtétet már végrehajtották, 2½ éves gyermek, a legidősebb pedig 62 éves volt. Az orvosirodalomban eddig 47 eset van közölve, a melyek közül legtöbbet a felső metszéssel (inguinális laparotomia) operáltak, míg a perineális út (ischio-rectal-, sacral- avagy parasacralmetszés) csak kivételesen szerepelt. (Revue de chirurgie, 1907). *Drucker Viktor* dr.

A hólyagba jutott stearintömeget *Lohnstein* igen érdekes új eljárással távolított el A haematuriában és incontinentiában szenvedő 23 éves férfibetegben a szerző a hólyagnak a csúcsán egy világossárga színü, tojásdadalakú, kemény tapintatú és sima felületü látszólagos álképletet talált, a mely azt a benyomást keltette, mintha a hólyagfallal összenőtt volna. A hólyag maga a cystitis subchronica állapotában volt. Az irrigatiós cystoskopia kiderítette, hogy az a gyanus képződmény nem tapad szorosan a nyálkahártyához, hanem könnyü fajsúlyánál fogva csupán reásimul. Az idegen testnek physikális tulajdonságaiból Lohnstein azt következtette, hogy viaszkos tömeggel van dolga és a beteg most már csakugyan beismerte, hogy a húgycsőviszketés úgy akarta csillapítani, hogy stearinpálczikát vezetett az urethrába, a mely azután a hólyagba csúszott. Néhány nap mulva már megkezdődött a hólyagbaja. Ebben az esetben az az érdekes, hogy az idegen test 5 hónapig feküdt a hólyagban, de incrustatio mégsem indult meg. A tény megállapítása után *Lohnstein*-nek az a gondolata támadt, hogy az idegen testet vegyi oldóanyaggal — benzinnel, a mely aránylag kevéssé mérgező — olvasztja fel. Először csak 15 gm.-ot fecskendezett a hólyagba; a beteg semmiféle kellemetlenséget sem érzett és a mikor 40 percz mulva a benzint kivizelte, annak a felülete ködszerüen homályos volt. A második 25 gm. már fájdalmat okozott és 10 percz mulva ki kellett azt vizelnie. Másnap az idegen testnek a maradékát a szerző ugyanazon a módon távolította el. Az 5. napon a tükörvizsgálat megállapította, hogy a hólyag teljesen megszabadult a viaszkos tömegtől és a cystitis is már múlófélben volt. A benzinnek elpárologtatásával sikerült a a stearint a vizeletből kiválasztani. (Mediz. Centralzeitung, 1907. 19. sz.) *Drucker Viktor* dr.

Venereás bántalmak.

A syphilis korai kezeléséről ir *Thalmann* (Dresden). A szerző véleménye szerint bebizonyítottnak kell venni, hogy a kéneső határozott spirochaetaméreg. Bizonyítja ezt az a tapasztalat, hogy a syphilises papulák és roseolák a kénesőkúra elején rövid időre kifejezettebbekké válnak, a mivel karöltve jár a spirochaetáknak számbeli megfogyása. A szerző ezt úgy egyezteti össze, hogy felveszi, hogy az elpusztult spirochaetatestekből felszabadulnak syphilises endotoxinok, melyek maguk részéről a jelenségek fokozott reactioját okozzák. A spirochaeták szétesési termékeire a szervezet úgy válaszol, hogy specifikus spirochaetaölő anyagokat, antitesteket termel. A kifejlődött antitestek azok, melyek a kiütéseket idővel kezelés nélkül is elmulasztják. Az immunitas egyre csökken s így újra szaporodni kezdenek az életben maradt spirochaeták. Mivel most már kevesebb góczban vannak a spirohaeták, az egyes eruptiók nagyobb elemüek. Ezek azért válnak nagyobbakká, mert csak úgy pusztulhat el elég sok spirochaeta és képződhetnek eléggé az antitestek, hogy az immunitás ismét beálljon. Ilyen alapon magyarázza a szerző azt az általános tapasztalatot, hogy minél későbbi a lueses jelenség, annál kisebb számú és körülirtabb. A lueses endotoxinok a szervek sejtjeit is megtámadják; innen a hajhullás, a leukoderma. A kongenitális syphilis azért sokkal veszedelmesebb, mert a foetus maga nem termel antitesteket, a placenta pedig az anyának fajlagos antitesteit át nem engedi. Ez az oka, hogy a spirochaeták miért szaporodnak el oly óriási mértékben a foetus testében. A látszólagos jóindulatú ú. n. másodlagos tünetek nagy veszedelmet rejtenek magukban a szervezet későbbi sorsára nézve, mert a nagymennyiségü mérgek súlyosan támadják meg a szerveket és szöveteket, a mi a későbbi „metasyphilises“ szervi degeneratiókra vezethet. Ezen nagyrészt teljesen hypothetikus magyarázat alapján *Thalmann* szükségesnek véli, hogy mihelyt a primaer affectioban a spirochaetákat kimutattuk, azonnal kezdjük meg a kénesős helybeli és általános kezelést. Mert csak így érhető el, hogy a spirochaeták a szervezetben el ne szaporodjanak. A szerző tehát a korai kezelés mellett tör pálczát, a melyet úgy indít meg, hogy a syphilises primaer laesioba sublimatot fecskendez. A szerző a korai kezeléssel körülbelől egy év lefolyása alatt 34 syphilises egyénen kisérletezett. Ezeken általános tünetek még nem voltak kimutathatók, a mikor a helybeli és általános kezelést megindította. Egy betege kezdetben csakis lokális sublimatkezelést kapott, mely ½ cm³ 10‰ sublimatoldatnak a primaer affectio alá való befecskendésében állott.

E lokális kezelés azonban nem bizonyult elegendőnek, mert roseolák csakhamar jelentkeztek. Szükséges ezért az azonnali általános kezelés is. A többi 33 férfibeteg (katonák) közül 17 kalomellel és 16 1—2 sublimatinjectioval volt lokálisan kezelve. Az általános kezelés czéljából minden beteg 30—36 napig tartó kenőkúrát (à 4 gm.) végzett. A betegek közül 24 6—15 hónapig állt megfigyelés alatt, s ezek közül *nyolczan* nem mutattak semmiféle másodlagos tünetet. Érdekes, hogy a korán kezeltek azon részében, kiknél secundaer tünetek kifejlődtek, az általános jelenségek sokkal hamarabb fejlődtek ki, a szerző szerint azért, mert az aránylag csekélyebb számú spirochaeták miatt az immunitás is kisebb. Meglepő továbbá a korán kezelteken az, hogy ha kifejlődnek is az első általános jelenségek, a tünetek csak néhány góczra vonatkoznak. Így 9 subsclerosisan sublimattal injiciált beteg közül, a kiken általános tünetek kifejlődtek, 7 csakis a tonsillákon (5 eset), illetőleg a háton (1 eset) és a nagyujjon (1 eset) kapott tüneteket. Ez az egyetlen secundaer tünet („Solitärsekundäraffect“) rendesen az első kúra után számított 6—8 hétre jelentkezik és a lueses primaer affectiohoz rendkivül hasonlít.

A szerző nagyon kiemeli, hogy ilyen különálló secundaer tünet jelentkezésekor azonnal megindítandó egy újabb kenőcskezelés. A korai kezelés sikere minden kétséget kizárólag bizonyítja, hogy a kéneső a syphilisspirochaetákat egyenesen megöli. Ez okozza, hogy korán alkalmazva, a kezeltek 30%-át látszólag meggyógyította, mert 6 hónapnál további észlelés mellett tünetek nem jelentkeztek. A szerző véleménye szerint csakis ilyen irányban haladhat a syphilisnek gyógyítása. (Münchener mediz. Wochenschr., 1907. 13. sz.) *Guszman.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A terhesek hányása *Baisch* tübingeni magántanár szerint alkalmasint a következő három főokból ered: 1. a méhben vagy petében termelődő bizonyos chemiai anyagoknak qualitativ vagy quantitativ megváltozása; ez vehető fel az ikerterhesség, a hólyagos mola, az endometritis és retroflexio eseteiben beálló hyperemesisben. 2. Az idegközpontoknak rendellenesen fokozott ingerlékenysége; ez szerepel a hysteriásokban és neurastheniásokban, a kik oly nagy kontingensét adják a hyperemesis-eseteknek. 3. Az előzetes gyomorbajok folytán fennálló vagy egyébként szerzett ingerlékenysége a gyomornak. A hyperemesis súlyos alakjai aránylag ritkák; 22,500 terhességben csak 20-szor találkozott

velük a szerző. A neurastheniás és hysteriás nők hyperemesise kedvező prognosisú; főleg a consultatiora meghitt szakorvosnak suggestiv hatása tehet sokat. A központi eredetű hyperemesisben a teljes ágynyugalom ajánlható. Súlyosabb esetekben legalább is 24 órára minden ételt és italt eltiltunk; a kínzó szomjúság enyhítésére physiologiai konyhasóoldatot fecskendezünk a bőr alá. Azután kávéskanalanként adunk jégbehűtött tejet, a következő napon kétszersültet és teát vagy kávét tejjel, majd bouillont, nyálkáslevest, pépeket. Az első napon tehát folyékony kosztot engedünk csak meg kis adagokban és nem nagyon rövid időközökkel. A továbbiakban nagyon fontos a lassú, fokozatos haladás a rendes koszt felé. Ha mindez nem használ, a beteget eltávolítjuk megszokott környezetéből és kórházban vagy sanatoriumban helyezzük el. A stomachalis hyperemesisben is ajánlható a kórházi kezelés. Az uterinális hyperemesisben jó a scopolamin 0·3—0·5 milligrammos adagban naponként 1—2-szer; ezenkivül bőséges diuresist és bélürülést létesítsünk nagy beöntésekkel a szervezet kimosása czéljából. 5 esetben a terhességnek művi megszakítása vált szükségessé; e tekintben a testsúly meghatározása mértékadó: ha a hetenként kétszer végzett súlymeghatározás a testsúlynak csökkenését mutatja, a terhesség megszakítandó, még pedig elég jókor, a mikor még nem gyengült el nagyon az illető. (Berliner klinische Wochenschrift, 1907. 11. sz.)

Idült szívbelhártyalob eseteiben a szívműködés szabályozása és erősítése czéljából, főleg vérszegény betegeknek, a következő összetételü labdacsokat szokta rendelni *Hoppe-Seyler* tanár: Rp. Camphorae trit., Ferri reducti aa 6·0. Extr. chinae aquos 2·5; Pulv. gummos. et aquae destill. qu. s. ut fiant pil. Nr. 90. D. S. 3-szor naponként 1—2 labdacsot bevenni az étkezés után. (Deutsche med. Wochenschrift, 1907. 4. sz.)

Vegyes hirek.

Kitüntetés. *Bosányi Béla* dr. királyi tanácsosnak, a budapesti Szt. Lukács-gyógyfürdő főorvosának, a király a közegészségügy terén szerzett érdemei elismeréséül a Ferencz József rend tiszti keresztjét adományozta.

Kinevezés. *Róth Kálmán* dr.-t a Magyarfrátra községben üresedésben levő körorvosi állásra nevezték ki.

Választás. *Szentpétery Bálint* dr.-t a kézdivásárhelyi Rudolf-kórházhoz osztályorvossá választották meg. — *Bocskay István* dr. szinevéri körorvost Técső város képviselőtestülete városi orvosnak választotta meg.

Egyetemi alkalmazások és ösztöndíjak. Az orvoskari tanártestület legutóbbi ülésén a következők választattak meg. Az I. sz. belklinikához: *Morelli Gusztáv* dr. díjtalan gyakornoknak. Az I. sz. anatomiai intézethez: *Nagy László* dr. I. tanársegédnek (meghosszabbitás) és *Péterfi Tibor* dr. II. tanársegédnek. A szemklinikához: *Hönig Adolf* dr. díjas gyakornoknak. A II. sz. női klinikához: *Scipiades Elemér* dr. tanársegédnek (meghossz.) és *Grossich Ruggero* dr. díjtalan gyakornoknak. A II. sz. belklinikához: *Pesthy Endre* dr. díjtalan gyakornoknak. Az I. sz. sebklinikához: *Zimmermann Károly* dr. I. és *Holzwarth Jenő* dr. II. tanársegédnek (meghossz.). A bakteriologiai intézethez: ifj. *Liebermann Leó* dr. I. és *Fejes Lajos* II. tanársegédnek. A gyermekorvostani klinikához: *Singer Gusztáv* dr. tanársegédnek. A fülorvostani tanszékhez: *Ziffer Hugó* dr. díjtalan gyakornoknak. A bőrorvostani intézethez: *Csesznák Margit* dr. díjtalan gyakornoknak. Ugyanazon ülésen *Kammer Manó* dr. Schordann-féle 2000 K.-ás és *Mansfeld Ottó Pál* dr. 1800 K.-ás Bene-féle utaztató ösztöndíjat nyert.

Cukor Miklós dr. újra megkezdte orvosi gyakorlatát Franzensbadban.

Meghaltak. *Annai József* dr. gyakorlóorvos Pancsován, folyó hó 11.-én, 79 éves korában. — *Erdélyi Károly* dr. gyakorlóorvos Szatmáron, folyó hó 6.-án. — *Bodor Fülöp* dr. szolyvai járásorvos, folyó hó 5.-én, 45 éves korában.

Kisebb hirek külföldről. *Pfannenstiel I.* tanár Giessenben elfogadta a kieli nőorvostani tanszékre való meghivást. — *Bumm* tanár Berlinben nem fogadta el a meghivást a müncheni nőorvostani tanszékre. — A bécsi lapok szerint Bécs városa ő Felsége 60 éves uralkodói jubileuma alkalmával 10 millió koronát szándékozik kórházi czélokra fordítani. — *Chiari* tanár, a bécsi egyetemen a gégészet és rhinologia rendkivüli tanára, rendes tanári czimet és jelleget nyert.

A katonaorvosok Poroszországban. A porosz hadsereg igen nagy gondot fordit a katonaorvosi kar színvonalának emelésére. Az egyetemi klinikákon őszkor és tavaszkor továbbképző tanfolyamokat tartanak számukra, melyek 4—6 hétig tartanak. 1905-ben 34 törzsorvos, 80 ezredorvos, 172 fő- és segédorvos vett részt, sőt 172 szabadságolt állományú főorvost is behivtak ezen továbbképző tanfolyamokra. Még fontosabb intézkedés, hogy igen nagy számal vezényelnek katonaorvosokat egyetemi klinikákra és intézetekbe 1, 2 sőt 3 évre is, speciális ismeretek alapos elsajátitására. Igy a folyó évben 110 katonaorvosnak nyujtanak alkalmat alapos kiképzésre, és pedig a sebészetben 36-nak, a belső bajokban 19-nek, a közegészségtanban és bakteriologiában 14-nek, az elmebajokban 12-nek, a kórbonczolástanban 8-nak, a szemészetben 6-nak, a bőr- és bujabetegségekben 5-nek, a fülészetben 5-nek, a nőgyógyászatban 4-nek, a fogászatban 1-nek. Hogy a német hadsereg katonaorvosi kara magas színvonalon áll, azt az 1870/71.-i franczia háborúban be is bizonyította. Ez volt az első háború, melyben a betegségek kevesebb pusztitást vittek végbe, mint a fegyverek. Ez eredményt csak a japán hadsereg érte el. Ez idő óta sokkal tökélesedett a német katonaorvosi intézmény. Valóban akkor, midőn az általános védőkötelezettségnél fogva a nemzet színe-virága szolgál fegyver alatt, nem lehet eléggé támogatnunk azon törekvést, mely nálunk is mutatkozik s a mely oda irányul, hogy a katonaorvosi kar tudományos és gyakorlati kiképzése javuljon.

Orvosi bizonyítvány mint a házasságkötés feltétele. A philadelphiai orvosegyesület elhatározta, hogy törvényjavaslatot nyujt be Pennsylvania állam parlamentjéhez arra nézve, hogy a házasságkötéshez mindkét félnek, a férfinak és nőnek egyaránt, hiteles orvosi bizonyítvánnyal kell igazolnia, hogy nincs olyan bajuk, melyet utódaik örökölhetnének tőlük. Az Egyesült-Államok több államában ilyen törvény már érvényben van s több más állam parlamentjében tárgyalás alatt van.

A continens legnagyobb elmegyógyintézete őszszel nyilik meg Bécs mellett: az alsóausztriai állami elmekórház. Az intézet valóságos kis város; 1.430,000 négyzetmétert foglal el, s 60 épületből áll, a melyek közül 34 szolgál betegek befogadására. Az intézetnek 236 telefonállomása van; a különböző épületeket villamos vasút köti össze egymással. Egyelőre 2200 ágy van rendszeresitve, de szükség esetén 4000 betegre van hely. Az intézetben színpadról és hangversenyteremről is gondoskodtak.

A dohányfüst hatását a pathogen bakteriumokra kisérletileg vizsgálta meg *M. B. Arnold* Manchesterben s azt találta, hogy a dohányfüst, de más füst is, részben teljesen megakadályozza, részben késlelteti a megvizsgált bakteriumfajták (diphtheria, typhus, bac. coli communis, staphylococcus) cultuláinak a fejlődését. Hasonló eredményeket ért el már Arnold előtt Rideal 1903-ban s Trillot 1905-ben. Az utóbbi a dohányfüst fertőtlenitő hatását a füst formaldehyd-tartalmának tulajdonitja; ugyanis 100 gm. szivar füstjében 0,118 gm. formaldehydet lehet kimutatni. (Lancet, 1907 május 4.).

„**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.** 2513

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

SIPOS DEZSŐ dr. rendel **KARLSBADBAN.** Markt, Haus Prinz von Wales.

Gizella-Telep fürdő, Saison megnyitás május 1.-én. **modern vizgyógyintézet posta Visegrád (Pest m.)** Vizgyógykezelés, szénsavas-, villanyos-, forrólég-, mór-, sós-, fenyő- és napfürdő. Villanyozás, massage. Remek fekvés. Mérsékelt árak. Kivánatra prospektus. 3719

Orvosi laboratorium: **Dr. Mátrai Gábor** v. egyetemi tanársegéd **Andrássy-út 50** (Oktogon-tér). Telefon 26—96

Dr. Kopits Jenő Budapest, VII., Kerepesi-út 18. testgyenesitő intézetét f. é. augusztus 1-étől **VIII., Gyöngytyük-utcza 14. sz.** alá helyezi át.

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. 3170

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

ERDEY Dr. **Budapest, IX., Bakács-tér 10.** 1415/3109 **SANATORIUMA.** **Nőbetegek és szülőnők részére.**

WEISZ EDE DR. pöstyéni intézete.

Modern kényelem, Röntgen, Zander stb. Mérsékelt árak.

Simonyi Béla dr. Modern **RÖNTGEN**-laboratorium. Harminczad-utcza 6. (Erzsébet-tér sarok) Röntgen-therapia; átvilágitás; Röntgen-felvételek. Telefon 49—57. **Vibratiós massage.**

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: A Magyar Sebésztársaság első nagygyülése. (Budapest, 1907. junius 1-én és 2.-án.) 467. l. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (Ülés 1907. január hó 31.-én.) 469. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 470. l.

A Magyar Sebésztársaság első nagygyülése.

Budapest, 1907. junius 1.-én és 2.-án.

Ismerteti: *Gergő Imre* dr., műtőorvos.

Második tudományos ülés.

Ónodi Adolf (Budapest) *az orr mellüregeinek genyedései által okozott súlgos szövődmények kóroktanáról* ad elő és mindenekelőtt azon boncztani tapasztalatait ismerteti, melyek a mellüregek gyuladásának terjedését és a szövődmények létrejöttét könnyen érthető módon magyarázzák meg. Szövődményekként orrüregi genyedések után látászavarokat, vakságot, a szemüreg, koponyaüreg és az agyvelő másodlagos megbetegedéseit (thrombophlebitist, agyhártyagyuladást, agytályogokat) számos esetben észlelt.

Mindezen súlyos szövődmények kedvezően befolyásolhatók, sőt korai beavatkozással meg is előzhetők.

Polyák Lajos (Budapest) *a Killian és Killian-Hajek módszerével gyógyított homlokbölgenyedésekről* tartott betegbemutatással kapcsolatos előadást. Kiemeli a módszer biztos gyógyító hatását és a kozmetikus szempontból legjobbat nyujtó eredményt.

Hozzászól *Ónodi* (Budapest). A kozmetikát illetőleg utal arra, hogy legideálisabbak azon esetek, midőn a *Killian*-féle eljárást az osteoplastikus eljárással, szóval a homloküreg elülső falának megtartásával kötjük össze. Ép ezért különösen nőknél és a nyilvánosság előtt szereplő férfiaknál (papok, szinészek stb.) a *Jansen*-féle eljárást inkább ajánlja.

Dollinger Gyula (Budapest) utal arra, hogy mindkét eljárást megkisérlette. Régebben *Jansen* eljárását alkalmazta, de azon hátrányát látta, hogy recidivák képződnek, miután a sarjak az üreget kitölteni nem tudják.

Másik hátránya ezen módszernek, hogy némelykor az orbitális zsiradék belehúzódik a sinus frontalisba és oly erős heggel nő oda, hogy a szemet dislokálja, miáltal kettős látás keletkezik. Minthogy *Dollinger* a *Jansen*-féle mütétnél ezen hátrányokat tapasztalta, utóbbi időben a *Killian*-féle műtétet alkalmazza; gyógyulás szempontjából az eredmény sokkal jobb, a kozmetika tekintetében azonban az eredmény nem mindig kifogástalan.

* * *

A csontok és végtagok sebészeténél *Martiny Kálmán* (Trencsén) *csigolyatörés miatt végzett laminektomia* esetéről számol be és betegét, ki fél évvel ezelőtt bénult végtagokkal és hólyaghüdéssel került műtéthez, jelenleg gyógyultan mutatja be. Hozzászól *Manninger Vilmos* (Budapest); melegen ajánlja a laminektomiát csigolyatöréseknél és analog esetére hivatkozik, melyet tavaly az orvosegyesületben mutatott be.

Haberern J. Pál (Budapest) *a symphysis-tuberculosisról* tartott betegbemutatással kapcsolatos tanulságos előadást.

A gyér irodalmi közlésekhez saját tapasztalából három esettel járul, kik közül kettőt sikerrel operált. Hangsúlyozza a korai diagnosis fontosságát; idejekorán végzett műtéttel sok nehéz complicationak álljuk útját.

Haberern J. Pál (Budapest) *a Wladimiroff-Mikulicz-féle osteoplastikus resectiók* indicatioit tárgyalja és ezen módszer szerint sikerrel operált beteget demonstrál.

Gergő Imre (Budapest) *haemophiliás izületekről* tart előadást. Hangoztatja a kórjelzés fontosságát, mivel hibás diagnosison alapuló véres beavatkozást a beteg életével fizethet meg; főleg gümős izületi bajokkal gyakori az összetévesztés. *Dollinger* tanár klinikájáról 14 éves fiút mutat be ily bántalommal és demonstrálja a kóros izületekről (könyök, térd) készült x-sugaras képeket.

Kopits Jenő (Budapest) *a világrahozott dongaláb gyógykezeléséről* értekezik. A gyógykezelés feladata szerinte 1. a deformált láb normális helyreállítása. 2. A helyreállított láb alakjának biztosítása, megtartása és 3. a láb normális functiojának begyakorlása.

A láb alakjának helyreállítása történhetik manipulatio, redressement forcé és osteoklast redresseur alkalmazásával. Az eredmény rögzítését gypskötéssel esetleg rögzítő tokkal, a normális functio begyakorlását masszálással és gyakorlatokkal végezzük.

Véres műtétek közül csak a lágyrészek feszülésének megszüntetését czélzók helyesek és perhorreskálja azokat, melyek a csontváz csonkolása révén akarják megszüntetni a deformitást.

Hozzászól *Alapy Henrik* (Budapest). Hangsúlyozza, hogy legalább is 35—40 *tarsectomiát végzett* és mindig úgy járt el, hogy az ék kivésése után metszette át az Achilles-inat, a plantaris fasciát, sőt az egyik-másik lábujj hajlító inát; csak ezután kisérlette meg a redressálást.

Bár általában csecsemőknél az ilyen műtétet nem ajánlja, mégis látott oly eseteket is, midőn a csecsemőkorban, évek előtt végzett ékkimetszések után, a rövidülés alig tett ki 1 centimetert. A véres műtétet mint igen rövid idő alatt gyógyító eljárást ajánlja.

Horváth Mihály (Budapest) *a világrahozott csípőizületi ficzamodásra vonatkozó kór- és gyógytani tapasztatalairól* számol be és x-sugaras képekkel, továbbá boncztani készítményekkel azt bizonyítja, hogy az általában ismert izvápaelváltozások csak másodlagos úton, a ficzam létrejövetele után fejlődnek ki. Három esetében, születés után szerzett ficzamodásnál, ugyanazon elváltozásokat találta az izvápán, mint világrahozott ficzamnál.

A *Lorenz*-féle eljárás tökéletességét kitünő x-sugaras képekkel illustrálja; ezekből az tünik ki, hogy az izvápa évek multán normális alakját teljesen visszanyeri.

Manninger Vilmos (Budapest) egyébként *helyre nem tehető ficzamodások repositiojánál* a törzs rögzítését eszközli *Dollinger* módszerének oly módosításával, hogy a meztelen törzset rögzíti a *Dittl*-féle sínekre.

E módszerrel 8 idült ficzamodás közül (négy váll-, három csípő- és egy hüvelyk-ficzamodás) hetet sikerült helyretennie. Az eljárás előnyét a véres műtét kerülésében és a functio tökéletesebb helyreállításában látja.

Dollinger hozzászólásában figyelmezteti előadót, hogy módszere lényegében azonos azzal az eljárással, melyet ő csípőizületi nagyfokú ad- vagy abductiós contracturák nyújtására ajánlott. *Manninger zárszavában* kiemeli, hogy eljárásában az újítást kizárólag abban látja, hogy *Dollinger* rögzítő módszerét ficzamodások helyretevésénél alkalmazza.

Manninger Vilmos (Budapest) *súlyos, teljes munkaképtelenséget okozó coxa vara-s betegek functiojának javítására ajánlja a trochanterotomia myoplasticát*, melylyel az abductiót gátló trochantert a czombcsont mélyebb pontjára rögzíti és ezzel a hozzátapadó farizomzat megnyujtásával a medencze rögzítését is elősegíti.

* * *

Második nap (junius 2).

Harmadik tudományos ülés.

Ezen nap vitakérdése **az appendicitis sebészi kezelésének néhány fontosabb kérdése** volt.

Mint referensek *Herczel Manó* (Budapest) és *Schmid Hugó* (Pozsony) szerepeltek.

Herczel (Budapest) saját, több mint 600 appendicitis esetre kiterjedő tapasztalatai alapján a következő fontosabb kérdésekről számolt be:

1. *Állást foglal a korai operatio mellett az első 2×24 órán belül.* A 48 órán túl való operationak szerinte csak akkor van helye, ha általános hashártyagyuladás tünetei sürgetik a műtétet, vagy ha tályogképződés mutatható ki. Magát a korai műtétet azonban a következő feltételekhez köti: csak biztos diagnosis esetén szabad az appendicitis operálásába bocsátkoznunk; nem szabad megoperálnunk az olyan eseteket, melyek a műtét szóbakerülte-

kor már a javulás útján vannak. Nem szabad a korai operálás elvét oly egyénekre alkalmazni, kik koruknál vagy valamely betegségüknél fogva már eleve rossz chance-okat szolgáltatnak; végül nem szabad olyanoknak vállalkozniok a korai operálásra, kik nincsenek a megfelelő technikai készség birtokában.

2. *A mi a rohamok lezajlása után való operálást, a féregnyulványnak à sec eltávolítását illeti*, erre nézve *Herczel* tanár az előfordulható eshetőségek mérlegelése után álláspontját a következőkben összegezi: a mütét, az appendix eltávolítása, a rohammentes időszakban indokolt minden appendicitis után, ha a roham diagnosisa biztos volt, különösen, ha a roham többször ismétlődik, ha a betegek nehéz munkával foglalkoznak, terhesek vagy teherbe jutásuk valószinü, továbbá, ha nem számíthatunk rá, hogy a roham ismétlődése után nyomban sebészi segítség áll rendelkezésükre. Fennálló nehézségek, bélpassagezavarok, sipolyok parancsolják a műtétet; ha azonban az utolsó roham óta két év már elmúlott s az egyén jól érzi magát, vagy ha oly izzadmány van jelen, mely felszívódhat, a műtéttől való tartózkodás ajánlatos.

3. A harmadik pont, melylyel az előadó foglalkozik, *a féregnyulványnak előzetes tályognyitás után való eltávolítását illeti. Herczel* indikáltnak mondja ezen második műtétet mindazon esetekben, hol tályognyitás után sipoly maradt vissza, továbbá midőn a beteg a vakbéltájra lokalizált állandó fájdalmakról panaszkodik; vagy ha valóságos recidiva áll be, újabb, typikus, bár könnyebb roham alakjában. Ez utóbbi esetben a műtét lehetőleg azonnal, a roham után végzendő. Azon esetben, ha tályognyitás után semmiféle panasz nincsen, nem tartja indikáltnak a műtétet, mert saját tapasztalatai szerint az esetek 75—80%-a véglegesen meggyógyul. Prophylactikus eltávolítás csak olyankor van helyén, ha a beteg a műtétet feltétlenül kívánja, vagy ha életviszonyai olyanok, hogy újabb roham esetén sebész nem áll rögtön rendelkezésére.

4. *Az appendicitismütétek technikájának ismertetésével* zárja előadó mindvégig feszült figyelemmel kisért előadását. A különböző műtéti eljárásokat kritice tárgyalja és útbaigazításokat ad a szükség szerint módosuló eljárásokra.

Végezetül *műtéti statistikáját* közli: 613 appendicitis — műtétének összhalálozása 10·93%, ebből azonban a korai és az à sec mütétekre csak 0·5% mortalitás jut, mi szintén élénken illustrálja, hogy az eredményeket csakis a korai operatio tudja megjavítani.

Schmid Hugó (Pozsony) a pozsonyi állami kórház sebészi osztályán szerzett tapasztalatait a következő pontokban összegezi: 1. korai mütét volna a legczélszerübb, de jelenleg még kivihetetlen, mert *szükséges az esetek osztályozása.*

2. *Enyhe esetben* a betegnek azt ajánljuk, hogy a második rohamnál azonnal operáltassa magát, de *csak némileg súlyosabb esetben* is feltárhatjuk előtte, hogy legjobb volna bajától gyökeresen megszabadulnia.

3. *Nagy kiterjedésü, hosszabb ideig változatlan izzadmánynál* ne operáljunk, mivel az izzadmány vagy felszívódik, vagy tályogképződésre vezet. A mütét az appendix kiirtásának lehetetlensége miatt csak kárt okozna a bolygatás következtében.

4. *Hideg stadiumban* is legyen erőnk idejekorán visszavonulni, midőn az appendixet nem találjuk meg.

5. *Diffus genyes hashártyalobnál* a végbélen át való drainage haszonnal nem jár.

6. *Nagyfokú bélhüdésnél* tanácsosabb az enterostomia mint a typikus mütét, mert több reményt nyujt a beteg életbenmaradásához.

7. *Kétes kórisme esetén* jó szolgálatot tesz a *Mac Burney*-ponton való kémlelő gomblyukmetszés.

A discussiót *Balás Dezső* (Budapest) kezdte. Szerinte *súlyos peritoneális tünetekkel és exsudativ jelekkel járó appendicitis első rohama után* czélszerü a beteget rábeszélni a mütétre még a második roham előtt. 38 idevágó esetében 12-szer talált koprolitheket az eltokolt tályogban, a többi esetben pedig oly súlyos appendix-elváltozásokat látott, hogy valóban örült, hogy rábeszélése sikerrel járt. Mind a 38 esete meggyógyult. Ilyen súlyos roham után három betege a mütétbe nem egyezett; ezek közül később kettő perforatiós appendicitisben meghalt, egy pedig csak sürgős mütét után gyógyult.

Mindez első sorban munkásemberekre vonatkozik, kiknél praeventive a herniotomiát is helyesen és joggal ajánljuk. Oly egyének, kiknek sociális helyzete várakozást enged, vagy a kik orvosi felügyelet alatt állanak, természetesen más elbirálás alá esnek.

Alapy Henrik (Budapest) *a korai operálás mellett* emel szót.

Winternitz M. Arnold (Budapest) 83 appendicitisesetet operált. *Statistikájában* intervallummütétek 0% mortalitással szerepelnek; tályogos, genyes vakbéllobnál a mortalitás 9·7% volt, peritonitis esetén pedig 85%.

Tályogos esetekben csak a tályog incisiojára szorítkozik, nem keresi a féregnyúlványt, hanem csak 4—5 hét mulva, az eset lezajlása után távolítja azt el. A secundaer eltávolítást az esetek túlnyomó többségében szükségesnek tartja, mert eseteinek 36%-ában bélsárkövek voltak jelen, melyek a tályognyitás alatt vagy után az eseteknek csak 1/3-ában lökődtek ki. *Tályogképződés nélküli esetekben* utólag eltávolítja a féregnyújtványt, ha a roham nagyobb izzadmánynyal járt, vagy ha recidivával áll szemben, ilyenkor már a második roham után ajánlja a mütétet, még akkor is, ha a rohamok enyhék voltak. *A korai mütétet* csak súlyos tünetekkel járó, peritonitis gyanújával kezdődő esetekre kivánja szorítani, de minden esetre válogatás nélkül nem ajánlja.

Fischer Aladár (Budapest) a Társaság figyelmét *az elkülönítő kórisme egy-két fontosabb kérdésére* (vesekő, ureterkő) hívja fel, valamint utal arra, hogy tapasztalatai szerint peritonitis esetén *a hasüreg öblítése* többet árt, mint használ.

Manninger Vilmos (Budapest) hozzászólásában *elvben a korai operatio híve*, melynek azonban a gyakorlatban annyi akadálya van, hogy csak mint ideális indicatio maradhat fenn. *Intermediaer appendectomiák* a statistika rossz eredményei miatt teljesen elvetendők. Intervallum-operatio helyett — ha ennek indicatioja kétséges — *a második rohamban végzett korai operatiót ajánlja;* ez indicatioval sok felesleges operatiót kerülhetünk el.

Pozsonyi Jenő (Budapest) *a terhességnek az appendicitissel való complicatiojára* hivja fel a figyelmet. Helyesli azon eljárást, mely a roham kezdetén való beavatkozással, a korai operálással szünteti meg az előre meg nem állapítható súlyosságú betegség kifejlődését; a terhesség alatti rohamok rendesen súlyosabbak, míg maga a mütét a terhességre befolyással nincs.

Herczel zárszavában újból hangoztatja a korai műtét szükséges voltát, mivel végeredményben jobb, ha rögtön operálunk.

A féregnyúlvány secundaer kiirtására vonatkozólag *Treves, Trendelenburg, Angerer, Sprengel*, valamint újabban *Pearce-Gould* álláspontjára hivatkozik, kik szintén legconservativebbek e tekintetben és ezen másodszori beavatkozást csak sipoly visszamaradása esetére tartják fenn. *Herczel* segédjének *Milkó Vilmos* dr.-nak ezirányú statistikája is azt mutatja, hogy az esetek 52%-ban szükségtelen a secundaer mütét.

* * *

Következett a **hassebészet** tárgyalása.

Kossow-Geronnay Imre (Sopron) 27 éves nőt mutat be, kinél *császármetszéssel kapcsolatban Porro-mütétet* végzett. A mütétet az angolkóros medencze szükülése indikálta. Az anya gyermekével együtt él és egészséges.

Sándor István (Budapest) *a gyomrot átfúró idegen testekről* szól egy készítmény bemutatásával. *Dollinger* tnr. klinikáján beteget észlelt, kinek gyomortáján 2½ hó óta emberfejnyi daganat keletkezett, melynek operatiojánál kitünt, hogy az egy, a hasfallal összekapaszkodott intraperitoneális tályog, melyet egy 3½ cm. hosszú, 1½ mm. széles, hegyes végü fadarabkának a gyomorból való átfúródása okozott. A beteg meggyógyult.

Milkó Vilmos (Budapest) *a penetráló hassérülések diagnostikájáról* értekezik 70 észlelt eset kapcsán. Fősúlyt a korai, a sérülés utáni első órákban tett kórismére helyezi, mivel a jó műtéti eredményeknek ez a legbiztosabb kriteriuma. Az általános tüneteknél sokkal nagyobb értékkel birnak a lokális hastünetek és ezek között a legállandóbb és legmegbizhatóbb a défense musculaire, melynek jelenléte minden egyéb tünet hiányában is absolut bizonyíték a sérülés penetráló volta mellett.

Előadó oda concludál, hogy komplikált hasi sérüléseknél az esetek túlnyomó többségében közvetlenül a sérülés után felállithatjuk a penetráló sérülés kórisméjét.

Herczel Manó (Budapest) *eseteket ismertet a hassebészet köréből*, ú. m. *acut gyomorperforatio* (pylorusfekély perforatiója) műtétre gyógyult esetét, — továbbá a choledochust összenyomó *lobos eredetű pankreastumornál cholecystogastrostomia útján* elért gyógyulás esetét. A betegeket bemutatja.

Pólya Jenő (Budapest) *mesenteriális sarkomákról* tartott előadást 3 idevágó operált esetének nyomán. Ezen ritka megbetegedés kórtanával, tünettanával és sebészeti kezelésével foglalkozik különös tekintettel a szükségessé válható nagykiterjedésű bélresectiora. 3 betege közül 1 halt meg a műtét kapcsán.

Alapy Henrik (Budapest) *az enterostomia szerepéről a hashártyagyuladás gyógykezelésében* tart bemutatásokkal egybekötött előadást. *Alapy* abból indul ki, hogy számos peritonitises beteg még mielőtt a hashártyalob a has nagyobb területét megtámadta volna, már korán belehal azon mérgezésbe, mely toxikus anyagoknak a bélből való felszivódásából ered; ennek oka pedig az, hogy egyes bélkacsokon paralytikus ileus állott be. Ilyen esetekben az akadályfeletti bélrészlet megnyitása és nyitvatartása életmentő lehet.

Heidenhain idevonatkozó tapasztalatai alapján *Alapy 10 esetben végzett ileostomiát;* ezek közül hetet sikerült megmentenie, öt betegét be is mutatja.

A műtét technikája igen egyszerű; helybeli érzéketlenítés mellett két centimeteres metszésen át pár perez alatt végrehajtható. *Fődolog, hogy tágult bélkacsot nyissunk meg.* A coecostomiát előadó igen alárendelt értékünek tartja, minthogy ezzel rendesen a bélzáródás helye alatt fekvő hely nyittatik meg. Az egyszerű kivarrás helyett a ferde sipoly készítését és draincső bevarrását előnyösebbnek tartja.

A bemutatott esetek egyikében Alapy egészen új javalat alapján végezte az enterostomiát (ileostomiát), t. i. *vakbélgyuladási roham intermediaer szakában;* az alarmirozó tünetek viszszafejlődtek és a roham végét nyugodtan be lehetett várni. Az ilyen javalat mellett végzett műtéttől előadó a jövőben sokat vár.

Alapy előadására *Herczel* (Budapest) megjegyzi, hogy *diffus peritonitisnél enterostomiát* sokszor végzett, bár az eredmények biztatók nem voltak. Ez nagyon függ attól, hogy jó-e a beteg szívműködése. Az anus praeternaturalis helyének megválasztását illetőleg *Herczel azt hiszi, hogy a coecostomia jobban felel meg a czélnak*, mint a vékonybélen végzett enterostomia, mivel a legtöbb foecalia a vastagbélben van, s a vastagbél kiürítése a betegnek nagy könnyebbség; de mindezek mellett *Alapy* szép eseteit nagy örömmel nézte.

Manninger Vilmos (Budapest) *a bélkiürítés egyszerű módját ajánlja a bélelzáródás megoldásának megkönnyebbítésére. Manninger* módszere abban áll, hogy a bélelzáródás felett a legpuffadtabb bélkacsok egyikén sipolyt készít; a sipolyba kisujjnyi draincsövet varr, azonkivül rögtön a műtét után ismételten meleg keserüvizes beöntéseket alkalmaz. Az eljárás főelőnyét *Manninger* abban látja, hogy 1. tisztább az eddigieknél, 2. megkönnyíti az elzáródás feloldását és 3. jól záró bélsipoly készítésével jár.

Lumniczer József (Budapest) *nehezen diagnostizálható pylorusszükület* műtéttel gyógyult esetét ismertette.

* * *

Az urologiai bántalmak körébe vágó előadások fejezték be a tárgysorozatot.

Haberern J. Pál (Budapest) *a prostatectomia kérdéséhez szolgált adatokkal;* ismerteti az idei berlini sebészcongressuson elhangzott nézeteket (l. referens ismertetését az Orvosi Hetilap ezidei 22. számában), *Kümmell, Israël, Rovsing* stb. álláspontját és ezeket saját észlelései kapcsán kritice tárgyalja.

Előadásához *Riehmer Béla* (Budapest) és *Picker Rezső* (Budapest) szóltak hozzá.

Haberern Razumovszky-műtét után nyert készítményt mutat be, melyet a vas deferensen át injiciált. Az implantált vas deferens és a here állománya között 3 héttel a *Razumovszky*-féle műtét után communicatio fejlődött ki.

Illyés Géza (Budapest) *súlyos vesetuberculosis esetét* ismerteti. A műtétnél kiderült, hogy a veséből a geny már a vékonybélbe tört át és hogy néhány hét óta bélsipoly állott fenn. Teljes gyógyulás.

Illyés Géza tömlős vesét irtott ki 30 éves férfinál; a baj veleszületett, később genyedés állott be, a mi miatt esete műtétre került. A beteg meggyógyult.

Steiner Pál (Budapest) *kezdődő vesegümőkór 3 esetét* mutatja be, melyeket *Dollinger* tanár klinikáján észlelt, és felhivja a figyelmet azon initiális tünetekre (fájdalmasság a vesetájon, haematuria), melyeket gyakran csak nephralgiának és essentiális haematuriának tartanak. Mindhárom esetében a vesegümő még csak a parenchymára szorítkozott. Vesegümő minden esetében radikális vesekiirtás ajánlatos. *Dollinger* tanár úgy ezen 3 betege közül, mint egyáltalában vesegümő miatt eddigelé nephrektomizált 18 betege közül műtét folytán egyet sem vesztett el.

* * *

A gyülés hatalmas tárgysorozatának kimerítése után *Herczel tanár* a nagygyülés őszinte köszönetét fejezte ki a congressus elnökének, *Dollinger Gyula* egyetemi tanárnak és a congressus jegyzőjének *Hültl Hümér* dr.-nak, azon páratlan szorgalomért és buzgóságért, melylyel a tárgyalásokat vezették.

Dollinger elnök záróbeszédében utalt azon nagy ülésfegyelemre, melyet a tagok tanusítottak és az előadások magas niveaujából, a hozzászólások tárgyilagosságából biztos reményt merít arra, hogy a magyar sebésztársaság hosszú életü lesz és hogy a külföldi sebésztársaságok között méltó helyet fog elfoglalni.

Köszönetét fejezi ki a Társaság összes tagjainak, hogy itt-ott szigorúnak látszó eljárását, melyet azonban az óriási napirend rendes lebonyolítása érdekében szükségből tanusított, rossz néven nem vették.

A Társaság elnökévé az 1908. évre *Réczey Imre* egyetemi tanárt, jegyzőjévé pedig *Verebély Tibor*-t választották meg. A jövő évre kitüzött vitakérdések a következők:

1. Az epeköbetegségek sebészi gyógykezelése. Előadók: *Pólya* (Budapest) és *Chudovszky* (Sátoraljaújhely).

2. Az általános és helyi érzéketlenítés kérdése. Előadók: *Haberern* (Budapest) és *Boros* (Szeged).

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(Ülés 1907. január hó 31.-én.)

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

(Vége.)

Incrustált selyemfonál a hólyagban.

Lehr József: R. A., 54 éves asszony panaszai: fél év óta gyakori vizelés, vizeléskor erős fájdalom, mely állandóan tart, úgy hogy miatta sem ülni, sem állani nem tud. Néhányszor véres vizelés. Egy év előtt más kórházban műtétet állott ki, hasdaganatot távolítottak el.

A cystoskopos vizsgálat, melyet Illyés magántanár végzett, kimutatta, hogy a hólyagfundusban jobboldalt egy hosszúkás, szürkés színű, dudoros felületű, babnyi kő van, mely könnyen ide-oda mozgatható.

A hólyag bal felén az ureter-nyilás tájékán féldiónyi, széles alapú, kissé dudoros granuloma látható, melynek felső csúcsán egy a kőhöz hasonló színü, fülbevalóhoz hasonló csomó ül.

Kelly-féle tágítóval kitágítva a húgycsövet, sikerült az előbb látott dolgot kihozni, mely egy körülbelül 8—10. számú selyemfonálkacsnak bizonyult, melynek csomózott része incrustálva volt. A beteget narcotizálva, a követ szétzúztuk; a kötörmelékek között 4 darab selyemfonalat találtunk és még több apró fonaltörmeléket.

A beteg 5 nap mulva gyógyultan távozott. A selyemfonal csakis úgy juthatott a hólyagba, hogy az egy év előtti operatio alkalmával hólyagját átöltötték, a levált fonal a hólyagba esett és magját alkotta a hólyagkőnek.

A gerinczvelő-érzéstelenítésről 80 eset kapcsán.

Remenár Elek: Az első gerinczvelő-érzéstelenítést mütéti czélból Bier végezte 1898-ban cocainnal, de a cocain veszedelmesebb mint a narcosis, fejfájás, láz, collapsus az utótünetei, haláleset is fordult elő. Azért a cocain pótszereivel végzett kisérleteket s ezekről 1905-ben a sebészeti congressuson számolt be. E szerek a stovain, novocain, alypin, tropacocain. Hatásuk érzéstelenség és motorius hüdés. Az érzéstelenség valamennyi után beáll, míg motorius hüdés csak a stovain, alypin és novocain használata után van, a cocain után nincs, a tropococain után pedig csak kis fokú paresis mutatkozik. A motorius hüdés veszedelmes, mert a légző izmok hüdésével fuladásos halál állhat be, s a felszálló motorius hüdést megakadályozni nem áll mindig hatalmunkban, azért azt a szert ajánlatos használni, mely motorius hüdést nem okoz. E szer a tropacocain. A stovain nucleáris bénulást, myelitist is idézhet elő, idegméreg. A tünetek a befecskendés után $^1/_2$—1 perczczel: bizsergés, zsibbadás az alsó végtagokban, a reflexek kimaradása, érzéstelenség. Az érzéstelenség rendesen 5 perczen belül beáll. Utóhatások: émelygés, hányás, szédülés, fejfájás, elsápadás, szorongás érzése, collapsus lehet. Mütét után hőemelkedés, napokig tartó fejfájás jelentkezhetik. E melléktünetek legenyhébbek a tropacocain használata esetén. A betegek jól türik. 10—80 éves egyéneken használták. Főleg jól türik legyengült, vérszegény, cachexiás, vesegyuladásos, szívbajos betegek, kiknél a narcosis ellenjavalt. Fontos a minimális adag használata; sok mütő magas adagokkal dolgozik, innen erednek az utóbajok.

A stovainból a Poupart-szalagig 0·04, azon felül 0·05 gm. elegendő. A novocainból 0·10—0·12 gm., a tropacocainból 0·04—0·05 gm.

Az eredmények különfélék, 50—100% sikerről számolnak be.

E különbség oka a túlmagas adag használata és a nem helyes kivitel.

Illyés osztályán a Bier által kidolgozott eljárást következőleg végezzük: 1—$1^1/_2$ cm^3-es Record-fecskendőt használunk, melyet konyhasós vízben kifőzünk. Ha a Poupart-szalagnál magasabban fekvő terület érzéstelenségét akarjuk elérni, Trendelenburg-féle fekvésbe hozzuk a beteget, a reflexeket folyton vizsgálva, míg a kivánt magasságig nem terjed az érzéstelenség.

Köldökön felüli mütéteknél befogott orr és száj mellett erőltetett belégzéseket is végeztetünk, hogy az agyi gyüjtőerek kiürülése szívó hatást gyakoroljon a gerinczagyvízre, s az érzéstelenség feljebb szálljon.

Stovainnal 40-szer végeztünk érzéstelenítést; ebből volt 1 kisebb collapsus 72 éves nőn, ez aethercamphorra javult; fejfájás 5 esetben volt, émelygés 3 esetben. 7 esetben az érzéstelenség nem volt teljes, de azért narcosisra nem volt szükség. Most csak a tropacocainnal dolgozunk. Súlyos utótüneteket nem észleltünk, mivel kis adagokat használtunk.

Tropacocaint 36 esetben használunk. Ezt 4%-os steril oldatban használjuk, a melyből 1 cm^3-t fecskendezünk be. Fejfájás és hőemelkedés az első 11 esetben hatszor, az utolsó 25 esetben kétszer fordult elő.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A növényi táplálkozás befolyását a gyomornedvelválasztásra vizsgálta *Schloss* és kisérleteinek eredményeiről a német belorvosok ez évi congressusán számolt be. Véleménye szerint hyperaciditás esetében nem túlságosan sok savat tartalmazó nedv választatik el, hanem normális savtartalmú, de nagyon sok nedv termelődik. A gyógyításkor tehát nem arra kell törekednünk, hogy a már termelődött savat megkössük, hanem arra, hogy a gyomornedvnek túlságos mennyiségben képződését mérsékeljük. Állatokon végzett kisérletek bebizonyitották, hogy a kellő alakba hozott növényi táplálék sokkal kisebb ingert fejt ki a gyomorelválasztásra, mint a hús — illetve általában a fehérjetáplálék. Hyperaciditásban és általában a gyomornak izgalmi állapotaiban sokkal helyesebb a növényi táplálkozás, szemben az eddig általában használt húsfehérje-diaetával.

A vérköpés orvoslásáról tartott előadást *Reiche* a hamburgi orvosegylet április 30.-i ülésén. Három pontnak kell megfelelni: 1. a vérző helyet lehetőleg nyugalomba kell hozni; 2. a vérzés megszünésére kedvező vérkeringési viszonyokat kell teremteni; 3. a vér minőségét kell olyanná tenni, hogy lehetőleg gyorsan képződjék a vérzés helyén elég erős megalvadás, thrombus. Az első két pontnak testi és lelki nyugalommal (psychikai befolyásolás), jégtömlővel, morphiummal stb. teszünk eleget; a tüdőgyüjtőerekből származó vérzésekben (aránylag kevés, élénkpiros vér) kedvező hatású lehet a digitalis. Az adrenalinnak, plumbum aceticumnak, acidum tannicumnak, ferrum sesquichloratumnak, ergotinnak amylnitritnek nem sok hasznát látta. A vér alvadásképességének fokozására megkisérelte a gelatinát, de nem nagy eredménynyel; sokkal többet ér a calcium chloratum, a melyet eleinte 1·0, később 4·0 grammnyi mennyiségben is adott három részletben.

Az előadáshoz füződött eszmecserében *Brandis* felemlítette, hogy haemorrhoidális vérzések biztosan megszüntethetők 10%-os calciumchlorid-oldatnak a végbélbe fecskendezésével. *Deneke* nagyon dicséri a digitalist, a mely csak erősen fokozott vérnyomás esetén lehet veszélyes, ez azonban tüdőgümőkórosokban ritka. *Schmilinsky* a chlorcalcium vérzéscsillapító hatásának bizonyítására felhozza, hogy jól csökkenthetők vele a cholaemiás vérzések az epeutakon végzett mütétek alkalmával. *Lenhartz* ellenzi a digitalis használatát. *Weiss* mindig jó eredményt látott a plumbum aceticum használatától.

PÁLYÁZATOK.

11,942/907. kig. sz.

Baja város közkórházánál üresedésbe jött, évi 1200 korona fizetéssel, szabad lakás, elelmezés, fütéssel és világitással javadalmazott **alorvosi állásra** ezennel pályázat nyittatik.

Folyamodni óhajtók felhivatnak, hogy kellő minősitettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket f. évi julius hó 17. napjáig méltóságos Dr. Ambrozovics Lajos főispán úrhoz czimezve nyujtsák be.

Szigorló orvosok is pályázhatnak.

Baja, 1907. évi julius hó 17.-én.

3—1 *A polgármester.*

5165/907. alisp. sz.

A lemondás folytán megüresedett **Vizakna városi tisztiorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhivom ennélfogva mindazon orvostudorokat, a kik ezen egyelőre 1600 korona tiszti fizetéssel javadalmazott s szabályren deletileg megállapított rendelési és látogatási dijakkal járó állást elnyerni óhajtj ák, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának 1. pontjában körülirt s a tisztiorvosi v izsga letételét igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám legkésőbb **juli us hó 15.-éig** annál is inkább nyujtsák be, mert a később érkezendő s kellőleg fel nem szerelt kérvényeket nem fogom figyelembe venni.

Az állás nyugdijjogosultsággal jár s a m. kir. sóbány ahivataltól a bányaorvosi teendők ellátásáért külön szerződés szerint 600 korona tiszteletdij élvezetével van egybekötve.

Végül megjegyzem, hogy a fizetést a városi képv i selőtestület 2400 koronára emelte fel s 350 korona lakbért állapitott meg a városi orvos részére, a mely fizetés azonban csak a törvényhatóság jóváhagyása után lép érvénybe.

A választás határidejét később fogom meghat rozni.

Nagyenyed, 1907. évi junius hó 15.-én.

2—1 *Az alispán.*

319/907. sz.

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

Ezen állás évi **1600 korona** fizetéssel, két szobából álló bútorozott lakással, fütés és világitás élvezetével jav adalmaztatik azon hozzáadással, hogy a fizetés 1908. évi január hó 1.-étől számitólag — belügyministeri döntés alatt álló törvényhatósági határozattal — 2000 koronára lett felemelve.

Felhivom mindazon orvosdoktorokat, a kik legalább két évi gyakorlatot kimutatni képesek, hogy szabályszerüen felszerelt, Csik vármegye főispánjához czimzett kérvényeiket **1907. évi julius hó 15.-éig** alantirt igazgatóhoz küldjék be.

Gyergyószentmiklós, 1907. évi junius hó 10.-én.

3—1 *Dobribán Antal* dr., kórházi igazgató.

1272/907. ig. sz.

A pécsvárosi közkórháznál megüresedett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhivom a pályázni szándékozó orvostudor, esetleg orvosgyakornok urakat, hogy szabályszerüen felszerelt pályázati kérvényeiket mélt. Erreth János úrhoz, Pécs sz. kir. város főispánjához czimezve nálam f. **évi junius hó 25.-éig** nyujtsák be.

Az állás javadalmazása 1200 korona és első oszt. élelmezés.

Pécs, 1907. évi junius hó 13.-án.

2—2 *Kórh. igazgatóság.*

8722/907. sz.

Trencsén vármegye közkórházánál megüres dett **2. másodor vosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Felhivom mindazokat, kik ezen 2000 korona, azaz kettőezer korona fizetéssel, természetb eni lakás (3 szoba, konyha, éléskam ra, pincze), fütés és világitással javadalm azott állásra pályázni óhajtanak, hogy a főispán úrhoz czimzett és az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának III. pontja 2. be kezdésében előirt képesitésről tanuskodó okmányokkal felszerelt kérvényeiket a V. Ü. SZ. 4 §-a értelmében legkésőbb f. **évi junius hó 30.-áig** nyujtsák be, mert a későbben beérkezett folyamodványok figyelembe vétetni nem fognak.

Trencsén, 1907. évi május hó 25.-én.

2—2 Alispán helyett: *Rudnay*, főjegyző.

51. évfolyam. 26. szám. *Budapest, 1907. junius 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. TANÁR,
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 belklinikáról. (Igazgató: Korányi Frigyes dr. ny. r. tanár.) Újabb adatok a mediastinális daganatok Röntgen-kezeléséhez. 471. lap.

Lichtenberg Sándor: Közlemény a heidelbergi egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Narath tanár.) Cystographia és pyelographia. 473. lap.

Guszman József: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem bőrkórtani intézetéből. (Vezetőtanár Nékám Lajos dr., egyet rk. tanár.) Fürdők és ásványvizek a dermatologiában. 476. lap.

Tárcza. Halász Aladár: Bécsi levél. 478. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Dr. L. Laquer:* Der Warenhaus-Diebstahl. — *Bechterew:* Die Persönlichkeit und die Bedingungen ihrer Entwicklung und Gesundheit. — *Muskat:* Das intermittirende Hinken als Vorstufe der spontanen Gangrän. — *Lapszemle. Belorvostan. Senator:* Az arteriosclerosis és gyógyitása. — *Roepke:* A diagnostikai tuberculin-adagok. — *Idegkórtan. Rattner:* A Basedow-kór kezelése Möbius serumával. — *Huet:* Creosotum phosphoricum okozta bénulások. — *Sebészet. Landwehr:* A térdkalácstörések kezelésének eredményei. — *Schmid* és *Géronne:* Nephrektomizált állatokon a Röntgen sugarak befolyása a vérre. — *Kleinschmidt:* Az ischaemiás izomzsugorodások kezelése. — *Hartmann:* A mastitiseknek szivókészülékkel való kezelése. — *Lieblein:* Gyomorbélvérzések splenectomia után. — *Bartlett:* A nyelv felhasználása pofadefectusok fedésére. — *Bőrkórtan. K. Zieler:* A kötőszövet asepsises gyuladása. — *J. Kraus:* A tumenolammonium használata a dermathotherapiában. — *Húgyszervi betegségek. M. Oppenheim:* A húgycsőkankóban és complicatioiban a Bier-féle pangás hatása. — *Venerás bántalmak. K. Oplatek:* A reinfectio syphilitica. — *E. Eitner:* Az élő spirochaeta pallidán tett megfigyelések. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Nikolski:* Szer tüdővészesek éjjeli izzadása ellen. — *Mac Court:* Szer influenza ellen. — *Widmer:* Napfény hatására meggyógyult cancroid. 479—483. lap.

Vegyes hirek. — Pályázatok. — Hirdetések. 483. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 484—485. lap.

Melléklet. Hoffmann La-Roche & Cie czég „Thiocol"—„Sirolin"—„Sulfosot-szörp" készitménye.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény az I. számú belklinikáról. (Igazgató Korányi Frigyes dr. ny. r. tanár.)

Újabb adatok a mediastinális daganatok Röntgen-kezeléséhez.

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

Az Orvosi Hetilap tavalyi 35. számában 5 Röntgen-kezelésre javult mediastinális daganat esetét irtuk le. Időközben a betegek egyike klinikánkon meghalt és a sectio a Röntgen-besugárzás által előidézett olyan kórboncztani elváltozásokat derített ki, melyeket, mint továbbbi adatokat a mediastinális tumorok Röntgen-kezelésének kérdéséhez, igen nagy jelentőségüknél fogva, közlésre érdemesnek kellett tartanunk.

A véletlen úgy hozta magával, hogy azon beteg, kit betegeinknek az Orvosegyesületben való bemutatása alkalmával Schein dr. mint ugyancsak Röntgen-kezelésre javult mediastinális daganat egy esetét mutatott be, időközben szintén klinikánkon halt meg, a kórlefolyás és a bonczolási eredmény tekintetében pedig ezen eset oly hasonló az előbb említetthez, bogy szintén részletesebben közöljük. Az első eset kórtörténetének első közleményünkben bennfoglalt részét csak egészen röviden ismételjük.

B. I. 26 éves ércznyomó 1905 márcziusában másodszor vétette fel magát az első számú belgyógyászati klinikára. Első izben 1904 szeptember 14.-étől október 19.-éig feküdt a klinikán tumor mediastini diagnosissal, mely idő alatt állapota arsenkezelésre kissé javult. Második felvételekor nála egy nagykiterjedésű mediastinális daganat volt megállapitható, mely igen kiterjedt venosus pangást okozott az az arczon, nyakon, tetemes oedemával, májmegnagyobodással és igen súlyos dyspnoëval. A beteg állapota 20, egyenként 10 perczig tartó Röntgen-besugárzásra feltünően javult, a dyspnoë, a pangás teljesen eltünt, a mellkas felső részének megfelelő tompulat jelentékenyen kisebbedett, és a szinte reménytelenül elveszettnek látszott beteg oly tetemes javulással hagyta el a klinikát, hogy csakhamar munkához fogott és a továbbra is ajánlott Röntgen-besugárzásokra 5 ugyancsak 10 perczig tartó besugárzás után már nem jelentkezett. Az összexpositio 250 perez volt. A beteg ezen időtől kezdve súlyos munkáját minden nehézség nélkül tudta végezni, nehézlégzés munkaközben sem jelentkezett soha. Ilyen volt az állapot 9 hónapig. A beteget rövid időközökben ellenőriztük, rosszabbodást nála kimutatni nem lehetett. Azonban mikor a beteget folyó év február hónapjában az Orvosegyesületben bemutatni alkalmunk volt, már megjegyeztük, hogy átvilágitással valamint kopogtatással a mediastinális daganat nagyobbodása volt kimutatható. Súlyosabb munkánál a beteg lélekzete nehezebbé is lett. Mindazonáltal az újból ajánlott Röntgen-besugárzásoknak nem akarta magát alávetni, mivel állitólag még elég jól érezte magát. A beteget ezután még májusban láttuk újból, állapota tűrhető volt akkor is, úgy hogy az ismételten hangoztatott kezelésbe nem egyezett bele. Augusztus 27.-én azután a beteg felette rossz állapotban vétette fel magát a klinikára. Elmondása szerint 9 hét óta, azaz junius közepe óta lélekzete rohamosan rosszabbodott, igen sokat kezdett köhögni, majd rendkivüli heves fájdalmai támadtak, melyek a háti gerinczoszlop felől oldalába, kivált jobb felé sugárzottak ki és melyek állitása szerint időnként tűrhetetlennekké váltak. Valamivel később alsó végtagjai gyengülni kezdtek, a fájdalmak ide is kisugároztak, aránylag rövid idő alatt pedig mindkét alsó végtagja teljesen hűdötté vált, úgy hogy több hét óta ágyban fekszik.

Felvételkor az erősen lesoványodott beteg gerinczoszlopa a XII. háti és I—II. ágyéki csigolyának megfelelően nyomásra igen érzékeny. Az alsó végtagokon petyhüdt hűdés van jelen, az izmok igen nagyfokú sorvadásával, hiányzó reflexekkel. Érzési eltérés nincs. Spontan a beteg vizelni nem tud. Sphincter ani hűdött, végbélnyilás tátong. Ezen tüneteken kivül, melyek az anamnesisben leirt és a klinikán is észlelt rendkivül heves gyökfájdalmakkal egy intravertebrális, extradurális daganat felvételére jogositottak, a mellkasi lelet is rendkivül nagyfokú rosszabodást mutatott. A mellkas felső részében a manubrium sterninek megfelelően, valamint attól mindkét oldal felé kiterjedt tompulat volt jelen. A mellkason számos kanyargós vena, a bal kulcs feletti árokban hatalmas mirigycsomó, mely a bőrrel összekapaszkodva nem volt. A légzés súlyos dyspnoët tüntetett fel, mely időnként angina pectorisszerű fuladásig fokozódott. A további klinikai észlelés alatt ezután a beteg rohamos leromlása volt megfigyelhető. Az igen heves gyökfájdalmakat antineuralgikus szerekkel, valamint fokozódó adagban alkalmazott morphiummal is csak alig sikerült türhetővé tompitani. Ugyancsak a morphium igénybevételét, valamint oxygenbelégzéseket tettek szükségessé a mind sürübben támadó és mind fenyegetőbb fuladási rohamok. A paraplegia fokozódása mellett nagyfokú lesoványodás is állott be, majd jobboldali mellkasi folyadékgyülem tünetei mutatkoztak és a mediastinális daganat növekedése is kimutatható volt. Október 9.-én a beteg egy fuladásos roham alatt meghalt.

A bonczjegyzőkönyvből (Krompecher dr.) a következőket emeljük ki: a sternum felső része mögött mintegy kis ökölnyi igen kemény daganat ül, mely elől a sternummal összenőtt és utóbbitól csak nehezen fejthető le. Ezen tumor lefelé a szivig terjed és oldalt mindkét tüdő vel szorosan

összenőtt. Metszlapja valósággal rostos szerkezetü, rózsaszinü és csak itt-ott mutat gombostűfejnyi, lencsényi, többé-kevésbé élesen körülirt sárga inclusiokat. E rostos kemény daganat felfelé ugyancsak ökölnyi lágy daganattal függ össze, a kettő közötti átmenet eléggé éles. E lágy daganat baloldalt a glandula thyreoideáig, jobboldalt közel a glandula thyreoideáig terjed, inkább lebenyes szerkezetü, puha, a szomszédos szövetekkel, főleg a tüdővel szorosan összenőtt. Hátra, illetve lefelé egész a bifurcatioig terjed, baloldalt az aortát egészen körülveszi, jobboldalt pedig a légcső körül és mögé terjed és a nyelőcsövet hátrafelé domboritja. Alul-hátul egy a bifurcatio helyén ülő, mintegy almanagyságú daganattal függ össze, mely a tüdő hilusa táján a tüdőbe bedomborodik, a tüdő szövetével összenő, és innen egyrészt a szivburok hátsó lemezére terjed és azzal nő össze, részint azon át a jobb és bal pitvar felé nő, ebbe mintegy forintnyi területen bedomborodik, az endocardiumba azonban még be nem tör. Ezen lágy daganat metszlapja lebenyes, halvány rózsaszinü, feltünően egynemü, helyenként teljesen agyvelőszerü, szétfolyó. Hasonló mintegy diónyi daganat székel a jobboldali rekeszben, közel a szivhez. Bal gyomor felületén mintegy 6 cm. hosszú, 2 cm. széles daganatgócz, a mely a pericardium viscerale alat ül, de az izomzatba be nem terjed. Jobb pleuraürben 1 liter folyadék. A gerinczvelőnek XI—XII. háti és I—II. ágyéki csigolyának megfelelő része agyvelőszerü daganatmasszába beágyazott. A daganat a gerinczvelőre nem terjed át, csak komprimálja azt, úgy hogy az e helyen lágy, bemetszésre szétfolyó. A daganat innen egyrészt a jobb háti izomzatba terjed be, azt 10 cm. terjedelemben infiltrálva, másrészt a hasüreg felé nőve, a jobboldali vese felett mintegy ökölnyi terjedelemben a hasüreg felé domborodik.

1. ábra.

A szövettani vizsgálat a következőket derítette ki:

A daganatszövet azon részei, melyek makroskopice lágy, velős, sárgás szinü tömeget alkottak, *sarkoma rotundocellularenek* bizonyultak, a sarkomasejtek igen kifejezett polymorphismusával, úgyszintén nagyfokú sejtszaporodási tendentiájával, a miről a nagyszámú magoszlási alakok tanuskodnak. A daganatszövet helyenként alveoláris szerkezetet is mutat.

A tumornak azon része, mely közvetlenül a sternum alatt feküdt és fehéres szine valamint heges tapintata által volt megkülönböztetve, górcső alatt egyszerű *hegszövetnek* bizonyult. A hegszövet helyenként rostos, máshol kisé oedemás, helyenként meg intensivebb hyalin elfajulást mutat. Legfeltünőbb e szövet bő *erezettsége* s különösen nagyszámú capillaris hatja át, a melyeknek adventitiája nagyobb mértékben gömbsejtesen infiltrált. E gömbsejtinfiltratumok helyenként oly nagyságot érnek el, hogy szinte körülirt göbcséknek imponálnak. E gömbsejtek alakjukra nézve azonban mindig typikus lymphocyták, helyenként plasmasejteket, de sehol a sarkomasejtekkel összetéveszthető alakzatot nem mutatnak. Daganatsejtek egyáltalán nem láthatók a heges kötőszövet között s csak ott tünnek fel ismét, a hol a hegszövet már makroskopice átment a lágy, sárgás daganatszövetbe. E helynek megfelelőleg a daganatszövetbe vaskos, többnyire hyalin kötőszövetnyalábok hatolnak és a sarkomasejtek tömegét apró s nagyobb szigetekre bontják, a melyekben az intercelluláris állomány is megszaporodott. Azonfelül e helyeken a sejtek nem festődnek egyenletesen, sőt festődésük néhol meglehetős elégtelennek bizonyult. (Lásd 1. ábra.)

A második eset kórtörténete a következő:

G. M. 46 éves lakatossegéd. Hereditás nincsen. Luest tagad. 1905 februárjában arcza és nyaka dagadni kezdett, köhögött, majd lélekzete is nehézzé vált. Május hónapig mindazonáltal dolgozott, ekkor azonban arczának dagadtsága, valamint a légzési nehézségek oly fokot értek el, hogy orvoshoz volt kénytelen fordulni. Orvosától pilulákat (arsen) kapott, melyekre a dagadtság elmult, hónapok alatt azonban újból előállott. Ekkor a poliklinikán 20 Röntgen-besugárzás lőn mellkasának elülső felső részére alkalmazva, melyek után lélekzete teljesen szabaddá vált, a köhögés elmult, dagadtságnak vagy duzzadtságnak nyoma sem volt kimutatható. Schein Mór dr., ki a Röntgen-besugárzásokat végezte, a beteget 1906 februárjában mint Röntgen-kezelés által nagy fokban javult mediastinális daganat egy esetét mutatta be. Állapota azonban a Röntgen-kezelés elhagyása után csakhamar rosszabbodni kezdett, lélekzete nehezebbé vált, majd julius hónapban szegycsontján elődomborodás kezdett mutatkozni, igen sokat köhögött, gyakran üritett véres köpetet, erős tarkófájdalmak is lepték meg, úgy hogy 1906 szeptember 4.-én igen súlyos állapotban vétette fel magát az I. belklinikára.

A beteg erősen lesoványodott, orrcsúcs, fülek, ajkak cyanoticusok, nyakon mirigyek nincsenek. A szegycsont markolata helyén jókora félalmányi, félgömbszerü elődomborodás van jelen, mely igen tömött, azonban nem csontkemény, alapja felé lejtősen lelapuló, nyomásra igen érzékeny. A fossa jugularisban a daganat felső polusa érezhető. A daganatnak megfelelően gyenge, hátulról előfelé terjedő lüktetés tapinható. A szegycsontnak megfelelően, valamint azt mindkét oldal felé kissé meghaladóan a mellkas bőre oedemás. A nyakon valamint a mellkason elöl és oldalt számos, egész kisujjvastag, tág kanyargos vena látható, melyek felülről telődnek. A légzés dyspnoes, száma perczenként 28, pulsus gyors, száma perczenként 94.

A mellkas felső részén terjedelmes tompulat van jelen a sternumnak megfelelően és attól oldal felé, mely jobboldalt egész a bimbóvonalig terjedően húzódik le a májtompulatba és baloldalt a szivtompulattal folyik össze. A léptompulat normális. Hátul mindkét tövis feletti árokban tompult, a gerinczoszlopon a 8. háti csigolya tövisnyújtványáig tompa a kopogtatási hang. A szivhangok tiszták, a nagyerek felett erős systolés zörej, mely a carotis felé jól vezetődik. Mindkét kulcs felett és alatt hangos, határozatlan be- és kilégzés van jelen, a jobb tövis feletti árokban a légzés hörgi jellegü. Egyébként a tüdők felett érdes légzés mellett számos száraz és nedves szörcszörej hallható. Vörösvérsejtek száma 4.300,000, fehéreké 5800, qualitativ eltérés nincsen. Átvilágításnál a rendkivül sötét, intensiv középárnyék igen kiszélesbedettnek mutatkozik, kivált jobb felé. Mindenütt éles határú, csak bal alsó része lüktet. Jobb alsó része erősen bedomborodik oldal felé a tüdőterületbe.

Minthogy a beteg bőre a besugárzás helyén felületes lobot szenvedett és a felvételkor is még erősen pigmentáltnak mutatkozott, óvatos Röntgen-kezelés mellett arsent is vétetünk. A beteg igen nagy adagokat vett acidum arsenicosumból lassan fokozódva 40 miligrammig pro die, majd leszállólag; mérgezési tünetek nem támadtak, de a daganatra sem fejtett ki a gyógyszer semmi hatást, sőt a kidomborodás láthatólag fokozódott.

A beteg lázas lett egészen 39 C fokig terjedő hőmérsékkel, a mit mindkét tüdő alsó lebenyében támadt tömörüléseknek kellett tulajdonitanunk. Ilyenkor a dispnoë néha igen nagyfokú volt és többször fuladásos rohamokra is vezetett. Úgy ez, mint a beteg kinzó köhögése, valamint a lassanként kifejlődött nyelési nehézségek miatt gyorsan előrehaladó gyengeség a Röntgen-kezelést igen megnehezitette, úgy, hogy csak hosszabb időközökben lehetett egy-egy besugárzást alkalmazni. Deczember 14.-én a beteg egy fuladásos rohamban meghalt. Összesen 14, 10—10 perczig tartó besugárzást alkalmaztunk.

A boncziegyzőkönyvből (Makai dr.) a következőket emeljük ki:

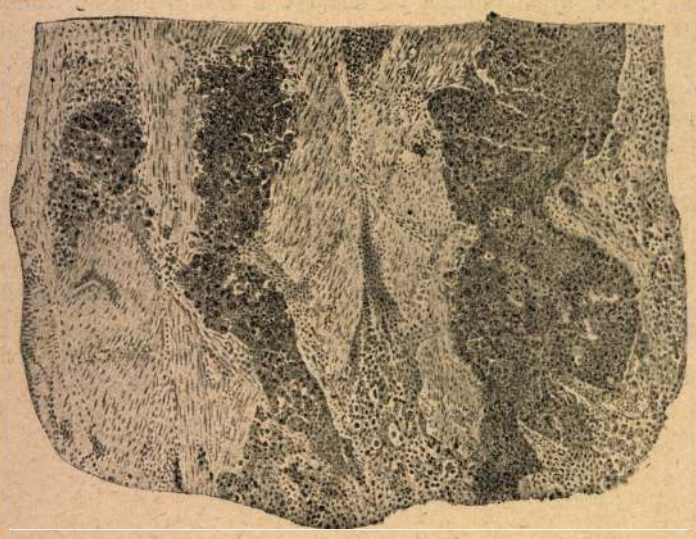
A dombordad mellkason a sternum elülső részének megfelelőleg férfiökölnél nagyobb elődomborodó kúp. Az elülső mediastinumot egy csecsemőfejnyi tumor foglalja el, melynek polusa az incisura jugularis sternit 2 cm.-nyire meghaladja, alul pedig az aorta eredéséig nyúlik be. A nagyjában gömbalakú tumor, a melyben a felhágó aorta az aortaivvel, a nagy verőerek és a vena cava teljesen beágyazva fekszik, a sternumot is infiltrálja, sőt annak elülső felszine felett még egy ujjnyi vastag réteget alkot. A tüdővel összekapaszkodó része a jobb szivfél elülső falára is ráterjed, azon 1 cm. vastag kérget alkot, az izomzatba be nem terjed. A tumor legnagyobb domborulatán hosszmetszlapot készitve, kiderül, hogy kétféle állományból áll: a hátulsó nagyereket körülvevő részlet állománya igen tömött, szívós, e helyütt a daganat metszlapszine halvány, sárgásfehér, mindenben egy sejtszegény rostos-heges kötőszövetnek megfelelő. A sternumba beburjánzott részlet halványrózsaszinü, lágy; utóbbinál valamivel tömöttebbek és szivósabbak a sternum előtt fekvő részletek, a melyeknek halványrózsaszinü metszlapja finom sárgásfehér, szivó-heges kötegekkel gazdagon átszött. A vena cava superior hátsó falzatán a jobb szivfélbe való benyilásától számitva 2 cm.-nyire a daganat lágy, morzsalékony, halványrózsaszinü tömeg képében beburjánzott. A szonda a vena cava superior lumenébe csak 4 cm.-nyire vezethető be, azontúl a lumen teljesen obturált; mindkét oldali vena jugularist teljesen, egész terjedelmében obturálja egy, a falzathoz erősen tapadó régi thrombus. A jobb tüdő felső lebenye szivós tapintatú, a középső lebenynek egy része, valamint alsó lebeny tömött, májtapintatú. A középső lebenynek a daganattal érintkező részében készült metszlap halvány sárgásszürkés szinü, nyomásra belőle sárgásrózsaszinü, tejfelsűrű folyadék ürül. Ezen rendkivül sűrű tömött állománytól kevés légtartó tüdőrész által elválasztva, a középső lebeny felső részén egy diónyi, teljesen lágy, velőszerü, rózsaszinü massából

álló metastatikus daganatgócz ül. Az alsó lebeny vörösesbarna, metszlapján számos, kissé emelkedő sárgás törékeny gócz ül, melyek helyenként nagyobb területekké folynak össze. A bal tüdő, légtartó polusától eltekintve, a jobb tüdő alsó lebenyének képét mutatja. Metszlapján e mellett számos mákszemnyi, kölesnyi sárgásfehér folt látható. A légutak nyálkahártyája kissé belövelt, a daganat a tracheát jobb felé néző domborulattal elgörbitette. Az oesophagus a daganat által szintén comprimált.

A has és mellkasfalzat venai, nevezetesen a vena azygos rendszerébe tartozók, tetemesen tágultak.

Szövettani lelet: Górcső alatt a daganatot sejtszegény, rostos kötőszöveti kötegek kisebb-nagyobb lobulusokra osztják, melyek vastagabb gerendázatból kiinduló vékonyabb kötőszöveti huzalok által elkülönített kisebb alveolusszerű csoportokból állanak. A kötőszöveti hézagokat egymásra zsúfolt kerek tumorsejtek töltik ki, melyeknek magva kerek, chromatinszegény, hólyagos s rendesen egy centrális nucleolust tartalmaz. A mediastinális tumor felületesebb részeiből készült metszeteken a daganatrészeknek, illetve a sejtcsoportoknak a teljes nekrosisig fokozódó nekrobiotikus elváltozásai jól konstatálhatók, míg egyes helyeken csupán a magot illető elváltozások, karyorexis, karyoschisis láthatók kifejezetten, másutt már a sejtes structura alig ismerhető fel, s a duzzadt, szemcsés, idomtalan sejtek körvonalai csaknem teljesen elmosódottak; itt-ott végül a daganattömeg teljesen structura nélküli szemcsés tömeggé alakult át.

Ott, a hol már makroskopice is látható a daganatszövetnek rostos kötőszövetbe való átmenetele, ezen átmenet a góreső alatt is határozottan konstatálható. A helyenként még dús orsósejtű, de nagyrészt sejtszegény, heges-rostos kötőszövet e helyütt általában perivasculáris elhelyeződésű erős gömbsejtes infiltratiót mutat; e mellett úgy itt, mint a daganatlobulusok közt pigmentrögöknek nagy halmaza látható, melyek



2. ábra.

a jelenlévő kisebb-nagyobb szövettani részekkel okozati összefüggésben látszanak állani. A kötőszövet erei feltünő elváltozást nem mutatnak.

Diagnosis: Sarcoma alveolare kifejezett nekrosisokkal heges, sejtszegény kötőszövetbe való átmenettel. (Lásd 2. ábra.)

A két eset kórtörténetének, valamint a sectio eredményének ily részletes tárgyalása után, nyilvánvaló, hogy miért tulajdonítunk ezen eseteknek oly rendkivüli fontosságot. Kétséget nem szenvedhet az, hogy a szövettani képében oly rendkivüli rosszindulatúnak mutatkozó sarkoma kiindulása a mediastinum anterius volt, azon hely, a hol a bonczolat csak hegszövetet mutatott ki. Mindkét betegnél hosszú ideig csakis egy mediastinális daganat tünetei állottak fenn oly előrehaladt stadiumban és oly kifejezetten, hogy a diagnosis a legnagyobb könnyüséggel és teljes biztossággal volt megállapítható. Az első esetben a mediastinális daganat, mely már szinte közvetlen életveszélylyel fenyegetett, aránylag rövid idei Röntgen-besugárzással kisebbithető volt annyira, hogy a beteg a klinikáról való elbocsátásakor úgy subjective, mint objective szinte gyógyultnak volt mondható. A beteg, ki súlyos dispnoëval és óriási pangással jött be, a kezelés után egy évnél hosszabb időt töltött zavartalan jólétben és munkásságban. A második esetben is elmultak teljesen a súlyos betegség összes tünetei, a látszólagos gyógyulás azonban ezen esetben sajnos, nem volt oly soká tartó. Hogy a nagyfokú javulás mi módon jött létre, azt mutatják a kórboncztani készítmények. Az óriási mediastinális sarkoma helyén hegszövet van jelen, melyben daganatrésznek nyoma sincsen. Hogy a hegszövet csakugyan a mediastinális daganatból jött létre, az az első esetben egész bizonysággal megállapitható már a klinikai észlelésből, szövettanilag pedig a daganatnak a hegszövetbe való közvetlen átmeneteléből. Feltünő a heg erős erezettsége, mely megfelel a sarkoma érdús stromájának, másrészt pedig charakteristikus a Röntgen-sugarak által okozott elváltozásokra. Szinte azt lehetne mondani, hogy a Röntgen-kezelésére a mediastinális sarkoma teljesen heg hátrahagyásával gyógyult, a beteg a daganat metastasisainak esett áldozatul.

Még érdekesebb e szempontból a második eset. Az eredeti daganat helyén a régebbi Röntgen-kezelés folytán rostos hegszövet található. Az újabb Röntgen-kezelés eredményeképen pedig a kiújult és a sternumon átnőtt daganaton a legkülönbözőbb nekrobiotikus elváltozások állapithatók meg a kifejezett és már szabad szemmel is látható hegesedésig.

Fontoságot kell tulajdonítanunk ezen eseteknek azért is, mivel az irodalomban eddig összesen csak egy eset van jelen, a hol sarkomának Röntgen-kezelése után a végleges eredmény szövettani vizsgálat útján volt ellenőrizhető. Ez *Torrey* esete, a melyben a beteg, kinél egy a mellkas bőrén lévő, felületes sarkomája több hónapi kezelésre meggyógyult, typhusban meghalt és a hol a sectionál a sarkoma helyén csak hegszövet volt található. Másodsorban fontosak ezen esetek azért, mert mutatják, hogy a sarkomasejtek mily rendkivüli érzékenységet mutathatnak a Röntgen-sugarak iránt, hogy ily rövid ideig tartó, még hozzá a sejtek behatását oly nagy fokban gátló csontrétegen át való besugárzásra a daganatsejtek teljesen szétestek. A velős sarkoma ezen viselkedése megfelel *Kienböck* az irodalomból összegyüjtött esetekből levont azon tapasztalatainak, hogy csakugyan épen a sejtdús és dúsan burjánzó sejtekből álló sarkomák leginkább befolyásolhatók a Röntgen-kezelés által. Mint említettük, a sarkománál a Röntgenhatás szövettanilag nem igen van tanulmányozva és a hatás magyarázatánál a ráknál tett vizsgálatok analogiájára kellett támaszkodnunk.

Eseteink szövettani vizsgálata csakugyan igazolja, hogy az analogia teljes. Kezdetben a sejtmagon jönnek létre az elváltozások, karyorexis, karyoschisis következik be, majd megduzzad a sejt, nem festődik, végül szemcsés tömeggé esik szét. A nekrobiosis reactiv lobot von maga után, utána következő hegesedéssel.

Érdekes az első esetben a daganatnak a hegszövetbe való átmenetele helyén a daganatsejteknek rosszul festődése, valamint a mindkét esetben még kimutatható perivasculáris gömbsejtes infiltratio. Az érlumen obliteratioja nem volt található. Látva a kórboncztani praeparatumon a Röntgen-sugaraknak mindkét esetben való oly kifejezett hatásosságát, igazán sajnálnunk kell, hogy első esetünkben a beteget tovább nem kezelhettük és hogy a beteg a mult év tavaszán, mikor a mediastinális daganat növekedése, mely már kétségtelenül metastasisok által volt feltételezve, kimutatható volt, sem akarta magát a kezelésnek alávetni; talán sikerült volna a metastasisok ily rohamos kifejlődését meggátolni. Mindjárt kezdetben tovább folytatott kezeléssel talán sikerült volna a második esetben is tartósabb eredményt elérni; mikor a beteget másodszor vettük kezelés alá, már késő volt.

Irodalom. *Torrey*: Amer. Med. 1903. — *Kienböck:* Fortschr. auf d. Gebiet der Röntgenstrahlen. 1906.

Közlemény a heidelbergi egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Narath tanár.)

Cystographia és pyelographia.[1]

Irta: *Lichtenberg Sándor* dr., klinikai gyakornok.

Klinikai vizsgáló módszereinket számos hálás és tárgyilagos methodussal szaporította a Röntgen-sugaraknak diagnostikai célokból kihasználása. E sugarak, melyeknek használhatósága eleinte csak a csontváz és annak elváltozásai tanulmányozására látszott alkalmasnak, a technika tökéletesülése és találékony müfogások alkalmazása útján manapság már fontos szerepet játszanak a legtöbb szerv legkülönbözőbb elváltozásainak kórjelzésében. A húgyszervek megbetegedései közül különösen a lithiasis eseteinek felismerésénél tesznek a Röntgen-sugarak nekünk szinte megbecsülhetetlen szolgálatokat. Megfelelő felszerelés és technika

[1] A budapesti kir. Orvosegyesületben tartott előadás.

mellett úgy a vese mint az ureter kövei majdnem teljes bizonyossággal a röntgenező lemezére kerülnek, és a hólyagnak még kisebb köveit is szépen demonstrálhatjuk egyes kautelák szemmeltartása mellett. Különböző tévedések elkerülhetése és a nyert képek élesebbé tétele okából ajánlottak egyes fogásokat is. Ilyen pl. az ureterek helyzetének meghatározása fémmandrines katheternek bevezetése és felvétele által, mint azt nálunk *Dollinger* tanár klinikájáról *Illyés* ajánlotta, vagy ilyen a t. Orvosegyesület tagjai előtt *Haberern* által ismertetett, általa kezdeményezett, léggel való felfúvása a hólyagnak, miáltal a kő árnyéka sokkal élesebben jelenik meg a Röntgen-képen. Körülbelül két évvel ezelőtt közölte *Rieder* (München) kutatásait, melyek a gyomor és belek Röntgen-sugarakkal való vizsgálatára vonatkoztak. Ezen szerző úgy járt el, hogy a vizsgálandó egyéneknek bizonyos mennyiségű, bismuthum subnitricummal 10% arányában jól elkevert pépes összeállású ételt adott és ennek a Röntgen-képen árnyékként megjelenő nagy falatnak a tápcsatornán való áthaladását egyes bizonyos időközökben csinált Röntgen-felvételekkel ellenőrizte. Ezen röntgenographiai eljárást *Holzknecht* (Wien) oda módosította, hogy a falat áthaladását az átvilágító ernyőn figyelte meg, és az áthaladás egyes étappejait átrajzoló-papiroson rögzítette. Az ezen röntgenoskopiai eljárás útján nyert képekből azután képes volt az egyes szervek, pl. a gyomor alakját rekonstruálni.

Miután az üreges szervek Röntgen-vizsgálatára ezen methodusok által az első lépés megtörtént, kezdtem meg én *Völcker* heidelbergi tanárral körülbelül 1½ évvel ezelőtt azon vizsgálatokat, melyekről a t. Orvosegyesületnek beszámolni óhajtok. Ezek a húgyszervek, különösen a hólyag, ureter és vesemedencze röntgenographiájára vonatkoznak. Minthogy ezen szervek normális körülmények között a Röntgen-sugarakat átbocsátják, meg kellett azokat olyan anyaggal tölteni, a mely a Röntgen-sugarakat nem, vagy csak alig bocsátja keresztül. A *Rieder-Holzknecht* által gyomorbélvizsgálatokra ajánlott bismuthum subnitricum nem volt e czélra alkalmas, mert ezen anyagot mint suspensiót kellett volna a húgyutakba bevezetni. Minthogy egynehány kolloidális fémet használhatóságára állatkisérletek útján kipróbáltunk, végül a *kollargolban* (argentum colloidale Credé) állapodtunk meg, mert ez már 1—2%-os oldatban erősebb árnyékot ad a 10% bismuthum subnitricumnál, a szükségelt percentuatioban vízben jól oldódik, a használt mennyiségben és alkalmazási mód szerint nem mérgező és a húgyutakat nem izgatja.

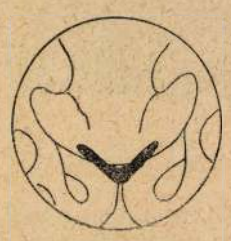
Először a hólyag röntgenezésével, a *cystographiával* óhajtok foglalkozni. Hogy a hólyag a kollargolt nagyon jól elbirja, arról saját magunkon is meggyőződtünk, a mennyiben hólyagunkat katheteren át körülbelül 200 cm³ 2% kollargollal töltöttük meg, és azt egy óra hosszat benntartottuk. Ezalatt egyáltalában nem éreztük, hogy hólyagunk nem természetes tartalmával van megtöltve. Hólyaghurutban szenvedő betegeinken, kiken az eljárást kezdetben gyakoroltuk, oly jótékony hatását tapasztaltuk a hólyag kollargollal való megtöltésének, hogy azóta a legtöbb cystitist rendszeresen 1% kollargol-injectiókkal kezeljük, oly módon, hogy a befecskendett, körülbelül 100 cm³-nyi folyadékot pár órán keresztül a hólyagban hagyjuk. A cystographia úgy történik, hogy kathetert vezetvén a hólyagba, annak tartalmát lebocsátjuk és a hólyagot az esetenként szükségelt felmelegített 2% kollargol-oldattal megtöltve, a beteget a katheter eltávolítása után — némely esetben a kathetert benn is hagytuk — a röntgenező asztalra fektetjük. A felvételek középpuha *Müller*-lámpával történtek az *Albers-Schönberg*-féle nyomódiaphragma segítségével. Ezt többnyire úgy állítottuk be, hogy alsó széle összeesett a sympbysis alsó szélével. A felveendő egyén hátán feküdt. Ügyeltünk arra, hogy a medencze dőlése lehetőleg egyforma legyen, olyanformán, hogy a felveendő hólyagnak lehetőleg a frontális síkban való egyenes projectioját kapjuk meg a lemezen. Próbáltuk a hólyagot oldalról is felvenni, mert az alak pontosabb meghatározásához legalább is két irányból való felvétel volna kivánatos. Ezen felvételek felnőttnél nem sikerültek a lágy és csontos testrészek nagy tömegén keresztül és a nagy távolság folytán még akkor sem, ha a hólyagot 5% kollargololdattal töltöttük meg. Gyermekeknél pár esetben igen szép és világos képet kaptunk oldalról is. Az expositio ideje 2½—3 percz között ingadozott.

1906 julius közepéig összesen *82* egyénen végeztünk *105* cystographiát, *55* férfin és *27* nőn. Ezek között képviselve volt az elsőtől a kilenczedikig valamennyi decennium. A nők között volt *5* nullipara, *17* egy—négyszer és *5* hatszor—tízszer szült. A hólyag tartalma 30—420 cm³ között ingadozott.

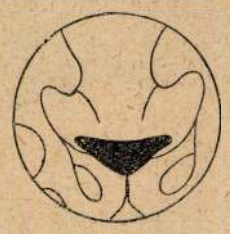
24 férfi *normális* hólyagjáról 33 felvétellel birunk. Végeredményben azon meggyőződésre jutottunk, hogy a mi a hólyag alakját illeti, mindenekelőtt különbséget kell tennünk az *elernyedt* és az *összehúzódott* hólyag között. Ha erre figyelemmel vagyunk, számos félreértést tudunk megmagyarázni, mely a hólyag alakjáról átment a köztudatba.

A mi az elernyedt *üres* hólyag alakját illeti, megfigyeléseink meglehetősen egybevágnak a bonczolástani tapasztalatokkal. Alakja lapos, felfelé homorú tálhoz hasonlítható. A hólyag felső fala ugyanis az alsóra ráfekszik. A mint a hólyag bizonyos mennyiségü folyadékot tartalmaz, a felső fal leemelődik és az alak felfelé széles, lefelé keskenyebb lesz. Egy 30 éves férfinak hólyagjába 300 cm³ 2%-os kollargololdatot fecskendeztünk be, a felvétel után 60 cm³-t, majd megint 60-at, végül 100-at lebocsátottunk és az üresedő hólyagról az egyes manöverek után cystogrammokat készítettünk, melyeket itt mutatok be. (Bemutatás.) Ugyanazon hólyag 80, 180, 240 és 300 cm³-rel van megtöltve és felvéve. Egy másik, alig 30 cm³ rel megtöltött hólyag majdnem teljesen a symphysis mögé rejtőzött el. (Bemutatás.) Négy fiatal egyén cystogrammja jól mutatja a rendes hólyag frontális projectiojának alakját, mely felül széles, alul a symphysis mögött csúcsban végződik. (Bemutatás.) Ha a hólyag tartalma nő, a tető egyre jobban kimagaslik és a hólyag felfelé kupolaszerüen domborodik ki. De még az ilyen, erősen megtelt hólyagon is jól látható, hogy az alsó része keskenyebb. (Bemutatás.) Ezt azért hangsúlyozom, mert *Leedham-Green* methodusunknak utánvizsgálásánál azon eredményre jutott, hogy a telt hólyag golyóalakú. Csakhogy, a mint az kisszámú felvételeinek reproductiojából látható, ő a hólyagot felülről vetítette a lemezre. Természetes, hogy az ilyen beállítás nem alkalmas a hólyag alsó megkeskenyedett részének feltüntetésére.

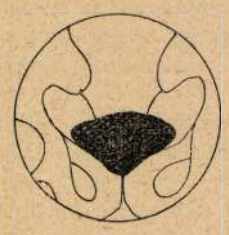
Vázlatosan ezek után körülbelül így képzelhetjük a hólyag alakváltozását telődés közben:



1. ábra.



2. ábra.



3. ábra.

4. ábra.

Ebből megérthetjük, hogy a hólyagban bizonyos mennyiségű folyadék lehet, a nélkül, hogy benne bármilyen feszültségi állapot állana be. Mert pl. a 3. számú ábrán feltüntetett hólyag felülete nem nagyobb mint az 1. számún feltüntetetté, és ez üres, míg a 3. számúban körülbelül 140 cm³ folyadék tartalmaztatik. Vagyis a *Stubenrauch* által állatkisérletek alapján felvett ú. n. *residuális capacitás* az élő ember hólyagjára is érvényes.

Az *összehúzódott* illetve összehúzódó hólyag alakját úgy nyertük, hogy, miután a vizsgálandó egyén hólyagját kollargollal töltöttük meg, a kathetert eltávolítottuk és a penist pars penduláján elastikusan lekötöttük. Az illetőnek a felvétel egész tartama alatt ezen akadály ellen kellett vizelnie. Ezen kisérletet négy

esetben végeztük sikerrel, saját magunkon, és két más fiatal egészséges egyénen. A két cystogramm, melyet bemutatok, ezek egyikétől, egy 41 éves férfitól származik. Az egyik felvétel a hólyag nyugalmi, elernyedt állapotát, a másik annak összehúzódott állapotát tünteti fel. Az utóbbinak alakja lényegesen eltér a nyugvó hólyagétól, hengerded, a köldök irányában haladó leghosszabb tengelylyel. (Bemutatás.) Egy nő, a ki a kollargolt nem birta jól tartani, azt a felvétel alatt nagyrészt kibocsátotta. A kép, melyet ezen felvételből nyertünk, egy majdnem kerek, kis almanagyságú, lefelé azonban csúcsban kifutó hólyagot tüntetett fel. Még igen csekély tartalom — 75 cm^3 — mellett is észlelhettük a contrahált hólyag ezen alakváltozását. Ezek szerint valószinü, hogy az említett tányéralak az üres hólyag elernyedt állapotának felel meg, míg a hólyag a vizelés végén, midőn a vizeletnek utolsó cseppjeit préseli ki magából, inkább gömb- vagy orsóalakú. *Guyon*-nak hasonlata: „la vessie qui se vide, rappelle les deux mains qui se joignent, et non le poing qui se ferme" ezek szerint nagyon kérdéses, hogy helyes-e. Mi inkább úgy gondoljuk a dolgot, hogy a hólyag a kiürüléskor mindenfelől összehúzódik és csak ha elernyedt, veszi fel azt az alakot, melyet két egymásba tett kézhez lehet hasonlítani.

Noha a húgycső belső szájadékának a csontos medenczéhez való helyzetének meghatározásához a frontális vetület egymagában nem elégséges, nagyobb differentiák hozzávetőlegesen így is meghatározhatók. Igy magamról készített két felvételen látható volt, hogy a telt hólyagnál állás közben a belső húgycsőszájadék mélyebben fekszik, mint a fekvő egyénen.

Eredményeink alapján az ú. n. hólyagnyak létezésének kérdéséhez is hozzászólhatunk. Nem akarok e helyen kérdés részletes tárgyalására kitérni, csak megjegyzem, hogy eseteink egyikében sem láttunk hólyagnyakat. A képek contourjai nem folytatódnak az orificium internum táján keskeny nyúlványba, söt folytonosságukban sincsenek megszakítva. *Oppenheim* és *Löw* (Wien), kik methodusunkkal dolgoztak, egy majmon (Cynocephalus homodrias) narcosisban eszközölt néhány felvételük alapján a hólyagnyak létezése mellett foglaltak állást. Felvételeik reproductioin nekem az állítólagos nyakat felfedeznem nem sikerült. Közelebbfekvő a módszer ártalmatlansága folytán ezen kérdésben az állatkisérlet helyett a vizsgálatot magán az emberen eszközölni.

Normális női hólyagot 9 esetben vettünk fel, négyszer nulliparánál. Bemutatom egy idősebb nullipara hólyagját. Ugy ezen, mint a másik két körüladott női hólyagon feltünő a transversális irányban való nagy kiterjedés. (Bemutatás.) Egy 33 éves multipara elernyedt hólyagja ballonszerüen emelkedik ki a medenczéből. (Bemutatás.) Lényegében ezen hólyagokon is felismerhető az alul karcsubb, fenn szélesebb alak.

Érdekes képeket kaptunk a női hólyag alakjáról a terhesség alatt. A terhesség kezdetéről nem sikerült anyagot szereznünk; mind az 5 esetünk a graviditás 6—9. hónapjából való. A hólyag minden esetben főleg harántirányban terjedt ki, kihasználván a medenczében kinálkozó minden helyet, tetején jól kivehető bemélyedést mutatva, melyben az uterus feküdt. Az alakot leginkább egy lapos pezsgős pohárhoz lehetne hasonlítani. (Bemutatás.)

A női nemi szervek *helyzetváltoztatásánál* 7 esetben készítettünk cystogrammot: 6 nő volt ezek közül 30 évnél idősebb és valamennyi multipara. Bemutatom pl. egy 29 éves nő hólyagjának képét, ki első szülése alkalmával gátrepedést szenvedett. Belső vizsgálat útján egy kisfokú cystokele volt megállapítható. A hólyag a képen le és ferdén el van húzva. (Bemutatás.) Nagyobbfokú volt az előesés azon két nőnél, kiknek cystogrammjait szintén körül adom. (Bemutatás.) Egy hat év óta teljes méhelőesésben szenvedő terhes nő hólyagja látható ezen képen. A hólyag egészen a medenczén kivül fekszik a nő lábai között. A külső húgycsőszájadék képezi a legmagasabban fekvő pontot. (Bemutatás.)

Az épen bemutatottakhoz hasonló alakelváltoztatást szenved el a hólyag *sérves* egyéneken. Nagy belső és külső lágyéksérvek eseteiben a hólyag a sérv oldala felé el volt húzva. Kis sérveknél nem tapasztaltuk ezt az elváltozást. (Bemutatás.) Igen valószinü, hogy hólyagsérveket a cystographia útján biztosan kórismézhetünk. Nekünk nem volt idevágó esetünk. *Hólyagdiverticulum* öt esetében végeztünk cystographiát. Két esetben veleszületett diverticulummal volt dolgunk. Egy hat esztendős leányka hosszabb idő óta szenvedett makacs cystitisben. A hólyag capacitása, a residuális vizelet mennyisége feltünően nagy volt. A kórismét, melyet az itt bemutatott cystogramm igazolt, tükörrel csináltuk. A képen dupla hólyagot látunk, mely körülbelül a közepén van egy bevágás által két részre választva. Egy három éves kis fiúnál is hasonló hólyagot találtunk. A képen, mely a hólyagot elülről felvéve mutatja, látjuk, hogy azon egy másik kissé jobb felé elhajló hólyag ül, mely annak hátulsó felső falából látszik kiindulni. Oldalról felvéve a diverticulum egy a hólyag profilján látható bevágás által tünik szembe. Az orificium internum a hólyagban bennhagyott katheter által van meghatározva. Látható a képen, hogy a nagy tartalom ellenére, a hólyagnyaknak nyoma sincs és hólyagfenékről se lehet beszélnünk. Söt úgy látszik, hogy oldalfekvésben a hólyag legmélyebb pontja gyermeknél a belső húgycsőnyilás elé esik. (Bemutatás.)

A másik három esetben a *prostatahypertrophia* kisérőjeképen találtunk hólyagdiverticulumokat. Egyik esetünkben egy nagy solitaer diverticulumot láttunk a hólyag felső falából kiindulni. (Bemutatás.) Ezen 73 éves férfinál telt hólyag mellett egy majdnem a köldökig érő, a symphysis mögül kiemelkedő tumor volt tapintható. Ha a hólyagot megcsapoltuk, a tumor eltünt. A hólyag capacitása igen nagy volt, 600 cm^3 folyadékot könnyen lehetett beléfecskendeni. A prostata mérsékelt nagyságú volt. Egy másik esetünkben számos ál-diverticulum ült az erősen fejlett hólyaggerendák között, melyeket a cystogramm meglepő szépen adott vissza. (Bemutatás.) Egy harmadik esetben három mogyorónagyságú ál-diverticulum ült a hólyagfenék oldalsó falán.

Prostatahypertrophiának 22 esetében 32 cystogrammot csináltunk. Az összes betegek 50 évnél idősebbek voltak. Azt találtuk, hogy a hólyag nem végződik csúcsosan lefelé, hanem a prostatatúltengés minden esetében széles egyenes vagy felfelé domború vonallal éri végét, mintha a prostata alulról felfelé bele volna nyomva a hólyagba. Az egész hólyag magasabban áll, mint normálisan szokott, a legtöbb esetben a symphysis felső szélének magasságában, sokszor még magasabban. A legtöbb esetben az egész hólyag alakja szabálytalan, de különösen a chronikus retentiók eseteiben. A hólyagfenék nivellálódását már igen kisfokú hypertrophia eseteiben megtaláljuk: ha a tapintás kisfokú megnagyobbodást mutat és azonkivül semmi klinikai symptomája a hypertrophiának nincsen, a frontális vetület contourjai már is ez irányban befolyásolvák.

Tizenhárom esetben a prostata képét is megkaptuk egy világosabb, a hólyag alatt és symphysis mögött fekvő jól elhatárolt folt képében. Egy pár ilyen felvételt van szerencsém a tisztelt Orvosegyesületnek bemutatni. (Bemutatás.) Ezen eljárás tehát eszközt szolgáltat a prostata nagyságának objectiv és demonstrabilis meghatározására.

Ha csak a prostata ú. n. középlebenye tengett túl, nem kapjuk meg a prostata rajzát. (Bemutatás.)

Szomszédságában ülő daganatok, a medencze tályogjai szintén megváltoztatják a hólyag alakját. Végbélrák két esetében a hólyagot deformálva találtuk. Egy a retroperitoneális mirigyekből kiinduló lymphosarkoma esetében a tumor a hólyagra feküdt rá és annak tetejét benyomta. (Bemutatás.) A medenczecsontok cariese, azoknak törése, perivesikális gyuladásos folyamatok, a medencze süllyedéses tályogjai esetében szintén volt alkalmunk a hólyag alakjának megváltozását megfigyelhetni. (Bemutatás.) A hólyag hüdési állapota szintén befolyással van alakjára. (Bemutatás.) Hólyagtuberculosis esetében a hólyag a haránt irányban terjed csak ki és a cystogramm a szerv ezen reflectorikus görcsös állapotát jól rögziti. (Bemutatás.)

* * *

(Vége következik.)

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem bőrkórtani intézetéből. (Vezetőtanár: Nékám Lajos dr., egyet. rk. tanár.)

Fürdők és ásványvizek a dermatologiában.

Guszman József dr, egyet. tanársegédtől.

(Vége.)

Valóságos diadalokat ül a balneotherapia azon dermatologiai csoport kezelésében, a mely az ú. n. prurigós alakokat foglalja magában s a melynek főtypusát a *Hebra*-féle prurigo alkotja. E csoport fürdőkezelésére áttérve ez a kóralak állítható fel példának. A prurigo *Hebra* leirásában még úgy szerepelt, hogy a kora gyermekkortól az élet végéig tart. A mai gyógytényezők birtokában ez a szomorú sors nem állítható általánosságban, sőt mondható, hogy a *Hebra*-féle rossz prognosis ma csak kivételes lehet, mely a legsúlyosabb esetekre szorítkozik. A nélkül, hogy e helyen a prurigo pathologiájába és kóroktanába bocsátkoznánk, csak megemlítjük, hogy typusos prurigoban szenvedő egyének bőre az éveken át tartó vakarás és irritálás, de meg a primaer elváltozás következtében is erősen beszürödött, megvastagodott, száraz és pigmentált, továbbá csaknem kivétel nélkül eczematizált. A kórképhez tartozik még a kitapintható nyirokcsomók nagymértékü idült duzzadása. Ily esetekben a rendszeres meleg fürdők, még pedig prolongált fürdők, valóságos varázshatást fejtenek ki. Természetes, hogy a fürdőkezelést egyéb külső kezeléssel kombináljuk. Mi úgy a klinikai rendelésen és a kórházban, mint általában, úgy teszünk, hogy a prurigós gyermeket — hiszen ezekről van legtöbbször szó — naponta és órákon keresztül fürösztetjük. A hatást fokozzuk, ha a fürdőt megelőzi egy kátrányos bedörzsölés s így kátrányosan ültetjük a beteget a vízbe. A fürdő jótékony hatását úgy is fokozhatjuk, hogy kénes vízben való fürdést rendelünk el. Ezt mesterségesen előállíthatjuk úgy, hogy a vízbe pl. Sol. *Vlemnigk*-ből töltünk néhány száz grammot. De igen jó eredménynyel küldhetők a betegek természetes kénes fürdőbe is. Ugyanazok fognak itt szóba jönni, mint a melyeket az eczema fürdőkezelésekor már felemlítettünk. De jó szolgálatokat tehetnek az összes egyszerü meleg források is. Az irodalomban régóta nagy híre van *Leuk*-nek (Svájcz Wallis nevü cantonjában), mely az ú. n. földes vizek csoportjába tartozik s így lényegileg a tiszta hévvizek hatásával bir. Főleg prurigo és psoriasis ellen tartották specificumnak. Bizonyos azonban hogy a jó hatása, melyről még *Hebra* és tanítványai is nyilatkoznak, egyedül azon ottan dívó szokásból ered, hogy a fürdőket prolongáltan reggeltől délig rendelik. Tehát a rendelési mód itt a lényeg. *Leuk* vizének megfelelő hazai fürdő talán *Szklenó* volna. Csak még megemlítjük, hogy úgy ivókúrára, mint fürdésre egyaránt a franczíák a híres *Bourboule* fürdőt ajánlják prurigo ellen *(Brocq*[1]*)*, főleg azért, mert thermái közt arsenesek is vannak.

Tekintve, hogy a prurigo kezelve is hosszú időn át tart és sokszor csaknem állandó állapota a börnek, helyes lesz, ha a tehetősebb betegeket nyaranta valamelyik kénes vagy akár egyszerü hévvizes fürdőbe küldjük. Természetes azonban, — s itt a bőrbajok balneologiai kezeléséről általában nyilatkozunk —, hogy egy állandóan kenőcsözött vagy kátrányozott beteg egyéb fürdőlátogatóra nézve nem kellemes. Hiszen még a kórházi beteg is finyáskodik ily teljesen bekent bőrbajosokkal szemben. Hatványozott mértékben történik ez fürdőhelyeken. Véleményünk szerint tehát helyes volna, ha a megfelelő fürdőkben ily betegek számára bizonyos elkülönített fürdésre való alkalmatosságok állanának rendelkezésre, hogy ily módon kúrájukat fesztelenül végezhessék, másokat pedig ne zavarjanak.

Egy ily rendszeres otthoni vagy gyógyvizes fürdési kura folyamán a betegek prurigós elváltozásai legtöbbször bámulatosan javulnak. Míg azelőtt a beszürődött bőr telve volt pörktömegekkel, vakarási nyomokkal, addig az most lesimult, ruganyosabb, tiszta, csak még épen némileg infiltrált és pigmentált. Ha a betegeket ilyenkor magukra hagyjuk, a fürdőt és kezelést elvonjuk tőlük, az életmódot pedig nem irányítjuk, a folyamat csakhamar visszajő. A szegény sorsban levő gyermekeknél, a kiknél ez sajnos mind fennáll, a prurigo sokszor azért oly súlyos és makacs. Mert kétségtelen, hogy a recidiváktól leginkább akkor sikerül betegeinket távoltartanunk, ha egyéb eljárásokon kivül gyakran és hosszasan fürdőket biztosíthatunk számukra.

A prurigo balneotherapiájával kapcsolatosan szükséges, hogy a psoriasisról is megemlékezzünk, mert a fürdők ezen betegség kezelésében is kiváló segédeszközeink. Kielégítően psoriasist kezelni víz nélkül nem lehet. Szükséges az legalább is úgy, mint a chrysarobin, a kátrány, a salicylsav, szóval mint a legjobb szereink. E téren nem lehet véleményeltérés, bármiképen is gondoljunk a psoriasis aetiologiája felől. A psoriasiskezelés, főleg ha kátrányos kezelést alkalmazunk, megköveteli, hogy naponként vagy legalább kétnaponként prolongált langyos fürdőket rendeljünk. Ha kissé alkaliás vagy szappanos a fürdő vize, a hatás tapasztalás szerint még jobb. A fürdőelőtti kátrányos bekenéseket itt is úgy végezhetjük, mint a prurigonál, a fontos azonban mindig az marad, hogy a fürdők legalább 1—1½ órára kiterjedjenek.

De nem egyedül a kifejezett psoriasisos kivirágzások ellenében valók helyén a prolongált fürdők, hanem akkor is, a mikor a test már teljesen megtisztult a kiütéstől. Szükségesek ilyenkor a fürdők azért, mert úgy látszik, hogy némileg sikerül ezáltal a rendkivül makacsul visszatérni szokott bőrbaj recidiváit meggátolni, vagy legalább kitolni. Rendeljük tehát a fürdőket a prophylaxis szempontjából is. Véleményünk, hogy a psoriasis kezelésének ezen szakában lépnek igazi jogukba a gyógyfürdőkúrák. A psoriasisnak utókezelését *Unna*[1] legutóbb is ajánlotta, a ki ezt desinficiálás szempontjából teszi. Az eruptio gyógyultával a fürdőkezelést ajánlva nem kell egyúttal *Unna* nak többi nyilván elfogult nézeteit a psoriasis lényegéről (eczemához tartozása stb.) is elfogadni. Ha nem is ismerjük el *Unna*-nak mikroccocusait kórokozóknak, a psoriasis parasitás elmélete oly megkapó, hogy a fürdők tapasztalat szerinti jó hatása is csak megerősíteni látszik az ilyfajta desinficiálás szükségességét.

Hogy utókúrára milyen vizet ajánljunk psoriasisos betegünknek, úgy véljük, nem nagyon fontos, mert a hévvizek legtöbbje meg fog felelni. Ha azonban válogathatunk kénes és tiszta hévvíz között, nyilván az utóbbinak fogunk előnyt adni, mert a kénes vegyületü víz kéntartalmának ilyenkor is kell lokális hatást kifejtenie.

Ha a prurigo és a psoriasis fürdőkezelése abban találja a siker okát, hogy a víz lágyítással, csillapítással egyenesen hat a börre, akkor másrészt a vízzel az anyagcsere emelése és élénkítése által közvetve is érünk el sikereket bizonyos bőrbajok kezelése körül. Ilyenek egyebek közt a Koch-féle bacillus vagy annak toxinjai által supponáltan létrejött bőrbetegségek. A scrophuloderma egyik részről, a lichen scrophulosorum a másik részről. Azért említjük e két kóralakot, mert véleményünk szerint ezeknek fürdőkezelésében tapasztalhatók a legjobb eredmények. Kétségtelen ugyan, hogy pl. a lupus vulgarisban szenvedők is sokat nyerhetnek, főleg erőbelileg, egy-egy fürdőkúrával, de azért az eredmény nem lehet sohasem oly meglepő.

A scrophulodermák kezelésében kettős szempontból tekinthetjük a gyógyfürdők kedvező befolyását, lokális és általános hatás szempontjából. Tapasztalat szerint igen jól hatnak a beteg bőrrészekre a hosszas meleg fürösztések. Hiszen a népies, minden fajtájú teás fürösztések főtényezője is csak a meleg hatásában lehet. És ezek a népies fürösztések néha igen szép ú. n. spontan gyógyulásokra vezetnek. Ugyanezt, de kétségtelenül jobb körülmények között, kedvezőbb feltételek mellett végeztethetjük egy meleg vízü gyógyfürdőben. Bizonyos, hogy itt nem fogjuk annyira a vízben kimutatott alkatrészek pontos mérlegelését főfeladatunknak tekinteni, mert a meleghatás, mint olyan a kivánt szerünk. Valószinü ugyan, hogy a fürdő vizének bizonyos concentratioja fokozni fogja némileg a hatást. Meleg égvényes-konyhasós, konyhasós vizeink, azon felül kénes meleg fürdőink, sőt az egyszerü hévvizeink adott esetben bizonyos mértékig mind be fognak válni. A meleg fürösztésekkel azt érjük el, hogy fokozott fluxiót létesítünk a kóros

[1] *Brocq*. Traité élémentaire de dermatologie pratique, Paris 1907.

[2] *Unna*: Neuere Erfahrungen u. Anschauungen ü. Psoriasis. Med. Klinik, 1906. 39—40. sz.

területeken, a nekrotizált szövetrészek hamarább lelöködnek, kiürülnek s így egészséges granulatiora nyujtanak módot. Mindezek következtében a scrophulodermás területek megtisztulnak, sőt elég gyakran meg is gyógyulhatnak.

De a tuberculotikus bőrbántalmak kezelésében a fürdők általános erősítő és stimuláló hatását is tekintetbe kell vennünk, a mihez még a fürdőtartózkodásnak összes egyéb kedvező körülményei is hozzájárulnak. A napon való szabad fürdés, a szabad levegőn való tartózkodás, a fokozott étvágy mind olyan tényezők, melyek az egész szervezetet kétségkivül csak erősíthetik s így közvetve a lokális folyamatok gyógyulására vezethetnek. Igy ugyanazon fürdők és klimatikus helyek fognak tehát szóba jönni, a melyek az ú. n. scrophulosisos egyének kezelésében haszonnal járnak. A *Balatonnak* partvidéke, a horvát tengerpart, továbbá a concentrált sósvizes fürdőink, élükön pl. *Vizakna* lesznek azon helyek, melyek a többi hasonlóval együtt kellő indicatio alapján tekintetbe jönnek. Mert általános erősítéssel, a szervezet feljavításával vagyunk csak képesek oly makacs bántalmat, mint pl. a scrophulodermát sikeresen kezelni. Egyedül a sebészi kezelés ott, a hol pl. a végtagok bőre egész sorozatban (a nyirokutaknak megfelelően) van scrophulodermás góczokkal borítva, maradandó sikereket felmutatni nem tud.

Még folytathatnók azon bőrbántalmak megemlítését, a melyeknek kezelésébe a balneotherapia több kevesebb sikerrel bevonható. Sorra vehetnők a furunculosist, urticariát, acne vulgaris és még több más közönséges bőrbántalmat, a melyeknek kezelésében a fürdők nagy szerepet vannak hivatva játszani. Úgy véljük azonban, hogy e néhány kórfolyamatnak röviden vázolt balneologiás kezelése eléggé bizonyítja a kiterjedtebb fürdőkezelésnek létjogosultságát a dermatologiában. Hátra van még, hogy a balneologiai disciplinának második, nem kevésbé fontos részére, az ásványvizekre térjünk ki.

A bőrbetegségek gyógyitásában az ásványvizekkel való ivókúrák használata igen rendszertelenül történik és javalatuk nem általánosan elfogadott. A dermatotherapiának e kérdésében általában arról van szó, hogy minő álláspontou vagyunk az itt szóba jövő bőrbajok aetiologiájával szemben. Szint kell ugyanis vallanunk, meg kell állapodnunk abban a kérdésben, hogy befolyásolhatók-e kedvezően bizonyos bőrbetegségek belső gyógykezelésre. E kérdésben tulajdonképen két nagy dermatologiai iskola áll egymással szemben. Az egyik a nagyhírű bécsi, melynek *Hebra* és később *Kaposi* voltak a fejei, a másik a nem kevésbé kiváló és nagyobb multú franczia iskola. Míg az előbbi kevés kivétellel a bőrbajokat egyedül a bőr sajátos megbetegedésének tartotta, a melyekhez az egész szervezetnek vajmi kevés a köze, s így azok tisztán helyileg kezelendők, addig a franczia iskola a beteg bőrt igen gyakran összefüggésbe hozta az egész szervezettel s annak alteratiojában kereste az okokat. Diathesiseket vett fel, szervi betegségeket vett tekintetbe s így természetes, hogy a bőrbántalmakat nemcsak helyileg, de belső vagy általános kezeléssel is gyógyitotta. Mindez abban leli magyarázatát, hogy a franczia irányzat mind máig sokkal szorosabb összefüggésben maradt a belgyógyászattal, mint mások. Természetes azonban az is, hogy idővel a nagy ellentétek a kétféle irányzatból mindinkább csökkentek, elmosódtak, bár a különbség ma is még eléggé feltünő. Véleményünk szerint és tapasztalatunk alapján mondhatjuk, hogy e kérdésben legjobb, ha minden dogmás tannak a kikerülésével egyedül az objectiv tények ismerete és mérlegelése alapján járunk el. Azt, hogy ásványvizekkel való ivókúrák által bizonyos bőrbántalmak gyógyitását előmozdíthatjuk, a tapasztalás sokszor beigazolta, jóllehet tudjuk, hogy e gyógytényezők koránt sem tarthatók akár csak egy bőrbetegségben is specificumnak. Nyilvánvaló s megemlítésre sem méltó, hogy e helyen az evidens parasitaer betegségek szóba sem jönnek.

Az eczemák, mint a leggyakoribb bőrbetegségek kezelésében nem fogunk túlsokat és kellő kritika nélkül az ásványvizek felé fordulni, mert általánositani természetesen nem fogunk. Oly esetekben, melyekben a betegek eczemájukat ismert külső befolyások által kapták (pl. lakkok, kenczék, lúg, stb.), ott nem kell az ásványvizekhez nyúlni, bár bizonyos, hogy ártani nem fogunk velük. Másképen áll azonban pl. a dolog azon makacs idült eczemaesetekben, a melyek a legtökéletesebb lokális kezelésre is csak renyhén gyógyulnak s minduntalan, felderíthető ok nélkül, kiújulnak. Ha a betegeket ilyenkor kikérdezzük, vagy belgyógyászatilag megvizsgáltatjuk, gyakran fog kiderülni, hogy azok hol állandó obstipatioban, hol meg idült gyomor- és bélhurutban, avagy egyéb belső bajban szenvednek. Lesznek betegek, a kiknek abnormis elhízása, köszvényes tünetei mutatni fogják, hogy anyagcseréjükben állandó zavarok állanak fenn. Ilyenkor a megfelelő belső gyógyszerelés az ivókúrával karöltve sokszor fogja az eczemát a rendes gyógyulás felé terelni. Így nem fogunk sokat habozni, hogy helyes-e egy ivókúrát is a kezelés körébe vonni, ha makacs eczemában szenvedő betegünkről kitudódik, hogy chronikus gyomorhurutban vagy gyakori bronchitisekben szenved. Ilyenkor ha az ú. n. egyszerü égvényes, vagy égvényeskonyhasós ásványvizek közül egyet ivókúra czéljából elrendelünk, csak használhatunk a betegnek. A franczia szerzők *Vichy* nek egyes forrásait ilyenkor nagy hatásúaknak tartják. Nálunk ily források, főleg a hidegek, böven vannak és a legnagyobb könnyüséggel kiválaszthatjuk az adott esetben a legjobban megfelelőnek látszót. Elhízott vagy obstipatiora hajló egyéneknek szivesen és gyakran fogunk egy enyhe karlsbadi kúrát rendelni, vagy egyet kiváló keserüvizeink közül kiválasztani s abból naponta vagy kétnaponként fél—egész pohárnyi adagot ajánlani. Ha nehezen gyógyuló eczemában szenvedő betegünk erősen anaemiásnak bizonyul, csak előnyére válhat, ha arsenes ivókúrát hozunk javaslatba. A franczia nagyhírü *Bourboule* és az osztrák *Levico* és *Roncegno* forrásait ilyenkor a *parádi* vasas-arsenes víz fogja helyettesiteni. Mindezek csak példák a kezelés menetére nézve.

Teljes az analogia az ú. n. neurodermitis chronicánál, melyet a dermatologusok egy része a körülirt idült eczemákhoz sorol s a mely elég gyakran a climax körüli nőkön jelentkezik s állandó kínzó viszketéssel jár. Ugyanolyan szempontból indulva, mint az eczema kezelésében, itt is megkisérelhetünk olykor egy-egy ivókúrát. Egy ily esetet nem régiben észleltünk. Kissé elhízott 45 éves nőre vonatkozott, a kinek végtagjain már évek óta néhány kínzóan viszkető neurodermiás gócz volt; ezek a legszakszerübb kezelésnek is daczoltak. Az anamnesisben typusos vesekőbántalomra akadva, melynek rohamait orvosa is észlelte, a megfelelő belső kezelés és ivókúra elrendelése után a neurodermia rövidesen meggyógyult.

Ismeretes, hogy a bélhuzamban székelő állandó pangások, abnormis bomlások, hurutok, főleg pedig a habituális obstipatio több bőrbetegségnek aetiologiájában nagy szerepet visz. A különböző erythemák, prurigós jelenségek és főleg az urticariák mind olyan betegségek, melyeknél ily belső okok után kell kutatnunk. Tekintve, hogy ezeknek egy része bélbeli eredésü autointoxicatiós folyamat, leghelyesebb a megfelelő esetekben a purgálást is gyógyító tényezőink körébe foglalni. Hogy e czélból kiváló keserüvizeink valamelyikét is használtatjuk, az természetes. Ha az urticaria gyakran ismétlődik, illetőleg állandósulni látszik, a körültekintő vizsgálat pedig valószinüvé teszi, hogy bélbeli eredésü, karlsbadi kúrára, illetőleg egy sulfatos gyógyvíz használatára kerülhet a sor. Oly esetekben, melyekben nem szükséges egy erősebb hatású sulfatos gyógyvíz, a *baldóczi* és *korytniczai* jöhetnek talán szóba.

* * *

Midőn a fentiekben röviden iparkodtam azon kezelési irányzatnak előnyeit kiemelni, mely a bőrbetegségek gyógyitásába a balneologiát is bevonja, tudom jól, hogy az csak hézagosan történt. De egy rövid előadás keretén belül ez nem is tehető másként. Szükségesnek tartottam egyedül azt, hogy egyik-másik kóralakot kiragadva, beigazoljam, hogy a balneotherapia és néha a gyógyvizek is mily jól használhatók a bőrbajok egy részének kezelésében. Kétségtelen azonban, hogy mihelyt bebizonyosodik egy therapiai tényezőről, hogy jó és helyes, nyomban szükséges, hogy azt kezelésünk menetében szükség szerint és kellő indicatio alapján alkalmazzuk. Ha ez így van, nyilvánvaló, hogy a balneologiai tényezőknek nemcsak lehet, de kell is a dermatotherapiában kellő helyet biztosítanunk. Nincsen tehát semmi okunk, hogy a bőrbajok gyógyitásában mintegy elvből idegenkedjünk a fürdőktől és a rokon eljárásoktól. E gyógyiránynak terjesztése és általánosítása volt előadásom főczélja.

TÁRCZA.

Bécsi levél.

Bécs, 1907 április hó 5.

Hosszabb időt töltve a bécsi klinikákon, alkalmam volt az ottani orvosi viszonyokat tüzetesen megfigyelni és ez észleleteimről óhajtok a jelen alkalommal beszámolni.

Közismert, hogy a klinikák az Allgemeines Krankenhaus ódon és traditiókban oly gazdag épületében vannak elhelyezve; Az épület rozoga, sok tekintetben a szellem is ósdi, mely ezen intézményt uralja; de a hogy itt-ott a belső berendezés modern, épen úgy az ósdi elvek követői mellett találunk egy-egy teljesen modern, minden tekintetben kimagasló klinikust.

A bécsi egyetemnek egyik feltétlenül kiváló alakja, igazi self made man, Bamberger tanítványa, Neusser. Ritka éles megfigyelő képességgel biró, sokat olvasott, sokat tapasztalt klinikus, a finomabb részletekig pontos diagnosta. A helyi klinikai viszonyok, különösen a laboratoriumok hiányossága a belorvostanban jelenleg uralkodó chemiai irányzattól eltéritették, és kórtermeire lévén utalva, inkább a legaprólékosabb klinikai észlelésre és megfigyelésre késztették, e mellett azonban mindenütt értékesíti úgy a vegyi és mikroskopos, mint a bakteriologiai vizsgálat eredményeit. Mint tudós és mint ember a megtestesült szerénység, elannyira, hogy akárhányszor assistenseivel szemben sem mer ellenkező véleményt mondani. Magánéletében is rendkivül egyszerü és sokszor bohém hajlamú ember.

Előadásai, minthogy a német nem anyanyelve, formailag nem tökéletesek; e hiányért azonban böven kárpótol bennünket belső tartalmuk. S ez előadások nem más szerzők, tankönyvek szolgai recitálása, hanem minden eset ismertetésekor érdekes hasonló s épen a klinikai tünetek megegyezése folytán nem egyszer téves kórisme felvételére vezető példákat hoz fel, épen olyan szerénységgel emlékezve meg a bonczolás alkalmával is beigazolt helyes diagnosisairól, a mily őszintén és gêne nélkül mondja el tévedéseit. E sajátos, mondhatnám casuistikákból felépített előadásoknak különös egyéni jelleget kölcsönöz a klinikai tünetek már említett legaprólékosabb megfigyelése és elkülönítő kórismék szempontjából való felhasználása.

Néha kiragad egy-egy tünetcsoportot, s hogy hallgatóit a többség által oly szívesen követett chablontól elszoktassa s a vele együttgondolkozásra kényszerítse, órákon át beszél egy-egy tünetnek, pl. a fejfájásnak, a pulsusarhythmiáknak stb. legkülönfélébb okairól. E mód talán mozaikszerüvé teszi az előadást, de azt hiszem, hogy több haszna van belőle a hallgatóságnak, mint ha elmondanák neki mondjuk pl. a szegénynyvérüség tünetcsoportját. Ezt otthon is elolvashatja, de magától differentialdiagnosisokra aligha jön rá. A detailok mellett azonban sohasem téveszti szem elől az egész kórképet. Vannak bizonyos kedvencz themái, melyekre jobbadán személyes tapasztalatok vezették, vagy tanítványai jöttek rá.

Igy pl. a gyomorfekély diagnosisánál hosszasan tárgyalja a traumás eredetü s rendszerint hyperaciditásssal nem járó ulcusokat, beleszőve azon érdekes vizsgálatokat, melyeket a vagusizgatás mellett létrejövő gyomorvérzésekre vonatkozólag Vulpien végzett.

A gyomorrák korai felismerésénél nagyon fontosnak tartja a bélsár bakteriologiai vizsgálatát: a Boas-Kaufman-féle bacillusok ugyanis a *sarcinával ellentétben* szaporodnak a bélsárban s igy esetleg már akkor kimutathatók, mikor csekély számuk miatt a gyomornedv vizsgálatánál elkerülték a figyelmünket.[1]

Sokszor látta, hogy rákban szenvedő, előrehaladott korú egyénnél nincs arteriosclerosis: a kétféle megbetegedés között bizonyos antagonismust tételez fel.

Neusser tapasztalatai szerint endointestinális megbetegedések a peritoneumra is ráterjedő vagy onnét kiinduló bántalmaktól nem egyszer a pulsus magatartása alapján megkülönböztethetők: mig ugyanis a béllumenben ülő rák vagy fekély esetén gyér a pulsus, ha a peritoneum is beteg, szapora lesz az érverés. Egészséges, nem túlkövér egyénnél a hasfalak ellazítása mellett a linea innominata jól tapintható, rendes viszonyok között e vonal alatt bélkacs nem tapintható, ha pedig itt is fekszik bél, ez már kóros jelenség. Egy ügyes fogással, melyet Neusser klinikáján Stejskal docenstől láttam, adott esetben jól kitapinthatni a normális fekvésü veséket is; ha a behajlított térdekkel hanyattfekvő beteg medenczéjének rögzítése mellett törzsével jobbra illetve balra fordul, az illető oldalon sekélyebbé válik a rekesz homorulata s következésképen egészében lejebb nyomul és tapintható lesz a vese alsó polusa.

Ámbár a klinika anyaga nem oly szép, mint a mi anyagunk, ott tartózkodásom három hónapja alatt mégis több igen ritka szívbajt (nyilt ductus Botalli, nyitva maradt foramen ovale, tricuspidalis insufficientia), sok igen érdekes hasi tumort, 2 polyserositist, 2—3 cyclikus albuminuriát is láttam; ez utóbbi esetekben elég jó eredménynyel kisérleteztek az organotherapiás eljárással: naponta 2 nyers és összezúzott disznóvesének 500 gm.-ra felhigított digestumát itták a betegek. Csaknem valamennyi esetben lényegesen csökkent, sőt egy alkalommal meg is szünt a fehérjevizelés. Pelnarnak[1] Thomayer klinikáján tett azon észleletét, hogy csak orthotikus fehérjevizelésben szenvedőknél lenne fekvő helyzetben (a normális viszonyokkal ellentétben [?!]) magasabb a vérnyomás, mint az illetők álló- vagy ülő helyzetében, esetünkben nem találtuk beigazoltnak, a mennyiben Neusser tanár klinikáján számos esetben épen általam végzett vizsgálatok a mellett szólnak, hogy *ép egyénnél* a felkaron mérve (Riva-Rocci) *fekvő helyzetben gyakorta* 15—20 Hg.-mm.-rel *magasabb a vérnyomás, mint ha az illető áll vagy ül.* Chloroanaemiákban egyszerü nyugalommal, fektetéssel tesznek kisérletet s ámbár vasat nem kap a beteg, a pihenés következtében lényegesen javul a szegényvérüség. A javulás első napjaiban többször átmeneti, *időleges* polycythaemiát észlelhetni (Pollitzer). Basedow-kórban a radiumtól láttak sikereket; nevezetesen radiummal activvá tett vízzel való borogatások után többször észlelték a kóros tünetek visszafejlődését. Ennyit mutatónak. A hol csak lehet, előadása keretébe felveszi a klinikáján tanítványai által végzett vizsgálatok eredményeit; meglátszik rajta, hogy átérzi, hogy nemcsak a tanítvány lekötelezettje a tanárnak, de a *mesternek, ki iskolát akar, szintén vannak kötelezettségei tanítványaival szemben.* Neusser minden előadásán hallhat a belorvostannal szakszerüen foglalkozó is új és előtte ismeretlen dolgokat. Talán épen az előadások magas színvonala s a néha túlságba menő részletezés az oka, hogy ezen kiváló klinikus hallgatóinak száma jóval kevesebb mint pl. Noordenéi. Pedig hát Noorden sem gyakorlott jó előadó s lépten nyomon láthatni, hogy inkább csak egy speciális kör kiváló munkása, mint univerzálisan képzett klinikus. Feltünt, hogy beteget hallgatósága előtt sohasem vizsgál s előadásai, ámbár ugyancsak a kezdőnek szólnak, mégsem rendszeresek s teljesen nélkülözik az *egyéni jelleget.*

Több alkalommal vettem részt a belorvosok tudományos ülésein. Ezen ülések, melyeket a 3 klinika tantermeiben felváltva, hol itt, hol ott tartanak, szemben a mi szakosztályi üléseinkkel, rendkivül látogatottak s nem egyszer 100—150 belorvost is láthatni egy-egy ilyen ülésen együtt. Úgy a bemutatások, mint az előadások általában elég magas niveaujúak s élénk megbeszélésre adnak alkalmat, nem egyszer azonban — a mi szinte hihetetlenül hangzik —, szégyenletes felületességgel czáfol rá az ú. n. alapos német tudásra egy-egy előadó. Máskülönben a mit a klinikák közötti viszonyt illetőleg gyakorta láttam, ez üléseken is sokszor tapasztalhattam: személyeskedést, intriguát, egymás túllicitálását czélzó túlproductiót és épen ezért becsületes munka helyett nem egyszer szemérmetlen felületességet; ez is hozzájárulhatott az egykor oly hires bécsi iskola decadentiájához.

Bécsnek, ámbár lakosainak száma az 1.800,000-et meghaladja, kevés kórháza van, modern kórháza pedig, a Franz-Joseph-Spital gyermekgyógyászati osztályaitól eltekintve, egyáltalában nincs. Legnagyobb kórháza az Allgemeines Krankenhaus, közel 2000 ágygyal; a klinikák még itt vannak, mert a „Neubau"-ból még csak az óriási terjedelmü két női klinika van felépítve, berendezve azonban ezek sincsenek. A többi kórház közül a Rudolf-Spital, a Wiedener Spital, nemkülönben a Franz Joseph-Spital érdemel említést, az előbbi kettő kaszárnyaépület, az utolsó

[1] Tanítványa, Schmidt docens vizsgálatai.

[1] Arch. Boheim de méd. clinique, 1905.

pavillonrendszerben épült: mindegyikben körülbelül 750—800 beteg nyer elhelyezést. Nekünk, kiknek tagadhatatlanul minden tekintetben modern kórházaink vannak, a bécsi jobbadán hiányosan felszerelt kórházak kevés látnivalót nyujtanak, egy és más azonban mégis említést érdemel. Így pl. a Rudolf-Spitalnak érdekes intézménye a férfiak és nők számára külön-külön berendezett téli kert. Az orvosoknak minden kórházban külön könyvtáruk van, e könyvtárak a főorvosok kezdeményezéséből és azok könyvadományaiból létesültek és a segédorvosi személyzet által tartatnak fenn: követendő jó példa. A közkórházi orvosok helyzete épen olyan, sőt sok tekintetben talán még rosszabb mint nálunk: fizetésük alig több, lakást igen, de ellátást csak akkor kapnak, ha inspectiósak. Alkalmaztatásuk szintén ideiglenes, s főorvos biz azokból se igen lesz; pedig kézzel fogható, hogy sokkal nagyobb buzgalommal szolgálná a kórház érdekeit az a fiatal orvos, ha tudná, hogy becsületes munkáját véglegesítéssel, idővel pedig, ha képzettsége és tudományos munkássága megüti a mértéket, főorvosi állással honorálják.

A gümőkóros betegek elkülönítése sokkal hiányosabb, mint nálunk; plain-air kezelés, dispensaire-rendszer közkórház keretében szintén nincs s a tüdőbetegeknek tartott külön ambulatoriumunkkal is megelőztük őket.

Befejezőül még egy megjegyzést: Bécsben a magyar embert, talán a folytonos politikai ellentétek hatása alatt, nem fogadják oly szívesen mint pl. Münchenben, Berlinben vagy másutt s ez annál inkább szembetünő, mert manapság a bécsi klinikákra — a cursusokat hallgató amerikai orvosoktól eltekintve — csak kevés külföldi vetődik. *Halász Aladár.*

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Der Warenhaus-Diebstahl. Von **Dr. L. Laquer.** (Frankfurt a. M.) Verlag von Carl Marhold, Halle a S. 1907. 43 lap. Ára 1 márka.

Laquer füzetét a franczia orvosok munkáinak ismertetésével kezdi. *Lasègue* és *Dubuisson* volt úttörő ebben a kérdésben, a mely a nagy árúházak létesülésekor különösen fontossá vált. A szépirodalom munkásai közül *Zola Au bonheur des dames* czimü regényében foglalkozott az „új neurosis"-szal. Sok gyermek, sok asszony került bajba általa. A gyermekek közül is a gyenge tehetségüeknek van reá hajlamuk. *Laquer* öt, 8—10 éves imbecillis iskolás gyermeknek lopásait említi egy franfurti árúházban; ezek a dolgok nem is jutottak a rendőrség elé, mert az iskola kisebb büntetéseivel is meg tudta szüntetni a hiba ismétlődését. Ugyancsak gyakran fordul elő, hogy gyermekek automatákat törnek fel, a bennük található édességek miatt. Az ilyen gyermekeknek, ha a dolog napvilágra jut, ugyancsak kijut a fenyegetésekből; a megijedt nevelők és szülők leendő betörőket látnak bennük, a kik az akasztófán fogják végezni életüket. Pedig ezek gyakran a gyermek- és kamaszkori hebephreniákhoz tartoznak, a melyeknek későbbre többnyire nincs jelentőségük. Épen ezért az árúházak nyitott árúhalmazaira nagyobb felügyeletet kell fordítani a rendőrségnek. Ez fogja megakadályozni, hogy a gyengeakaratú gyermekek és asszonyok el ne tévedjenek, nem pedig az utólagos büntetések. Helyesen járt el az az árúház, mely az ajtajában kitett fakanalakat, minthogy belőle lopkodtak, lekötötte és nem kereste a bünösöket. Az asszonyok különösen a menstruatio és terhesség alatt tudnak nehezen ellenállani a csábításnak.

Adott esetben az orvosszakértőt kérdezik meg, hogy a tettes beszámítható-e, vagy nem. Ilyenkor azt kell nézni, nincs e súlyos hysteria, súlyos neurasthenia, epilepsia, degeneratio, dementia, elmegyengeség jelen. Kis neurasthenia vagy hysteria nem ok arra, hogy a tolvaj büntetlen maradjon. *Kollarits Jenő* dr

Bechterew: Die Persönlichkeit und die Bedingungen ihrer Entwicklung und Gesundheit. Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden, 1906. 38 l.

Az egyéniség *Bechterew* szerint az önként cselekvő, lelki sajátlagosságokkal felruházott individuum, a mely környezetével szemben individuálosan viselkedik. *Bechterew* munkája sok helyütt a jelenlegi orosz politikáról mond véleményt a kérdés tudományos tárgyalása közben. Így egyes egyéniségek elnyomásában lelnek magyarázatot azok a kudarczok, a melyek Oroszországot Mandsuriában érték. Az öngyilkosság az egyéniség astheniás reactioja. Az egyéniség fejlődésére ható tényezők között a gazdasági és sociálos milieu, a tanítás, nevelés, alkohol és egyéb mérgek részletesen vannak tárgyalva. Jó megjegyzéseket olvasunk az egyéniség egészségtanáról. Az orosz viszonyokra vonatkozó sorokból kiemeljük a szegény néposztály rossz táplálkozását; *Bechterew* szerint ez nem éri el az egészséges emberre kiszámított kaloriamennyiséget.

A füzet sok helyütt politikai röpirat benyomását kelti, nagy elkeseredésről téve tanúságot és az orosz nép egyéniségének valódi kifejlődését a mostani szabadságra törő újjászületéstől várja.

Kollarits Jenő dr.

Muskat: Das intermittirende Hinken als Vorstufe der spontanen Gangrän. Volkmann's Vorträge. Breitkopf u. Härtel. Leipzig, 1906. 20 l. Ára 75 pf.

A füzet áttekinthetően tárgyalja a kérdést, különösen az elkülönítő kórjelzés tekintetében, a melynek felállításakor ischias, rheuma, neurastheniás fájás, lúdtalp, köszvény, gerinczvelőbajok jönnek tekintetbe. Az arteria pulsushiánya a legdöntőbb jele az időszakos sántításnak. Therapia jod és meleg fürdő. Tekintve, hogy az e bajjal foglalkozó újabb német munkák egy része *Erb* 1893-ban megjelent dolgozatával kezdik el a történelmi ismertetést, örülnünk kell, hogy a szerző *Bonley* 1831-ben és *Charcot* 1858-ban megjelent felfedező munkáiról nem feledkezett meg.

Kollarits Jenő dr.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az arteriosclerosisról és gyógyításáról irt czikket *Senator* tanár a „Therapie der Gegenwart" ez évi 3. füzetébe. Az arteriosclerosis nem egységes anatomiai folyamat; egyrészt lobos és hyperplasiás, másrészt elfajulásos, nekrobiosisos folyamatok szerepelnek benne, a melyekhez később mészlerakódás az erek falzatába társul. Az elváltozások hol az intimában, hol meg a mediában kezdődnek és innen terjednek át a többi érrétegre. A kiindulás-pont a különböző érterületekben alkalmasint más és más. A mészlerakódás mindenesetre csak másodlagos folyamat: a mész csak a már megbetegedett erekben rakódik le. Épen oly bizonyos az is, hogy az erek nem válnának egészségessé, ha sikerülne is belőlük a meszet kivonni, sőt ellenkezőleg még bajt is okozhatnánk vele az erek ellentállóképességének csökkenése miatt. Az arteriosclerosist klinice csak akkor ismerjük fel, a mikor már meglehetősen nagyok az elváltozások. A baj kezdetét legfeljebb gyanitani lehet bizonyos aetiologiai tényezőknek jelenléte vagy bizonyos működésbeli zavarok alapján. E tekintetben rendszerint nagy súlyt helyeznek a verőeres nyomásnak fokozott voltára. A szerző tapasztalatai szerint azonban a verőeres nyomás nagyon különbözőképen viselkedhetik az arteriosclerosisban, a mennyiben főleg a szív állapotától és működésképességétől függ; másfelől pedig, eltekintve attól, hogy a nyomásviszonyoknak megitélése a verőerek merevsége miatt nagyon nehéz, azokkal a módszerekkel, a melyek eddig rendelkezésünkre állanak, csupán egy körülirt érterület nyomását határozhatjuk meg, pedig a viszonyok a különböző érterületekben nagyon is eltérők lehetnek.

A klinikai tapasztalatok alapján biztosnak mondható, hogy az arteriosclerosis elhasználódási, kopási betegség. E mellett szól, hogy az öregkorban úgyszólván élettani jelenség gyanánt találjuk. A fiatalabb korban különböző exogen (syphilis, alkohol, dohány, fémmérgezés, erős kávé és tea, a húskivonat anyagai, füstölési termékek) és endogen ártalmak (köszvény, diabetes, idült veselob) következtében támad. A bőséges nitrogentartalmú táplálék határozottan elősegíti az arteriosclerosis fejlődését; talán abból a mindjobban terjedő szokásból, hogy már reggel is húst, sonkát, tojást eszünk, magyarázható legalább részben az arteriosclerosisnak gyakoribbá válása. Tudjuk ugyanis, hogy nitrogen-

dús táplálkozás esetén sokkal erősebb a bélrothadás, a melynek termékei felszívódva, megkárosíthatják az ereket. Az ülő életmódot folytató és elhízott emberek hajlandósága az arteriosclerosisra talán szintén részben az autointoxicatiora vezethető vissza; az ilyen egyének ugyanis székrekedésben szenvednek, a minek következtében nagyobb mennyiségben képződnek a bélben bomlástermékek. A gyógyításkor első sorban az imént említett aetiologiai tényezőkre kell tekintettel lennünk és azért nagyfontosságú a tej és növényi diaeta. Elhízottakban természetesen kerülni kell a szénhydratokat, a diabetesben pedig a fősúlyt a kevés szénhydratot tartalmazó zöldfőzelékekre és zsírra helyezzük. A növényi táplálkozás azonban még más úton is kedvező hatású: csökkenti ugyanis a vér viscositását és ezzel a szívnek és az ereknek a munkáját megkönnyíti. Hasonló módon hatnak a jodkészítmények is, noha nincs kizárva, hogy az erek falzatára is van valami közvetlen hatásuk. A szerző főleg a jodipint ajánlja (gelatina-tokban 1 gm.-ot 3—4-szer naponként), továbbá a sajodint (naponként 4—6 ½ gm.-os tablettát). A kedvező hatás még fokozható, ha olyan szerrel adjuk együtt a jodkészítményt, a mely a kis verőereket és a hajszálereket tágítja; ilyenek a nitritek, főleg az amylnitrit és a nitroglycerin (Rp. Kalii s. natrii jodati 6·0—8·0; natrii nitrosi 1·0—2·0; Aquae destill. ad 200·0. M. D. S. 3-szor naponként evőkanálnyit tejben. — Rp. Tinct. jodi 1·0; Spir. aether. nitr. 30·0. M D. S. 20–30 cseppet 3—4-szer naponként. — Rp. Nitroglycerini 0·1; Spir. aether. nitr. 30·0 M. D. S. 15—20 cseppet 3—4-szer naponként) Hasonló eredmény, t. i. a verőeres érterület egy részének kitágulása, a vérnyomás csökkenése és ezzel a vérkeringés megkönnyítése, bizonyos hydrotherapiás eljárásokkal, masszálással, activ és passiv gymnastikával is elérhető; mindezeket csak óvatosan individualizálva, a szívműködésnek gondos ellenőrzése mellett szabad használni. Végül még a vér sóit tartalmazó szerekről (Poehl-féle sal physiologicum, Trunecek-féle serum, antisclerosin, regenerol) emlékezik meg a szerző. Az bizonyos, hogy az arteriosclerosisban a vér sótartalma csökkent s így nincs kizárva, hogy ezen sóknak mesterséges úton pótlása haszonnal járhat. Legkényelmesebb az antisclerosin-tabletták használata, a melyek natrium chloratumot, natrium sulfuricumot, natrium phosphoricumot, natrium carbonicumot, magnesium phosphoricumot és calcium glycerophosphatot tartalmaznak, körülbelül olyan arányban, a milyenben a vér tartalmazza őket. Kezdetben két tablettát adunk naponként és lassan felemelkedünk 6-ig

A diagnostikai tuberculin-adagokról. *Roepke* az orvosok többségével együtt a tuberculint feltétlenül jó, sőt nélkülözhetetlen diagnostikai szernek tartja. Hogy mennyire jól értékesíthető sanatoriumokban, legjobban bizonyítja diagnostikai czélból tuberculinnal injiciált 700 betegén tett azon tapasztalata, hogy a nem reagálók ⅔-ában klinikailag tuberculosisra gyanús tüdőleletet kapott. Ezek a betegek a tuberculin igénybevétele nélkül a sanatoriumban maradtak s később a gyógyultak közé soroztattak volna, noha tuberculosisuk vagy egyáltalában nem is volt, vagy már előbb meggyógyult. Roepke ezen dolgozatában *Loewenstein* és *Kaufmann*, *Bandelier* és *Junker* adagolásmódját is kritizálja; mindhárman elismerik a tuberculinnak kiváló diagnostikai értékét, de eltérő adagokat használnak. Míg Loewenstein és Kaufmann azon nézeten van, hogy a tuberculin adagját a reactio elérése czéljából az esetek legnagyobb részében emelni nem kell, hanem elég a 0·2 mgm.-os dosist 4-szer 10—12 napon belül megismételni, addig Bandelier és Junker a tuberculin-adagokat fokozza. Bandelier a tuberculint diagnostikai czélból következőképen adagolja: először 1 mgm.-ot fecskendez be; ha reactio nem jelentkezett, 5 mgm.-ot, majd 10 s még egyszer 10 mgm.-ot; Junker adagja: a következők: először 0·1 mgm.-ot, azután 0·5 mgm.-ot használ, ha erre reactiót nem kap, 1 mgm.-ra emelkedik; a legnagyobb adag 5 mgm. *Roepke* a Loewenstein és Kaufmann-féle adagolási módot nem tartja megbizhatónak s követésre méltónak, mert azt tapasztalta, hogy olyan esetekben, a melyekben a tuberculin 0·2 mgm.-os dosisa 4—5-szöri megismétlés ellenére reactiót nem adott, 1 mgm.-os dosisra már erős reactio jelentkezett. Bandelier és Junker módszere jobb ugyan, de mégsem kielégítő, mert míg az előbbinek methodusával még latens gócz esetén is kapunk reactiót, addig az utóbbi nem eléggé rohamosan fokozza az adagokat. *Roepke* egy év óta a következő eljárást követi: először 0·2 mgm.-ot injiciál, ha erre reactio nem következik be, 1 mgm.-ot s ha még erre sem, mint legerősebb dosist 5 mgm.-ot ad. (Zeitschr. f. Tuberkulose, 10. k. 5. f.) *Szabóky* dr.

Idegkórtan.

A Basedow-kór kezeléséről Möbius serumával *Rattner* Mendel klinikájáról közöl tapasztalatokat. Szerinte a főbb jelenségek, nevezetesen a tachycardia, struma, exophthalmus nem változtak a kisérlet alatt lényegesen. Egyik esetben ugyan csökkent a tachycardia, a másikban 1 cm.-rel kisebbedett a nyak körfogata, egy harmadikban kissé puhult a struma. Olyan változások ezek, a melyek bármely gyógyeljárás alatt is előfordulnak. Az exophthalmus semmit sem változott. A vegetatiós működések hol javultak, hol rosszabbodtak. A hasmenés és izzadás fokozódott. A psychés állapot mindig javult és vele együtt a reszketés is gyakran alábbhagyott. A testsúly nem változott. Ezzel szemben *Rattner* ismerteti egy súlyos, typusos esetét. A leányon minden kezelés nélkül nagymértékű javulás létesült, az exophthalmus és struma majdnem teljesen eltünt, a szívdobogás és reszketés is nagyon csökkent. Mindez akkor történt, a mikor a leány menyasszony lett, tehát kedvező psychés behatás alatt. Olyan javulás ez, a milyen sohasem volt észlelhető az antithyreoidinnal. *Rattner* mindezek alapján azt hiszi, hogy az antithyreoidin úgy a betegre, mint az orvosra suggeráló befolyással van. Különben érdekes, hogy *Möbius* maga sokkal helyesebben és több tartózkodással irt a saját szeréről, mint a többi kisérletező. (Neurol. Centralbl., 1907. 5. sz.) *Kollarits Jenő* dr.

Creosotum phosphoricum okozta bénulások támadtak Hollandia egy kisebb helyiségében. Az epidemiát *Huet* irja le. A tünetek igen megegyezők voltak, többnyire tuberculosisban szenvedő betegeken támadtak, a kik a szert orvosi tanácsra vették. A kéz, a láb, a lábszár izmai bénultak, a czombhajlítók többnyire csak kissé gyengültek. A járás jellemzően stepperjárás. A mozgások egyébként is rendetlenek, hasonlók ahhoz a járászavarhoz, a melyet hibásan neuritises ataxiának szoktak nevezni. Az izmok nyomásra fájdalmasak, különösen a lábszár az idegek mentén. A végtagok hidegek. Egy esetben izomsorvadás is támadt. A környéki idegek megbetegedésére vall, hogy hólyag- és székzavar nem volt.

Nem igen volt pontosan kideríthető, hogy mennyit fogyasztottak a betegek a szerből. Az egyik beteg 40, a másik 120 grammot használhatott el 4 hét alatt. Nevezetes, hogy a Merck-gyár a creosotum phosphoricumot a creosot nem mérgező pótszerének mondja és belőle naponként 6 gm.-nyi adagot ajánl. *Huet* betegeinek orvosságát vegyileg megvizsgáltatta, hogy nem tisztátlan e; kiderült, hogy tiszta, tehát a bajt nem tisztátlanság, hanem maga a szer okozta. *Lewin* tanár azt mondja, hogy nehéz megmagyarázni a mérgezést. A creosot phosph.-nak 80% kreosotot és 20 százalék phosphorsavat kell tartalmaznia. *Lewin* sem kreosot, sem phosphorsavmérgezésről nem tud és azt hiszi, hogy a kreosotnak phosphorsavas hydriddel való kezelésekor natrium jelenlétekor valamely mérges oxytoluol-vegyület keletkezik. *Huet* mindazonáltal hivatkozik arra, hogy a phosphormérgezés tünetei hasonlítanak az ő eseteiben észlelt tünetekhez és ezért a kreosotum phosphor. okozta mérgezést phosphormérgezésnek tartja.

Meg kell még jegyezni, hogy más esetekben, ilyeneket *Henschen* irt le, nem támadt bénulás, hanem hyperaesthesia, hyperalgesia, anaesthesia, thermoanaesthesia. (Neurol Centralbl., 1907. 2. sz.) *Kollarits Jenő* dr.

Sebészet.

A **térdkalácstörések kezelésének eredményeiről** számol be Bardenheuer tanár osztályáról *Landwehr*. Felemlíti, hogy a véres műtétnek, a térdkalács varratának eredményei nem felelnek meg teljesen a hozzája füzött reményeknek. A véres műtétnél sem jő létre mindig csontos egyesülés, e mellett a functionális eredmény sem jobb, mint a vértelen kezelés után. A törvégek kötőszövetes

egyesülése a térd ideális működését engedi meg; minthogy pedig az extensiós kezelésnél, főleg pedig annak újabb módosításai mellett, a törvégek diastasisát egy minimumra szállíthatjuk le, s e mellett a beteget a műtét veszélyének ki nem teszszük, határozottan állást kell foglalnia azon sebészek ellen (*Bockenheimer*, *Körte*, *König*, *Kocher* stb.), kik a véres varrat feltétlen hívei. Legutóbbi statistikák szerint conservativ kezelés mellett 50%-ban, csontvarrat esetén pedig 25% ban volt a functionális eredmény kitünő. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1907. 14. szám.

Gergő.

Nephrektomizált állatokon a Röntgen-sugarak befolyását a vérre kutatta *Schmid* és *Géronne*. Kisérleteikhez házinyulakat használtak és egy- valamint kétoldalt nephrektomizált állataik mellett egészséges házinyulakon is végeztek controllkisérleteket. Kiderült, hogy nephrektomizált állatoknál Röntgen-sugárzásra a leukocyták száma igen gyorsan abnormis mélységig csökken; az egész Zeiss-féle kamarában alig akadunk leukocytára. Egy két nap mulva az állatok elpusztulnak. Magyarázatul a szerzők felveszik, hogy besugárzásra leukotoxin jö létre, mely rendes körülmények között a vesékon át választódik ki, vesekiirtásnál azonban a vérben halmozódik fel és ott a fehérvérsejtekre fejt ki gyors deletaer hatást. (Münchener medizin. Wochenschrift, 1907. 10. sz.)

Gergő.

Az ischaemiás izomzsugorodások kezeléséhez szolgáltat adatokat *Kleinschmidt*. Circuláris kötések alkalmazásakor megeshetik, hogy vérkeringési zavarok állanak be az által, hogy a kötés nagyon szük, vagy pedig a végtag utólag duzzad és így szenved a verőeres vérellátás. Izomdegeneratio következik be, melyet *Volkmann* és *Leser* ismertettek behatóbban „ischaemiás bénulások" czímen. Újabb vizsgálatok kimutatták, hogy ezen ú. n. ischaemiás izomcontracturák okát más tényezők is képezhetik, nemcsak az izmok heges zsugora; így okozhatják azokat verőérsérülések, idegsérülések is, mint azt *Bardenheuer* és *Petersen* esetei is igazolják.

A bántalom kezelése könnyebb esetekben massage-ból és mozgatási gyakorlatokból áll és teljes sikerhez vezethet; súlyosabb esetekben mechano-medikai kezeléssel nem érünk czélt, műtéttel kell tehát segítenünk. Két mód áll itt rendelkezésünkre. Az aránytalanságot a hegesen zsugorodott izmok és az aránylag túlhosszú csontok között vagy úgy szüntethetjük meg, hogy a csontokból egy darabot resekálunk, vagy pedig úgy, hogy a zsugorodott izmokat, illetve inakat meghosszabbítjuk. Legajánlatosabb az inplastica és pedig abban az alakban, a hogy azt *Bayer* ajánlotta. Természetesen valamennyi ínt meg kell hosszabbítanunk, mely részt vesz a zsugorodásban. *Bardenheuer* ugyanezt éri el az által, hogy az izmok eredési helyét felpraeparálja és mélyebbre transplantálja. *Drehmann* az izom heges részét metszi át, míg *Hildebrand* és *Petersen* az idegeket szabadítják ki a hegszövetből és esetleg nyújtják azokat.

Hogy ezen számos műtéti eljárás közül melyiket részesítsük előnyben, arra nézve irodalmi tapasztalataink még elégtelenek; mindenesetre individualizálnunk kell, a szerző a maga részéről a legsúlyosabb esetekben a *Henle*-féle módszer mellett foglal állást. (Deutsche med. Wochenschrift, 1907. 17. szám.) *Gergő.*

A mastitiseknek szívókészülékekkel kezelése körül szerzett tapasztalatait *Hartmann* a következőkben összegezi: 1. A szívóharangok alkalmazása csillapítja a fájdalmakat és csökkenti a lázat. 2. Heveny mastitisek 3—5 nap alatt incisio nélkül meggyógyulnak. 3. Heveny, de abscedáló mastitisek kis incisioval 4—7 nap alatt gyógyulnak; súlyosabb esetekben 2—3 hétig tart a gyógyulás, ez tehát gyorsabb, mint az eddigi kezelésmódok mellett. 4. Ugy a kosmetikai, mint a functionális eredmény kifogástalan. 5. A subacut, csomós, nem genyedő mastitiseknél ajánlatos az activ hyperaemia *Priessnitz*-borogatások alakjában. Passiv hyperaemiás kezelésre ezek az esetek kevésbé alkalmasak. 6. Ha a geny már áttört, a gyógyulási tartam a leghosszabb. 7. Próbaszíváskor a legerősebb beszűrődés, illetve a tályog felett a köztakaró körülirt helyen azonnal erősebben vörösödik, mi által a pontos localisatiót, illetve az incisio helyének megállapítását érjük el. 8. A szívókezelés hatása alatt mélyebb tályogok is gyorsan felületesekké válnak az infiltrált terület beolvadása által. 9. A tályogok felszívódására a szívókezelés mellett ne számítsunk; tályogokat mindig és lehetőleg azonnal nyissunk meg 1, 2, 3 cm. hosszú metszésekkel. 10. Az incisio után többnyire felesleges a sebüregnek drainezése, s még inkább tamponálása; a szívás pótolja a drainezést, csak nagyon mélyen fekvő tályogoknál alkalmazzunk hosszabb vékony gummidraincsövet, nehogy a sebcsatorna összeforradjon, s így a tályognak legmélyebb részlete eltokolódjék. 11. Kerüljük a sebek kinyomkodását, ez felesleges is; a szívóharang sokkal jobban és fájdalom nélkül aspirálja a genyet. Ha vérrögök, nekrotikus czafatok, pörkök zárják el a sebet, használjunk csípőt vagy szondát. A tejretentio elkerülése végett minden ülés végén kis szívóüregen át a tejet is szívjuk ki. 12. A szívókezelés alatt a genyes secretio gyorsan megszünik: savóssá válik, majd erős hegképződés mellett gyors sebgyógyulás következik be. Piszkos, lepedékes sebek csakhamar feltisztulnak és egészséges sarjak mutatkoznak. 13. A szívókészülék szélével lobos területet ne nyomjon; ezért mastitisnél csak 10—12—15 cm. űrátmérőjü harangok használandók, melyekbe az egész emlő belefér. 14. A szívókezelést a lobos tünetek lezajlása után is folytatnunk kell, esetleges recidivák elkerülése végett. Még ha a secretio meg is szünt, a vérbőség a beszürődések felszívódására és így a teljes restitutiora gyorsitólag hat. (Münchener medizin. Wochenschrift, 1907. 6. szám.) *Gergő.*

Splenectomia után gyomorbélvérzéseket észlelt *Lieblein* két esetében, melyeket sérülés miatt operált. Az egyik beteg meggyógyult, a másik meghalt. Ezen profus gyomorbélvérzések okát a léperek anatomiai viszonyaiban keresi. Ugyanis az art. gastricae breves gyakran nem a lépverőér törzséből, hanem annak egyik végágából, mely már közvetlenül a hilusba tér be, erednek s így lépexstirpatio alkalmával a ligaturába kerülhetnek. Azonfelül a lépgyüjtőérből a gyomor egyes gyüjtőereibe, valamint a vena meseraica inferiorba átterjedhetnek akár direct, akár retrograd embolia révén thrombusok. Prophylactice azért a lépereknek közvetlen a hilusban való lekötését ajánlja, a mi megegyezik *Herczel* ajánlatával, melyet ő a lépkiirtás után támadó lázak megelőzése szempontjából tett. A lázak különben Lieblein betegeinél is huzamos időn át tartottak. (Ref. Mitth. a. d. Grenzgeb. 17. sz.) *Pólya.*

Pofadefectusok fedésére a nyelv felhasználását ajánlja *Bartlett*. A nyelvet a defectussal szemben kettéhasítja s a felső nyálkahártyaszélt a felső, az alsót az alsó foghúshoz varrja; a kifelé néző nyelvizomzat felett pedig az előzetesen alápraeparált arczbört egyesíti. Szükséges természetesen, hogy az operált oldalon az összes fogakat kihúzzuk. Esetében, a hol ezt az eljárást pofarák kiirtása után megkisérlette, az eredmény igen jó volt, úgy kosmetikai, mint functionális (nyelés, rágás, beszéd) tekintetében. (Annals of surgery, 1907 április.) *Pólya.*

Bőrkórtan.

A kötőszövet asepsises gyuladását tanulmányozta *K. Zieler*, a ki főleg a jelentkező sejtformákra volt különös tekintettel. Kisérleti állatoknak albino-házinyulakat választott, a melyeknek fülein kisérletezett. Gyuladást keltő tényezőképen a *Finsen-Reyn*-féle lámpának concentrált villamos ívfénye szerepelt. A megvilágítás — átlagosan 18—19 ampére áramerősséggel — 70 perczig tartott. A vizsgálatok az első 24 órán belül jelentkező gyuladásos folyamatokra szorítkoztak. A fény által létrejött asepsises gyuladás vizsgálata a következő eredményre vezetett: 1. A szövetekben eredetileg ott levő sejtek szaporodása az első 15 órán belül vajmi jelentéktelen és a következő órákban is csak részben jöhet szóba. 2. A gyuladásos területen jelentkező sejtek az első 15 órában a vérpályából eredő elemek gyanánt tekintendők. Ezek mind hasonlítanak a keringő vérben kimutatható formákhoz. Nagy mennyiségben jelennek meg elsőben a kis, kerekmagvú lymphocyták, a mi ellentétben van a bakteriumok által létrejött gyuladással. A kis lymphocyták a szövetben a granoplasmának megszaporodása által nagy lymphocytaszerü sejtekké nőnek. Ennek következtében igen sokféle sejtalak keletkezik. Többek közt olyanok is, melyeket *Maximow* polyblastoknak nevezett, nagy

protoplasmás udvarral vannak ellátva és amoeboid mozgást végeznek. További tovafejlődésük kétséges, sőt valószinütlen. A sejtek a legkoraibb időben az erekből mechanikailag sodortatnak a szövetbe; később, de akkor is csak kis mértékben, activ kivándorlásuk is szerepel. Kisodortatásuknak feltétele, hogy a gyuladás következtében a vérerek fala átjárhatóbb legyen. 3. Mechanikai kisodrás útján jutnak a szövetbe a lebenyes magvú leukocyták is és pedig már a legkoraibb szakban. Activ kivándorlásuk az ereken keresztül ritkább, számban a lymphocyták mögött állanak. Számuk azonban egyre növekszik és pedig activ kivándorlás után a 4—15. óra után, vagyis akkor, mikor a fénynek káros hatása már igen kifejezett (kezdődő nekrosis, sejt- és sejtmagszétesés). Ezek itt is, akár csak a vérben, túlnyomóan pseudoeosinophil granulatiokat mutatnak. 4. Már kezdetben, később azonban úgy látszik nagyobb számban jelentkeznek egy harmadik sejtalak képében a nagy, basophil myeloblastok, illetőleg myelocyták. Nagyban hasonlítanak ugyan az ú. n. nagy lymphocytákhoz, de legtöbbször mégis mint basophil, nem granulált csontvelősejtek ismerhetők fel. A mennyiben további fejlődésre képesek, nem szokatlan, ha a későbbi szakokban közülök nemcsak olyanokat találunk, melyek hízósejtes granulatiót mutatnak, hanem olyanokat is, a melyekben amphophil, ritkábban pedig valódi eosinophil granulatio található. Ezek az átmenetek a keringő vérben is találhatók. 5. Csakis az első nap vége felé vesznek részt a sejtmegszaporodásban az erek adventitiájának sejtjei, illetőleg a *Marchand* féle leukocytoid sejtek. E sejtek oly alakelemek létrejöttére vezetnek, a melyek azután a kis lymphocytáktól nem különböztethetők meg. (Archiv f. Dermatol. u. Syphilis, 85. k. 1—3. f.) *Guszman.*

A tumenolammonium használatáról a dermatotherapiában ir *J. Kraus*. A tumenolammonium, mely sötétbarna, szörpsürüségü folyadék, a legjobb szereink közül való. Kiváló hatású a pruritusok és eczemák kezelésében. A szerző a szert 5—25—50%-os concentratioban használta gyógykisérleteiben, összesen 60 esetben. Ezek közül csak körülbelül 12 esetben nem vált be. A legfeltünőbb hatása a viszketés csillapításában áll. Nagy előnye, hogy hevenyésebb tünetek ellenében is használható, mert izgató hatása egyáltalában nincsen. Alkalmazásának legjobb formája a szerző szerint a mixtura, mely felrázandó és a pasta-alak. Heves viszketési esetekben igazi hatását 20—30%-os concentratioban fejti ki legjobban. (Dermatol. Centralbl., X. k. 3. f.)

Guszman

Húgyszervi betegségek.

A húgycsőkankóban és complicatioiban a Bier-féle pangás hatásáról referált *M. Oppenheim*, Finger tanár asisstense. Heveny kankó 3 olyan esetében, a hol a coitus után csakhamar savós váladék mutatkozott és a hol a gyér gonococcusleletből arra lehetett következtetni, hogy a kórokozó bakteriumok még nem jutottak el a monynak a tövéig, a Bier-féle pangásnak abortiv értékét úgy próbálta ki, hogy a penisgyököt egy vékony gummicsővel naponta fél órára lekötötte. Ez az eljárás már a harmadik napon olyan bő kifolyást, a mony börének az oedemáját és a vizelésnél akkora fájdalmat eredményezett, hogy a további kisérletről le kellett mondania. A kankós mellékherelobbal járó fájdalmat a vérpangás annyiban befolyásolta elég kedvezően, hogy a kötés alkalmazása után a legtöbb esetben azonnal enyhült, a kötés levétele után pedig többnyire már csak kis mértékben újult ki. Az objectiv tüneteket — úgy mint a kankónak a lefolyását, a kötőszövet zsugorodásának a kifejlődését és a mellékherelob lezajlási idejét — illetőleg alig talált különbséget a lobellenes és a Bier-féle eljárás között. Egy betegénél a mellékherelob a pangásos kezelés közepette exacerbált, a mit a szerző annak tulajdonit, hogy a vas deferens antiperistaltikus mozgása következtében egy újabb gonococcus-invasio jutott az urethrából a mellékherébe. Ezt főképen az egyoldali mellékherelobban tartsuk mindig szemünk előtt, nehogy a pangás következtében reflectorius úton a másik here is megbetegedjék. Legjobban vált be a Bier-féle eljárás az arthritis gonorhoica eseteiben, a mennyiben 9 heveny izületi lobban szenvedő betegénél nemcsak a rendesen igen nagy fájdalmat szüntette meg csakhamar, hanem az objectiv tünetek — pír, duzzanat — tekintetében, sőt az izületnek mozgékonyságát illetőleg is nagyon jó szolgálatot tett. Épen ez utóbbi, az arthritis gonorrhoica prognosisát tetemesen javító szempontból a szerző a kankós izületi lob kezelésében a pangásos eljárásnak az elmulasztását valóságos műhibának minősíti. (Wien. mediz. Presse 1907. 19. szám.)

Drucker Viktor dr.

Venereás bántalmak.

A reinfectio syphiliticáról ir *K. Oplatek*. A syphilises méreggel való reinfectio ritka és felvétele mindig nagy körültekintést és óvatosságot igényel. Az e kérdésről kialakult vélemény a következő követelményeket állitja fel a reinfectio syphilitica felvételekor:

1. Szükséges, hogy az első infectio teljesen lefolyt légyen, tehát tertiaer jelenségek se legyenek jelen.

2. A primaer laesio nem elegendő a reinfectio felvételéhez, hanem szükséges, hogy kifejezett úgynevezett másodlagos tünetek is legyenek találhatók.

3 Az anamnesisre nem helyezendő súly, ellenben fontos, hogy szakember kezelte legyen az első lueses tüneteket. Legmérvadóbb az eset, ha ugyanazon orvos észleli mindkét izben a lues lefolyását.

4. A mai ismeretek alapján végül megkövetelendő, hogy a spirochaeta pallidát is ki lehessen mutatni. A szerző ezek után egy kétségtelen reinfectiós esetet közöl, a melynek az adja a megbizhatóságot, hogy az első lueses állapotot is a prágai klinikán észlelték. Az eset 47 éves férfira vonatkozik. Extramatrimoniális coitus után 3 hétre a frenulum mellett a sulcus glandisban typusos erosioja támadt, mely a kisérő tünetek tekintetbevételével (fájdalmatlan kemény mirigyek stb.) kifejezett lueses primaer affectionak mutatkozott. Hat héttel később jellegzetes általános papulosus syphilid fejlődött ki a beteg testén. A papulákban spirochaeta pallidákat lehetett kimutatni. A syphilid kellő antilueses kúrára csakhamar visszafejlődött. Az első infectio 1900-ban, tehát 7 évvel előbb történt. Typusos primaer laesio kapcsán jellegzetes foltos syphilidet kapott a beteg, mely akkoriban erélyes kéneső-kúrára hamar elmult. Nem sokkal később toroktünetek, condylomák és lueses iritis jelentkeztek. Ezentúl újabb tünetek nem jelentkeztek. Mindezek alapján úgy látszik, hogy a fenti eset a reinfectio syphiliticának kétségtelen példája. (Wiener klin. Wochenschrift, 1907. 15. sz.) *Guszman.*

Az élő spirochaeta pallidán tett megfigyeléseit közli *E. Eitner*. A spirochaeta pallidának vizsgálatát lényegesen megkönnyítette a *Reichert*-féle ultracondensor, a melynek segélyével sötét beállitású látótérmegvilágitást érhetünk el (Dunkelfeldbeleuchtung). A vizsgálandó syphilises anyag, mely kaparék vagy szétbontott szövetrészlet lehet, physiologikus konyhasóoldattal higitandó. A spirochaeta pallida ilyenkor elég gyakran világosan felismerhető, bár legtöbbször egyéb spirochaetafajok is akadnak nagy számban. A spirochaeta pallida mozgása lassú, nyugodt. Háromféle mozgást végez, a mint azt már *Schaudinn* megállapitotta. E mozgások hossztengely körüli rotatioban, tengelycsavarodásban és előrehátra haladó lökésekben állanak. Jelentékeny locomotiót e mozgások nem létesitenek. Elhaláskor a legtöbb spirochaetafaj kinyúlik, a spirochaeta pallida ellenben úgyszólván megtartja teljesen csavarulatos alakját. A spirochaeták konyhasós készitmények alakjában nem élnek sokáig. 5—6 óra alatt elpusztulnak. Ezzel szemben *Beer* 3 héten keresztül látta a spirochaeta pallidák mozgását, ha 20—27° mellett paraffinnal körülzárta a készitményt. A szerző tapasztalása szerint az emberi serum sem tartja tovább életképesen a spirochaetákat, mint a konyhasósoldat. Az élő pallidákon gyakran észlelhetők oly jelenségek, melyek osztódási folyamatoknak tekinthetők. A testek megnyúlnak ilyenkor, középen letörötteknek látszanak, a két végdarab pedig erős mozgást végez. Rövidebb-hosszabb idő alatt a két végdarab azután elválik egymástól. De ezeken kivül egyéb jelenségek is észlelhetők, bár pontosabb vizsgálatot az élő spirochaetatestek nem engednek meg a jelenlegi módszerek alkalmazásával. Végül kiemeli a szerző, hogy az élő spirochaeták vizsgálata diagnostikai szempontból is fontos. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1907. 16. sz.)

Guszman.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Tüdővészesek éjjeli izzadása ellen *Nikolski* a guakampholt ajánlja. Három egymás után következő este kell belőle 0·3 gm.-ot adni, mire az izzadás többnyire hosszabb időre megszünik. Kellemetlen melléktüneteket állítólag nem okoz ez a szer. (Ref. Med. Klinik, 1907. 16. sz.)

Influenza ellen *Mac Court* a gelsemium sempervirenst ajánlja: Rp. Tinct. gelsemii sempervirentis guttas XV; Aquae destillatae 180·0. 1—3 óránként kávéskanálnyit. Főleg az ideges és hyperpyrexiás alakokban ért el vele jó eredményt. (Ref. La semaine médicale, 1907. 10. sz.)

Napfény hatására meggyógyult cancroid. *Widmer* dr. esetet közöl, a melyben egy öreg asszonynak a kezehátán mintegy 10 hónap óta fennálló és már 6 cm. hosszúságot elért kifekélyesedett cancroid volt jelen; a subepitrochlearis és hónaljmirigyek beszűrődöttek és fájdalmasak voltak. Minthogy az illető a műtétbe semmi áron sem akart beleegyezni, a szerző megkisérlette a napfényt. Naponként több órán át engedte hatni a napfényt a beteg területre. Az első 10 napon nem látszott javulás, noha a beteg fájdalmainak a csökkenését jelezte. Azután lassanként objectiv javulás is mutatkozott: az oedema és az elválasztás csökkent, majd teljesen megszüntek a lobos jelenségek, sarjadzás indult meg. 3½ hónap után teljes volt a hegedés. A gyógyulás óta most már közel egy év telt el. (Ref. La semaine médicale, 1907. 14. szám.)

Vegyes hirek.

Kitüntetés. A király *Dollinger Gyula* tanárnak az orvosi tudomány és a felső oktatás terén szerzett érdemei elismeréseül a magyar királyi udvari tanácsosi czimet adományozta.

Pótlás Kétly tanárnak mult számunkban megjelent, „A tuberculosisról" szóló czikkéhez. A 456. oldal 2. hasábjának 2. kikezdésében, ott, a hol azon sajátszerű tényről van szó, hogy sublimat 2‰ oldata egyenlő mennyiségű tuberculosus köpettel vegyitve, a bacillusok életképességét nem befolyásolja, — tévedésből kimaradt a következő passus, mely e tény kisérleti bizonyitékát tartalmazza:

„Klinikámon ez irányban tett kisérletek szerint: ha egyenlő mennyiségben kevertetett köpet 2‰ sublimatoldattal és 4 óráig hagytuk azt állani, azután a sublimatot többszörös mosás által eltávolitva, a köpetből 1 cm³-t oltottunk 500 gm. súlyú tengerimalaczba: a malacz 21 nap mulva hullott el. A bonczolás a májon tuberculosus göböket s a vékonybélben gümös fekélyeket mutatott. Ezzel szemben, ha a köpethez egyenlő mennyiségű 5%-os carbololdatot kevertünk, azután 24 óráig állani hagytuk a keveréket s a carbololdatot belőle physiologikus konyhasóoldattal kimostuk, s ebből oltottunk 450 gm. súlyú tengerimalaczba: a malacz 2 hét alatt elpusztult ugyan, de szervezetében gümös elváltozások nem találtattak."

Ezen alkalommal két értelemzavaró sajtóhibát helyesbitünk, mely ugyanezen czikkben fordul elő. A 455. oldal 2. kikezdésének 5. sorában bouillon helyett bacillus, s a 458. oldal utolsó kikezdésének utolsó sorában trastalvial helyett tinctura salviae olvasandó.

Meghaltak. *Schüller M.*, a sebészet cz. rendkivüli tanára a berlini egyetemen, 64 éves korában. — *Dreschfeld J.* dr., a belorvostan ny. r. tanára a manchesteri egyetemen, junius 13.-án, 62 éves korában. Az elhunyt egyike volt Anglia leghirnevesebb klinikusainak; számos jeles dolgozatot tett közzé, különösen az idegorvostan köréből. — *Cannien* dr., az anatomia tanára Bordeauxban. — *Corradi* dr., valaha a sebészet tanára Firenzében. — *E. Mendel* tanár, a hirneves berlini idegorvos, 68 éves korában.

Kisebb hirek külföldről. *Rosthorn A.* tanár Heidelbergben elfogadta a meghivást a bécsi egyetem nőorvostani tanszékére, mely Chrobak tanár nyugalomba vonulásával üresedett meg. Rosthorn tanár 1857-ben született. — A berlini egyetem egy hirneves tanára vonul a jelen tanév végével nyugalomba: Leyden professor, a belorvostan tanára. Utódjául hír szerint *Krehl* tanárt (Heidelberg) hivták meg, miután Müller tanár Münchenben a meghivást nem fogadta el. — A müncheni nőorvostani tanszékre, Winckel tanár utódjául, *Döderlein* tanárt hivták meg Tübingenből, ki a meghivást elfogadta. — A strassburgi egyetemen a szemészet ny. r. tanárává *Schirmer* tanár (Kiel) neveztetett ki. — *Rokitansky* dr., a belorvostan tanára Innsbruckban, nyugalomba vonul. — Londonban junius 9.-én tartotta az újonnan alakult Royal Society of Medicine első ülését. Ezen egyesület 15 tudományos orvosi társulatnak egybeolvadásából keletkezett, a mely társulatok azonban tovább is fenn fognak állani, mint az új egyesület szakosztályai. Az egyesületnek 8000 tagja van; elnökévé *Sir William Church* dr.-t választották meg. — Münchenben május 25.-én leplezték le Ziemssen tanár szobrát. Az emlékszobor az Isar bal partján levő városi kórház előtti sétányon van. — *Lode A.* dr.-t az innsbrucki egyetemen a közegészségtan tanárává nevezték ki. — *Hlava* tanárt, a kórbonczolástan tanárát a prágai cseh egyetemen az osztrák urakháza élethossziglani tagjává nevezték ki.

A morvaországi orvosi kamara cseh osztályában nemrég felvettetett az a kérdés, elfogadhatnak-e az orvosok dijazást collegáik vagy azok családtagjainak a kezeléséért. A kamara úgy határozott, hogy ilyen esetben a dijazás elfogadása nem egyeztethető össze az orvosi tisztességgel s hogy a correct orvos csak a készkiadásait számithatja fel. A Deutsche med. Wochenschrift e hirt azzal a megjegyzéssel közli, hogy ezt az álláspontot egészen hibásnak tartja. A német lap e megjegyzéséhez mi is teljes meggyőződéssel hozzácsatlakozunk. Az orvos, ha maga, vagy családjának valamely tagja megbetegszik, gyakran rosszabb helyzetben van mint más ember, mert szinte restelli collegájának a segitségét igénybe venni s őt sokat fárasztani, tudva, hogy az honorariumot nem fogad el A doktorok kölcsönös ingyen-gyógyitásából visszásságok és kényelmetlenségek származnak, a melyeknek gyakran a beteg családtag fizeti meg az árát. Németországban ezt már rég felismerték s a legtöbb doktor nyugodtan elfogadja orvos-collegájától az őt megillető honorariumot.

A nemrég elhunyt Poirier tanárról megható történetet olvasunk franczia lapokban. A híres sebészt január havában egy szegény divatárus leány kereste fel, kinek a mult esztendőben kioperálta a rákdaganatát, persze ingyen, s ki most az operatio helyén újra fájdalmakat érzett. „Tanár úr, attól tartok, hogy a bajom kiújul." Poirier megvizsgálta és igy szólt: „Megnyugtathatom; egyelőre nincs semmi baj. Ha meg is kell újra operálni, csak pár év mulva lesz erre szükség. Akkor pedig nem az én késem alá fog kerülni." „Miért nem, tanár úr; nem akar velem újra bajlódni?" „Dehogy is nem kedves fiam. De akkor én már nem leszek az élők között. Még csak egy félévem van. Nekem is rákom van, csakhogy az enyém gyorsabban halad, mint a magáé."

A strychnin új ellenszere. A párisi „Académie de Médecine" márczius 12.-i ülésén *Pouchet* bemutatta a bataviai franczia consulnak a külügyministeriumhoz intézett jelentését, melyben a következőket adja elő. Egyes cacao-ültetvényesek észrevették, hogy ültetvényeikben nagyon garázdálkodnak a majmok s ezért strychnint hintettek szét a részükre. A majmok ettek is a strychninből, de a mint megérezték a méreg hatását, bizonyos fákat kerestek fel, a melyeknek a leveleit móhon enni kezdték. Ezek a majmok baj nélkül maradtak, mig azok, a melyek ezt nem tették, elpusztultak. Úgy látszik, az illető fának a levelei antidotumot tartalmaznak a strychnin ellen. Csak az a kár, hogy a consul levelében nem mondja meg, hogy milyen fa az.

Jelen számunkhoz a F. Hoffmann-La Roche & Cie. czég **„Thiocol" — „Sirolin" — „Sulfosot-szörp"** czimü prospektusa van csatolva.

Mai számunkhoz a Vereinigte Chemische Werke Act.-Ges. Charlottenburg czég **„Atoxyl"** czimü prospectusa 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 gyomorbélbajok. Gerinczelferdülések. 2507

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

Gizella-Telep fürdő, Saison megnyitás május 1.-én. modern vízgyógyintézet posta Visegrád (Pest m.) Vízgyógykezelés, szénsavas-, villanyos-, forrólég-, mór-, sós-, fenyő- és napfürdő. Villanyozás, massage. Remek fekvés. Mérsékelt árak. Kivánatra prospektus. 3719

Orvosi laboratorium: Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd. Andrássy-út 50 (Oktogon-tér). Telefon 26—96.

Elektromágneses intézet, Budapest, VII., Dr. Grünwald-sanatorium. Főbb javallatok: neurasthenia, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor- és bélbántalmak, fejfájás, csúz stb. Prospektus. Vezető orvos: Réh Béla dr.

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

ERDEY Dr. Budapest, IX., Bakács-tér 10. 1415/3109 SANATORIUMA. Nőbetegek és szülőnők részére.

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti fasor 13—15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által. 2652

Dr. CUKOR rendel **Franzensbadban** nő- és szivbetegeknek. Hotel „Holzer", Kulmerstrasse. 4116

Budapesti Orvosi Laboratorium IV., Koronaherczeg-utcza 18, I. em. Minden nemü ép és kóros váladék (ú. m. vizeleti köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum stb.) vegyi, górcsői és bakteriologia, vizsgálata. Klinikai diagnostika. Tulajdonos: **Arányi Gusztáv dr. karlsbadi gyakorló fürdőorvos** (Sprudelstrasse, Goldener Helm). Április 20.-ától szeptember 20.-áig, vagyis fürdőorvosi működése alatt a Budapesti Orvosi Laboratoriumot helyettes szaktárs vezeti. 2939

WEISZ EDE Dr. pöstyéni intézete.

Modern kényelem, Röntgen, Zander stb. Mérsékelt árak.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (V. bemutató szakülés 1907 április 10.-én.) 484. l. — Szegedi Orvosegyesület. (1907 április 10.-én tartott szakülés) 85. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 485. l.

Közkórházi orvostársulat.

(V. bemutató szakülés 1907 április 10. én.)

Elnök: **Dirner Gusztáv.** Jegyző: **Török Béla.**

Anthrax-fertőzés esete.

Szász Béla: Az eset bőranthraxból kiinduló általános fertőzésnek meglehetősen typusos képe. Az anthrax nem tartozik ugyan a ritka betegségek közé, de tekintettel arra, hogy inkább csak egyes vidékeken fordul elő, aránylag ritkán kerül bonczolásra. A János-kórházi prosectura anyagában két anthrax-esetet talált. Mindkettő bőranthraxból kiindult általános fertőzés, a fertőzés kapuja mindkettőben az arczon talált sérülés volt.

Az egyik esetben a bonczolt anthraxos egyén 62 éves kutyapeczér. Állítólag kutya harapta meg. A bonczolást Minich magántanár végezte a Margit-kórházban. Az orrgyökön rajzszögnyi, beszáradt véralvadékkal fedett anyaghiány volt, melynek környezetében a bőr és a bőr alatti szövet savósan duzzadt, a lágy agyburok vérzésesen beszüródött, különösen a domborulaton, az agyalapon csak a barázdák területén.

A jobb lencsemagban apró vérzések voltak. A lép nagy, sötétvörös, lágy. A lép állományában és a lágyburki véres savóban anthrax-bacillusok voltak kimutathatók.

A másik esetben — melyből készítményeket mutat be — K. Vilmos, 34 éves, déli vasúti raktárosról van szó, kit 1904 deczember 15.-én este 8 órakor vittek be az új szent János-kórház sebészeti osztályára azzal, hogy öt nap óta dagad az arcza. Felvételekor a jobb állkapocs szöglete felett lencsényi hámfosztott hely látszott, melyből tiszta vér szivárgott. A jobb arczfél és a jobb állalatti tájék dagadt volt, de nem igen fájdalmas. A beteg láztalan volt, sensorium tompa, a kérdésekre alig felelt, később nyugtalan lett, úgy hogy le kellett kötni. Éjfél után két órakor meghalt. Kórelőzményi adatként csak azt lehetett később kideríteni, hogy az utóbbi időben sok dolga volt börök elraktározásával. A klinikai diagnosis anthrax és noma között ingadozott. A másnap megejtett bonczolás anthraxot derített ki. A jobb állkapocs szöglete felett lencsényi hámhiány, az állalatti, a parotis- és fülalatti, valamint az oldalsó jobb nyaki tájék bőre, bőr alatti és izomközti kötőszövete oedemás, a subauricularis, a felszínes és mély jugularis mirigyek véresen beszüródöttek, a gégebemeneten bullosus oedema, a jobb garatfalon savós beszűrődés, vérzés a lágy agyburkokon, főképen az agy domborulatán, az agyalapon csak a temporális lebenyek polusán, egyebütt az agyburok bővérűsége; kisebb-nagyobb szigetes vérzések a jejunumban és a gyomorban, leginkább a redők élén; a lép duzzadt, lágy, a vér híg. A lépben, a vesében, a megnagyobbodott mirigyek nedvében és a vérben anthrax-bacillusok voltak kimutathatók, illetve belőlük kitenyészthetők. A tüdőn nem volt elváltozás.

Excessiv fokú aorta-stenosis.

Minich Károly: A 35 éves nőn, a ki 1901. év óta ismételten állott szívpanaszai miatt gyógykezelés alatt, a klinikai bonczolat mindkét gyüjtőeres szájadék szűkülete mellett az aorta-szájadékon szokatlanul nagyfokú szűkületet talált. Valamennyi szűkület endocarditis chronica következménye volt, az aorta-szájadékon talált azonban nagy fokán kivül még egyébként is feltünöbb tulajdonságokkal birt. Míg ugyanis az aorta-szükületek rendszerint a billentyük megvastagodása és megrövidülése kiséretében a billentyük széli részleteinek összenövése folytán szoktak előállani a miért is aorta-szükület esetében a billentyüket húrszerüleg megfeszített állapotban szoktuk találni, addig a bemutatott esetben a billentyük záródási helyzetükben mintegy diaphragmaszerüen forrtak egybe és az aorta nyilásaként a billentyük összeforrásából alkotott lemez centrumában lencsénél is kisebb lyik volt kimutatható. Ezen lyik zsinegszerüen megvastagodott szélein verrucosus felrakódások jelzik, hogy az endocardialis folyamat recurráló jelleggel még a halálig fejlődésben volt.

Érdekkel bir, hogy a nagyfokú aorta-szükület ellenére, klinice a gyüjtőeres szájadékok súlyos elváltozásainak tünetei voltak előtérben és az érlökés mondhatni filiformis jellegén kivül az aorta billentyüinek elváltozásaira utaló jelenség alig volt észlelhető. Ehhez nyilván nagyban hozzájárult az a körülmény, hol a bal gyüjtőeres szájadék szükülete folytán a bal szívkamara aránylag kevés mennyiségü vért kapott.

Stenosis a. pulmonalis esete.

Minich Károly: A 46 éves, évek óta súlyos vérkeringési zavarokban szenvedett nő klinikai bonczolásakor bizonyos fejlődési rendellenességek kiséretében kizárólagosan a jobb szívfélben voltak súlyosabb jelentőségü elváltozások kimutathatók, a melyek ritka előfordulásuk miatt érdemelnek figyelmet.

A tüdőverőér billentyüi közül ugyanis csak a két hátulsó volt kifejlődve és ezek mindegyike megfelelő helyén kissé rézsutosan harántul oly módon volt elhelyezve, hogy a verőér kerületének csak két harmada volt fedve. Mindkét billentyü közel egyenlő nagyságú, vékony és hártyás jellegü volt. Az elülső billentyü teljesen hiányzott és helyén harántul ránczozatos hegszövet fedte a verőér belső felületét, a melyből 1 cm. hosszú, $^3/_4$ cm. széles és 2 mm. vastag nyelvalakú hegszövetes lebenyke lógott elé. Ezen lebenyke a szomszédos billentyük szabad széle magasságában eredt és a periferia felé felhajtottan a fal felé simult, de a faltól könnyen el volt emelhető. Felette vagy 3 mm.-rel egy sarlóalakú, heges, tömött, merev lécz emelkedett el a verőér falától. E lécz az elülső billentyü helyén volt legszélesebb, mintegy $^3/_4$ cm.-nyi, oldalt és hátra haladása közben mindinkább keskenyedett és a meglevő billyentyük oldalsó fele fölé is átterjedt annyira, hogy a verőér kerületének elülső $^3/_4$ részét hymenszerü redő módjára körülfogta és ürterét szükítette. A jelzett heges lécz előemelkedése folytán a verőér lumene 14×11 mm.-nyire szükült, a lécz egészben harántirányú lévén, a hátulsó oldali ép billentyü oldalsó szélét vagy 2 mm.-nyire megközelítette, ellenben a bal billentyü oldalsó széle felett 5 mm.-rel haladt el. A tüdőverőér ilyen módon szükített nyilásán át a már leirt nyelvalakú lebenyke felerészben a lécz széléhez simultan előemelkedett és a lument még szükebbé alakította. A tüdőverőér belső érhártyája a leirt diaphragmaszerü lécz felett sima felületü és normális ürterü volt.

A tüdőverőér bulbusának hátulsó izomfala a háromhegyü billentyü szomszédos leffentyüjével egyetemben heges kérges szövetté alakult át és ezen kérges szövet a felületen egyes harántirányú, tömötten léczezetes előemelkedésekkel bir, a minek következtében a bulbus ürtere az antero-posterior irányában megszükült és helyenként csak a mutatóujj számára átjárható harántréssé alakult. A háromhegyü billentyü mediális leffentyüje zsinegszerüen zsugorodott és megvastagodott; a másik két leffentyü ép volt.

Az aorta mellkasi része cylindrikusan tágult, merev falú, érdes, atheromás belfelületü volt. A pitvar- és kamarasövényen nem volt defectus. A petéded lyik zárva volt. A jobboldali szívkamara, nemkülönben a jobb pitvar erősen túltengett falzatú és maximálisan tágult volt. A szív súlya 590 gm.-nyinak bizonyult.

Egyébként súlyos és régi pangás jeleként a genuin cirrhosis hepatis képének teljesen megfelelő másodlagos kötőszöveti májgyuladás, lép- és veseinduratio és a szokásos hydropikus jelenségek voltak jelen. Syphilisre utaló elváltozások nem találtattak.

A talált elváltozások alapján kétségtelen, hogy a tüdőverőér törzsén és bulbusán levő kétszeres szükület volt a bántalom tulajdonképeni kóroka. A fejlődési rendellenességek a billentyük számát és elhelyeződését illetőleg a congenitális eredetre irányítják a figyelmet, bár tagadhatatlan másrészt az is, hogy a kérges heges elváltozások a bulbus hátulsó falán, a tricuspidalis egyik

leffentyűjén inkább extrauterin elváltozások jellegével birnak. Valószinü, hogy az elváltozásokat fejlődési rendellenességek indították meg és a gyuladásos folyamat fejlesztette a talált fokig. Egészen szokatlan lelet a tüdőverőér ürterébe diaphragmaszerüleg beemelkedő sarlóalakú lécz, valamint a talált nyelvalakú, heges szövetü lebenyke, a mely a verőér falától kiindulva emelkedett az ürterébe.

A nyakszirtcsonton át a kisagyvelő sérülésével a sziklacsont állományába hatoló stilett-szúrás esete; kisagytályog; agynyomás.

Minich Károly: A 40 éves egyénen, a ki halála előtt egy nappal került a kórházba, a törvényszéki bonczoláskor három szúrási sérülés volt észlelhető. Ezek közül kettő már gyógyuló állapotban volt, a harmadik ellenben még nyitott volt. Bemeneti nyilása a nyakszirttájék bal oldalán a külső hallójárattól 8 cm.-nyire hátrafelé találtatott egy háromszögletü, a bőrig besarjadzott seb alakjában, a mely körül a lágyrészek az egész nyakszirttájon savósan duzzadtak voltak. Folytatólagosan a szúrási csatorna mentén a csonthártya és csont között krajczárnyi eves tályog volt, a mely alatt a nyakszirtcsont középvastag lemezén egy rhombalakú négyélü szúrási csatorna a koponya ürébe vezetett. Itt vérzés volt úgy a keményburok és csont között, mint a kisagyfélre kiterjedőleg a burkok között. A kisagy-félteke oldalsó szélének közepén 1½ cm-nyi anyaghiány látszott, a melyen mogyorónyi eves tályogür nyilt a felületre.

Folytatólagosan a sziklacsont hátulsó felületének felső részén haladt tovább a szúrási csatorna, a mely 14 mm. mélységig vezetett és a csontból egy 17 × 15 mm. darab letörésével járt.

A halált agynyomás útján a kisagybeli tályog okozta, a mely a szúrásos roncsolás folytán alkalmasint sülyedés közvetítésével fejlődött.

A nyomozat során kitünt, hogy az illetőt halála előtt 8 nappal stilettes törrel szúrták meg és csak 7 nappal a sérülés elszenvedése után kereste fel a kórházat.

Szegedi Orvosegyesület.

(1907 április 10.-én tartott ülés.)

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

1. Boros József: Epekőkólikának műtét után gyógyult esete.

T. E., 56 éves nő, 5 év óta szenved epekőkólikában; az utóbbi időben rohamai mind gyakoriabbak és tűrhetetlenebbek lettek. Mult év őszén a bemutató rendszeres karlsbadi kúrát kisérlett meg, a mely alatt a nagyfokú sárgaság szünt ugyan, de a rohamok kevéssel utána ismétlődtek, s a folyó év január havában már nagyon sürün jelentkeztek (csaknem minden nap), az icterus fokozódott, hőmérsékletemelkedések is mutatkoztak, úgy hogy a műtéti beavatkozást ajánlotta.

A műtétet február 4.-én aethernarcosisban hajtotta végre. A nagyfokú összenövések feltárása után kisdónyira zsugorodott epehólyagot talált és a ductus choledochusban és ductus hepaticusban számos borsónyi-mogyorónyi beékelt követ. A baj gyógyítása czéljából epehólyag-exstirpatiót, choledochotomiát, és hepaticus-drainaget végzett.

A hasüreget tamponálva, a hassebet nyitva kezelte. Első nap 600 cm³ tiszta epe ürült. A drain egészen az eltávolításig jól működött. A tamponokat első izben a 6. napon mozditotta ki. A draint a 4. héten távolította el, a mikor a hassebben már csak szük sipolyjárat volt, a mely nehány ragtapaszcsíkkal való összehúzás után záródott. A lefolyás teljesen láztalan volt, csupán a műtét utáni napokon kellett a szív gyengesége miatt több izben beavatkozni. Többször volt kifejezett angina pectoris-rohama, mindez azonban digalen intravenás befecskendezésére és coffein, majd kámforadagolásra megszünt. Jelenleg a beteg teljesen visszanyerte erejét, egészségét.

2. Boros József: Orrhiánynak műtét útján való pótlása.

B. L., 24 éves férfi orrát verekedés közben boros palaczkkal az orrgyöktől nehány millimeternyire levágták. A betegen indiai módszer szerint a homlokról vett lebeny segitségével végzett rhinoplastikát, melyet több ülésben korrigált. Jelenleg a betegnek igen elfogadható, szabályos orra van.

3. Boros József: Nyeregorr kiemelése csontátültetéssel.

M. J., 7 éves fiú orrát mult év őszén csikó rugta meg, azóta az orrgyöke besüppedt és két sipolyjáraton át genyed, időnként csontszilánkok ürülnek. Első sorban a csontok eltávolítása és a könnytömlő genyedésének megszüntetése volt a feladat. Ennek megtörténte után az orr nyálkahártyájának megnyitása nélkül a bőrt és izomzatot az orr egész hosszában felpraeparálva ezen művileg készített tasakba a tibia éléről vett 3 cm. hosszú, 4 mm. széles, periosteummal fedett csontléczet helyezett és a sebzést nehány csomós varrattal zárta. Ily módon az orr eredeti formáját nyerte vissza, az orr gyöke teljesen kiemeltetett. A gyógyulás sima lefolyásu volt.

(Folytatása következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A formalin-reactioról diabetesben tartott előadást *Kuhn* a „Rheinisch-westfälische Gesellschaft für innere Medizin" márczius 3.-i ülésén. Strzyzowsky hivta fel a figyelmet néhány év előtt arra, hogy diabetesben a vizelet 40%-os formalin-oldat 5%-ának hozzáadására 24—48 óra mulva sok esetben zöld fluoreskáló szint ölt, a miből a prognosis kedvezőtlen voltára következtethetni. Az előadó több száz esetben használta ezt a reactiót és azt tapasztalta, hogy csak a súlyos esetekben positiv, a czukorkiválasztás nagyságától független és az állapot javulásakor ismét negativvá válhatik. Intenzitása általában párhuzamosan halad a Gerhardt-féle vaschlorid-reactioéval; aceton, aceteczetsav és oxyvajsav nem adja a formalin-reactiót.

PÁLYÁZATOK.

11,942/907. kig. sz.

Baja város közkórházánál üresedésbe jött, évi 1200 korona fizetéssel, szabad lakás, élelmezés, fűtéssel és világitással javadalmazott **alorvosi állásra** ezennel pályázat nyittatik.

Folyamodni óhajtók felhivatnak, hogy kellő minősitettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket f. évi julius hó 17. napjáig méltóságos Dr. Ambrozovics Lajos főispán úrhoz czimezve nyujtsák be.

Szigorló orvosok is pályázhatnak.

Baja, 1907. évi julius hó 17.-én.

3—2 *A polgármester.*

319/907. sz.

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

Ezen állás évi **1600 korona fizetéssel**, két szobából álló bútorozott lakással, fütés és világitás élvezetével javadalmaztatik azon hozzáadással, hogy a fizetés 1908. évi január hó 1.-étől számitólag — belügyministeri döntés alatt álló törvényhatósági határozattal — 2000 koronára lett felemelve.

Felhivom mindazon orvosdoktorokat, a kik legalább két évi gyakorlatot kimutatni képesek, hogy szabályszerüen felszerelt, Csik vármegye főispánjához czimzett kérvényeiket **1907. évi julius hó 15.-éig** alantirt igazgatóhoz küldjék be.

Gyergyószentmiklós, 1907. évi junius hó 10.-én.

3—2 *Dobribán Antal* dr., kórházi igazgató.

5165/907. alisp. sz.

A lemondás folytán megüresedett **Vizakna városi tisztiorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhivom ennélfogva mindazon orvostudorokat, a kik ezen egyelőre 1600 korona tiszti fizetéssel javadalmazott s szabályrendeletileg megállapitott rendelési és látogatási díjakkal járó állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának 1. pontjában körülirt s a tisztiorvosi vizsga letételét igazoló okmányokkal felszerelt kérv ényeiket hozzám legkésőbb **julius hó 15.-éig** annál is inkább nyujtsák be, mert a később érkezendő s kellőleg fel nem szerelt kérvényeket nem fogom figyelembe venni.

Az állás nyugdijjogosultsággal jár s a m. kir. sóbányahivataltól a bányaorvosi teendők ellátásáért külön szerződés szerint 600 korona tiszteletdij élvezetével van egybekötve.

Végül megjegyzem, hogy a fizetést a városi képviselőtestület 2400 koronára emelte fel s 350 korona lakbért állapitott meg a városi orvos részére, a mely fizetés azonban csak a törvényhatóság jóváhagyása után lép érvénybe.

A választás határidejét később fogom meghatározni.

Nagyenyed, 1907. évi junius hó 15.-én.

2—2 4127 *Az alispán.*

12,138/907. sz.

Szabolcs vármegye nyiregyházai „Erzsébet" közkórházánál 1000 korona fizetés, lakás, fütés, világitás és teljes ellátással, bentlakás kötelezettsége mellett rendszeresitett **alorvosi állásra** pályázatot nyitok.

A pályázni kivánókat felhivom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 63. §-ának 3. bekezdésében előirt minősitésüket, eddigi alkalmaztatásukat s életkorukat igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket Szabolcs vármegye főispánjához czimezve, hozzám **f. évi augusztus hó 15.-éig** mint záros határidőig nyujtsák be.

Azon esetben, ha orvostudori oklevéllel biró egyén nem jelentkezik; felsőbb jóváhagyástól feltételezetten szigorló orvossal is be fog az állás ideiglenesen töltetni.

Nyiregyháza, 1907. évi junius hó 13.-án.

Az alispán.

Az Első Leánykiházasító Egylet m. sz. Gyermek- és életbiztosító intézet Budapest, VI., Teréz-körút 40—42. Alapittatott 1868-ban. Folyó év május havában 2.092,630 k. értékü biztositási ajánlat nyujtatott be és 1.807,030 k. értékü új biztositási kötvény állittatott ki. Biztositott összegek fejében 113,188 k. 22 f. fizettetett ki.

A Bór- és Lithion-tartalmú

Salvator-forrás

kitünő sikerrel használtatik

vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és köszvénynél, a czukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóczi Salvator-forrás Vállalatnál Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

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.
3324

EGGER EMULSIÓ

KITÜNŐ CSUKAMÁJOLAJ KÉSZITMÉNY

Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő, Buda.

Téli és nyári gyógyhely.

Természetes forró-meleg kénes források. Iszapfürdők, iszapborogatások, massage, vizgyógyintézet, gőzfürdők, kö- és kádfürdők, gyógyvizuszodák. Olcsó és gondos pensió. **Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok,** lakás, ellátás felől kimerítő prospektust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága, Buda.**
3376

„GUAJATIN JENCS“

Sulfo-Guajacol-készítmény, mely 100 részben 7% Kal. Sulf. Guaj. és ⅓ 0·50% Extr. Thymi és Extr. Tiliae-t ta talmaz.

Tuberculosis összes eseteiben, Pertussisnél, valamint influenzás tüdőgyuladásoknál, nemkülönben typhusos tüdőinfiltratiónál. Antithermikus hatású.

Gyermekek is rendkivül jól tűrik.

Ára 2 korona 50 fillér.

Készítője JENCS VILMOS gyógyszerész,
2027 **Budapest, II., Fő-utcza 27. szám.**

Hunnia-forrás

természetes, alkalikus, sós savanyúvíz.

3602

Ezen gyógyvizben az uralkodó alkatrészek mennyisége (19·6794 gm. egy literben), aránya olyan, hogy mellette ügyszólván eltörpül a csoport többi kiváló vize. Konyhasótartalma (7 gm. egy literben) valamennyi vizét felülmulja. Nagy előnye a víznek hygienikus tisztasága. Nagyon kellemes izü és könnyen emészthető.

— Főraktár: **Édeskuty L., Budapest.** — Kútkezelőség: **Brassó.** —

„Bayer“ **CONTRATUSSIN** „Bayer“

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a

VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR
Budapest, VII., Andrássy-út 84.

Minden gyógyszertárban kapható. 3580
Kivánatra próbaküldeményt kisérletezésre díjmentesen.

István-úti SANATORIUM

ÉS VIZGYÓGYINTÉZET

Budapest, VII., Hungária-út 9. szám. (István-út sarok.)

Ujonnan épült, legmodernebbül felszerelt magángyógyintézet — sebészeti, nőgyógyászati bel- és idegbetegek részére. —

Mérsékelt árak. — Telefon 81—01.

Vizgyógykezelés bejáró betegek részére is. Massage. Elektrotherapia. Villanyos fény- és hőfürdő. Szénsavas fürdő. Napfürdő. Svéd-gymnasztika. Röntgen. Állandó orvosi felügyelet. Gondos ápolás. Kitünő ellátás.

Bővebb felvilágositást készségesen nyujt:

Dr. Dapsy Viktor, operateur, a Sanatorium igazgató-főorvosa.

1886 Kivánatra prospektus.

MALTOCOL.

(Törvényileg védve.)

Klinikákon, kórházakban kipróbálva.

Idealis guajakol-készitmény, mely a phthiseotherapia specifikus és hygienikodfactás kezelés szempontjait legjobban elégiti ki.

Tartalmaz: Fahéjsavas (Hetol) malátaszörpben 7% Kal. sulfo-guajac. 2% Calc. és Natr. glycerophosphor. 1% Natr. camphor. stb. aromás anyagot.

Egy üveg ára: 1 korona 80 fillér.

Kapható minden gyógyszertárban.

Készitési főraktár:

Marberger Gyula orvos-gyógyszerészeti laboratoriumában.

„Vörös-kereszt“ gyógyszertár.

UJPEST, Váczi-út 25. szám.

Minta az orvos uraknak ingyen.

Mint kitünő béladstringens a diarrhoea minden alakja ellen felnőtteknél és gyermekeknél egyaránt kitünő sikerrel alkalmaztatik a szabad és védjegyezett

Honthin

keratinált, a gyomornedvben majdnem oldhatatlan albumintannat.

NB. Dr. Hainiss tanár gyermekorvos, a Szt. Rókus-kórházban Budapesten, több mint 600 diarrhoeában szenvedő gyermeket kezelt és a Gyógyászat 1906. 51. és 52. számában megjelent közleménye szerint a ***Honthin-nal a legjobb sikereket érte el s azért e szert az összes csersavkészítmények között előnyben részesítette. A Honthin hatását megmagyarázza annak vegyi magatartása az emésztő nedvvel szemben.***

A Honthin-ból a gyomornedvben Dr. Sztankay szerint csak 14%, a Tannalbin-ból 58% oldódik.

Adagolás: Felnőtteknél pro dosi 1—2 g. 5—6-szor naponta, legczélszerűbb egy 25 g.-os eredeti dobozból késhegynyi adagokban; gyermekeknél pro dosi 0·5—1·0 g. 3—4-szer naponta; csecsemőknél pro dosi 0·3—0·5 g. Decoct. Salep-ben. Gyermekek részére 0·3 g.-os Honthin-tabletták is kakaoval igen ajánlatosak; egy 50 db-ot tartalmazó doboz ára 1 korona 20 fillér.

Honthin és Honthin-tabletták minden gyógyszertárban kaphatók.

Gyár: G. HELL & COMP., Troppau és Wien.

Rohitsch-Sauerbrunn

Stájerország.

Vasút, posta és táviró. Prospektus ingyen a fürdőigazgatóság útján.

Fenséges fekvés, szénsavban gazdag, teljesen pormentes levegő. Modern kényelem, élénk társasélet.

TELJESEN ÁTALAKITVA.

Uj hydro-elektro-mechano-therapeutikai gyógyintézet nagy és modern stilusban: hidegvizgyógymód, villamos fény- és kádfürdők, forró lég- és gőzfürdők, inhalatorium, villamos masszás, napfürdők, gyógytornászat. Világhirű gyógyhely gyomor-, bél-, máj- és vesebajok, idült székrekedés, aranyér, epekő, elhizás, czukorbetegség, köszvény, torok-, gége- és légcsőhurut ellen. Legerélyesebb gyógyforrások, Karlsbad és Marienbad-hoz hasonló. Uj szálloda diaetetikus vendéglővel és uj ivóvízvezeték kitünő édesvízzel

3750