

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Högyes 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 Babarczy Schwartzert Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Veress Ferencz: Közlés a kolozsvári egyetem bőr- és bujakórtani klinikájáról. (Igazgató: Marschalkó Tamás dr.) Új módszer lehetőleg természetű moulageok (színes viaszlenyomatok) előállítására. 889. lap.

Sellei József: Közlés a Charité-poliklinika II. húgyszervi és nemi betegség-osztályából. A jodlecithinről. 893. lap.

Tornai József: Közlés a budapesti m. kir. tudomány-egyetem II. sz. belorvostani klinikájából. (Igazgató: Kétly Károly dr., udvari tanácsos, egyet. ny. r. tanár.) A szívbetegségek fizikai orvoslásmodjai. 894. lap.

Ónodi: Az olasz orr- és gégeorvosok 12. congressusa Turinban. 896. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. *Fedor Krause:* Chirurgie des Gehirns und Rückenmarks. — *Lapszemle.* Belorvostan. A. Schmidt: A bélműködés újabb keletű vizsgálómódjai. — *Sebészet.* Quenu: A typhusos cholecystitis sebészi

kezelése. — *Haberer és Clairmont:* A functionális vesediagnosztika. — A. Sittenfrey: Az ovariumoknak gyomorcarcinomával kapcsolatos rákos megbetegedése. — *Szülészeti és nőorvostan.* K. Hartmann: Ovariectomia a szülés után. — O. Polano: Császármetszés és lumbalanalgesia. — *Venereds bántalmak.* A. Hintz: Az arsojodin gyógyító értéke. — *Fülörvostan.* G. W. Mackenzie: A siketnémák hallószervének vizsgálata tekintettel a működőképességre. — *Kisebb közlések az orvostudományról.* Friedmann: Eulatin. — *Gaucher:* Szerchioasma és szeplő ellen. — *Eljárás lépfene-pustula gyógyítására* 897—901. lap.

Magyar orvosi irodalom. — Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 901. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 901.

Tudományos társulatok és egyesületek. 902—906. lap.

Melléklet. Elme- és idegkórtan. Szerkeszti: Babarczy Schwartzert Ottó és Moravcsik Ernő Emil. 3—4. szám.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a kolozsvári egyetem bőr- és bujakórtani klinikájáról. (Igazgató: Marschalkó Tamás dr.)

Új módszer lehetőleg természetű moulageok (színes viaszlenyomatok) előállítására.

Irta: **Veress Ferencz** dr. klinikai másodorvos. ¹

Egy színes műmelléklettel.

A természetrajzi és orvosi tudományban a szemléltetés korát éljük. Mindenféle orvosi congressusok legfőbb célja a kölesönös érintkezésen és eszméserén kívül az, hogy egymásnak érdekesebb eseteket természetben vagy lehetőleg hű utánzatban mutassanak meg. Az egyetemeken mindinkább kifejezésre jut a szemléltető oktatás betegbemutató alakjában, a régebben általános elméleti előadások rovására. Minden tanárnak természetes törekvése, hogy az oktatásra szolgáló tárgyakat szaporítsa és keze ügyébe helyezze. A muló elváltozások helyett, a nem mindig előállítható beteg helyett fényképekkel, festményekkel, de főként különböző anyagból öntött utánzatokkal, úgynevezett moulage-okkal segíthetünk magunkon. Való az, hogy a dermatológiában a legrészletesebb leírásnál többet ér a jól sikerült színes viaszlenyomat.

A festmények, még ha oly tökéletes művészi termékek is, mint a miyleneket a müncheni bőrklinikán láttam, még sem érik el sohasem a természeti hűséget és a szemléltetés szempontjából csekélyebb értékűek, mint a színezett vagy akár az egyszerű fénykép.

Aránylag tökéletesnek csak a moulagetechnikát lehet neveznünk. Ezt a művészetet igazában csak az tudja méltányolni, a ki a bőrorvostan Mekkájában, Párisban, a St. Louis-kórház múzeumában gyönyörködött az öreg Baretta mesteri alkotásaiban, melyeket még leginkább a boroszlói Kröner művei közelítenek meg.

¹ Előadta az Erdélyi Múzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztályának 1908 május 16-án tartott ülésén.

Ma már néhány külföldi klinikán rendszeresen készítenek moulageokat különböző eljárások szerint több-kevesebb természet-hűséggel. A fentiekben kívül óriási gyűjteménye van a bécsi Allgemeines Krankenhaus bőrklinikájának, a berlini Charité-nek és a Lassar-féle magánklinikának. Mind a három helyen láttam remek kivitelű példányokat, egyes kiválóan sikerült alkotásokat, de nagyjában véve sokkal alacsonyabb művészi színvonalon állanak, mint a párisi és boroszlói két mester moulageai. A Lassar-féle példányok többnyire messziről észre lehet venni a rákent olajfestéket, a mi pedig természetességüket nagyon csökkenti.

A moulageok gyártása általában egyes technikusok keresetforrása, s ennél fogva jól megőrzött titka. Természetes tehát, hogy magunkfajta ember, még ha ezt a mesterséget nem is iparszerűleg, hanem csak mint műkedvelő óhajtaná folytatni, útmutatást vagy segítséget egyik technikustól sem nyerhet.

Eszembe jut, mikor boroszlói tartózkodásom alkalmával Kröner-t kíváncsiságból laboratóriumába akartam követni, ő oda érve illedelmesen meghajította magát, köszönt és becsukta előttem ajtaját. Baretta pedig annyira titkolja módszerét, hogy daczára agg korának, még mindig egyedül dolgozik, titkát mással nem közölte, úgy hogy aggodalommal tölti el Páris dermatologusait az a gondolat, hátha vele együtt sirba száll a titok.

Érthető ezek után, miért oly csekély számúak a képzett mouleurök. Photinos szerint, a ki a Lassar-féle moulageok előállításának módját 4 hetes cursusból elsajátította és közölte, Németországban 4, Francziországban 3—4, Angolországban és Ausztriában még ennél is kevesebb moulagetechnikus van. Az is bizonyos, hogy nem elég a kézi ügyesség és egy módszer ismerete ahhoz, hogy valakiből jó mouleur váljék, hanem feltétlenül szükséges, hogy az illetőnek meglehetősen intelligenciája és némi dermatologiai ismeretei is legyenek; ezek hiányában könnyen megeshetik, hogy egyes jellemző színárnyalatok figyelmen kívül hagyása folytán egészen más körképet fog létrehozni, mint a melyet utánozni akart.

Magam sohasem gondoltam arra, hogy valamikor ilyesmivel is foglalkozzam, mígnem 1907 elején nagyrabecsült főnököm, Marschalkó tanár fel nem szólított, hogy próbálkozzam meg vele. Ekkor kapta ugyanis a klinika Jacobi freiburgi tanár felszólítását,

hogy az ő *Iconographia Dermatologica*-ja részére, melynek *Marschalkó* tanár is munkatársa, érdekesebb eseteinket moulage-okon örökítsük meg, melyek elkészíthetése czéljából mellékelte a *Carthcart*-féle eljárás részletes leírását.¹

Annál is inkább kaptam az alkalmon, mivel egyrészt hazánkban moulageokat — legalább jókat — még nem készítenek, másfelől *Marschalkó* tanár már régóta érezte annak szükségét, hogy érdekesebb eseteinket megörökítsük s a tanítást egy ilyen fontos tényezővel egészítsük ki. Intézetünk eddig ugyanis már több ezer koronát költött külföldi moulageokra.

Carthcart módszere röviden a következő: A gipsznegativum elkészítése után, mely minden módszernél egyformán történik s a mely a legelső teendő, megcsináljuk a kiöntésre szolgáló anyagot olyanformán, hogy közönséges gelatinát hideg vízben megduzzasztunk és vízfürdőn kissé megsűrűsítünk, majd azután ugyanannyi térfogatú glicerinnel keverjük s addig melegítjük az egészet, míg sűrű syruhoz hasonlónak válik. A hús- illetőleg a bőrszint glicerinnel eldörzsölt zincum oxydatum és cinnóber hozzákeverésével adjuk meg. Ezzel az anyaggal kiöntjük a gipszmintát, s pár óra múlva, vagy másnap, mikor a gelatina már kissé megmereedt, kivehetjük a kész moulage-t, melyet most már csak festeni kell. Az áttetsző részeket vízfestékkel, a nedvező, genyes vagy pörkös részeket olajfestékkel színezzük. A módszer egyik legnagyobb hibája, a melyet a szerző maga is felemlít, az, hogy alkotásai csak pár hónapig, ritkán egy-két évig tartanak, mivel hamarosan megpenészednek. Ennek megakadályozása czéljából azt ajánlja, hogy zárt üvegszekrényben tartsuk és abban néhány formalinpasztillát helyezünk el.

E leírás alapján készítettem néhány próbamoulage-t. Az eredeti eljárást annyiban módosítottam, hogy magába a gelatinába töltöttem különböző (meg nem mért) mennyiségű formalint, miáltal elértem azt, hogy a moulage-ok több mint egy évi idő után sem penészedtek meg, pedig hónapokig heverték fedetlenül egy szekrény poros tetején, majd egyik polezán. Most is kocsányasak, hajlékonyak, egyes helyeken el is hasadtak, de legnagyobb bajuk az, hogy eredeti térfogatuknak felére, harmadára zsugorodtak össze és csak alakjukban hasonlítanak a természethez, színük, összeállásuk, tapintatuk egészen idegenszerű. Rövid idő múlva teljesen fel is hagytam a módszerrel s elhatároztam, hogy *viaszzal* próbálkozom meg. E czélból különböző olajfestékek hozzákeverésével bőrszínűvé festettem kevés olvasztott fehér viaszt s előbbi gipsznegativumaim egyikét kiöntöttem vele. Az öntvény különböző részeit megmerevedésük után olajfestékkel színeztem s így készült el első, nagyon kezdetleges viasz-moulage-om, melylyel természetesen még kevésbé elégedtem meg, mint az előbbiekkal.

Ehhez egészen hasonló eljárást ír le részletesen *Photinos* dr.,² mely módszer szerint készítette *Kasten* a *Lassar*-féle moulage-gyűjteményt. Ennek a methodusnak röviden ez a lényege: Viasz, ceresin és paraffin keverékével kiöntjük a gipszmintát; mikor megszilárdult, kiemeljük, kissé rendbehozzuk, esetleges hibáit kijavítjuk, s különböző esetek segélyével olajfestékkel a megfelelő színeket rákenjük. Könnyen elképzelhető, hogy az eredmény ennél az eljárásnál sem lehet kielégítő. Mert hiszen a természetben a bőrön ninesen festéklarakódás, csak a bőrben magában. Rákent olajfestékkel csak olyan durvább elváltozásokat utánozhatunk, melyek a természetben is csakugyan felrakódások: például genyes váladék, vér, pikkelyek, pörkők, durva korpázás stb.

Megindult tehát a kísérletezés klinikánkon. *Ficzner* laboránsunkkal hónapokig kevergettük, olvasztottuk a legkülönbözőbb viaszokat, paraffinokat, gyantákat, hogy alkalmas anyagot nyerjünk. Mikor ez megvolt, készítettünk különböző bőrszínű masszákat, hogy készen legyen rózsás, barnás, sárgás bőrű betegekről készítenő moulageok részére. Majd a festékfajokat próbáltam ki, aquarellt, temperát, olajfestéket stb., de valamire való moulage-t készíteni nem sikerült. Az egész klinikai személyzet részt vett legalább szóval, tanácsesal munkámban. Mindenkinél volt valamelyes ötlete, eszméje. Közben eltört egy *Kröner*-féle moulage s azt kezdtük boncolgatni, de minden eredmény nélkül. Technikájára vonatkozólag az eltört darab-

ból semmire sem következtethettem biztosan; legfeljebb az derült ki, hogy egyes sötétebb, vagy pirosas helyeken, mint a minők egyes daganatok vagy bőrinfiltrátumok, bizonyos vastagságban az egész viasztömeg pirosas, vagyis nemcsak befestett, hanem egészében más színű viasznak látszik. Ez természetesen csak találgatásokra adhatott okot, hasznát belőle nem húzhattam, s ennél fogva *önálló módszert kellett kidolgoznom, mely az eddig ismertektől teljesen és mindenben különbözik.* Ennek segélyével olyanok is, kik a festészetben kevésbé járatosak, rövid gyakorlat után³ sikerült és élethű moulage-okat készíthetnek.

Módszeremnél egészen új a viasz kiöntése és a festés technika, ellenben a gipszminta elkészítése épen úgy történik, mint a hogy azt a szobrászok is végzik.

Eljárásomat röviden a következőkben ismertetem:

A *gipszminta* (negativum) elkészítése a legelső és talán a legnagyobb gondot és figyelmet igénylő teendőnk. E czélra mindig a legfinomabb, úgynevezett pudergipszet szerezzük meg, melynek ismertető jelei közül felemlítem hófehér színét és azt a sajátságát, hogy ha egy kis részét vízzel elkeverjük, pár perc vagy 1/4 óra múlva kopogó keménynek kell lennie. Szürke, darabos gipsz, vagy olyan, a mely vízzel feldolgozott állapotban porhanyó és törekeny marad, nem használható. A felesleges mennyiséget száraz helyen, lehetőleg jól záró dobozokban, üveg- vagy köedényben kell tartani, nehogy vízszívás folytán használhatósága csökkenjen.

Mielőtt a gipszkeverék elkészítéséhez fogunk, szemügyre vesszük a beteget s azt a testrészét, melyet meg akarunk örökíteni. Rendes körülmények között a végtagoknak csak egyik feléről készítünk moulageokat, például a kéz háti vagy tenyéri, a lábfej felső vagy talpi részéről, az arczról vagy a nyakszirtről, vagyis nem igen szoktunk *egész* végtagokat, vagy például egész fejet mintázni, hanem ennek csak egyik (180°-nyi) felületét.

Tegyük fel, hogy a kéz háti felületéről óhajtunk gipszlenyomatot készíteni. Akkor a beteg laposan leteszi tenyerét az asztalra s kényelmesen leül a székre azért, hogy egy negyed óra hosszat megerőltetés nélkül mozdulatlanul tarthassa kezét. Mi pedig a kéz körvonalait puha agyaggal, vagy úgynevezett kittel, esetleg vaselinnel megkent vattacsikokkal körülveszszük, az asztaltól elálló részeket pedig ugyanolyan anyaggal alátömjük, nehogy a ráöntendő gipszkeverék odafolyjék s megmerevedése után a minta levételét megnehezítse, vagy lehetetlenné tegye. Ha a kéz egyes részei nagyon szőrösök, ajánlatos azokat a helyeket ecset segélyével finoman beolajozni, mert különben a szőrök egy része a gipszbe ragad s a levétel alkalmával kitépődik. Kevésbé szőrös vagy csupasz helyeket jobb ha nem kenünk be, annál élesebben rajzolódnak le a gipszbe. Ezek után hozzálatunk a gipszkeverék elkészítéséhez. E czélra különböző nagyságú porcellán- vagy fatálatok használunk, melyekbe langyos vizet töltünk s egy kanállal addig hintjük bele a gipszet folytonos keverés közben, a míg hig tejfelsűrűségű, tökéletesen egynemű és levegőbuborékoktól mentes lett. Ekkor a nélkül, hogy az alkalmas időpontot elszalasztanánk, azonnal rákenjük kanállal a keveréket a kézre, ügyelve, hogy minden bemélyedést kitöltsünk. Ez a művelet meglehetősen gyakorlatot kíván, a mennyiben gyorsan és mégis gondosan kell végeznünk. Ha ugyanis valamely oknál fogva megkésünk s a kéz egyik részére később kenjük fel az első réteget, addig a már rátett gipsztömeg kissé megszilárdul, s az utóbb felkent résszel már nem egyesül nyom nélkül, hanem finom határvonal keletkezik köztük, a mi pedig majdan a viasz-moulage-on nem igen tüntethető többé el. Célunk tehát az legyen, hogy az első réteget, mely a testrészt befedi, egyenletesen, de főként *gyorsan kenjük fel.* Azután még bőven rakunk rá a gipszből annyit, hogy a minta vastag legyen s a foglalatot (agyagot, vattát, stb.) is bőven befedje. A gipsz minőségétől s a réteg vastagságától függ, hogy mennyi idő alatt szilárdul meg. Általában 5—10 perc múlva már leemelhetjük a kész negativumot, melynek teljes megszilárdulását sietteti, ha meleg vízbe mártjuk.

A különböző testrészek mintázásakor arra kell törekednünk, hogy a minket érdeklő bőrfelület lehetőleg vízszintesen és felfelé álljon. A has mintázásakor hanyatt, a hát mintázásakor hasra fektetjük a beteget; ha jobb oldalon dolgozunk, bal felére fektetjük és így tovább. Kivételt alkot a talpak mintázásakor elfoglalandó helyzet. Ilyenkor legezészerűbb, ha az elkészített gipszet a földön

¹ A. Ritschl: Die Carthcart'schen Gelatine-Glycerin-Abgüsse. Centralblatt für Chirurgie. 1890. 19. sz.

² G. K. Photinos: Die Herstellung und Bedeutung der Moulagen (farbige Wachsabdrücke). Dermatol. Zeitschrift, 1907. III. füzet.

valamilyen nagyobb dobozfedelbe öntjük, a beteget mellé egy székre ültetjük s felszólítjuk, hogy lépjen bele a keverékbe és tartsa benne lábát mozdulatlanul, mialatt mi a talp belső oldalán levő bemélyedést is gyorsan kitöltjük gipszzsel. Az egész arcz mintázása czéljából hanyatt fektetjük a beteget, orrába két rövidebb gummicsovét dugunk, a melyeken át lélekezik. Kemény papirosba az arcznak megfelelő lyukat vágva, ráhúzzuk az arcra, úgy, hogy abból mint egy maszk emelkedik ki. Mivel az arcz konturjait a papirosból pontosan úgy sem tudjuk kivágni, a megmaradó hézagokat zsíros vattával töltjük ki, nehogy ott a gipsz a fülekbe vagy a hajzatra folyjék. Ezután alaposan bevaselinezzük a szemöldököt, a mintába eső haját, esetleg bajuszt és szakállt; majd megmondjuk a betegnek, hogy szemét, száját nyugodtan csukja be s a létrejövő melegtől ne ijedjen meg. A további eljárás olyan mint a fennebb leírt. A gipszet épen úgy kenjük fel az arcra s megkeményedése után azzal könnyítjük meg levételét, hogy alsó szélénél több helyen benyomjuk az arcz bőrét, hogy a levegő behatolását a minta alá elősegítsük. A gummicsovok helyét a kész mintán gipszzsel vagy agyaggal betömjük, sőt az orrlyukaknak megfelelő helyekre még egy-egy kiemelkedést is rakunk fel.

Ha valamelyik végtagot, vagy a fejet egészében kellene megmintáznunk, akkor az csak úgy lehetséges, ha előzetesen jól megolajozott fonalakat helyezünk el egy vagy több legnagyobb átmérő végpontjaira. A fejen például az egyik fonal az álltól húzódik az orron, homlokon, fejtetőn át a tarkóra, a másik az egyik fültől a másikig le a nyakra. A nyakat körülvesztjük olajos vagy vaselines vattával, esetleg vizes kendővel s midőn a gipszzsel az egész fejet körülvevünk s a forma már kissé merevedni kezd, az egyik fonal két végét egyszerre megfogva egyenletesen húzni kezdjük s ezzel a gipszmintát két részre, majd a másik fonal segítségével újabb két részre, összesen 4 czikkre (illetőleg több fonal alkalmazásakor több szeletre) osztjuk fel, melyek egyenként könnyen levehetőek s azután a kiöntés előtt egy kis gipszzsel újra összeragaszthatók.

A mintázott testrészt természetesen jól lemoszuk a gipsz levétele után.

Gyakran előfordul, hogy a gipszminta belső felületén különböző hibák jönnek létre, melyeket vagy a keverék egyenlőtlen felrakása, vagy a légbuborékok okoznak. Ezeket utólag óvatosan elsimitjük, kevés gipszzsel kitöltjük, vigyázva, hogy inkább kevesebbet mint többet tegyünk. Ha a gipszmintában egyes szőrök maradtak vissza, ne távolítsuk el azokat, mert rendszeren át szoktak vándorolni a viaszlenyomatba s ott természetes helyzetükbe kerülve, nagyban fokozzák a moulage hűségét.

A mi a kiöntésre szolgáló viaszkeveréket illeti, ennek megfelelő előállítására czéljából hosszú időn át számos kísérletet végeztem Ficzner laboránsunkkal, míg végre megállapodhattam egy főként viaszból, ceresinből és paraffinból álló keverékben, melynek nagyobb szilárdságot különböző gyantanevelő anyagok hozzáolvasztásával adtam. Ez az anyag kemény s mégis jól alakítható, nem törékeny, nem pattan és a bőrrehez hasonló halvány színe és tompa fénye van.¹

Eleinte sokat fáradtunk azzal, hogy a keveréket még használat előtt előre megfessük. Azonban olvasztott állapotban a kívánt színt nagyon nehéz eltalálni, mivel kihűlés és megmerevedés után egészen más árnyalatú, másfelől a festék súlyosabb lévén a viasznál, hamarosan leülepedik, alja sötét lesz, teteje világos marad.

Módszeremnél különben is teljesen mellékes, hogy milyen színű keveréket használunk; épen csak ríktó színe ne legyen.

Mielőtt a kiöntéshez fognánk, 5—10 perczre tegyük a gipszmintát hideg vízbe, belső felületével felfelé, hogy a légbuborékok mind eltávozzanak belőle. Időközben olvasztuk meg a viaszmasszát vízfürdő felett, ügyelve arra, hogy mikor főni kezd, levegyük s kissé kihűlni engedjük. Ha a tetején a lehűlés folytán már itt-ott kéregképződés nyomai látszanak, a kiöntésre alkalmas időpontot már elmulasztottuk. Az olvasztott viasznak hűgnek kell lennie, de semmiesetre sem túlságos forrónak, mivel akkor még egyes buborékok szállonganak benne, melyek az egész moulage sikerét veszélyeztetnék. A gipszmintát már pár perczrel előbb kivesszük a vízből, s az utolsó csepp vizet is kirázzuk belőle, mire az nem-

sokára egészen megszikkad. Most a mintát bal kezünkbe, az olvasztott viaszt tartalmazó edényt pedig jobb kézbe véve óvatosan csak annyit öntünk a mintába, a mennyi az egész belső felületét hirtelen himbálás után befedni tudja. A mint az első réteg a gipszlenyomat egész belsejét befedte, rögtön oldalt fordítjuk az egészet, hogy a felesleges viasz kifolyjék s a viaszréteg minél vékonyabb legyen. Ebből látható, miszerint igyekezetünknek oda kell irányulnia, hogy egész vékony (körülbelül 1 mm.-nyi) réteget készítsünk, mivel módszeremnek épen az a sajátosága, hogy a bőrszínt, valamint az ép és kóros elváltozásoknak megfelelő színeket nem felülről, hanem alulról hozom létre, minek folytán azok a természeti viszonyokhoz hasonlóan úgy tűnnek át a vékony viaszrétegen, mint a különböző színek az emberi bőrön.

Visszatérve a munka sorrendjéhez, a viaszszal beöntött gipszmintát, a mint a réteg kissé megszilárdult, mindenestől előbb langyos, majd hideg vízbe mártjuk, a hol a viaszréteg önmagától kiválik a mintából s a vízben felemelkedik. Ezután félreleteszük, megszáritjuk, hogy festésre alkalmas legyen. Itt jegyzem még meg, hogy a kiöntés előtt czélszerű a gipszminta széleit kolbászalakba gyúrt kittel² körülvenni; ezáltal a viasznak a minta szélein való lefolyását akadályozzuk meg s egyúttal azt is elérjük, hogy a viaszréteg, azáltal hogy a keretre is ráfolyik, szilárdabb széleket nyer, később bátrabban kezelhető s kevésbé törik össze munkaközben.

A mi már most a festést illeti, ez mindenesetre némi ügyességet és gyakorlatot igényel. De annyit előre bocsáthatok, hogy ha valaki arra vállalkozik, hogy tömör viasz-moulage-okat felülről fessen meg ecset segítségével, úgy, mint a hogy állítólag Kasten módszerre szerint a Lassar-félék készülnek, akkor valóságos művészeknek kell lennie, hogy valamire való moulage-t hozzon létre. Ügyességének tizedrésze azonban elegendő, hogy az én módszerem szerint ép oly sikerült, vagy még jobb munkát végezzen.

A felülről való festéskor természetesen minden ecsetvonásra nagyon kell ügyelni, a lehető legfinomabban kell dolgozni, mert minden a szemünk előtt marad s a legesekélyebb hiba vagy rossz árnyalat is feltűnik. Ezenkívül tudjuk, hogy a porusokkal telehintett bőr felületét számtalan kis barázda osztja fel ezer meg ezer kis mezőre (Oberhautfelderung), melyek erős nagyításnál a krokodilus bőréhez hasonlítanak. Ha már most a Photinos szerint terpentinnel hígított festékekbe mártott ecsettel végigfestjük a bőrt, az összes porusok és barázdák megtelnek vele és sötét színben tűnnek elő, ellenben a köztük kiemelkedő kis mezőkről, fensikocsákról az ecset lesúrolja a festéket s világosak vagy színtelenek maradnak. Ha pedig ennek elkerülése czéljából sűrű festéket keverünk, az a bőrfelület említett szerkezetét fedi el és teszi természetellenessé. Megjegyzendő még, hogy a terpentín a viaszt oldja, úgy hogy gyakori ecsetvonások után a bőrfelület finom tagoltsága teljesen eltűnhetik.

Ezzel szemben az alulról való festésnek számos előnye van. Durva ecsetvonások finom hatást fejtenek ki a másik oldalról nézve. A bőrszínt megadjuk tetszésünk szerint, a nélkül, hogy a felületen a legesekélyebb elváltozást idéznők elő. Mivel a viaszréteg a színeket megszűri és kisebb hibákat eltakar, a munka rendkívül gyorsan megy és a színek helyes megválasztásától eltekintve, semmi művészi képességet nem igényel. Az így készült moulage-on festék nem látszik s ezért az illető testrésznek hívebb képmását adja, mint a legszebb felülről festett darab.

Nem terjeszkedhetem ki arra, hogy a különféle bőrbántalmakban miféle színeket kell alkalmaznunk, mert arra a gyakorlat kell hogy megtanítsa az embert, csak néhány példával illusztrálom a technikát. Tegyük fel, hogy erythema exsudativum esetét dolgozom fel. A kézháton néhány pirosas udvartól körülvevett sárgás hólyag látható. A gipszmintát elkészítettem s a vékony viaszréteget kiöntöttem. Ez utóbbit most óvatosan bal kezem lapos homorú tenyerébe fogom s belső felületére ecsettel rákenek egy kis aquarell- vagy tempera-festékből készített keveréket, mely a bőrszínt fogja megadni. E czélra különböző sárga és barna színeket (okkert, Vandyk-barnát, égetett siennát) keverek kevés karminnal és még kevesebb zölddel; majd egyenletesen eldörzsölöm a viaszréteg belső felületén

¹ Teljesen kész keverék előállításával és 3 meg 5 kgm.-os csomagokban való eladásával Ficzner Sándor laboráns (Kolozsvár, bőrklinika) foglalkozik.

² Ha megkeményedett kittet kevés olajjal összegyúrunk, ismét puhává és használhatóvá válik.

vattagolyó segélyével. Az ecset vonásai ugyanis nem kenik el elég egyenletesen a festéket s a bőr foltos lenne, míg a vattagolyóval egészen egynemű bőrszint hozhatók létre. A kézközépujj-izületek táján az említett festékeverékhez valamivel több carmint adok, a körömök alá egy kis pirossal és lilával kevert bőrszint dörzsölök, miáltal itt a kékes rózsaszínt, amott a bütykök pirosas színét hozom létre. Az egyes efflorescentiák piros udvarát carminnal vagy erapplakkal utánozom, a savós hólyagok belső felületét szintelenül hagyom, a genyes hólyagot pedig sárga festék alákenésével teszem természetűvé. A kéz bőre alatt végigfutó vénákat egyszerű hig cobalt- vagy ultramarinkékbe mártott ecsettel, egyszerű sávvál csalódásig hiven utánozhatom.

Nagyon élénk színű erythemák esetében kevés ezimóberrel kevert carmint, syphilises papuláknál ellenben barnával vagy siennával eldörzsölt carmint használunk, hogy a jellegzetes tompa főttsónka-színt hozzuk létre. Kéknek és pirosnak együttes aláfestése szederjes színt ad a felületnek. Általában esetről esetre változnak a szükséges festékek s ezért azt ajánlom, hogy mielőtt valaki a moulage kifestéséhez fog, gyakorolja be magát előbb e czélra készített különböző vékony viaszrétegeken. Ha a vattagolyóval a réteg egyes behajlásait, például az ujjak, körömök lenyomatát nem tudjuk jól elérni, ajánlatos fapálczika végére sodort kevés vattával egyengetni el a festéket a mélyebb és szűkebb részeken. Meg kell jegyezni, hogy az aquarell- vagy temperafesték használatának gyors száradás az előnye, de viszont az a hátránya, hogy a később beleöntendő viasz néha nem tapad egészen jól hozzá s így itt-ott hólyagossá válhatik a moulage felszíne; ezt azonban később gyakorlat útján mindig elkerülhetjük. Ezzel szemben az olajfesték alkalmazása megnehezíti ugyan a lemez kezelést, gondatlan fogdosását (mert lassan szárad), viszont sokkal szebb színeket ad a kész moulage-on és sohasem jönnek létre hólyagok.

Midőn a lemez alsó felének kifestését elvégeztük, s úgy a bőrszint, mint a beteg elváltozásokat lehetőleg hiven utánoztuk, a készítményt óvatosan visszahelyezzük a gipszmintába, ügyelve, nehogy valahol túlságos erőt alkalmazva a lemezt eltörjünk. Mivel pedig a festés ideje alatt a bal kézben tartott vékony viaszkegél kezünk melegétől meglágyul és többé kevésbé elhajolhat, szükségessé válik néha, hogy a gipszmintába helyeztük, de abba már nem egészen találó viaszlemez kályha mellett kissé megpuhítsuk és enyhe nyomással helyére illesztjük.

Ennek megtörténte után óvatosan körülveszszük a lemez széléit kitt- vagy agyagkolbászszal, hogy közte és a gipszminta között levő hézagot elzárjuk. Majd olvasztott, de nem forró viaszszal félig megtöltjük a vékony réteg belsejét és himbálás közben egyengetjük az egész felületén körülbelül 1 cm.-nyi vastagságban. 10—20 perez múlva leválasztjuk a környező töltelék (kittet vagy agyagot) s magát a már tömör moulage-t is kiemeljük. Ha azonban már a kiöntés előtt attól kell tartanunk, hogy a megmerevedő moulage egyes kiálló részletei miatt — a minő például szokatlanul nagy vagy lefelé görbült orr stb. — esetleg nehezen fog a mintából kijönni, akkor inkább sietünk a kivételével, hogy még félig lágy állapotában csekély óvatos húzásnak engedhessen. Azt is megtehetjük, hogy 5—10 pereznyi várakozás után az egészet langyos hideg (nem jéghideg!) vízbe mártjuk; ezáltal a viasz kissé zsugorodik, másfelől a közibe és a gipsz közé folyó víz és az ott fejlődő levegőbuborékok kiemelik a moulage-t a mintából.

Sok esetben maga a moulage — ha pikkelyek, pörkök, vér, geny stb. ráhelyezése nem szükséges — ezzel el is készült és csak alkalmas elhelyezése fatáblára és körülsegélyezése van hátra. Többnyire azonban szükség van még ilyenkor egyes külső javításokra, esetleg külső festésre is. Könnyen előfordul ugyanis, hogy egyes apró mélyedések a gipszmintán elkerülnek figyelmünket, s azok a viaszlenyomaton kisebb-nagyobb dudorodások alakjában tűnnek fel. Ezeket melegített késsel leolvasztjuk és az így nyert fényes felületet újjunk rányomkodása által azonnal meghomályosítjuk. A gipsznek apró darabkái néha beragadnak a viaszba, de hideg kés hegyével könnyen lepattanthatók.

Külső javításra kényszerít gyakran az a körülmény is, hogy egyik-másik szín nem üt át a kívánt mértékben a viaszrétegen, úgy, hogy annak a résznek a külső festése is szükségessé válik. De a mint fentebb már elítéltem az ecsettel való külső festést, itt is — a hol pedig csak pótlásról, a hatás fokozásáról van szó —

mellőzöm, és egészen más módon járok el. Célom elejétől fogva az volt, hogy a mennyire lehetséges, festék a moulage-on ne látszódjék. Ezért a külső festést is úgy végzem, hogy (a festendő terület nagyságához mért) kisebb-nagyobb vattagolyókat készítek, majd palettán vagy porcellán-lapon megfelelő vizes aquarell- vagy temperafestékdoldatot készítek s egy vattagolyót ujjaim közé fogva, jó keményre szorítom össze, beleérintem a festékeverékbe s előbb próbafestést végzek vele viaszlemezen; ha azt látom, hogy a kellő árnyalatot eltaláltam, előveszem a moulage-t és a szükséges területeket a vattagomolyag körkörös rádörzsölésével megfestem. Ezzel a festő módszerrel nagyon szép eredményeket érhetünk el. A dörzsölés alatt felmelegedő viaszfelület mintegy egyesül a festékkel, mely nemcsak rákenődik, de bele is hatol. Az így megfestett rész pedig ugyancsak dörzsölés folytán szép természetes fényt nyer.

Feltétlenül szükséges a felső festés akkor, ha a felületen kisebb dudorodások, szemölcszerű növedékek, vagy magasabb papulák vannak, melyeknek belseje öntési hiba miatt már a lemezen tömör volt. A nagyobb daganatok vagy hólyagok belsejéből ugyanis könnyen kifolyik a viasz a lemez öntése alkalmával, úgy hogy azok helyén sem vastagabb a réteg mint máshol. Ellenben kisebb daganatokat a gyorsan kihűlő viasz egészen betölthet, úgy, hogy azok már a lemezen tömör testekké válnak, melyeken az aláfestett szín kellően nem tűnhetik át. Ilyenkor a leírt módon vattagolyóval festjük meg őket; ha pedig a dörzsöléskor a szomszédos ép terület is bemázolódik, környezetüket aetheres vattával szinteleníthetjük.

Mivel az ilyen festés a bőr természetességét nem csökkenti, egész bátran javíthatjuk vele magának a normális bőrterületnek a színét is, ha például a hátulsó festéskor nem találtuk el elég hiven. Ezt azonban kezdőknek nem ajánlhatom, mivel könnyen megfoltosodik s elromlik az egész moulage. Nagy felületet felülről egyenletesen színezni végtelen nehéz.

Mikor a külső munkálatokat is ekként elvégeztük, az egyes elváltozásokon esetleg szükséges teendőkhöz fogunk hozzá. Genyes vagy véres váladékot, mint a mely a természetben is kívül a felületen van, alkalmas sárga, zöld, barna és carmin olajfestékkel utánozunk, majd megszáradásuk után egy kis lakkal vagy firnissel fényesítünk. Nedvező területeket szintén lakkal kenünk be, hogy fényt nyerjenek. Finom hámlást, korpázást kevés piszkosfehér fedőfesték (aquarell) óvatos rákenésével, pikkelyeket fehér aquarellal kevert arany- és ezüsfestékkel utánozunk. Nagyobb pörköket legcélszerűbb a beteg területről levenni, napfényben száradni hagyni s a megfelelő helyre enyvvvel ráragasztani. Azonban mesterségesen is előállíthatók sárga, barna, fehér, zöld és fekete olajfesték és enyv keverékéből. Szőröket úgy illesztünk be, hogy melegített nyeles tűt szúrunk be kellő irányban és helyre, s hirtelen benyomjuk a szőrszállakat az így kiolvasztott lyukba, s hová azok azonnal bele- ragadnak. A borotvált szakállat kékesfekete festékkel megejtett finom pontozással tüntethetjük fel. Lecsurgó savós váladékot odacseppentett, olvasztott paraffinával utánozunk, melyhez sárga festéket keverünk, ha a váladék genyes.

Nagyon messze vezetne, ha az összes aprólékos dolgokra, valamint a nagyszámú bőrbetegség utánzásakor szükséges teendők részletes felsorolásába kezdenék; de feleslegesnek is tartom. A ki már annyira vitte, hogy egy-két egyszerűbb moulage-t megcsinált, úgyis megjön a kedve a munka folytatásához s önmagától rá fog jönni minden nyitjára a dolognak.

A viaszöntvényt már most alkalmas fekete táblácskára helyez- zük, s széléit kalapács segélyével hosszú melegített gombostűvel odaszögezzük. Ezután mosatlan fehér vászonból esikot vágunk, belső felét enyvvvel bekenjük, körülveszszük vele a moulage széléit s a munka elkészült.

Teendőink sorrendje tehát, röviden összefoglalva az egészet, a következő:

1. A beteget alkalmas helyzetbe ültetjük vagy fektetjük; a megmintázandó testrészt vékonyan beolajozzuk és a gipszkeverék lefolyásának megakadályozása czéljából vizes kendővel, agyaggal, kittel vagy vaselines vattacsikkokkal körülveszszük.
2. A gipszkeveréket langyos vízzel tálban elkészítjük, rá- kenjük a megfelelő területre és körülbelül 10 perezig nyugalomban hagyjuk.

3. A megmerevedett gipszformát óvatosan leveszszük, s esetleg meleg vízbe tesszük rövid időre.

4. A viaszkeveréket megcsináljuk, megolvasztjuk, s a leszárított gipszformába vékony, 1 milliméteres réteget öntünk.

5. A réteget (lemezt) kivesszük s a belső (alsó) felületére a szükséges színeket aquarell- vagy olajfestékekkel ráfestjük.

6. A megfestett réteget ügyesen visszahelyezzük a formába és viasszal 1—2 cm. vastagon kiöntjük.

7. 5—10 perc múlva előbb meleg (30 C°), majd fokozatosan lehűtött vízbe mártjuk az egészet s a viaszöntvényt kivesszük.

8. A viaszfelület hibáit kijavítjuk, a színeket esetleg külső (felső) festéssel (vattagolyóval és ecsettel) pótoljuk; a pörköt, pikkelyt, váladékot ráteszünk.

9. Egyenetlen széleit meleg késsel körülvágjuk s az egészet fatáblára helyezve, vászoncsikkal körülveszszük.

Távol állok attól, hogy módszeremet tökéletesnek tartsam, hiszen a lefolyt rövid idő alatt is, mióta ezzel a munkával foglalkozom, napról napra javítottam rajta. Hiszem, hogy rövid idő múlva még tovább fogom fejleszteni technikámat s akkor idővel alkalmam lesz újabb fogásokat közzétenni. Tudom, hogy közlésem egyik-másik hivatásos mouleurnek kárt okozhat, a mennyiben sokaknak lehetővé teszi többé-kevésbé sikerült utánzatok elkészítését s így a megrendelések száma bizonyára esökkenni fog. De a mint magam nem használom ki találmányomat üzleti célokra, nem lehetek tekintettel a hivatásos moulage-technikusok érdekeire sem, hanem közvéleményem eljárásomat azért, hogy sokaknak és minden kezdő műkedvelőnek hasznára váljék. Mert a moulagekészítésnek nemcsak az a haszna van, hogy magát a darabot elkészítjük és egy megrendelést megtakarítunk, hanem az is, hogy nagy gondnal, fokozottabb figyelemmel vizsgáljuk meg az utánozni való betegség tüneteit, az elváltozások alakját, színét. Ezért, a ki egy moulage-t készít, azt a bizonyos kóralakot sohasem fogja elfelejteni. Másfelől megörökíthetünk különben veszendőbe menő olyan ritka eseteket, melyeket fénykép nem tükrözött eléggé vissza; ilyenek az érdekesebb szín-elváltozások, erythemák, urticariák, exanthemák.

Moulage-okra ugyan főként a dermatologusnak van szüksége, de épen úgy kinálkozhatnak reprodukálásra érdemes esetek a sebészeti, törvényszéki orvostan, kórbonecolóstan, sőt majdnem az összes orvosi szakok köréből is. S mivel módszerem elsajátításához csak annyi kézi ügyesség és műérzék szükséges, a mennyi a legtöbb orvosban hivatásánál fogva van (a többi már gyakorlat dolga), reményilem, hogy sokan fogják hasznát venni és készítményeikben örömeiket lelteni.

Végül köszönetet mondok igen tisztelt főnökömnek, *Marschalkó* tanárnak, a miért egyrészt a klinika betegeit, a szükséges berendezést és hozzávaló anyagot készségesen rendelkezésemre bocsátotta, másrészt állandó érdeklődésével és buzdításával munkám sikerét nagyban előmozdította. Nem hagyhatom említés nélkül *Ficzner Sándor* klinikai laboránsunkat sem, ki a gipszlenyomatok elkészítése és alkalmas viaszkeverék előállítása körül szerzett magának szorgalmas munkájával érdemeket.

Utóirat. E közlemény megírása után olvastam egy referatutumot a „Monatshefte für praktische Dermatologie“ 1908 február 15-i számában *Mahl* Fryderik (Lemberg) munkájáról: „Über Verfertigung der Moulagen von Hautkrankheiten“. (A lengyel bőr- és bujakór-tani folyóirat 1907 évi 10—11. számában.) *Mahl* ismerteti moulage-technikáját és a hozzá szükséges felszerelést. A gipszlenyomatot rendes és ismert módon készíti, de hibája, hogy a bőrt erősen beolajozza, még ha nem is szőrös az a rész. A gipszmintát olyan olvasztott anyaggal önti ki vastagon, mely viaszból, paraffinból és stearinból (16:2:1 arányban) áll.

Eredeti a festés módja. Ő ugyanis a viasz-moulage megfestendő részeit, vagyis az elváltozások helyeit hátulról megmelegített kanállal annyira kikaparja, hogy azokon a helyeken csak egy áttetsző vékony viaszréteg marad, melyre hátul rákeni a festéket. A kikapart s befestett részt újra beönti viasszal, s így a festék a felületen nem látszik.

Midőn először gondoltam a moulage-oknak alulról való festésére, néhány darabot — természetesen függetlenül *Mahl*-tól — ugyan-

azon módon kapartam ki a megfelelő helyeken és festettem alá. A hatás meglepő volt, de mégsem elégitett ki, s akkor jöttem arra a gondolatra, hogy egy mindenütt egyenlő vékony kérget öntök, melyet hátulról befestek és újra visszahelyezve egészen kiöntök. *Mahl* eljárása tehát az első lépésnek tekinthető az én módszerem felé. Hibája azonban, hogy nem lehet az egész moulage-nak a felületét hátulról színeztetni, csak egyes helyeit. Ebből következik, hogy az így előállított moulage-oknak hiányzik a megfelelő alap- (bőr-) színe és a helyenként való kikaparások miatt könnyen foltos jellegűvé válik az egész darab, nem is szólva arról, hogy eljárása sokkal körülményesebb és tökéletlenebb mint az enyém.

Közlés a Charité-poliklinika II. húgyszervi és nemi betegségek osztályából.

A jodlecithinről.

Irta: *Sellei József* dr.

A jodlecithin előállítására egyik régebbi, *Detre* dr.-ral együtt készített dolgozatomban adott impulst.¹

E munkálatunkban ugyanis kimutattuk, hogy ha sublimat-oldatot lecithin-emulsióval hozunk össze, a sublimat elveszti véroldó, vagyis mérgező hatásának jelentékeny részét. A lecithin a higany bizonyos mennyiségét le tudja kötni és az ily módon előállott vegyületet „higanylecithid“-nek neveztük el. Közelfekvő gondolat volt tehát, hogy talán a joddal is sikerülhet hasonló combinatio és csakugyan *Richter* gyógyszerész sok kísérletezés után a jodot a lecithinnel oly összeköttetésbe tudta hozni, hogy minden mérgező mellékhatástól mentes tiszta jodkészítmény gyanánt therapiás kísérletezésre felhasználható volt. (Lecithin széntetrachloridos oldata jodhidrogéngázzal telítetik. A jodlecithin ezen oldata calcinált szódával való kezelés és szűrés után vacuumban bepároltatik. A szódával való kezelés a netalán bázisos nitrogénnel egyesült jodhidrogént kűszöböli ki, mely épen labilis volta miatt könnyen ártalmas lehetne.)

A jodalkaliának tudvalevőleg két kellemetlen hibájuk van; az egyik mérgező tulajdonságuk, a melynek eredményét a jodismus néven foglaljuk össze; a másik, hogy gyorsan kűszöböltetnek ki a szervezetből. A tömérdek új jodkészítmény, mely az utolsó években a piacra került, mind e két hibán igyekszik javítani. A jodismusról az a meggyőződés, hogy egyik újabb szerrel sem sikerül teljesen megszüntetni. Az egyéni hajlamosság itt rendkívül fontos szerepet játszik, sőt idiosyncrasiás betegekben egyik újabb szerrel sem sikerült még eddig ezélt érni. A sok különböző felfogás közül, a mely a jodismus keletkezésének magyarázatával foglalkozik, a *Binz-féle* theoria bír a legnagyobb valószínűséggel, a mely szerint a jodismus a jodalkaliából lehasadó és a véráramban szabaddá vált jodnak a következménye. Feltűnő mindenestire, hogy sok egyén minden kellemetlenség nélkül tűri e vegyi folyamatot, azonban aránylag igen sokan nagyon érzékenyek vele szemben és itt nem segít sem az, hogy csupán igen kis jodmennyiséget rendelünk, sem a szerhez való szoktatás. Az idiosyncrasiára a jod iránt egyénenként változó; számos esetben pedig egyáltalában le nem győzhető.

A másik szempont a jod lassú leválása; e miatt különböző anyagokkal igyekeztek jodcombinatiót létrehozni. A pepton, a fehérje, a zsír, az olaj, stb. szolgált e célra és az itt felsorolt sorrendben felhasznált anyagokkal csakugyan mind jobb jodkészítményeket lehetett előállítani. Csak emlékeztetek arra, hogy például a jodalbacidnál, vagyis a jod és fehérje egyesülésén alapuló szernél mennyivel hatásosabb például a jodipin, a jod és olaj egyesülése.

Vizsgálataim kimutatták,² hogy jodipin befecskendése után körülbelül 3 hét múlva is ki lehetett mutatni jodot a nyálban, ennyi ideig marad a szer subcutan vagy intramuscularis alkalmazása után a jod a szervezetben.

A kettős célnak kíván a jodlecithin is megfelelni, a mennyi-

¹ A sublimat véroldó hatása. Orvosi Hetilap, Wiener klin. Wochenschrift, 1904.

² Orvosok lapja és Monatshefte für prakt. Dermatologie, 1904.

ben a jód mérgező hatását csökkenteni és a jódleválást lassítani akarja. Az első czélt abszolút idiosynkrasia esetén természetesen nem érheti el, azonban azt tapasztaltam, hogy olyanok, kik jód-káliumot vagy más jódkészítményt rosszul tűrtek, minden kellemetlenség nélkül használhatták a jodlecithint. A jódleválás gyorsaságára kétségtelenül az alkalmazás módja is befolyással bír. A jodlecithin, mely egyelőre csak *belső* adagolásra állítottatott elő, a jod-remanencia tekintetében mindenesetre elmarad oly jódkészítményektől, melyek, mint például a jodipin, subcutan alkalmazhatók, de felette áll a *belsőleg* alkalmazható sok új praeparatum jodremanentiáján. (A jodlecithin subcutan alkalmazására a Richter vegyszeti gyárnak hasonló elven előállított másik készítményével a kísérletek még nincsenek befejezve.) Több betegnek a jodlecithin különböző mennyiségét rendeltem és vizsgáltam, vajjon a szernek egyszeri használata után meddig marad a felszívódott jód a szervezetben; kiderült, hogy 3 jodlecithin-pilula után 12 óra múlva még biztosan lehetett a nyálban kimutatni jodot, egyik-másik egyén nyálában pedig még 48–52 óra múlva is találtam jodot.

A szóban forgó szernek másik igen fontos tényezője a lecithin. A lipoidok közül, melyeknek vegyi és biológiai fontosságát az utolsó esztendőkből annyiszor tették vizsgálat tárgyává, főleg a lecithinnek van kiválóan fontos szerepe a szervezet háztartásában. Kísérletekkel bebizonyították, hogy a lecithin nagy fontosságú hatást gyakorol az anyagcsereire, a testsúly gyarapodását fokozza és a bomlástermékek kiküszöbölését előmozdítja. Valószínű továbbá, hogy a sejtek belsejében levő lipoidok (lecithin stb.) méregmegkötő tulajdonsággal is bírnak.

Igy tehát a jodlecithin a szervezetbe jutva részint jode komponense, részint lecithinje miatt fontos hatást gyakorolhat. Lecithintartalmánál fogva e szert kitűnő anyagcserejavító és a szervezetet erősítő gyógyszernek kell minősítenünk. Ennek pedig kiválóan a syphilis terapiájában van fontossága. Nemcsak a fajlagos kórokozó elpusztítására, hanem az anyagcsere folytonos javítására törekszünk a syphilis terapiájában. S ha ez idő szerint még a higany a syphilis különböző jelenségeinek, az úgynevezett másodlagos és harmadlagos tüneteknek kizárólagos és egyedül megbízható gyógyszer, mégsem zárkozhatunk el a tapasztalatilag bevált, specifikus hatásukban ugyan már kisebb értékkel bíró egyéb szereknek a használatától sem, a minek okát éppen az anyagcsere megváltozásában kell keresnünk, a melyet e szerek, és közülük első sorban a jodalkáliák, a syphilis szervezetben létesíteni tudnak. A helyes syphilisellenes kezelés tehát nemcsak specifikus higanytherapiából, hanem az anyagcsere befolyással bíró szerek és eljárások használatából is áll. A melegfürdők, izzasztó kúrák, teák, főzetek mind ez utóbbi czélt szolgálják és alkalmasint a jodnak is ismert felszívó hatásán kívül a syphilisben az anyagcserét megváltoztató, javító szerepe is van. Fokozhatja e hatást a jodnak kombinálása oly szerrel, melynek, mint kiemeltük, elsőrangú szerepe van az anyagcsereire, és ez a lecithin.

A lecithint magát is kipróbálták a syphilis kezelésében. *Peritz*, majd *Oppenheim* (1908) a lecithinnek olíva-olajos emulsióját, a Richter-féle lecithinolt, befecskendezés alakjában alkalmazta. Azonban az utóbbi szerző vizsgálatai szerint a lecithinol-injectiók a bőr syphilis tüneteit inkább fokozzák, mint csökkentik. Így tehát valami fajlagos antisiphilises hatást a lecithinnek ez idő szerint nem tulajdoníthatunk. A lecithin a syphilis terapiájában csakis az az előbb említett anyagcsereváltoztató és javító hatását fejtí ki. Joddal való kombinációjában ezenkívül a jodnak mérgező hatását csökkenti és a jódleválást lassítja. Mindezek pedig oly kellékek, melyek már elméleti szempontból is hasznavehetősége mellett szólnak.

A jodlecithint a syphilisnek különböző jelenségei ellen a syphilisnek különböző szakában használtam. A főszólt úgy a másodlagos, mint a harmadlagos tünetek gyógyításában természetesen a *higanyra kell fektetnünk*. A jódkészítmények általában csak a tárgyalat értelemben mint adjuvans szerek jöhetnek tekintetbe.

A syphilis kezelésén kívül még nagy tere lesz a jodlecithines medicációnak a belorvostanban, és itt első sorban az arteriosclerosis, az emphysema, az asthma gyógykezelésére gondolok.

A jodlecithin csokoládéval bevont labdacok alakjában kerül forgalomba. Kellemes ízű, levegőn nem bomlik. Napjában 5–6 darab rendelőndő, de többet is adhatunk.

Közlés a budapesti m. kir. tudomány-egyetem II. sz. belorvostani klinikájából. (Igazgató: Kétly Károly dr., udvari tanácsos, egyet. ny. r. tanár.)

A szívbetegek fizikai orvoslásmódjai.

Irta: *Tornai József* dr. klinikai II. tanársegéd.

(Folytatás.)

A szénsavas vízfürdő hatása, mint már jeleztük, különféle ingerekre vezethető vissza. Maga a szénsav összetett inger gyanánt szerepel. A fürdő szénsava ugyanis első sorban thermás inger alakjában fejtí ki hatását. *Senator* és *Frankenhäuser* nyomán a legtöbb szerző ezen inger keletkezését olyképen magyarázza, hogy a fürdő vize, bárha nem sokkal alacsonyabb hőfokú a közömbösnél, először *hideg-inger* gyanánt hat; a szénsav-hólyagesák csakhamar belepik az egyes testrészeket, a mely részek azután a fürdőző, mivel a gázhólyagesák a bőrt e helyeken a hűvös víztől elválasztják és mivel a szénsav maga valamivel melegebb mint a víz, kellemes melegséget érez. Csakhogy a gázhólyagesák jönnek, eltűnnek, helyüket változtatják s így a hideg és meleg ingere a bőr egy és ugyanazon felületén gyorsan váltogatja egymást és a bőrnek legnagyobb felületén e két inger sűrű szomszédságban szerepel, a minek következtében igen kifejezett úgynevezett thermás kontraszt-hatás jut érvényre és viszont ennek eredményeképpen élénk reactio jelentkezik a bőrön.

Winternitz H. kísérletei igazolták, hogy a szénsav a fürdő vizéből, bár igen csekély részben, a bőrön keresztül fel is szívatik, a mi azután a lélekzést mélyebbé, kiadóbbá változtatja, a tüdő kapacitását — ha csak átmenetileg is — jelentékenyen növeli. A fürdőnek esetleges konyhasó-tartalma a bőrt a szénsav felszívására alkalmasabbá teszi. Sokan a szénsav mechanikai ingeréről is beszélnek, a mit az által fejtene ki, hogy a víznek osmosis nyomását növeli és hogy az egyes szénsavhólyagesa a bőrre bizonyos gyorsasággal, erővel pattanva, mint a bőrnek rendkívül finom masszálása a vér- és nyirokkeringés élénkítéséhez szintén hozzájárul. Különben nem mondhatjuk, hogy bizonyos hatást csak bizonyos inger idéz elő. Valószínű inkább, hogy a tapasztalt változások mind egyikének előidézésében több különféle inger játszik szerepet.

Kellemes bizsergést okoznak a szénsavhólyagesák az által, hogy a testen a víz felszíne felé végigvándorolnak: mintha a bőrön puha ecsetet húznánk végig. Némelyek szerint ezen inger a bőr idegvégződése révén a szívre reflexes úton megnyugtatólag hat. Kísérletekkel beigazolt tény, hogy a bőrnek (vagy az izmoknak) érző idegvégződéseit érő ingerek a szív működését nemcsak azáltal befolyásolják, hogy a vasomotorok útján a vérerek kaliberét megváltoztatják, hanem a szívre a saját idegei útján is jelentékeny hatást gyakorolhatnak.

Indifferens vagy ennél alacsonyabb hőfokú szénsavas fürdőben eleinte a mechanikai és thermás inger hatása alatt a periferiás erek megszűkülnek. Mivel azonban a szív munkája és vele együtt az egyes systolával kilökött vér mennyisége, leginkább ugyanazon thermás inger hatása alatt, meglehetősen fokozódik: a periferiás ereken keresztül nagyobb vérmennyiség kering, a mit a bőrön csakhamar jelentkező kellemes melegérzés és a látható pír is igazol. A szénsavas fürdőben azután a periferiás erek tonusa csakhamar enged: a bőr és az izomzat véreirei kitágulnak, míg a splanchnicus-terület erei megszűkülnek. A bőr pírja sokszor még a fürdés után is látható.

Hogy ezen változásokat legnagyobbbrészt a szénsavtartalom idézi elő (bár egyesek ezt kétségbe vonják), a 2. sz. belorvostani klinikán végzett kísérleteink is igazolták. Közöséges, tiszta vízfű langyos fürdőben ugyanis a bőr pírját, továbbá az érverés számának vagy a vérnyomásnak számba vehető megváltozását sohasem tapasztaltuk; míg az egyező hőfokú szénsavas fürdőben ugyanazon egyének bőre rendszeren kipirult, az érverés száma csökkent, a vérnyomás legtöbbször fokozódott.

A vérnyomás és pulzus-szám megítélésekor azonban nem szabad feledni, hogy a szénsav ingerén kívül itt a víz hőfoka is hatóinger gyanánt szerepel. A hűvösebb fürdőben e kétféle tényező hatása összegeződik, míg ellenben meleg vízben az egyiknek hatása a másikat lerontja.

Az érlökés számának a szénsavas fürdőben való csökkenését a legtöbb szerző természetesen első sorban vagus-izgalommal magyarázza; de pontosan nem állapítható meg, hogy a hatás előidézésében mily rész illeti az idegnek egyenes, reflexfolyamos izgalmat és mily rész a vasomotorok útján kiváltott vérnyomásemelkedést. Hogy pedig a periferiás erek tágulásának ellenére a vérnyomás fokozódik, ebből, a hő ereinek a splanchnicus-regio ereihez való ismert ellentétes viselkedését szem előtt tartva, bizony következtethetünk a hasi ereknek kompenzáló szűkülésére. Ebből meg a belső szerveknek bizonyos megkönnyebbülésére, esetleges pangások, feszülések engedésére vonhatunk következtetést. Hogy mindez közvetve a beteg szív állapotán is sokat könnyít, nagyon természetes.

Már említettük, hogy e fürdők hatása alatt a lélekzés is mélyebb, nyugodtabb lesz, a mi viszont a kis vérkör és közvetve a nagy vérkör véráramlását is igen élénkíti, ez pedig a légszere és anyagcsere fokozódásával jár.

Strasburger vizsgálataiból tudjuk, hogy szénsavas-sós (-lápsós) fürdőben a periferiás ereknek reakciós kitágulása szinte elmaradhatatlan és sokkal kifejezettebb, mint közönséges fürdőben. Az már az eddigi vizsgálatokkal is csaknem kétséget kizárólag beigazolást nyert, hogy a szénsavas fürdő a vérerek tonusára a hőrt érő többféle inger útján, közvetlenül és reflexes úton, igen nagy befolyást gyakorol, hogy ily módon egyrészt a periferiás ellentállás, akadály csökkentésével a szív feladatát megkönnyíti, másrészt meg a vérereknek alkalmazkodó képességét (a vérkeringés mechanizmusának eme fontos tényezőjét) is erősíti, gyakorolja; a mi végeredményében szintén a szív kimelését, segítségét jelenti.

A szénsavas fürdő tehát, ha hőfoka a közömbösnél nem (vagy nem sokkal) alacsonyabb, a szívet egyrészt meglehetősen kiméli, másrészt pedig kiméletesen gyakorolja is. Bár az egyes systole munkája nagyobb mint a fürdés előtt, de mivel az érlökés száma csökken, a szív minden összehúzódnás után jobban pihenhet és erőt gyűjthet. És míg egyrészt a szívizom maga is, mivel a saját érrendszerében is élénkebbé válik a keringés, jobban táplálkozik, addig másrészt, mivel a szív ürei ugyancsak a diastole-nak hosszabb volta miatt vérrel jobban megtelnek és mivel a szívet már maga a nagyobb vérmennyiség is fokozott munkára serkenti: egy-egy systolával a testnek egész verőeres rendszerébe is fokozott erővel nagyobb mennyiségű vér löknek.

Strasburger vizsgálatai határozottan igazolták, hogy szénsavas fürdőben a szív lökőereje, a pulsusnyomás (a diastolés és systolés nyomás közötti különbség) fokozódik. Általánosan tapasztalt tény — a 2. számú belorvostani klinika idevágó kórtörténeteinek feljegyzései is igazolják —, hogy a szabálytalan, egyenlőtlen érlökés kitaró szénsavas fürdőkúra után rendszeren nemcsak teltebbé, de legtöbbször szabályossá, egyenletessé vált. A vagus izgatásából magyarázható ezen jelenség is megerősíti azon felvételt, hogy a szív-működés a periferiás ingerek által is befolyásolható. A szénsavas fürdő hatása tehát sokban hasonlít a digitaliséhoz, de annál sokkal értékebb. A digitalis átmenetileg élénkíti, ostromozza a szívet, a mely azonban e serkentés után erőben alig, vagy éppen nem gyarapszik. Míg ellenben a rendszeres szénsavas fürdőzésnek éppen az a főcélja, hogy a szívizmot megfelelő gyakorlással a fokozott munkára képessé, elég erőssé fejlessze. Azonban e gyakorlásra nem minden beteg szív alkalmas és némely orvos egy-egy gyenge szívizmot rendszeresen nyújtott apró digitalis-adagokkal (úgynevezett digitalis kúrával) készít elő a szabályszerű szénsavas fürdőkezelésre. A szénsavas fürdőknek rendszeres használatával azután a szív ereje valóban gyarapszik, izomfala megvastagodik.

Ily hosszabb kezelés után néha tapasztalható, hogy a kórosan kitágult szív lassanként megkisebbedik, összehúzóódik, tomputata (Röntgen-képe) kisebb lesz.

Az eddig elmondottakból is kitűnt, hogy a szénsavas fürdő hatását a hőfoknak, a vegyi tartalomnak, a víz mennyiségének megfelelő beállításával szinte tetszésünk szerint szabályozhatjuk, irányíthatjuk. Így a vérkeringés különféle zavarával szemben a szénsavas fürdő igen kiterjedten alkalmazható gyógyeljárás; benne, különösen a szív szempontjából, egyrészt enyhe kimélő, másrészt, ha kell, erélyes gyakorló módszert birunk. Általában mondhatjuk, hogy e nemben a legenyhébb, legkiméletesebb a közömbös (33—35 C) hőfokú, csekély szénsavtartalmú fürdő; a legerélyesebb pedig a

hideg, igen magas szénsav- (és esetleg só-) tartalommal bíró, a melynek vize ezenfelül állandóan mozgásban van. Ezen két szélsőség között természetesen az átmeneti fürdőalakok végtelen sora állítható elő. De, mint már említettük, e fürdők alkalmazásához szükséges, hogy a szív még némi felrázható tartalékerővel rendelkezék és a vérerek megfelelő alkalmazkodóképességgel bírjanak. Ezen körülményekről leginkább a már röviden érintett functiovizsgálat adhat felvilágosítást.

A kúrát rendszeren a lehető legkimélőbb fürdővel kezdjük és folytonos ellenőrzéssel fokozatosan haladunk a gyakorló fürdőformák felé. E fokozatos haladásnak egyes lépcsőfoka természetesen esetről esetre változik és mértékét csakis az ellenőrzésben járatos orvos szabhatja meg.

A szénsavas fürdőköt sikerrel alkalmazhatjuk a legkülönbefélebb functió és organumok szív-bajokban, különösen pedig szív-izomelégtelenségben, bármely alapon állott is elő. Alkalmazhatjuk továbbá még arteriosclerosis eseteiben is, ha a baj még nem haladt nagyon előre (legsikeresebben az úgynevezett praesclerosisos állapotban). Sikeresen alkalmazhatjuk e fürdőt könnyebb angina pectoris-esetekben, de már a súlyosabb angina határozottan ellenjavallja. Ép úgy az arteriosclerosis súlyos alakjaiban, valamint oly esetben, a hol vérzés vagy embolia fenyeget, vagy a hol az incompensatio már nagyon előrehaladt, továbbá aneurysma esetében szénsavas fürdőkkel próbálkozni nemcsak hiábavaló, de esetleg veszedelmes is.

Házi használatra csakis a mesterséges szénsavas fürdőt alkalmazhatjuk. De ebből nem következik, hogy a mesterséges fürdő hatásosság tekintetében a természetes mögött marad. Nagynevű szerzők, mint Oertel, Schott, Krehl, Winternitz, Bauer, hangoztatják, hogy a mesterséges szénsavas fürdő a természetes szénsavas forrásokkal felveheti a versenyt. Sőt tudva, hogy a fürdők hatása leginkább vegyi összetételüktől és hőfokuktól függ, e két tényezőt pedig tetszésünk szerint legjobban csak a kádban (s nem a forrásban) variálhatjuk, és mivel egy-egy kezelés alatt a finom variációra szükségünk is van, mondhatjuk: hogy a mesterséges szénsavas fürdő a természetes fölött némely tekintetben még előnyvel is bír. Viszont az is ismeretes, hogy ma valamennyi szívgyógyhely úgy van berendezve, hogy „természetes” szénsavas forrásának hőfoka és vegyi tartalma szükség esetében (a legtöbbször) szintén mesterségesen variálhatik.

Házilag a szénsavas fürdőt oly módon állítjuk elő, hogy a kellő hőfokú vízhez valamely szénsavas sós és a szénsav kiszabadítása céljából valamely savat adunk. A legrégibb előírás a fürdő készítésére Schott-tól származik. E szerint 3—9 kgm. anyalúgos és 100—300 gm. chlorcalcium (vagy iszapolt krétapor) a kádban, kevés meleg vízben oldatik, ehhez kellő mennyiségű natrium bicarbonicumot adunk; az oldathoz azután hideg vizet engedünk, míg a kívánt hőfokot elértük. Majd a natrium bicarbonicumnak megfelelő mennyiségű nyers sósavat, bedugaszolt üvegestől együtt, a víz alá toljuk, a dugót a lefelé fordított üvegből, a kád aljához közel, óvatosan kiveszszük és azután az üveget a víz alatt ide oda vagy körben vezetjük, a míg sósavtartalma a vízbe diffundál. A szénsav-fejlődés csakhamar megindul s miután a hőfokot még egyszer ellenőriztük, a beteget lassan, óvatosan a kádba ültetjük. Ha tiszta szénsavas fürdőt óhajtunk adni, a lúgsót és chlorcalciumot elhagyjuk.

A Schott-módszer egyszerű és praktikus módosítását adja Quaglio: A vízhez a szükséges mennyiségű natrium bicarbonicum crud. feloldása után a megfelelő mennyiségű hígított sósavat egyszerű, üvegből való borszivó (lopó) segítségével öntjük (illetve fújuk). Különben úgy is járhatunk el, hogy a sósavat jól felhígítjuk és magasra tartott üveg-irrigátorral vezetjük a víz alá. A hígított sav az eszköz gummicsovét nem bántja. Hogy a gázképződés kiadó legyen, célszerű a nyers sósavból annyi köbcentimétert keverni a vízhez, a hány grammnyi volt az elhasznált natrium bicarbonicum. A vegyi alkotórészeknek és velük együtt a fejlődő szénsavnak mennyiségét pedig rendszeren fokozatosan emeljük. Általában 200—250 liter vízhez eleinte 100—200 gm. natrium bicarbonicumot szoktak adni s a további fürdőkben az adagot, lépcsőzetesen fokozva, egész 1 kgm.-ig növelhetjük. A fürdő hőfokát pedig (leghelyesebben fürdőként $\frac{1}{2}$ fokkal redukálva) akár 25 C°-ig csökkenthetjük. Azonban rendszeren elegendő, ha csak 30—28°-ig

szállunk le. A legerélyesebben ható fürdő tehát körülbelül az, melyben 200 liternyi, 25^o-ú vízben 1 kilogramm natrium bicarbonicum és megfelelő mennyiségű sósav van. Ha Schott előírása szerint a fürdőhöz konyhasót és esetleg chlorealciumot is óhajtunk adni, a kúra elején a só tartalmát 1^o/o-ra, a chlorealciumét pedig 0.2^o/o-ra szabjuk; később ezen tömörséget 3 illetve 0.25^o/o-ig emeljük.

A kereskedelemben a mesterséges szénsavas fürdő céljáról, mint ismeretes, különféle név alatt számos készítmény kering. Ezek azonban jóformán csak a csomagolás és a bolti ár tekintetében különböznek egymástól, csaknem valamennyinek tartalma a jelzett elv szerint van összeállítva. A sav rendszeren valamely vízben oldható anyaggal összegyúrva, táblákba formálva kerül a piacra. Egy német cég a natrium bicarbonicum mellé szénsavfejlesztőnek natrium bisulfuricumot ad, 1:140 arányban. Némelyik a sósav helyett, leginkább arra való tekintetből, hogy a fürdőkádának ne ártsunk, hangyasavat vagy ecetsavat ad. Egy-két hazai cégnek is van ily készítménye és a klinikákon eszközölt összehasonlítások alapján részrehajlás nélkül mondhatjuk, hogy a magyar készítmények az idegenekkel úgy használhatóságuk, mint áruk tekintetében bátran versenyezhetnek. Ha azonban a szénsavas fürdőt rendszeresen adjuk, mindenképen célszerű a natrium bicarbonicumot zsák-számra, a nyers sósavat pedig ballonszámra venni; így egy-egy fürdőre átlag csak 60 fillér esik, míg a leghasználatosabb és legolcsóbb ilyenmű készítménynek megfelelő adaga 120—160 fillérbe kerül.

Modern kórházakban a szénsavas fürdőt különféle rendszerű készülékek segítségével állítják elő. Ezek legtöbbször a gyárilag készített, úgynevezett bombákba zárt, komprimált szénsavat alkalmas csapszerkezet útján keverő vagy vegyítő hengerben a vízzel (épen úgy mint a szikvíz gyártásakor) összekeverik és azután a fürdőkádba eresztik. Ezen készülékeknek részletes leírását itt mellőzhetjük.

A természetes szénsavas forrásoknak és úgynevezett szivógyógyhelyeknek ismertetését készakarva kihagyom. Ezen helyek előnye leginkább csak a kedvező klimás viszonyokban és abban keresendő, hogy bennük a beteg, fárasztó és izgató körülményektől távol, igazán képzett és tapasztalt orvosok felügyelete alatt, kizárólag gyógyulásának, üdülésének szentelheti minden idejét. Ismervé ezen körülményeket és tekintetbe véve, hogy a betegek legnagyobb contingense az ily gyógyhelyekre messze földről sereglik össze, nem is csodálkozhatunk a kiválóan kedvezőnek összeállított statisztika adatai felett. Mert az olyan szívet, amely a fárasztó, gyötrő, hosszú utazásnak „érettségi” próbáját sikeresen kiállotta, minden további, felesleges functio-vizsgálatot mellőzve, akár a legerélyesebb kúrának is veszély nélkül tehetjük ki. Az ilyen szívvél azután könnyen lehet csodás gyógyeredményt produkálni. Az ily fürdőhelyen is a legtöbb szénsavas forrás vízének hőfokát, vegyi tartalmát, mielőtt a vizet a kádba engedik, vagy magában a kádban, mesterségesen sokféleképp változtatják.

Ha azonban fürdőhelyre óhajtjuk betegeinket küldeni, akkor sem kell őket a messze idegenbe fárasztani; mert szénsavas forrással bíró fürdőhely, mint ismeretes, hazánkban is van elegendő s közülük némelyik már elég jó berendezésű.

Célszerű minden szénsavas fürdőkúra előtt 2—3 közömbös hőfokú sósfürdőt vétetni a beteggel; és pedig az elsőt csak fél-fürdő alakjában, esékely sótartalommal. Ha ezen legkimelőbb fürdőt sem tűrné jól a beteg, előkészítésül fekvést és enyhe digitaliskúrát rendelünk neki, természetesen szem előtt tartva a digitalisnak cumulativ és más káros tulajdonságát.

Helyesen járunk ugyanis el, ha lehetőleg minden kúrát kimelő eljárásokkal kezdünk meg. A tömör szénsavas fürdőről pedig tudjuk, hogy részben a véretek lumenének vasomotorius izgalom folytán beálló változása révén a vérnyomást fokozza. Ez pedig semmi esetre sem szolgál a szív kimelésére. De azt is említettük, hogy a fürdő másrészt reflexfolyamos vagusizgatás útján a szívet fokozott feladatának teljesítésében jelentékenyen segíti. És épen ezen kétféle — egymással csaknem ellenkező — hatásban: egyrészt a vasomotorokra gyakorolt befolyásban, másrészt pedig ezzel szemben a szívnek élénk serkentésében rejlik a szénsavas fürdőnek kiválóan üdős hatása. De tudnunk kell a lehető leghasznosabban értékesíteni. Ha súlyos szívbetegeknek, meggondolatlanul, mindjárt a

kezelés elején erősen ható fürdőt rendelünk, állapotát esetleg csak még súlyosabbá változtatjuk, sőt talán életét is veszélyeztetjük.

Ha már áttérhetünk a szénsavas fürdőkre, akkor kezdetben szintén közömbös hőfokú fürdőt rendelünk, esékely szénsavtartalommal. A további fürdőkben a szénsavtartalmat fokozatosan növeljük (esetleg konyhasóval vagy lápsóval vegyítjük), a hőfokot pedig csökkentjük, még pedig a betegségnek és a betegnek sajátos körülményei szerint gyorsabb vagy lassabb tempóban; azonban a hőmérsékkel 25^o-nál mélyebbre szállni nem szabad.

A fürdők hatásának ellenőrzésekor a betegnek subjectiv adatain kívül leginkább az érelkés, a vérnyomás és a szív magatartása a mérvadó. Ha a beteg a fürdő után frissebb, nem panaszkodik, lélegzése szabadabb és e mellett teltebb, akkor a következő fürdő hűvösebb és vegyi alkotórészekben gazdagabb lehet.

Legcélszerűbb a fürösztéshez tiszta fakádát használni (a fémkádát a szénsav fejlesztéséhez leggyakrabban használt sósav lassan-lassan tönkreteszi); használható azonban márvány- vagy égetett agyagkád is, de célszerű ezek aljára farácsot, esetleg gummi- vagy linoleumlapot helyezni, egyrészt azért, hogy a beteg kiszálláskor el ne csúszszék, másrészt pedig, hogy a hideg káddal való közvetlen érintkezéstől megóvassék. A beteg mindig segítséggel lépjen a kádba; csak igen lassan ereszkedjék a vízbe, nyugodtan üljön, minden felesleges mozgást kerüljön. Ha a fürdés kezdetén rendszeren jelentkező borzongás pillanatok mulva meg nem szűnik, a fürdő utánöntéssel kissé felmelegíthető. A beteg ne viseljen fürdőruhát. A fürdés tartamát eleinte csak 5—8 perczre szabjuk, azután fokozatosan növelhetjük egész 25—30 perczig. Legcélszerűbb a délelőtti órákban (a reggeli után 1/2—1 óra mulva) fürösztetni, de sohasem közvetlenül az étkezés után. Többen azt ajánlják, hogy a hol lehet, inkább estefelé fürödjék a beteg, mert ez az alvására is kellemesen hat. De akár délelőtt, akár pedig délután fürösztünk, célszerű a választott időpontot az egész kúra alatt pontosan betartani. Helyes, ha a fürdés előtt és után legalább 1/2—1 órát fekvőre tölt el a beteg. A fürdés alatt a fejre hűvös borogatást rakunk; hogy pedig a szénsav belélegezését meggátoljuk, a kádat lepedővel letakarjuk, hogy a betegnek csak a feje maradjon szabadon.

Hogy mily gyakran fürösztjük a beteget és hogy egyáltalán hány fürdőt adjunk neki, az leginkább a folyton figyelemmel kísért hatástól és a már említett körülményektől függ. Általános szokás az első héten 3 szénsavas fürdőt (és pedig vagy 3 egymás utáni napon, vagy pedig, esetleg sósfürdővel változtatva, másodnaponként) adni. Később fokozatosan haladva 5—6 fürdőt is adhatunk hetenként. Egy-egy kúra legalább 20 szénsavas fürdéből áll, de 30—35 fürdőnél többet nem kell adni. Legfeljebb, ha szükséges, e kezelést évenként egyszer, vagy esetleg többször is megismételhetjük. Egy-egy kezelés után a beteget a továbbiakra vonatkozólag (életmód, foglalkozás, ártalmak stb.) pontosan ki kell oktatni.

(Folytatása következik.)

Az olasz orr- és gégeorvosok 12. congressusa Turinban.

(Október 21—25.)

(Vége.)

Putelli (Velence): A Waldayer-féle nyirokgyűrű útján keletkező fertőzésekről. Sokan felveszik, hogy számos fertőzés a garat nyirokgyűrűjén át történik és azután rendszerint a túltengett mandolákön át terjed. A garat lymphaticus gyűrűje, különösen a lymphaticus szövetek, túltengett állapotban úgy helyi mint általános fertőzések kapuját alkotják. Fejtegeti a heveny izületesű kóroktani összefüggést a mandolagyulladásokkal. Felemlíti a gümőkört, jelentőséget tulajdonítván a Koch-féle bacillus jelenlétének az orrüregben és az orrgaratüregeben. Az orrgaratmandola és a garatmandola túltengése nagyban elősegíti a bacillusok megszorodását és ott-tartózkodását a nevezett mandolák felszínén és tasakjaiban és ily módon praedisponáló tényezője a helyi fertőzés keletkezésének. Az orrgaratmandolák és a garatmandolák gümőkórja nagy jelentőségű, mert a fertőzés a nyaki nyirokmirigyekre terjedhet és leszálló gümőkór kiinduláspontja lehet. Ügylátszik, hogy a gümős meningitis is nasopharyngeális eredetű és hogy a nyirokutak útján történik a

helyi fertőzés. Vita tárgya a nyakmirigyek és a tüdő gümőkórja okozatos összefüggésének a kérdése; a kórboneczolástani leletek a nyakmirigyek és a hörgőmirigyek nyirokereinek folytonosságát és összefüggését nem állapították meg, a klinikai észleletek a tüdőgümőkórnak ez úton való keletkezését erősítik és a kísérletek alapján a nyaki nyirokmirigyek és a hörgőmirigyek folytonossági összefüggése nem vonható kétségbe.

Putelli (Venezze): *Rhinopharyngitis és meningococcusok.* Ismerteti az idevonatkozó nézeteket és vizsgálatait alapján azon nézeten van, hogy a meningococcus nem okozza a rhinopharyngitist, hanem csak véletlenül fordul elő néha a váladékban.

Ferreri (Róma): *A laryngostomia technikájáról.* Kimutatja, hogy gégeszűkület ellen az első laryngostomiát *Ruggi* végezte. Két esetéről referál, melyekben más eljárást alkalmazott, ugyanis a gyűrűporoz egész elülső részét eltávolította, miáltal elejét vette a későbbi szűkületek keletkezésének. A gége tágítását tamponokkal végezte és jó eredményeket ért el eljárásával.

Canepelo (Bologna): *Laryngostomia két esete.* Az egyik esetben daganat miatt, a másik esetben idegen test miatt végezte a műtétet.

Aintolo (Bologna): *Polyphobia orrbaj miatt.* Az általános ideges tünetek és a polyphobia (mindentől féls) teljesen megszűnt a túltengett orrkagylók műtete után.

Balla (Flórenz): *Ritka orr-reflex.* 33 éves nő orrsövénye felső részének és középső orrkagylójának érintése ugyanazon oldalon a trigeminus intenzív neuralgiát idézi elő, az orrsövény középső részének érintése a bal ischiadicus erős neuralgiát és a bal kar paresist okozza. Az orrsövénynek cocainnal érzéstelenítése a fájdalmakat és a paresist megszünteti.

Mongardi (Bologna): *Új tonsillotom.* A „pince à morcellement” módosítása.

Tormene (Mantova): *Orrkő esete.* 20 évig volt a bal orrban az idegen test. Az orrkő 6-35 gramm súlyú és átfűrészelve a középső babot tartalmazó üreg volt. Az orrkő a trigeminus 2. ágának neuralgiáját, fülzúgást, epilepsziás rohamokat, szédülést és enuresis nocturnát okozott.

Hahn (Turin): *Galvanokaustika gégegümőkórban.* A gégegümőkór könnyebb és súlyosabb alakjait kezelte galvanokaustikával; a reakció a beavatkozás után nem nagyon intenzív; az ezen eljárással szemben fennálló bizalmatlanságot nem tartja igazoltnak. A postoperatív vizenyőtől való félelem nem indokolt, mert mindig csak nagyon mérsékelt. A postoperatív reactio rövid tartamú. A Krieg, Mermod és Luc által ajánlott erőlyes kauterezést fekélyesedés és sarjképződés eseteiben, míg a Grünwald ajánlotta mély galvanopuncturát kisebb-nagyobb beszűrődések ellen alkalmazza. Hangsúlyozza, hogy úgy a galvanokaustikát, mint minden más helyi kezelést az általános kezelésnek kell kísérnie lehetőleg sanatoriumban, abszolút hallgatással. Eseteiben a fájdalmak és nyelési nehézségek enyhülését észlelte és két esetben a teljes helyi gyógyulás reményét igazoltnak látta.

Gavello (Turin): *idegen testet távolított el a gégeből 20 hónapos gyermekben.*

Gavello (Turin): *A gégefedő daganata.* Az eltávolított daganat angiofibroma volt, melynek készítményét bemutatja.

Gavello (Turin): *Rhinopharyngeális fibromák kezelése fibrolysinnel.* Három esetben fibroma, egy esetben fibrosarkoma volt jelen. A daganatok szövetébe fibrolysin fecskendezett. Jó eredményekről számol be; az eljárást a modern therapia haladásának tekinti.

Citelli (Catania): *Elsődleges garatgangraena.* Két esete halálosan végződött, a harmadik esetben az antistreptococcus-serum alkalmazása gyógyulásra vezetett.

Citelli (Catania): *A mandola adenocarcinómája.* Esetében a kiirtás után három évvel állott be a recidiva, ugyanazon oldalon a nyelv gyökén.

Ónodi (Budapest): *Angioma uvulae.* A nyelvsepon ritka az angioma. A mogyorónyi daganatot a lágyyszájpad ereinek lekötésével és submucosus érzéstelenítéssel thermokauterrel távolította el. A szövettani vizsgálat is angiomát derített ki.

Ónodi (Budapest): *heveny homloküreggyuladással szövődött meningitis serosa* gyógyult esetéről, valamint mellkasi daganat okozta gége- és szemzavaroknak egy esetéről számolt be.

Ónodi (Budapest): *az orr-eredetű szem- és agyvelőszövőd-ményekről* ötven vetített kép kíséretében tartott előadást, röviden ismertette az orrbajok okozta agyvelőszövőd-mények és látás-zavarok kóroktanát és saját idevonatkozó vizsgálatainak eredményeit; fejtegette a kérdés klinikumát és sebészi gyógykezelését is.

Citelli (Catania): *A bal homloküreg pyocelleje sipolyképződéssel.* Eljárásával a megnyitott homloküreget 5% jodoformot tartalmazó, 46 C⁰-ra megmelegített paraffinnal töltötte ki és a sebszégeket összevarrta. A beteg meggyógyult és a kozmetikai eredmény is jó. Betegét megfigyeli és jövő alkalommal újra beszámol róla.

Melzi és Cagnola (Milano): *Laryngotracheostomia.* Három gyógyult esetről számolnak be, melyekben légesömetsszével, laryngofissióval, chordectomiával és tágitással a szűkületeket megszüntették.

Cagnola (Milano): *Bárszingba jutott pénzdarabok.* Három esetben oesophagoskopiával távolított el lenyelt pénzdarabokat a bárszingból.

Gradenigo (Turin): *Tracheostomia.* Két esetről számol be, mindkettő műtéttel gyógyult. Az egyik esetben bujakór, a másik esetben heveny gyulladás okozta a gégeszűkületet.

Mengotti (Venezze): *Epilepsziás convulsiók orrtamponálás következtében.* Két 10 éves gyermekben kagylómetsszés után tamponálást alkalmaztak. Fél órával a műtét után szemforgatás, a törzs és végtagok rángásai és göresei, szapora érverés és eszméletlenség. A tampon eltávolítása után az összes tünetek elmúltak. *Ónodi.*

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Chirurgie des Gehirns und Rückenmarks. Nach eigenen Erfahrungen von Prof. **Fedor Krause.** I. Band. Urban u. Schwarzenberg, Wien und Berlin. 1908. 12 M.

Ezen valóban gyönyörű könyv első részét teszi egy munkának, melyben *Krause* az agy és gerinczagy sebészete körül szerzett gazdag tapasztalatait feldolgozni szándékozik. A most megjelent első részben az agysebészet általános elvei és az agyon végzett műtétek technikája vannak leírva. Kezdi a trepanatio, nevezetesen a koponyaüreg osteoplastikus megnyitásának leírásával, részletesen foglalkozva annak különböző fázisaival, a fedő lágyrészektől, esontból, emissariumokból, durából, sinusokból történő vérzés megelőzésével és csillapításának módjaival; külön fejezetet szentel a kétszakaszos trepanationnak, melynek, különösen súlyosabb agyműtét eseteiben, előnyt ad, továbbá a kisagy, hemisphaerák és a sziklacsont hátulsó felszínes feltárásának. Azután sorra veszi az agyburkokon és agyon levő különböző kóros állapotok által igényelt műtét eljárássok különleges technikáját, sorba véve az arachnoidea-oedemat, az agynak és burkainak cystáit, az agyburkon, az agykéregben és a velőállományban ülő daganatok eltávolításának módját, az agytályogok megnyitását, a koponyaalapon ülő daganatok feltárását, a hypophysis-daganatok, a hátulsó koponyagödörben ülő különféle daganatok (kisagy, acusticusmag, arachnoidea daganatai) kiirtásának technikáját. Majd az agyműtétekhez való előkészítés, utókezelés, sebcumplectiók, altatás stb.-re vonatkozó tudnivalókat adja elő; kiegészítik a kötetet a craniocerebralis topographiára, a koponya Röntgen-vizsgálatára, a decompressiv trepanatióra, az agy- és lumbal punctióra vonatkozó fejezetek. A szerző úgyszólván kizárólag saját tapasztalatainak gazdag tárházából merít; az irodalmi adatokat, véleménykülönbségeket csak futólag említi, annál élénkebben és érdekesebben van minden tétel a szerző által észlelt és operált esetekkel illusztrálva. Az előadás modora könnyű, világos és oly megnyerő, hogy az ember nehezen teszi le kezéből ezt a minden ízében kiváló munkát, melynek értékét és szépségét még számos szép metszet és festmények után készült 25 színes tábla is emeli. Hasonló jó és instructív munka az agychirurgiáról még nem igen jelent meg és II. kötetének valóban nagy várakozással nézünk elébe. *Pólya.*

Új könyvek. *P. Reichel:* Lehrbuch der Nachbehandlung nach Operationen. Zweite Auflage. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 12 m. — *Schott:* Akute Überanstrengung des Herzens und deren Behandlung. Vierte Auflage. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 2 m. — *J. Zanietowski:* Kompendium der modernen Elektromedizin. Wien, F. Deuticke. 7 m. — *M. Kassowitz:* Der theoretische Nährwerth des Alkohols. Berlin, J. Sprin-

ger. 1 m. — C. Bachem: Unsere Schlafmittel. Berlin, A. Hirschwald. 2 m. — W. Brügelmann: Die Migräne, ihre Entstehung, ihr Wesen und ihre Behandlung. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1.60 m. — H. Burger: Was leisten die Röntgen-Strahlen in der Rhino-Laryngologie. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 5 m. — P. Maas: Die Sprache des Kindes und ihre Störungen. Würzburg, C. Kabitzsch, 2.80 m. — Delangre: Indications opératoires dans les affections de l'estomac. Paris, Vigot frères, 5 fr. — Stodel: Les colloïdes en biologie et en thérapeutique. Le mercure colloïdal électrique. Paris, Vigot frères, 6 fr. — Albert: La méthode de Bier dans les suppurations otiques et mastoïdiennes. Paris, Vigot frères, 3 fr.

Lapszemle.

Belorvostan.

A bélműködés újabb keletű vizsgálmódszereivel foglalkozik A. Schmidt. A mint előadásában mondja, főtörekvése az volt, hogy a gyakorlóorvos kezébe oly egyszerű s bárhol kivihető módszert adjon, mely tiszta áttekintést nyújt, úgy a bél, mint a tápcsatornával összefüggő nagy mirigyek működéséről. A próbareggeli mintájára Schmidt az egész tápcsatorna működésének megítélésére az úgynevezett próbadietát ajánlotta, melyet az ép tápcsatorna játszva, a beteg csak hiányosan tud feldolgozni. A próbadieta, melyet 2-3 napon át nyujtunk a betegnek, a következő: reggelire $\frac{1}{2}$ liter tej, tea, vagy kakaó lehetőleg sok tejjel, ehhez egy zsemlye vajjal s egy lágy tojás; a második reggeli: egy tányér zableves tejjel vagy rántott leves; délnél $\frac{1}{4}$ font apróra vagdalt s vajjal félig kisütött marhahúst kap a beteg, melyhez egy adag áttört burgonyapépet adhatunk; délután ugyanazt adjuk a betegnek, mint reggel tojás nélkül; este $\frac{1}{2}$ liter tej, egy zsemlye vajjal s 1-2 lágy tojás nyujtható. Esetleg vörös bor, kávé, bouillon s estére vagdalt ürühús is megengedhető. A széklet a dieta megkezdésétől számított harmadik napon lehetőleg frissen vizsgáljuk. A próbadieta után nyert normális szék rendszeren formált, félkemény, világosbarna s pusztá szemmel vizsgálva, kóros alkatrészt nem ismerhetők fel benne. Ha mogyorónyi mekkoaságú részletet vízzel sűrűn folyó masszává eldörzsöljük, akkor is teljesen egyneműnek látszó s legfeljebb itt-ott ismerhetők fel benne barnás pontok, melyek fehér kenyérből, zablisztból, esetleg kakaóból származnak.

A bélsárpróbanak illetén, vízzel sűrűn folyó masszává való óvatos eldörzsölése az egész vizsgálatban a legfontosabb s már ez úton is felvilágosítást nyerhetünk a kérdéses esetben az emésztés-zavar mineműségéről. Csak az a fontos, hogy a bélsár eldörzsölése lassan s pontosan történjék. A mi a próbakeszt után nyert székletét eldörzsölésekor leggyakrabban szemünkbe ötlük, az a kötőszövet- s inrészeket maradványa, melyet sárgás-fehér színe, rostos szerkezete s tömött összeállása révén a bélnyalaktól könnyen megkülönböztethetünk. Kétes esetben mikroszkop útján nyerhetünk felvilágosítást. Egyes kötőszöveti rostokat már normális székletben is találhatni, ha azonban nagyobb számban láthatók, akkor a gyomor-emésztés hiányos. Ugyanis egyedül a gyomornedv tud nyers kötőszövetet megemésztetni. Oly esetekben, a melyekben a próbakeszt utáni székletét kötőszövetet tartalmaz, hypo- vagy achyliaival állunk szemben. Csekélyebb mennyiségű kötőszöveti rost a gyomor más-nemű működészavarai, így a chemismus megváltozásával nem járó atoniában, sőt hyperaciditásban is található. Van a kötőszöveti lenteria olyan alakja is, melyben a gyomortartalom vizsgálata semmi-nemű abnormitást sem mutat s mégis azt kell mondanunk, hogy a gyomor működése kóros, mert hisz épen a kötőszövet az, a melyet normális gyomor könnyen megemészt. A mint a fentebbiekből látható, a gyomorműködés zavarai, melyek mellett a székben kötőszövetrészek jelennek meg, nem csak egy okra vezethetők vissza s az emésztetlen kötőszövet-részeket arra is figyelmeztetnek, hogy a bélbántalmak tulajdonképeni kiinduló pontja sokkal gyakrabban, mint hinnénk, a kóros gyomorműködés; e helyütt példakép csak a gastrogen hasmenésekre akarunk utalni. Erre következtethetünk különben a székben található bakteriumflórából is, sarcinák, élesztő-sejtek, tejsavbacillusok s flagellaták jelenlétéből s abból, hogy az ilyen esetekben mutatózó bélzavarok például gyomormosással egyszerre megszüntethetők.

Sokkal ritkábban található a szétdörzsölt bélsárban izom-szövet maradványa, mely a vékonybélbeli emésztés zavarára vall, a mi abból is kitűnik, hogy egyszerű achyliaiban a székletben kötőszövet ugyan tömegesen található, emésztetlen izom-részlet azonban nem. Az izommaradványokból a vékonybéli emész-

tés zavarának a mineműségére azonban nem következtethetünk. Tudjuk ugyanis, hogy a trypsin fehérjeemésztő képességét a vékonybélnedv kinaseja által történő activáltatása útján nyeri s így a vékonybélnedv ezen hatásának kiesése már elegendő arra, hogy szenvedjen az izomemésztés. Az azotorrhoea leggyakoribb oka azonban mégis a pankreaselválasztás zavara. Lehetséges azonban az is, hogy az élénk peristaltika folytán az idő az izomrostok megemésztésére nem elég; Nöthnagel az ilyen nagyfokú bélmozgás-zavart *jejunalis diarrhoeának* nevezi.

A pankreas működés-elégtelenségének körjelzésére azonban még más segédeszközök is vannak, így a Sahli-féle glutoid-próba s az úgynevezett magpróba. A Sahli-féle próba diagnostikus értéke negatív, vagyis az alapján csak arra tudunk következtetni, hogy a pankreas működése valószínűleg normális. Ezzel szemben a szerző által ajánlott úgynevezett magpróba pozitív diagnostikai támpontot nyújt. Alapelve, hogy míg a gyomornedv nyers kötőszövetet emészt, a sejtmagvakat a pankreasnedv emészt meg; ha tehát a bélsár vizsgálatkor emésztetlen sejtmagvakra akadunk, bizony következtethetünk a pankreas működésének elégtelenségére. A próba kivitele következőképen történik: Nyers marhahúst mintegy $\frac{1}{2}$ cm.-es kockákra vagdaltunk s alkoholba tesszük el. A próbadieta alkal-mával 1-2 napon keresztül délnél e kockákból, miután vízzel kimostuk, pár darabot gaze-zacsókóba kötve adunk a betegnek. A bélsárban ezen gaze-zacsókóra könnyen ráakadunk s már most pontos vizsgálatnak vethetjük alá tartalmát. Normális körülmények között a nyers hús szövetének szerkezete elmosódott s magvak nem ismerhetők fel benne. Ha ellenben a bélben időzés legalább is 6 órát tett ki s mégis felismerhetők a sejtmagvak, bizony következtethetünk a pankreas működésének elégtelenségére. Alkalomadtán a szétdörzsölt székben jodtintura hozzáadása mellett keményítőrészeket is találhatni, melyek jobban a beteg által elfogyasztott burgonyából származnak. Lehetséges ugyan, hogy mikroszkopi keményítőrészek normális körülmények között is megjelenhetnek a próbakeszt élvezete után; a nagyobb keményítő-tartalom, de különösen a már pusztá szemmel való vizsgálatkor is felismerhető keményítőrészek azonban kóros bélműködésre vallanak. Ilyen esetekben a vékonybél emésztés-zavara nem ritkán csakis a keményítő emésztésének hiányos voltával jár s az amyolysis belsecretio elégtelenségeként fogható fel, a mennyiben sem a nyáleválasztás, sem a pankreas működés-zavara a keményítőkihasználást nem befolyásolja. A vékonybél nedvéről ellenben tudjuk, hogy igen erős amyolysises tulajdonsága van. A keményítő-lenteria további következménye a béltartalom abnormis erjedése, mely a bélsár úgynevezett utóerjedéséről, savi reakciójáról alapján, vajsavra emlékeztető szagáról ismerhető fel. Normális friss bélsárból thermostatban 24 óra alatt egyáltalában nem vagy alig képződik erjedés gáz, és sem kinézése, sem reakciója szembevető módon nem változik meg.

Az erjedés dyspepsia típusos eseteiben az erjedés a friss bélsárban képződő gázokból is felismerhető már s jellemző, hogy a szénhidratoknak a táplálékból való elhagyása után egyszerre megszűnik. Az erjedés dyspepsiával szembeállíthatónak vélték az úgynevezett rothadásos dyspepsiát, melynek alapoka a fehérjeemésztés elégtelenségében volna keresendő. Az újabb vizsgálatok azonban azt mutatják, hogy ily esetben nem a bevett táplálék bomlik, de a kóros bélsár által elválasztott nyálka, geny s vérsavó rothad meg. A Schlossmann-féle vizsgálatok is a mellett szólnak, hogy felnőtt egyén székébe oldott fehérje csakis a bélsár által elválasztott savból kerül oda s nem a fel nem szívódott és visszamaradó táplálékreszekből származik. E kérdés fontos gyakorlati jelentőségű, mert épen ezek az esetek azok, melyeket ideges hasmenés diagnózisával az egyik orvos a másikhoz utal. Bizonyos ugyan, hogy idegbefolyás élelkihetheti a bélperistaltikát, a szerző nézete azonban mégis az, hogy az úgynevezett ideges hasmenések nagy többsége a felsőbb bélrészek rejtett katarrhusain s könnyebb izgalmi állapotain alapszik. Önként adódik a kérdés, hogy vajon nem valamely rothasztó bakteriumnak van-e nagyobb szerepe az említett körképek előidézésében, vagy pedig a táptalajnak elválasztási zavarok, illetve exsudatív folyamatok révén való megváltozása segíti elő másodlagosan bizonyos bakteriumflóra fejlődését. Úgy-látszik azonban a táptalaj teremti meg a flórát és nem megfordítva.

A mondottakból látható, hogy a gyomorműködés kóros voltából származó zavarok a vékonybél megbetegedése s a pankreas elégtelensége útján létrejöttéktől a szék vizsgálata útján megkülönböztethetők. A bélnek azonban még más működése is van, nevezetesen motorius, resorptív s excretorius.

A mi szempontunkból a bél motorius működése rendkívül fontos. Eddig a szokványos székrekedést a bél hiányos működésének tulajdonították. Lohrich s a szerző vizsgálatai tarthatatlanná teszik ezen álláspontot. A bél működésének pontos táplálékkihasználási kísérletekkel egybekötött vizsgálata azt mutatja, hogy úgy az atoniás, mint a spasmusos szokványos székrekedésben a bélsárnak nemcsak víztartalma csökkent, hanem szilárd alkotórészei is akár felényire fogynak. A mikroszkopi vizsgálatkor emésztetlen ételmaradékokat alig találhatni benne és mészszappantartalma is csökkent. Ezzel ellentétben ép béltractusú egyénekben mesterségesen opiummal előidézett obstipatio mellett a bélsárnak csak a víztartalma csökkent. Strasburger vizsgálataiból kiderült továbbá, hogy a székrekedésben szenvedők bélsárának bakteriumtartalma is szembevetően megfogott, mivel jól összeegyeztethető az, hogy az obstipatióban szenvedők bélsára utóerjedést nem mutat. A mondottakból következik, hogy idült székrekedés mellett első sorban a táplálék kihasználása túljó. Ez az oka a bakteriumok megkevesbedésének s viszont a bélbeli bakteriumos erjedés hiánya folytán kimaradván a peristaltika természetes ingere, csökkenni fog a bél motoros működése is. A peristaltika lassubodása a habituális obstipatio kapcsán tehát tulajdonképpen másodlagos, az elsődleges momentum tulajdonképpen a chemismus megváltozása. (Deutsche med. Wochenschrift, 1908. 23. sz.)

Halász Aladár.

Sebészet.

A typhusos cholecystitis sebészi kezeléséről ír Quénu az irodalomból összegyűjtött esetek kapcsán. 30 esetet talált, a hol a typhusos cholecystitis okozta genyedés és perforatio még a typhus folyamán szükségessé tette a sebészi beavatkozást. Öt esetben a beavatkozás egyszerű exploratív laparotomia volt, mely appendix vagy vékonybélperforatio felvétele alapján történt s melynek alkalmával a betegség tulajdonképpen helyét nem ismerték fel — a beteg meghalt, ép úgy az is, a kin egyszerű subhepatikus tályognyitás történt; kétszer az epehólyagot a sértetlen bőrön át pungálták — egy beteg meghalt, egy gyógyult; 17 cholecystostomia közül 13 gyógyult, 4 meghalt; 5 cholecystectomy közül 4 gyógyult és 1 meghalt. Az összes 30 operált közül tehát 11 (36%) halt meg. Míg azonban a 8 tökéletesen operált esetből 7 meghalt, azon 22 esetből, mely rendszeren el lőn látva, csak 5, vagyis 22% halt el, a typhusos cholecystitis és epehólyagperforatio műtévének statisztikája tehát jobb, mint a typhusos bélperforatióé. A műtétet epehólyaggenyedés és átfürödés indikálja. Az epehólyag genyedése mellett a lokális tünetek súlyossága, a leukocytosis fogvallani, és mellette szól az is, ha köre jellegzetes symptomák mentek volt előre. Epehólyagperforatio mellett a fájdalmak hirtelen keletkezése, intenzitása és a perforatióval járó általános jelenségek szólnak. A követendő műtési eljárás általában a cholecystostomia lesz, csak ha az epehólyag perforált, falai szakadékonnyak, nyálkahártyája fekélyes, érdemel az epehólyagi kiirtás, a cholecystectomy előny.

Tizennégy esetet gyűjtött az irodalomból, a melyekben a typhusreconvalescentia folyamán képződött epehólyaggenyedés és perforatio miatt történt a műtéves; ezekből 10 gyógyult, 4 (28.5%) meghalt. Ezen utóbbiak közül 2-ben az epehólyaghoz a műtét közben nem is nyultak. Egyik esetben a májhilus táján ülő tályog lőn megnyitva, a másikban pedig csak az appendixet keresték, az epehólyag megbetegedésére nem is gondoltak. Tehát tulajdonképpen csak 12 olyan eset van, a hol a kórkép által indikált műtési beavatkozás történt, ezekre 2 halál esik (1 peritonitis, 1 toxæmia 23 nappal a műtét után) vagyis 16.6%. Ezen, az irodalomból vett esetekhez fűz még egy kiadatlat, melyet Cavaillon és Leriche észlelt s melyben a typhusreconvalescentia utáni reconvalescentia folyamán történt a cholecystostomia. Asphyxia miatt tracheotomiát kellett végezni s a beteg a tracheotomia sebéből kiinduló sepsisnek esett áldozatul. (Le journal médical française, 1908. 8. sz.) Pólya.

A functionális vesediagnostikáról szóló érdekes cikkben Haberer és Clairmont főleg a phloridzinpróba diagnostikai

értékével foglalkozik, arra az eredményre jutva, hogy e próbának sok hiánya van, a mennyiben anatómiai laesiókról (tuberculosis góczok, kövek, nagy daganatok), ha kellő mennyiségű functionális parenchyma van jelen, nem ad felvilágosítást, ellenben az indicatio-felállítás szempontjából jó szolgálatot tehet, ha a cukorrelválasztás a benhagyandó vesében a normális időben keletkezik; csalódást csak akkor okozhat, ha a cukorrelválasztás később jelenik meg 30 percenél. Kisfokú késésekből ugyanis nem szabad a vesefunctio hiányosságára messzemenő következtetéseket vonni, hanem meg kell ismételni a vizsgálatot. Különböző tudásunk jelen állása mellett a vesediagnostika összes segédeszközeit minden esetben meg kell próbálni s a klinikai vizsgálat methodusokat kombinálni kell: az ureterkatheterismus által elkülönített kétoldali vizelet fagypontjának és százalékos hugyanymennyiségének meghatározásával, az indigo-carmin-próbával s a cukor időbeli megjelenését és százalékos mennyiségét figyelembe vevő phloridzinpróbának végzésével. (Mitth. a. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir., XIX. 2. sz.) Pólya.

Az ovariumoknak gyomorcarcinomával kapcsolatos rákos megbetegedéséről ír A. Sittenfrey. 2 esetben vizsgálta gyomorrákban elhalt nőknek látszólag ép ovariumait mikroszkopice és mindkét esetben talált a makroszkopice rákra semmi gyanút nem keltő ovariumokban az egyiknek felületén, a másiknak hilusnyirokpályáiban számos kis rákmetasztasist. Megelőzőleg már ismertetett egy esetet, a hol gyomorrák petefészekrákkal járt együtt és Kausch is többször látott gyomorrák kiirtása után ovariumrákot fejlődni. Ajánlja gyomorrákműtétek kapcsán az ovariumok eltávolítását is. (Mitth. a. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir., XIX. 2. sz.) Pólya.

Szülészet és nőorvostan.

Ovariectomia a szülés után ezímen ír közleményt K. Hartmann a kölni bábaképző intézetből. A petefészek-daganatok a szülést ermeszetes menetében ritkán zavarják. A kölni intézetnek az utolsó tíz testendőről való szülészeti anyagában (24 ezer szülés) csak egy olyan petefészek-daganat fordult elő, mely a szülés rendes lefolyása elé akadályt gördített. Ebben az esetben a kismedenczébe szorult és repedőfélben lévő nagy tömlős daganat miatt hasmetszést kellett végezniök, a mikor is a méhhez és vékonybéllel összekapaszkodott, 8 liter véres folyadékot tartalmazó cystát kiirtották, majd a sebet steril kendővel befödve, a farfekvésben elhelyezkedett élő, érett magzatot kihúzták. A méh kiirtését követte a szabad hasvíz kitörése és a has zárása. Különösebb aggodalomra a daganatnak több helyütt elhalt falzata adott okot. A műtét után a második napon hashártyagyulladás tünetei jelentkeztek, miért is a hasat újból megnyitották s belőle 1/2 liter folyadékot kitörölve, drain-eső alkalmazása mellett zárták a sebet. Az asszony egy hónap lefolyása alatt teljesen meggyógyult.

Ha a szüléskor egy a kismedenczébe szorult daganatot találunk, eljárásaink a következők lehetnek: a daganat feltolása, kisebbitése, lecsapolása, végső esetben a has megnyitása s a daganat kiirtása. E módszerek közül az illető eset természete szerint válogathatunk, de mindenkor óvakodnunk kell attól, hogy a szülés befejezését erőszakoljuk, mielőtt még magával a daganattal rendbe nem jöttünk. Mac Kenon kimutatása bizonyítja, hogy mily nagy halandósággal jár ilyen esetekben a szülés erőszakolása. 183 ovarialis daganat esetében fogókísérlet után 57%, fordítás után 35% volt a halálozás. A daganat feltolása a kismedenczéből legtöbbször sikerül, ha csak a szülés még nincs előrehaladott állapotban. Lehetetlen a daganat felemelése, ha a környezetével összenőtt. Lehetetlen akkor is, ha igen terjedelmes, feszes s megrepedésétől tarthatunk. A megrepedés következtében nagy bajba jut a beteg. Hashártyagyulladás és vérzés fenyegeti az életét. A lecsapolás — ha cystával van dolgunk — rendszerint biztosítja a szülésnek magától való lefolyását. Többszörösen tömlős daganat a sikert mindig kétségessé teszi. A kisebbitő módszerrel csak a méhrepedés létrejöttelének vetünk gátat. A daganat továbbra is a hasban marad, magában hordva az egészen el nem hártott veszedelemnek minden csiráját. Ha a daganat fala gangraenás, a hashártyagyulladás lehetősége hatványozott. Sokkal biztosabb alapokon nyugszik a gyógyításban az a módszer, a melyet Fritsch ajánl: a hátulsó Douglas megnyitása, a cysta lehúzása, falzatának pontos kivarrása és meg-

pungálása. Legbizonyosabb valamennyi ilyenkor követni szokott eljárás között a hasmetszés. Ez elkerülhetetlen, ha a daganatot alulról, a hüvely felől nem lehet megközelíteni. A daganat kiirtásakor az erek gondos leköttetése fontosabb, mint bármikor. Tudnunk kell, hogy a szülés után a méh megkisebbedése az alákötések lecsúszására vezethet. Célzerű tehát a magzat megszületése után — különösen a méh melletti ereket — ismételve lekötöni. Hohl azt indítványozta, hogy végezzünk előbb császármetszést s csak azután fogjunk a daganat kiirtásához. A császármetszés — a szerző szerint — csak ott engedhető meg, a hol más mód a beszorult daganat kiszabadítására nem áll rendelkezésünkre. Ilyen esetben a császármetszés történjék úgy, a mint azt Frank csinálja: extra-peritoneálisan. Ritkaság, hogy ennek a szüksége fennforogjon. Legtöbbször elérjük a célt nélküle is s ha egyszer a daganatot a hasüregből kivettük, a méhszaj gyorsan tágul és a szülést csakhamar vagy akár azonnal befejezhetjük. Vita tárgya lehet, vajjon olyankor, a mikor a daganat falán elhalásokat látunk, zárjuk-e a hasat, avagy pedig drainezzük a has sebén át, esetleg a hüvelyboltozaton keresztül. (Medizinische Klinik, 1908. 40. sz.)

Avarffy Elek dr.

Császármetszés és lumbalanalgesia cím alatt ismerteti O. Polano a Hofmeier-klinikának négy esetét, a melyekben a császármetszést gerincvelőérzéstelenítésben végezték. A műtét alatt az érzéketlenség tökéletes volt, a befejezendő szer nem hatott károsan a magzatokra, a méh kifogástalanul működött. Ezen tapasztalásokkal szemben meg kell emlékeznie hét olyan esetről, a melyekben a császármetszés chloroform-narcosisban történt s a melyek közül négyben a méh munkája rendkívül hitvány volt, jól lehet a szülőknek a műtét előtt is, meg a műtét alatt is nagy adagokban kaptak ergotint. Abban a meggyőződésben van, hogy ezekért az atoniákért határozottan a chloroformot kell felelőssé tenni. Ha majd észleléseiket más intézetek is megerősítik, a lumbalanalgesia a császármetszéskor is igen jól alkalmazható eljárás lesz. (Münch. mediz. Wochenschrift, 1908. 22. szám.)

Avarffy Elek dr.

Venereás bántalmak.

Az arsojodin gyógyító értékéről nyilatkozik A. Hintz, a ki kísérleteit Finger tanár klinikáján végezte. A kombinált jód-arsenes therapiát már régóta alkalmazzuk a különböző bőrbajok ellen. Az „arsojodin” tehát nem új felfedezés, hanem csakis a kombinált jód-arsenes kezelés számára igen alkalmas, állandó készítmény. A készítmény a jodnatriumnak arsenessavval való keveréke és üvegutakban pilulaalakban kerül a forgalomba. Egy-egy pilula 0.001 gm. arsenes savat és 0.12 % natrium jodatmot (=0.096 gm. tiszta jód) tartalmaz. A szerző a készítményt 150 betegen próbálta ki. Ezek közül a legtöbb lueses volt, de akadtak bőven psoriasisos, anaemiás betegek is. A kúra kezdetén a beteg naponta 3 szemet kap belsőleg. A pilulák számát fokozatosan emelhetjük (pl. naponta 1 szemmel), a míg a napi maximális adagig, 30 szemig jutunk. Mérgeztüneteket a szerző sohasem tapasztalt. A készítmény jó hatását a következőkben foglalja össze: 1. A beteg még a nagyobb adagokat is kitűnően tűri. 2. A pontos adagolás lehetősége nagy előnyére szolgál a készítménynek. A készítmény segélyével jóval nagyobb mennyiségben adható mindkét gyógyszer, mint a hogy az más alakban lehetséges. 3. A nagy adagok nyújtása azért lehetséges, mert a készítmény sohasem okoz sem jodismust, sem pedig arsen-intoxicatiót. A szerző értékesnek tartja az arsojodint már csak azért is, mert mai nap, az atoxilos kezelés elterjedésének idejében, módunkban áll a készítmény segélyével oly mennyiségben az arsen a szervezetbe bevinni, mely az atoxylkezelés útján esetleg már veszedelmessé válhat. (Wiener klinische Wochenschrift, 1908. 29. szám.)

Guszmán.

Fülörvostan.

A siketnéma hallószervének vizsgálata, tekintettel a működésképessegre. A régebben eszközölt vizsgálatok a módszerek hiányossága miatt tökéletlenek voltak. Főleg hiányzottak a statikus labyrinthre vonatkozó adatok, azért G. W. Mackenzie dr. a bécsi cs. és kir. siketnéma-intézet növendékeit a mai tökéletesített vizsgáló módszerek segélyével végigvizsgálta. Összesen 51

egyént vizsgált meg, kiket a labyrinthváltozások szerint a következő csoportokba osztott:

	össze- sen	veleszületett siketség	szerzett siketség
I. Tökéletes siket és érzéketlen statikus labyrinth	15	3	12
II. Hallásmaradvány és érzékeny statikus labyrinth	20	7	13
III. Tökéletes siketség és érzékeny statikus labyrinth	9	7	2
IV. Hallásmaradvány, de érzéketlen statikus labyrinth	7	1	6

Az eredmény tanúsága szerint a statikus labyrinth (a vestibuláris rész) ugyanazon ártalom behatására ellentállóbb, mint az acustikus labyrinth. A különbség azonban nem olyan nagy, mint az eddigi anatómiai vizsgálatok alapján (nevezetesen torzszülötteken) várható lett volna. A legfeltűnőbb lelet a labyrinth pars inferiorának degeneratív sorvadása (a mely a veleszületett siketségnek jellegző lelete); ez azzal magyarázható, hogy a pars superior, mint phylogenetice idősebb rész, az intraembryonálisan keletkező ártalmakkal szemben (fejlődési akadály) ellenállóbb, mint a származására nézve ifjabb csiga. Ez a veleszületett siketiségre nézve tökéletesen érvényes, és a vizsgált anyagban is (tökéletes siketség a statikus labyrinth ingerlékenységének megtartásával) 9 eset közül 7 eset congenitális siketiségre vonatkozik.

Ezzel ellentétben a postembryos időszakban támadt ártalmakkal szemben a statikus és az acustikus labyrinth ellenálló-képessége között lényeges különbség nincs; vagyis a cochleáris apparatus (csiga, csigaideg és ganglion spirale) csak kevésbé gyakrabban pusztult el izoláltan, mint a vestibuláris (statikus) labyrinth az idegeivel és ganglionjaival együtt. Számításba veendő azonban az a tény is, hogy a siketnéma-intézetből vett anyag a valódi viszonyoknak nem felel meg teljesen, mert itt olyan esetek, a melyekben tönkrement statikus labyrinthrészt van a hallásképeség megtartásával, a dolog természeténél fogva nem szerepelhetnek. Ezen betegek szédülésben és egyensúlyzavarokban szenvednek, tehát idegklinikára kerülnek, a honnan már közöltek is néhány idevágó esetet (Neumann, Frankl-Hochwart).

Igen sok olyan eset fordult elő, melyben úgy az acustikus, mint a statikus labyrinth teljesen el volt ronesolva, s az egyensúly-zavar is (Romberg +) erősen kifejezett volt. Ezen esetek egyikében sem jelentkezett szédülés a legerőteljesebb forgatásra sem, és természetesen nystagmust sem lehetett kiváltani. A szédülésnek és a nystagmusnak ezen hiányát azért tartja fontosnak a szerző, mert világosan bizonyítja, hogy a szédülés és a nystagmus nem következményes tünetek a labyrinthbeli egyensúlyzavarnak, hanem csak kísérője és el is maradhat.

A vizsgált esetekben az egyensúlyzavarok mérése a következő módokon történt: 1. egyenes vonalban való mozgás (járás, szaladás, ugrálás) három fő irányban, nyitott és csukott szemmel; 2. vizsgálat goniometerrel (különböző irányban ferde síkon állás). Ezen methodusok az ivjáratok izgatását kizárják, s így a talált egyensúlyzavarok az impulsusok kiesésére vezetendők vissza, melyek normálisan a vestibularis ideg végződéseiből (macula sacculi et macula utriculi) származnak. Ezen még nem teljesen bebizonyított következtetést lehet levonni abból a tényből is, hogy a klinice és anatomicus megvizsgált eseteknek egy csoportjában az egyensúly-zavar foka arányos volt a vestibulum destructiv folyamatának a fokával. És ez meg is felel a Breuer-féle elméletnek az utriculus- és sacculusbeli idegvégzódések élettani jelentőségéről, mely szerint a jelzett idegvégzódésekből kiinduló impulsusok adják meg a testnek és a fejnek egyensúlyban maradását a tér három fő irányában.

A vestibulumbeli hártás zsákokcsák idegvégzódéseinek működése csak kísérleti úton volna pontosan megoldható. Eddig azonban kísérleti úton nem sikerült elváltozásokat létrehozni a vestibulum-ban úgy, hogy az ivjáratok is ne sérüljenek. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde, LVI. kötet, 2. füzet.)

Udvarhelyi dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Eulatin elnevezéssel új számárhurutellenes gyógyszer jött forgalomba, a mely előállítója szerint (Chemisches Institut Dr.

L. Oestreicher, Berlin) amidobrombenzoösavas dimethylphenylpyrazolon. Fehér, csaknem szagtalan, gyengén savanykás ízű por, a mely 0.1—0.5 grammos adagban rendeltető 3—4 óránként. Adható poralakban, vagy kevés málnaszörppel rázókeverék alakjában. Neumann tanár berlini poliklinikáján Friedmann 61 esetben használta és 46 esetben határozottan kedvező hatását látta, a menyében valóoldódó és görcsoszlató tulajdonsága folytán a rohamoknak úgy a száma, mint az ereje csökkent. (Medizinische Klinik, 1908. 43. szám.)

Chloasma és szeplő ellen Gaucher a következő oldatot használja: Rp. Hydrargyri bichlor. corros. 1.0; Zinci sulfur., Plumbi acetici aa 2.0; Aquae destill. 250.0; Alkohol 50.0. M. D. S. Kávéskanálnyi mennyiségével reggel és este meg kell mosni a kóros bőrterületet, közben pedig zink-kenőcsöt alkalmazunk. (Journ. d. prat. 1908. 5. szám.)

Lépfene-pustula gyógyítására Ungar a következő eljárást használja: a pustulát befödi 1 gramm thymol és 100 gramm oleum olivarium keverékével átitatott vattával, a melyet naponként kétszer újít meg; a vizenyős környezetre borogatást tesz 30/0-os liquor aluminii acetici-vel. A láz sokszor már 12 óra múlva megszűnik s a vizenyő is gyorsan visszafejlődik. (Medizinische Klinik, 1908. 47. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Klinikai füzetek, 1908. 11. füzet. Donath Gyula: Fejezetek az alkoholizmus tanából.

Gyógyászat, 1908. 48. szám. Kanitz Henrik: A leukoderma syphiliticáról. Kiss Gyula: A Wassermann-féle syphilisreactio elméletéhez.

Orvosok lapja, 1908. 48. szám. Tóvölgyi Elemér: A hangzavarok okairól és nyilváníulásáról.

Budapesti orvosi ujság, 1908. 48. szám. Parassin József: Súlyos stomatitis gangraenosa toxica esete a Beck-féle bismuthpastás kezelés után. Loránd Leó: A lumbal punctio diagnostikai értéke gümös agyhártyalobnál. „Fürdő- és vizgyógyászat” melléklet, 4. szám. Frey Ernő: Az izgalmi állapotok hydatikus kezeléséről. „Bőr- és bujakórta” melléklet, 3. szám. Veress Ferenc: A cutis verticis gyratáról. Goldner Viktor: Heveny periostális tályog erythema nodosum-szerű metastasisokkal.

Vegyes hírek.

Kinevezés. Sárdi Elemér dr. tövisi járásorvost az államvasutak igazgatósága pályatorvossá nevezte ki. — Gáspár Ferenc dr.-t a kereskedelemügyi minster az állami munkásbiztosító hivatal létszámába ideiglenes minőségben orvossá nevezte ki.

Választás. A székesfőváros tanácsa Rotter Henrik dr.-t, Derera Henrik dr.-t és Winternitz Arnold dr.-t az Erzsébet-szegényházhoz, Konrád Jenő dr.-t pedig a budai szegényházhoz rendelőorvossá választotta. — Lusztig Sándor dr.-t Rattkón, Fodor Fülöp dr.-t pedig Mórágyn kör-orvossá választották.

Gühr Mihály dr. fürdőorvosi működését Tatra-Széplak téli sanatoriumában december 1-én megkezdte.

A budapesti orvosi kör országos segélyegyletéhez segélyért folyamodók kérvényeiket december 15.-éig küldjék be Pauer Károly dr. titkárnak (Budapest, IX., Lónyay-utca 17).

Máramaros vármegye közpórházában — a mint azt Szilágyi István dr. kórházigazgató évi kimutatásában olvassuk — 1907 ben összesen 3287 beteget ápoltak. Egy betegre 23.79 ápolási nap esett. Legnagyobb volt a belgyógyászati esetek száma (1031), követték őket a bujakóros esetek (839). Elmebeteg 210-et ápoltak. Sebészeti műtétet 424, nőgyógyászati műtétet 33 és szemészeti műtétet 5 esetben végeztek; az operáltak közül összesen 7 halt meg.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület október hóban 862 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 767 szállítást végzett, 144 esetben mint mozgóórság szerepelt és 17 esetben vaklármia miatt vonult ki; az október havi működési főösszeg tehát 1790.

A szabadkai önkéntes tüzoltó-testület mentő-osztálya október hóban 120 esetben működött.

Meghalt. Mindszenti Hirkó László dr., Pestmegye nyugalmazott tiszti főorvosa, 76 éves korában november 26.-án. — B. Anger dr., professeur agrégé a sebészetből a párisi egyetemen. — T. Anderson dr., a nőorvostan tanára Louisville-ben. — Félizet dr., a párisi sebésztsárság főtitkára. — A. Ball dr., valaha a belorvostan tanára New-Yorkban.

Kisebb hírek külföldről. Heidelbergben a Jurasz tanárnak Lembergbe költözésével megüresedett gégeszeti tanszéket nem töltötték

be, hanem Kümmel tanárt, a filorvostan tanárát bízták meg azzal, hogy a gégeszetet is előadja. — A bostoni Harvard-egyetemen A. Christian dr.-t a belorvostan tanárává nevezték ki. — A belorvostani tanszéket Nantes-ban Monnier dr.-ral, Rouen-ban Brunon dr.-ral töltötték be. — A philadelphiai női orvosi egyetemen H. L. Hartley doktornő a sebészet tanárává nevezték ki. — Haeckel tanár Jenában, a híres természettudós, a folyó félév végével nyugalmába vonul. Haeckel, a ki 75. életévében van, 27 éves korában lett magántanár és most már 43 éve rendes tanára az állattan és összehasonlító bonczolástannak. — A bécsi egyetem III. belorvostani tanszékére unico loco A. Strümpel boroszlói tanárt jelölte a tanári kar. — A Pettenkofer-szobrot a napokban állították fel Münchenben.

Az egyetemi tandíjkérdés rendezése Bajorországban. Bajorországban is követték Poroszország példáját s rendeletben megszabták, hogy a mennyiben az egyetemi vagy műegyetemi tanár évi tandíjjövedelme 6000 márkánál többre rug, a tanár a többletnek csak a felét kapja, a másik fele az egyetem fenntartásával járó költségek fedezésére s a magántanárok jutalmazására fog fordíthatni. Az új szabályzat 1909 január 1.-én lép életbe s természetesen a már kinevezett tanárokat nem érinti.

A német urológiai társulat II. congressusát április 18.-ától 22.-éig tartják Berlinben. Targyalásra a következő két főkérdést tűzték ki: 1. Urológia és gynaekologia; referensek: Stöckel és Wertheim. 2. A nem gümőkóros genyes vesebajok; referensek: Zuckerkandl és Casper.

Amerika az alkohol ellen. Az „Alkoholizmus” legutóbbi száma szerint az Egyesült-Államok 45 állama közül 8-ban van eddigelő törvény útján betiltva az alkohol készítése és eladása. Ha hozzáveszszük még a többi államnak azon városait és helységeit, a melyeknek községi betiltási joguk van az alkoholra nézve, s a melyek e joggal éltek, mondhatjuk, hogy az Egyesült-Államoknak majdnem a felét kitevő részén, 40 millió lakossal, van az alkohol fogyasztása törvényileg és hatóságilag betiltva.

Varrat nélküli ujjvegekkel bíró műteti keztyűt hoz forgalomba Ludwig Cohn, Chemnitz i. S. A keztyűt már sok orvos használja és előnyben részesíti a gummi-keztyű felett, mert használat után többször lehet kifőzni és több ízben használni.

Jodlecithin Richter nagy jodtartalmánál fogva (320/0) felette alkalmas oly esetekben, a hol hosszú időn át kell jodhatást kifejteni, mint asthma bronchiale, chronikus emphysema, arteriosclerosis eseteiben, torpid lueses megbetegedésekben. Gyorsan szívódik fel a szervezetben. A jodlecithint a gyermekpraxisban ott alkalmazzák, a hol a mirigyek duzzanata és bizonyos dyscrasiás hajlam áll fenn. Pilulák alakjában kerül forgalomba.

SZÉCHENYI-TELEPI SANATORIUM az Erzsébet királyné-ati villamos végállomásánál, igazgató-főorvos Schnier György dr. Felvétetnek ideg- és kedélybeteg, neurastheniás, hysteriás, ki-merülési esetek, alkoholisták, morphinisták. — Sürgöny: Budapest. — Posta: Budapest, Széchenyi-telep. — Telefon 79—72. — Prospectus. 4859

Kopits Jenő dr. testgyenesítő intézetét VIII., Gyöngygyűk-utca 14. sz. alá (Rókus-kórház közelébe) helyezte át.

Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete. Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógmódok.

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

RÁDIUM fürdő és ivókúrák, esúz, köszvény, neuralgiáknál. Hévízi iszapkúrák. Lipótvárosi vizgyógyintézet V., Báthory-utca 3. Dr. Farkas Márton.

Dr. MÜLLER VILMOS a tátraházai tüdőbeteg-sanatorium főorvosa
SAN-REMOBAN (Corso Garibaldi 25) rendel. Prospectus.

San-Remo Téli klimatikus gyógyhely az olasz Rivierán. Mindennemű felvilágosítással szolgál Hasenfeld Oszkár dr., San-Remoi magyar gyakorlóorvos. Via Roma 43. Casa Roggerino.

SZOPTATÓS DAJKÁK orvosilag megvizsgálva és megfigyelve állandóan kaphatók Orvosi Dajkavizsgáló Intézet. VI., Andrassy-út 84. Telefon: 93—22.

ERDEY Dr. Sanatoriuma Budapest, IX., Bakács-tér 10. Nőbetegek és szülönők részére.

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

Arányi Gusztáv dr., mint gyakorló fürdőorvos rendel Karlsbadban, Sprudelstrasse, „Goldener Helm” háznál, április 20.-ától október elejéig; nevezettnek Budapesti orvosi laboratoriuma október elejétől április 15.-éig van nyitva (IV., Koronaherceg-utca 18. I. em.). A laboratoriumban vegyi, gőresővi és bakteriologiai vizsgálatok végezhetnek.

Dr. Stein Adolf RÖNTGEN-LABORATORIUM. VII., Rákóczi-út 26. földsz. I. Telefon 112—95.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXIII. rendes tudományos ülés 1908 november 21-én.) 902. l. — Közkórházi Orvostársulat. (XI. bemutató ülés 1908 november 4-én.) 903. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya. (1908 október hó 31-én tartott XIX. szakülés.) 904. l. — Szemlévények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 905. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXIII. rendes tudományos ülés 1908 november 21-én.)

Elnök: Bókay Árpád. Jegyző: Verebely Tibor.

Sarcoma corporis ciliaris.

Barlay János: A 40 éves nő-beteg ez évi november 10.-én azzal a panaszszal jelentkezett az I. sz. szemklinikán, hogy körülbelül három hónapja romlik jobb szemének látása és azóta észreveszi, hogy jobb szeme fehéren barna foltok támadtak.

A következőket találtuk: Jobb szemének látása $\frac{5}{7}$, majdnem teljes. A látótér nasalis odalán körülbelül 20° -nyi öblösszélű kiesés van. Bal szemén a látása teljes.

A jobb szemén kívül és felül számos tág, kanyargó lefutású episclerális ér látszik, melyek a cornea szélét nem érik el. A cornea szélétől kifelé, közel a limbushoz, féllencsényi s ettől kisebb kölesnyi, barna színű, alig kiemelkedő folt látszik a szemteke kötőhártyája alatt. A szem halvány. Corneája ép. Az elülső csarnok külső fele sekélyebb. A szivárványhártya külső fele kissé előretolt. A pupilla atropintól tág, nem szabályosan kerek, a külső iv lelapított. Oldalsó világításnál látjuk, hogy a pupilla külső felében, a lenese mögött körülbelül félborsónyi, dudoros felszínű, barnás-vörös, bőven erezett daganat nyúlik be az üvegtestbe, melynek tetején kis toldalék látszik. Szentükörrel vörös visszfény nyerhető, kivéve a daganatnak megfelelő helyen, a hol ívelt határu árnyéket kapunk.

Ez esetben kétségtelenül daganattal van dolgunk, mely a corpus ciliareből indul ki, beemelkedik a szem belsejébe és előre-tolja az irist. Ha gyuladással eredésű volna, a szomszédos részek is részt vennének a gyuladásban. Sarcomának azért tartjuk a daganatot, mert a corpus ciliareből kiinduló daganatok legnagyobb része sarkoma, de e mellett bizonyít az is, hogy a szemteke kötőhártyája alatt a corpus ciliare tájának megfelelően barnás foltokat találunk. E tájon tudniillik tág kivezető emissariumok vannak, ezek, valamint a nyirokpályák mentén gyakori a pigmentált sarkomasejtek vándorlása és így a sarkoma terjedése is.

A beteget azért mutatom be, mert aránylag ritkán van alkalomunk ciliáris daganatot ilyen korai időszakban észlelni. E daganatok már igen korán letölthetik az irist a ciliáris széléről és betörnek az elülső csarnokba. Ezt makroszkopi készítményen demonstrálhatom. Noha jó a látás, a szemnek minél előbb eltávolítása szükséges, annál is inkább, mert csak így remélhető, hogy más szervekben (tüdő, máj) metastasisok nem fognak keletkezni.

Goldzieher Vilmos: A sugártestsarkoma korai tünetére kíván figyelmetni. Ez az, hogy az elülső csarnok alján kis melanosisos dudor emelkedik már olyankor, a mikor a szentükörrel a daganatot még nem láthatjuk a szem belsejében. 45 éves hivatalnok ezen alapon diagnosztizálta a bajt; a szemet enucleálta. Tíz év múlva tabeszes tünetek jelentkeztek, melanomák voltak a bőrben és a gerincezvelében.

A prognózis tekintetében érdekes, hogy nagyon ritka a helyi recidiva, hanem metastasisok keletkeznek a tüdőben, májban, lépben, ellenében a gliomával, mely éppen korai helyi recidivával válik végzetessé. Óvatossá kell lenni a prognózisban, s mielőtt biztos a diagnózis, ki kell venni a szemet. A daganat tovaterjedése is érdekes, minden esetben az erek és idegek mentén, az emissariumokban kis daganatgócok vannak.

Grósz Emil: A bemutató nem kívánt a sarkoma prognózisára kitérni, de ha Goldzieher felemlítette, a szülő is tesz néhány megjegyzést. Ismeretes, hogy a mikor Fuchs monografiája megjelent, rossz volt a sarcoma chorioideae prognosisa. Csak 6% maradt életben.

Szülő 10 év előtt a szemklinikáról közölt 29 esetből álló sorozatot, melyből 5 év múlva 33% még életben volt. Tehát a prognózis kedvezőbb, kétségtelenül a korai diagnózis és enucleatio folytán. Ezért fontos a bemutató, hogy a gyakorló orvosok figyelme a korai diagnózisra felhívassék.

Osztózik szülő Goldzieher nézetében, hogy a korai enucleatio sem biztosít a korai recidiva ellen, bár vannak késői metastasisok is. Paltauf említ esetet, melyben 20 évvel az enucleatio után állott be a halál. Goldziehernek a helyi recidivára vonatkozó megjegyzéseit is osztja. Csupán az epibulbáris sarkomák szeretnek lokálisan recidiválni. Az intrabulbáris kis gócok is gyorsan terjednek kifelé.

Pólya megfejtette azt a jelenséget, hogy miért jelentkezik uveális sarkoma esetén néha olyan korán másodlagos glaukoma, a mit a szemtekében levő daganat nagysága nem indokol. Pigmentemboliák vannak a csarnokzugban, melyet kitöltöttek és így okozzák a glaukomát.

Ujból hangsúlyozza a korai diagnózist és a korai operálást.

Vetelés művi megindításának esete.

Lovrich József: A terhések perniciosus hányásának osztályozására elfogadja a Williams ajánlotta beosztást. Williams három alakot különböztet meg: 1. a reflex-hányást, mely a nemi szervek betegségeiből, például a méh helyzetváltozásaiból, endometritisből stb. ered; 2. a neurosisos hányást hysteriás, neurastheniás asszonyokon, a kiknek nemi szerveiben és környezetükben nincs szervi elváltozás, sem megmérgezés, nincs az organismusuk; 3. a toxæmiás hányást, melyet a vizeletből, annak ammoniak-coëfficienséből lehet körjelezni. Williams hívta fel a figyelmünket arra, hogy míg normálisan a terhések vizeletében 3—5% az ammoniak-coëfficiens, addig ez a coëfficiens a toxæmiában 10—20% is lehet.

Ezen az alapon diagnosztizálták az I. sz. női klinikán perniciosus hányás egy esetében a toxæmiát s művi vetélést végezve a terhesség 2. havában, a semmi más módon meg nem szüntethető hányás elmúlt, s a súlyosan beteg asszony meggyógyult. A IP-n a beteg állapotára való tekintetből egy ülésben fejezte be a vetélést; Hagar-tágítókkal kitágítva a méhnyakat, ujjal választotta le a petefüggelékeket. A vizelet ammoniak-coëfficiensét a klinikán terhességi hányás minden esetében meghatározzák és mind fontosabb diagnosztikai jelnek ismerik meg. Kaptak 40%-nál magasabb coëfficiens-számot is; ebben az esetben a beteget a művi vetelés ellenére is elvesztették a már kifejlődött atrophia hepatis flava folytán.

Frigyesi József: Mindig örvendünk, ha a klinikus segítségére a klinikai szempontok mellé többé-kevésbé objective megállapítható kémiai vagy fizikai jelet kapunk. Ezért örültünk a Williams-féle jelnek, mert éppen a hyperemesissal szemben nehéz helyzetben voltunk a javallat felállításakor. Megkísértettük, bár az elméleti mérlegelések alapján nem sok bizalmunk volt benne. Arról van szó, mennyiben vannak meg az említett elváltozások a májban. Sokszor megvannak, máskor halálos esetekben sincsenek meg. Mikroszkopi vizsgálatok kimutatták, hogy a májbeli elváltozások nem azonosak. Mennyiben lehet az ammoniak kiválasztás fokozódását működés-zavarnak venni? A régi klinikai tapasztalat kizárja, hogy sokat építsünk rá, de mint kisegítő jel figyelembe vehető. Az ammoniak szaporodása nem függ össze a kiválasztással. Ha savakat viszunk be a szervezetbe, szaporodik az ammoniak. Egy jel csökkentti a Williams-féle módszer értékét. Ehezökből, abstinenciákban, hányást szimulálókban az ammoniak-coëfficiens magasra száll, sokkal magasabbra, mint a minőt a toxæmiában szoktunk alapul venni. Hyperemesis minden esetben tehát fokozott az ammoniak-kiválasztás. Pflüger és mások végeztek kísérleteket, melyek kiderítették, hogy az éhező állat mája sokkal kisebb mértékben változtat húgyanyagot ammoniakká. Ez a Williams-féle módszer elfogadhatósága ellen szól.

A többi tünet mellé tehát még egy tünetet kaptunk, de ez nem toxæmiát bizonyít, hanem csak fokozott ammoniak-kiválasztást.

A Strauss-féle laevulose-próba nem vihető ki, mert per os hyperemesises asszonynak nem lehet laevulosét beadni.

Még egy pontot kíván felemlíteni. Mansfeld egyik dolgozatában kimutatta, hogy az éhező állatok tolerantiája narcoticumokkal szemben sokkal kisebb. Olyan adagok, melyeket jól táplált állatok chloralból, paraldehydből, morphiumból még eltűrtek, halálosak voltak éhező állatokra. Hyperemesises asszonynak tehát nem lehet narcoticumot adni.

Torday Árpád: Az ammoniak a szervezetben keringő mérges savakat köti meg és ezért a vizeletben kiválasztott ammoniak mennyiségéből a szervezetnek mérges savakkal (tejsav, vajsav, oxyvajsav, acetonsav) elárasztottságára következtethetünk. E savak fix alkaliakat kötnek meg, a melyek máskülönben súlyos mérgeztüneteket okoznának.

Az emberi vizeletben ammoniak csak nyomokban van.

A szervezetben képződött, a fehérje szétesésekor képződő és az abba bevitt NH_2 és NH_3 mint húgyanyag választatik ki, ha azonban a szervezetben savösszetételések nagyobb mértékben képződnek, az ammoniak kiválasztása fokozódik és ez fogja a fix alkaliak mellett a közömbösítést végezni. A diabetesben a kiválasztott ammoniak mennyiségéből ítéljük meg a szervezet acidosisát.

Az emberben vegyes étrend mellett a kiválasztott ammoniak napi mennyisége 0.6—1.0 között változik. Nővényt étrend mellett mennyisége kisebb, mint kizárólagos húsfélék étkezésekor.

Az ammoniakban levő nitrogen az összes nitrogennak 3—5%-át teszi. Tiszta hús-zsír-diéta mellett a vizelet ammoniak-tartalma jóval

nagyobb mint vegyes étrend mellett. Bár a szervezetben képződő és az abba bevitt ammoniak legnagyobb része húgyanyaggá alakul át, kis része tovább is mint olyan kering a szervezetben, s a vizeletben mint ilyen jelenik meg.

A szabad ammoniak a fehérjebomláskor és bizonyos szerves foszforösszetételekből felszabaduló ásványsavakat köti meg, a mennyiben arra a szervezetbe került és az anyagcserében felszabaduló fix bázisok (Na, K, Ca, Mg) nem elégségesek. Ha egy betegnek vegyes ételt adnak, ezeknek elégségéből szabad savak származnak, a melyeket az ammoniak köt meg, ha megkötésükre a fix bázisok nem elegendők. Az ammoniak kiválasztását sav bevitelével fokozhatjuk, alkáliakkal csökkenthetjük. Az ammoniak azonban még akkor is kering a vérben és kiválasztatik a vizelettel, ha a vizeletet sikerül alkalissá tenni. Az ammoniak egy része a vesék által kiválasztatik, mielőtt a májban húgyanyaggá alakulhatna át. Az ammoniak mennyisége a vizeletben szaporodik a máj húgyanyképző működésének sérülése alkalmával.

A míg diabetesben az ammoniak fokozott kiválasztását az acidosis, azaz a vérkeringésben megszorodott savak okozzák, addig a máj működésének kiesésekor Eck-fistulával bíró kutyákban az ammoniak szaporodása elsődleges és húgyanyag-synthesis zavarából magyarázható; ilyenkor a vizelet alkális vegyhatású, míg az acidosisban savanyú.

Kevésbé világosak a viszonyok a májbetegségekben.

Súlyos vesebántalomban az uraemiás szakban nemcsak a bőr és a nyálkahártya felületén találunk ammoniumsókat, hanem a nyálban, a gyomorban és a belekben is. A bélsárban az ammoniak mennyisége a normálisnak tízszeresét is teheti.

A terhességben az ammoniak mennyisége jelentékenyen megszorodhat eklampsia esetén, a mikor az ammoniak nitrogéntartalma 10–15 százalékig is felemelkedhetik (Zweifel). A terhesekben egészséges állapotban az ammoniak mennyiségét nem vizsgálták; mivel azonban a húgyanyag mennyisége normális, valószínűbb, hogy az ammoniak mennyisége a rendes határok között mozog és nagyobb fokú acidosis nincs. Az eklampsziában talán elsődleges acidosisal van dolgunk; erre utal az, hogy Zweifel egy esetben tejsavat is talált.

Az eklampsziában tehát a fehérjeszétesés nem történik normálisan s ezért jelenik meg a szerves sav. Ezen zavarok azonban a göresöknek inkább következményei, mint okai.

Ezen adatok alapján a terheseknek csillapíthatatlan hányásakor is az ammoniak nagyfokú kiválasztását a szervezet egyik mérgezőstünetének tekinthetjük, annál inkább, mert az egyik esetben heveny máj-sorvadás következett be, s mert nemcsak az általam idézett szerző, hanem mások is a terheseknek ilyen zavarai fennforgásakor az ammoniak kiválasztásában tetemes eltéréseket találtak. Ezek után nem lehet a szervezetnek súlyos elváltozásaira utaló anyagcserezavart egyszerű éhezési tünet gyanánt felfogni.

Tausz Béla: A dolognak gyakorlati oldalához nem ért. Az elméleti része nem olyan egyszerű. Az ammoniakoefficiens lehet elsődleges vagy másodlagos. Másodlagos pl. diabetesben, elsődleges a hepatitis interstialisban. Alkaliák nem befolyásolják. Meg kell tehát határozni, elsődleges-e vagy másodlagos, és csak azután következik az a kérdés, hogy mekkora az ammoniakoefficiens. 10–11.7oefficiens nagyon alacsony, sokkal magasabbat éveken keresztül jól tűrnek a betegek. Egy esetben 67% volt az ammoniakoefficiens, a szőlőnek voltak 16–20%-os esetei hónapokon át baj nélkül. Hogy 10–11% ammoniakoefficiens a műtét alapjául felvegyünk, korai dolognak tartja.

Lovrich József: Az ammoniakoefficiens kérdését a betegek szerzett tapasztalatai alapján hozta ide. Eddig 16–18 perniciosus hányás-esetük volt. Frigyesi csak két perniciosus hányás esetében és egy éheztetett esetében vizsgálta meg az ammoniakoefficiens.

A szőlőnek tapasztalata megegyezik Williams-éval: ha alacsony aoefficiens, nem operálnak, de ha magas, megindítják a művi vetélést. Egy 40%-osoefficienssel bíró esetben atrophia hepatis flavában halt el a beteg. Ha sokáig várunk, míg még magasabb aoefficiens, esetleg elkészünk és az atrophia hepatis flava 2–3 hét alatt elpusztítja a beteget, ezért korábban kell operálni.

A vetélést mindig klinikán kell végezni, a magánygyakorlatban ne végezzük. Mindig pontosan meg kell állapítani, hogy van-e reá szükség. Ez dönt.

Traumás eredetű retinitis proliferans.

Mohr Mihály: A balesetbiztosítási gyakorlatnak sok hétköznapi esete között néha akad egy-egy érdekesebb is, a mely tudományos kérdésekre élénken bevilágít.

Ilyen a bemutatandó eset is.

Az 51 éves bányamunkás ezen év január 6.-án sérült meg, a mikor vasdarab csapódott jobb szeméhez, s azután tovarepült. Szemhéja vérzett.

Azóta ezen a szemén rosszul lát.

Ma a jobb felső szemhéj belső felén harántirányú, egy centiméternyi, vonalas heg látszik; a szaruhártya belső-felső negyedében egy négyzetmilliméternyi szürkés heg. A pupilla középtág, renyhe; a lenese elülső tokján finom, rozsdabarna foltok. A szemhátter igen érdekes képet nyújt. A papilla külső-felső szélén számos apró, csillogó, szürkésárgas pontokból összetett, elmosódott határú, negyedpapillányi plaque van, mely széles sáv alakjában húzódik a centrumig. A macula lutea alatt közvetlenül kékesfehér, szürkés,

csillogó, félpapillányi plaque, melyből sáterszerűleg emelkedik ki egy finom rostokból összetett képlet, mely jókora (legalább három-szoros retinális arteria) vastagságú köteggé tevődik össze, s előre-húzódik az üvegtestbe, a hol a lenese közelében megint szétágazik annyira, hogy rajta keresztül vörös fényt kapunk. A centrum alatt levő plaqueból kiindulva, az érhártyában ki- és lefelé egész a periferiáig húzódó, vonalszerű, retinális arteria szélességű, fehér (átlátszó sclera) anyagiány van (ruptura chorioideae). Az üvegtestben finom zavarodások. Ez a szem ujjakat 0.5 cm.-ről olvas. A bal szem szaruhártyáján foltok, divergáló kancsalság, kézmozgást jelez.

Kétségtelen, hogy retinitis proliferanssal van dolgunk, mely Manz szerint vérzésekből származik. Itt kimutatható a trauma, mely után ezen állapot fejlődött. Igazolja a szemtanukon és szaruhártyahegen kívül az érhártyarepedés is.

A Marmorek-féle gümökórellenes serummal tett tapasztalataim.

Wein Manó: (Az előadást eredeti közléseink között egész terjedelmében hozzuk.)

Közkórházi Orvostársulat.

(XI. bemutató ülés 1908 november 4.-én.)

Elnök: Oláh Gusztáv. Jegyző: Körmöczy Emil.

A syphilis első nyilvánulása a női húgyeső belsejében.

Leopold Béla: A 37 éves asszonyt 1908 október 13.-án vették fel Róna osztályára.

Egy hét óta vizelet alkalmával csipő fájdalmat érez és ugyanezen idő óta veszi észre, hogy mindkét lágyéktáján tömött daganata keletkezett. Mintegy galambtojásnyi, porczkemény, fájdalomtalan mirigyeket találtak mindkét oldali inguino-cruralis tájon. A nemi szerveken elváltozás nincs, csupán a húgyesőnek külső nyílása látszik kissé előredomborodottnak.

A húgyesőnyílás duzzadt, vízenyős, nem hyperaemiás. A 20-as endoszkop minden fájdalom nélkül bevezethető. Az orificium mögött mintegy 1/2 cm.-nyire a húgyeső nyálkahártyája erősen duzzadt, erodált, igen vérzékeny. Mind az előtte, mind a mögötte fekvő nyálkahártyarészletek a rendestől nem térnek el.

A lágyékmirigyek porczkemény, fájdalomtalan volta nyomán támadt a kérdés, vajjon nem a syphilis első nyilvánulásával állunk-e szemben? Vagyis a syphilis betörési kapuja nem a húgyeső-e, ezen oly ritka behatoláshely? Ennek felderítése végett több irányban történt vizsgálat. Először is az említett mirigyeket pungáltuk, de spirochaetát nem találtunk. Ezután a húgyesövet tártuk fel, kaparékot vettünk s a kaparéokban típusos spirochaeta pallidát találtak: ennek alapján az antilueses kúrát azonnal elrendeltük.

Az újabb módszerekkel való szabatos vizsgálat értékét ez az eset feltűnően demonstrálja, mert a tükrö-lelet és a spirochaeta-vizsgálat oly egyénen zárta ki a Ducrey-fekélyt, a kiből a syphilis-fertőzésben szokatlan módon a tájmirigyek utóbb elgenyvedtek.

Érdekes az eset, mert a syphilis első nyilvánulását igen kivételes helyen találtuk és mert ezt a kivételes helyet spirochaeta-és tükrövizsgálattal tudtuk felderíteni és ennek alapján a lues-ellenes orvoslást idejekorán elrendelhetjük.

Vándorvесе 12 éves leányban.

Illési Aladár: Hainiss gyermekosztályáról mutatja be a következő esetet:

K. J. 12 éves leányt f. évi október 8.-án vették fel. Mult év óta vannak hasának jobb felében fájdalmai, melyek a hólyag, a köldök, illetőleg az ágyék- és keresztáj felé kisugároznak, mozgás közben fokozódnak, nyugalomban csökkennek. Az utóbbi időben ezen fájdalmakhoz étvágytalanság, émelygés, székrekedés csatlakozott.

Az erősen lesóványodott, kevésvérű leány mellkasi szerve, épek. A jobb bordaív alatt bimanuális vizsgálattal sima, gömbölydedi tömött, nyomásra kissé érzékeny resistentia érezhető, mely a légzés-mozgásokat mérsékelten követi és mind hossz-, mind harántirányban igen jól mozgatható; a colon felfújásakor a colon mögött fekvőnek bizonyul. Minthogy a májnak, epehólyagnak, colonnak

daganatát kizárhatjuk (a máj és az epehólyag daganatai a légzés-mozgásokat igen jól követik, a colon előtt fekszenek; a colon-daganatok a bélműködés zavaraival járnak, a melyek esetünkben hiányzanak), nem lehet kétséges, hogy jelentékenyen mozgékony vesével állunk szemben, a nélkül, hogy a vese szöveti változása volna jelen, a mit az ismételt vizsgált vizeletnek rendes volta, a resistentia állandó nagysága és a leányának a kórházban való tartózkodása alatti súlygyarapodása bizonyít.

A vándorvесе a gyermekkorban meglehetősen ritkán fordul elő, *Rosenthal, Stiller* szerint kizárólag leányokon észlelhető.

A vándorvесе az eseteknek egy részében veleszületett, mint azt a boncolások bizonyítják. *Philipp*s már hathetes csecsemőben észlelte. Oka a peritoneum veleszületett rendellenessége. *Simpson* szerint a peritoneum egészen bevonja a vesét és hátul valószínű mesenteriumot alkot a számára, melynek jelentékeny mozgékony-ságot kölcsönöz. A szerzett vándorvések inkább a pubertás korában fordulnak elő. Trauma, gyors lesoványodás, a vese és a szomszédos szervek daganatai, a hasüregbeli nyomás fokozódása szerepelnek előidéző ok gyanánt. *Orth* szerint a szerzett vándorvések keletkezésére is a peritoneum veleszületett rendellenességei praedisponálnak.

A beteget ágyban tartottuk, hizlító kúrának vetettük alá, a mire a fájdalmak teljesen megszűntek, s reméljük, hogy a javulást a vesét rögzítve tartó hasköti alkalmazásával állandósíthatjuk.

Ulcus perforans jejuni.

Entz Béla: A gastroenterostomia után jelentkező sebési megbetegedéseknek jellemző esetét mutatja be. Az átfúró fekély ulcus ventriculi miatt végzett gastroenterostomia retrocolica posterior után keletkezett a nyílással szemben a jejunumot, s a vékony- és vastagbél között a mesenterium gyökében fekvő üregbe vezetett, melynek falán végighúzó, alig egy millimeter átmérőjű verőér arrosiójából halálos vérzés indult ki. A halált a szívnek a nagy vérszegénységgel kapcsolatos zsíros elfajulása miatt szívhűtés okozta.

A 23 éves leány előzőleg hosszú ideig betegeskedett, 1903-ban vették fel a szent István-kórházba heges pylorus-szűkülettel, a mely miatt gastroenterostomia retrocolica posteriort végeztek rajta (Pólya dr.). A gyomornedv vizsgálata a műtét előtt (Schönheim dr.) a következőket eredményezte: próbareggeli után 200 cm³ savanyú gyomortartalom nyerhető, a szabad sósav mennyisége 31, az össz-aciditás 61. A fehérjeemésztés 25. A műtét után a beteg tíz kilót hízott ugyan, de még nyolcz hónapig betegeskedett s kórházi ápolásban részesült. 3 1/2 év múlva a beteg epigastrium-sérvvvel jelentkezett újra s ekkor ismét gyomorvizsgálatot végeztek a következő eredménnyel: próbareggeli után 300 cm³ epés gyomornedv, a szabad sósav mennyisége 25, az összaciditás 55, a fehérjeemésztés 16. A sérv operálása után (Ádám dr.) egy évig jól érezte magát a beteg, de 1907 áprilisban újra véreset hányt, fájdalmi visszatért s ezért újból felvették a kórházba, a hol harmadik laparotomiával akartak rajta segíteni (Ádám dr.), de a komplikált összenövések mellett nem lehetett megoperálni; a beteg a műtét után néhány napig tűrhetően volt, de 1908 július 12.-én hirtelen nagy anaemia mellett óriási fájdalmakat kapott, a melyek minden kezeléssel dacoltak s 8 nap alatt a beteg halálát okozták.

A fekély valamelyik műtét után bekövetkezett rögösödés (thrombosis) következménye lehetett.

Ez esettel kapcsolatban 11 csecsemőkori duodenum-fekélyről referál, melyeket a budapesti állami gyermekmenhelyben boncolt.

Schönheim Lajos: A beteg első ízben Korányi Sándor osztályán feküdt, jóindulatú gyomorfekélyből származott pylorusszűkülettel. A műtét után javult, de többször megfordult a kórházban és így került Hirschler osztályára. Többször vizsgálták a gyomor működését, részint hogy panaszainak okát kiderítsék, részint hogy található-e pankreasnedv. Katzenstein állatkísérleteket végzett, mi emberen utána vizsgáltuk és ismerttettem is az eredményt. A legtöbb esetben nemcsak epe, hanem pankreasnedv is regurgitál, a gyomor aciditása csökken, és így a műtét az ulcus oki javulatának megfelelő. A bemutatott esetben a gyomornedv aciditása 61-ről 56-ra szállott alá, pankreas-fermentumot nem lehetett kimutatni. A pankreas nedve valahogy nem folyhatott vissza. A jejunum-ulcus úgy magyarázhatjuk, hogy a savanyú gyomornedvből sav és a pepsin, melyet az epe és a pankreas nem közömbösített, a jejunumszövetet megtámadta. A savon és pepsinen kívül szükségesek még keringés-zavarok is. Tehát a gastroenterostomia után fontos, hogy a pankreas-nedv és az epe regurgitáljon.

Nagyobb mennyiségű folyadék, zsírok, szénhidrátok előmozdítják

a pankreas regurgitálását. A túlságos gyomorsav ellen alkáliás porokat adhatunk.

Pólya Jenő: A nőt, a kinek készítményeit bemutatták, csonttá és bőrre lefogyva tették át a sebészeti osztályra. A gastroenterostomia vitális indicióból történt, az eredmény kitűnő volt, néhány hét alatt 10 kgm.-ot hízott. Fájdalmi azonban sohasem multak el. Máskor gastroenterostomia után a fájdalom és a hányás tüstént meg szokott szűnni. Itt két évig eltartott, minek következtében a beteg lefogyott, majd megint meghízott. A vérhányás a műtét után már az első hónapban kiűjt. Ebből az a tanulság, hogy a gastroenterostomia helyreállítja a passagét a gyomor és bél között, de hogy a fájdalmak és a vérzés megszűnjének, erre nem biztos eszköz. Ez azért fontos, mert az indiciót folyton ki akarják terjeszteni, így pl. a Mayo-testvérek, főként a későbbi rákos megbetegedések elhárítására és a vérzések elkerülésére.

Ezen eseten még egy igen érdekes physiologiai dologról van szó. A pankreas secretióját a sósav indítja meg és még valami anyag. Pawlow és az angolok kimutatták, hogy ha a duodenumba sósavat juttatunk, egy anyag képződik, a „secretin”, mely a vérkeringésbe jutva, a pankreas fokozottabb működését okozza.

A pankreas-secretio csökken, ha sósav nem kerül a duodenumba és így nem jön létre secretin. A gastroenterostomia erre is javítólag hat. Úgy látszik, a bemutatott esetben ez a circulus nem jött létre és azért esett a beteg áldozatul a fekélynek.

Davidovits Izidor: A Rókus-kórház I. belgyógyászati osztályán egy 22 éves kereskedősegéd feküdt kivérezve, egészséges gyomor mellett, ulcus duodeni miatt. A gastroenterostomiát Herczel osztályán Fischer Ernő végezte. A beteg összeszedte magát, meghízott, 4 hét múlva távozott. Pár hét múlva újra heves vérzés jelentkezett, mely azóta még kétszer ismétlődött. Tehát a gastroenterostomiának nem volt meg a kívánt hatása.

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(1908 október hó 31.-én tartott XIX. szakülés.)

Elnök: Udránszky László. Jegyző: Konrádi Dániel.

1. Góth Lajos hasúri daganatokról referál:

a) Az egész hasat kitöltő multilocularis kystoma esete, mely klinice rossztermészetű hasúri daganat tüneteit mutatta és a melyet vidéki kórházakban 6 ízben — mint inoperabilis esetet — csapolással kezeltek. A próbaparatomiával kapcsolatosan Szabó tanár gyökeres műtétet tudott végezni. Az eset ismét igazolja Szabó tanár ama mindig hangoztatott elvét, hogy hasúri daganat kétes eseteiben sohasem szabad csapolni, hanem mindig próbaparatomiát kell végezni. A gyógyulás zavartalan volt.

b) 6500 grammos, a bal ligamentum latum lemezei közé nőtt és a méh bal szélével már csak vékony részlettel összefüggő fibromyoma, melyet a bemutató laparotomiával távolított el. A műtét alkalmával a hasüreg megnyitása után a lig. latum elülső lemezét is végig kellett hasítani, a daganatot ágyából kihámozni és több vérző eret elkötni. Toilette a lig. latum felesleges részének resectiójával, a csont összehúzásával és a lig. latum lemezeinek egyesítésével. Hasvarrás. A gyógyulás, kistokú szurcatorna-genyedést leszámítva, zavartalan.

c) Ez az eset egész sorozatát mutatja a szövödményeknek, a melyek a műtét előtt részleteikben diagnostizálva voltak. Még pedig ökölnyi fibromyomás méh, kétoldali salpingitis és baloldali ökölnyi petefészkek-tömlő. Ez utóbbi a műtét alkalmával embriomának bizonyult. A műtét amputatio supravaginalis uteri és adnexotomia bilateralis volt a peritoneum két lemezének egyesítésével. Hasvarrat. Hozzászól Szabó Dénes tanár, Makara Lajos tanár.

2. Csiky Mihály és Janesó Miklós: A Wassermann-féle syphilis-serodiagnosiról tartanak előadást. Ismertetik a reactio lényegét, kivételét és bemutatják több esetből az eredményt. Előadásukban hangsúlyozzák, hogy még nagyobb számú vizsgálatot kell végezniök, a míg a reactio értékéről nyilatkozhatnak; eddigi tapasztalataik azonban igen kielégítő, mert biztosan nem syphilitikus egyénekben egy esetben sem találtak positiv reactiót, ellenben a syphilitikusokban igen nagy százalékban.

(1908 november 7.-én tartott XX. szakülés.)

Elnök: Turesa János. Jegyző: Konrádi Dániel.

1. Gyergyói Árpád „Bronchoskopia és oesophagoskopia directa, különös tekintettel a bárzsingba és légutakba jutott idegen testekre” ezimen értekezik. Előadásában a kérdés jelen állását fejti ki, majd az eddig észlelt esetekről számol be.

25.544/1908. sz.

A nagyapócsányi kórházban lemondás folytán üresedésbe jött alorvosi állás betöltendő lévén, ezen állásra az ügyviteli szabályzat 2. §-a alapján pályázatot nyitok.

Felhívom mindazon nőtlen orvostudorokat, a kik ezen 1500 korona fizetéssel, lakással, fűtéssel, világítással és élelmezéssel javadalmazott és a kórházban való bennlakás kötelezettségével és nyugdíjjogosultsággal egybekötött állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt kérvényeiket az ügyviteli szabályzat 4. §-ában előírt módon **f. évi december hó 15-éig** hozzám nyújtsák be.

Azon pályázó, a ki közszolgálatban állott és azt megszakította vagy abbahagyta, köteles hivatalos működése időleges szünetelésének, illetőleg kilépésének okát okirattal igazolni.

Nyitra, 1908. évi november hó 24.-én.

Az alispán.

A gyöngyösi alapítványi közkórháznál a nagyméltóságú m. kir. belügy-ministerium 72.239/VII. a. 906. sz. rendeletével engedélyezett 2 (kettő) **segédorvosi állásra** — a közkórházi alapítványi bizottságnak 1908 október 24.-én 10/III. sz. alatt kelt megbízása folytán — ezennel pályázatot hirdetek.

A segédorvosi állásokkal évi 1200 korona fizetés, lakás, fűtés, világítás és I-ső osztályú élelmezés van egybekötve.

Szolgálati tartam 2 év, mely esetleg meghosszabbítható. Működési körüket az alapszabály 88. §-a írja körül.

Felhívom azon — lehetőleg nőtlen — orvostudor urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának II. 3. bekezdésében körülírt minősítésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat **f. évi december hó 15.-éig** az alapítványi közkórház igazgatóságánál nyújtsák be. Később érkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

A közkórházi segédorvosokat az alapítványi bizottság általános szótöbbséggel és titkos szavazattal választja, a választást pedig megerősítés végett az 1876. évi XIV. t.-cz. 67. §-a értelmében a főispánnak bejelenti.

Gyöngyös, 1908. évi november hó 15.-én.

Koller János dr., kir. tanácsos, igazgató.

2-2

18.296/1908.

Zemplén vármegye nagymihályi közkórházánál lemondás folytán megüresedett és évi 1200 korona fizetés, valamint a kórházban természetbeni lakás és teljes ellátással javadalmazott **alorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni szándékozókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 43., illetve az 1883. évi I. t.-cz. 1. és 9. §-ában előírt képesítettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket Zemplén vármegye főispánjához címezve **f. évi december hó 10.-éig** adják be.

Sátoraljaúj hely, 1908. évi november hó 20.-án.

Dókus Gyula, alispán.

2-2

A Rimamurány-Salgótarjáni vasmű részvény-társaság munkástársaspénztáránál Ózdon (Borsod m.) megüresedett **orvosi** (kórházvezetői) állásra ezennel pályázatot hirdettek.

Javadalmazás: évi 3200 korona nyugdíjra jogosító kezdő fizetés, évi 1200 korona személyes pótlék, körülbelül 500 korona évi jutalék, szabad családi lakás és szabályszerű fűtési illetmény.

Pályázati kellékek: egyetemes orvosi oklevél, műtői képesítés, kimutatható több évi kórházi gyakorlat.

Bizonyítványokkal kellően felszerelt bélyegtelen folyamodványok legkésőbb **f. évi december hó 10.-éig** alulírott címre küldendők.

Rimamurány-Salgótarjáni vasmű részvény-társaság.

Budapest, V., Nádor-utca 36. II. emelet.

2-2

HIRDETÉSEK.



A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

kitűnő sikerrel használtatik

vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és
köszvényknél, a cukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Szinye-Lipőci Salvatorforrás-Vállalatnál
Budapest, V. Rudolfrakpart 8

„GUAJATIN JENCS“

Sulfo-Guajacol-készítmény, mely 100 részben 7% Kal. Sulf. Guaj. és 7.050% Extr. Thym. és Extr. Tiliae-t tartalmaz.

Tuberculosis összes eseteiben, Pertussisnél, valamint influenzás tüdőgyulladásoknál, nemkülönböztetve typhusos tüdőinfiltrationál.

Antithermikus hatású.

Gyermekek is rendkívül jól tűrik.

Ára 2 korona 50 fillér.

Készítője **JENCS VILMOS** gyógyszerész,
3748 Budapest, II., Fő-utca 27. szám.

SANATOGEN

fehérsyve és phosphor bevitele

a testbe. Az oxydációs energiát

fokozza. Az anyagcserét elő-

mozdítja és ezért a leghatható-

sabb erősítőszerek egyike. Orvos

uraknak kísérleti anyagot és

irodalmat kívánatra ingyen és

♦ ♦ ♦ bérmentve küld ♦ ♦ ♦

BAUER & C^{IE}.

Sanatogenwerke,

Berlin SW. 48.

4601

LEGTÖKÉLETESBEN ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM

LYSOFORM

OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉGYES, BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT

A SOVÁNYÍTÓ KÚRÁK LEGHATÁSOSABB SZERE!

10 kg. súlyvesztés 4 héten belül az erő elgyengülése és csökkenése nélkül.

THYREOTHEOBROMINPILULÁK

Készítő: B. Fragner's Apotheke, Prag 203-III. A pilulák csak orvosi rendelésre szolgálatnak ki.

Irodalom rendelkezésre.

soványító kúráknak
Prof. Dr. V. Mladějovsky,
mariénbadi fürdőorvos előírása szerint.

Kapható minden gyógyszerárban.

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markosovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Högyes 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 Babarozsi Schwartz Ottó és Moravosik Ernő Emil szerkesztésében 3-4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Kéty Károly: Hevenyész ál-nyúltvelőbénulás és nyúltvelőbénulás egy-egy esete. Paralysis pseudobulbaris et paralysis bulbaris acuta. 907. lap.

Lichtenberg Sándor: Közlés a heidelbergi egyetem sebészeti klinikájáról. A tüdő és szív viselkedéséről abdominális beavatkozások után. 909. lap.

Tornai József: Közlés a budapesti m. kir. tudomány-egyetem II. sz. belorvosi klinikájából. (Igazgató: Kéty Károly dr., udvari tanácsos, egyet. ny. r. tanár.) A szívbetegek fizikai orvoslásmodjai. 811. lap.

Nádory Béla: Amerikai kórházakról. 914. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. *Paul Reichel:* Lehrbuch der Nachbehandlung nach Operationen. — *Marton Sándor:* Egészség-Naptár. — *Lapszemle.* Gyógy-szer-tan. *Zuelzer, Dohrn és Marver:* A „peristaltikus hormon”, a bélmozgás sajátos ingere. — *Belorvostan.* *Moeller:* A tuberculinnak s a hozzá hasonló készítményeknek belső adagolása. — *Pescarolo és Quadroni:* A typhus gyógyítása élő typhus-bacillusoknak bőr alá fecskendezésével. — *Sebészet.* *Jerie:* A tetanus serumtherapiája. — *Schnitzler:* A gyomorrák egyik típusos metastasisa. — *Friedrich:* Az egyoldali tüdőgümőkór gyógykezelése costoplastikus pleuro-

pneumolysis totalis útján. — *Orthopaedia.* *Wreden:* Actív ujmozgással bíró műkéz. — *Kölliker:* A világhozott dongaláb gyógyítása. — *Szülészet és nő-orvostan.* *F. Cohn:* A hasmetszéssel operált betegek korai felkelése. — *Bőrkór-tan.* *Unna:* Az acné pathológiája és therapiája. — *Nicolas és Jambon:* A rühösek albuminuriája. — *Veneréds bántalmak.* *R. Ledermann:* A syphilis sero-diagnostikájának gyakorlati értéke. — *A. Jordan:* A férjes nők és a családok syphilise. — *Fütorvostan.* *Wilhelm Jansen:* A középfülbeli gyökerező műtét utó-kezelése lapis-oldattal. — *Fizikai gyógyításmódok.* *Schindler:* Beteg körmök kezelése Röntgen-sugarakkal. — *Bernhard:* A napfény gyógyító alkalmazása a sebészetben. — *Kisebb közlések az orvostudományról.* *Pirkner:* Szer a húgy-hólyag izgalmi állapotainak gyógyítására. — *Levy:* A diplosal. — *Hirschlauff:* A morphinbrommethylen. 915-920. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 921. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 921.

Tudományos társulatok és egyesületek. 922-926. lap.

Melléklet. Szemészet 4. szám. Szerkeszti: Grósz Emil dr. egyetemi tanár. — F. Hoffmann-La Roche & Cie cég „Sirolin” prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Hevenyész ál-nyúltvelőbénulás és nyúltvelőbénulás egy-egy esete. Paralysis pseudobulbaris et paralysis bulbaris acuta.

Közlő: **Kéty Károly** tanár.¹

A hid- és nyúltvelő hevenyész megbetegedései ritkák és többféle okból eredhetnek. Trauma, vérzés, érelzáródás, ellágyulás, gyulladás stb. szerepelhet. A beálló tünetesoport a gócz nagysága és helyzete szerint eltérő képet mutathat. Némely esetben tisztán az agyból eredő idegekre szorítkozó zavarok keletkeznek, máskor a pyramis-pályák belevonásával kiterjedt végtagbénulások vagy érzészavarok is jöhetnek létre. Súlyos esetekben rögtön vagy rövid időn belül beállhat a halál az ott fekvő életfontos központok (lélek-zés, szív-működés központja) sérelmezése miatt, máskor javulás, sőt a vérzések teljes felszívódása után teljes gyógyulás is következhetik be.

Ezúttal a hevenyész bulbaerparalysis képe alatt jelentkezett két esetet mutatok be. Az egyik már majdnem gyógyult állapotban van, míg a másik a bénulásnak teljes képét tünteti fel.

* * *

Az első eset 32 éves betűszedőre vonatkozik. Terheltséget családjában kimutatni nem lehet. Nemi baja nem volt, de könnyelmű életet élt, szeszes italokat bőven fogyasztott. 17 éven keresztül betűszedéssel foglalkozott, az ólommérgezésnek jellemző tünetei azonban nem mutatkoztak rajta. 1906 szeptember 6-án munkaközben jobb keze és jobb lába hirtelen elgyengült, úgy, hogy munkáját abba kellett hagynia; jobb lábát járaskor maga után húzta. De négy hét múlva ismét teljesen rendbe jött. Ugyanazon

¹ Az eseteket a budapesti kir. orvosegyesület 1908 november 14-én tartott rendes ülésén mutatta be.

év november 21-én mulatozás közben lefordult a székről, öntudatát vesztette; a mentők a Rókus-kórházba szállították, hol három nap múlva ocsudott fel eszméletlenségéből, de bal karját és lábát mozdítani nem tudta, s csak másfél év múlva lett a karja és a lába ismét rendes mozgásúvá. Azután egészségesnek érezvén magát, hivatását folytatta. Folyó év szeptember hó 7-én, a mikor is egy rokona érkezésére a keleti pályaudvaron várakozott, beszéde hirtelen elakadt, a nyelvét nem bírta mozdítani. Saját lábán hazasietett, de mert sem beszélni, sem nyelni egyáltalán nem tudott, hozzátartozói újabb gutaütéstől tartva, harmadnap, vagyis szeptember 9-én klinikámra hozták. A beteg a maga lábán jött be, eszmélete teljesen tiszta volt.

A vizsgálatkor balszívtúltengés tünt ki, a környéki erek a rendesnél keményebbek, az érverés feszes, telt, rhythmusos, per-czenként 86. A systolés vérnyomás 190 mm., a diastolés 140 mm. A pulsusnyomás tehát 50 mm. higanyoszlop nyomásának felel meg. A klinikán tartózkodása alatt mindig láztalan volt. A vizelet napi mennyisége a rendesnél nagyobb, körülbelül 1800, tiszta, fajsúlya 1015, 20/100 fehérjét tartalmaz és szemcsés hengerek is találhatók benne. Cukrot azonban nem találtunk. A körjelzés tehát interstitialis nephritis balszívtúltengéssel és a környéki erek rigiditásával. Hogy e bajok létrejöttében az ólommal 17 éven át foglalkozás és az alkohollal visszaélés szerepet játszik, nagyon valószínű.

A lélekzés rendes, percenként 16.

Az ideg-izomrendszer vizsgálata. A beteg arczkifejezése stupid, az arczideg alsó ágai által ellátott izmok petyhüdtek, az orr-száj-barázda mindkét oldalt elsimult, a homlok és a szemhéj körkörös izmai azonban jól működnek. Az ajkak akaratlagos mozgása teljesen megszűnt. A beteg alig tudja nyitni a száját, ez csak annyira sikerül, hogy a két fogcsor között egy cm.-nyi rés látható. A nyelvét éppenséggel nem tudja mozgatni, élettelen húsdarabként tekszik a száj üregében. Gégebénulás is volt, a beteg csak monoton hörgő hangot tudott az első időben adni. Az alsó állkapocs passiv mozgatasakor a rágóizmok merevsége észlelhető. A légyszájpad íve mindkét oldalon mélyen áll és active nem mozgatható. A garat-reflex hiányzik. Az epiglottis nem fedi teljesen a gégét. Rágómoz-

gásokat a beteg alig tud végezni. Szilárd táplálékot egyáltalában nem tud még a szájába sem venni; ha folyadékot csepegtetünk bele, rögtön köhögésinger áll be. Beszélni egyáltalában nem tud, a hozzáintézett kérdéseket azonban hallja, megérti és jelekkel vagy írásban helyesen adja meg a választ. A szemek minden irányban jól mozognak. Kettőslátás vagy látásesökkenés egyáltalán nem jelentkezett. A szentükörrel vizsgálat ép viszonyokat mutatott. A fej mozgása minden irányban jól sikerül. A törzs és a végtagok mozgása nem tér el számbavehetően. A jobb kéz nyomóereje 30, a balé 28 kgm. Az érzés úgy az arczon, valamint a test egyéb részein rendes, a hideget a melegtől jól megkülönbözteti. Az ízérzés a nyelv mindkét oldalán kifogástalan. A pupillák fényreakciója és alkalmazkodó képessége rendes. A patella inreflexe mindkét oldalon, főleg azonban jobboldalt fokozott, ugyancsak itt a lábclonus is kiváltható. A biceps- és triceps-reflex mindkét karon egyező, nem fokozott, szintúgy a has- és cremasterreflex is. A talpreflexek kiválthatók, a jobb oldalon Babinski-tűnet mutatkozik. A hallás teljes. A bénult izmok úgy a galván-, mint a farádárammal rendes összehúzóásokat lehetett kiváltani. A lecsüngő szájszegleteken folyton nyál csurog. A beteget hosszabb ideig gyomoresővön át tápláltuk. A beteg indokolatlan nevetés-hajlandóság állott fenn, úgyszólván kényszernevetés, mely később javult állapotában is megmaradt. Strychninum nitricum fokozatosan emelkedő adagjainak bőr alá fecskendezésével kezeltük. Néhány nap múlva már kezdett mutatkozni a javulás, a mely fokozatosan haladva, egy hét elteltével a beteg már tudta a nyelvét kissé mozgatni, a száját kinyitni. Két hét elteltével a tejet spontan nyelte és vontatottan, orrhangon beszélni is kezdett. A garatreflex lassan visszatért és nyelőmozgásokat lehetett kiváltani. Az ajk körüli izmok mimikája megindult, majd puha falatokat is kezdett nyelni és október elején a nyelése teljesen visszatért; a beszéde még dunnyogó, de teljesen érthető, fűjni és fűtyülni azonban még most sem tud. Általában jól érezvén magát, október 4.-én a klinikáról távozott.

A sphincterek működése egyáltalán nem volt megzavarva. A Wassermann-féle reactio negativ eredményt adott.

A kórkép olyan, mint azt a lassan fejlődő paralysis bulbarisban szoktuk látni, melyben a facialis, a hypoglossus, a trigeminus mozgató része és a vagus accessorius bénult. Ha a jelen esetben a kórgóc helyét keressük, az eddig észlelt és közölt hasonló esetek figyelembevételével és a kórtünetek fejlődését tekintve, arra a következtetésre jutunk, hogy a gócz nem a sérült fejidegek magvait érintette, hanem felettük, tehát *supranuclearis* helyen ül; e mellett bizonyít azon körülmény, hogy a betegnek mostani baja előzetes kétszeri apoplexiás roham után fejlődött, mely insultusok mindannyiszor féloldali bénulással jelentkeztek. Jellemző az ilyen *supranuclearis* eredésű bulbaris kép alatt lezajló bénulásokra, hogy a bénult izmokban nem fejlődik sorvadás és nem változik meg a villamos reakciójuk, a mint hogy ez itt sem következett be. Továbbá jellemző tünetként észleltetett, hogy a bántalmazott izmokon néha hypertonus áll be, s csak azután jut érvényre a bénulás. Ugyanezt észleltük betegünk rágóizmáin. Értékes tünet gyanánt említhető a mimikát végző izmok túlműködése és a kényszernevetés, mely betegünkön még ma, javult állapotában is fennáll.

Ezek alapján a bántalmat *pseudo-bulbaris paralysis*-nek kell tartanunk.

A bántalomnak hirtelen, gutaütésszerű jelentkezése, de meg az előbb két ízben megvolt féloldali hűdés, a nagyfokú balszívűtűtengés, az erek rigiditása arra utal, hogy a gócz természetére nézve vérzést vagy éreltömlést vegyünk fel. E mellett bizonyít a bántalomnak gyors — 4 hét alatti — lefolyása is. Az eddig közölt esetek egy részében szintén atheromás érelváltozások szerepeltek. A mi a gócz vagy a góczok localisatióját illeti, több lehetőség jöhet számba. Az agyvelőkéregtől a fejidegmagvakhoz siető rostok bárhol meg lehetnek szakítva. E megszakítás, apróbb vérzések vagy eltömlések útján, több helyen is képzelhető, mint erre több példa ismeretes. Halipré¹ jeles monographiájában olvashatjuk, hogy a pseudobulbaris paralysis képe a legkifejezettebben akkor támad, ha a kórgócz a két putament, a nucleus lenticularis legkülső

részletét foglalja el. De lehetnek szerinte a góczok az agyvelőkéregben is, a sulcus Rolando előtt, a gyrus centralis anterior legalsó részletén mindkét oldalt. Az agykéreg vérzése vagy lágyulása az art. fossae Sylvii ágának bántalmából ered, míg a putamen megbetegedése az art. perfor. ant. megrepedéséből származik.

Betegünkön a súlyos, életveszélyes tünetek 4 hét alatt nagy fokban visszafejlődtek. Csupán az orrhangú, dunnyogó beszéd és az indokolatlan nevetésinger maradt vissza. A prognosis azonban mindméllett kétes, újbóli érrepedésektől vagy eltömlésektől mindig tarthatunk.

* * *

A második eset 36 éves mozgonyvezetőt illet. Az erős testalkatú férfi egészséges családból származik. Gyermekkorában mindig egészséges volt, míg három év előtt kemény fekélyt szerzett. Ekkor antilueses kezelésben részesült. Három ízben használt 30—30 kénesöbödörzsölést, utána pedig hosszú ideig jodkaliumot szedettek vele; erre gyógyultnak nyilvánították s azóta a syphilisnek tünete nem mutatkoznak rajta.

Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy ez év (1908) augusztus 24.-én éjjel 12 órakor vasúti szolgálatából hazatérve, lefeküdt, de már fél óra múlva felébredt és azt vette észre, hogy kissé nehezebben beszél, az arca elferdült, a szája bal felé húzódott és mindkét fülére teljesen megsiketült. Két héten át kettősen látott, jobb szeme, melyet nem tudott szembéjaival fedni, állandóan könnyezett. Járáskor kissé szédült. Eszméletét azonban nem vesztette. Baját megelőzőleg három hétig erős nyakszirttájéki fejfájásokban szenvedett.

Hallóképessége a bal fülén három nap múlva teljesen visszatért, de a jobb fülén ma sem hall, rágáskor a falatok a jobboldali fogsor és a pofa közé szorulnak, azokat onnét csak ujjával tudja eltávolítani. A rosszul zárható jobb szemén állandó conjunctivitis van. A baja kezdetén állítólag hat hétig jobb kezével ügyetlenül tudta a tárgyakat megfogni és az is feltűnt neki, hogy a bal alsó végtagján nem tudja a hideget a melegtől megkülönböztetni.

Nős, öt egészséges gyermek apja, a lueses fertőzés óta felesége nem volt más állapotban.

A beteg megvizsgálásakor a jobboldali arczideg külső ágai által ellátott összes izmok teljes bénulása állott fenn. Nevetéskor vagy fogviesorgatáskor látható, hogy a jobboldali platysma myoides gyengébben húzódik össze, mint a bal, a nyelv, a légyszájpad mozgásai és a nyelvgarat-ívek, valamint a gégefedő teljesen épek, a garatreflex szintén rendes; a nyelés szabad. A gége és légcső rendes viszonyokat mutat.

A szemvizsgálatkor kitűnt, hogy a jobb szemén a látás $\frac{5}{10}$, a balon $\frac{5}{7}$. A látótér szabad, a szemfenék ép, a jobb szemén lagophthalmus paralyticus van. A jobb szemteke kifelé kissé hiányosan fordítható az abducensparesis miatt. Kettőslátás azonban nem idézhető elő, mert a régi paresis mellett a vizsgáló szemorvos véleménye szerint vikariáló központ fejlődött a retinán. A jobb cornea érzéstelen, a reflexe hiányzik. Jobbra nézéskor *nystagmus rotatorius* mutatható ki.

Fülvizsgálat. Objectiv eltérés egyik fülön sincs. Weber balra lateralizált. A jobb csecsnyúlványra feltett hangvillát néhány másodpercig ugyanazon oldalon is hallja, majd csak a bal oldalon. Jobboldalt a légvezetés sem a magas (c, 4), sem a mély (a) hangvilla zengését nem hallja, a hallás 0. Baloldalt úgy a mély, mint a magas hangok iránti érzékenység mérsékelten csökkent. A hallás baloldalt sugó beszédre 3—4 meter. Összetett lábakkal való álláskor szédülés bal felé. Csukott szemmel való forduláskor szintén szédülés bal felé. A szaglás jó, a nyelv elülső jobb harmadán az ízérzés teljesen megszűnt. A tapintóérzés azonban a nyelv ezen területén is megvan.

A betegnek szervei, a tüdő, a szív, a máj, a lép stb. épek. A vizelet normális. A lélekzés rendes, percenként 16. A szív-működés rhythmusos, percenként 76.

A jobboldali trigeminus I. és II. ágának területén a beteg a tapintást jól érzi és jól lokalizálja. Feltűnő azonban, hogy ugyan-

¹ La paralysie pseudobulbaire d'origine cérébrale. Paris, 1894.

ezen területen a hőérzése teljesen megszűnt, a meleget a hidegtől nem tudja megkülönböztetni, és ugyanitt a fájdalomérzés is tetemesen alászállott.

A felső végtagokon sem az érzésben, sem a mozgásban eltérés nincs. Mindkét kéz nyomóereje 40 kgm. A bal alsó végtagon a tapintóérzés rendes, a hőérzés azonban teljesen megszűnt, sem hideget, sem meleget nem érez; a fájdalomérzés is majdnem teljesen hiányzik, mely tűszúrásokat sem érez. A fájdalomérzés hiánya és a thermoanesthesia baloldalt felterjedt elül a köldök magasságáig és hátul a II. ágyéksigolyáig. A bal alsó végtagon mozgási eltérés nincs, az izomerő és izomtonus rendes. A bal talpbőrreflex alig váltható ki. A cremasterreflex hiányzik.

A jobb alsó végtagon rendes viszonyokat találunk.

Villamos vizsgálat. A bénult jobboldali arcizmok farád-áramra egyáltalán nem húzódnak össze, ellenben galván-áramra nagyobb fokban, de tunyábban, mint az egészséges oldalon; elfajulási reactio van, a mennyiben már 3 milliampere erejű áramnál a bénult izmokon az anodizációs rángás megelőzi a kathodizációs rángást. A bénult izmokon még nem lehet kimutatni sorvadást.

Ha a bénult izmokat vizsgáljuk, kitűnik, hogy a jobb facialis, acusticus, a trigeminus I. és II. ága, valamint az abducens bénult; ezen idegek magvai egy csoportban a fossa rhomboideában fekszenek, fel kell tehát vennünk, hogy a kórgóc ezen körülírt helyre van lokalizálva, s így hevenyiesen támadt paralysis bulbarissal állunk szemben. Ezen felvétel mellett szól a sajátos érzésszociatio is, mint a mely főleg a pons és a nyúltvelő bajaiban észlelhető. Strümpell szerint az érzés-zavar a hurokpálya sérüléséből ered, a jelen esetben az általa elnevezett hátulsó-szarvtypus (Hinterhorn-typus), vagyis a fájdalom- és a hőérzés zavara áll fenn. A fájdalom- és hőérzést vezető rostok főleg a hurok oldalsó részeiben futnak; jellemző egyúttal a trigeminus érző ágainak együttes megbetegedése, úgy mint a mi esetünkben. Az érzés-zavar alternáló alakban jelent meg, a jobboldali arczfélén és a baloldali alsó végtagon. A nystagmus rotatorius és a behúnyt szemmel egy oldalra tántorodás Oppenheim szerint a corpus restiforme bajaiban, tehát a nervus vestibularis sérülésekor fordul elő. Az érzés elvesztése a nyelv jobb oldalának elülső harmadán a trigeminus II. ágának bénulásából magyarázható.

A bántalom apoplectiformis jelentkezése vérzésre, érdugulásra vagy poliomyelencephalitisre vezethető vissza; hogy ezeknek melyike szerepel esetünkben, nem tudom eldönteni; de minden valószínűség szerint lueses alapon fejlődött a baj, minthogy a különben erős, ép szervezetű egyénen egyéb okát kizárhatjuk, syphilise pedig 3 év előtt volt. A Wassermann-féle reactio positiv lévén, antilueses kezelést indítottam meg.

Közlés a heidelbergi egyetem sebészeti klinikájáról.

A tüdő és szív viselkedéséről abdominális beavatkozások után.¹

Közlő: **Lichtenberg Sándor** dr., a klinika volt tanársegédje, most a strassburgi egyetem sebészeti klinikájának tanársegédje.

Majdnem feleslegesnek látszó fáradság a tüdő postoperatív viselkedéséről beszélni azon sok munka után, mely az utolsó években ezen viszonyok felderítésével foglalkozott, annál is inkább, mert már-már úgy látszik, hogy a tudományos munkálkodás praktikus téren sem maradt hatás nélkül. Tekintélyes klinikák jelentései szerint a tüdőcomplicatiók száma az utóbbi időben jelentősen csökkent. Ez annál öröndetesebb, mert egy összeállításom szerint² 2176 gyomorműtét után 181 (8.31%), 1042 epeűtműtét után 20 (1.92%), 1600 sérvműtét után 15 (0.93%), 3526 golyvaműtét után 15 (0.42%) és 3280 nőgyógyászati műtét után 50 (1.53%) esetben állott be a halál postoperatív tüdőcomplicatio következtében.

¹ Előleges közlemény a német orvosok és természetvizsgálók 80. vándorgyűlésén (Köln) tartott előadás nyomán.

² Die postoperativen Lungenkomplikationen etc. Zentralblatt für die Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie, B. XI. Nr. 4—7. 1908.

Egészen természetes az, hogy morbiditási statistikák ezen complicatiókról csak megközelítő értékeket nyújthatnak, minthogy ezen statisztikai dolgozatok *retrospektív* úton készültek. Minthogy összeállításukkor a klinikai kutatás kellékei nem voltak betarthatók, nem is igényelhetik teljes bizalmunkat. Ezekben a statistikákban a tüdőcomplicatióknak egy *relatív* mennyisége van rögzítve, tudniillik azok az esetek, melyek klinikai lefolyásukban lényegüket minden kétséget kizárólag világosan feltűntették.

A tüdőcomplicatiók előfordulásának gyakoriságára vonatkozólag az adatok nem megbízhatók. Még nagyobbak azonban a nehézségek, ha ezen statisztikai munkák alapján azok természetéről óhajtunk felvilágosítást szerezni. Ezen nehézségekről egy más alkalommal volt alkalmam beszélni³ és így most arra vissza nem térhetek. Jelen dolgozatommal részben pótolni óhajtom azon hézagokat, melyeket a postoperatív tüdőcomplicatiókról való ismereteink feltűntetnek. A vizsgálatok, melyekről beszámolok, ugyanazon észlelőknek gondos, individualizáló munkája és száz hasműtét után a tüdő és szív állapotának pontos regisztrálását tartalmazták. A vizsgálatokat Müller L. dr.-ral, a heidelbergi belklinikai tanársegédével együttesen végeztem.

1908 január közepétől márczius közepéig a heidelbergi sebészeti klinika beteganyagán végeztük észleleteinket. Minden betegünk tüdejének és szívének állapotát pontosan megvizsgáltuk a műtét előtt. A vérnyomást, és pedig úgy a systolés, mint a diastolés nyomást, a *Recklinghausen-féle tonometerrel* határoztuk meg, és ilyen módon ezen vizsgálatok sebészeti betegeken az elsők, melyekben a nyomási amplitudo is minden esetben kiszámított. Több ízben volt alkalmunk ezen vizsgálatot a műtét előtt megismételhetni. Többnyire azonban csak egyszer vizsgálhattunk a műtét előtt, mert a legtöbb beteg a felvétel után másnap már operációra került. A műtét napjának délutánján betegeinket többnyire csak a mellkas elülső oldalán vizsgáltuk meg — a vérnyomás természetesen minden esetben meghatározottat —, hogy elkerüljük azon kellemetlenségeket, melyek a frissen műtettek felültetése vagy forgatása folytán támadhattak volna. A műtét utáni első napokban szintén nagy nehézségeket okozott a vizsgálat. Csakhamar megtaláltuk azonban a módját a vizsgálatok helyes mértékkel való kivételének és annál is inkább járhattunk el individuálisan, mert azt tapasztaltuk, hogy a műtét után közvetlenül jelentkező tüdőcomplicatio rendszeren a műtét utáni 5. napig még jól kimutatható, és hogy annak praegnans klinikai jelei csak ritkán lépnek fel a harmadik nap előtt teljes terjedelmükben. A vizsgálatokat az első héten többnyire naponta, azután naponta, két vagy három naponta a betegek elbocsátásáig eszközöltük, a szerint a mint azt szükségesnek láttuk. 1908 április 8.-án lett a vizsgálati sorozat lezárva.

E helyen csak számszerint számolhatunk be vizsgálati eredményeinkről. Körtörténeteinket a részletes publicatio hozza.

52 férfi-, 48 nőbeteg vizsgáltunk, 10-et a második, 24-et a harmadik, 29-et a negyedik, 18-at az ötödik, 10-et a hatodik, 8-at a hetedik, 1-et a nyolcadik decenniumban. A műtétek 35 sérv (28♂, 7♀), 23 appendicitis (12♂, 11♀), 10 gyomor (3♂, 7♀), 20 epeűt (1♂, 19♀) és 12 egyéb hasi műtét között (8♂, 4♀) oszlanak meg. Chloroformmal 15, aetherrel (csepegtető módszer) 16, chloroform-aetherrel 36 beteget altattunk. 32 esetben lokális (novocain-suprarenin), egy esetben lumbális anaesthesia alkalmaztatott.

35 esetben (I. csoport) felelt meg a műtét után felvett fizikális lelet pneumonia tüdőcomplicationak, 38 esetben (II. csoport) találtunk bronchitist illetőleg bronchiolitist és csak 27 beteg (III. csoport) volt mindennemű tüdőcomplicatiótól mentes.

A mellékelt táblázat feltűnteti a nemre, korra, műtetre, érzéstelenítő eljárásra, az anamnesisre, a praee- és postoperatív statusra és a seblefolyásra vonatkozó lényegesebb adatainkat számszerint és percentualiter, és így felsorolásuk helyett egyszerűen ezen összeállításra utalok.

³ Allgemeine Betrachtungen über die Eintheilung und Verhütungsmöglichkeit der postoperativen Lungenkomplikationen. Beiträge zur klin. Chirurgie, B. LVII, H. 2. 1908.

		Nem		Kor		Műtét						Anesztetizáló eljárás						Anamnestikai adatok		Jelen állapot a műtét előtt					
		férfi	nő	50 éven alul	50 éven felül	sérv	gyomor	epeút	vakbél	különböző	chloroform	aether	chloroformaether	helyi érzéstelenítés	lumbalis anaesthesia	előző tüdőbaj	előző szívpanaszok	potatorium	tüdőelváltozások	elváltozások a keringési szervekben	spec. vitium	különös pathologiai elváltozások nélkül	némi eltérés a normálistól	teljesen normális	
I. csoport		52	48	81	19	35	10	20	23	12	15	16	36	32	1	33	7	20	31	32	9	55	24	31	
		23	12	26	9	12	5	8	5	5	8	4	11	11	1	13	—	11	12	15	1	17	7	10	
II. csoport		19	19	31	7	13	3	7	11	4	2	7	17	12	—	11	2	7	14	10	3	20	11	9	
III. csoport		10	17	24	3	10	2	5	7	3	5	5	8	9	—	9	5	2	5	7	5	18	6	12	

Jelen állapot a műtét után:																								
		tüdőelváltozás beállta				tüdőelváltozás tartama				láz beállta				láz tartama				a complicatio						
		műtét előtt jelen volt	1 nappal utána	2 nappal utána	3 nappal utána	később	4 nap	8 nap	12 nap	több	előzőleg lázas	lázmentes	1 nappal utána	2 nappal utána	3 nappal utána	később	2 nap	4 nap	8 nap	több	jobbaldalt	baloldalt	mindkét oldalt	
I. csoport		35	5	2	33	12	9	6	6	12	1	15	6	13	16	2	1	12	12	5	3	16	12	7
		2	2	12	26	14	4	10	6	18	8	10	6	20	11	—	—	12	12	2	5	8	3	27
II. csoport		38	2	12	26	14	4	10	6	18	8	10	6	20	11	—	—	12	12	2	5	8	3	27
III. csoport		—	2	22	5	5	—	—	—	—	—	—	2	10	8	4	5	6	6	1	—	—	—	—

		Műtét		Seb		Seblefolyás		Műtét						Érzéstelenítési eljárás		Elváltozások		Az összes		A csoportban				
		aseptikus	nem egészen aseptikus	septikus	drainirozva lett	teljesen zárva	zavart	sima	sérv	gyomor	epeút	vakbél	különböző	chloroform	aether	chloroform-aether	helyi érzéstelenítés	a tüdőn	a szíven	50 éven felül	férfiak közül	nők közül	férfi	nő
I. csoport		62	27	11	48	52	77	23	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
		22	10	3	17	18	24	11	34	50	30	22	41	66	68	77	71	34	42	25	45	25	65	35
II. csoport		22	10	6	20	18	30	8	71	80	75	69	75	66	68	77	71	36	26	18	36	39	50	50
III. csoport		18	7	2	11	16	23	4	29	20	25	31	25	34	32	23	29	18	25	11	19	36	37	63

A postoperatív tüdőcomplicatióknak egy betegünk se esett áldozatul. A harmadik csoportból két beteg peritonitisben, az elsőből egy szívinsufficienciában pusztult el. (Cardiaresectio.)

Egészen röviden emlékezem meg egy pár a szívet és a vérnyomást illető megfigyelésünkről. Többé-kevésbé súlyos természetű acut szívinsufficienciát az első csoportban ötször, a másodikban és harmadikban kétszer-kétszer észleltünk. A mi a vérnyomás viselkedését illeti, az amplitudogörbe mindenfajta narcosis után esést, a lokális anaesthesiák után többnyire emelkedést mutatott. Ez a viselkedése az amplitudogörbéknek a legszebben a második és harmadik csoport görbéin tanulmányozható. Az első csoport görbéinek viszonyai kevésbé állandók. A görbe tendenciája 10—14 napig lefelé volt irányítva a narkotizált esetekben, azután csakhamar elérte kezdeti magasságát. E mellett a kezdeti és beállítási mérések maximális nyomásértékei lényeges eltéréseket mutathattak fel, úgy hogy a systolés nyomásnak egyedüli meghatározásával a vérnyomás viszonyairól bizonyítván sok esetben hamis képet kaptunk volna. Lokális érzéstelenítés után a görbe iránya inkább felfelé mozgott. E helyen nem lehetséges vérnyomásméréseink magyarázatának részleteibe belemélyedni, elég annyit megjegyezünk, hogy a vérnyomásgadozások jelentőségét esetről esetre kell megfontolnunk, ha méréseink eredményét praktikusán is fel akarjuk használni.

Észleleteinkből egynehány fontos következtetés vonható a postoperatív tüdőcomplicatiók előfordulására és természetére vonatkozólag. Ha az észlelt esetek száma talán csekélynek is tetszik az ezres sorozatokat feldolgozó retrospektív munkáinkkal szemben, tekintetbe kell venni, hogy a mi számaink lehető pontos megfigyelés szolgáltatja *absolut értékeket* képviselnek és ilyen módon alkalmasak — a mint azt czélunkul kitűztük — egységes alapul szolgálni a postoperatív tüdőcomplicatiók megítéléséhez.

Vizsgálataink fontosabb eredményei a következő tételekbe foglalhatók össze:

1. Absolut értelemben vett postoperatív tüdőcomplicatiók sokkal gyakoribban fordulnak elő, mint a hogy azt eddig a heterogen retrospektív statisztikák alapján felvevők volt, minthogy lefolyásuk sok esetben észrevétlen maradhat. Kisfokú rövidtartamú hőemelkedések asepsises beavatkozások után gyakran ilyen *occult* tüdőcomplicatióknak a következményei.

2. Az általunk talált postoperatív tüdőelváltozások egy részét nem foghatjuk fel — a közönséges értelemben — postoperatív tüdőgyulladás gyanánt. Ezen elváltozások az alapot alkotják, a melyen a szorosabb értelemben vett postoperatív pneumoniák kifejlődnek. Kedvező körülmények híján néhány nap alatt visszafejlődhetnek ezek, a nélkül, hogy a betegnek nagyobb kellemetlenséget okoztak volna.

3. A postoperatív tüdőcomplicatiók legnagyobb része közvetlenül a műtét kapcsán jelentkezik és 2, 3 illetőleg 4 nappal utána fizikális vizsgáló módszereinkkel kimutatható. Az érzéstelenítő eljárás nincsen befolyással a tüdőcomplicatiók előfordulásának gyakoriságára.

4. Az úgynevezett narcosis-pneumoniák ritkák. A legnagyobb része a postoperatív tüdőcomplicatióknak *emboliás* eredetű. Előfordulnak hypostasiás formák is.

5. A kifejezett vitium ügylátszik nem játszik aetiologice oly fontos szerepet, mint a szívizom és érrendszer aránylag jelentéktelenebb elváltozása.

6. A tüdőhatárok eltolhatóságának változásaiból a műtétet követő első napokban bizonyos következtetések vonhatók *occult* tüdőcomplicatióknak jelenlétére.

7. Az amplitudogörbe viselkedéséből — a többi felsorolt momentum szemmel tartásával — nyerhetünk bizonyos támpontokat a keringési készülék állapotára vonatkozólag, a melyeknek alapján ezen készülék therapiás támogatása czélszerű módon eszközölhető.

Közlés a budapesti m. kir. tudomány-egyetem II. sz. belorvostani klinikájából. (Igazgató: Kéty Károly dr., udvari tanácsos, egyet. ny. r. tanár.)

A szívbetegségek fizikai orvoslásmódjai.

Irta: **Tornai József** dr. klinikai II. tanársegéd.

(Folytatás.)

Néhány év óta a szívbeteg orvoslásában a mesterséges szén-savas fürdők mellett néhol *oxygenes fürdők* is használnak. Hogy

a gyógyfürdőknek ezen kiváló hatású alakja általános alkalmazást eddig még nem nyert, annak az az oka, hogy az oxygenfejlesztés ma még meglehetősen költséges eljárás. Reméljük, hogy vegyészeink e bajon talán nem sokára segíteni fognak.

Az oxygenes fürdő hatása nem minden tekintetben egyezik a szénsavasával; bárha benne is főleg a már leírt fizikai ingerek játszószék a főszerepet. A kádban fejlesztett oxygen sokkal sűrűbb és sokkal finomabb hólyagcsák alakjában lepi be a testet mint a szénsav és így a bőrre ható mechanikai és thermás ingere is sokkal élénkebb. Talán ennek tulajdonítható, hogy a bőr izom-elemei a fürdés idején kifejezetten összehúzódnak (sokszor a „lúd-bőr” ismert képe jelentkezik, de fázás nélkül). A bőr e fürdőben — ellentétben a szénsavas fürdő okozta pírral — csaknem mindig feltűnően halvány, jelölül annak, hogy a periferiás erek belvilágossága is megszűnik. Ennek ellenére a vérnyomás és a pulzus-szám csaknem mindig csökken.

Winternitz megfigyelése szerint a periferiás erek összehúzó-dása nem tonusos, hanem inkább clonusos, még pedig bizonyos rythmust követő. Ő a bőrereknek ezen szabályos összehúzó-dását találóan „a bőrszív pulsatiójának” nevezi. Mindez némileg magyarázatát adhatja azon általánosan tapasztalt ténynek, hogy az oxygenes fürdő igen megnyugtatólag hat a szív munkájára és nagyon megkíméli azt. Különben e fürdő nemesak a szív működésére, hanem általában az egész idegrendszerre is megnyugtató hatással van. A 2. belorvostani klinikán hosszabb ideig végzett rendszeres füröztetések közben sokszor tapasztaltuk, hogy oly betegek, a kik azelőtt álmatlanul, hánykolódva, vergődve töltötték éjjeleiket, az oxygenes fürdő után nyugodtan aludtak. Különösen azon betegek, volt ezen fürdő üdvös, a kiken az incompensatióknak leginkább tünetei: a dyspnoe volt az uralkodó. Volt oly betegünk, a ki azelőtt csak ülve tudott aludni és álmát a fuladás még így is sokszor zavarta: rendszeres oxygenes füröztetés után fekvő, nyugodtan aludta át az éjszakát.

Az oxygenes fürdő az érlökés számát szintén csökkenti. Hogy a szív munkáját igen kedvezően befolyásolja, abból is következtethető, hogy csaknem minden egyénen az érlökés már a fürdés kezdetén teltebbé válik; olyanokon pedig, a kiken azelőtt szabálytalan és egyenlőtlen volt, szabályossá és egyenlővé vált. Két betegünkön a radiális pulsus a systole száma mögött 2—4, de néha akár 20 lökessel is elmaradt, ezeken a fürdés alatt és után e differentia is csökkent.

Az eddig elmondottak alapján felvehetjük, hogy az oxygenes fürdő alkalmasint a vasomotorok befolyásolása révén a vérnyomást (és esetleg a keringés útjában levő akadályt), s így a szív munkáját csökkenti, másrészt pedig reflexfolyamat útján magát a szívet tökéletesebb munkára serkenti. Ezen fürdő tehát a szívet igen kimélő és egyszersmind kiméletesen gyakorló módszer.

A mi tapasztalataink szerint az oxygenes fürdő a lélekzési aktusra, a légvételek számára, dyspnoés betegeinktől eltekintve, valami feltűnő hatást nem gyakorolt. De azt minden cyanosisos betegünkön tapasztaltuk, hogy a fürdőben az ajkak, körmök kék színe, rendesen már a fürdés elején, szinte szemlátomást változott át rózsaszínűvé. Ezen üdvös hatást leginkább a fürdő vizéből felszálló, belélekzett oxygen idézheti elő, mert a színváltozás egészen hasonló ahhoz, melyet cyanosisos betegeinken akkor tapasztalunk, ha velük tiszta oxygent inhaláltatunk. A bőrön áthatoló minimális oxygen a hatásosság szempontjából szóba sem hozható.

Néhány oliguriás beteg a fürdőtől húgyhajtó hatást is láttunk. Egy-két esetünkben a szívnek passiv kitágulása (dilatiója) a fürdés alatt kimutathatóan megkisebbedett. Két Basedow-kórban szenvedő fiatal nőbetegünk tachycardiája is igen szépen javult az oxygenes fürdőkre.

Azt mondhatjuk, hogy valamennyi betegünk igen jól tűrte e fürdőt; a subjectiv állapot a fürdés alatt és után csaknem mindig megkönnyebbült. A legtöbb beteg a fürdő után kellemes álomba szenderült. Ezen okból álmatlanságban szenvedőket czélszerű este-felé füröszteni.

Az oxygenes fürdőt, leginkább azon becses tulajdonsága miatt, hogy a szív munka javításán kívül a vérnyomást csökkenti, újabban többen (Müller E., Schnütgen) még előrehaladt arteriosclerosisban is haszonnal alkalmazták. Mi súlyos arteriosclerosisos eseteinkben e fürdőtől hatást nem láttunk. Ezeken vérnyomás-

csökkenést sem tapasztaltunk. De határozott sikerrel alkalmaztuk nemcsak az incompensatio kezdetén (különösen ott, a hol nehézlélekzés, cyanosis, tachycardia, arhythmia nyomul előtérbe), hanem még előrehaladt, nagyfokú pangással járó incompensatióban is. Igen szép sikert láttunk az oxygenes fürdőkötől functiós szívneurosis eseteiben is. Siker várható még magas vérnyomással (és esetleg szívaffectióval) járó idősebb nephritis eseteiben. Általános tapasztalat, hogy az oxygenes fürdő mindenféle ideges tünetre, nyugtalanságra, izgalmakra igen megnyugtatólag hat és sok esetben igen kellemes hypnoticumnak bizonyult.

Az oxygenes fürdő, mint az eddigiekből láttuk, sokkal jobban kiméli a szívet és ereket, mint a szénsavas. És ezen becses sajátosságánál fogva oly esetekben is, a melyekben a szénsavas fürdő — akár a magas vérnyomás, akár a nagyfokú szívgyengeség, a súlyos incompensatio stb. miatt — ellenjavalt, az oxygenes fürdő esetleg még sikerrel, de mindenesetre veszélytelenül alkalmazható. Nagy előnye az oxygenes fürdőnek még az is, hogy a vízből kiszabaduló és belélekezett oxygen a betegnek szintén csak javát szolgálja, a mit a belélekezett szénsavról bizony nem mondhatunk. Egyedül oly bajokban tartanám az oxygenes fürdőt ellenjavaltnak, melyekben a vérnyomásnak káros csökkenése tapasztalható. Az oxygen fejlesztéséhez használható anyagok nem rongálják a kádat. Viszont nagy hátrány, hogy, mint említettük, az oxygen-fürdő előállítására igen költséges. *Sarason* „Ozetbad“ elnevezéssel az oxygenfürdő czéljára szolgáló készítményt hoz forgalomba, melynek beszerzési árából (nagyobb mennyiség vételkor is) egy-egy fürdőre 4 korona (!) esik. Ezen készítmény összetétele ismeretes és így, takarékosági szempontból czélszerű (addig is, míg a fürdő előállítására olcsóbb és praktikusabb módot nem tudunk) a nyers anyagot nagyobb mennyiségben, vegyészeti gyárból beszerezni. Az „Ozetbad“ ugyanis egy-egy bádog dobozban (az ilyen csomagolást is drágán kell fizetni) egy nagyobb és egy kisebb csomagot tartalmaz: a nagyobbban 300 gm. natriumperborat (fehér szemcsés por), a kisebbikben 20 gm. manganborat (sárgás-fehér por) van. A fürdő vizébe először a natriumperboratot keverjük, azután pedig a katalysator gyanánt szereplő kevés manganboratot hintjük el egyenletesen a víz színére. A natriumperborat legnagyobb része nyomban feloldódik, kis része pedig a kád aljára száll. A második por behintése után már egy percz múlva, miközben a beteg a kádban lassan elhelyezkedik, igen élénk oxygenfejlődés indul meg és a rendkívül apró (a szénsavhólyagcsánál körülbelül ötszörte kisebb) oxygenhólyagcsák a beteg bőrét, de még a kád falát is ezüstös fátol gyanánt vonják be. Az egyenletes gázfejlődés 20 perczig (sokszor tovább is) eltart. Az oxydatio terméke gyanánt képződött mangansuperoxyd a fürdő vizét csokoládébarnára festi; de ez a betegeket nem zavarja, mert csakhamar meggyőződnek, hogy a bőrüket a fürdő nem szennyezi és az esetleg képződött vékony barnás csapadékréteg úgy a testről mint a kádrol igen könnyen lemosható.

Leghelyesebb itt is közömbös hőfokú fürdővel kezdeni a kúrát és a további fürdők hőfokát, ha lehet, fokozatosan csökkenteni. A fürdetésre vonatkozó általános szabályok különben a szénsavas fürdőnél elmondottakkal nagyjában megegyezők.

Több gyógyintézetben úgy az oxygenes, mint a szénsavas fürdők készítésére, mint röviden említettük, a gyárban fejlesztett, bombákban szállított oxygent (illetve szénsavat) használják, a mit azután az e czélra szerkesztett készülékek segítségével kevernek a fürdő vizéhez. Egy berlini czég rövid idő óta igen egyszerű ily czélra szolgáló berendezést hoz „gyöngyfürdő“ (Perlbad) néven forgalomba. Ezen eszköz a kád aljára helyezhető vaskos bádoglapból áll, melybe szabályos vonalakban futó, csatornarendszerű bemélyedések vannak préselve; e csatornába vékony bambuscsövekből álló zárt csőrendszer van beillesztve, a melynek kezdete vastagfalú gummicső által az oxygenes (vagy szénsavas) bomba csapszerkezetével van közvetlenül összekötve. A csapszerkezet nyitáskor a bambuscsövek pórusain keresztül milliónyi gázgyöngyöcske nyomul a fürdő vizébe. Az eszköz könnyen tisztítható, csövei kicserélhetők. Vételára aránylag olcsó; használata mellett egy-egy fürdő állítólag csak 30—40 fillérbe (?) kerül. Nem hagyhatom azonban megemlíteni nélkül, hogy a mi tapasztalataink szerint (a melyet újabban néhány szerző észlelete megerősít) az ily gyárilag előállított és a vízbe csöveken keresztül vezetett oxygen (illetve szénsav) hatása

jóval elmarad a kádban fejlesztett, in statu nascendi ható, activ oxygen (illetve szénsav) hatása mögött.

Egy-két hivatott kutató (*Winternitz*, *Matthes*) iparkodott a szénsavas fürdő hatását különféle surrogatumokkal kiváltani. Az ily mesterkelt fürdő azonban az igazi szénsavas fürdő hatását a legjobb esetben is csak megközelítheti, de el nem érheti. *Matthes* például a vízbe terpentinből és ammoniakból (1:2 arányban) készített 150—500 gm.-nyi emulsiót kevert; vagy pedig 100—500 gm. mustárlisztet vegyített belé. (A terpentines fürdő mindössze 20—30 fillérbe kerül.) Az ily fürdőt különben a betegek (főleg ha a nemi részeknek érzékeny bőrét vaselinréteggel védjük) elég jól tűrik; a fürdőben és utána mindig fokozott vérnyomás található. De azért a legtöbb beteg maga is a szénsavas fürdőnek ad előnyt. Az ily pótló fürdőben ugyanis nem oly kellemes, egyenletes a bőringer mint a szénsavasban, hanem folytonosan fokozódó.

Hasonló elbírálás alá esnek az úgynevezett aromás fürdők, melyek többnyire valamely növényi kivonattal (illó olajjal, extractummal, például fenyőkivonattal) készülnek. Többben azt tapasztalták, hogy ezen fürdők, melyeket legsikeresebben főképp tiszta szívneurosisok ellen alkalmazhatunk, az izgatott szív munkára határozottan megnyugtatólag hatnak. Talán nem csodálódok, ha azt hiszem, hogy a hatás leginkább suggestio útján jön létre. Mindamellett jöhet eset, hogy az aromás fürdőt, akár tisztán, akár esetleg szénsavas vagy oxygenes fürdővel társítva, használhatónak fogjunk találni.

Az elsorolt fürdőalakokon kívül egyik-másik betegünkkel többször fogunk egyéb *hydrotherapiás eljárásokat* is végezni. Ezen ismert eljárások enyhe alakjait legtöbbször gyenge szívbetegjeinken, valamely rendszeres fürdőkúra bevezetésével vagy pótlásul, néha pedig a rendes fürdőalakokkal váltogatva, nevezetesen pedig az orvosszeres kezelés szünete alatt, a digitalis elhagyása után, alkalmazzuk. Az erősebben ható ily procedurákat pedig, mint szívgyakorló módszereket, erősítő utókezelés gyanánt végezzük. A hydriatikus eljárások alkalmazásának szintén főfeltétele a szigorú individualisatio, továbbá ez eljárások technikájának és hatásának lehető pontos ismerete. *Matthes*, az ismert szaktekintély és tárgyilagos bíráló, véleménye szerint főképp azon súlyos szívbetegjeiken, a kikkel rendszeres fürdőkúrát nem végezhetünk, lelkiismeretesen, pontosan végzett *hydrotherapiás eljárásokkal* még igen kedvező eredményt érhetünk el.

Ezen eljárások használata alkalmával is czélszerű mindig bizonyos megállapított, rendszeres és fokozatos gyógyterv szerint cselekedni. A szívbetegkei kezelésére vonatkozó ily gyógytervek egy példáját adja *Pospischil*, *Winternitz* tanítványa. Ő a szokásos hideg-ingerkei használatát szívkimelő és erősítő, a digitalis hatásával egyenértékű, de sokszor annál még előnyösebben alkalmazható eljárásnak tekinti. A hideg, megfelelő módon alkalmazva, a szív erejét növeli, a systolék számát csökkenti, a vérnyomást fokozza. A beteg szív ugyanis a systolék számának tartósan magas volta miatt sokkal több időt tölt erős munkában mint pihenésben; a diastole igen rövid lévén, alig van ideje a nyugalomra. A hideg alkalmazására a systole megritkul, következképpen a közbeeső nyugalmi szünetek megnyúlnak; a szív pihenése is hosszabb lesz.

Winternitz-nek és tanítványainak vizsgálatai szerint az endocarditis és billentyűhiba vagy pericarditis okozta szapora, izgatott szív működés megnyugtató hatására legalkalmasabb, ha a hideget helyileg: a szív fölé (jégtömlő, helyesebben szívhűtő-cső alakjában) alkalmazzuk. *Silva* kísérletekkel igazolta, hogy a szívnek gyuladós folyamataiban a hidegnek gyuladást szüntető hatása is van. Ideges szívizmat pedig (morb. Basedowi, tachycardia nervosa et paroxysmalis stb.) a nyakszirt-tájékra — a nyúltvelő szívecentruma fölé — helyezett hűtővel csillapíthatunk legjobban. Különben úgy a nyakszirtet, mint a szívet egyidejűleg is hűthetjük, mert a szívizmat így a leghatósabban csillapíthatjuk.

A hidegnek üdvös hatása különben a subjectiv állapot javulásában is csakhamar jelentkezik. A kínzó szívdobogás, szívtáji fájdalom, oppressio rendesen igen hamar enged vagy meg is szűnik; a beteg megpihen, könnyebben lélezkzik, nyugodtabban alszik.

Thermás ingerek az erek és szövetek tonusát is erősítik. Igen hideg ingert az egész testre egyszerre ne alkalmazzunk. A legtöbbször sikerrel végezhetjük a hűvös tagmosásokat esetleg dörzsöléseket. A hideg inger igen kiadó, mély lélekzést vált ki, elősegíti a nedvkiválasztást a bőrön keresztül, a minek különben még

hathatósabb kiváltója a nedves göngyölés és a részleges (derékig érő) gőzfürdő. Ez utóbbi eljárást azonban (melyhez hűvös leöntést és esetleg ledörzsölést is kell rendelnünk, hogy az érfal tonusának a gőz okozta elernyedését megszüntessük) csak már kissé megerősödött betegen és nagy óvatossággal végezhetjük.

Pospischil-nek említett rendelése a következő: Korán reggel tagmosás vagy ledörzsölés, még az ágyban. A délelőtti folyamán egy órán keresztül 15^o-ú szívhűtő (Leiter, Gaertner vagy Winternitz szerint) alkalmazása és pedig minden másod- vagy harmadnap hasonló szerkezetű tarkóhűtőnek fél óráig tartó alkalmazásával összekötve. A közbeeső napokon a szívhűtő és a részleges gőzfürdővel együtt adható; de ilyenkor a szívhűtőt nemcsak a fürdés idején (a mi különben csak pár percig tarthat), hanem megelőzőleg és utóbb is hosszabb ideig kell a testen tartani. Éjjelre hűvös, nedves haspólya vagy törzspólya, száraz ruhával jól beborítva, alkalmazható. Ezenkívül esetleg az alsó végtagokat is úgynevezett szalagborításba foglalhatjuk. A szalagborítás (Longuettenverband) abból áll, hogy a végtagot hideg vízbe mártott vászonszalagokkal bepólyázzuk; a csikokat vastag réteg száraz gyapottal borítjuk és ezt közönséges calicópólyával rögzítjük.

Matthes ezen előírás szerint több szívbetegét kezelte és az eredményével mindig meg volt elégedve; de azt véli, egész helyesen, hogy a gőzfürdő az előírásból elhagyható. Az előírásnál különben a szükség szerint egyebet is lehet változtatni. Tagadhatlan és többek tapasztalása is igazolja, hogy az ily enyhe bőringerek a szív munkát szintén igen erősítik, habár nem is oly mértékben mint a szénsavas fürdő. Különösen ajánlható a szívhűtés, továbbá a tagmosás, a különféle borogatások és göngyölések alkalmazása. Az utóbbiaknak igénybevételekor azonban figyelniünk kell, hogy az úgynevezett reactio: a bőr kipirulása, pontosan jelentkezik-e utánuk. Ezen reactió pír ugyanis még vízkóros végtagon is elég hamar és kifejezetten mutatkozik; de ha elmaradna és a testnek előzetes felmelegítésével sem lehetne előidézni, akkor a vízkezelésről inkább le kell mondani. Ellenben élénk bőrreactióval bíró, már kissé megerősödött betegeken később erősebb vízprocedurát is alkalmazhatunk, mint például a szívtájakra hideg legyezőzuhanyt, vagy hűvös félfürdőket (a víz alatt levő testrész dörzsölésével). Vagy végezhetjük, óvatosan eljárva, a Winternitz ajánlotta skót lemosásokat (tagmosás, hűvös és melegvizes ruháknak egymás után való váltogatásával). Ezen mosásoktól Winternitz arteriosclerosisban is, főleg a baj kezdetén, kielégítő eredményt látott. Kraus pedig hasonló esetben a skót zuhanynak helybeli alkalmazását hozza javaslatba. Különösen alkalmas ily kezelésre az arteriosclerosis egyének ischiása. Mi a 2. belorvostani klinikán hasonló kezeléstől szintén kielégítő eredményt tapasztaltunk. Azonban az alkalmazott hűvös és meleg fok között igen nagy különbség ne legyen. Legalkalmasabb, ha 10—15^o-nyi a differentia. Súlyos billentyűbajban és arteriosclerosisban nagyon meleg és hideg vagy váltogatott hőfokú procedurákat stb. alkalmazni nem szabad. Általában pedig sohasem szabad oly műveletet végeznünk, melylyel az egész testfelületet vagy nagy részét intenzív hideg (vagy meleg) éri.

Ha a beteg az enyhébb eljárásokat már szépen kiállotta, leghelyesebb a szénsavas fürdővel folytatni a kezelést. Könnyebb fajta szívzavarokban sokszor az említett vízproceduráknak kizárólagos alkalmazása is teljes sikerhez vezethet.

Több kiváló szerző ajánlja, hogy a koszorú-erők arteriosclerosis okozta angina pectoris ellen a szívre meleg borogatást (száraz vagy nedves-meleg kendőt, thermophort vagy leghelyesebben Gaertner- vagy Leiter-féle csőspirálst, melyen ily alkalommal meleg vizet vezetünk keresztül) alkalmazzunk.

A szívbeteg kezelésében sokszor vehetjük hasznát a *massage-nak* és igazán kívánatos, hogy ezen jelentékeny subjectív és objectív könnyebbedést eredményező, könnyen végezhető eljárás mentől nagyobb körű alkalmazást találjon. Bizonyos esetben az általános testmassaget, más esetben pedig a helybelit végezhetjük haszonnal. Az általános massage, ha czéltudással és a kellő kimélettel eszközöljük, különösen jó szolgálatot tesz nagyfokú vízkórság ellen. A vízenyős testrészeknek centripetális irányban (a szív felé) simításával, enyhe gyúrásával a gyűjtőerek kiürülését segítjük elő; ehhez járul, hogy az izomzat véreinek kitágulásával a keringés élénkebbé válik. A periferiás keringés frissebbülésével pedig a test belsejében, a hasnak nagy mirigyes szerveiben, a belek véreibeiben,

az aranyerekben pangó vér elvezetése s élénkebbé válik: a szív feladata megkönnyebbül. Azután pedig az érző idegek ingerlése folytán, reflexfolyamos úton egyrészt az erek tonusa, másrészt a szív munkája fokozódik.

Különösen helyén való a massage, a mikor a beteg még csak kevés activ mozgást végez vagy talán épen még ágyban fekvő. Ily esetben az izmoknak a tétlenségből származó sorvadását is távol tartja, másrészt pedig előkészíti a beteget a gyakorló eljárásokra, az activ mozgásokra. Hogy a massagenak az anyagesere élénkítésére, az általános táplálkozás emelésére, az alvás elősegítésére, az izomzat erejének növelésére mily értékes befolyása van: általánosan tudott dolog.

A helybeli massaget betegeinken leginkább a szívtájon végezzük. És pedig a szükség szerint vagy egyszerűen dörzsöljük, vagy enyhén kopogtatjuk, ütögetjük a szívtájat, vagy pedig úgynevezett vibratiót végezzünk rajta.

A szívtáj dörzsölése különösen angina pectoris és szívgyengeség esetében nemcsak subjectív könnyebbülést okoz, hanem haszna objective is tapasztalható: irregularis, szapora, felületes szív munka szabályossá, nyugodttá, erőteljessé válik. A szívtájnak ujhegygyel való kiméletes ütögetése a szapora szív működést szintén ritkábbá, a pulstust teltebbé változtatja. Az ütögetést a négy ujjunk hegyével, a megfelelő bordaközökben legfeljebb 1—2 percig s csak a vizsgáló kopogtatáskor használni szokott gyenge erővel végezzük. Sokszor a májtájéki kopogtatása is hasonló üdvös hatású. Jó szolgálattal tesz néha — különösen idegbefolyáson alapuló tachycardia ellen — a hátnak, főleg pedig az interscapuláris területnek kissé erősebb veregetése. A veregetést mindkét kezünk ujjainak élével végezzük. Szapora szív működés, pulsus-szabálytalanság a legtöbbször nyomban javul.

Székrekedésben szenvedő szívbetegeken a kellő tudással és kimélettel végzett hasmassagenak is, melyet azon czélból végezzük, hogy enyhe, könnyű székürülést eredményezzen, sok hasznát vehetjük. Természetesen az ügyetlen, durva kéz veszedelmet okozhat.

Igen megnyugtatólag hat a szívnek izgalmi állapotaira a szívtájnak *vibrálása* is. Ezt végezhetjük kézzel, vagy — még tökéletesebben — géppel. A kézzel való vibrálást ma leginkább a svédek használják, míg a géppel való vibrálás alkalmazása annyira elterjedt, hogy csak Amerikában az ily czélra szolgáló gépeknek vagy százféle típusa ismeretes. A legelső vibratorknak is a „stockholmi lángész“, Zander volt a szerkesztője és a hasonló rendeltetésű modern, tetszetős külsejű gépecskék szerkezetének lényege az első vibratortól van kölcsönözve. Az ily szerkezet legfontosabb alkotórésze egy hajlékony (a fogorvosok fűrőgépén levőhöz hasonló) zongora-drótból csavart tengely, melyet kis villamos motor hoz gyors forgásba s melynek szabad vége kis excentrumos korong segítségével hozza szabályos, gyors rezgésbe a vibráló pelottát, a mely különféle alakú és nagyságú lehet. E pelottát vagy a szegycsontra, vagy a bordákra helyezzük a szerint, hogy csak a jobb, vagy csak a bal kamrát óhajtjuk munkába venni. Továbbá vezethetjük a pelottát egész körben, simán a bimbó körül.

Ily vibratorok perezenként 800—1000, de akár 3000—8000 rezgést is tudnak leadni. Bár a legtöbb vibrator rezgéseinek száma, kitérése igen pontosan adagolható, mégis a vibrálásnak bizonyos szögletessége, durvasága el nem tüntethető. A vibratorok durvaságát néha úgy szelidíthetjük, ha a gép vibrálását a kezünkön keresztül vezetjük a beteg testére. Ez tulajdonképp a legjobb, legkimelőbb, úgynevezett *humanizált* vibrálás.

A vibratio üdvös hatása első sorban a kórosan fokozott pulsus-szám csökkentésében, a szív munkájának javításában, a vérnyomásnak enyhe fokozásában nyilvánul. Az izomzat és így a szív-izom tonusa is fokozódik. Selig ortodiagráfus felvételekkel bizonyította, hogy a vibrálásos kezelésre a szív-dilatatio visszaféjlődött; továbbá pedig az asthma cardiale és angina pectoris kellemetlen tünetei is elmúltak a szív vibrálás után.

A vibratorokat azonban nemcsak a szív betegségeiben, de más esetekben is igen sokszor nagyon hasznosan alkalmazhatjuk. A motoros vibratort különösen városokban (a hol villamos vezetékek van) már ma is igen sok orvosnak rendelő szobájában megtalálhatjuk.

(Folytatása következik.)

Amerikai kórházakról.

Utazásom jegyzeteiből.

(Folytatás.)

Most menjünk át *Chicagoba* s lássunk itt néhány kórházat.

A város délkeleti részén, a Washington Park és a Lake Michigan között, az 57.-től az 59. utcáig van az óriás kiterjedésű *University of Illinois*, melyet 1892-ben alapított Mr. John D. Rockefeller, hét millió dollárral járulván hozzá a 18 milliónyi költséghez. Körülbelül 30 épületből áll, melyek legnagyobb részét mészkőből építtek, gót stílusban. A legkülönbözőbb qualificatiókat lehet ez egyetemen elnyerni, úgymint: irodalom és művészet, általános tudományok, mérnöki tudományok, mezőgazdaság, orvostudomány, fogászat, gyógyszerstan, jog, zene stb. Az orvostant a *College of Medicine*-ben 4 évfolyamban tanítják (ezeket freshman, sophomore, junior és senior year-nek nevezik). Van 47 rendes tanár, 8 Associate Prof., 35 Adjunct Prof. és 50 Instructor, köztük több hölgy is. A klinikai előadásokat és demonstrációkat 10 különböző kórházban, a városban szétszórta tartják, úgymint: West Side Hospital, Augustana Hospital, Chicago Hospital, Baptist Hospital, Woman's Hospital, Samaritan Hospital, Alexian Brothers' Hospital, Illinois Eye and Ear Infirmary, St. Mary's Hospital és Chicago Lying-in Hospital, melyek legnagyobb részét az úgynevezett *Medical District*-ben vannak, a város északkeleti szélén, melynek centruma a Cook County Hospital, egyike a legnagyobb kórházaknak. E körül csoportosulnak a Rush Medical College, a College of Physicians of Surgeons, a Presbyterian Hospital, az Illinois Training School for Nurses, a Chicago Homeopathic Medical College stb. Az egyetem fentemlített területén a *West Side Hospital* folyosó útján áll összeköttetésben a College-zsel; 5 emeletes, szép nagy épület, modern és tökéletes berendezéssel; 125 ágya van, egy terme a szülészeti esetek számára. A *Cook County Hospital* az egyetlen ingyenes közkórház Chicagóban. Állandóan 800—1000 betege van; itt tartják legnagyobb részét az előadásoknak. 24 bennlakó és 3 künnlakó orvosa van; a bennlakók 18 hónapig szolgálnak. A hallgatók a két utolsó évben járnak e kórházba s 5 dollár lefizetése ellenében résztvehetnek az összes előadásokban, műtétek és boncolások demonstrációiban.

The Chicago Lying-in Hospital and Dispensary. 1895-ben alapították. Alapító, pártoló és rendes tagok befizetéseiből és jótékony adományokból tartják fenn. Ez intézmény áll egy kórházból, az Ashland Avenue 294. száma alatt és a város 3 különböző helyén levő Dispensary-ből. A Medical Staff áll 9 Consulting Physician-ből, 3 Attending Obstetrician-ből, 2 Associate Obstetrician-ből, 1 Assistant Obstetrician-ből (hölgy), 9 House Physician-ből és 9 különböző specialistából, úgymint kórboncoló, gyermek-, ideg-, szem-, bőrorvos stb. A Lying-in Hospital-ben, mely 1899-ben nyílt meg, 196 szülést láttak el ez évben, átlag 1.75 dollár költségen fejenként. 108 orvostanhallgató és 23 ápolónő nyert itt kiképzést a szülészeten. A Dispensary-k áldásos működése kitűnik abból, hogy a Ghetto túlszűfolt, piszkos, szegényes lakásaiban egyfolytában 3000 szülést vezettek és láttak el minden szükségességgel, a nélkül, hogy egyetlen egy nő is elhalálozott volna. Az egyik Dispensary-t (a délkeletit) teljesen a McCormick család 3 tagja tartja fenn a legnagyobb bőkezűséggel. Egy-egy anyának és gyermekének teljes ellátása szülés előtt, közben és után körülbelül 5 dollárba kerül. Ez évben 912 esetben működtek közre a Dispensary-k.

Érdekes és különleges két irányú küzdelme volt ez intézménynek a múlt év folyamán. Először is azzal rágalmazták, hogy a kórházban, érdekelt személyek költségén, hajadon nőket vettek fel, ápoltak és láttak el. Egy év alatt 196 ápoló közül 19 volt hajadon! Álszentekedő alakok ezt „a bűn támogatásának és az állami rend veszélyeztetésének” nyilvánították s ki akarták eszközölni, hogy az olyan hajadon nőt, a ki közel van ahhoz, hogy anyává legyen, vissza kell utasítani a szülő-osztályra való felvételtől. Ezzel csak több alkalmat szolgáltatott volna a bűnre, ha megfelelőleg nem gondoskodnak az anyáról és gyermekéről s az incompetens és sokszor bűnös midwife-ek karmaiba juttatják őket. De végül a Lying-in Hospital mégis elhatározta s kijelentette, hogy minden nőt — férjeset vagy hajadont — szülés esetén ellát megfelelő ápolással. A másik még különösebb s hozzá még veszélyes

támadás is a következő volt: 1903 júniusig egyetlen már működő kórháznak sem volt építési engedélye Chicagóban, mert ennek elnyerésére oly feltételek voltak előírva, melyeknek egy kórház sem bírt volna megfelelni, a környező és a szemben levő telkek tulajdonosai többségének beleegyezése lévén szükséges az engedély elnyerésére. A kórházak alapítói és vezetői ezért nem is kértek engedélyt s az összes competens factorok hallgatagon szemet hunytak. A törvény értelmében ennél fogva éveken át minden jótékony nő vagy férfi, a ki valamely kórház igazgatásában részt vett, valamint a kórházak szolgálatában alkalmazott orvosok is, ki voltak téve annak a veszélynek, hogy börtönbe jutnak, mert engedély nélküli kórházat támogatnak, ha bármikor bárkinek is az érdekében állott, hogy ez alapon elfogató parancsot adasson ki ellenük. Ezt fel is használta egy individuum, a ki a Lying-in Hospital-lel évekkal azelőtt ellenségeskedésbe jutott valami bérletre való pályázat alkalmából, s feljelentésével kieszközölte, hogy „az expansiv és prerogativ rendőri hatalom” bebörtönözte a Medical Staff egy tagját! A kórház igazgatósága felebbezett e határozat ellen és sürgette az engedélyadás feltételeinek megváltoztatását. A döntés bevárása nélkül a nevezett egyén kieszközölte az egész igazgatóság becsukását! Ilyformán kilátás lévén reá, hogy a zaklatásoknak se végük, se hosszuk nem lesz s naponként történhetnek bebörtönözések, az összes nagy kórházak igazgatóságai összeállottak s a város tanácsával azonnal megváltoztattatták a feltételeket olyformán, hogy minden kórház megfeleljen nekik; nem voltak megszorítások a kórház helyének megválasztását illetőleg, sem a szomszédság beleegyezésére nem volt szükség. Egyedül csak azoknak a kórházaknak van szükségük engedélyre s azoknak az elhelyezésük szenved megszorítást, melyek az „ártalmasok” (nuisances) rendjébe sorolhatók, mint a fertőző betegek, részegesek, epileptikusok, elmebetegek stb. kórházai. A Lying-in Hospital esőkönyös ellensége erre a szülészeti kórházra is az „ártalmasok” kategóriájába akarta soroltatni. De végül ez a gáncsvetése sem sikerült s 1903 június 8.-án a városi tanácsban a szülőkórházakat is a rendes kórházak közé sorolták, 53 szavazattal 11 ellenében!

Mary Thompson Hospital of Chicago for Women and Children. 1865-ben alapította Miss Mary Thompson orvosnő. 1885 óta az Adams és Paulina utca sarkán áll az újabb kórház, öt emeletes, nagy épület, közös kórtermekkel és külön szobákkal, modern és tökéletes berendezéssel. Ide felvesznek: szülészeti és nőorvostani, bel- és sebészeti beteg nőket és gyermekeket, kivéve fertőző és gyógyíthatatlan betegeket. Mindezeket orvosnők látják el. A külön szobák ára: 12—25 dollár hetenként, a szoba és ápolás szerint; itt a beteg választhat magának kezelőorvosul bárkit az Attending vagy a Consulting Staffból; de bármely orvos is beviheti és elláthatja a betegeit e külön szobákban. A közös kórtermekben hetenként 7 dollárt kell fizetni s a betegeket az Attending Staff egy-egy tagjához osztják be gyógykezelésre. A gyermekkortermekben 5 dollár az ápolás díja hetenként. A különleges ápolás hetenként 15 dollárba kerül. Az ápolás költségeit csak oly teljesen szegény betegnek engedik el, a ki erre írásbeli engedélyt hoz az igazgatóság egy tagjától. Hajadon szülőnők ki vannak zárva e kórházból. Kapcsolatban e kórházzal van egy ápolónőket képző iskola is, mely 1885-ben nyílt meg; 2 évfolyamú, elméleti és gyakorlati tanítással, mint már előzőleg egyebütt is bővebben leírtam. Felvesznek 23-tól 35 éves korig levő nőket, 3 havi próbaszolgálat után. Jelenleg 25 tanuló van, 20 végzett ápolónővel a kórházban. Ellátják őket uniformissal, kosztal, lakással, mosással, betegség esetén ingyen gyógykezeléssel, de ezt az így elvesztett időt utána kell szolgáltatniok. Minden évben két heti szabadság jár a tanulóknak. A kórház orvos-személyzete úgy van szervezve, hogy az Attending Staff 8 nőből áll: fősebész és nőorvos, belorvos, szülész, gyermekbelorvos és sebész, szem- és fülorvos, bőrorvos, kórboncoló, fogász-sebész. A Dispensary Staffban (naponként két rendeléssel) ez említeteken kívül még 7 orvosnő van. A Consulting Staff 24 férfiből, a House Staff pedig 8 nőből áll. A kórházban ápoló betegek száma 517; ebből 90 szülés 3 halálessel. A Dispensary-ben 2835 betegnek rendeltek, az Externe-szolgálatban pedig 563 beteget láttak el saját lakásán, ebből 29 szülést.

St. Louisban csak a *Temporary City Hotel* nevű kórházat látogattam meg, a mely azonban nem ideiglenes berendezkedésű. Régi faépület, szűk, sötét folyosókkal, falépcsőkkel és fapadozattal. A

kórtermek azonban tiszták, rendesek, nem túlszűfoltak, tiszta, fehér vaságyakkal. 450 beteg van itt bel-, sebész- és nőbetegosztályon. Szülési eset csak kivételesen fordul elő, ha nehéz vagy utcai szülésről van szó.

*Philadelphian*ban a város fenntartása alá tartozó közkórház a *Philadelphia General Hospital*, a város délnyugati részén, nem messze az egyetemtől. Hozzá tartozik az óriás területen épült *Philadelphia Hospital for the Insane*. Az előbbi több, jól felszerelt, tiszta, világos pavillonból áll, melyek azonban legnagyobb részben fából valók. A betegek ellátására 124 főorvos és 46 bennlakó orvos van alkalmazva; az elmebetegek osztályának női kórtermében 2 orvosnő végez szolgálatot. A betegek átlagos napi létszáma 4273; összesen 15,502 beteget ápoltak. Érdekes, hogy itt a kimutatásokban külön osztályozzák a fehérbőrűeket és külön a négereket. Szülés 144 volt a kórház területén levő külön szülészeti pavillonban. A főépület tetején télikert van virágokkal, pálmákkal az üdülők számára s külön egy másik a tüdőbetegek számára, hová hidraulikus felvonóval viszik a betegeket. A télikertben 60 betegnek való hely van; jótékony adakozásból van itt grammophon, újság, könyv stb. A betegek egy része papírköpcésészek készítésével tölti itt az idejét, melyeket azután a kórtermekben alkalmaznak. Nagy gondot fordítanak a tüdőbetegek táplálására, liberálisan bocsátva rendelkezésükre az ételneműket s ezeken kívül határtalan mennyiségű tejet és tojást. Még 6 új pavillont építettek a tüdőbetegek számára, melyek falai emaillozott acézből és üvegből valók, a padló pedig cementből; az oldalfalak ablakai kifelé nyithatók olyképen, hogy az egész pavillon óriás sátorral alakítható át. Minden ilyen pavillonnak van saját konyhája, ebédlő szobája, 4—4 fürdőszobája stb. Összesen 114,000 dollárba kerültek s összesen 150 beteget helyezhetnek el bennök. Ez évben 630 tüdőbeteget ápoltak itt. Az egész telepen — gyakori typhus-endemiák miatt — forrált ivóvizet használnak, melyet erre készült helyiségekben hűtenek le s minden épületbe elvezetve, jéggel keverten fogyasztanak. Villamos iv- és izzólámpák világítják be a pavillonok közti tereket és az épület belsejét. Az Ambulance-szolgálatra 19 lovat és 4 kocsit tartanak. A tűzvész ellen való védekezésre mindenféle csapok, esővek, fecskendő-gépek vannak elhelyezve; azonkívül nappal és éjjel 2—2 városi tűzoltó állandóan cirkál a telepen, a kiket még 3 ór is segít a felügyelésben. Hetenként egyszer tűzoltógyakorlatot tartanak, melyre gőzzel adnak jelt. Az Out-door Department-ben 11,264 allopatha és 7645 homeopatha beteget láttak a saját lakásán. A kórházban levő beteg gyermekek naponként egy órási iskolai tanításban is részesülnek az Assistant Chief Nurse részéről, sokan közülük chronikus betegségben szenvedvén s hosszú időt töltvén a kórházban; az elemi tanítás tárgyain kívül zenét és varrást is tanulnak. A volt bennlakó orvosok egyesülete (The Society of ex-Residents of the Philadelphia Hospital) a kórház főépületében egy nagy szobát teljesen felszerelt beteg bennlakó orvosok számára. Ép így van egy külön kórtermük a megbetegedett ápolónőknek is. Mindkét kórtermnek külön fürdőszobái és konyhái vannak. A felvételi szoba mellett egy megfigyelő szoba van, a hová a fertőző betegségekre gyanusakat helyezik el, de ugyanitt figyelnek meg oly könnyű betegeket is, a kiknek nincs okvetetlenül szükségük kórházi ápolásra! A himlőellenes védőoltás kötelező minden felvett betegre és alkalmazottra, sőt újabban minden látogatóra nézve is! Ez intézkedés jótékony hatását bizonyítja az, hogy míg 3 év előtt — mikor még nem volt általánosan alkalmazott a védőoltás — egy himlős beteg kerülvén a kórház területére, ettől akkor huszonketten betegedtek meg; addig most 3 bevitt himlős beteg-től egyetlen egy sem betegedett meg az egész kórház-telepen levő 4500 egyén közül. Az egyes kórtermeket évenként legalább kétszer teljesen kiüritik, felsúrolják, s azután jól elzárva, formaldehyddel desinficiálják. Ezt a munkát két vezető felügyelete alatt a gyógyulók alkoholistákból szervezett munkáscsapat végzi. A ruha- és ágyneműket pedig, mielőtt mosásba kerülnek, előbb gőzzel desinficiálják minden egyes alkalommal. Van a kórháznak saját Training School for Nurses-je, melyben ez évben 105 ápolónőt tanítottak.

Hospital of the University of Pennsylvania: az orvostan-hallgatók klinikai kiképzésére szolgál. Több pavillonból áll, nagy kórtermekkel, mindegyikben sok ágygyal; de a termek barátságosak, tiszták, világosak, villamos világításúak; virágokkal, zöld növényekkel díszítettek. Külön szobák is vannak külön műtőteremmel a

számukra. A szülészeti osztály kis pavillonban van, hol a szülőszoba egy kis kamrácska, egy ágygyal és egy műtőasztallal. Van 10—12 ágy a gyermekágyasok számára, a kik 3 hétig fekszenek itt. A magzatok fürösztésére két fém-fürdőkádát használnak, melyek a hideg- és melegvízesapokon kívül gőzesappal is fel vannak szerelve, melynek útján pár perc alatt lehet sterilizálni az egész kis kádát. Gynaekológiának csak egy terem szolgál, kevés ágygyal. A bujakóros nők padlásszobákban vannak elhelyezve. Gyermekek számára szépen felszerelt orthopaed-tornaterem áll rendelkezésre. A Medical Staff áll 51 orvosból és hat Anaesthetizer-ből, külön a sebészet, a gynaekologia, a szülészeti és az orthopaedia számára. A Dispensary-ben 59 orvos rendel. A kórházban 12 orvos lakik. Ez évben 3710 beteget ápoltak; ebből 205 szülés volt 20 halálozással! Az Ambulance segítségét 705 esetben hívták a környező területre. A Dispensary-ben 10,854 betegnek rendeltek. Hölgybizottságok gondoskodnak az egyes osztályok szükségleteinek kiegészítéséről. Ezeken kívül egy nő (Mrs. Lytle) a reconvaleszkáló betegek unalmát azzal üzi el, hogy felolvasásokat tart nekik, leveleket ír helyettük s más módon is hozzájárul a betegek szórakozásához és kényelmük megszerzéséhez. A beteg gyermekek üdülését elősegítik azzal, hogy Atlantic City-ben (1 1/2 órányira Philadelphiától) a Children's Seashore Houseban helyezik el őket tengeri fürdőzésre. A kórházban a gyermekeket naponként különféle elemi tantárgyakra és énekekre tanítják; jó nevelőeszköz a Mrs. Kurtz által rendszeresen ajándékozott fagyalt, melynek elvonásával büntetik az engedetlen, rendetlenkedő gyermekeket. Az ápolónők a Training School-jokban 3 éves elméleti és gyakorlati cursust kapnak. Szolgálaton kívül egy minden kényelemmel felszerelt külön épületben laknak. 14 graduált ápolónő mellett 79 tanuló végző szolgálatot. 21-től 35 éves korig levő nők 6 havi próbaszolgálat után vétetnek fel. Teljes ellátást, lakást, mosást s betegség esetén ingyenes gyógykezelést kapnak. Havi díjuk a tanulóknak 7 dollár. Az első két évben 2—2 heti, az utolsóban 4 heti szabadság jár ki nekik.

Nádory Béla dr.

(Vége következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Lehrbuch der Nachbehandlung nach Operationen von Prof. Paul Reichel. Wiesbaden, Bergmann, 1909. II. kiadás.

A közkézen forgó sebészeti kézikönyvek és műtéttanok az utókezelés kérdésével rendszerint igen mostohán bánnak. A thema tárgyalása rendszerint kimerül a különféle műtétmodorok leírásában s az utókezelés módjáról legfeljebb néhány szóval történik említés. Pedig nagyon sok esetben az orvosi ténykedés nehezebbik fele a műtét utáni időre esik: a súlyos állapotban levő operáltak kezelése van olyan nehéz feladat, mint maga a műtét. Sajnos, sokszor elkerülhetetlen, hogy az utókezelés legalább részben fiatalabb és tapasztalatlanabb collegák kezébe jusson, hisz a sebészeti osztályra újonczként belépő fiatal orvosok is szoktak ügyeletet szolgálatot tartani s a frissen operáltaknak ilyenkor ők viselik gondját és bizony nem áll mindenkor rendelkezésükre tapasztaltabb szakember, ki váratlan szövődmények esetén tettel és tanácsal segítségükre lehet. De még rendes, komplikálatlan lefolyás mellett is ezer meg ezer apró kérdés merülhet fel az utókezelés folyamán, a melyekre a kezdő chirurgus, vagy a különös sebészeti képzettséggel nem bíró gyakorló orvos, ki szintén kerülhet oly helyzetbe, hogy önállóan kell operált beteget utókezelnie, nehezen találja meg az adaequat feleletet. S e tekintetben megbecsülhetetlen szolgálatokat fog tenni Reichel tanárnak valóban hűzágpótló könyve, mely élvezetes előadások formájában szól a műtétek utókezeléséről. A tekintélyes, 536 oldalas munka 2 részre oszlik. Az általános részben (12 előadás) az utókezelés alapelveiről, a beteg fektetéséről, a narcosis utáni complicatiók kezeléséről, a septikus és aseptikus sebek gyógyításáról, a sebinfectiókról, utóvérzésekről, postoperatív bénulásokról, a sebkezelésre használt gyógyszerek által okozott intoxicatiókról, a műtétek után észlelhető psychés zavarokról szól, végül a különböző szövötteken (bőr, izom, in, esont) végzett műtétek utáni lefolyásról és az ezen alkalmakkor követendő eljárások-

ról emlékezik meg, külön tárgyalván az izületi műtétek, amputációk és exarticulációk, visszamaradó fistulák által igényelt teendőket. A speciális rész (21 előadás) a testtájékok szerint haladva a legkülönfélébb műtételek utókezelését és szokásos complicatioit írja le. Leírásai elég részletesek s e mellett áttekinthetők, világosak, s eminenter praktikus irányúak. Vitis kérdéseket egyáltalán nem, vagy csak futólag érint (így pl. a laparotomiák utáni korai felkelésről semmit sem ír, pathologiai excursiókkal sem igen fárassza az olvasót, csak a rendes és komplikált lefolyás rövid symptomatológiáját s a tennivalók felsorolását adja. Azt hisszük, hogy a könyv, ha megismerik, nálunk is népszerűvé fog válni, és hogy különösen azok, kiknek nem volt még alkalmuk a sebészi utókezelést gyakorlatilag elsajátítani és a kiknek hivatása ennek megtanulását követeli — első sorban tehát a kezdő chirurgusok és a sebészi osztályok fiatal segédszemélyzete — hasznos és becses útmutatót nyernek benne.

Pólya.

Egészség-Naptár. 1909. 320 l. Szerkeszti **Marton Sándor** dr.

Az Egészség-Naptár VII. évfolyama érkezett be hozzánk. Ez idén már csinos vászonkötésben, ügyes illusztrációkkal. Az *Egészség-Naptár* nem új munka. Hét év óta minden évben megjelenik és mi minden évben élvezetesebbnek, teljesebbnek és okosabbnak találjuk. Ez a 320 oldalas, választékos izléssel kiállított munka megérdemli, hogy gazdag és szegény megismerje. Az *Egészség-Naptár* a modern társadalmat annyira jellemző collectiv érzések talajából fakadt. Az egyes egyén nem álljon elszigetelten a létért való harcban; tegyük össze erőnket, ügyességünket, tudásunkat, hogy a gyöngébb, a tudatlanabb is erőhöz, tudáshoz juthasson. Ez a cél, ez a nemes szándék zománcozza be az *Egészség-Naptár* működését. Hét év óta küldi nagy tudással és szeretettel megírt cikkeit palotába és kunyhóba egyaránt és példátlan népszerűségét magyarázza az idej tartalomjegyzéke is.

Az *Egészség-Naptár* közegészségügyünk valóságos kis encyclopaediájává nőtte ki magát. Végig kíséri az ember életét a bölcsőtől a koporsóig szeretetteljes tanácsaival.

A cseesemő természetes táplálásáról *Grósz Gyula* dr., a gyermekek testi neveléséről *Wein Dezső* dr. ír. *Marton Sándor* dr., a szerkesztő, a fiatal anyáknak kedves, ötletes módon ad tanácsokat, hogyan ügyeljenek apró gyermekeik egészségére.

Neubauer Adolf dr. a gyermekek fülbetegségeiről; *Jakabné Rácz Hanna* dr. a vérszegénységről; *Tompai János* dr. a tisztaságról; *Szerb Zsigmond* dr. a diéta konyháról; *Hahn Dezső* dr. a gümőkór felismeréséről; *Dóczy Imre* dr. az alkoholkérdésről; *Farkas Dániel* dr. a sérvekről; *Lessner Rudolf* dr. és *Ráskai Dezső* dr. a nemi kérdésekről; *Pach Henrik* dr. a külföldön létesített szociális intézményekről; *László Gyula* dr. a tüdőbetegek házi kezeléséről; *Marton Sándor* dr. a cholera ellen való védekezésről ír élvezetes, tanulságos módon.

Az *iparegészségügy*-rovatban *Bród Miksa* dr. az új ipartörvénytervezetet teszi bírálat tárgyává, ugyancsak itt *Pach Henrik* dr. a betegpéntárakkal foglalkozik. Különösen kiemelendő *Friedrich Vilmos* dr. nagyon tanulságos értekezése a phosphor okozta megbetegedésekről.

Mezőgazdasági és sportegészségügyi rovataiban *Fettich Ottó* dr., *Stankovics Szilárd* dr., *Záborszky István* dr. és *Andor Endre* irt.

Az egészségügyi intézmények ismertetése után hosszú láncolata következik az egyéb hasznos tudnivalóknak.

A vaskos kötetnek csak 1 korona 20 fillér az ára.

Tihanyi Mór dr.

Új könyvek. *L. Aschoff*: Die Wurmfortsatzentzündung. Eine pathologisch-histologische und pathogenetische Studie. Jena, G. Fischer. 15 m. — *G. L. Dreyfus*: Über nervöse Dyspepsie. Jena, G. Fischer. 2.50 m. — *Diesing*: Das Licht als biologischer Faktor. Freiburg, Speyer und Kaerner. 3 m. — *K. Ewald*: Hilfsbuch zum Anlegen chirurgischer Krankengeschichten. Wien, F. Deuticke. 3 m. — *G. Renwall*: Über Appendicitis während Schwangerschaft und Geburt. Berlin, S. Karger. 5 m. — *A. Steyerthal*: Was ist Hysterie? Halle a. S., C. Marhold. 1.80 m. — *Naunyn*: Notwendigste Angaben für die Kostordnung Diabetischer. Jena, F. Fischer. 0.60 m. — *Abderhalden*: Neuere Ergebnisse auf dem Gebiete der speziellen Eiweisschemie. Jena, G. Fischer. 3.50 m. — *Hibler*: Untersuchungen über die pathogenen Anaeroben. Jena, G. Fischer. 25 m. — *Albert-Hochenegg*: Lehrbuch der speziellen Chirurgie. II. Bd. 1. Teil. Wien, Urban und Schwarzenberg. 15 m. — *Riecke*: Lehrbuch der Haut-

und Geschlechtskrankheiten. Jena, G. Fischer. 14.50 m. — *Mönckeberg*: Untersuchungen über das Atrioventrikulärband im menschlichen Herzen. Jena, G. Fischer. 25 m. — *Sticker*: Die Geschichte der Pest. Giessen, A. Töpelmann. 30 m. — *Uthoff*: Über das Sehen und über Sehstörungen in ihren Beziehungen zum Gehirn. Jena, G. Fischer. 0.60 m. — *W. Langdon Brown*: Physiological principles in treatment. London, Baillière, Tindall and Cox. 5 s. — *R. W. Allen*: Vaccine therapy and the opsonic method of treatment. London, H. K. Lewis. 7 s. 6 d.

Lapszemle.

Gyógyszertan.

A „peristaltikás hormon“-ról, a bélmozgás sajátlagos ingeréről értekeznek *Zuelzer*, *Dohrn* és *Marxer* (Berlin). Az utolsó idők biológiai kutatásai kiderítették, hogy a szervek működését nemcsak az idegrendszer, hanem bizonyos helyeken képződő s a nedvaramba jutó vegyi anyagok (közvetlen vagy reflexes izgatás útján) is szabályozzák. Ezen anyagokat *Starling* nyomán „hormon“-oknak (ὁρμῶν = ingerlek), ingeranyagoknak nevezzük. Ilyen anyag a mammothormon, amely a terhesség alatt képződik s az emlők fejlődését idézi elő (gyűjtőeres befecskendezés után nem terhes állatban is), vagy a secretin, amely a duodenum nyálkahártyájában képződik s a hasnyálmirigy elválasztására bír befolyással.

A szerzők peristaltikát kiváltó hormon után kutattak, a melyet a gyomornyálkahártyában kerestek, analógiát tételezve fel azon folyamatokkal, hogy a gyomornedvkiválasztásra már a rágás művelete, a Brunner-féle duodenummirigyek működésére pedig a gyomorsósava (tehát a bélrendszernek mindig egy proximálisabb fekvésű részében lejátszódó élettani folyamat vagy képződött anyag) van befolyással. Hogy feltevésük helyes volt, bizonyítja az, hogy csakugyan sikerült a gyomornyálkahártyából oly anyagot előállítani, amely háziynál gyűjtőerébe befecskendezve, néhány percz múlva a duodenumon kezdődő s a végbél felé előhaladó peristaltikát idézi elő. Ha a chloralozott állat beleit konyhasós vízen úsztatjuk, láthatjuk a bélsártómegeknek és légőlyagoknak a végbél felé mozgását s végre kitolulását. A peristaltikás hormont csak az emésztés, illetve nedvelválasztás tetőfokán állíthatjuk elő a gyomornyálkahártyából oly módon, hogy konyhasós vízzel és hígított sósavval kivonatot készítünk, amelyből a fehérjét alkohollal lecsapjuk. Előállítható a duodenumnyálkahártyából is, de az ebből nyert anyag nem oly erőlyes hatású. Különböző állatok: háziynál, disznó, ló, marha gyomornyálkahártyájában sikerült megtalálni e peristaltikás hormont. Érdekes, hogy a marha négy gyomra közül csak az ú. n. oltógyomorban található, mely a tulajdonképeni emésztést végzi.

Starling tapasztalatai alapján rámutatott arra, hogy a hormonok hatásukban hasonlítanak az alkaloidákhoz. Ez a szabály a peristaltikás hormonra is áll, a mennyiben a physostigminhez hasonlít. Ezen alkaloida ugyanis gyűjtőerősen befecskendezve szintén bélmozgást idézi elő, amely azonban annyiban különbözik a peristaltikás hormon által kiváltott peristaltikától, hogy a duodenumon kezdődik ugyan s a végbél felé halad, de a hullám végighaladása után mint tetanus marad meg hosszabb ideig.

A szerzők értékesnek tartják felfedezésüket azért, mert a hashajtószerek hatásának s a székrekedés kérdésének megoldását várják tőle. A klinikai tapasztalatokat később fogják közölni. (Berliner klin. Wochenschr. 1908. 46. sz.)

Belorvostan.

A tuberculinnak s a hozzá hasonló készítményeknek belső adagolását ajánlja *Moeller* tanár. Kezdetben belégzés alakjában próbálta ez anyagot alkalmazni, és bár pozitív reactiót észlelt, elállott ezen eljárástól, mert a tuberculin mennyiségének pontos adagolását a szernek a belégzéskor elkallódása, az orr- és garatúrben fennakadása kétségessé tette. Az általa ajánlott rhinoreactio szintén nem bizonyult a subcutan befecskendezéssel egyenlő értékűnek. Azon tapasztalat alapján, hogy a tengerimalacz a szájon át adott tuberculinnal pozitív értelemben reagál, ha gyomortartalmát előzetesen közömbösítettük, emberen is megkísérelte a gyomron át adást. A gyomortartalom közömbösítése után, vagy keratinnal bevont pilula alakjában adott tuberculinnal nem észlelt értékesíthető reactiót. Ha azonban gelodurattokocskákban rendelte a tuberculint, vizsgálatai pozitív eredménnyel jártak. Manifest gümőkórban, súlyos esetekben

semmi vagy csak csekély, könnyebb esetekben különbözőképpen kifejezett reactiót észlelt, friss esetekben már kis adagok alkalmazása után is élénk volt a reactio. A subcutan módszerrel párhuzamosan végzett vizsgálatok a stomachális reactio specifikus volta mellett szóltak. A gelodurattokoescák a tapasztalatok szerint csak a bélcsatornában emésztetnek meg, s tartalmuk ott történő felszívódása után fejti ki hatását. Ez alapon Moeller a tuberculin-therapiának a szájon át végzését is ajánlja, a minek gyakorlati szempontból sok az előnye. Az előírása szerint készült tokoescáknak tuberoideus nevet adott. A gelodurattokoescákban 0.0002 cm^3 gümöbacillus emulsió (0.001 mgm. gümöbacillusanyag), 0.0001 cm^3 timothein és 0.01 gm. calcium formic. foglaltatik s a berlini Schweizer Apotheke készíti. A timothein a tuberculinhoz hasonló módon a saválló timotheus-bacillusból készült anyag, a mely a gümöbacillus emulsióval kombináltan az általános reactiót enyhíti. A hangyasavas meszet két tulajdonsága miatt adja. A hangyasavnak gyengeségi állapotokban kedvező befolyását észlelték, az izomerőt fokozza. A méz a gümökórosok fokozott mézvesztességét van hivatva pótolni s alkalmasint úgy qualitative mint quantitative lehetővé teszi, hogy jobb fibrin képződjék, a minek következtében a kóros szövetekben nagyobb ellenállóképességgé lesz a hegszövet.

A tuberculinnak a szájon át adagolása után Moeller az eljárás hatékonyságáról oly módon szerzett meggyőződést, hogy a kezelt egyének vérsavójának agglutinálóképességét vizsgálta a gümöbacillus szemben. Egyes esetekben az agglutinatio aránya $1:50$ -ról $1:75$ -re emelkedett. Moeller a rendeltetést olyképen végzi, hogy kezdetben minden második napon ad egy tokoescát, $2-3$ hét után azután naponként egyet. A kezeléskor azonban szigorúan szem előtt tartja az individualizálást s a hygienés-diaetás eljárással a közérzetet s az erőállapotot is javítani igyekszik.

A tuberoideus-kezelésre igen alkalmasak a skrofulás megbetegedések is. Lázas gümökóros betegek gyakran váltak láztalanná a kezelés folytán. Láztalan betegek azonban jobbák voltak az eredmények. Gümökórosban szenvedő terhes nőkön különösen kedvező eredményeket ért el, gyakran elkerülhetővé vált a művi koraszülés megindítása. Bonyolult vegyes fertőzésekben teljes eredményt nem látott.

A kezelés különösen a betegség kezdő szakában s larvált alakjaiban, mint a melynek főképen a pubertas idején észlelhetők, bizonyul hálásnak. Tuberoideus vétele után a közérzet javul, a testsúly növekszik, a láz megszűnik s a hátfájdalmak enyhülnek. A tuberoideus-tokoescákat könnyen veszik be a betegek és jól tűrik. (Münchener med. Wochenschrift, 1908. 45. szám.)

Ország Oszkár dr.

A typhus gyógyítását élő typhus-bacillusoknak bőr alá fecskendezésével kísérelték meg *Pescarolo* és *Quadroni* a turini szent János-kórház 20 súlyos betegén és nagyon jó eredményt láttak ettől az eljárástól. $15-20$ napos agar-tenyésztet használnak, a melyet $45-50^\circ$ -ra beállított tenyésztőszekrényben több órán át tartással gyengítenek. Ebből a tenyésztetből $1/2-1$ milligrammot dörzsölnek el 5 cm^3 physiologiai konyhasóoldattal. Ezt az anyagot fecskendezik már most a beteg bőre alá, még pedig eleinte $0.5-1.0 \text{ cm}^3$, később lassanként mind nagyobb mennyiségben. A befecskendezés után a hőmérsék rázóhideg kíséretében néhány órára emelkedik, majd pedig a befecskendezés helyén duzzanat és fájdalom támad, a mely kis jégtömlő alkalmazásával mérsékelhető. Úgy az általános, mint a helybeli reactio a 2. befecskendezés után már sokkal gyengébb. A kedvező hatás már $3-7$ nap múlva szokott mutatkozni és a vérsavó agglutináló képességének fokozódásában is nyilvánul. A szerzők hetenként $1-2$ befecskendezést végeztek. (Ref. Semaine médicale, 1908. 44. szám.)

Sebészet.

A tetanus serumtherapiájáról ír *Jerie*. Mindenekelőtt beszámol a Pawlik nőorvostani klinikáján (Prága) észlelt tetanus-járványról, melynek folyamán 4 egyén betegedett meg különböző nőorvostani műtétek után tetanusban. Egy, a ki csak subcutan antitoxininjectiókat kapott, meghalt, 3. a kinek nemcsak subcutan, hanem intravenosusan is adtak antitoxint, a tetanusból kigyógyult, egyikük azonban utóbb pneumoniában elhalt. Megelőzőleg már 1897/8-ban volt tetanusendemia a szülészeti osztályon, azóta minden szü-

lészi operatio után prophylactice adnak 10 cm^3 antitoxint subcutan s csak egy nő, ki spontán szült, s így antitoxint nem kapott, betegedett meg tetanusban. Állatkísérletei és klinikai észleletei alapján oda konkludál, hogy az asepsisesen kezelt intraperitoneális tetanusseruminjectio semmi különös veszedelemmel nem jár; ez az antitetanusserum hatásosabb, ha a gerincezatornába fecskendeztetik, mintha subcutan adagolják. Jó az intraspinalis injectiót a subcutan-nal összekötni, hogy úgy az idegelemekben megkötött, mint a vérnyirokkeringésben levő tetanustoxin paralyzáltassék. Az antitetanusserumnak kitűnő prophylaxisos értéke van, de már kitört tetanus esetén a hatása kétséges és ki nem elégítő. (Mittheilungen a. d. Grenzge., XIX. kötet, 2. füzet.)

Pólya.

A gyomorrák egyik típusos metastasisa *Schnitzler* szerint a Douglas-féle redőben jő létre. A típusos kép az, hogy a végbélben a prostata felett közvetlenül vagy $2-4 \text{ cm.}$ -rel egy pecsétgyűrű lapjához hasonló infiltratiót érünk a végbél elülső falán, mely csapszerűen a végbél felé nyomul, mozgathatatlan és ki nem fekélyesedett nyálkahártyával fedett, sokszor stenosisos jelenségeket is okoz. E metastasisos dagánatot könnyű primaer rectumdagannattal összetéveszteni és *Schnitzler*rel és még más chirurgusokkal is megessett, hogy ezt a metastasisos végbéldagánatot kiirtották, a mi természetesen teljesen czéltalan. *Schnitzler* 11-szer látott ilyen metastasisos végbéldagánatot, 10-szer gyomor-, 1-szer pankreasrákkal kapcsolatban. *Strauss* is figyelmeztetett ilyenek jelenlétére és utalt differentialdiagnostikus jelentőségükre, melylyel az ulcus és carcinoma megkülönböztetése szempontjából bírnak, azonfelül *Chiari*, *Payr*, *Tokoyosumi* irtak le hasonló eseteket. Ha stenosisjelenségeket okoznak, a gastroenterostomiával egyidejűleg végzendő colostomiát teszik javalltá. (Mittheilungen a. d. Grenzge., XIX. kötet, 2. füzet.)

Pólya.

Az egyoldali tüdőgümökör gyógykezeléséről *costoplastikus pleuro-pneumolysis totalis* útján értekezik *Friedrich* (Marburg). Támaszkodva az észlelésekre és eredményekre, melyeket *Bauer* mesterséges légmell készítésével tüdőgümökörben elért, *Friedrich* azon esetek számára, melyekben a mellhártyaösszenövés miatt ezen eljárás nem alkalmazható, olyan operációs eljárást dolgozott ki, melylyel jól elérhető a cavernafalak feszítelenítése, a tüdőterfogat megkisebbitése, a tüdőnek nyugalomba helyezése. Az eljárás abban áll, hogy a $2-10$. bordát a szegyesonti porcizos részétől az angulusig, sőt a csigolyáig teljesen eltávolítja a *pleura costalis teljes megkimélése mellett*. A főszűl azon van, hogy elkerüljük az aspiratiót a kóros tüdőből az épbe úgy a műtét alatt, mint után, s a seb elsődleges gyógyítását biztosítsuk. Óvatos érzéstelenítés, helyes elhelyezés, gyors műtevés, a szívnek excitáló utókezelése és tökéletes asepsis biztosítja a sikert. A műtét közvetlen eredménye az, hogy a láz enged, a köpet és a köhögés kevesebb, a beteg súlya gyarapszik, a subjectiv állapot javul. 3 esetben ezen eljárással jelentékeny javulást ért el s álláspontját ezen műtetre vonatkozólag a következőkben összegezi: 1. Fibrosus-cavernás egyoldali tüdőgümökör eseteiben, a melyek minden belső és klimatikus gyógyeljárás ellenére is tovaterjednek, ajánlatos a cavernás tüdőszövet feszítelenítését, a tüdőterfogat kisebbítését és zsugorodását műtéttel elősegíteni. 2. A mellkas mobilizálás áranem elegendő a részleges bordaresectio, hanem a beteg mellkasfél falának összes bordái eltávolítandók a *pleura costalis megkimélésével*. 3. A műtét veszedelme a szív nagyfokú igénybevételében áll. 4. Vajjon az époldali tüdőfél nagyobb fokú respiratorius igénybevétele hogyan befolyásolja a régi vagy kezdődő megbetegedést, vajjon minő a végleges eredmény: erről egyelőre nyilatkozni nem lehet. (Archiv für klin. Chirurgie, 87. kötet, 3. füzet.)

Steiner Pál dr.

Orthopaedia.

Actív ujjmozgással bíró műkéz készítésének a lehetőségét bizonyítja, egy esetének a leírásával prof. *Wreden* (Szent-Pétervár). Az olasz *Vanghetti* vetette fel először az eszmét: miként lehetne az amputációs csontot úgy készíteni, hogy annak meglevő izomzata a művégtag holt anyagú periferiás végét szándékolta mozgásba hozza. Tervének gyakorlati alkalmazásában az állatkísérleteknél nem jutott tovább. *Vanghetti* úgynevezett kinematikus amputatióinak kivételét akként gondolta, hogy amputatio alkalmával a végtag néhány

izmát tapadási helyéről le kell fejtetni, hurokszerűen visszahajtani, ugyanazon in felső részéhez vagy magához az izomhoz varrni s az így készített bőrrel borított hurokba lenne azután beakasztható a prothesisnek megfelelő, mozgást közvetítő alkotórésze. Ezen ajánlott eljárás kivételét kísérlette meg Wreden egy már gyermekkorában a metacarpus táján amputált kezű egyénen. Az alkar hajlító felületén mintegy 3 ujjnyi magasságban a kéztő felett ejtett metszéssel szabaddá tette a felületes és mély ujjhajlító izom inát. A felületes ujjhajlító inát periferiás végén átmetszve visszahajlította s magasabban a mély ujjhajlító izom inához varrta. Az így készített hurok tehát mindkét ujjhajlító izom inából állott. A bemetszés sebét akként varrta össze, hogy a hurok a sebből kilógott, melyet azután az alkar bőréből készített nyeles bőrlebegekkel befedett. Az így készült hurokkal már négy hét múlva megkezdte a mozgási gyakorlatokat. Eleinte a hurokba vezetett mullszalaggal gyenge ellentállást fejtett ki az izom összehúzódásával szemben, majd egy esigán átvezetett zsinórra erősített súlylyal gyakoroltatott, a megterhelést csakhamar 12 fontig fokozva. Kellő begyakorlás után műkezet készített, melynek hüvelyk-, mutató- és középső ujját hozta vékony sodronyszál útján összeköttetésbe az inahurokba akasztott acélszál-horoggal. A kézhajlító beidegzésével a megcsontított egyén műkezének a három ujjja behajlik, s használhatóságát bizonyítandó, a ezikkhez mellékelte ábrán boros palaczkot biztosan tart. Még több használhatóságot vélne elérni Wreden, ha két hurok volna készíthető, a mi esetében a csont bőrének szűk volta miatt nem volt kivihető; azt hiszi azonban, hogy amputatio alkalmával ez irányban nehézség nem forog fenn. (Zentralblatt für chirurgische und mechanische Orthopädie, II. kötet, 10. füzet.)

Kopits dr.

A világhozott dongaláb gyógyítását, a hogyan azt a leipzig poliklinika orthopaediai osztályán végzik, ismerteti Kölliker tanár. Csecsemőkön, az első életévben, a kezelés massage-ból s naponta kétszeri redresszálásból áll, a mi után egy-egy órára redresszáló sínbe kerül a láb. Ha a dongaláb már jó hajlékonyságot, gazepolyakötést alkalmas ragasztótapasz-csíkokkal, később gipszkötést s utókezelésre tokos készüléket.

Idősebb gyermekeken, az ellentállás nagysága szerint, narcosisban vagy a nélkül, egy vagy több ülésben, manuálisan vagy Lorenz-féle osteoclasttal redresszálja a deformitást, utána gipszkötéssel rögzíti a lábat s utókezelésre ismét tokos készüléket használ.

Ifjakon és felnőtteken, a kiken az egyszerű redresszálás sikerét nem reméli, in- és pólyaátmetszéseket végez; ha a redresszálás még ezek után sem sikerül, a szárcapocscsontot a boka felett átvesi vagy a külső bokát subperiostálisan reszekálja.

Csak felnőttek legsúlyosabb dongalába ellen tartja szükségesnek az ugrócsont kiirtását. (Zentralblatt für chirurgische und mechanische Orthopädie, II. kötet, 11. füzet.)

Kopits dr.

Szülészet és nőorvostan.

A hasmetszéssel operált betegek korai fölkeléséről tárgyal F. Cohn dr. Pfannenstiel klinikájáról. Krönignek, Küstnernek a hasmetszést kiállott betegek, továbbá a gyermekágyasok korai fölkelésére irányuló javaslatát eleinte gúnyos mosolylyal fogadták és csak később, lassanként szánták rá magukat az egyes intézetek, hogy az új rendszert betegeiken szintén megpróbálják. Pfannenstiel klinikáján is némi tartózkodással néztek az újítás elé, mert előttük mindig ott lebegett az embolia veszedelmének a lehetősége. Volt azonban egy körülmény, a mely őket a kísérletek megindítására serkentette. A hasmetszéseket ugyanis rendszerint a szeméremcsont fölött harántul végezve, nem kellett félniük attól, hogy a betegeknél a megszokott időn belül való fölkelésekor a has hege gyengének fog bizonyulni. Ebben a gondolatban előbb elvélve, utóbb rendszerrel kísérletet tettek a hasmetszettek korai felkelésével. Ha kivételesen a has megnyitása a középvonalban történt, a fölkeléssel óvatosabbak voltak és ilyen esetben a betegek csak egy hét után hagyhatták el az ágyat. A korai fölkelés előnyeit a következőkben találják: a beteg testi erejéből és kedélyhangulatából kevesebbet vesz, bél- és hólyagműködése, étvágya sokkal jobb, a felkötődés könnyebb, a tüdőgyulladás pedig nem fenyeget. A fölkeléskor a műtét nagyságára és minőségére nem voltak tekintettel. Nehéz myoma-, vagy akár

abdominális úton végzett gyökeres rákműtétek után épen úgy fölkeltek az asszonyok már az első napokban, mint az egyszerű, könnyű műtétek után s csak azok őrizték valamivel tovább ágyukat, a kik már megelőzőleg vérszegények vagy gyöngék voltak. A korai fölkelésre senkit sem kényszerítettek, erre nézve csak engedélyt és tanácsot adtak. 100 beteg közül 13-at engedtek felkelni az I. napon, 16-at a II. on, 21-et a III. on, 30-at a IV. napon stb. Emboliát, a mitől leginkább tartottak, „szerencsés módon“ egyszer sem észleltek. De viszont előfordult 3 thrombosis, a mi 100 esetükre vonatkoztatva nagy percentnek látszanék, ha ezen thrombosisok mindegyikének magyarázatát már magában az illető asszony betegségében nem lehetne megtalálni. Az egyik esetben ugyanis egy 70 éves asszonynyal volt dolgunk, a kiből óriási (30 km!) pseudomucinosus ovariális cystomát távolítottak el. A súlyedékes tüdőgyulladás elkerülése végett ezt a beteget a műtét utáni napon fölkeletik, annak ellenére, hogy lába már a fölvetéltkor erősen vizenyős volt és annak ellenére, hogy a has megnyitása hossz-metszéssel történt. A beteg a XIV. napon thrombosisal, szapora érveréssel, 37.6° hőmérsékkel kerül ismét ágyba. Másfél hét múlva gyógyul meg. A második esetben lázas (38.4°) asszonyt operálnak myotomiával. A műtét után a láz megszűnik, a beteg a VII. napon fölkel, de már 2 nap múlva újból ágyának esik, mert baloldali v. femoralisában thrombosis támadt, mely vaskos köteget alkotva majdnem a térdéig ér. A körképet még szapora érverés (136), 39.1°-ig fölmenő hőmérsék jellemzi. A javulás lassú, a gyűjtőér kötegszerű megvastagodása még sokáig érezhető. A harmadik esetben myoma + pyosalpinx miatt végeznek hasmetszést egy lázas (39.3°) asszonynál. Operálják, jóllehet lázas és a vizsgálat nem zárja ki a méhen kívüli terhességet sem. A műtét (supravaginalis amputatio, a bal függelék kiirtása) simán megy; a beteg hőmérséke a II. napon 38.4°. Majd leesik a hőmérsék és az igen vidám asszony a IV. napon vagyis a láz megszűnése után két nappal már ágyon kívül van. A X. napon keletkezik bal v. femoralisában a thrombosis, de a XVII. napon ismét fölkelhet.

Ezekben az esetekben tehát a korai fölkelés nem akadályozta meg (!) a thrombosis létrejövését. Az említett körülményekből kifolyólag nem szabad föltételezniök, hogy a thrombosis oka a korai fölkelés volt. Mindazonáltal levonható a tanulság, hogy a vizenyőben szenvedő vagy lázas asszonyokkal óvatosak legyünk. A további észlelések fogják megadni a kérdésre a feleletet, vajjon az embolia és thrombosis elhárításában csakugyan előrelátó intézkedés-e a betegek korai felkeletése vagy sem. A betegek a korai felkeléssel mindig rendkívül meg voltak elégedve, az eljárás bevezetése óta kedélyük lényegesen vidámabb lett. A korai fölkelés eszméjére úgy kell tekinteni, mint a mely nagyon is hálára érdemes újítás a hasmetszettek utókezelésében. (Zentralblatt für Gynäkologie. 1908. 38. sz.)

(Cohn közleménye megint kiáltó példája annak, hogy a statistika mennyire türelmes; egy kis jóakarattal a fekete számokat is rózsaszínbe lehet öltöztetni. Ref.)

Avárffy Elek dr.

Bőrkórtan.

Az acné pathológiáját és terapiáját ismerteti Unna (Hamburg). A szerző szigorúan megkülönbözteti az acnét a rosaceától, mert a két betegség egymástól tökéletesen független. Az acné főleg a 15. és 25. év között levők betegsége, a rosacea ellenben inkább a magasabb életkorban fordul elő. Az acnét hibásan nagyon alárendelt bántalomnak tartják, melynek csakis kozmetikai jelentősége van. Ez a szerző szerint téves könnyelműség, mert a betegségnek már legfeljebb alakja is igen behatóan érinti a bőrt. A súlyos esetek pedig a bőrön egyenesen helyrehozhatatlan roncsolásokat okoznak. A mélyre terjedő esomós infiltratumok ugyanis mély, torzító hegesezéseket létesítenek. Az acnés elváltozás mindig kívülről jut a bőr mélyebb rétegeibe, a vérpálya útján azonban sohasem támad a bőrben. Kiindulását mindig a tüsző nyílásából veszi. Jellemző képlet az acné körképében a comedo, mely nélkül nincsen acnés elváltozás. A folliculusnak elgenyvedése acné képesen igen jellegzetes és elütő a közönséges genyekeltő coccusok által létrehozott genyes bántalmaktól. Az acnés pustula tudniillik mindig endofolliculáris, más szóval a tályogot mindig hám-

burkolat veszi körül. A kezelés meglehetősen nehéz és sok körültekintést igényel. Erős indurált alakok kezelésében haszonnal alkalmazható a homok- vagy márványszappan. Ez megnyitja a folliculusokat és pustulákat, tehát a kiürülésüket előmozdítja. A szerző által ajánlott úgynevezett pulvis cutificicus márványporból és sapomed. pulv.-ból áll (aa partes). Igen fontos szer a kén is az acné kezelésében, ezt különösen paszta alakjában rendeli. A natronsuperoxyd-szappannal pedig könnyen eltávolíthatók a comedók fekete pontjai. Régi, súlyos acné-esetekben, amelyekben mély indolens abscessusok és esomók bőven találhatók, kitűnő szolgálatot tehet a kénes-karbolos guttaplast. Ezt éjjelre a megfelelő arezrészletekre ragasztja. Nappal kénes pasztát alkalmaz a beteg. A diéta irányítása *Unna* tapasztalása szerint nem nagyon fontos. Teljes gyógyulás sohasem érhető el vele. A rendszeres purgálás azonban megakadályozhatja, hogy újabb genyes kivirágzások támadjanak. Gyógyszerek, főleg a jód és a brom, nagyon ronthatják a már javult acnét. A belső szerek közül az arsen sokszor sikerrel adható. A kátrányszappan sohasem javalt az acné kezelésében, sőt egyenesen kerülendő, mert a kátrány maga is okoz comedókat. (Medizinische Klinik, 1908. 46. sz.)

Guszman.

A rühösek albuminuriájáról ír *Nicolas és Jambon* (Lyon). Rühös betegeiket rendszeres vizeletvizsgálatnak vetették alá. E vizsgálatokból kiderült, hogy a scabieses betegek aránylag gyakran fehérjetartalmú vizeletet ürítenek. 101 scabieses betegük közül 16-nak volt albuminuriája. Az albuminuria független volt minden más betegségtől és a scabies megszűntével csakhamar el is múlt. A szerzők magyarázata szerint a scabieses betegek albuminuriája több okból származhat. Így első sorban közvetlenül a bajból, mely erős viszketést okoz. Úgy vélik, hogy az erős vakaródzás következtében reflex útján megváltozik a vesék vérkeringési viszonya, a mi azoknak hámlására zavarólag hat. A gyógyszeres fehérjevízelés esetei nem tartoznak ide. Az albuminuria azonban nem mindig múlik, hanem kifejezett nephritisbe mehet át. Ilyenkor a szerzők az alap-okot a súlyosabb scabies-esetek nyomán keletkező pustulákban keresik. Az ezekből származó toxinok, illetőleg az általános infectio hatásából magyarázzák a nephritis kifejlődését. (Annales de dermat. et de syphil., 1908. II. f.)

Guszman.

Venereás bántalmak.

A syphilis serodiagnostikájának gyakorlati értékét bírálja *R. Ledermann* (Berlin). A szerző, a ki az eredeti *Wassermann*-féle eljárással dolgozott, összesen 304 esetre támaszkodik. Ezek közül 86 eset az anamnesis és a klinikai megvizsgálás alapján luesmentes egyénekre vonatkozik, a minék megfelelően a *Wassermann*-féle reactio valamennyi esetben negativ volt. A visszamaradó 218 beteg luesben szenvedett. Az ezekre vonatkozó adatok a következők: 19 primaeraffectiós syphilis-eset közül 10-szer a reactio positiv eredményt adott. Valamennyi esetben a fertőzés legalább 6 hét előtt történt. A positiv reactionnak korai jelenléte azt bizonyítja (más észleletekkel együtt), hogy a szervezet intoxicatiója már a secundaer eruptio előtt létrejön. 56 manifest secundaer lueses tüneteket mutató beteg seruma valamennyi esetben (100%) adta a positiv reactiót. Előfordult olykor, hogy a kezelés nyomán a positiv reactio negativvá alakult át. Az erélyes kéneskezelésnek a hatása tehát a szerző tapasztalása szerint biztos. A syphilis korai szakában, a mikor a klinikai diagnózis a legtöbb esetben könnyen tehető, a serodiagnostikának nincsen nagy gyakorlati fontossága. Nagyobb azonban a jelentősége a syphilis latens szakában. 75 eset közül, a melyekben közvetlenül előbb kúra nem végeztetett, 51 izben, azaz 68%-ban az eredmény positiv volt. *Ledermann*-nak statisztikai adatai azt is bizonyítják, hogy a kéneskúrák számának emelkedésével csaknem arányosan csökken a positiv reactiók száma. Más szóval minél kevesebb kénes kezelésben részesült a beteg, annál valószínűbb a positiv *Wassermann*-féle reactio. A szerzőnek 27 tertiaer syphilis-esete közül csak kettőben volt a reactio negativ; a positiv reactio tehát 92,2%-ban jelentkezett. Sajátságos és eddig meg nem magyarázott lelet, hogy a tertiaer syphilis-esetek oly magas százalékban adják a *Wassermann*-reactiót. Ez azt bizonyítaná, hogy a reactio nem függ a spirochaeták nagy számától, mert ismeretes, hogy a tertiaer jelen-

ségek aránylag kis mennyiségben tartalmazzák a parasitákat. Az a kérdés merülhet fel, hogy mindazon egyének, a kik syphilissel voltak fertőzve, de évek és évtizedek óta tünetmentesek és a positiv reactiót mégis adják: rejtenek-e még spirochaetákat a szervezetükben? *Ledermann* úgy véli, hogy ez nem okvetlenül szükséges és felveszi, hogy idővel a kórokozók elpusztulnak, a spirochaeták működésére visszavezethető anyagcseretermékek azonban a szervezetben még visszamaradnak. Ez alkalommal analogiáképpen felhossa a variolát, a mely után azok a termékek, melyek az immunitást létesítik, még sokáig megmaradnak, holott a virus már rég elhagyta a szervezetet. Másfelől azonban az is valószínű, hogy a *Wassermann*-reactio semmiféle szorosabb viszonyban sem áll az immunitás tényezőivel. Mit bizonyít ezek után a positiv *Wassermann*-reactio? A szerző szerint helyesen semmi egyebet, mint hogy az illető, a kinek seruma a reactiót adta, életében valamikor syphilist szerzett. A reactio azonban nem engedi meg azt, hogy bővebb magyarázatokat fűzzünk a betegség stadiumát, lefolyását és a ragályosságát illetőleg. Ehhez első sorban a klinikai megfigyelés szükséges, mert ez a döntő. A házassági engedély megadásának kérdésében szintén nincsen fontos szerepe a reactionnak. Több évi helyes kezelés és tünetmentesség mellett, ha positiv is a reactio, a házasságot egyedül e miatt megtiltani nem lehet és nem szabad. A döntő tehát itt is a klinikai mérlegelés lesz. A dajkák vizsgálatában néha fontos adatot tárhat fel a serodiagnostika, mert positiv reactio esetében alkalmaznunk kell tekintenünk a nő egészséges gyermek táplálására. Kötelező azonban ez a vizsgálat aligha válhatik, mert akkor aequivalensként a csecsemőnek kötelező vizsgálatát is követelnünk kellene. (Deutsche med. Wochenschrift, 1908. 41. sz.)

Guszman.

A férjes nők és a családok syphiliséről ír *A. Jordan* (Moszkva). Ezt a kérdést 1906-ban már *Fournier* is vizsgálta. Ő a párisi viszonyokra nézve megállapította, hogy 100 lueses nő közül 20 férjes, a ki férje által fertőztetett. A szerző e vizsgálatokat Moszkvában végezte s így a viszonyok is egészen mások, már csak azért is, mert *Fournier* eljárásával ellentétben a kórházi beteganyagot is felhasználta. Adatai két esztendőre vonatkoznak. Kiderült, hogy 1906-ban 1182 secundaer syphilises nő került észlelés alá s hogy ezeknek 43%-a férjezett volt. Még szomorubbak a statisztikai adatok az 1907-i esztendőről. 1354 secundaer lueses nő került ugyanis vizsgálat alá, a kiknek 51%-a férjezettnek bizonyult. A szerző azt is vizsgálta, hogy az asszonyok házasságuknak hányadik esztendejében estek syphilisbe. Ezt 250 esetben pontosan sikerült megállapítania. Kiderült ebből, hogy csak 13%-ban, tehát feltűnő kis számban történt a lueses infectio a házasság első évében. Ez az adat teljesen ellenkezik *Fournier*-nek statisztikai adataival. A szerző ezt a sociális viszonyok különböző voltából magyarázza. Oroszországban ugyanis főleg az alsó néposztályok tagjai már igen fiatalon lépnek házasságra. A házasság megkötése után azután a férj és feleség legtöbbször külön élve, szolgálatban keresi a kenyerét. A férj tehát legtöbbször később, házasságán túl szerzi a syphilisét, a melylyel azután később, az együttlétt alkalmával fertőzi feleségét. De nemcsak a férjes nő, hanem annak családja, gyermekei is gyakran szenvednek syphilisben. A syphilis ily esetekben úgyszólván házi epidemiákat létesíthet. A familiáris syphilisnek legerősebb terjesztője természetesen a népnek alacsony műveltsége. A familiáris lues gyakoriságát a szerző 30 családnak rövid kórtörténete kapcsán bizonyítja. A 30 családnak összesen 88 tagja lueses volt. 19 esetben határozottan kiderítette, hogy az infectiót a férj vitte a családba. Természetes, hogy e szomorú statistika még sötétebb volna, ha a szerző vizsgálatai közé a hereditaer lues-eseteket is bevette volna. (Dermatologische Zeitschrift, 1908. 9. füzet.)

Guszman.

Fülörvostan.

A középfülbeli gyökeres műtét utókezelése lapis-oldattal. A gyökeres műtétnek áldásossága mellett nagy hátránya, hogy az utókezelése hosszú ideig, 1½—3 hónapig is eltart. Továbbá, hogy az utókezelés igen sokszor, főleg gyermekeken és érzékeny egyéneken az ellenkezésük miatt kellemetlen akadályokba ütközik. Ezért sokan, így *Mühlen*, *Voss* és *Zarnico* korán elhagyják a tampónálást és a sebüreget kitisztítása után egyszerű fedőkötést tesznek a fülre. Azonban még ez az oclusiv kötés viselése is kellemetlen a

betegnek hónapokon keresztül, mert ezen idő alatt nem tarthatja tisztán a fejet. Azért *Wilhelm Jansen* (nem a berlini) új eljárást alkalmaz az utókezelésre, a mely lehetővé teszi, hogy már a 11—14. napon teljesen elhagyhatja a kötést. Eljárása — melyet különben, mint kiemeli, csak az agy-, sinus- és labyrinthbeli szövödmény nélküli esetekben alkalmaz — az, hogy a 2. kötés-változtatás alkalmával, a mely rendszeren a 10. napon történik, már nem tamponál, hanem az egész sebüreget 5⁰/o-os lapis-oldattal edzi. Ezután egyszerű fedőkötést tesz, melyet azonban csak 1/4 óráig hagy fenn, mert ekkor az edzés következtében keletkezett váladékot steril vatta-tamponokkal kiszáritja, a minek megtörténtével újra bekeni a seb felületét 5⁰/o-os lapis-oldattal. A második edzés után már csak 1/2 óra múlva száritja ki a sebüreget, a minek megtörténtével a hallójáratot szabadon hagyva, a fülkagylóba steril gazet helyez s erre egyszerű záró-kötést tesz. Még aznap délután és másnap délelőtt ismét kiszáritja és beköti a sebet gyermekeken, de felnőtteken már ekkor elhagyja a kötést, szigorúan megtiltva a fülbe nyúlálást. A 12. és 14. napon ismét edz és ugyanúgy jár el, mint előbb; a 14. napon már a gyermekeken is elhagyja a kötést. Ezután néhány napra elhagyja az edzést és várja az eredményt, hogy nem hámosodott-e be teljesen a sebüreget; ha még van sarjadzó felület, másodnaponként tovább is edzi a sebfelületet 5⁰/o-os lapis-oldattal, sőt a vastagabb sarjadzásokat 10⁰/o-os lapis-oldattal érinti. Ilyen kezelés mellett, mely a betegre nézve sokkal elviselhetőbb, átlag 4 hét alatt hámosodik be a sebüreget. (Monatschrift für Ohrenheilkunde, XLII. kötet, 8. füzet.) *Udvarhelyi dr.*

Fizikai gyógyításmódok.

Beteg körmök kezelése Röntgen-sugarakkal. *Schindler* trichophyton okozta onychomykosist azzal gyógyított, hogy a körmöket naponként 15 percig közepesen lágy *Hirschmann-féle* mőhőpólcsovéval, 12 cm-es távolságból, minden alkalommal ugyanazon áramviszonyok mellett: 60 cm.-es inductorral, 7 cm.-es szikra-hosszszal, *Hirschmann-féle* árammegszakítóval (1200 megszakítás), 1.5 A. árammal (0.5 A. a másodlagos áramkörben) tette ki a sugárzásnak. Ezen sugárzás 7 alkalmazásra 8—10 nap alatt erős bőrlöböt eredményezett. Az erythema a kezelés harmadik hetének végéig fokozódott, miközben a körmök lepedéke lelékődött. Az 5. hét végéig négynek kivételével valamennyi köröm megtisztult. A 2. és 5. ujj körme azért nem gyógyult a többivel együtt, mert azokat csak szélső és nem focusos sugarak érték. Hogy az ilyen helytelen expositio elkerültesse, rajzban mutatja be, miképpen kell a 2. és 5. ujj körmét a sugárzás alkalmával tartani. (A hüvelykujjakat külön kell exponálni.) Helyes besugárzásra az említett négy ujj körmei is megtisztultak. A kezelés az említett hátráltatás ellenére csak két hónapig tartott és teljes s végleges gyógyulással végződött. Véleménye az, hogy a Röntgen-sugarak az által hatnak, hogy a szöveteket a mikroorganizmusok számára kedvezőtlen talajjá alakítják át. Ezt annál is inkább hiszi, mivel a Röntgen-sugarak éppen azon sejteket károsítják legjobban, a melyek gyors megújulással tűnnek ki. A besugárzás tehát, mint a közlésből kivehető, akkor eredményes, ha elég erőlyes ahhoz, hogy erős bőrlöböt provokáljon, de mégsem oly intenzív, hogy mélyebbre ható szövetelhalást okozzon.

Ugyanezen módon teljes eredménnyel kezelt egy másik esetet, a melyben az onychomykosist psoriasis, és egyet, a melyben eczema okozta. (Deutsche med. Wochenschrift, 1908. 21. sz.)

Lenkey V. D. dr.

A napfény gyógyító alkalmazása a sebészetben. *Bernhard* azon észleléseit közli, a melyeket makacs sebési bajokban körülírtan alkalmazott, rendszeres napfürdővel ért el. Azt tapasztalta, hogy az erős napfény és a száraz levegő a sarjadzást és a bebőrödzést nagyon elősegíti és hogy az átültetett bőrlebens is gyorsabban tapad meg, ha azt a napon előzetesen kissé megszáritott sarjakra borítjuk. A napfénytel tasakos vagy alávált szélű sebeket, bőven genyedő vagy széteső fekélyeket, sőt sipolymeneteket is szép eredménnyel kezelt. Ez utóbbiakat olyképpen tette a napsugaraknak hozzáférhetővé, hogy hajlítható ablakos fémesöveket helyezett beléjük. Többek között scrophulodermának olyan esetét is sikerült minden más gyógykezelés kizárásával három hónapon át naponként alkalmazott napfürdővel meggyógyítani, a mely

minden más kezeléssel szemben három éven át daczolt. Két lupusos beteget is kigyógyított, a kik közül az egyiknek lágyyszájpadján és hangszalagjain is voltak lupusos elváltozásai. Ezen helyeket is pusztán csak azzal kezelte, hogy a napfény hatásának tette ki.

Ezen kedvező hatást véleménye szerint a napnak nemcsak rövid hullámú sugarai, hanem hősugarai is eredményezik, mert ezek vérbőséget okoznak és a képletek kiszáritásával a mikroorganizmusok fejlődését hátráltatják.

Azt, hogy a napfény alkalmazásával Ober-Engandinban ilyen sikereket ért el, annak tulajdonítja, hogy a nap fénye ott a magas hegyeken (1800 m.-nyire a tenger színe felett) aránylag több rövid hullámú sugarakat tartalmaz. Érdemes volna megkísérlni, nem lehetne-e alacsonyabban fekvő helyeken is, ha a levegőjük elég száraz és tiszta, hasonló jó eredményeket elérni. (Próbálkozásaim, a melyeket a napfénytel a Balaton partján 100 m. magasan a tengerszíne felett egy-két sebési esetben tettem, arra a feltevésre jogosítanak, hogy a napsütés alacsony fekvésű, eléggé tiszta levegővel bíró helyeken is elég erős ahhoz, hogy hasonló jó eredményeket érjünk el. Ref.)

Bernhard a napfény alkalmazását első sorban zúzott vagy szakított sebek, továbbá vérkeringési vagy trophikus beidegzési zavarok következtében gyógyulásra hajlamot nem mutató fekélyek, égés, fagyás vagy étetés által okozott sebek, kelevény, panaritium, carbunculus, lágy fekély, bubo, bőr-, mirigy-, csont-, ízület-, gége- s hashártyagümőkör, bőrrák és makacs bujakóros fekély eseteiben ajánlja. (Zeitschrift für Balneologie etc., 1908. 2. füzet.)

Lenkey V. D. dr.

Kisebb közlések az orvostgyakorlatra.

A húgyhólyag izgalmi állapotainak gyógyításában természetesen elsőrangú jelentőségű az oknak az eltávolítása. Nagyon sokszor azonban csak helybeli neurosisról van ilyenkor szó, a mely ellen *Pirkner* szerint nagyon jól hat a santyl. 25 cseppet ad naponként háromszor czukron (diabetes fennforgásakor capsulában). A santylt a betegek nagyon jól tűrik, úgy hogy hosszabb ideig adható. Tisztán neurasthenián alapuló esetekben 6—10 hét múlva visszaesés szokott bekövetkezni, a melyet azonban santylnak újból adásával hamar meg lehet szüntetni. (Internat. journal of surgery, 1908 szeptember.)

A diplosal nevű új salicylkészítményről, a melyről *Minkowski* tanár is dícsérően nyilatkozott, újabban *Stadelmann* tanár osztályából jelent meg közlés *Levy* dr. tollából. A diplosal tulajdonképpen salicylo-salicylsav; úgy fogható fel, mint salol, a melynek mérgező carbolsavát salicylsav helyettesíti, vagy mint aspirin, a melynek hatástalan eczetsavát salicylsav pótolja. A diplosal szintelen, szagtalan és csaknem iz nélküli por, a mely vízben nehezen oldódik. Kiválasztódása körülbelül 1/2 órával a bevétele után kezdődik és 40—50 óra múlva végződik. A gyomrot és a vesét nem bántja. Naponként 4 gramm használata mellett nem állott be fülzúgás; csak napi 6 gramm mellett állott be egyik-másik nőbetegen fülzúgás, de sokkal kisebb mértékben, mint salicylsav használata után. Heveny ízületiú eseteiben napi 4—6 gramm diplosalra 2—3 nap alatt a láz megszűnt, az ízületek duzzadtsága és fájdalmasága véget ért. Azokban a kivételes esetekben, a melyekben ez a kedvező hatás nem állott be, az utólag adott salicylsav is hatásatlannak bizonyult. Izomcsú és ischias eseteiben szintén nagyon hatásosnak bizonyult a diplosal, idült ízületiú ellen azonban nem sokat használt. Egyes adagja 1 gramm, a melyet legezlszerűbben tejben vagy zabnyálkában vesz be a beteg. (Medizinische Klinik, 1908. 46. szám.)

A morphinbrommethyatról (*morphosan* *Riedel*) kimerítően értekezik *Hirschlaff*. Nagyszámú kísérletező és klinikai vizsgálata alapján a morphium jó pótlószerének tartja, annyival inkább, mert mérgező hatása sokkal kisebb, gyermekeknek, aggnak, szív-bajosoknak, terhesekek stb. is bátran adható s a szervezet nem szokja meg. Minőségileg éppen úgy hat, mint a morphium hydrochloricum, minőségileg azonban a hatása körülbelül 10-szer gyengébb, mint ez utóbbié, a minek megfelelően 10-szer nagyobb adagban kell rendelni. Adható porban, oldatban, bőr alá fecskendezés alakjában. (Therapeutische Monatshefte, 1908. 10. és 11. füzet.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1908. 49. szám. *Kaczvinsky János:* A műtét utáni antiseptisre irányuló kísérleteim. *Kanitz Henrik:* A leukoderma syphiliticumról.

Orvosok lapja, 1908. 49. szám. *Tócsigyi Elemér:* A hangzavarok okairól és nyilvánulásáról. *Rottenbiller Ödön:* A vér hőmérsékletének befolyásolhatósága, összetételének megváltoztatása thermikus ingerek útján.

Budapesti orvosi ujság, 1908. 49. szám. *Fischer Aladár:* Az inguinális lymphomák sebészeti kezeléséről. *Tolnai Bertalan:* A gyermek-kori szájbetegségekről. „Gégészeti” melléklet. 2. szám. *Baumgarten Egmont:* Gégétünetek a syringomyeliánál.

Vegyes hírek.

A kolozsvári egyetem szemészeti tanszéke. A kolozsvári egyetem orvostudományi tanártestülete novemberi ülésén egyhangúlag elhatározta, hogy a Hoor tanárnak Budapestre történt kinevezésével megüresedő szemészeti tanszékre *Imre József* dr.-t, a jeles hódmezővásárhelyi szemész-főorvost hívja meg.

Kinevezés. *Morvay István* dr.-t és *Tóth József* dr.-t Háromszék-megye főispánja tiszteletbeli járásorvossá nevezte ki. — *Megele Ödön* dr.-t és *Schimert Gusztáv* dr.-t a székesfőváros főpolgármestere a fertőző-betegek kórházának segédorvosává nevezte ki.

Reinhold Béla dr. egyet. magántanárt és tanársegédet a kolozsvári egyetem orvostudományi tanártestülete az élet- és körvegytani tanszékhez adjunctusnak megválasztotta.

Alkalmazások a kolozsvári egyetem orvosi karán. A novemberi kari ülésen megválasztották: *Ács Nagy István* dr.-t II. tanársegédnek és *Purjesz Béla* dr.-t gyakornoknak a belorvostanhoz. *Szigeti Imre* dr.-t műtőnövédeknek a sebészeti klinikára.

Választás. *Kornhauser Soma* dr.-t Nádudvaron községi orvossá választották.

A budapesti sanatorium-egyesület e hó 6-án tartotta 10. közgyűlését *Batthyány Lajos* gróf elnöklésével. Az elnök megnyitja után, melyben melegen üdvözölte *Korányi Frigyes* tanárt, a tuberculosis elleni küzdés magyarországi vezetőjét, azon alkalomból, hogy a király a bárósággal tüntette ki: *Tauszk Ferencz* főtitkár először is az igazgató tanácsnak folyó évi jelentését terjesztette elő, a melyből kiemelendő, hogy az Erzsébet királyné-sanatoriumnak 100 beteg befogadására szolgáló új szárnya a jövő év őszén már megnyílik. A lefolyt évben 508 beteget ápoltak a sanatoriumban, közülük 180-at ingyen; haszonnal járt a kúra az eseteknek 72%-ában. Az egyesület vezetése alatt álló „Tüdőbeteg-gondozó intézet” szintén fényes eredménnyel működött (eddig 5500 beteg jelentkezett 30,000 rendelésen; 1483 részesült segélyezésben, 104 lakbérpótlékban és 142 lakásfertőtlenítésben). Majd az elmúlt 10 esztendő működéséről számolt be a főtitkár; ezen beszámolója vaskos kötet alakjában nyomtatásban is megjelent. Kiemelendő ezen jelentésből, hogy az Erzsébet királyné-sanatoriumban 10 év alatt ápolta 3500 beteg közül távozásra óta 85%-a mondja magát munkabírónak. A gümőkór elleni küzdés népszerűsítése tekintetében nagyon jó szolgálatot tett az egyesület által kiadott „Tuberkulózis” című lap, továbbá a több mint 100 népies előadás, a melyet a gümőkórrol tartottak. Végül *Korányi Frigyes* báró mondotta el záróbeszédét, a melyben különösen a hazai gümőkór-ellenes mozgalomnak egységes központosítását sürgette.

A Magyar Orvosi Szaklapok Egyesületének alapszabályait, a belügyminister f. é. október 14-i kelettel jóváhagyta. Az egyesület célja: az orvosi szaklapok tekintélyének és érdekeinek előmozdítása és megvédése. E cél elérésére a magyar orvosi szaklapok szerkesztőseinek tagjait erkölcsi testületbe egyesíti és az orvosi szaklapok nemzetközi társulásának keretében mint annak magyarországi csoportja részt vesz. Az „Association internationale de la Presse Médicale” legutóbb Párisban tartott értekezletén a magyar csoport belépését hivatalosan tudomásul vette. Az egyesület elnöke *Lenhossék Mihály* dr. egyetemi tanár, ügyvivő titkára *Győry Tibor* dr. magántanár.

Helyreigazítás. A *Veress Ferencz* dr. cikkéhez mult számunkban mellékelt színes tábla felső képe *haematoma spurium traumaticum*, az alsó pedig *esoportos papulák syphilid* esetét ábrázolja.

A budapesti egyetem II. sz. nőbeteg-klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum segélyét november hóban 127 esetben vették igénybe; a műtétek száma 97 volt.

A budapesti poliklinikán november hónapban 3861 új beteg jelentkezett; a rendeléseknek összes száma 11,439 volt.

Meghalt. *Grösz Sándor* dr. cs. és kir. törzssorvos 44 éves korában e hó 4-én Szabadkán. — *G. E. Rindfleisch* tanár, a nagyírfi kór-anatomus, Würzburgban, november 5-én, 72 éves korában. Rindfleisch Köthenben született 1836-ban, orvosi tanulmányait Heidelbergben, Würzburgban, különösen pedig Berlinben végezte Virchow oldalán. Már 1861-ben a kórbonezolás tanár-magántanára lett Boroszlóban, honnan Zürichbe, majd Bonnba s végül 1874-ben mint a kórbonezolás tanára Würzburgba költözött át. 1892-ben nyugalmába vonult. Rindfleischnek igen nagy érdemei

vannak a kórszövettan terén, különösen a gümőkór pathológiájára s a vér pathológiájára vonatkozólag. Ő állapította meg többek közt a görvélykór viszonyát a tuberculosishoz s az összefüggést a kettő között. 1888-ban rectori beszédében megalapította a neovitalismus néven ismert természetbölcséleti elméletnek. — *E. Hamy* dr., az anthropologia tanára a párisi egyetemen, november 18-án, 66 éves korában. — *V. Brigid* dr., valaha a kórbonezolás tanára Genuában. — *A. San Martin y Satriategui* dr., a sebészet rendes tanára a madridi egyetemen. — *J. Schnabel* tanár, a bécsi egyetem II. szemklinikájának igazgatója e hó 4-én 66 éves korában hirtelen elhunyt.

Kisebb hírek külföldről. *Laveran* dr.-nak emlékszobrót állítanak a constantini (Algír) katonai kórházban, a hol felfedezte a váltóláz elődjét 1880-ban. — A bécsi orvosegyet. jövő május 18-án ünnepélyesen megüli *Auenbrugger* halálának 100. évfordulóját s márványemléktáblát helyez el azon a házban, a melyben meghalt. — Egyetemi tanári tanszéket nyertek: *Mirallé* dr. Nantes-ban (belorvostan) és *Woronin* dr. Moszkvában (általános kórtan). — *Rubner*-t, a hygiene tanárát a berlini egyetemen, ugyanott az élettan tanárának hívták meg.

Tutmonda Esperanto Kuracista Asocio. Ezen a hangzatos néven esperantista nemzetközi orvosi társaság alakult. A társulat elnöke Dor tanár (Lyon), alelnökei Mybs dr. (Altona) és Whitaker dr. (Liverpool), titkára Robin dr. (Varsó), pénztárosa Soulier dr. (Lyon). A társaság közlönyt is ad ki La Vocho de Kuracisto címen. Bővebb értesítést Robin dr. ad (Varsó, Senatorska 80).

Jelen számunkhoz az **F. Hoffmann-La Roche & Cie.** czég „Sirolin” című prospectusa van mellékelve.

Hydropyrin vízben oldható acetilsalicylsós 96¹/₄% acetilsalicylsav tartalommal. Antipyreticum, antirheumaticum és analgeticum. Az influenza specificuma. Könnyű oldhatóságánál fogva főzetek-, forrázatok- és vizes oldatokban adható. Por- és tablettákban kerül forgalomba.

„Fasor- (Dr. Herezel-féle) sanatorium”. Magángyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérések árak. — Kíváncsiak prospektus.

Elektromágneses intézet Budapest, VII., Dr. Grünwald-sanatorium. Főbb javak: álmatlanság, neurasthenia, neuralgiák, ischias, neurosisok, migraine, arteriosclerosis, csúsz stb. Prospectus. Vezető orvos: **REH BÉLA** dr.

Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete. Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógy módok.

CIRKVENICA THERAPIA-Sanatorium a magyar tengerparton. Berendezve az összes gyógyító eljárásokra. Modern kényelem. 120 szoba. Vezető orvos: **Dr. GROÓ BÉLA.**

Orvosi laboratórium: Vezető: Dr. VAS BERNÁT, Poliklinika. Szövetség-utca 14-16. Telefon 90-46.

Reiniger, Gebbert & Schall Budapest, VIII., Rákóczi-út 19. szám. Villamos orvosi műszerek különlegességi gyára

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

Budapesti ZANDER-gyógyintézet

VIII., Muzeum-körút 2. Teljes physikális gyógyberendezés. Főbb javak: Idült gyomorbéla-tonia, székrekedés, elhízás, köszvény, csúsz, idegzsabák (ischias stb.). Csonttörések és egyéb sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Érelmeszesedés, szívbajok, bronchialis asthma (villamos fény-fürdővel), neurasthenia, bémulások. Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése (Zander módszerével). Gerinczélgyömbülések.

Röntgenlaboratórium: Tulajdonos: **Dr. HUBER ALFRÉD** a szt. István-kórház Röntgen-laboratóriumának vezetője. Budapest, VIII., József-körút 26. I. em.

Dr. MÜLLER VILMOS a tátraházi tüdőbeteg-sanatorium főorvosa
SAN-REMOBAN (Corso Garibaldi 25) rendl. Prospektus.

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. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

ERDEY Dr. Sanatoriuma Budapest, IX., Bakács-tér 10. Nőbetegek és szülők részére.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXIV. rendes tudományos ülés 1908 november 28-án.) 922. l. — Szegedi Orvos-Egyesület. (1908 október hó 14-én tartott tudományos ülés.) 923. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya. (XXI. szakülés 1908 november 14-én.) 925. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXIV. rendes tudományos ülés 1908 november 28-án.)

Elnök: **Eröss Gyula.** Jegyző: **Verebély Tibor.**

Myoma és terhesség.

Lovrich József: Hofmeier nézetét osztják az I. sz. női klinikán is, midőn fibromás méhek születekor conservative járnak el, mert az a tapasztalat, hogy a fibromás méhek legnagyobb részben normálisan szülnék. Egy kivételen operált terhes fibromyomás méhet demonstrál a terhesség második havából. A készítményt supravaginális amputációval nyerték 24 éves, négyszer szült asszonyból. A diagnosztizált terhesség mellett eltávolították a multiplex fibromát, mely oly tömegben fejlődött ki, hogy izomszövetet a méhben alig lehetett szabad szemmel látni. Ilyen nagyon beteg méh nem tudja a terhesség végeig kihordani a magzatot. A elvetelés vagy koraszülés is nagy veszedelmet rejthet magában s ezért távolították el a méhet. A műtét után teljes, reactio nélküli gyógyulást észleltek. Az embryo alig két cm. hosszú s a gyöngytyúktójasnyi pete köröskörül be volt ágyazva a sok fibroma-gócz közé.

Tóth István: A myoma és terhesség találkozása sok szövödményre adhat alkalmat, máskor pedig minden zavar nélkül folyik le. A cervix-myoma néha szülési akadály, máskor nem engedi kiviselni a terhességet. Ilyen esetük volt a közelmúltban, melyet a gynaekologiai szakosztályban be is mutatott. A myomát sikerült kirekeszteni és a terhességet megtartani. A harmadik hónapban terhes méh a medenczébe harántul be volt nyomva. A méh mögött és fölött gyermekfejnyi fibroma, mely karvastagságú kocsánnyal függött össze a méhvel. Nem lehetett kiemelni. Laparotomia. A cseplesz a hólyaggal összenőtt, a daganat a méh bal elülső falából eredt és a mesenterium mögött volt, a belek reá voltak növe, ezért nem lehetett kiemelni. Manchettaszerűleg metszették körül, enucleálták, azután a méh falát összevarrták. Természetesen a méh mélyebb rétegeit és a nyálkahártyát nem érintették. A méh reactio nélkül gyógyult; a nő a nyolczadik hónapban volt terhes, mikor bemutatták.

Eszközök és törlok számontartása hasmetszéskor.

Tóth István: A ki a hasürben operál, valamelyes módon védekezik az ellen, hogy a műtét alkalmával használt eszközök és törlok közül ne maradjon semmi sem a hasürben.

Bemutatásának célja, hogy a II. sz. női klinika védekezését bemutassa, melyért sok külföldi vendég is elismeréssel adózott.

Az érszorítók ellenőrzésére kis fémasztalkák szolgálnak, melyeken 12 vagy 24 nyílásban helyezzük el a 12 vagy 24 Péan-, Lumniczer- avagy Kocher-féle érszorítót; csak egy tekintet kell vetnie az instrumentálónak, hogy meggyőződjék, miszerint úgy a műtét előtt, mint annak végeztével nincs sem több, sem kevesebb, mint a mi elő volt írva.

A törlok számontartása nehezebb, talán körülményesebb, de fontosabb is, mert a törlo könnyebben kallódik el.

Hasmetszéseink alkalmával 25-ös csomagokba kötött, különböző nagyságú, több rétegben összevarrott mull-törloket használunk. Minden egyes törlo jól láthatóan van számozva 1-től 25-ig, tehát minden egyes törlo egy másikkal avagy idegen kötszardarabbal össze nem cserélhető külön individuum. A törloket a főszülésznő s az e célra évről évre kijelölt idősebb klinikai orvos szedi 25-ös csomagba akként, hogy tévedés lehető elkerülése céljából egy e célra készült állványnak (vaskeret) 1-től 25-ig számozott horgáról leszedi a 25 törlot, átfűzi sodronnyal, s a birtokában őrzött bélyegzővel leplombálja. Hasonlóan készíti el a többi 25-ös csomagokat, melyek így kosarakban kerülnek a sterilisatorba.

A műtétkor az egyik orvos feladata a törlok számontartása. A műtét előtt, illetőleg a kezdetén, mielőtt a sodrony plombját megoldaná, kötelessége újra átszámolni egy, esetleg két 25-ös csomagot. A műtétkor elhasznált törloket az e célból odarendelt ápolónő szedi föl, azonnal kiöblíti a vértől, s a már ismert horgos állvány

megfelelő számú horgára akasztja az egyiket a másik után. A hasür zárása előtt a törlo-kezelő orvos látja a hiányzó számokat, s ha a megfelelő törlot nem találja a kosarában, meg tudja mondani nemcsak azt, hogy hány törloje hiányzik, de a hiányzók számát is s így minden elcserelés, tévedés ki van zárva.

Ha még ilyen gondosság mellett is megtörténik, hogy mégis bennmarad törlo avagy eszköz, nyugodtan viselhetjük a felelősséget, mert csak szerencsétlenségről lehet szó, a mi a véges ember minden óvintézkedése mellett sem háriható el. A jövőben pedig épen úgy, mint eddig, szívesen fogadunk e téren minden újítást, a mely a ezelt biztosabban szolgálja.

A húgyhólyagból eltávolított pessarium.

Faragó Zsigmond: A pessarium oclusivumot a beteg a conceptio meggátlása céljából a hüvelybe akarta illeszteni és véletlenül, a nélkül, hogy tudta volna, a hólyagba csúsztatta. A pessarium három hónapig volt a hólyagban, odatapadt a hólyagfalhoz és inerustálódott. Sem a beteg, sem orvosai, a kikhez kinzó vizeleti fájdalmak és incontinentia urinae miatt fordult, nem tudták, hogy a hólyagban pessarium van. A pessarium az elülső hüvelyfalán át mint idegen test kitapintható volt. A pessariumot, melynek 5 cm. az átmérője, felső hólyagmetszés útján távolította el. Gyógyulás három hét alatt.

Vaccinációs eljárással gyógyított sycosis esete.

Detre László: Oly egyént kívánok bemutatni, a kinek 3 éve fennállott és minden kezeléssel dacolt sycosisát az általam alkalmazott vaccinációs therapia sikeresen befolyásolta.

A férfi 1905. novembere óta beteg. Röntgent, kenőcsöket, belső kezelést próbáltak meg rajta magyar és osztrák bőrorvosok.

Hozzám ez év június 15-én került. Egész arca genyes felületű volt, az összes szakáll-szőrtüszők genyes gömbökké alakultak át, melyeket igen gyenge húzással el lehetett távolítani a bőrből. Álla alatt nagy nedvedző, genyedő beszűrődések, melyek páncezlszerűen sorakoztak egymás mellé. Az arc nagy mértékben gyuladós. Állását el is kellett volna hagynia rövid időn belől, annyira undorító volt a külseje.

A betegnek vaccinációs gyógyítását határoztam el. A gyógy-mód ma főképp az opsonin-therapia neve alatt ismeretes és főleg Wright nevéhez fűződik, a ki az általam a jelen esetben is használt elveket a therapiába, ha nem is vitte be, de fontosságuk mellett 15 év óta állandóan kardoskodik.

Eltérnék tárgyamtól, ha az opsonin-therapia irányelveit most fejtegetném. Csak azon meggyőződésnek akarok itt kifejezést adni, hogy a vaccinációs therapiát a fáradtságos és e mellett nem is kifogástalan eredményeket nyújtó opsonin-meghatározások nélkül is végre lehet hajtani. Csak azokhoz az irányelvekhez kell ragaszkodnunk, melyek minden immunisatióban, legyen az állatok vagy emberek immunizálása, amúgy is kell hogy vezessenek. Ezen elvek: 1. a kezdő dosis lehetőleg alacsony legyen, hogy elviselése a szervezetre túlnagy feladatot ne hárítson; 2. minden következő adag az előbbihez képest emelkedést jelentsen, addig, míg egy bizonyos hatás el nem éretett; 3. csakis akkor adjunk újabb injectiót, ha az előbbinek esetleges izgató hatása már tökéletesen elmúlt. A szervezetnek tolerantiája legyen minden esetben irányítónk. Mint látják, ezek azok az elvek, melyeket a tuberculin-therapiában is vallunk és gyakorolunk: az analogia különben, mint látni fogjuk, még teljesebb.

Mily anyagot használjunk az injectiókra? Mindenesetre olyat, mely az illető bacillus-fajtának fehérjéjét tartalmazza ártalmatlan, már nem fertőző alakban. Wright iskolájának tapasztalatai szerint sok esetben ajánlatos magának a fertőző bakteriumnak közvetítésével készíteni az oltóanyagot, tehát pl. staphylococcus esetében nem

bármely laboratoriumi törzset, hanem magának a betegnek kör-
csíráját használni fel, mert így nagyobb a valószínűség, hogy a
vaccinatio termelte ellenanyagok megfelelnek a kórokozó csírának.
Ez esetben is így jártam el. Kitenyésztettem a betegnek saját
csírát; a genyes szőrtüszőkből staphylococcus albus, a mélyebb
beszűrődésekből staphylococcus aureus kaptam, egy gelatinkacs-
ból körülbelül 300—400 telepet. (Gőreső alatt csakis staphylo-
coccusokat lehetett a genysejtek mellett találni.) 3 platinkacsnyi
albus és ugyanannyi aureus agar-kulturát emulgeáltam 7 cm³ steril
bouillonban, az emulsiót vízfürdőben felhevítettem 20 percig 70°
C-ra, ezután sterilítási-próbáknak vettem alá aëro és anaëro
módon. Erre megkarboloztam a folyadékot, a mely hónapokig el-
állott. Ezen anyagnak 1 cm³-e körülbelül 1 1/2 mgm. nedves staphylo-
coccus-fehérjét tartalmazott. A kezelés tempója ez volt: június
havában 2 injectio egyenként 0.1 cm³ vaccinával. Július 7.-én 0.2,
15.-én 0.2, 20.-án 0.4, 25.-én 0.6, augusztus 3.-án 0.7, 10.-én
0.8 cm³; azután még kéthetenként kapott 1.0 cm³-t a folyadékból
szeptember közepéig, összesen tehát 10 injectiót 5.1 cm³-nyi össz-
mennyiségben. Az első injectiók 1—2 tizednyi hőemelkedést vál-
tottak ki s némi beszűrődést az injectio helyén, mely lobosság
azonban 2—3 nap alatt eltűnt. A 3. és 5. injectio erősebb infil-
trációval járt és feltűnő volt, hogy vele karöltve az arczbőr is
élénken megduzzadt. Hasonló tünetényt észlelünk, mint ismeretes,
a tuberculin-kezelés folyamán, a hol is az az adag, mely az injectio
helyén infiltrációt okoz, a gümös góczokban is lobosodást válthat
ki. Esetünkben ezen infiltratumok is heges tapintatú csomókká
alakultak át, a melyek néhány nap alatt felszívódtak.

A kezelés már a 3. injectiótól kezdve tetemes javulást hozott
létre. Az arcz mind szárazabbá vált, az infiltratumok elfonnyadtak,
az eczemás pörkők leváltak és alattuk a bőrnek előbb finom hege
mutakozott, mely azután lassanként normális bőrré alakult át. Az
infiltratumok minden további kezelés nélkül megkisebbedtek, a
bőrpánczél megpuhult, a szőrtüszők genyedése mind esekélyebb
lett, az arcz lassanként normálissá alakult át. Ma egy-két, alig
borsónyi göb kivételével az arcz apró vonalas heggekkel erősen
be van ugyan borítva, de különben normálisnak mondható. Az
ember, a ki undorító és makacs baja miatt kenyerét vesztette
volna, ma újra munkaképes és immár 4. hónapja recidiva nélkül
van, míg azelőtt minden kezelés után 2—3 hétre már recidiva
állott be. A beteget különben tovább is figyelem és ha a legkisebb
új genyes eruptio támadna, immunitását 1—2 ily injectióval remé-
lem újra helyreállíthatani. Ajánlom az eljárást staphylococcus
makacs eseteiben.

Havas Adolf: Az esetet nem látta, de elfogadja, hogy a crusták
leestek az oltások eredményeképen. Egyet azonban mint bőrgyógyász-
nak konstatálnia kell, hogy t. i. a sycosis ma is fennáll. Lehet, hogy
ez a beteg 3 évig kezeltetett, a maltraitement által a gyulladás foko-
zott. Az is előfordul, a mit már Zeissl mondott, hogy néha a sok tevés
után az a therapia, ha nem teszünk semmit. A sycosis therapiája a leg-
nehezebb. Egy eljárást dicsérni lehetetlen. Ha felületes, gyorsan gyógyul,
de ha mélyre hatol, nagyon nehéz a kezelése. Röntgen-fény alkalmazására
könnyen sorvad a bőr.

Preisz Károly: Az orvosi tudományos dolgokra, ha nem is a
nonum prematur in annum, de a nonum prematur in mensem indokolt.
Egy esetből bajos következtetéseket vonni. Bizonytalan, hogy mi okozza
a sycosist. A staphylococcus kitenyészítése nem bizonyít semmit, a bőr
nyitva áll és bármi legyen is az igazi ok, staphylococcus mindig fogunk
találni. A sycosis elváltozások gyógyulnak, de mindig új meg új elvál-
tozások keletkeznek. Ezeket kell meggátolni tudni.

Detre felvetette a kérdést, hogy minek beoltani, hisz képződik ott
antigen. De Detre szerint sok függ a beoltás helyétől, mert a sycosis helyén
a felszívódás rosszabb. Thalman is azt mondja, syphilis antitestek kelet-
keznek és ez gyógyítja a luest, de a syphilis malignában antigen nem
szívódik fel, antitest nem képződhetik. Ez tetszett, de épen a lues malig-
nában van a legtöbb antitest és itt legpositivabb a Wassermann-reactio.

Detre László: A beteget kezelték is, de volt olyan idő, mikor
nem kezelték és közben a kenyerét vesztette volna.

Nem unicum, nem is egyedüli eset. Reichnak egész sor esete
van, melyben sycosisok, furunculosisok vaccinatióra gyógyultak. Teg-
nap szóló a betegnek 10 szőrtüszőjét vizsgálta és az agarkulturák
sterilek maradtak.

Preisz felemlítette Thalman theoriáját. Ezt nem Thalman találta
ki. Már 1893-ban ismerték, hogy TR-tuberculin befecskendezése, nem a
beteg helyre, hanem távolabbi helyre, a vérben megindulnak a speci-
fikusság elváltozások. Ez tény.

A Wassermann-reactiónál nem tudjuk, mi az ellenanyag, mi a
reactio, de azt tudjuk, hogy az egyik nem lehet a másik.

(Vége következik.)

Szegedi Orvos-Egyesület.

(1908 október hó 14.-én tartott tudományos ülés.)

Elnök: **Faragó Ödön** dr. Jegyző: **Berger Mór** dr.

Erdélyi Jenő bemutatja lúgmérgezés következtében
szűkült nyelőcsőből oesophagoscoppal eltávolított idegen
test esetét. Részletesen megjelent eredeti közléseink között.

Eisenstein Károly szülés-esetet ismertet, melyet az általa
feltalált farfogóval fejezett be. Bemutatja a fogót.

Azután három gyermekfejnyi **myomás méhet** mutat be, melyek
közül egyet a Franqué-féle totális méhexstirpációval nyert. A méh
teljes kiirtását erős genyes folyás tette javálttá, mert félni lehe-
tett, hogy a visszahagyott méhnyakból a folyás tovább is fenn-
maradna. Franqué technikájának lényege az, hogy az előlő hüvely-
falat nyitjuk meg legelőször. Az eljárás kitűnően bevált, és azóta
minden méhkiirtást ily módon végeznek a bábaképezdén.

Bemutat ezenkívül ökölnyi **adnextumort**, mely a méhvel és
a kevésbé elváltozott másik oldali adnexumokkal együtt távolítottatott
el laparotomia útján. A gyökeres műtétet a daganatnak kétségtelenül
gonorrhoeás természete jálalta. Az erős összenövés miatt szóba
jöhett volna a méh hemisectiója, a mely azonban mégis elkerül-
hető volt. Hasonló esetben, ha az egyoldali adnexumok aránylag
könnyen fejthetők ki, az előadó sikeresen vél alkalmazhatni oly
eljárást, melyben előbb a könnyen kifejthető adnexumok szabaddá-
tetele, az ezoldali ligamentumok átmetszése, azután a méh leválasz-
tása a hüvelyről, és azután az erősebben elváltozott és összenőtt
adnexumok kiszabadítása volna végzendő.

Ez az eljárás kitűnően bevált egy férfifejnyi intraligamentáris
cysta esetében, melynek készítményét bemutatja. Az öreg nőben
erős ascites volt, melyen át homályosan volt a nagy daganat
tapintható. A cysta 180°-nyira volt megesavarva és egész hosszú-
ságában a méhnek bal részével összenőve; a méhet egészen a
bal oldalra húzta, a hol hátulsó falának jórészevel a cystához növe,
csak nagynehezen volt feltalálható. A jobboldali adnexumok is erő-
sen a medencze mélyébe voltak ugyan lenőve, de esekély meg-
duzzadásuk miatt könnyebben voltak kifejthetők. A cysta punctiója
után ezért először is a jobboldali adnexumok, majd a méh kifej-
tése, azután a cysta megsza- badítása a számtalan összenövésből
végeztetett, a melyek a belekhez, a rectumhoz, a medenczefalhoz
fixáltak. A hasüreg drainezése a hüvelyen át történt. A nő zavar-
talanul gyógyult és ascites nélkül távozott. Az ascites a peritoneum-
nak a cysta okozta izgatása folytán keletkezett, az ovarium papillomái-
nak mintájára.

Bemutat továbbá **Wertheim-féle gyökeres exstirpacio útján
nyert 11 cervixrákos méhet**. Az esetek legnagyobb részében a
legnehezebb szövödmények kísérték a megbetegedést: maga a rák
valamennyi esetben óriásilag előrehaladott volt. Egy esetben kiter-
jedt összenövés volt, nevezetesen a hólyag nőtt szervesen az
előlő méhfalhoz, ennek egész kiterjedésében. Egy esetben a hüvelyre
terjedt át a rák 3—4 cm.-nyire és erős és fokozódó cystitis jelezte
az összenövést a hólyaggal. Itt az egész hüvely eltávolítása volt
tervbe véve, a mi azonban a narcosis zavarai miatt nem volt ki-
vihető. A hüvelynek 2/3 része távolítottatott el, és bőven 2 cm. az
egészséges hüvelyből. A medencze kötőszöve mindenütt erősen
vérbő, beszűrődött. Tompa praeparálás alig lehetséges. A septum
vesicovaginale szövete különösen erősen belővelt, helyenként zavaros
savó ürül belőle. A hólyag ép. Erős vérzés a hólyagvenákból. A
műtét a bemutatást megelőző napon történt. A nő lázas.

Más esetben tuberculosis genitalium és tuberculosus sacro-
salpinx volt jelen. Ezt az esetet részletesen ismertette a „Gyógyá-
szat“ ez évi 27. számában.

Ismét más esetben a mirigyek egész tömegét kellett eltávo-
lítani, miközben az ureterek és medenczebeli erek hosszú darabon
lecsupaszítottak, egy helyen az ureter tüvel átszúrattott. Ez az eset
zavartalanul gyógyult.

Egy esetben a méh műtét közben az orif. int. táján beszakadt.
Ez esetben az infiltráló cervixrák a fundusig hatolt előre és a
jobb parametriumot is csaknem a csontig infiltrálta. Itt az uretert
nem sikerült a parametriumból kihámozni, miért is az abba való
bemélyedése előtt 1 ujjnyival lekötöttetett és átvágott. Erre az
erősen infiltrált parametriumot nagy terjedelemben eltávolították,
miközben a hólyag megsérült. A hólyagseb bevarratott, az ureter

pedig lekötve maradt, mert a hólyagba való implantációja a nagy hiány miatt nem igen látszott kivihetőnek, de a méh beszakadása miatt a gyógyulás kilátásai sem igen lehettek jók, a hasüreg drainézése lévén indokolt. Azonkívül a műtét eddig is igen hosszú volt már. A medencének lehető pontos kitakarítása után a hasüreg drainézése úgy az alsó sebzugon, mint a hüvelyen át kivezetett gázcsikkokkal. Gyógyulás, mely alatt azonban a hasseb nyitva hagyott zugából vizeletesurgás jelentkezett, mely a tejpróba által hólyagfistulából eredőnek bizonyult. A nő most teljesen egészséges, a fistula spontán zárult. Recidivára azonban el lehetünk készülve. A vese az első 3—4 napon duzzadt volt és a nő vesetáji fájdalmakat érzett; derék- és oldalfájásokról ugyan utóbb is panaszkodott, fekvő betegek módjára, de már nem lokalizálta fájdalmait oly praecisen és a vesetájék nyomásra sem volt oly érzékeny. Most már hónapok óta semmi panasza sincs. Meghízott.

Egy esetben nem nagy, de egészen összenövésbe foglalt kétoldali adnextumorkomplikálták a műtétet öreg nőben. A kis, sorvadt méh retroflexióban volt és eredetileg alig volt megtalálható. Előhúzása után is csak a keskeny méhfenék és az elülső méhfal felső ujnyi széles csikja látható. Itt a műtétet a cseplesz, a belek és a rectum több kaecának a tumorokról való éles leválasztásával és így a hátulsó fal szabaddátételével, majd az adnextumok szintén éles kifejtésével kellett kezdeni. Azután simán ment a műtét, és a nő meggyógyult. Szintén volt vizeletesurgása, mely azonban spontán megszűnt.

Két esetben a rák egészen rendkívüli kiterjedést mutatott. Az egyikben 57 éves nőről volt szó. Itt nyolcz nappal a műtét előtt paquelinezés történt; akkor a nő nem tudta magát a műtétre elhatározni — de a „kisebb” műtétbe beleegyezett. Közben két hasonló műtét végeztetett szerencsés primaer eredménnyel, mely körülmény hatása alatt a nő maga is követelni kezdte a radikális kezelést, mondván, hogy „élni vagy halni” akar. A méhet kb. 10 cm.-nyi darabon kellett a hólyagról élesen leválasztani. A verőerek erősen el voltak meszesedve. Az izoláltan leköttött art. uterinát kétszer is átvágta a fonal. Ez a nő a műtét utáni napon meghalt.

Halállal végződött másik esetünkben typusos sepsises tünetek között állott be a halál. A műtét előtt a hüvelyből jó ökölnyi puha, erősen rongyos és vérző carcinomareszleteket távolítottunk el. Erősen széteső ú. n. virágkel-tumornak tartottuk az esetet. Műtét közben az elülső hüvellyel beszakadt a méh kiemelése közben. A beszakadt helyet ugyan azonnal be lehetett varrni, mégis ennek a sérülésnek tulajdonítható a sepsis. A tumor feltűnő puhaságú cervixrák, mely a belső méhszájig terjed, a portio vaginalist egészen elpusztította és áthaladt a hüvelyre is.

Ezek a készítmények világosan mutatják, mily nagy lépés történt a méhrák operálásában oly irányban, hogy ma oly esetek is műtéti kezelésbe vehetők, melyekben azelőtt radikális beavatkozásról szó sem lehetett. E pillanatban a kibővített laparotomiás eljárásé, más szóval, a Wertheim-műtété a tér. Az utolsó drezdai congressuson Olshausen, a vaginális méhkiirtás egyik kidolgozója és legnagyobb mestere is úgy nyilatkozott, hogy 10 % radikális gyógyulás a legtöbb, a mit ezen az úton elérni lehet, és hogy most a tért a laparotomiás eljárásoknak kell átengedni, hadd lássuk, többre megyünk-e velük.

A vaginális totalexstirpációval szemben jogosultnak látszik a legmesszebb vitt tartózkodás, mert a radikális gyógyulások kivételek, és a recidivák igen nagy része a műtét hegében jelentkezik; az ilyen recidiva pedig nagyon hamar megjelenik és a beteget ép olyan állapotba hozza, mint a milyenben a műtét előtt volt: vérzés, bűzös genyes folyás, utóbb sipolyképződés.

A hegreidivák gyakorisága miatt gondolhatta Mackenrodt az „oltási recidivát” is nagyon gyakorinak, és úgy vélt ellene védekezhetni, hogy a műtétet végig a Paquelin-féle thermocauterrel végezte (igniexstirpatio).

Bár ezt a módszert Mackenrodt még ma is haladásnak tekinti a régi állapottal szemben, ő is az abdominális irány egyik előharcosa lett. Mackenrodt, Freund, Riess és mások kezdeményezése után Wertheim volt az, ki a máig is főbb vonásaiban typice megállapított műtéti eljárást kidolgozta, és óriási számú műtétet és eddig ismeretlen szigorral és erélyvel gyűjtött és feldolgozott statisztikai anyagon a fölényt kétségtelenné tette. Eredetileg az aorta bifurcációjáig is eltávolította a medeneze kötőszövetét, ki-

praeparálván minden eret és az uretereket, és eltávolítván mind a regionaer mirigyeket. Valamennyi mirigyet sorozatos metszeteken átvizsgálta és mirigysémákban pontosan följegyezte a legnagyobbodott és rákosnak talált mirigyeknek a helyét. Ily módon arra a meggyőződésre jutott, hogy a rákos mirigyek többnyire duzzadtak, és hogy ha a mirigyekben rákos elváltozás található, már a távolabbi mirigyek is fertőzöttek s a recidiva nem marad el. Utóbb 3 olyan esetet közölt, melyben a mirigyekben voltak metastasisok és melyek hat évvel a műtét után recidivamentesek. Ez a mirigykérdés ma újra nagyobb actualitást nyert, mert más operateurok, mint Schauta és Staudé, már vaginális úton hasonló radikalizmussal operálnak, de a mirigyek eltávolításáról a priori le kell mondaníok.

Mikor Wertheim első 30 esetéről beszámolt, 12 halálesete, 40 % mortalitása volt. Ma kb. 400 operált esete, 6—7 % primaer mortalitása és körülbelül 60 % tartós gyógyulása van: az operált betegek 60 %-a 6 év múlva él és egészséges. Eddig egy műtétnek sincs ilyen szép összeredménye.

Ezért a bábaképezdén szigorúan a Wertheim-féle technika nyer alkalmazást, és pedig elvileg minden cervix- vagy portiorák esetében. A rákot előkészítik, kanalizás, paquelin, sublimátos gázcsikk a hüvelybe. Laparotomia a köldöktől a symphysis porcáig. A peritoneum kivarrása. Az uterus előhúzása, a plica vesicouterina megnyitása, a lig. infundibulopelvicum leköttése és átmetszése, a lig. latum átmetszése a rotundumig, az utóbbi átmetszése leköttetés után, most a lig. lapjainak széthúzása, az ureter felkeresése, mentében az ureterhasadék szondázása ujjal, ily módon a méh-erek leköttése en bloc. Mindez kétoldalt elvégeztetvén, a hólyag lefejtése a méhről lehető mélyen, azután a peritoneum átmetszése hátul a lig. latumok sebének összekötésével. A rectum lefejtése a hüvelyről. Most hajlított péanok a lig. sacrouterinákön kezdődőleg a medenczefal mellett a parametriumok bázisára, minden oldalon 3—6 db., a parametriumok átmetszése ily módon a hüvely közelségeig. Ekkor a hüvelyből a tampon kihúzása, a paravaginális szövet leköttése a hüvely két szélét is átfogó körülöltés által, a hüvelyre a Wertheim-féle görbe csipők alkalmazása. A hüvely a csipők és a leköttetések között ollóval átvágatik. Most a mirigy tájak kitapintása (mirigykeresés), esetleg legnagyobbodott mirigyek eltávolítása a parametriumon levő csipők leköttése után. Vérzés-csillapítás. A sebürege tampondrainage-a a hüvelyen át kivezetett jodoformgázcsikkal. A peritoneumot az egyik lig. ovarii proprium csomkjától a másikéig szűcsvarrattal zárjuk a tampon felett. Hasfalvarrat 4 rétegben.

Ezt a műtéti eljárást követi ma Wertheim, nála tanulmányozta az előadó is Mann tanár megbízásából. A műtét magában is igen nagy kiterjedésű beavatkozás, de az atypusos nehézségek néha emberfölöttiek. Eddig inkább a hólyag, mint az ureterek részéről voltak akadályok. A lobos septum vesicovaginale éles praeparálása sokszor nagyon nagy területen szükséges, mert a hüvelyt lehető nagy részében kell kiirtani. A rák a hüvely submucosus szövetében terjed le sokszor mélyen, míg a nyálkahártya teljesen ép. De a primaer góczytól távolabb is vannak az ép hüvelynyálkahártya alatt leneseformájú mikroskopi metastasisok. Négy beteg a műtét után vizeletesurgást kapott, a mi igen nagy százalék. Okát ennek abban találhatni, hogy az esetek túlnyomó részében a rák egészen rendkívüli kiterjedésű volt, tehát a hólyagot mindig igen nagy darabon kellett leválasztani. Mind a négy beteg spontán gyógyult; a mi inkább hólyag-, mint ureter-fistulára mutat, egyben tejpróba állapította meg a hólyagsipolyt.

Sokszor nagyon nehéz a genitális tractus hátulsó felének és a rectumnak izolálása. Az összenövés egész labyrinthusán kívül feltűnő sokszor a medeneze rendkívül mélysége és a rectumnak igen szoros összenövése okozott nehézségeket, továbbá a rák nagy kiterjedése mellett a peritoneum erős tapadása a tumorhoz. 2—3 esetben ilyenkor a legnagyobb óvatosságra volt szükség. A rectum kaecalakú odanövését a Douglas-fenéknek vagy a peritoneum visszahajlásának lehet nézni a mély és szűk Douglas sötétjében. Szűk viszonyok közt egy-egy mélyen fogó Péan leköttése csaknem lehetetlennek látszik.

Az utókezelésben szükség esetén csapolás végzendő, de nem elvből. A cystitis elég gyakori, ellene hólyagöblítések használandók.

Úgy az indicatioállítás, mint a technika terén tehát elég egyszerű az álláspont: a corpusrákón kívül minden uteruscarcinomá-

ban Wertheim-műtét, ha csak nem a csontig infiltrált a parametrium, szigorúan Wertheim-féle technikával.

Mégis sokszor állanak dilemma előtt. Mintegy 3 hét előtt egy rákos beteg került az intézetbe. Adnextumora és láza volt. A rák elég jó állapotban. Azóta kis exsudatum fejlődött, de a rák is egészen rohamosan haladt előre. Egy hét óta lázmentes. A műtét a parametrium fertőzöttsége miatt veszélyes jár, de a carcinoma rendkívüli progressivitása sürgeti a beavatkozást. Ily esetben nehéz az elhatározás.

Boros József: Szintén a Wertheim-műtét minél nagyobb kiterjedésben való alkalmazása mellett foglal állást, bár egészen kezdődő és jóindulatúnak mutakozó esetekben vaginális műtétet végez.

Megjegyzik, hogy az uretert sokszor a nagyon erősen rákosan infiltrált parametriumtól is sikerülhet kiperáparálni, mert az uretert muscularis védő a rák áthaladása ellen. De ha ez nem sikerül, helyesli az előadó által ismertetett eljárást. Az ureter implantációja nem mindig lehetséges. Egy esetben szóba jöhetett volna az ureter resectiójával, mert az ureter a nagyon nehéz műtét alatt igen hosszú darabon lett csupaszítva. De akkor sem lehetett volna implantációt végezni a csomónak a hólyagtól való nagy távolsága miatt. Azért tamponnal a medenczefalhoz szorította a szövettel fedett uretert, a hasüreget amúgy is a hasseb és a hüvely felé is gaze-zel kellvén tamponálni, mert a méh a műtét közben leszakadt volt. Az első napok alatt a vese megduzzadt és fájdalmassá vált, bizonyosan az ureter compressiója folytán. Ezek a tünetek a tampon megmozdítása után megszűntek. A veseexciszió is nagy műtét, melyet mindjárt a Wertheim-műtét csatolni nagyon meggondolandó volna. Ha az uretercsomó úgy helyzetetik el, hogy a lekötés megnyílása esetén se támadjon vizeletinfiltratio, és a vese eltávolítására készen állunk: az ureter lekötése és átmettszése csakugyan a leghelyesebb. Egyszer a rectumot sértette meg az igen nehéz műtét közben. A beteg simán gyógyult; a rectum persze varrva lett.

Ő maga a Doederlein-féle technika szerint operál. A különbség az, hogy a parametrium előzetes lecsipés nélkül, tompan választatik le a medenczefalról és hogy a sebfelet peritonizáltatik, a mennyiben az elől és hátulso peritoneális lebeny a hüvely megfelelő falához varratik le, majd a hüvelyfalakat a hozzájuk erősített peritoneummal együtt egymáshoz varrják, tehát az egész seb és a hasüreg is záródik.

Ujabban a rákot előkészíti, paquelinezi, kanalizza és a hüvelybe jodoformgazeceket vezet. Nagyon előnyös ez az eljárás, a rákgóc összeesik, sokkal több a hely a medenczében, a mihez még a váladék kevésbé fertőző volta és jobb kiszáradása járul.

Ő is több nehézséget tapasztalt a hólyag, mint az ureterek részéről, melyeket a lig. latum hátulso lapján könnyen föl lehetni; a hólyagot egy esetben sem lehetett tompan letolni. A septumnak, sokszor magának a hólyagnak lobos szövetében való éles dolgozás valóban gyakran vezethet hólyagfistula képződésére, mint azt egy esetben tapasztalta. Ezen esetét 2—3 hónappal a műtét után ilyen fistula folytán beállott vizeletinfiltratio miatt vesztette el.

Ez a kimenetel talán elkerülhető lett volna a műtét sebnek az előadó által ismertetett ellátása által, melyet mindenképen előnyösnek tart. Akkor a vizeletnek talán széles útja lett volna lefelé és nem infiltrálta volna a medencze visszamaradt kötőszövetét. Ezután így fogja a sebellátást végezni (a sebüreget drainézése a hüvelyen át gazeccsikkal és a peritoneum harántirányban való zárása a tampon felett). Végül 8 általa operált esetben nyert méhet mutat be. 2 halálesete volt, egyik sem sepsis. 2 esete, melyet 1½ év előtt operált, recidivamentes.

Hollós József bemutatja egy 58 éves férfi hullájából származó, női öklő nagyságú **oesophagus-diverticulum** gipszöntvényét. A diverticulum 10 év óta fejlődött, időnként súlyos nyelés-zavarokat okozva; a halál oka inanitio volt. A gipszöntvényen közvetlenül a diverticulum alatt — a mely a nyelőcső kezdetén foglal helyet — jelentékeny szűkület látható, mely a nyelőcsőizomzat görcsös összehúzódásából ered. A mennyiben a nyálkahártyán vagy izomzaton hegesedésnek semmi nyoma sem látható. A betegen psychés izgalomkor a nyelés-zavarok fokozódtak.

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(XXI. szakülés 1908 november 14.-én)

Elnök: **Szabó Dénes**, majd **Purjesz Zsigmond**.

Jegyző: **Konrádi Dániel**.

I. Purjesz Zsigmond bemutat három beteget:

a) Az 51 éves férfi gyakori véres székletéről panaszodik. Vizsgálatkor nagykiterjedésű nyálkahártya-leválást találtak a sebészeti klinikán, a hová a beteget esetleges műtét végett szállították volt át. Vákolja az ilyen nagykiterjedésű nyálkahártyaleválás következményeit és utal a sebészi beavatkozásra.

b) A 21 éves fiatal ember több hónapja beteg, végtagjait, különösen a térd- és csípőízületben, nem tudja használni, a gerince-

oszlop alsó része kissé merev, a térdreflex fokozódott, az adductorokban alig érezhető merevség van. Az esetet a *Marie-féle spondylose rhizopathique* egy típusának tartja. Fibrolysin-befejeszkendéseket kap a beteg, melyekre némileg javulni látszik az állapota.

c) Az *arthropathia tabetica*-ban szenvedő nőt a bántalom kifejezett volta miatt mutatja be.

Steiner Pál: Nagy kiterjedésű végbélfekélyesedés esetén javatnak tartja a colostomiát, mely lehetővé teszi, hogy az így kirekesztett végbél nyugalomba jusson, alaposan átöblíthető legyen és így a gyógyulás feltételei biztosíthatók. Ha a nyálkahártya regenerációja bekövetkezett és következményes szűkülettel jár, a szűkült bélrész nagyságához mérten a végbél amputációja jöhet szóba *sacralis*, vagy ha kell, *abdomino-sacralis* úton. Egy harmadik műtét a gyógyítás szempontjából készített anus praeternaturalis elzárható és így teljes gyógyulást érhetünk el.

Szabó Dénes: Megjegyzik, hogy a bélnyálkahártya leválása igen könnyen létrejöhet s könnyen le is húzható, de ilyen lehúzott nyálkahártyával befedni a hiányt nem tartja célszerűnek.

II. Sándor István: Mindkét bal tüdőlebeny lövésű sérülése. **Tüdővarrat, gyógyulás.** A 22 éves férfit 1908 márczius 2-án a mentők öngyilkossági kísérlet elkövetése után egy órával szállították a klinikára. A golyó a IV. bordaközben a bimbóvonalban hatolt be s a lapoczká csúcsától egy ujjnyira lefelé a bőr alatt volt tapintható. Az érverés kicsiny, száma 60, a légzés felületes, száma 36—40. Haemoptoe, bőralatti emphysema, tompulat a mellkashban nincsen. Szokásos kezelés: morphiom, jégtömlő, steril fedőkötés, nyugalom. 1½ óra alatt a kötés átvérzett, a beteg halványabb, ajkai vértelenek, arcán hideg veríték ül, nagyon nyugtalan, hánykolódik, halálfelelme van. Érverése alig érezhető. A sebből köhögéskor, kiabáláskor kisujjnyi sugárban sötétpiros vér ömlik. A IV. és V. bordát és a IV. bordaporezt fekvő alakú metszésből reszekálja. A mellkashból bőven másfél liter, részben alvadott vért távolít el. A szívburok és szív sértetlen. A lingua pulmonis szétromosolt, alatta az alsó lebenyen elől alig vérző bemeneti, hátul ugyanilyen kis kimeneti nyílás. Ezeket catguttal bevarrja. A gyógyulást empyema zavarja, mely a VIII. és IX. bordának kiterjedt resectiójára gyógyul. Május 9-én kis sarjadzó sipolylyal távozik a beteg, a sipoly további 2 hét alatt gyógyul. Az illető jelenleg teljesen jól van, panaszai testi munka közben sincsenek, távozása óta 15 kilót hízott. A rendes mellkas-leletet a bemutatott Röntgenkép igazolja.

PÁLYÁZATOK.

3844/1908. sz.

A selmeczi m. kir. bányagazgatóság kerületéhez tartozó besztércébányai rézpörtyhivatalnál betöltendő **bányaorvosi állásra** ez évi 3267. szám alatt kibocsátott pályázat a nagyméltóságú m. kir. pénzügyministerium folyó évi 129.789. szám alatt kelt magas rendelete folytán visszavonatik.

Selmecz bányá, 1908. évi december 5.-én.

M. kir. bányagazgatóság.

3844/1908. sz.

A selmeczbányai m. kir. bányagazgatóság kerületében a besztércébányai m. kir. rézpörtyhivatalnál elhalálozás folytán üresedésbe jött **bányaorvosi állásra**, vagy ha ezen állás netalan áthelyezés útján töltetik be, bármely más kir. hivatalnál üresedésbe jövő bányagazgatási állásra a X. fizetési osztály 3. fokozatában rendszerezett évi 1600 K fizetéssel, 400 K személyi pótlékkal, természetbeni lakással vagy ennek hiányában törvényszerű lakpénzzel, 54 ürköbmeter tűzfajárandósággal, végül két szolgálati ló eltartására 56 q szén- és 61 hektoliter zab-járandósággal, vagy annak készpénzben való megváltási értékével és 300 K kocsistartási átalánnyal pályázat hirdetik.

Felhívának azok az orvostudorok, kik a jelzett bányagazgatási állást elnyerni óhajtják, hogy 1 koronás bélyeggel ellátott folyamodványukat, melyben határozottan kijelenteni tartoznak, hogy csakis a besztércébányai, avagy annak áthelyezés útján leendő betöltése esetén más kir. hivatalnál üresedésbe jövő bármely más bányagazgatási állásra is pályáznak, az előjáró hatóságuk, vagy ha állami szolgálatban nem állanak, az illetékes főispán vagy polgármester útján jelen hirdetménynek a „Budapesti Közlöny” illetve „Pénzügyi Közlöny”-ben való megjelenésétől számított két hét alatt a nagyméltóságú m. kir. pénzügyministeriumhoz címezve az alulírt m. kir. bányagazgatóságnál nyújtsák be. Később beérkező folyamodványok tekintetbe vétetni nem fognak.

Folyamodó köteles hiteles okmányokkal igazolni:

1. családi és keresztnévét, honosságát, születési helyét, életkorát, vallását és családi állapotát;
2. megszakítás nélküli előéletét (curriculum vitae);
3. nyelv- és szakismeretét, netalan klinikai vagy kórházi szolgálatát;
4. erkölcsi magaviseletét;
5. hogy katonai kötelezettségének miképen felelt meg;
6. hogy oly egészségi állapotban van, hogy a szolgálattal egybekötött kötelesek teljesítésére teljesen képes.

A kinevezendő orvos ingyen-gyógykezelésben köteles részesíteni a működési körzetébe utalt s a kinevezési főbányászathoz, állami erdészethez és állami vasgyárakhoz, illetőleg ezek társaságainak kötelekébe tartozó állandó és ideiglenes munkásokat, úgyszintén a nyugdíjazottakat és mindezek családtagjait.

Az állás a kinevezésről nyert értesülés után nyomban elfoglalandó lesz, és a kinevezés, ha az illető nem állami alkalmazott, egy év tartamára ideiglenesen történik, a véglegesítés pedig csak egy évi próbaszolgálat után következik be,

feltéve, hogy az illető a szolgálat teljesítésével járó kötelezettségeknek minden tekintetben megfelel.

Selmeczbánya, 1908. december 5-én,

M. kir. bányagazgatóság.

5163/1908. sz.

Nógrád vármegye nógrádi járásának Romhány székhellyel megfűresedett **körorvosi állására** pályázatot hirdetek és felhívom mindazokat, kik ez állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a, illetve az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a szerint fölszerelt kérvényüket hozzám **f. é. december 31.-éig** nyújták be.

A körorvos javadalmazása a következő:

Evi 1600 korona törzsfizetség, havi előleges részletekben az adóhivatalból kiutalva, 4 ötdéves — egyenként 200 korona — korpótlék. Lakbért, fuvarátalányt, látogatási és műteti díjakat, az 1908. XXXVIII. t.-cz. alapján, a vármegyei szabályrendelet állapítja meg. Egyéb jövedelmek: himlőoltási, halottkémlési, vágatási biztos díjak a székhelyen, melyekből kb. 200 kor. folyik be évente. Székhelyén gyógyszerár, körben több uradalom, mely évente fixumot fizet.

A megválasztott körorvos tartozik a köréhez tartozó 12 községet egyelőre havonta, később szabályrendelet szerinti időben meglátogatni és az igazolt szegényeket ingyen gyógykezeltetni.

A választás napjáról a pályázókat értesítem és az állás azonnal elfoglalandó. Rétság, 1908. december 6-án.

A főszolgabíró.

A pécsi állami gyermekmenhelynél üresedésben lévő **másodorvosi állásra** (1200 korona fizetés, lakás, fűtés, világítás és élelmezés) a pályázatok a belügyminisztériumhoz czimezve **december hó 15.-éig** adandók be a pécsi állami gyermekmenhely igazgatójához.

4-4

5255/908. kg. sz.

Bács-Bodrog vármegye Urszentiván községében üresedésben lévő **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalom: évi 1600 korona készpénzfizetés, a halottkémi teendőkhöz 1432 négyzetföld szántóföld hasznélvezete, mely után az adót a község fizeti, azonkívül halottvizsgálati díj 40 fillér.

Az új közegészségügyi törvény életbe léptetése után a községi orvos minimális 400 korona lakpénzben vagy természetbeni lakásban részesül, a látogatási díj pedig nappal 1 korona, éjjel 2 korona.

A megválasztandó községi orvos kizigógyszertár-jogosítványért folyamodni köteles, valamint a vágatási biztos teendőket is végezni a szabályzatilag megállapított díjak mellett.

Felhívom a pályázni óhajtokat, hogy a kellően felszerelt kérvényüket hozzám **f. évi december hó 21.-éig** nyújták be.

Ujvidék, 1908. évi november hó 27.-én.

2-2

Nikolits Izidor, főszolgabíró.

25.368/1908. kg. sz.

Baja város közpórházánál üresedésbe jött és pedig egy 1500 korona évi fizetés, butorozott lakás, világítás, fűtés és elsőosztályú élelmezéssel, és egy 1200 korona évi fizetés, butorozott lakás, világítás, fűtés és elsőosztályú élelmezéssel javadalmazott **körházi alorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok.

Folyamodni óhajtokat felhívom, hogy kellő okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket legkésőbb **f. évi december hó 31.-éig** méltóságos Ambrozovics Lajos dr. főispán úrhoz Baján nyújták be.

Baja, 1908. december 2.

Hegedűs dr., kir. tanácsos, polgármester.

18.611/1908. sz.

Arad vármegye törvényhatóságánál a nagyhalmági járási **orvosi állásra** hirdett pályázat meddő maradván, ezen állásra ezennel újabb pályázatot hirdetek.

A járási orvosi állás az 1904. évi X. t.-cz. szerinti illetményével van rendszerezve (2000 kor. kezdő fizetés, 350 kor. lakbér és 600 kor. úti átalány).

Járási orvosi székhely Nagyhalmagy.

A kinevezendő járási orvos a közegészségügyi körbe be nem osztott járásbeli községekben ideiglenesen a községi orvosi teendőket is ellátni köteles, minek ellenében a rendes látogatási díjakon kívül a körházi alpból mérsékelt tiszteletdíjban részesül.

Pályázati határidő 1908. december hó 24.

A vármegyei ügyviteli szabályzat 4. §-a értelmében kiállított születési anyakönyvi kivonattal, orvostudori oklevéllel, tisztiorvosi vizsgabizonyítvánnyal és az eddigi szolgálatra vonatkozó működési bizonyítvánnyal felszerelt pályázatok a fenti időig nálam nyújtandók be, s ezen idő alatt a V. ö. szabályzat 5. §-a alapján a személyes jelentkezéseket hivatalos helyiségben szintén elfogadom.

A r a d, 1908. december 2-án.

Dálnoki Nagy Lajos, alispán.

A szabadkai m. kir. állami gyermekmenhelynél megfűresedett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állással 1200 kor. évi fizetés, butorozott lakás, fűtés, világítás és elsőosztályú élelmezés van egybekötve.

Felhívom a pályázni szándékozó nőtlen orvostudor urakat vagy orvosnőket, hogy a nagyméltóságú belügyminister úrhoz czimezett, egyetemes orvostudori oklevélük másolatával és esetleges eddigi alkalmaztatásukról szóló bizonyítványokkal felszerelt kérvényeiket **f. évi december hó 31.-éig** a fentnevezett igazgatósághoz adják be.

S z a b a d k a, 1908. december hó 5.

György Gábor, dr. igazgató-főorvos.

4802/1908. i. sz.

A borsodvármegyei Erzsébet-kórháznál megfűresedett, teljes ellátással és évi 1400 korona fizetéssel javadalmazott **segédorvosi állás** iránt érdeklődők forduljanak a kórház igazgatóságához.

Miskolc, 1908. december 4.

Köllner, igazgató-főorvos.

HIRDETÉSEK.



A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

kitűnő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvizkeskedésekben vagy a Szinye-Lipcei Salvatorforrás-Vállalatnál
Budapest, V. Rudolfrakpart 8

Egyetlen szer sem segíti elő annyira a felszívódást, mint a

Vasogen

Ichtiol-Vasogen 10%

az Ichthyel legrationalisabb és leghatékonyabb alkalmazási módja. A Vasogen elősegíti a gyors felszívódást: a gyógyszer tehát pontosan hat.

Az értéktelen utánzatok elkerülése céljából kérjük mindig a „TEARSON”-féle eredeti csomagolást rendelni.

Lactagol

egy specifikus ható lactagógum.

A zsír- és fehérnyetartalom, valamint a tejmenyiségnek megfelelő gyors szaporodása már 1-2 nap múlva világosan észrevehető.

Vasogenfabrik Pearson & Co., Hamburg.

Főraktár Ausztria és Magyarország részére:

Maager Vilmos, Bécs, III/3.
Heumarkt 3.

A SOVÁNYÍTÓ KÚRÁK LEGHATÁSOSABB SZERE!

10 kg. súlyvesztés 4 héten belül az erő elgyengülése és csökkenése nélkül.

THYREOTHEOBROMINPILULÁK

Készítő: B. Fragner's Apotheke, Prag 203-III. A pilulák csak orvosi rendelésre szolgálatnak ki.

Irodalom rendelkezésre.

soványító kúráknak
Prof. Dr. V. Mladějovsky,
marienbadi fürdőorvos előírása szerint.

Kapható minden gyógyszerárban.

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Högyes 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 Babarczy Schwartzner Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Terray Pál: Közlés a budapesti poliklinikáról. Mellbajosok osztálya. Az asthma bronchialéről és atropinnal való kezeléséről. 927. lap.

Mátrai Gábor: Közlés Mátrai Gábor orvosi laboratóriumából. A diabetesesek acidosisáról, különös tekintettel a tolerantiameghatározásra. 929. lap.

Tornai József: Közlés a budapesti m. kir. tudomány-egyetem II. sz. belorvos-tani klinikájából. (Igazgató: Kétly Károly dr., udvari tanácsos, egyet. ny. r. tanár.) A szívbetegségek fizikai orvoslásmodjai. 930. lap.

Nádory Béla: Amerikai kórházakról. 933. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Tauszk Ferenc: Tíz év a tüdővész elleni küzdelemből. — Lapszemle. Általános kör- és gyógytan. Einthoven, Kraus, és Hoffmann: Az electrocardiogramm. — Belorvos-tan. Unterberger: A szív- és májmegnagyobbodás mint a tüdővész korai tünete. — Idegkórtan. H. Verger:

A neuralgia felismerése. — Sebészet. Krönlein: A vesedaganatok kórjólata és gyógyítása. — Braun: A gerincvelő lött sérüléseinek sebészeti kezelése. — C. Schult: A Riga-féle betegség. — Bőrkórtan. A. Kraus: A T. O. A. tuberculinnal (Höchst) kísérletezés dermatológiai szempontból. — Venerés bántalmak. Ballner F. és Decastello: A complementkötési reactio klinikai használhatósága a syphilis serodiagnostikájában. — Orr-, torok- és gégebajok. Mader: A Röntgen-therapia és diagnostika alkalmazása a felső légutak betegségeiben. — Kubo: A solitaer choana-polypusok tulajdonképeni eredéshelye és gyökerezése. — Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra. Joachim: Thyresol. — Maeder: Valisan. — Bellini: Bromural. 934—938. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 938. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 938.

Tudományos társulatok és egyesületek. 939—942. lap.

Melléklet. A Budapesti kir. Orvosegyesület 1908. évi december hó 12.-én tartott LXXI. évszámú közgyűlésének jegyzőkönyve.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a budapesti poliklinikáról. Mellbajosok osztálya. Az asthma bronchialéről és atropinnal való kezeléséről.

Irta: **Terray Pál** dr. egyetemi rk. tanár, poliklinikai főorvos.

Az asthma bronchiale kórtanára és lényegére vonatkozó kutatások alapján ma általánosan elfogadják azt a hypothesis-t, hogy az asthma bronchiale oka főleg és első sorban a közepes és legfinomabb hörgők sima izomsejtjeinek göresös összehúzódása. Úgy a kísérletes vizsgálatok (Lazarus, Bókay Á., Rivgel és Edinger, Gerlach, Gillavry stb.), valamint a betegeken való észlelés (Bergson 1850, Salter 1859, Romberg, Trousseau, Biermer) és egyes orvos-ságoknak az asthmás rohamra való hatásmódja azok a tényezők, a melyekből ez a tan leszűrődött. Elismert haladást jelent ez a hypothesis, a melyből az asthma bronchiale összes tüneteit megmagyarázhatjuk, kivéve a roham alatt jelentkező köpetnek saját-ságait, melyeknek magyarázására Strümpell¹ a hörgőgöres mellett a kisebb hörgők nyálkahártyáján támadó sajátos (vasomotoros, exsudatív-secretiós) folyamatot vesz fel. Kimondhatjuk ezek alapján, hogy az asthmás roham felidézésében szerepel talán a vasomotoros befolyás is (Curschmann, Strümpell), azonban a fődolog az idegrendszernek befolyása, a döntő az ideges tényező. Azért leghelyesebb asthma nervosumnak nevezni, mert a valószínű asthma bronchiale tiszta alakjában neurosisnak kell tartanunk.

Sajnos, hogy a gyakorlatban, a gyógyításban nem mutat-hatunk fel ilyen határozott haladást. Sok orvos-ságot és eljárást ajánlottak az asthma bronchiale ellen, napjainkban még többet, mint azelőtt. Ez a körülmény már egymaga mutatja, hogy sokszor milyen tehetetlenek vagyunk ezzel a betegséggel szemben. Önként érthető, hogy az orvosok mindig első sorban a bódítókat rendelték az asthma ellen, azonban az empiria kimutatta, hogy nemesak ezek hatnak kedvezően a rohamra, de néha más orvos-ságok is, a melyek nem tartoznak a bódítók csoportjába, sőt az idegrendszerre való

hatásukat sem tudjuk bizonyítani; ilyen a jodkalium, a füstölő porokban és papírokban foglalt salétrom stb. Az bizonyos, hogy itt is, mint sok más betegségben, a fődolog, hogy ne járjunk el sablonosan, hanem individualizáljunk és próbálgassunk; az empiria több olyan orvos-ság felismerésére vezette az orvosokat, a melyeket különben észszerűség okából alig próbáltunk volna meg és a melyek-nek jó hatását nem is tudjuk mindig megmagyarázni, de örülünk, hogy próbálgatásunk sikerült. Sok olyan orvos-ság van, a mely ma már nem divatos, a melyet az orvosok elfelejtettek és ezeknek egyikét-másikat újból kellett felfedezni a szenvedő emberiség érde-kében. Ez történt a calomellel és így vagyunk az atropinnal is.

Trousseau,² a kiváló praktikus orvos, tisztán empiriás alapon egy módszert állapított meg, a mely abból állott, hogy a betegnek minden hónapban tíz napon egymásután este extr. belladonnae-ból és pulv. rad. belladonnae-ból álló, körülbelül 0.01 gm.-ot tartalmazó pilulákat kellett bevennie és pedig három estén át 1—1 pilulát, a rákövetkező három estén kettőt-kettőt, végre az utolsó négy napon négy-négy pilulát. Az erre következő tíz napon át a beteg bella-donna helyett terpentint szedett vagy tokokban 3-szor naponta, vagy syrup alakjában 3 evőkanállal naponta. A hónapnak hátralevő napjain a beteg arsen-cigarettákat szítt és végre még minden 20. napon reggel éhgyomorral 4 gm cortex chinae calisayaet kellett bevennie fekete kávéban. Azt mondta Trousseau, hogy ezen komplikált orvoslásban a fődolog az atropinnak hosszabb ideig való belső használata a leírt módon és adagban, nem pedig az, hogy a betegek nagy fokban érezzék ennek az erőyes orvos-ságnak élettani hatását. Ebből látjuk, hogy Trousseau, a ki az atropint mint első ajánlotta az asthma bronchiale ellen körülbelül 70 év előtt, a fősúlyt arra fektette, hogy a szervezet hosszabb időn át legyen az atropin befolyása alatt, tehát az atropinnak hosszabb időn át való alkalmazását ajánlotta. Az eredmény-nyel meg volt elégedve, ezt mutatja Jürgensen³ idézése, a ki Trousseau-nak erre vonatkozó véleményét németül így közölte: „Hier eine Behandlungsweise, die mir in einer gewissen Anzahl von Fällen von grossem Nutzen zu sein schien.“

Méltatlanul került feledésbe ez az orvoslás és csakis Jür-gensen-nek⁴ köszönhető annak újabb időben való felszínre hozása

és kellő méltatása. Ő *Trousseau* ajánlása folytán hónapokon át adta az atropint, esténként egy milligrammval kezdve, minden további héten 1 milligrammval emelkedett, a míg a 4. héten 4 milligrammig jutott, azután hetenként 1 milligrammot elhagyva szállott le 1 milligrammig. Adott esetben ezt az eljárást megismételte. „Ich glaube den Versuch empfehlen zu dürfen“ mondja *Jürgensen*, „erheblicher werden die Nebenwirkungen des Atropins nicht, das Herz namentlich bleibt ungestört. Das ist nur anders, wenn das Mittel — nicht häufig — schlecht ertragen wird. In dem Falle muss man den Versuch abbrechen“. *Noorden*⁵ teljesen csatlakozik *Jürgensen* nézetéhez és 1898-ban megjelent dolgozatának ezéja volt a *Trousseau*-féle régi és most méltatlanul elhanyagolt kezelésmódra ráirányítani a figyelmet. *Noorden* 1893-ban egy 18 éves leányt észlelt, a ki 6. életévétől fogva szenvedett asthmában, 1—3 hetenként voltak rohamai. Sokáig szedett jodkálit, az orrát galvanokautereztek volt. Ennek a betegnek nagy hajlandósága volt urticariára, a mely ellen *Noorden* neki az atropinnak rendszeres szedését ajánlotta. A beteg egy hónapon át szedett atropint, 3 milligramm pro die volt a legnagyobb adag. A váratlan eredmény az volt, hogy az urticariára való hajlandóság továbbra is megmaradt, az asthma-rohamok azonban elmaradtak és a legközelebbi 2 évben — a meddig még értesítést kapott a betegről — nem ismétlődtek. A véletlen nyújtotta ezen észlelése alapján és *Trousseau* régi észleléseitől felháborítva több asthmás betegét rendszeres atropinkezelésre fogta és arra az eredményre jött, hogy az asthma bronchialeban az atropinnal jó, néha kitűnő és tartós eredményt lehet elérni. 15 beteget gyógyított így és ezek között csak egy fiú akadt, a kin teljesen eredménytelen volt a kúra; 5 előrehaladt korú betegén kevés haszna volt, ezek a rohammentes időben is következményes emphysemájuk miatt nagy lélekzési nehézségekkel küzdöttek. A többi 9 betegén, a kikben ez a következményes szövődés nem volt meg, vagy csak kis fokban, legalább is jelentékeny javulást ért el, olyan fokú, hogy a rohamok a 4—6 hetes atropinkezelés alatt és a rákövetkező hónapokban gyakoriságukból és súlyosságukból jelentékenyen engedtek. A betegek közül háromnál az atropin-kezelés kezdete óta évek multak el a nélkül, hogy egy roham is jelentkezett volna, a többin a rohamok hetekkel, sőt hónapokkal ritkábban jelentkeztek. Esetei közül kettő az asthma nasale, kettő az asthma neurasthenicum csoportjába tartozott a *Brügelmann*-féle felosztás értelmében, 5 esetében ilyen megkülönböztetést tennie nem lehetett. Annál kevésbé fektetett erre súlyt, mert úgy látta, hogy az atropinkezelés eredményes volta szempontjából mindegy, vajjon az idegrendszernek melyik pontjáról váltatik ki az asthma. Következő módon rendelte az atropint: fél milligramm napi adaggal kezdte belsőleg, minden 2—3 napon fél milligrammval emelkedett, a míg 4 milligramm napi adagot ért el. Egy idő múlva lassan csökkentette az adagot. Ezen első atropinkúra tartama rendszeren 4—6 hét volt. Nem tartotta célszerűnek egyetlen egy atropinkúrára szorítkozni, hanem félévi időközökben új atropinkúrát rendelt rövidebb tartammal és kisebb adaggal. Betegei ezeket a nagy, 4 milligrammos atropinadagokat meglepően jól tűrték. Csekély és mellékes nehézségektől eltekintve — szárazság a torokban, accommodatiozavarok — más kedvezőtlen mellékhatást nem látott, a szív működése, az érverések száma épen nem változott meg. Azonban mégis szükségesnek tartja a betegeknek felügyelet alatt tartását és a kúra idejére sanatoriumi vagy kórházi tartózkodást ajánl.

*F. Riegel*⁶ abból indulva ki, hogy ha igaz az, hogy a hörgők izmait a n. vagus idegezi be, továbbá, ha igaz az, hogy asthma-rohamban ideges alapon támadt hörgőgörcsessel van dolgunk: akkor közfelfekvő a roham alatt olyan orvosságokat adni, a melyek a vagus izgmát csökkenteni tudják. Ezen gondolatmenet alapján és tudva azt, hogy a n. vagus a gyomornak elválasztó idege, a gyomornak nedvelváltását pedig kísérleteiben atropinnal sikerült csökkenteni: megpróbálta, nem tudná-e atropinnal a vagus izgmát leszállítani és az asthma-rohamot coupirozni, s ha nem is mindig, de sok esetben prompt eredményt látott tőle. Hogy gyorsabban hasson, bőr alá fecskendezte $\frac{1}{2}$ —1 milligrammos adagban. Általában véve a hatás annál gyorsabban állott be, mennél korábban adta az atropint a roham ellen. Ott, a hol bevált, a kóros tünetek, főleg a nehézlélekzés és tüdőpuffadás hamar, többnyire 15—20, legfeljebb 30 perc múlva teljesen elmúltak. Feltűnő volt különösen a tüdőpuffadásnak gyors megszűnése.

Az atropinnak huzamosan használatával *A. Fraenkel*⁷-nek is jó eredményei voltak chronikus asthmában, a coupirozó hatása tekintetében azonban itéletét felfüggeszti.

*G. Zuelzer*⁸ legelőször a *Riegel* klinikáján fecskendezte bőr alá az atropint: 1 milligrammos adagja a legpontosabban küzdötte le a rohamot, 10—15 perc alatt a tüdőhatások 3—5 harántujjnyit emelkedtek és a súlyos subjectiv szorongások rögtön enyhültek.

Ezekből a felsorolt irodalmi adatokból láthatjuk, hogy eddig nagyon kevesen alkalmazták az atropint asthma bronchiale ellen, a mi annál feltűnőbb, mert hiszen az atropin pharmacologiai hatásánál fogva szinte kinálkozott a vele való gyógyító kísérletek megtételére. Mint ismeretes, az atropin fájdalomcsillapító, anodynum és sedativum, továbbá görcsellenes szer, antispasmodicum. Az asthma bronchiale-roham keletkezését magyarázni kívánó hörgőgörcs-theoria nagyon is alkalmas lehetett arra, hogy felbátorítsa az orvosokat az atropin alkalmazására. Annál feltűnőbb, hogy nem így történt.

Az asthma bronchiale ellen ajánlott orvosságok és gyógyító eljárások két nagy csoportra oszlanak: olyanokra, a melyeket a rohamoknak coupirozására vagy enyhítésére ajánlottak, és olyanokra, a melyeknek célja a rohamok visszatérésének megakadályozása. Abból indulva ki, hogy itt hörgőgörcsről van szó, mindenkéltűn görcsszüntető és bódító orvosságokat adtak ellene; innen van, hogy az első csoportban foglalnak helyet első sorban a morphin-injectio, a *Biermer* ajánlotta chloralhydrat, azután a chloroform, aether, cocain, amyl-nitrit, nitroglycerin, jodaethyl stb. De ide tartoznak a füstölések és asthma-szívarok is. Leghatásosabbnak tartották a stramonium gőzeinek belehelését, ez azonban nem megbízható, csak egyes betegekben vált be, másokra nem hatott. Hogy hatását fokozzák, más solanaceák leveleivel keverték, ilyen keverék a „Cigarettes d'Espic“, a melyek belladonna, hyosciamus, stramonium és phellandrium-levelekből állanak, a melyek extr. opianak aqu. amygd. amar.-ban való oldatába vannak mártva. Messzire vezetne felsorolnom az ide tartozó titkos és nem titkos orvosságokat (*Neumaier*-féle asthma-por és cigaretták, *Reichenhalli* por, *Zematon*-por, *Schiffmann*-féle asthma-por, poudre d'Abyssinie contre l'asthme d'Exibard, *Wiesenthal*-féle asthma-por, antiasthme Bengalais, poudre antiasthmaticque *Louis Legras*, *Clery*-féle por és cigaretták), úgy látszik valamennyiben solanaceák levelei salétromsavval keverve a hatékony alkotórészek, hiszen tudjuk, hogy a solanaceák csoportjába tartozó mérges növények régóta jól megérdemelt hírnévnek örvendenek az asthma kezelésében. Ide tartozik az *Edlefsen* ajánlotta hyoscin. hydrojodicum $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ milligrammos adagban bőr alá fecskendezve, ennek a sónak a basisa az atropin-készítmények csoportjába tartozik. A scopolaminum hydrobromicumot *Magnus-Levy* alkalmazta 0.0002 adagon kezdve és 0.0006—0.0008 gm.-ig emelkedve, legnagyobb óvatossággal. Némely betegre jól hat az elégetett salétrom vagy arsenpapiros, pedig ezek nem tartalmazzak bódító alkotórészeket. *Sessmann*⁹ dieséri az asthma-carbon nevű füstölőszert.

Hogy miképen hatnak ezek a füstölések, vajjon részben meglévő bódító tulajdonságuknál fogva, a melynek következtében leszállítják a nyálkahártyák érző idegeinek izgmát, vagy köhögést és a hörgőkben erősebb váladéktermelődést okozó hatásuknál fogva, még nincs eldöntve. Tisztán empirice használt orvosságok ezek, a melyeknek egyike-másika gyakran még ott is enyhülést idéz elő, a hol a többi orvosságunk már hatástalan. *F. Kraus*¹⁰ jó eredményt ért el 0.20 coffein. natr. salicyl.-ból és 0.8 gm. antipyrinből álló keverékkel. Felemlitem a teljesség kedvéért a diuretint, dispnont, a *Michaelis*¹¹ ajánlotta oxygen-belélekeztetést és a most már elhagyott hányatókat és az ammoniakkal való garatecseléseket.

A rohamok visszatérésének megakadályozására első sorban a *Leyden* által bevezetett jodkaliumot említem, továbbá az arsenit, a kén, a *Trousseau* által ilyen értelemben ajánlott belladonnát és atropint, azután a pneumatótherapiát, a klimatótherapiát (*Turban* és *L. Spengler* a davyosi magaslati klímának feltűnő jó befolyást tulajdonít az asthma-ról), a hydrotherapiát, a *Brügelmann* ajánlotta sanatoriumi psychés gyógyítást, az orrbeli eredésű athmában néha szobajövő műtetét. Felemlitem még a pyrenolt, pyramidont, aspirint, adrenalin, bornyalt, Röntgen-sugároztatást, elektromos izzófény-fürdőket, forrólevegő-fürdőket, lélekzési gymastikát (*Rossbach*-féle szék, *Boghean*-féle szék) stb.

A felsorolt orvosságok, füstölések és az asthma ellen ajánlott egyéb gyógyító eljárások hosszú sora mutatja, hogy teljesen meg-

bizható szerünk ellene nincsen, a betegségnek túlnyomóan ideges vagy hurutos stb. formája szerint jóformán egyénekenként változik a hatásos orvosság, melyet rendszeren csak rövidebb-hosszabb ideig való próbálgatás után sikerül felkutatnunk. Az így felkeresett és hatásukban bevált szerek azonban rendszeren előbb-utóbb elvesztik hatékonyságukat, vagy kevésbé hatásossá válnak, a szervezet megszokja őket. Vannak betegek, a kik a roham coupirozására leginkább bevált chloralhydratot és morphinnak bőr alá fecskendezését nem tűrik, bár egyébként jó hatásukat konstatálták magukon. Akad olyan beteg is, a kin ez a két szer sem segít, a rohamot nem coupirozza, ezek a betegek tehát refractaer módon viselkednek ezzel a két szerrel szemben; ez különösen az idült asthmaesetekre áll. Ezek azután valóban nehéz próbára teszik a beteg türelmét és az orvos találékonyságát.

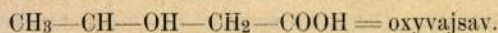
(Vége következik.)

Közlés Mátrai Gábor orvosi laboratoriumából.

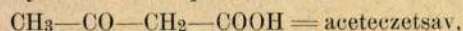
A diabetesesek acidosisáról, különös tekintettel a tolerantiameghatározásra.

Irtá: Mátrai Gábor dr.

Acidosis vagy acetonæmia alatt értjük a vérnek és a test szöveteinek acetonanyagokkal való megterheltségét. Az acetonanyagok (ketonok), melyek az acidosis tárgyalása alkalmával szerepelnek: az oxyvajsav, az aceteczetsav és az aceton. A tanulmányozások és kísérletezések rendkívül bő anyaga kapesán általános ma az a vélemény, hogy e három test közül az alapanyagot az oxyvajsav alkotja a következő képlettel:



Ebből oxydatio által képződik az



melyből ismét CO_2 lehasadása által



Az egészséges szervezet normális működése alkalmával ezen test legnagyobb része még tovább is széthasad és a lánec végső szemeit a CO_2 és H_2O alkotja. Egy igen kicsiny része az acetonnak azonban a normális anyagcsere alkalmával is megmarad szétesés nélkül a vérben, a honnan azután átmege a vizeletbe, úgy, hogy az aceton ilyen kis mennyiségben (a 24 órai vizeletben legfeljebb néhány centigramm) a normális vizeletnek is alkotórészét teheti (physiologiai acetonuria). Nagyobb mennyiségben normális körülmények között sohasem található; ha nagyobb mennyiségű acetont találunk, ez mindig valamely anyagcserezavar kapesán szokott keletkezni (pathologiai acetonuria).

Az utóbbi a legkülönbözőbb betegségek alkalmával jöhet létre. Jaksch a következő acetonuriákat különbözteti meg:

1. A lázas acetonuriát, 2. a diabeteses acetonuriát, 3. a rák némely alakjában előforduló acetonuriát, 4. az inanitióban előforduló acetonuriát, 5. a némely psychosisban előforduló acetonuriát, 6. a bizonyos autotoxicatio kapesán keletkező acetonuriát, 7. az emésztési zavarok mellett található acetonuriát, 8. a chloroformnarcosis után néha található acetonuriát és 9. találtak acetonuriát olyan terhesekben, kiknek méhében a magzat el volt halva.

Mindezen bántalmakban jelentkezhetik az acetonuria rövidebb-hosszabb időre, néha tekintélyesebb mennyiségben is, sőt néha aceteczetsav és oxyvajsav is található; mégis csak a diabetes az a betegség, melyben az acetonanyagok oly nagy mennyiségben tudnak képződni és oly hosszú időn keresztül fennállani, hogy ez által a szervezet megmérgezését és elpusztulását idézhetik elő.

Az élő szervezeten belül végbemenő acetonképződés körül egész sereg nyílt kérdés csoportosul, melyeket az ezen rendkívül érdekes anyagcsere-termékekkel való bűvárkodás vetett felszínre és a melyeknek egy része még mindig várja a megoldást. Legérdekeesebbek és gyakorlatilag legfontosabbak ezen kérdések között azok, melyek az aceton forrására és a szénhydratokhoz való viszonyára vonatkoznak.

Rége az hittel, hogy a ketonok a szénhydratokból keletkeznek és pedig vagy a tápanyagok szénhydratjaiból a bélesatornában lefolyó rendellenes erjedésük alkalmával, vagy pedig, a mint Pfüger hitte, az organismus szénhydratjaiból. Az acetontesteknek szénhydratokból való keletkezése ma már túlhaladott álláspont, mert az észleleteknek egész serege szól a mellett, hogy épen ellenkezőleg akkor támad legkönnyebben az acetonuria, ha a tápanyagok közül kizárjuk a szénhydratokat, vagy akkor, ha az organismus — mint ez a súlyos diabetes-esetekben történik — a szénhydratokat nem tudja kellőleg felhasználni.

Sokáig tartotta magát az a nézet, hogy az acetonanyagok a fehérjékből nyerik forrásukat, azonban pontos kísérletezések alapján felállított szamadatokból kitűnt, hogy egyáltalában nem lehet párhuzamot találni a bevett fehérjék és a képződött acetonanyagok között, sőt ellenkezőleg Waldvogel, Lüthje azt találta, hogy nagyobb mennyiségű fehérje adagolása mellett az acetonuria csökkent. Épen úgy hajótörést szenvedett az a felvétel is, mely a test fehérjéjének tönkremenését tartja az acetontestek forrásának, mert sok esetben teljes fehérjeegyensúly mellett is nagy mennyiségű aceton képződése volt észlelhető. Hirschfeld-nek pedig sikerült a test fehérjedeficitje mellett is elkerülni az acetonuriát, ha a betegnek bizonyos mennyiségű szénhydrat élvezetét megengedte.

Az acetontestek fehérjeforrásának harcizosai, Rosenfeld és később Hirschfeld, ilyen kísérleti eredmények után úgy módosították felállított tételüket, hogy csak akkor képződik aceton a fehérjékből, ha ugyanakkor a szénhydratokat kizárjuk a tápanyagok közül. De ez is megdöntetett olyan észleletekkel, melyeket különösen Magnus Levy-nek köszönhetünk, s melyek szerint némely esetben olyan nagy mennyiségű acetontest található, hogy képzéséhez a beteg által megevett összes fehérje sem lett volna elégséges.

Úgy látszik, hogy leghelyesebb úton járnak újabb időben azon bűvárok, mint Geelmuyden, A. Magnus-Levy és L. Schwarz, a kik az acetonanyagok forrását a zsirokban keresik. Egy csomó kísérlet és észlelet látszik felvételüket igazolni. Ha egészséges ember táplálkozásánál a zsirokat szaporítjuk, szaporodik a kiválasztott aceton is; különösen feltűnő e szaporodás akkor, ha egyszerűen megvonjuk tőle a szénhydratokat, avagy ha e kísérletet diabetesesekkel végezzük, a kik a szénhydratokat különben is csak korlátozott mértékben tudják feldolgozni, és pedig annál nagyobb lesz az acetonkiválasztás, minél súlyosabb diabetes-esettel végezzük a kísérletet és minél nagyobb volt már ezelőtt is az acetonképződés.

Kitűnt e kutatások alkalmával még az is, hogy tulajdonképpen a zsirok alacsony értékű zsírsavai azok, melyektől az acetonképzés függ; így a legtöbb aceton képződött akkor, ha a beteg vaját vagy tejszint evett, ellenben a magasabb zsírsavakat (palmitin, stearinsav) tartalmazó disznózsir nem volt nagy hatással az acetonképződésre.

De nemcsak ama zsirokról, melyek mint tápanyagok jutnak szervezetünkbe, sikerült a ketogen szerepet kétségtelenül kimutatni, hanem a testünk alkotórészait képző zsirokról is, ha bizonyos kóros körülmények folytán pusztulásnak indulnak. Legjobban láthatjuk ezt a diabeteseseken, a kiktől tudjuk, hogy épen az erős lesóványodással kapcsolatosan szokott az aceton náluk jelentkezni.

Mindezek után, mint általánosan elfogadott nézetet, kimondhatjuk, hogy ha képződhetik is fehérjéből a szervezetben kívül vagy talán a szervezeten belül is aceton, mégis legfőbb forrását a szervezeten belül a zsirok alkotják; a másik két osztályból, ha képződik is aceton, az csak elenyésző csekély lehet, a mi a zsirok mellett alig vehető számításba.

Bár az elmondottak az acetonképzésre nézve a legtöbb szakbűvár által elfogadott véleményt tükröztetik vissza, mégsem lehet tagadni, hogy vannak még mindig jelenségek e téren, melyeket ezen felállított tételekkel sem tudunk megmagyarázni.

Igy például tudjuk, hogy a soványító kúrák alkalmával nagy-mennyiségű zsir lesz a test szöveteiből felhasználva, mindamellett acetonuria nem szokott keletkezni; továbbá egészséges emberek néha bámulatos nagy mennyiségben fogyasztják a különböző zsirokat, azért acetonuria nem keletkezik náluk; de minden körülmények között jelentkezik az acetonuria akkor, ha a tápanyagokból a szénhydratokat ki lesznek zárva, avagy ha a szervezet a nyújtott szénhydratokat nem tudja elégetni.

Az egész acetonteóriának ez a legbámulatosabb, a legkevésbé tisztázott, de praktikus szempontból a legfontosabb pontja, és habár nem tudjuk még okát adni, hogy az emberi szervezet a szénhidrátok kizárása mellett miért nem tud a képződött acetontestekkel elbánni és azokat, úgy mint máskor, CO_2 és H_2O -ra felbontani: mégis e tényre figyelembe véve, nagyon sok jelenséget tudunk vele a diabetes tünettanában megmagyarázni, sőt igen értékes prognostikai és therapeutikai következtetéseket belőle levonni.

Mindennapi tapasztalat a cukorbetegség gyógykezelésében, hogy midőn cukormentesítjük ételméből megvonjuk tőlük a szénhidrátokat és csak fehérjével és zsírokkal tápláljuk, rögtön vagy néhány nap múlva acetonuria keletkezik. Ez az acetonuria azonban absolute nem olyan vészes jelentőségű, mint a hogyan sokan gondolják; vannak, akik ha acetonnál hallanak, már a comát vélik a közelben settenkedni. Hiszen fentebb említettük, hogy egészséges emberekben, de különösen cukorbetegben, ha még olyan könnyű is az eset, mindig sikerül a táplálkozás illetően való módosítása által acetonuriát előidézni. Ez az acetonuria azonban rögtön vagy 1—2 nap múlva a szénhidrátok újlagos beiktatása után ismét eltűnik. Azt hiszem ezt az alakját az acetonuriának joggal lehet „alimentaris acetonuriának” nevezni.

Egy másik alakja az acetonzivelésnek — cukorbetegben — ezzel éppen ellenkezőleg akkor jelentkezik, midőn a bevett tápanyagok között a szénhidrátok még elég bőven vannak képviselve és megszűnik vagy legalább is csökken akkor, ha a szénhidrátokat teljesen megvonjuk.

E kétféle acetonuriának genesisében felületes megtekintésre az ellenmondás olyan eklatánsnak látszik, hogy a dolgokba való mélyebb betekintés nélkül a szénhidrátoknak elismert szerepét az acetontestképzésről teljesen diszcreditálni tudná; elenyészik azonban rögtön az ellenmondás, ha az egyes jelenségeket analizálni kezdjük.

E második fajta az acetonuriának olyan diabetesesekben található, a kikben annyira előrehaladt már a szénhidrátokat asszimiláló képesség pusztulása, hogy a bevitt tápanyagok szénhidrátjai minden bontás nélkül, felhasználatlanul távoznak a szervezetből, tehát a momentan anyagcserére nézve mint nem létezők tekinthetők.

Ha azonban ilyen diabeteseseknek ételméből a szénhidrátokat teljesen kizárjuk, akkor megtörténhetik, mint azt más helyen megírtam,¹ hogy ezen szénhidratmegvonás által a beteg szénhidrátokat asszimiláló képességének még visszaállítható töredéke újra aktivitásba lép, újra jutnak egyéb tápanyagokkal, legközelebb a fehérjéből lehasadó szénhidratmolekulák által, szénhidrátok az elégs processusába és így az acetonuria ismét csökken.

F. Hirschfeld-nek köszönhetjük a szénhidrátok e sajátos szerepének felderítését a zsírok elézésében, illetőleg az acetontestek képződésében. Kimutatta, hogy ha egészségeseknek ételméből kizárjuk a szénhidrátokat, körülbelül 8 napon keresztül folyton nagyobbodik az acetontestképzés, míg nem 0.6—0.9 gm.-mal eléri a tetőpontot. Ha most 100 gm. szénhidrátot adunk ismét táplálékához, akkor körülbelül 4—5 nap alatt leszál az acetontest mennyisége a normálisra. Ugyanezen alapon fejlődik az acetonuria a legkülönbözőbb betegségekben, melyeket Jaksch összeállításából cikkem elején említettem, úgy hogy valamenyi alakját az acetonuriának manap egyetlen egy okra tudjuk visszavezetni, tudniillik a szénhidrátoknak az anyagcseréből való kikapcsolására. Természetes, hogy a szénhidrátoknak kikapcsolása esetén irrelevans, hogy tartalmaz-e a bevitt tápanyag zsírokat vagy sem, minthogy a szervezet, ha nem áll rendelkezésére elegendő zsír a táplálkozás révén, felhasználja a végzendő munka teljesíthetése végett saját raktárának zsírtartékát, melynek elégetésekor, hogy normális lefolyású legyen, ép úgy szükségesek a kellő mennyiségű szénhidrátok, mint a tápanyagzsíroknál.

Ennek illusztrálására a legklasszikusabb példát szolgáltatja a koplalók acetonuriája (inanitiós acetonuria). A következő táblázat két koplaloművész acetontestképzését mutatja (Noorden: Handbuch der Stoffwechselkrankheiten):

		Cetti	Breithaupt
		Aceton	Aceton
Koplalás előtt	...	0.015 gm.	nem volt meghatározható
A koplalás	1. napján	0.530 "	0.054 gm.
"	2. "	0.706 "	0.109 "
"	3. "	0.773 "	0.215 "
"	4. "	0.784 "	0.407 "
"	5. "	0.657 "	0.575 "
"	6. "	—	0.506 "
"	7. "	—	—
"	10. "	0.671 "	—
Az étkezés	1. "	0.357 "	0.114 "
"	2. "	0.021 "	0.005 "

E táblázatból látjuk, hogy mihelyt a koplalás megkezdődik, mindjárt tetemesen megszorodik az acetontest és a koplalás előrehaladásával párhuzamosan növekszik, míg ellenben az étkezés megkezdésével — természetesen szénhidrátok is vannak az ételek között — azonnal csökken és már a 2. napon majdnem normális lesz a mennyisége.

Igy vagyunk az acetonuriának a többi fajával is, tehát a lázas, infectiós és intoxicatiós acetonuriával, a gyomor-, bél-, ideg- és elmebetegségekben jelentkező acetonuriákkal, a rákos betegekben, terhesekben és narcosisok után támadó acetonuriákkal.

Mindezekben a szénhidrátoknak az anyagcseréből való teljes vagy részleges kizárása okozza az acetontest keletkezését.

Hogy mi az oka a szénhidrátok e különös szerepének a zsírok elézésékor, arra nézve a vélemények nincsenek még tisztázva. Waldvogel azt hiszi, hogy egyszerűen azért nem támad acetonuria a szénhidrátok mellett, mert az ő elézésük által a zsírok megkíméltetnek s így nincs miből az acetonnak képződnie. Ez a magyarázat azonban Noorden véleménye szerint rögtön elveszti a talajt, mihelyt számítani kezdünk. Azt tapasztaljuk ugyanis, hogy úgy a koplaláskor, mint a szénhidratmentes zsírfelhajtáskor elegendő 100 gm. szénhidrát, hogy az acetont 1—2 gm.-ról néhány decivagy centigrammra lecsökkentse. 100 gm. szénhidrát azonban theoretice csak 44 gm. zsírt tud pótolni, a valóságban pedig alig 35 gm.-ot; ha már most a munkát kissé növeljük, ez a 35 gm. zsír újra elfogyasztatik, mire azután Waldvogel theoriája szerint az acetonnak újra fel kellene szaporodni, a mi azonban a valóságban nem következik be.

A másik theoria Hirschfeld-től származik, a ki azt mondja, hogy a szénhidrátok elősegítik a zsírmolekulának szétesését, úgy tudniillik, hogy a szénhidrátoknak egyidejűleg történő elézése megkönnyíti a zsírmolekulának elézését és így a zsír végső bomlási termékeire, CO_2 s H_2O -re szét fog eshetni; ha ellenben a szénhidrátok egyidejűleg nem égnek el, akkor megjelenik az acetontest, mivel a zsír elézése nem volt tökéletes. Kérdéses marad még mindig, hogy a zsírnak normális szétesése alkalmával képződik-e acetontest mint közbelső szétesési termék, a mely azonban szénhidrát jelenléte mellett tovább bomlik CO_2 és H_2O -re; avagy csak akkor választja a zsír szétesésének útját az acetontesteken keresztül, ha egyidejű szénhidratelézés nincsen. Az előbbi a normális anyagcserének csak quantitativ aberrációját, ellenben az utóbbi az anyagcseré intermediaer részének teljes megváltozását jelentené.

(Vége következik.)

Közlés a budapesti m. kir. tudomány-egyetem II. sz. belorvostani klinikájából. (Igazgató: Kétly Károly dr., udvari tanácsos, egyet. ny. r. tanár.)

A szívbetegségek fizikai orvoslásmódjai.

Irta: Tornai József dr. klinikai II. tanársegéd.

(Folytatás.)

A szívbetegségek gyógyításában ma sok helyen nagy gondot fordítanak a lélekzési gymnastikára is. A lélekzésnek a vérkeringés mechanizmusára való hatalmas befolyását minden orvos ismeri. A lélekzés szakaszaival változó mellűri nyomás főleg a szív munkájára bir kihatással. A belélekzés a gyűjtőeres vért a jobb szívfélhez való áramlását segíti, a bal kamrának systolés kiürülését pedig megnehezíti, és fordítva: a kilélekzés megkönnyíti a bal kamra kiürülését és megnehezíti a gyűjtőeres vért a szívbe való visszajutását.

¹ A diabetesesek vizeletének tulajdonságairól a tolerantiameghatározás szempontjából. Budapesti Orvosi Újság, Urologia 4. 1907.

Mély belélekezéskor a tüdő térfogata megnövekedik, az alveolusok erei megnyúlnak, kitágulnak: a tüdő a belélekezés mélységével arányban több vért fogad be. Azonkívül mély inspiriumkor a vérnek a tüdőgyűjtőerekből a bal pitvarba való áramlása is jelentékenyen élénkül. Ha ugyanis a mellüri nyomás erősebben negatív lesz, akkor a tüdőverőérben a vérnyomás csak kissé csökken, míg a tüdőgyűjtőerekben jelentékenyen leszáll. A tüdőverőér és gyűjtőér közötti nyomáskülönbség tehát megnagyobbodik, más szóval: a tüdő véráramának sebessége fokozódik.

De nemcsak a kis vérkörre, hanem mint említettük, a nagy vérkör áramára, és pedig közvetlenül is, nagy befolyása van a lélekezésnek. A belélekezés alatt az üres gyűjtőerek vére részben a mellüri negatív nyomás szívása, részben pedig a belélekezés alatt fokozódó hasüri pozitív nyomás hajtása folytán élénkebben folyik a jobb szívpitvarba és innen a kamrába. Így tehát a belélekezés a diastolénak, a kilélekezés pedig a systolénak munkáját segíti elő. Az is ismeretes, hogy belélekezéskor a szívverés szaporábbá, kilélekezéskor pedig ritkábbá változik.

Viszont pedig a vérkeringésnek is jelentékeny befolyása van a lélekezésre, mert ennek nyúltvelőbeli szabályozó központjának működése a vérnek gáztartalmától függ a legnagyobb mértékben. A gáztartalom pedig a szénsav-leadás és oxigen-felvétel, vagyis a gázcsere mértékétől függ. Fontos tudnunk, hogy a tüdő véráramának élénkülésével a gázcsere szabályszerű és jelentékeny emelkedése jár együtt.

Ahhoz, hogy valamely betegünkkel rendszeres lélekezőgyakorlatokat végeztessünk, első sorban szükséges, hogy légutai szabadok legyenek: átjárható orr, szabad orrgaratűr stb. Esetleges akadályokat a szabad lélekezés útjából el kell távolítani. Eleinte a rendes (mély) be- és kilélekezést gyakoroltathatjuk, és pedig úgy, hogy a beteg fekdjék, térdét kissé felhúzza, kezét felemelve; ujjait a tarkón összefonva tartsa. A szoros ruhák meglazítandók. A gyakorlatokat leghelyesebb étkezés előtt (üres gyomorral) végezni és gondoskodnunk kell a beleknek kellő kiürítéséről is. Időnként a mellkas körfogatót, és pedig úgy a be mint a kilélekezéskor, megmérjük és feljegyezzük. A tüdő kapacitása rendszeren igen szépen növekszik, úgy, hogy az első hét alatt a ki- és belélekezési körfogató közötti különbség többnyire 3—4 cm.-rel gyarapodik.

A lélekezésnek a vérkeringésre való serkentő hatását *Oerte* előírása szerint az úgynevezett szaggatott lélekezéssel fokozhatjuk. Ez ugyanis abban áll, hogy úgy a be- mint a kilélekezést, vagy csak az egyik szakaszt (rendszen a kilélekezést) két részre szakítva, és pedig a lélekezés izmainak bizonyos mérsékelt megerőltetésével — leginkább a kilélekezésnek második részletét bizonyos nyomattal, húzva, lassan — végezzük. Főleg a kilélekezésnek második részlete a szívre a tüdő közvetítésével is meglehetősen nyomást gyakorol, mi által a szív, ha a lélekezési gymnastikát rendszeren végezzük, mintegy masszáltatik. *Oertel* maga a szaggatott kilélekezés gyakorlásától (a második részletnek erőltetett, nyújtott nyomásával végezve) igen jó hatást látott olyankor, ha az ő terrain-kúrája dyspnoét, szívgyengeséget, szívűjji fájdalmakat okozott. A szaggatott kilélekezés hatását fokozhatjuk, ha a beteggel (tenyerét kétoldalt symmetriásan feltéve) bordaivére egyidejűleg nyomást gyakoroltatunk. *Oertel* fejtegetései szerint a mély lélekezés, különösen, ha gyakorlasképen egymásután többször végezzük, a szívre magára is meglehetősen munkatöbbletet ró; általa a szívet, ha csak átmenetileg is, élénkebb tevékenységre serkentjük. Így a lélekezési gymnastika addig, míg a beteg szív nagy kiméltre szorul, nem is jöhet szóba. Ellenben már a szívgyakorlás időszakában, egyéb módszerekkel együtt vagy felváltva, haszonnal alkalmazhatjuk.

Hogy mily meglepő gyorsan hat a rendszeres lélekezőgyakorlat a vérkeringés viszonyaira, a pulsus és vérnyomás változásának ellenőrzéséből is kiténik. *Lewandowski* említi, hogy a mióta a lélekezési gymnastikát rendszeren alkalmazza, az ismert szívgyógyszereket, főleg pedig a digitalist a legtöbbször egészen mellőzheti. Ő a kellő óvatossággal végzett lélekezőgyakorlattól még arteriosclerosisban is (leginkább a kezdeti szakban) sokszor látott jó eredményt, vesélyt pedig sohasem.

A gyakorlat legfeljebb 1—2 perczig tarthat és naponta kétszer végezhető. Több szerző ajánlja, hogy a beteg a gyakorlás közben az orrán keresztül lélekezzék, mivel így a levegő a tüdőbe

nem oly gyorsan áramlik mint a szájon keresztül, s így a mellüriben a negatív nyomás is nagyobb, a mi viszont a gyűjtőeres vérnek a szívbe való áramlását és ezzel az egész keringést élénkebbé teszi. Némely szerző (*Herz*) szerint a szívizomelégtelenségnek egyik jele, hogy a beteg nem tud tartósan az orrán keresztül lélekezni. A mikor tehát valamely beteg a lélekezési gymnastikát nem tudja az orron keresztül végezni, leghelyesebb a gyakorlást abbahagyni, későbbre halasztani.

Némelykor — különösen pedig nehéz lélekezési és cyanosisos betegeinknek — igen hasznos szolgálatot fog tenni az oxigenbelélekezés is. A jó eredmény legtöbbször, és pedig nemcsak a subjectív, de az objectív jelekben is, csakhamar mutatkozik: a pulsus teltebbé, rendesebbé válik, a kék szín szemlátomást tűnik, a lélekezés mélyebb, szabadabb lesz. Kísérletek igazolják, hogy a szénsavdús (cyanosisos) vér viscositása igen nagy és hogy oxigenbelélekezés után a viscositás értéke igen jelentékenyen csökken. A vörösvérsejtek ugyanis a szénsavpangás folytán megduzzadnak, felpuffadnak, s ezáltal egymáshoz való surlódásuk növekszik: így tehát lassabban, nehezebben sodortatnak tova. Ha szem előtt tartjuk, hogy a viscositás csökkenése a szív munka csökkenésével egyértelmű, akkor arról sem feledkezhetünk meg, hogy mily értékes dolog dyspnoés, cyanosisos betegeinknek az oxigeninhalatio.

Herz a szívbaajosok kezelésében az elsorolt gyógyító módszereken kívül egy új, általa „*endomassage*” néven ismertetett eljárást is szokott alkalmazni. Az *endomassage*, mely egy kicsiny, az asztal szélére erősíthető készülék segítségével történik, abban áll, hogy a beteg egy esővön keresztül lélekezik, melynek légáramát a gépecskének gyorsan forgatott lapátkereke szabályos apró időközökben meg-megszakítja. Ezáltal úgy a be- mint a kilélekezés számtalan egyenlő szakaszra oszlik. Az így létrejövő szabályos levegőhullámzás, nyomásingadozás mintegy vibratio alakjában a bronchusokra, a tüdőre és közvetve a szívre, a rekeszizomra és állítólag a hasüri szervekre is átvitetik. A szív munkájára e vibratio a feltaláló szerint élénkítőleg hat és a tüdőbeli pangást, pangásos hurutot szünteti. További kísérletek és vizsgálatok fognak ezen eljárás értékéről felvilágosítást adni.

A szív erejére, működésére és az egész vérkeringésre igen jelentős befolyása van a *testmozgásnak*, *izommunkának* is. Ezen befolyást ismerve, a jól választott, céltudatosan és mértékkel alkalmazott izommunkának a szívbaajosok gyógyításában is nagy hasznát vesszük.

Tudjuk, hogy a test izomzata és a szívizom között, fejlettség tekintetében, bizonyos arány van. Bizonyos rendszeres munka, gyakorlás, a megfelelő táplálkozás mellett, egyaránt gyarapítja, erősíti úgy a szív, mint az egész test izomzatát. Fokozott testmunka fokozott szív munkát vált ki és ennek rendszeres ismétlődése a szívizom gyarapodását, erősödését eredményezi. Valamely fokozott testi munka alatt a szív munka fokozódása a szívösszehúzódnások számának szaporodásában, leginkább pedig az egyes összehúzódnások erejének, vagyis a pulsusnyomásnak emelkedésében nyilvánul. Többen bebizonyították, hogy a rendszeres testmunka a vérerek tonusát is élénkíti. Az pedig régóta ismert tény, hogy az izommunka a gyűjtőeres vér áramlását nagyban elősegíti, a mihez járul még, hogy mozgás közben a szívnek szívó ereje is jelentékenyen fokozódik.

A gyenge szívizom tehát rendszeres testmozgás, mértékkel végzett gymnastika által mind erősebb munkára serkentetik. Azonban a fokozott feladat teljesítéséhez okvetlenül szükséges, hogy a szív még bizonyos tartalékerővel bírjon s így a rendszeres gyakorlásra alkalmas legyen. Ezekből önként következik és egészen természetes is, hogy a testmunka a szív munkáját épen nem könnyíti, hanem inkább még megnehezíti. Ennélfogva a rendszerrel végzett testmozgásnak szívbaajosokban egyedül a szív gyakorlása lehet a célja. Így tehát az idevágó eljárásokat csakis megfelelő, jól megválasztott esetekben alkalmazhatjuk. Így alkalmas ily kezelésre a gyenge izomzatú egyének szívgyengesége, a kiknek tehát a szívizomgyengesége a testmozgatnak vesélytett vagy szerzett gyengeségével áll arányban. Kiválóan alkalmas a gymnastikára a tétlenségben elgyengült, elhjasodott egyének szívizomgyengesége, kivéve oly esetet (a mi ritka), melyben az elhízás épen a szívizom beteg-

sége folytán keletkezett. Továbbá a szívnek és vérereknek világhozott satnyasága, gyengesége esetében is igen jó szolgálatokat tehet ezen gyengén fejlődött szerveknek észszerű gyakorlása, kifejlesztése, erősítése rendszeres izommunka útján. Ellenben nem alkalmazható orvoslás céljából a testmozgás nagyobb fokú incompensatióban és még kisebb mérvű szívgyengeségben sem, ha azt valamely tartós, megerőltető testmunka idézte elő.

Csakis oly testgyakorlást ajánlhatunk, a melynek végzésekor a munkafeladat pontosan adagolható, mérhető és a hatás kellőleg ellenőrizhető. Ezen okból például a közönséges (iskolai) torna, továbbá a farsztó, izgató játékok mellőzendők. Leginkább szóba hozható az úgynevezett *terrainskúrá*, a *svédgymnastikának* különféle alakja, továbbá *Schott*-nak és *Herz*-nek gymnastika-rendszere.

Mint már tudjuk, a *terrainskúrá*t a szívbetegség kezelésében *Oertel* hozta rendszeres alkalmazásba. Különben *Stokes*, a nagy angol klinikus már *Oertel* előtt rendszeren arra biztatta a még kellő erőben lévő betegeit, hogy a gyönyörű skót hegységekben sétálgassanak és kellő mértékű fáradtságot szenvedjenek. De ő a betegeire bízta a munka mértékét és a hegymászás eredményét nem ellenőrizte. *Oertel* azután *Stokes* eszméje alapján rendszeres orvoslásmódot dolgozott ki. Ő maga pátienseivel együtt a kies fekvésű és a *terrainskúra* céljára kiválóan alkalmas tereppel bíró Meranba költözött, ahol azután módszerét különös gondnal és igen kiterjedten alkalmazta. A merani terep azután a modern szívgyógyítás céljaira azóta átalakított ismeretesebb fürdőhelyek rendezéséhez mintául szolgált.

A *terrainskúra* célja: a szív munkaképességét a rendszeresen fokozott járási feladatok teljesítése útján növelni. *Oertel* elve szerint a járással végzendő testmunka (és ezzel együtt a szív munka) olyképen adagolható, hogy a beteget bizonyos időben, bizonyos ideig előbb sík, vízszintes utakon járkáltatjuk, azután pedig (a hatást természetesen mindig ellenőrizve) mérsékelt fokozatokkal emelkedő mind részletesebb, meredekebb sétatutakra tereljük. *Oertel* szerint az ily sétatutakat emelkedésük szerint négy fokozatra osztjuk: Az első fokozatra a vízszintes és a legfeljebb 5°-nyi szögben emelkedő utak, a másodikba a 10°-ig, a harmadikba a 15°-ig, a negyedikbe a 20°-ig emelkedők tartoznak. Ennél meredekebb út már nem való szívbetegnek. Forgalmas gyógyhelyeken, a betegnek könnyebb tájékozódására az utak emelkedését különféle színű útmutatók jelzik és ezenkívül szabályos közökben az út hossza is jelezve van.

A *terrainskúrá*t végző betegnek adott előírás természetesen esetről esetre változó. Azonban az orvosok az ezen gyógmódra alkalmas betegeiket eleinte általában az első fokozatra tartozó utakon járkáltatják, és pedig $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ óráig, esetleg többször is naponta. Később a sétatűdő első felét az első, második felét pedig a második fokozatra tartozó utakon töltetik el velük. A szíverő gyarapodásával, a keringési zavaroknak fokozatos javulásával haladnak azután ily módon a sétatűdővel is mind magasabbra.

Oertel nagy súlyt helyez a járás közben végzendő lélekzési gyakorlatra. Ha a járás esetleg nehézlégzést okoz, akkor célszerű a lélekzésnek egyes szakaszait a járásnak egyes szakaszaival egyidejűleg, rhythmusosan végezni, olyformán, hogy például úgy a belélekzésre mint a kilélekzésre, a tüdő kapacitása szerint, egy vagy két lépés jusson. Továbbá pedig végeztethetjük a beteggel sétája alatt a szaggatott lélekzés gymnastikáját is, leghelyesebben pedig a kettőztetett s kissé erőltetett kilélekzést. Azt is előírhatjuk a betegnek, hogy ez utóbbi lélekzési gyakorlatot a séta közben tartott pihenő idején végezze.

Természetes, hogy valamint a többi gyakorló módszer, úgy a *terrainskúra* sem alkalmazható tüzetes bírálat és alapos megfontolás nélkül. *Oertel* is ezen kezelésre leginkább az általános hájasságban szenvedő, plethorás, szívpanaszokkal jelentkező betegeket választotta ki. Rendelhetjük functiós szívzavarokban szenvedő neurastheniásoknak, alkoholistáknak stb. Azután pedig a könnyű insufficiencia, szív- és érhypoplasia, valamint a kisebbfokú chlorosis és anaemia is javítja a *terrainskúrá*t. Utóbbi időben a *terrainskúrá*t az orvosok méltatlanul elhanyagolják. Az igaz, hogy többször egyéb eljárásokkal könnyebben jutunk célhoz, de azért a

*terrainskúrá*t sok esetben a jövőben sem fogjuk nélkülözhetni. A szabadban való tartózkodás és mozgás már csak azért is üdvös dolog, mert szénsavát a vér ilyenkor könnyebben adja le: a viscositás csökken.

Gyógyhelyeken az idült szívbetegségek orvoslásában a gyógytornának is fontos részt adnak. Kíváncsi, hogy az orvosok testgyakorlásnak egyszerű, otthon is végezhető módjai az általános orvosi gyakorlatban is alkalmazást nyerjenek. Az igaz, hogy a gymnastikának egyes alakjait a beteg legtöbbször csak más egyén segítségével végezheti, de ezen egyén betanítása az orvosnak nagyobb fáradságot nem okoz. Tagadhatlan az is, hogy az idegen segítséggel járó gyakorlatok legpontosabban és legkönnyebben *Zander*-nek és *Herz*-nek tökéletes szerkezetű gépeivel és eszközeivel végezhetők, de ily gépekkel csak a forgalmasabb gyógyintézetek rendelkeznek; másrészt pedig szükségben — mint mondtuk — a gépek munkáját kézzel is, legalább részben, pótolhatjuk. Ezért a különben egyszerű és mégis bámulatos ügyes szerkezetű gépek leírását e helyen mellőzzük.

Herz beosztása szerint a gyakorlásra szolgáló mozgások lehetnek: 1. passiv mozgások, 2. szorosabb értelemben vett aktív mozgások, 3. ellenállásos mozgások és 4. öngátlással végzett mozgások.

A passiv gymnastika lényege, hogy az orvos vagy a segítő egyén a betegnek valamely végtagját bizonyos előírt módon, egyenletesen mozgatja (hajlítgatja), a nélkül, hogy a beteg maga bármit is tenne. Ezen mozgásokat lassan, lehetőleg a betegnek lélekzési mozgásaival egy tempóban kell végezni.

Az aktív gyakorlatok általában a végtagoknak szabályos, ingaszerű vagy körkörös mozgásaiból vannak összetéve. Pontosabb gyakorlásukhoz egy-két egyszerű eszköz (könnyű súlyzókörte vagy farudacska) szükséges. Igen hatásos alakja az aktív gymnastikának az úgynevezett kerékpárhajtás, a mit azonban, természetesen, már csak gépen, az igen egyszerű szobakerékpáron, végezhetünk.

Az aktív mozgásokat is minden megerőltetés nélkül kell gyakorolni. A sík úton végzett egyszerű sétát is aktív gymnastikának tekinthetjük, de mindjárt ellentállásos gyakorlattá változik, ha meredek úton végezzük.

Úgy a passiv mint az aktív mozgások a mozgásban lévő testrészek vérkeringését igen élénkítik és azonkívül a szívre és az idegrendszerre rendkívül megnyugtatólag hatnak. Az ellenállásos gyakorlatok már nagyobb munkát kívánnak az egyéntől. Lényegük abban áll, hogy mialatt a beteg az előírt mozgást végzi, a segéd a mozgással szemben mértékletes ellenállást fejt ki, mintha a beteget a mozgás kivételében meggátolni akarná. Az ellentállásnak természetesen mindig a beteg erejéhez mértnek és igen kimélőnek kell lennie; a mozgásokat egyenletesen, lassan kell végezni, épen úgy mint a passiv mozgásokat: lehetőleg a lélekzéssel egy tempóban. Az ellenállásos gyakorlat élénkíti a vérkeringést és a lélekzést, növeli a szívnek és az egész test izomzatának erejét, fokozza az anyagcserét.

A gátlással végzett gyakorlat és az ellenállásos gymnastika között tulajdonképen csak fokozatkülönbség van. A gátlásnak ugyanis oly csekély fokúnak kell lennie, hogy a beteg csak alig érezze. E mellett a gátlásos gymnastika alkalmával az egyes mozgásokat vontatottan, szinte csigalassúsággal kell végezni. Ettől némileg különbözik a *Schott* által alkalmazott öngátlásos gymnastika elve, mely szerint valamelyik végtagunknak bizonyos izomcsoportjával akaratlagos, rendszeres mozgást végezzük, még pedig úgy, hogy a mozgással szemben a megfelelő antagonistáknak akaratlagos beidegzésével kisebb-nagyobb gátlást fejtünk ki. Ezen mozgásokat szintén igen lassan kell végezni s az egész gyakorlat csak néhány percig tarthat. Az ily gyakorlat leginkább a szív beidegzésére hat. A feszült figyelem, melylyel a beteg a mozgásokat végzi, a vérnyomást és szív munkát kissé fokozza, ellenben a szívösszehúzódások számát csökkenti. A beteg szívizmot az öngátlásos mozgások mintegy megédeszik. Azonban ezen módszerek hibája épen abban rejlik, hogy a figyelem túlfeszítése folytán a beteget igen kifárasztják.

Az orvosok testgyakorlások is minden adott esetben csakis a körülményeknek helyes mérlegelése után rendelhetők. Szükséges, hogy alaposan átgondolt terv szerint végeztessenek. A gyakorlatok előírásakor célszerű bizonyos változatosságot követni.

Az orvosi előírásokban a legtöbbször a következő gyakorlatok

szerepelnek: 1. *Passivak*: a kéztő hajlítása és feszítése, a kar forgatása, az alkar hajlítása és kinyújtása, a kinyújtott karoknak egymáshoz való közelítése és egymástól való távolítása, a kar emelése és leeresztése, a lábtő hajlítása és feszítése, a lábszár behajlítása és kinyújtása, a lábak ad- és abductioja, a czomb felhúzása és kinyújtása. 2. *Aktivak*: a kéz és kar forgatása, az alkar hajlítása és nyújtása, a karnak ingaszerű lóbálása, a lábszár hajlítása és kinyújtása, az alsó végtagnak ingaszerű lóbálása, gyakorlat a szobakerékpáron. 3. *Ellenállások*: a kéz hajlítása, a kéz feszítése, az alkarnak befelé való forgatása, ugyanannak kifelé való forgatása, a könyök hajlítása, ugyanannak kinyújtása, a karoknak egymáshoz való közelítése s egymástól való távolítása, a kar felemelése és leeresztése, a láb hajlítása, a lábnak befelé való forgatása, ugyanannak kifelé való forgatása, a lábszár behajlítása és kinyújtása, a lábak ad- és abductioja, a czomb felhúzása és kinyújtása. 4. *Öngátlással* végezhető gyakorlatok: a kéz hajlítása és feszítése, az alkar forgatása, ugyanannak hajlítása és kinyújtása, a kar felemelése és leeresztése, a lábszár behajlítása és kinyújtása stb.

Az orvosnak azt is elő kell írnia, hogy az egyes gyakorlatokat a beteg hányszor ismétlje vagy mennyi ideig végezze. A passiv mozgásokat, a különféle esetekhez mérten, 5-ször—20-szor, az ellenállásokat 5-ször—15-ször, az öngátlásokat már csak 3-szor—5-ször szokás ismételteni. Az aktív mozgásokat 2—3 perczig lehet végezni, csak a kerékpárhajtás tarthat tovább, de legfeljebb 10 perczig. Eleinte természetesen mindig rövidebb és könnyebb feladatokat végeztetünk és csak lassan térünk át a nehezebbekre. Sohasem szabad a beteget kifárasztani; a gyakorlatok végeztével inkább felfrissülést kell tapasztalunk rajta. Sokszor még súlyos szívgyengeségben is nagy hasznát vehetjük a gyógytornának, a mikor is a fekvő beteget és különösen a szívét megfelelő (leginkább passív) gyakorlatokkal az aktív mozgásokra fokozatosan előkészítjük.

(Vége következik.)

Amerikai kórházokról.

Utazásom jegyzeteiből.

(Vége.)

Jefferson Medical College and Hospital of Philadelphia. 1825-ben szervezték ez orvosi iskolát, mint a Canonsburg-ban (Pennsylvania) lévő Jefferson-féle College orvosi osztályát. 1836-ban Pennsylvania állam törvényhozása önállósította ez intézetet s „ugyanolyan jogokkal és kötelezettségekkel ruházta fel, mint a Pennsylvania-egyetemet“. A collegium épületei s a kórház szűk utcákban, majdnem sikátorokban vannak elhelyezve, még pedig a Walnut- és Sansom-utca s a 10. és 11. utca között. Van egy orvoskari főépülete, egy laboratórium-épülete s a collegium kórháza. A hozzátartozó szülőosztály — a Jefferson Maternity — a Washington Square-on van, a déli 7. utca 224. sz. a. A modern főépületben — a Medical Hall-ban — 4 előadástérmen kívül néhány kisebb tanterem és laboratóriumok vannak. A földszinten a hallgatók kényelmére való helyiségek vannak, úgymint mosakodószobák, olvasó- és dohányzószobák, billardtermek és bicycle-raktár. Az első emeleten fogadóterem van, adminisztrációs helyiségek, gazdagon felszerelt könyvtár, konyha és étkezőhelyiség, tantermek, professorok szobái, hallgatók ruhatárai, stb. A második emeleten nagy muzeum van 3 professor hagyatékából s egy kórboneztani laboratórium. A harmadik emeleten nagy előadás-terem van, 1—1 vegytani és élettani laboratóriummal, egy kis tanterem és az élettan-professor szobája. A negyedik emeleten előadás-terem van, a sebészeti kötések és a szülészeti műtéttan gyakorlására való helyiségek s raktárak. Az ötödik emeleten van a két emelet magas bonezterem, a sebészeti műtéttani helyisége, 4 professor-szoba s a hallgatók ruhatára. A hatodik emeleten van a hamvasztó-kemence, egy csontvázugyűjtemény. Az első és az ötödik emeleten van egy-egy két emelet magasságú, amphitheatrumszerű előadás-terem. Minden emeleten van mosdóhelyiség. Tökéletes fűtő- és szellőztető-berendezések vannak mindenütt installálva, villamos világítás, s az összes helyiségeket saját berendezéssel szűrt vízzel látják el. A laboratóriumok épületében 10 nagy helyiség van a hallgatók számára és

17 kisebb, külön helyiség, magánkutatások számára, ez intézetben is lévén úgynevezett post-graduate osztály, diplomás orvosok továbbképzésére. A földszinten: kazánok, gépek és két dynamo van elhelyezve a fűtés és szellőztetés s két felhúzó számára, valamint fagyasztó-készülékek egy helyiség lehűtésére, a hol praeparatumokat tartanak. Az első emeleten gyógyszerész-laboratórium van s egy előadás-terem. A második emeleten vegyi és méregtani laboratórium van, egy gyógyszerraktár s két laboratórium, professorok kutatásai számára. A harmadik emeleten van egy élettani laboratórium, egy vegyszer-raktár s egy vegytani laboratórium. A negyedik emeleten épszővettani laboratórium, s két külön helyiség kórtani kutatásokra. Az ötödik emeleten van a kórszöveti laboratórium, egy szerraktár és a boneztani demonstratiók helyisége. A hatodik emeleten van egy bakteriologiai laboratórium, egy kísérleti terem s külön helyiség kórtani kutatásokra. Mindenütt villamos világítás. 150 mikroszkop áll a hallgatók rendelkezésére, továbbá villamos vetítőlámpák, mikrotomok, fotografáló apparatusok stb. Ez évben 732 hallgatója volt ez intézetnek, a hol 22 Professor, 6 Assistant-professor, 3 felolvasó (Lecturer), 17 Demonstrator és 63 Instructor végezte a tanítást. A kórház ugyane területen 140 ágyra van berendezve. 2085 beteget ápoltak itt ez évben. Az Out-patient Depart.-ban 90,632 esetet láttak el a sebészből és rokon ágaiból, s 18,284 esetet a belorvostanból és rokon ágaiból. Azonkívül 743 szülési eset volt a Maternityben. Végül még 3501 esete volt az Ambulance-nek. E kórházban is, mint minden kórházban, ápolónőket is képeznek, ez évben 45-öt. A második éveseket heti 14 dollár díjért a kórház ki is adja magánápolás végzésére, a fizetett díj azonban a kórházé s 8 hétnél tovább nem engednek egy ápolónőt egy helyen. A kórházban van 8 bennlakó orvos és 42 főorvos; az Out-pat. Dep.-ben pedig 91 orvos működik.

St. Franciscoban (California) is igen sok, szebbnél szebb kórház van. Ilyen például a *French Hospital*, a francia colonia alapítása, teljesen új, nagy épület, fényűzéssel berendezve, világos, ragyogó nagy körtermekkel. Külön szobák is vannak, melyekben 3—8 dollár a napi ápolási díj. Hasonló a *German Hospital*. Épen az ellentétje ezeknek a város adminisztrációjában levő *County and City Hospital*. Egy csomó fabaraktól áll, ósdi berendezéssel. Van egy úgynevezett Hahneman-Department-je, vagyis homoeopatha osztálya, de nemcsak belorvostani, hanem saját sebészeti osztállyal is; ez persze nem működik homoeopatha elvek szerint.

A *California Woman's Hospital* 1868-ban alakult, kizárólag nők ellátására, belorvostani és sebészeti, meg gynaecologiai betegségekben. Vannak teljesen ingyenes ágyak és 10—12.50 dollár heti ápolási díjjal járó helyek. A külön szobákban 17—35 dollár a heti ápolási díj. 1896 óta e kórháznak szülőosztálya is van, 5 szobával a 2. és 3. emeleten. Az 1. emeleten laboratóriumok, orvosok lakószobái, betegek társalgója van; a 2. emeleten van még a Röntgen-laboratórium, két orvos lakása, az ápolónők hálóterme, 3 fürdőszoba stb. Teljes és új műtő-, altató-, sterilizálószobák, orvosok öltözködőhelyiségei stb. E helyiségek falai kőlapokkal, a padló vulkanikus kővel fedettek, a tető üvegből van, az ajtók emaillozott fémből valók; mindenütt villamos világítás van, gépekkel szellőzés, fűtés; a friss levegőt, szükség esetén melegítve is, csövön át hajtják be a mennyezet közelében levő nyílásokon át, mely nyílások sterilizált vattával vannak fedve a levegő megszűrésére; a terem másik oldalán levő nyílásokon át pedig kiszívják a levegőt s elvezetik a kéményekbe. Így pár percz alatt teljesen megváltozik a levegő s folyton ugyanazon az egyenletes hőfokon tarthatják. Gözzel sterilizálják a vízvezetéki csapokat, a mosdókat, melyek szintén kőből való, nagy itatóvályúszerű edények, megfelelő helyeken applikált, gőzt szolgáltató csapokkal. A kórházban ápolott betegek száma 302 volt, ezekből 40 teljesen ingyenes, 262 pedig fizető beteg volt. Férfi-látogatónak csak 20 perczig szabad a kórteremben tartózkodnia, este sohasem szabad egynek sem belépni. Az Out-patient Depart.-ben 84 beteget láttak el. Az ápolónők iskolájában 2 éves tanfolyam van, melynek végeztével, ha sikerrel teszik le a vizsgát, diplomát kapnak a kórháztól. A kórházat e célra alakult egyesület tartja fenn; igazgatósága 11 férfiból áll, a gazdasági ügyeket pedig 17 tagú hölgybizottság intézi. A betegek ellátására 11 főorvos és 3 bennlakó orvos van alkalmazva, a kik mind férfiak.

Nádory Béla dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Tíz év a tüdővész elleni küzdelemből. A budapesti szegénysorsú tüdőbetegek sanatorium-egyesületének tíz éves fennállása alkalmából írta *Tauszk Ferencz* dr. egyetemi magántanár, a Budapesti Sanatorium-Egyesület I. titkára.

Fenti címmel külsőleg is tekintélyes kötetben írta meg a szerző az eddigi történetét azon orvosi, társadalmi és kulturális tekintetben egyaránt kiváló és magas szeszű küzdelemnek, a melyet orvosi rendünk büszkesége, Korányi Frigyes báró a hazánkban oly végtelenül pusztító tüdővész ellen a legnemesebb ügybuzgalommal, soha nem lankadó eréllyel, támogatva közéletünk és tudományunk kitünőségeinek legjava által, lelkes és önzetlen munkatársak segítségével mellett megindított és immár tíz éven át sikerről sikerre vezérelt. Húsz fejezetben, vonzó előadásban ismerkedünk meg azon kezdeti nehézségekkel, sokoldalú tevékenységgel és eredményekkel, melyekkel e küzdelem az egyesület megalakulása óta járt és jár, valamint azon széles alapú teendőkkel, melyek még kivitelre várnak. Mindennek megírására mindenestre leghivatottabb volt *Tauszk* dr., a ki a tüdővészellenes mozgalom megindításának első pereztől kezdve nemcsak a nagyarányú titkári teendőket látta el kiváló ügybuzgalommal, hanem mint az egyesülettel összefüggő különböző bizottságok titkára, mint a „Tuberkulózis“ című folyóirat társszerkesztője s úgy a nagy, mint a kisebb teendők készséges részese nemcsak tárgyszeretetének adta számtalan tanújelét, hanem az egész mozgalomnak egyúttal szükségképen legalaposabb ismerője is.

A könyv az egyesület 1898-ban végbement megalakulásának történetével kezdődik, méltatva Korányi Frigyes bárónak kezdeményezési tevékenységét, ki szervezkedésre szólította a társadalmat, eme minden betegség között legveszesebben irtó kór ellen s kinek sikerült az egyesület elnökéül megnyerni Batthyány Lajos grófot, ezt a minden nemes és hazafias eszméért lelkesedő főurat, elnök-társául pedig Harkányi Frigyes bárót. A siker további biztosítéka volt a Klotild főhercegné asszony védnöksége alatt Andrássy Gézáé grófné elnöklésével működő hölgybizottság is. 1901-ben már átadta rendeltetésének a Müller Kálmán főrendiházi tag elnöklésével működő építő-bizottság a Czigler Győző tanár tervei szerint épült Erzsébet Királyné-Sanatoriumot, melynek orvosi vezetésével Okolicsányi-Kuthy Dezső egyetemi magántanárt bízták meg. A mintaszerű sanatorium igen részletes és szemléltető leírása után a szerző annak működéséről ad számot a beteganyagnak statisztikai tekintetben sokoldalú feldolgozásával. A hatéves összefoglalásból néhány érdekes számot kell kiemelni, melyekből nyilvánvaló, hogy a gyógyeredményekre méltán lehet büszke az egyesület és a sanatorium főorvosa. 1908-ig kezelték 3230 beteget. Munkaképességét visszanyerte az I. stadium-beli betegek 85%-a, a II. stadiumbeliek 40%-a, a III. stadiumbeliek 12%-a. Klinikailag gyógyult az I. stadiumbeli betegek 54-80%-a. A visszaérkezett kérdőívek szerint a távozott betegeknek 80%-a mondja magát munkaképesnek. Az intézet főorvosán és alorvosain kívül számos kiváló specialista fejt ki önzetlen buzgó működést a sanatoriumban. A tüdőbeteg gondozó intézet felállításának eszméje Müller Kálmán főrendiházi tagtól származott, de az egyesület anyagiak híján saját erejéből nem létesíthette. Andrássy Gyula gróf belügyminister felismerte ezen intézménynek a tüdővész elleni harcban való értékét. A tervet magáévá téve, 1906-ban felállította és berendezte a budapesti dispensaire-t s azt az egyesület kezelésére bízta, ezzel is tanújelét adva nemcsak a közegészségügy iránt való érzékének, hanem egyúttal ama méltánylásnak és teljes bizalomnak, a melylyel az egyesület működése iránt viseltetik. A dispensaire költségeit a belügyministerium fedezi, orvosi vezetése pedig Kovács József dr. főorvos kezébe van letéve, kinek Pollatschek dr. és Verebély dr. segítkezik a speciális szakmákban. Az intézet feladata első sorban hygienére oktatni és óvni, s csak másodsorban gyámolítani. Havonta mintegy 600 beteg keresi fel, kiket a gümőkórra vonatkozó tudnivalókról nyomtatványban is tájékoztatnak; a betegek egy részét a lakásán is felkeresik, s részben tápszerekkel, köpöcseszsékkal stb. is ellátják. A fővárosi fertőtlenítő intézet a dispensaire megkeresésére számos esetben fertőtleníti a lakásokat.

Több fejezet szól a meglevő sanatorium kibővítésének, új sanatoriumok létesítésének és a tüdővészellenes mozgalom központo-

sításának terveiről. Az egyesület 1902-ben alapította Tauszk és Okolicsányi-Kuthy Dezső dr. szerkesztésében megjelent „Tuberkulózis“ című havi folyóiratot, a mely a népszerű felolvasásokkal és előadásokkal kapcsolatban hivatva van az érdeklődést a mozgalom iránt ébrentartani és terjeszteni. Hogy mindennek ellátása milyen munkát igényel, legjobban mutatja az, hogy a főtítkári vezetése alatt álló központi irodának az 1906/7. évben 19,472 ügydarabja volt. A könyv az egyesület további terveinek és feladatainak ismertetésével s a külföldi hasonló irányú mozgalmak méltatásával végződik.

Nagynevű vezérferfiak és kiváló munkások áldásos tevékenységének méltó mérföldjelzője e könyv, a mely ünneplése a tíz éves munkának, de egyúttal széles látókörű programja a további lankadatlan küzdelemnek is. A lelkes ügyszeretettel és nagy szak tudással megírt művet el kell olvasnia mindenkinek, a ki a tüdővészellenes mozgalom iránt érdeklődik. A könyvet a Budapesti Hírlap könyvnyomdája számos nagyon szép kép és tervrajz kíséretében rendkívüli gondossággal állította ki.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Az electrocardiogramról tartott előadást a német természetbúvárok és orvosok 80. gyűlésén *Einthoven* (Leiden), *Kraus* (Berlin) és *Hoffmann* (Düsseldorf). Az élettanból ismert tény, hogy valamely izomnak ingerületben levő részlete elektronegativ a nyugalomban levő részekkel szemben és hogy ennek következtében a működő izom két különböző helyett összekötő galvanometer áramingadozást jelez, a melyet régebben nemleges áramingadozásnak mondtak, újabban működésáramnak nevezünk. A szívizomnak is megvan a működésének árama, a mely általános törvények szerint szétterjed a testben s megfigyelhető, ha a test két pontját galvanometer segítségével összekötjük. Alkalmassá válik grafikailag is előállíthatjuk a szívizom áramingadozását, miáltal görbét nyerünk, mely electrocardiogram nevet visel. Ezen a görbén öt csúcsot különböztetünk meg, egy (P) megfelel a pitvar, négy (Q, R, S, T) a kamra összehúzódásának.

Einthoven kutakísérletekben az electrocardiogram megfigyelése alapján arról győződött meg, hogy a vagus izgatása közvetlenül befolyásolja a pitvar összehúzódását, s csak közvetve a kamrasystolét. Vérelvonás és chloroformnarcosis könnyen megállapítható változásokat idézett elő a kutya electrocardiogramján. Az emberi electrocardiogramon jól feltűnik a lélekző mozgások befolyása. Megérőltető testi munka után a pitvarcsúcs magasabb, a mi a pitvarösszehúzódás erejének fokozódására mutat; a kamra görbéjének minőségi változása pedig arra enged következtetni, hogy a bal kamra működése fokozódik ilyenkor nagyobb mértékben, mint a jobbé. Kóros viszonyok között sokszor oly sajátos változások mutatkoznak a görbén, a melyekből a betegség lényegére, a betegség fokára vagy bizonyos gyógyszerek által előidézett eredményre tudunk következtetni. Typusos alakot mutatott az electrocardiogram kéthegyű billentyűfeltelegtelenség okozta jobbszívtúltengés, aortaéreltelegtelenség okozta balszívtúltengés, a bal pitvarnak mitralis stenosis miatt keletkezett túltengése, myodegeneratio és veleszületett szívbaj eseteiben. Az electrocardiogram segítségével sokkal nagyobb határozottsággal s pontossággal állapíthatjuk meg a pitvar és kamra összehúzódásának viszonyát, mint egyéb regisztráló módszerekkel. Így különösen élesen tünteti fel a szívblook és az allorhythmia állapotait. Extrasystolék esetén a görbe a rendestől lényegesen eltérő alakot mutat, a mi arra enged következtetni, hogy az összehúzódási hullám kezdete és lefolyása ilyenkor egészen más, mint normális viszonyok között.

A szív működésének árama felvehető a távolból is, a mikor „telecardiogram“-ról beszélhetünk. (Leidenben a kórház össze van kötve vezetékkel útján az 1-5 km.-nyire levő élettani laboratórium felállított mérőkészülékkel.)

Kraus kísérletei s emberen tett megfigyelései alapján az electrocardiogram segítségével analizálja az arhythmiaikat, a melyeket 3 csoportba oszt: 1. Oly szívritmusek, a melyeket a rendes helyen (jobb szívpitvar) abnormis időben ható rendes vagy kóros inger idéz elő. Minthogy ilyenkor az ingerület és ingerületvezetés

a rendestől nem tér el, az electrocardiogramm sem mutat változást a típusban, hanem csak a phasisok viselkedésében. 2. Oly összehúzódnások, a melyeket rendellenes helyen (legtöbbször idő előtt) ható (kóros) ingerek váltanak ki. Ilyen esetben a görbék nagysága és alakja atypusos. A görbék nagyobbak mint a normálisok, nyilván azért, mert ilyenkor az ingerület nem halad keresztül bizonyos egymásutánban a szíven, hanem egyszerre kiterjed az egész izomra, a mi az áramrészletek összegezését eredményezi. Alaki eltérések mutatkoznak a szerint, hogy az inger az átmeneti kötegre, a bal vagy jobb kamarára, vagy a középen hat. 3. Előfordul még a pitvarok és kamarák összehúzódása egymásutánjának a zavara, kamaryastolék időnkénti kiesése vagy tökéletes atrioventricularis dyssynergia.

Hoffmann olyan ember electrocardiogramját mutatta be, a kinek szívének csak lágyrészek fedték. Vizsgálatai folyamán meggyőződött arról, hogy minden emberen különböző sarkokkal kell görbéket felvenni. Ő felső polusnak vette általában a jobb kart, alsónak 1. a bal kart, 2. a bal lábszárat, 3. a mellkas elülső felületét a 6. borda magasságában, 4. a bal hátulsó hónaljvonalat ugyanezen magasságban. Az utóbbi két esetben tulajdonképpen a (csupán lágyrészekkel fedett) szabadon fekvő szívről vehette fel a görbéket. Ezek nagyjában megegyeznek a normális görbével, azonban az elülső oldalról nyert görbén magasabb az S csúcs, a hátulsó oldalról felvett görbén pedig az R csúcs, a miből következik, hogy az S csúcs főképpen a jobb, az R pedig főképpen a bal kamara összehúzódásának felel meg, holott állatkísérletek az ellenkezőt bizonyítják. A tényekben tapasztalható ezen ellenmondás arra int, hogy az electrocardiogramm alakjából ne vonjunk még egészen határozott következtetéseket, annnyival kevésbé, mert például a szívelégtelenség néha okoz alaki eltérést, az electrocardiogrammon, máskor nem. Az előadónak az a véleménye, hogy ez a vizsgáló módszer még alapos kidolgozásra szorul, mielőtt klinikai célokra ez irányban is használható lesz.

A referensek különben megegyeznek abban, hogy ezt a vizsgáló módszert határozott előnyben kell részesíteni más regisztráló eljárások felett, mert könnyű és gyors, nem követel akkora egyéni ügyességet s az eredmény, az electrocardiogramm, megbízhatóbb és könnyebben analizálható, mint például a közönséges cardiogramm, melynek kimagyarázása és kimérése számtalan hibának forrása lehet. (Münchener med. Wochenschrift, 1908. 45. sz.)

Belorvostan.

A szív- és májmegnagyobbodást a tüdővész korai tünetének mondja Unterberger (Szent-Pétersvár), a miben Franz és Schultzen német katonáorvosok tapasztalatai is támogatják. Szerinte a tüdővézsések szívének pontosabban kell vizsgálni, mint eddig tették, és különös figyelemmel kell lenni a szív kopogtatási viszonyaira. Sokáig csupán az abszolút szívtompulatot használták a szív nagyságának megállapítására, míg a nehezebben kikopogtatható relatív tompulatról azt gondolták, hogy nem ad helyes fogalmat a szív nagyságáról. A radioscopia azonban bebizonyította, hogy alaposan (tapintó kopogtatás, phonendoscopia, frictiós eljárások segítségével) vizsgálva a relatív tompulatot, alig tévedünk 1 cm.-t a szív nagyságának megítélésében. A kopogtatás feladata tehát a relatív tompulat megállapítása legyen. Egyébként azt ajánlja Unterberger, hogy ujjon ujjal gyengén kopogtassunk. Álló helyzetben vizsgáljuk a beteget, a kit nekitámasztunk az ajtónak, hogy az együttrezgés fokozza a hang erősségét. Felkeressük a csücsklökést, a mely felvilágosítást nyújt a balszív állapotáról. Ezután a szegycsont közep-vonalában kopogtatunk: ha tompa hangot hallunk, fel kell vennünk a jobbszív megnagyobbodását. Miután így a szív nagysági viszonyairól általános képet nyertünk, a tüdő felől sugarak irányában kopogtatunk a szív (mint középpont) felé.

A szív megnagyobbodására a tüdővész korai szakában nemcsak a relatív tompulat nagyobb volta, hanem egyéb kóros tünetek is utalnak. Tachycardia, gyakran arhythmiával, korán jelentkező pangási jelenségek, melyek a bőrön a tagoknak hirtelen támadó hidegsége, cyanosis, izzadás, kisfokú vizenyő vagy thrombusképződés; az emésztőrendszerben étvágytalanság vagy székrekedés, májmegnagyobbodás és érzékenység; a vesékben oliguria, fehérje-vizelés; a légzőszervekben pedig orrvérzés, bronchitis, dyspnoe

alakjában mutatkozhatnak. A tachycardia különösen korai tünet, a mely sokszor a tüdővésznek egészen kezdeti, láztalan időszakában tapasztalható. A nyugvó ember érelökéseinek száma 75—78, álló helyzetben 20—30-csal több. Ha a különbség a két helyzet között 50, tuberculosisra gyanakodhatunk.

A szív megnagyobbodását a szerző következőkép magyarázza: Minthogy szívme gnagyobbodást találunk oly időszakban, mikor még nincs ronsoló folyamat a tüdő szövetében, azt kell felfennünk, hogy oki összefüggésben áll a tüdővészre való hajlandósággal. Minthogy a jobbszív izomzata közelebb áll szöveti szerkezetében a nyirokszövethez, mint a balszív, nem látszik észszerűtlennek felvenni azt, hogy a jobbszív izma a tüdővész korai szakában ugyanazon okból betegszik meg, mint az egész szervezet nyirokszöve (status lymphaticus). A szív megbetegedését, melyre megvan tehát a hajlam, s a mely tágulásban nyilvánul, kiváltja valamely inger, nyilván a tuberculosis-bacillus toxinja, vagy az ezáltal előidézt vérelváltozás. Bizonyos reflexek befolyása is elképzelhető e tekintetben, pl. a n. vagus közelében levő peribronchialis mirigyek elváltozása által kiváltott reflex. Jelentőséget tulajdonít a szerző még az észszerűtlen táplálkozásnak, a mely egyrészt abnormis anyagcseretermékek, másrészt nagy mennyisége miatt szolgáltat a szívre ható ingereket.

A mi a tüdővész másik korai jelét, a májmegnagyobbodást illeti, ez a szívelváltozás következménye, pangási tünetény, a mely azért jöhet létre oly könnyen, mert a májban olyanok a keringési viszonyok, hogy a legkisebb akadály is már nagyfokú pangást tud előidézni. A máj kopogtatását szintén álló helyzetben végzi Unterberger, a jobb bimbóvonalban alulról felfelé kopogtat. A tompulat bal szélének meghatározása végett a bal bordaív alatt a bal hónaljvonalától a középvonal felé kopogtat; a máj baloldali megnagyobbodása esetén így kopogtatva, a bal parasternalis vonalon kívül kezdődik a tompulat.

A szív- és májmegnagyobbodást a szerző katonákon végzett vizsgálataiban a tüdővész korai időszakában az esetek 90%-ában találta. Értékesnek tartja a tünetet nemcsak a kórjelzés, hanem a kórjelzés és az orvoslás szempontjából is. Múlt szívgyengeség esetén ugyanis ne nyúlunk azonnal a szívre ható gyógyszerekhez, hanem igyekezzünk a szív munkáját megkönnyíteni májmasszage útján. A kórjelzést rossznak kell mondanunk, ha nehezen sikerül a szívme gnagyobbodást eltüntetni. (Berliner klin. Wochenschrift, 1908. 46. sz.)

Idegkörtan.

A neuralgia felismeréséről tartott referáló előadást H. Verger (Bordeaux). Neuralgiát okozhat az idegnek bármilyen izgatása, a melynek helye a hátulsó gyökértől a bőrben levő elágazódásig bárhol lehet. Ha a környéki ideg fájdalma a végkészüléken ül, cocain befeeszkendezése a bőrbe megszünteti a fájdalmat; ha az idegben van a baj, a cocain csak akkor használ, ha az izgatott idegtörzs felett történik a befeeszkendezés. Az idegyökből vagy a gerincvelőből kiinduló fájdalom csak intraarachnoideás cocainadagra hallgat el. Az agyvelő-eredetű neuralgiaszerű fájás csak a többi alak kizárásával állapítható meg. Ez már tulajdonképpen fájdalom-hallucinatio és a neurosisokban fordul elő.

Az arczfájásnak 5 alakja van. 1. A környéki eredetű heveny vagy félheveny alak valami fertőző anyag (influenza stb.) helybeli behatásából származik. 2. Ugyanennek idült alakja többnyire fogbaj következménye. Ilyenkor a beteg hely nyomásra fáj és a fájdalom a rohamok közt sem szűnik meg. 3. A gyökérfájdalom a Gasser-dűz nyomása, gyuladós baja vagy lueses elváltozása miatt támadhat. A fájdalom a fél arcra terjed, a roham közötti időben sem szűnik, érzéstelenséggel vagy érzéssökkenéssel jár és gyakran bénultak a rágóizmok. 4. A valódi trigeminus-neuralgia mindezeketől megkülönböztethető az által, hogy az egyes jellegző rohamok között nincs fájdalom, érzés-zavar sincs, a bőr és az arc nem fájdalmas nyomásra, a baj hosszadalmas. 5. Központi arczfájásnak nevezhető az, a mely hysteriának vagy epilepsiának az eredménye.

A mellkasfájdalom ritkán mutatja a Valleix leírása óta ismert bordaközi zsába alakját. Ez talán háromféle fajtájú. 1. A fájdalom oka lehet környéki, mint például a tuberculosiban. A fájdalmas terület ilyenkor sem bordaközi, sem gyökérvonalnak nem felel meg, a köhögés fokozza a fájást, sokszor van objectív érzés-zavar is.

Az anatómiai alap disseminált neuritis. A fájdalom megszűnik, ha a megfelelő helybe cocaint fecskendezünk. 2. A mellkasban előfordul továbbá reflexfájdalom tüdő-, gyomor-, bélbajok után. Ilyenkor a fájás állandó, nem fokozódik, tompa, a lélekzéstől független, elmosódott határú területet foglal el és objectív tapintásérzés-zavart nem okoz. Megemlíthető itt a *Head*-elmélet a bőr és zsigerbeidegzés kapcsolatáról. 3. A gyökér-eredetű mellkásfájás hátulsó gyökérnyomás eredménye, például csigolyabajban. A herpes zoster fájdalma talán a spinalganglionok és hátulsó gyökök elsődleges megbetegedésének következménye (?). A fájdalom ilyenkor nagyon heves, nappal és éjjel egyaránt tart, de spontán vagy köhögéskor kiváltott rohamok is vannak. A bőr megnyomása nem fáj, a gyökérérzéstelenesség sáv alakjában gyakori dolog. A cocainbefecskendezés a fájdalom helyen hatástalan. A hysteriás és neurastheniás fájdalom a mellkason elég sokszor észlelhető; a változékony jelleg vagy a többi hysteriás, illetve neurastheniás tünet útbaigazíthat.

Az *ischiadicus-fájdalomnak* 4 fontosabb alakulása ismeretes.

1. A n. ischiadicustól ellátott bőr egy részének fájdalomassága, melyet franczia szerzők *fausse sciatique* néven ismernek és a mely csak az ideg végső elágazódásaiban ül. Ilyenkor a fájás állandó, rohamok nincsenek, a Valleix-pontok nem fájnak. Laségue-féle tünet (az ischiadicus fájdalmas volta a térdben megfeszített láb felfelé hajlításakor) nincs. 2. A fájdalom az idegben székelhet, a mikor kívülről jövő nyomás, az ideg gyuladása vagy rheumája következtében állhat elő. Ez a valódi ischias. A fájdalom állandó, az ideg egész területén megvan. A köhögés, járás, erőltetés fájdalomrohamot vált ki. Sokszor következményes scoliosis látunk, a mely csak állaskor van meg. Az ideg nyomása fájdalmas a Valleix-pontokon, a Laségue-féle jel rendszeren megvan. A régi esetekben izomsorvadás és érzékszavar is fejlődik. 3. A gerincvelői vagy gyökéreredetű ischiadicus-fájdalom állandó, de heves rohamokkal jár, a melyek gyakran jönnek, még ha nincs is lueses alap. A fájdalom sokszor sávok alakjában gyökérbeli zónákon lelhető fel, erőlködéskor, köhögéskor, székeléskor fokozódik. A járás kevésbé van reá befolyással, mint a valódi ischiasban. Valleix-pontja az idegnyújtás Laségue-fogása szerint kevésbé vagy alig fájdalmas. Csíkos érzéstelenesség sokszor észlelhető. Az inreflex fokozott lehet vagy hiányzik, a csípőizület körül az izmokban erős contractura fejlődik ki. A cerebrospinalis folyadékban lymphocytosis lehet. 4. A neurastheniás vagy hysteriás fájdalom ugyane helyeken mindig atypusos alakú.

A *felső végtag* neuralgiás fájdalma kivételes dolog. Leginkább gyökérbeli eredetű állandó fájdalom fordul elő, mely heves, rohamokkal váltakozó, mozgáskor, köhögéskor rosszabbodó. A beteg gyökérnek megfelelőleg érzéstelen sáv található. Nyomásra az ideg nem fájdalmas. (*L'encéphale*, 1908. 9. füzet.) *Kollarits Jenő* dr.

Sebészet.

A vesedaganatok kórjólatairól és gyógyításáról számol be *Krönlein* (Zürich) 25 operált esete alapján. Egy veseechinococcus-esetet kivéve, melyben extraperitoneális tárg feltárás történt, valamennyi esetben teljes vesekiirtást végzett. A műteti halálozás 80%. A diagnosist a műtét mindig megerősítette, de a daganat jellege, vajjon sarkomá, rák vagy hypernephroma-e, előre nem állapítható meg. Sikerült műtét esetén a végleges gyógyulás prognosisa kedvezőtlen, a recidiva rendszeren beáll, előbb a rákban, mint a sarkomában és a hypernephromában. Késői recidivát hypernephroma eseteiben 6, sőt 11 év után is észlelt, egy veserák-esetben 23 évvel a műtét után a beteg recidivamentes volt. Narcosis gyanánt az aether-narcosist ajánlja, a gerinczagyérzéstelenítés nem ajánlatos. Legalkalmasabb behatolásmód a retro- és paraperitoneális ágyékmetszés. A *Grégoire*-féle gyökerez eljárást, mely a vesét a zsíros tokkal, a mellékvesével, az odavezető nyirokutakkal és a gerincoszlop mellett fekvő nyirokmirigyekkel együtt távolítja el, tekintve, hogy műtét halálozása rendkívül nagy s a távolabbi eredmény sem jobb, nem ajánlja. (*Folia urologica*, III. kötet, 1. füzet.) *Steiner Pál* dr.

A gerincvelő lött sérüléseinek sebészi kezeléséről értekezik *Braun* (Friedrichshain). Álláspontját a következőkben foglalja össze: 1. Műtét végzendő, ha a tünetek a mellett szólnak, hogy a löveg a gerinczatsatornába jutott s a tüneteket vagy nyomás, vagy irritatio okozza. 2. Eltekintve azon esetektől, melyekben comminutiv törés vagy fenyegető infectio van jelen, helyesebb a

várakozó álláspont, hogy lássuk, mekkora a spontán visszafejlődési képesség és hogy topusos körjelzést állíthassunk fel. Ilyen esetekben mértékadó a gerinczvelő-sérülés súlyossága. 3. Kezdetlől fogva kisebb fokú vagy gyorsan javuló tünetek mellett nem kell beavatkozni, mert már többször hiába keresték a löveget s hibásan lokalizálták. 4. Minél kisebb a löveg, annál inkább várakozhatunk, mert kis lövegek a gerinczagy mellett el is férhetnek s megtalálásuk még jó radiogramm birtokában is a gerinczagy sértése nélkül gyakran nehézségbe ütközik. 5. Minél nagyobb a löveg, annál könnyebben lelhető fel s annál nagyobb a másodlagos fertőzés veszélye. 6. Súlyos agyvelőtünetek és kimaradó javulás esetén javalt a műtét. A pontos segmentumdiagnosist, a jó radiogramon azonban alapkéllék a műtét sikerére. 7. A műtét technikát illetőleg ne vésővel dolgozzunk, hanem, bár lassabban megy, fraisekkel és fogókkal, mert így az agy rázkódtatását, az agy megsértését biztosabban elkerüljük. (*Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 94. kötet, 1—2. füzet.)

Steiner Pál dr.

A *Riga-féle betegségről* ír *C. Schuli*. 26 évi gyakorlata alatt 18 ilyen esetet észlelt. A betegség lényegét a nyelvfeken lovagló daganat alkotja, mely nekrosisos lepedékkel borított; histologice fibrosus papilloma. A betegség 1—2 éves gyermekeken fordul elő, jóindulatú esetekben (ilyet 14-et látott) a közérzetet lényegesen nem zavarja s 1—20 hó alatt gyógyul (az idő összeesik a felső metszőfogak áttörésével); rosszindulatú esetekben cachexiával, gyomorbélzavarokkal jár, melyeknek a gyermek áldozatul esik. Azt a tapasztalatot szerezte, hogy oly gyermekeken fordul elő, a kiknek erősen csipkézett és hátrafelé álló alsó incisivusai vannak s a kik a nyelvükkel, nem az ajkukkal szopnak. Az e betegségben szenvedő gyermekek tuberculosusra is hajlamosak, úgy hogy 11 közül 9-et 11½ éven belül csonttuberculosisban látott megbetegedni. A therapia az elválasztásban, az alsó metszőfogak redressálásában, lerásápolozásában, esetleg kihúzásában áll. (*Mittheilungen a. d. Grenzgeb.*, XIX. kötet, 2. füzet.)

Pólya.

Börkórtan.

A *T. O. A. tuberculinnal* (*Höchst*) kísérletezett dermatológiai szempontból *A. Kraus*. A szerző *Klingmüller* egyik dolgozatának eredményéből indult ki. E szerző ugyanis megakarta fejteni, hogy miáltal jó létre olykor az a jelenség, hogy tuberculinnal való régi oltási helyek később, egy újabb injectio esetén typusos lokális reactiót adnak. Kiderült, hogy a reactio helyén histologiailag nemcsak gümös szerkezet, hanem saválló bacillusok is kimutathatók. A tuberculin tehát bacillusokat tartalmazott. *Klingmüller* további vizsgálatait azonban azt is kiderítették, hogy az alttuberculinnak tökéletes szűrése esetén is megmarad az a képessége, hogy a régebbi beoltási helyen újabb injectio alkalomával lokális reactiót hoz létre. A reactio ilyenkor is gümös structurát mutatott. Fölvette ennek alapján, hogy egyedül a tuberculosibacillus toxinja is tud gümös szerkezetű szöveti reactiót létesíteni. *Klingmüller* e nézetének helyességét többen kétségbe vonták, mert úgy vélték, hogy a gümös reactiót a bacillusoknak a tuberculinnal veszteglő protoplasmáris részei és törmelékei okozák. *Kraus* a tökéletesen megszűrt és teljesen csiramentes *Höchsti* T. O. A. jelzésű tuberculinnal dolgozott. Ennek 1 cm³-re megfelelő az alttuberculin 0.1 cm³-jének. A szerző a tuberculin a *Pirquet*-féle eljárás szerint alkalmazta, tehát eltért *Klingmüller* technikájától, a ki a tuberculin intraepidermoidálisan fecskendezte be. Beteganyagát különböző gümös bőrbántalmakban szenvedő egyének alkották. A vizsgálati eredmények a következő pontokba foglalhatók össze: A gümö-bacillusoktól és fragmentumaiktól teljesen mentes T. O. A. tuberculinnal végzett oltások bár kis mértékben, de határozottan gümös szerkezetű jelenségeket létesíthetnek. A különböző vizsgálok által kísérletileg létrehozott gümös szerkezetű oltási góczok különböző intenzitásúak, a szerint, hogy minő anyaggal végezték az oltásokat. *Daels* szerint valódi tuberculosist létesíthető, ha oly tuberculin használunk, mely bőven tartalmazza a holt bacillusokat és törmeléküket. A szerző azt véli tehát, hogy a tuberculinoltás kapcsán keletkező histológiai elváltozások a következő két componens összeadódásából keletkeznek: a holt, szaporodásra nem képes bacillusok, illetőleg a törmelékük, és a toxinhatás. Az, hogy holt bacillusok gümöszzerű szöveti elváltozásokat létesíthetnek, teljesen bizonyos. Az a föltevés,

hogy a toxin egymagában is tud gümöszert elváltozást okozni, tökéletesen még nincsen bebizonyítva. Ha valóban létezik igazi „toxintuberculosis“, akkor a szerző úgy véli, hogy saját kísérleti eredményei a legjobban megközelítették azt. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. 92. k., 3. f.)

Guszman.

Venereás bántalmak.

A complementkötési reakciónak klinikai használhatóságát a syphilis serodiagnostikájában vizsgálta Ballner F. és Decastello A. (Innsbruck). A Wassermann-féle reactio lényege és mibenléte még nagy részben ismeretlen. Az eredetileg fölvetett és magyarázatot kereső antigen-antitest-elméletet az újabb vizsgálati adatok megdöntötték. Hiszen ismeretes, hogy a lueses májból való kivonat, az antigen, normális szervek kivonataival, sőt izolált lipoid-anyagokkal is pótolható. Maradandó azonban az az általános vizsgálati eredmény, hogy a pozitív reactio a legnagyobb valószínűséggel a szervezet lueses infectióját bizonyítja. Florid syphilis eseteiben a pozitív reactio a legtöbb vizsgáló szerint mintegy 90%-ban fordul elő. Ily adatok birtokában sok szerző (pl. Neisser, Wassermann) odáig megy, hogy minden pozitív reactiót adó esetet luesesnek minősít. Ez kétségtelenül nem állhat meg ily mereven, mert más oldalról meg szaporodnak azon esetek, a melyekben a lues valószínűséggel, sőt talán bizonyossággal kizárható s a megejtett reactio mégis pozitív. A szerzők technikája megegyezett a szokásos eljárással. Csak egy pontban tértek el a rendes eljárástól. A haemolysises amboceptort ugyanis nem birkavérrel immunizált házinyúlserumból, hanem marhavérrel kezeltből nyerték. Az „antigen“ normális nyulak szívének alkoholos kivonata szolgáltatta. A szerzők figyelme főleg arra irányult, hogy nem lueses pozitív reactiók esetek előfordulnak-e, és ha igen, található-e valamelyes diagnostikai különbség a pozitív reactiók között. Úgy látszik, hogy bizonyos nem lueses betegcsoportban nem is olyan ritka a pozitív reactio. A szerzők pl. tüdőgümőkör 19 esetében háromszor kaptak pozitív eredményt, vesegümősödés 3 esetében pedig mind a 3 ízben. A szerzők azonban különbséget tudtak kimutatni a lueses és a nem lueses esetekből eredő pozitív reactiók között. A különbség abban rejlik, hogy a pozitív reactiót adó nem lueses serumok akkor is adnak pozitív eredményt, ha nem kezelték, vagyis nem hozták össze az extractummal. Más szóval csak a valószínűleg nem lueses serumok tartalmaznak oly anyagokat, melyek egymagukban, a kivonat nélkül is el tudják téríteni a complementet és így a haemolysist megakadályozni. Ballner és Decastello ezeket a serumokat „autotrop“ serumoknak nevezik. Véleményük szerint tehát a pozitív reactiókat lényegileg különböző két csoportba lehet osztani. Tapasztalásuk szerint szükséges azonban e különbség fölismeréséhez a haemolysises amboceptornak marhavérrel való kezelése. Vizsgálati eredményeiket a következő táblékben foglalják egybe: 1. Lues esetében a Wassermann-féle reactio a haemolysises marhavérssystema igénybevételével éppen oly magas százalékban adja a pozitív eredményt, mint a más vizsgálók által ajánlott birkavérssystema használatával. Nem emelhető tehát kifogás a marhavér-amboceptor alkalmazása ellen. 2. A marhavér alkalmazásakor is észlelhetők oly esetek, a melyek valószínűleg nem luesesek, de a pozitív reactiót mégis adják. Ezek a pozitív serumreactiók főleg tüdő- és vesegümősödés, pneumonia, carcinoma és inkompenzált szívbaj eseteiben fordulnak elő. 3. Ezeknek az eseteknek némelyikében a serumnak complementtérítő képessége csak muló természetű volt. 4. A lueses egyének pozitív reactiója és azon reactio között, mely a valószínűleg nem lueses betegek serumán észlelhető marhavér alkalmazásakor, az az elvi különbség tapasztalható, hogy a míg az első esetben a complementkötés csak akkor létesül, vagy válik legalább sokkal kifejezettebbé, ha szervkivonatot is használunk, addig a második esetben (nem lueses betegek) a reactio kivonat alkalmazása nélkül is éppen oly fokú pozitív eredményt ad, mint szervkivonattal (autotrop serumok). 5. Birkavér-amboceptornak használása esetén az autotropserum éppen úgy viselkedik, mint a lueses, vagyis a haemolysis gátlása csakis a kivonat hozzáadásával érhető el. 6. Úgy látszik tehát, hogy a marhavérssystema lehetővé teszi azt, hogy a specifikus reactiót (lues esetén) a nem specifikustól (egyéb bántalmak esetén) megkülönböztessük. (Deutsche med. Wochenschrift, 1908. 45. sz.) Guszman.

Orr-, torok- és gégebajok.

A Röntgen-therapia és -diagnostika alkalmazásáról a felső légutak betegségeiben ír Mader (München), ki a Mader-Rosenthal-féle garatgégecsövet szerkesztette, mely a mélyebben fekvő területek közvetlen intenzív és hatékony sugároztatását teszi lehetővé.

Mader a Röntgen-kezelést rossz természetű újképletek ellen használta leginkább, még pedig alveolus-, nyelv-, mandola-, továbbá garat- és gégerák eseteiben s az eljárást igen becsesnek, nagyon hasznavehetőnek, sok esetben nélkülözhetetlennek tartja, különösen psychés okokból; objective leginkább a fekélyedő alakokban érhető el siker; a fekélyek Röntgen-sugarakra behámosodnak, elhegesednek; maga a daganat változó magatartást tanúsít, némelyik daganat-faj határozottan zsugorodik; általában minél sejtűsőbb valamely daganat, annál jobban reagál a Röntgen-sugarakra, míg a sejtközi elemekben gazdag daganatok rosszul reagálnak. A fájdalomcsillapító hatás szinte sohasem marad el; kártékony hatást vagy lényegesebb kellemetlenséget sohasem észlelt. Jó sikerrel használta a Röntgen-therapiát garatlapus eseteiben is és egyes (lágys) struma-alakokban.

A Röntgen-kezelés javaitaira vonatkozólag a következőket mondja: 1. mindazon esetekben, melyekben a kóros részeknek egészen eltávolítása lehetséges s a műtét esélyei — a beteg korára, erőbeli állapotára stb. tekintettel — kedvezők, az operatív beavatkozás szükséges; 2. ha ezen feltételek hiánya a műtét sikerét kétségesse teszi, vagy pedig a műtét óriási csontkítással járna: a Röntgen-kezelés meg van engedve, illetve közte és a műteti beavatkozás közt válaszszon a beteg; 3. ha a műteti beavatkozás semmi sikerrel sem kecsegtet, szintűgy műtétek utáni recidiva esetén a Röntgen-kezelés javalt.

A Röntgen-diagnostikának hasznaveletőségét illetőleg álláspontja ez: az orr melléküregeinek, különösen a homloküregnek alakja, nagysága tekintetében a Röntgen-átvilágítás értékes támpontokat szolgáltat, azonban idegen testektől és daganatoktól eltekintve, a melléküregek megbetegedésére vonatkozólag teljesen megbízható adatokat nem nyújt. Hálásabb tere nyílik a Röntgen-diagnostikának a mellüreg azon megbetegedéseiben, melyek a laryngologia körébe vágó esetekkel függnek össze (recurrens-hűdés aneurysma eseteiben stb.) A szerzőnek egyik esetében a Röntgen-fény nyújtott felvilágosítást a habituális epistaxist okozó hörgőmirigylobosodást illetőleg. (Medizinische Klinik, 1908. 43. sz.)

Safranek dr.

A solitaer choana-polypusok tulajdonképeni eredéshelyéről és gyökeres műtétéről ír Kubo tanár (Fukuoka, Japán). Az idevágó irodalom ismertetése után saját eseteit közli s vizsgálatainak eredményét a következőkben foglalja össze: 1. a solitaer choana-polypusok az antrumból kinőtt polypusoknak egy szakát teszik, többnyire antrum-polypusok kíséretében fordulnak elő; 2. helyesen a növekedés helye szerint neveztetnek el (antrum-, antronasalis, antrochoanalis, antroepipharyngealis, antromesopharyngealis, antrohypopharyngealis, antrolyngealis, antrooralis polypus); 3. a choana-polyp képződését az állcsonttöböl gyuladása vagy genyedése előzi meg, ezért előfordulásuk esetén az állcsonttöböl tüzetes megvizsgálása szükséges; 4. az ostium accessorium maxillae choana-polypus jelenléte esetén rendszerint tág s könnyen szondázható; 5. a choana-polypus a larynxig vagy a szájba nőhet és külső ingerek következtében rosszindulatú külsőt nyerhet; 6. a choana-, illetve antrum-polypus recidivál, ha az anyatalajt az antrumban gyökeresen el nem távolítjuk; 7. a choana-polypusnak gyökeres műtete, különösen egyidejűleg fennálló antrumempyema esetében, legezélszerűbben oly módon eszközölhető, hogy az antrumot a pofa felől szélesen feltárjuk, a degenerált polypusos nyálkahártyát in toto kikaparjuk, az antrumból kinőtt részét járulékos nyíláson át kihúzzuk s a sebet elsődlegesen egyesítjük. (Archiv f. Laryngol., 1908. I.)

Safranek dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Thyresol elnevezéssel új santalol-készítményt hozott forgalomba az elberfeldi festékgár. A thyresol a santalol methyl-aethere; szintelen, olajos folyadék; szaga és íze ugyanolyan, mint a santal-olajé, de sokkal gyengébb. A gyomorban nem esik szét, ennek következtében nem is gyakorolhat izgató hatást a gyomorra. Joachim olyan esetekben, a melyekben a santal-olajat szokás hasz-

nálai (gonorrhoea, cystitis, urethrocystitis, prostatitabajok), jó eredménnyel használta a thyresolt, még pedig tabletták alakjában; a tabletták magnesium carbonicummal készülnek és egyenként 0.25 gramm thyresolt tartalmaznak: magnesium carbonicum-tartalmuk miatt a székkürölést elősegítik, a mi a szóban forgó bajokban többnyire nagyon előnyös. A szert a betegek hosszú időn át is jól tűrték, káros hatás az étvágyra és a gyomorra nem mutatkozott; veseizgalomra utaló tüneteket sem észleltek. Az adag 2 tablettá naponként 3—4-szer. (Die Therapie der Gegenwart, 1908. 11. f.)

A valisan a bornyvalnak összekötése brommal. 25.20/0 bromot, 48.30/0 borneolt és 26.50/0 isovalerianasavat tartalmaz. A charlottenburgi kórház belbeteg-osztályán Maeder kísérletezett e szerrel és nagyon jól használható sedativumnak találta. Az íze és a szaga jobb, mint a bornyvalé és a többi valerianakészítményé. 0.25 grammot tartalmazó gelatina-tokokban kapható. (Therapeutische Monatshefte, 1908. 10. füzet.)

A bromuralt elmebaj különböző eseteiben nagyon jó eredménnyel használta Bellini. Csupán neurastheniás psychosinának egy nagyon súlyos esetében nem ért el vele eredményt. Többnyire per os adta a szert és pedig 0.3 gramm adagban 3—4-szer naponként; könnyebb esetekben csak este adott 0.6 grammot. Klysma alakjában is adható a bromural, a subcutan alkalmazása azonban nem ajánlható. (Annali di freniatria, 18. kötet.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1908. 50. szám. Ferenczi Sándor: A psychosexuális impotentia analitikus értelmezése és gyógyítása. Kanitz Henrik: A leukoderma syphiliticumról.

Orvosok lapja, 1908. 50. szám. Jankura Iván: A kanyaró.

Budapesti orvosi újság, 1908. 50. szám. Beck Soma: A csecsemőkori bőrbántalmak. „Bőr- és bujakórta” melléklet, 4. szám. Brezovszky Emil: Újabb tapasztalatok a Wassermann-féle reakcióról. Veress Ferenc: Erythema toxicum alcoholicum esete. Goldner Viktor: Kryptogen infectio, endocarditis, erythema exsudativum, boneczlet.

Vegyes hírek.

Kérjük tisztelt előfizetőinket, hogy lejárat előfizetésüket mielőbb újítsák meg, nehogy a lap küldésében zavarok támadjanak. Budapesti előfizetőink is postautalványon szíveskedjenek az előfizetés árát be-
küldeni.

Jubileum. Nagyikinda város közönsége a napokban ünnepelte meg Valovits Gyula dr. kórházigazgató és tiszteletbeli megyei főorvos 40 évi orvosi jubileumát.

Kétly Károly tanárt a király az orvosképzés terén szerzett érdemei elismeréséül a Szent István-rend kiskeresztjével tüntette ki. Fogadja Kétly tanár e jól megcsinált magas kitüntetés alkalmával lapunk részéről is a legőszintébb szerencsekívánatokat!

Korányi Frigyes utódja. Az orvostudományi tanártestület f. hó 15.-én tartott ülésén egyhangúlag elhatározta, hogy a Korányi Frigyes tanár nyugdíjaztatásával megüresedett belorvostani tanszékre Korányi Sándor tanárnak, a belorvostani diagnosztika ny. r. tanárának meghívását hozza a vallás- és közoktatásügyi miniszternek javaslatba.

Kinevezés. Sztahovszky Antal dr.-t az iglói, Gerő Leó dr.-t pedig a törökbecsei járás orvosává nevezték ki. — Somogy megye főispánja Erős József dr. iharosberényi és Horváth Gyula dr. csurgói kórhózt tiszteletbeli járásorvossá nevezte ki. — Dreier Henrik dr.-t a székesfehérváros főpolgármestere a szent János-kórházhoz segédorvossá nevezte ki.

Egyetemi alkalmazások és ösztöndíjak a budapesti egyetemen. Megválasztottak: Kétly tanár belorvostani klinikájához: Kern Tibor és Müller Mária dr.-ok díjazott gyakornokoknak. A szemklinikához: Barlay János dr. I. tanársegédnek (újraavasztás). A fogklinikához: Máthé Dénes dr. díjazott gyakornoknak. A 2000 koronás Schordann-féle utaztató ösztöndíjat a tanártestület Liebermann Pál dr.-nak (életten), az ugyancsak 2000 koronás muraközi Rózsó-féle utaztató ösztöndíjat Neuber Ede dr.-nak (börkórta) ítélte oda. Schordann-féle szigorlati kölcsönben részesült Korányi Sándor és Landesmann Ernő. A tanártestület a fővárosi jubilaris ösztöndíjra első helyen Lengyel Árpád-ot, a Bujanovics-féle 150 koronás szigorlati segélyre Kellermann Emil-t ajánlotta.

Cavete collegae! A Cservenka községben levő „Arbeiter-Verein” oly méltánytalan és orvost megalázó feltételek mellett irt ki pályázatot orvosi állásra, hogy az orvosszövetségnek kötelessége az orvosi tekintély és az orvosi etika megóvása céljából minden kartársat óvnia attól, hogy ez állást elfogadja, szemben találja magát

az egész orvosszövetséggel és így az egész megyei orvosi karral. Bővebb felvilágosítással szolgál a fiókszövetség titkára. Rényi József dr., ügyv. elnök. Spitzer István dr., titkár.

A budapesti egyetem I. sz. nőbeteg-klinikáján november hóban 162 szülés folyt le (először szülő 75, többször szülő 87); a született magzatok száma 163 volt, még pedig élő 141, halott 12, macerált 10; érett 141, kora 6, éretlen 16; fiú 73, leány 82, kérdéses nemű 8; törvénytelen 72, törvénytelen 90; a terhesek, szülők és gyermekágyasok között haláloset nem fordult elő. A nőbeteg-osztályon 77 beteget ápoltak, közülük 1 meghalt. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét 101 esetben vették igénybe; a műtétek száma 73 volt.

Meghalt. Rudy Béla dr., Szilberek község orvosa 60 éves korában e hó 16.-án. — Diósi Adolf dr. járásorvos Csengeren e hó 8.-án 57 éves korában. — Szalay Dóme dr. kastélyosdombói körorvos 65 éves korában. — Ch. E. Beevor, kórházi főorvos, ismert neurologus Londonban december 5.-én, 54 éves korában. Beevor értékes irodalmi működést fejtett ki; dolgozatai főképen az agyvelő mozgató központjaira, az agyvelő daganatainak a kórjelzésére s az agyvelő ereinek az anatómiájára vonatkoznak.

Kiseb hírek külföldről. S. Schumacher-Marienfried dr.-t a bécsi egyetemen az anatómia fizetéstelen rendkívüli tanárává nevezték ki. — L. Réthi, C. Sternberg és H. Peham bécsi magántanokok a rendkívüli tanári címet kapták. — Bernben Lüscher dr.-t a gége-, orr- és fül-orvostan rendkívüli tanárává s az ezirányú poliklinika igazgatójává nevezték ki. — A londoni Kings College Hospital orvosi iskoláján St. Clair Thomson dr. a gégeorvostan tanára lett. — Rendes tanárok lettek: J. T. Smith dr. Baltimoreban (szülészet), A. Carson dr. Cincinnatiában (kórboneczolástan) és Woskressensky dr. Charkowban (sebészet). — A berlini élettani tanszékét ugyanezen egyetemen a közegészségtan tanára, Rubner veszi át. Helyébe Flüge tanárt hívták meg Boroszlóából. — E. Hoffmann dr. berlini magántanárt a hallei egyetemen rendkívüli tanárává s a bőr- és syphilitani poliklinika igazgatójává nevezték ki.

A congressusok rendezése. A „Deutsche medizinische Wochenschrift” ez évi 48. számában figyelemreméltó cikk jelent meg a congressusok szervezéséről. A cikk írója újból sürgeti, hogy a congressusok utasítsák vissza a városok által adott ünnepélyeket s ebédeket. Berlin maga két évtized alatt ilyen ezélokra 1/4 millió márkát adott ki. Sokkal helyesebb volna, ha a vendéglátó város arra szorítkoznék, hogy könyvet vagy albumot ajánljon fel a congressus tagjainak. Nem kellene bevárni, hogy a hatóságok panaszkodjanak az etetési költségek miatt.

Hydropyrimin vízben oldható acetilsalicylsós 96 1/4% acetilsalicylsav tartalommal. Antipyreticum, antirheumaticum és analgeticum. Az influenza specificuma. Könnyű oldhatóságánál fogva főzetek, forrázatok és vizes oldatokban adható. Por- és tablettákban kerül forgalomba.

SZÉCHENYI-TELEPI SANATORIUM az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál. Igazgató-főorvos Schnier György dr. Felvétetnek ideg- és kedélybeteg, neurastheniás, hysteriás, ki-
merülési esetek, alkoholisták, morfinisták. — Sürgöny: Budapest. — Posta: Budapest, Széchenyi-telep. — Telefon 79—72. — Prospectus. 4859

Kopits Jenő dr. testgyógyintézetét VIII., Gyöngyútkő-utca 14. sz. alá (Rókus-kórház közelébe) helyezte át.

Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete. Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógymódok.

Orvosi laboratórium: Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd. Andrassy-út 50 (Oktogon-tér). Telefon 26-96.

Dr. MÜLLER VILMOS a tátraházi tüdőbeteg-szanktórium főorvosa
SAN-REMOBAN (Corso Garibaldi 25) rendel. Prospectus.

CIRKVENICA THERAPIA-Sanatorium
a magyar tengerparton. Berendezve az összes gyógyító eljárásokra. Modern kényelem. 120 szoba. Vezető orvos: **Dr. GROÓ BÉLA.**

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

San-Remo Téli klimatikus gyógyhely az olasz Rivierán. Mindennemű felvilágosítással szolgál Hasenfeld Oszkár dr., San-Remoi magyar gyakorlóorvos. Via Roma 43, Casa Roggerino.

ERDEY Dr. Sanatoriuma Budapest, IX., Bakács-tér 10. Nőbeteg és szülők részére.

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

Dr. Stein Adolf RÖNTGEN-LABORATORIUMA. VII., Rákóczi-út 26, földsz. I. Telefon 112—95.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1908 december 14.-én.) 939. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXIV. rendes tudományos ülés 1908 november 28.-án.) 939. l. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (V. rendes ülés 1908 október hó 22.-én.) 941. l.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1908 december 14.-én.)

Elnök: Entz Géza. Jegyző: König Gyula.

Orvosi érdekű előadások voltak a következők:

1. **Ónodi Adolf** levelező tag a homloküreg tájbonezolást, kór- és gyógytanát tárgyaló monographiáját terjeszti elő önálló vizsgálatai és klinikai észleletei alapján 200 ábra kíséretében, melyeknek elhívei a Magyar Tudományos Akadémia támogatásával készültek. A homloküreg tájbonezolást, alakját és kiterjedését készítményeken, különböző irányú átmetszeteken és Röntgen-képeken mutatja be, továbbá 1200 fejen felvett leletek alapján tárgyalja a homloküreg elektromos átvilágításának és radiographiás felvételének diagnostikai jelentőségét. Vizsgálatai kiterjednek a homloküreg alakjára, terjedelmére és hiányára, a fejlődési rendellenességekre, a kivezető nyílásra, csatornára, a homloküregbe betüremkedő rostasejtekre, a szemüreg tetején a homlokcsont vízszintes részébe terjedő rostasejtekre, a csonthiányokra, a gyűjtőeres összeköttetésekre, ér-resekre, a semicanalis ethmoidalis előfordulására, a homloküregnek viszonyára a látóideghez és agyvelőhöz. Külön fejtegetés tárgyát teszi a homloküreg kutatásolása, a homloküreg megbetegedéseinek és szövödményeinek kóroktana, kórtana és gyógytana. A szövödményeket illetőleg vizsgálatai alapján behatárabb fejtegetés tárgyát teszi az exploratív agypunctio kérdése.

2. **Tangl Ferencz** lev. tag bemutatja **Hári Pál** dr. értekezését: „Adatok a téli álmot alvó emlősök anyagforgalmához.” A szerzőnek denevéreken végezett gázcserekísérletei kimutatták, hogy ezen állat a környezet hőmérsékletének változásakor eleinte heterotherm állat módjára viselkedik: magasabb hőmérsékleten több, alacsonyabb hőmérsékleten kevesebb szén-savat termel; csak azután, ha a környező hőmérséklet tovább nem változik, tér vissza a szén-savtermelés állandóbb értékre, melynek nagysága bizonyos határok között ép oly értelemben függ a környező hőmérsékletétől, mint egyéb, téli álmot nem alvó emlősöké: tudniillik magasabb hőmérsékleten kisebb, alacsonyabban pedig nagyobb. Vagyis a denevéren is ezek szerint a test hőmérsékletének rendes „kémiai szabályozása” áll fenn, melynek felső határa a környezet 27 C°-os hőmérséklete, alsó határa pedig éhezéskor 19–20 C°, táplálton pedig 11–13 C°. Ezen alsó határon alul az állatok a téli álmot megelőző torpiditásban esnek.

A téli álomban úgy a szén-savtermelés, mint az oxygen-fogyasztás rendkívüli módon le van szállítva, alig teszi ki egy vagy néhány századát az ébren levő állat gázcserejének. A respirációs hányados $\left(\frac{\text{CO}_2}{\text{O}_2}\right)$ értéke a téli álomban rendszerint megegyezik azzal, melyet egyéb éhezéskor találtak (0.65–0.68); egy denevér azonban, melynek anyagcsereje rendkívül csekély volt, 0.54 körül ingadozott. Ezen alacsony hányados oka nem lehet a glykogenképződés, mert a szerző kimutatta, hogy a téli álmot alvó denevér testében nem halmozódik fel glykogen.

3. **Tangl Ferencz** lev. tag bemutatja **Fuchs Dénes** értekezését: „Kísérletes vizsgálatok a vér mennyiségének befolyásáról az anyag- és energiaforgalomra.” A szerző a vizsgálatokat három kutyán végezte. A kísérleti berendezés az volt, hogy a vérbojtás előtt több napon át megállapította az állatok N-forgalmát; többnyire N-egyensúlyból, illetőleg csak igen kis fokú N-deficitből az N-lerakódás állapotát hozta létre megfelelő etetéssel; a kiengedett vért élettani konyhasóoldattal pótolta s azután az állatok N- és energia-forgalmát 2–3 héten keresztül meghatározta. A vérbojtások a vérmennyiség 35–60%-át tették ki. A vizsgálatokból kitűnt, hogy a vérvesztések a N-forgalmát két irányban változtatják meg. A vérvesztést közvetlenül fokozott N-kiválasztás

követi, a mi azonban a kísérletekben csak rövid ideig (2 napig) tartott s nem minden esetben következett be (öt kísérlet közül háromban).

A másik változás a N-kiválasztás csökkenésében áll, a mi minden esetben N-lerakódáshoz vezetett. Ez minden kísérleti sorozatban egyformán következett be és pedig függetlenül attól, hogy az állatok a vérvétel előtt N-egyensúlyban, N-deficitben vagy N-retentióban voltak s függetlenül a táplálék összetételének minőségétől. Az állatok ugyanis a különböző kísérleti sorozatokban majd túlnyomóan fehérjét, majd túlnyomóan szénhidrátokat, majd pedig egyenletesen kevert táplálékot kaptak. A N-lerakódás 2–4 hétig tartott s legnagyobb volt közvetlenül a vérvesztés után, azután fokozatosan csökkent a megszűnéséig. Tartama tehát körülbelül egybeesett a vér regenerációjához szükséges idővel.

Az energia-forgalomra vonatkozólag — a melynek vizsgálatára ezek az első kísérletek — az tűnt ki, hogy még nagy vérvesztések sem változtatják meg a táplálék élettani hasznosítékát, vagyis a nagy vérvesztések után az egyes tápanyagok kémiai energiája ép oly mértékben értékesíthető, mint a vérbojtás előtt.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXIV. rendes tudományos ülés 1908 november 28.-án.)

Elnök: Eröss Gyula. Jegyző: Verebely Tibor.

(Vége.)

Discussio Wein Manó „A Marmorek-féle gümőkór-ellenes serummal tett tapasztalataim” című előadása felett.

Friedrich Vilmos: A Marmorek-serummal 70 egyénen végeztem 1500 oltást, ezen alapon kívánok hozzászólni. Az előadó esetei, úgy látszik, gyógyultak. Kérdés, a gyógyulás meddig fog tartani, mikor áll be recidiva, vajjon a gyógyulás csak lokális-e, vagy általános, a mely mellett a lokális laesio is gyógyul. Fontos volna tudni, ezen esetek nem gyógyultak volna-e oly gyorsan és prompte csak sebészeti kezelés mellett. Szeretném tudni, hogy a Marmorek-serummal gyorsabban-e a gyógyulás, mint a nélkül? Vagy más serummal is elérhető-e hasonló eredmény. Az előadó azt mondotta, hogy a Marmorek-serum automatás reakciót idéz elő és méregtelenít. Hogy méregtelenít és hőtelenít, erre nézve azt kell mondanom, hogy a tüdőbetegeken hőcsökkenésnek kellene beállania; az eseteknek egy részében ez be is áll, de más esetekben nem, sőt hőemelkedés következik be. Hogy méregtelenítene, nem hiszem.

Hogy a Koch-tuberculin hőemelkedést okoz s utána a Marmorek-serum hőtelenít, nem bizonyít, mert a hőtelenedés úgyis bekövetkezett volna.

Eseteim egy részében nem volt reactio. De a tüdővész III. szakában, vagy a tüdő középső és alsó lebenyében levő gümőkórban 5–10 cm³ serum per rectum vagy subcutan gyors és magas hőemelkedést idézett elő. Tehát nem lehet mondani, hogy minden esetben hőtelenít, valamint azt sem, hogy a Marmorek-serum a gümőkórnak probatorius kémilöszere.

A 70 egyén közül 50 állandó megfigyelésem alatt áll 2–3 év óta. Ezek hétnél több oltást kaptak. 1906-ban Párisban elmondottam 15 eset kapcsán, hogy a Marmorek-serum oly szer, melylyel tovább is érdemes komolyan foglalkozni, mert nem ártalmas. A III. szakbeli esetekben azonban kénytelen vagyok kinyilatkoztatni, hogy a szétesés gyorsabban áll be és ilyen esetek miatt mondott Hochhalt 1906-ban rossz véleményt a Marmorek-serumról. Subjective sokszor javulás áll be, több mint 75%-ban. Az izzadás megszűnik, az étvágy javul, a köpet folyékony lesz és a kezdődő esetekben a hő csökken, a testsúly gyarapszik, a fizikai elváltozások javulnak, a bakteriumok eltűnnek. De hetek múlva esetleg a másik csücsben jelentkezik a folyamat.

A II. szakban levő tüdőbetegeken is szép eredményeket lehet elérni, de a III. szakban óva intek mindenkit az alkalmazástól. Az, a ki nem egy szerrel csinált oltásokat, hanem az összes szereket megpróbálta, mindig lát kezdetben subjectiv javulást és lát objectiv javulást is. A Marmorek-serum sem ad a többinél rosszabb eredményt. Jók az eredmények a kezdeti szakban, különösen mirigykór mellett. Csakugyan előfordul, hogy olyan helyen manifestálódik a gümőkór a Marmorek-serumra, a hol azelőtt nem volt kimutatható. Így egy esetben a per rectum való hatodik alkalmazásra peritonitis támadt.

Kathy Dezső: A Marmorek-serum antituberculosus gyógyhatását illetőleg a vélemények még mindig nagyon eltérők. Az idevonatkozó irodalmi közlések méltatása után felemlíti, hogy kísérleteiket az Erzsébet-

sanatoriumban a Hoffa óta divatba jött miniatűr Marmorek-klismákkal 22 betegben tették. Közülük a tüdőgümőkór I. időszakában volt öt, a II. időszakában tíz és a III. időszakában hét. Láztalan volt közülük a serotherapie kezdetén 5, subfebrilis volt 12, febriculákat mutatott 5.

Eredményeiket áttekintve sem az abszolút tagadás, sem az entusiasmus álláspontjára nem tudnak helyezkedni. Az I. szakban tagadhatatlannal, az inactiv II. szakban sok esetben van valamelyes hatása a szervek és a közérzet javul, az expectatio végeredményben csökken, súlygyarapodás, sőt objectív javulás tünetei mutatkoznak; a Gaffky-skála alacsonyabb lesz, sőt a bacillusok egészen el is tűnhetnek a köpetből s kellő türelem mellett az orvos és a beteg részéről a hőmenet is elfogadhatóbb lesz; de az activ II. és III. szak esetei már rendszeren a sikertelenségek sorozatát mutatják.

A láz befolyásolása súlyosabb esetekben már nem sikerül, sőt a tachycardiára sem hat ilyenkor a serum. s a colliquiatio nekrosis még javuló közérzet és súlygyarapodás mellett is tovább folyhatik a tüdő szövetében.

Azt hiszi — támaszkodva Hoffa és Wein kedvező észleleteire csont-, mirigy- és bőrtuberculosisban, Wohlberg ugyanily tapasztalataira mirigygümőkórban, Schwartznak Marmorek-serumra gyógyult conjunctiva-tuberculosis esetére, s még jóindulatú tüdőgümőkór-esetekben tett saját tapasztalataira —, hogy a Marmorek-serum az attenuált virussal történt fertőzésekben célra vezethet; a tüdőgümőkórban ilyenkor is nehezebb feladat vár rá, minthogy a tüdő a test legdisponáltabb szerve a gümős megbetegedésre; ott lehet majd nézete szerint még leginkább sikert elérni, a hol a tüdőfertőzés nem aërogen, hanem lymphogen vagy lymphohaematogen úton történt. A további kísérletezés a szerrel mindenestre kívánatos.

Szabóky József: Az előadó említette, hogy Marmorek-serum után tuberculinnal szemben túlérzékenységet észlelt. A szülő azt tapasztalta, hogy Marmorek-serumra keletkezett túlérzékenység olyan betegben, kit előbb tuberculinnal reactio nélkül kezeltek. Egy másik, Spengler-féle bovin-anyaggal eredménytelenül kezelt beteg Marmorek-serumra magas lázat kapott, miért is 10 napra beszüntette az adagolást; majd újra lázas lett és az ötödik napon végzett injectio után maradt el a láz. Az első esetben az opsonin-érték nem emelkedett, az agglutinatio nem fokozódott, a miből az következik, hogy a Marmorek-serummal szemben a szervezet túlérzékeny volt. Más négy esetben nem okozott lázat, pedig 30 injectio történt. Óvatosnak kell lennünk, ha tuberculinnal már kezeltünk. Az előadó azt mondotta, hogy ha a tuberculin-probatorius injectioja élénk reactiót váltott ki, Marmorek-serum alkalmazására megszűnik a reactio. Ilyen észleletet mások is leírtak és a Marmorek-serumnak tudják be a paralyzáló hatást. Itt is óvatosnak kell lenni az eredmények megítélésében, mert a tuberculinreactio 16 óra alatt is lefolyhat nagy heveséggel.

A probatorius injectio sokszor gyógyító hatása van.

Marmorek-serummal sem ért el több eredményt, mint tuberculinnal vagy Spengler szerével. Gyógyulást egy esetben sem látott.

Detre László: Az automata-reactióra kíván megjegyzéseket tenni. Első hallásra tetszetős. A Marmorek-serumban antitoxin van, mely a gümöbacillus mérget megköti, a méregtelen bacillus szabad s automata-reactiót indít meg. Véleménye szerint azonban másképp áll a dolog: a mikor a Marmorek-serum a gümöbacillusoz ér, megindítja a bakteriolytist, kiszabadul a méreg, a mely a tuberculinhoz hasonlóan hat. Az automata-reactio helyett tehát „a serum bakteriolytisis hatása” kifejezést ajánlja.

Balás Dezső: Mint Wein segédjének, alkalma van a Marmorek-serummal való kezelésben résztvenni, s így a szónyegen levő kérdést alaposan tanulmányozhatja.

Wein előadásából két momentumot tart kiemelendőnek:

1. Wein a Marmorek-serummal oltások alkalmazásával kezdettől fogva a legszigorubb individuális kezelést alkalmazta, s tette ezt már akkor, a midőn Frey-nek ez irányú czikke még sem jelent; még Frey czikke előtt kifejezést adott ama meggyőződésének, hogy a Marmorek-serum önmagában nem, de következményes hatásaiban egyenesen veszedelmes lehet a szervezetre.

2. Wein a Marmorek-serummal kezelést nem fekvő, nem kórházi, tehát relative jobb hygienés és sociális viszonyok közé jutott betegeknek alkalmazta, hanem a munkáspénztár ambulans betegein úgyszólván válogatás nélkül fogadosította, tehát olyan betegeknek, kik a betegség folytán még a rendesen is szűkebb anyagi viszonyok közé jutottak. S dacára a szűkös sociális viszonyoknak, dacára az ambulans és elég szigorú ellenőrzés alatt nem álló kezelésnek, bemutatott eredményei legalább is biztatónak mondhatók.

Kuthy attenuatiós elméletével nem ért egyet. Az attenuatio ellen szól az, hogy épen a kezdeti szakban levő gümőkóros bántalmak, akár attenuált, akár nem attenuált virussal történt a fertőzés, legalkalmasabbak a Marmorek-serummal kezelésre. A Marmorek-serummal kezeléssel nem azok az esetek daczolnak legtovább, a melyekben a beteg igen súlyos, de solitaer laesióval jelentkezik, hanem épen azok az esetek, melyekben a beteg látszólag könnyű laesióval jelentkezik, de a kezelés folyamán a latens laesiók lassanként észlelhetővé válnak, tehát azon esetek, a melyekben a virusnak az attenuatióra bőségesen volt ideje.

Kuthy elméletében nem lát egyebet, mint újabb documentumát annak, hogy a Marmorek-serummal kezelés kulcsa a legszigorubb individuális kezelésben áll.

Kétségtelenül látszólagos nagy hátránya ennek a kezelésnek a hosszadalmas volta.

Véleménye szerint azonban a kezelésnek, illetőleg a gyógyulásnak hosszadalmas volta nem irható a Marmorek-serum rovására. És pedig azért nem, mert a Marmorek-serum nem mint gyógyító ágens szerepel, hanem a Marmorek-serummal méregtelenített szervezet mint olyan gyógyul hosszabb vagy rövidebb ideig, mondhatná függetlenül a Marmorek-serum mennyiségétől abban az arányban, a melyben gyógyulási reactióra képes a fertőzéstől, a toxinoktól, esetleg a szöveti devastatiótól legyengített szervezet. Vagyis a kezelés tartama is individuális és az individuális szervezeti reakcióképessége az irányadó. Itt látja a különbséget a tüdőgümőkór és a sebészi gümős bántalmak gyógyeredményei között.

Míg ez utóbbiakban az előzetesen Marmorek-serummal méregtelenített, megedzett szervezetet sebészi beavatkozással meg tudjuk szabadítani a diszekált, a gyógyulást gátló góczoktól, s így helyreállíthatjuk a szervezet gyógyulási reakcióképességét, addig ugyanezt a tüdőbeli folyamatokban eddig nem tudjuk elérni. Nem tartja a Marmorek-serummal kezelést egyedüli panaceának; kétségtelen, hogy tuberculin-oltásokkal vagy a Spengler-féle eljárással is lehet egyes esetekben hasonló eredményt elérni. De tisztán a bemutatott tapasztalati tényekre támaszkodva kétségtelen, hogy a Marmorek-serummal kezelés jelentős s még nem eléggé értékelte vívmánya a gümőkórellenes küzdelemnek; a kezdődő, akár tüdőbeli, akár sebészi gümőkóros bántalmakban tisztán a Marmorek-serummal, az előrehaladottabb szakokban pedig a Marmorek-serummal párosult sebészi beavatkozással eddig nem remélt, sőt meglepő eredményeket lehet elérni.

Az igen súlyos esetekben tapasztalatai megegyeznek Friedrich tapasztalataival, a mennyiben a Marmorek-serum ilyen esetekben egyenesen végzetes hatású lehet a szervezetre: mégis ha igen óvatosan adagoljuk, még olyan esetekben is, a melyekben gyógyszeres kezeléssel már nem érünk célra, a Marmorek-serummal legalább subjectív javulást létesíthetünk.

Wein Manó: Arra törekedett, hogy arról, a mit kísérletei közben tapasztalt, lehetőleg világos képet nyújtson. Ezért statistikája mellé magyarázó megjegyzéseket is adott.

Ezenkívül be is mutatott eseteket. Nemesak klinice mutatta be az eseteket, hanem Detre szerint „hamis” theoriájával is megvilágosítani törekedett azokat.

A theoriát tartja legfontosabbnak, azt, hogy automatás reactio támad a fertőzés helyén, mert ez kell hogy eljárásunkat esetről esetre irányítsa.

Detre másról beszél. Az előadó azt a tételt állította fel, hogy az antitoxinok lekapcsolják a toxinokat és ha a szervezet így méregtelenítve van, automatice felélednek a védekező berendezései. A szervezet így védekezni tud a fertőzés ellen, a mennyiben újabb lobformákat produkál, olyanokat, a melyek nem kórosak, hanem úgyszólván biológiaiak, a mennyiben a gyógyulást teszik lehetővé. Ezt állította és így magyarázta azokat a folyamatokat, a melyeket a serummal gyógyításkor a diphtheritisben és a gümőkórban észlelünk.

Detre ezzel szemben azt mondja, hogy a méregtelenítés után csökken a lobosodás, nem hogy fokozódnék.

A kérdést másképpen kell feltenni. Ha fertőzés létesül, környékén fulminans lob létesülhet, a mely a fertőzés értelmében tovább és tovább terjed, nem határolódik el, hanem rontja a szöveteket. Ha most antitoxinokkal lekapcsoljuk a toxinokat, elhatárolódik a folyamat, a régiek szerint lobgát fejlődik. Így azután megáll a lobfolyamat, a gangraena elhatárolódik, a lepedékek feltisztulnak, a sarjadás és hámosodás megindul. Ez a chemotaxis ellenhatás nem a bevitt antitoxinmennyiségtől, hanem a méregtelenítés fokától függ és ezt nevezi automatás reactiónak. Csak ezután jönnek számba a bakteriolytisis folyamatok, a melyekről azonban semmit sem szolt.

A fontos különben nem az, hogy hogyan nevezzük a méregtelenítés következtében támadó reactiót, hanem az, hogy ezen reactio nélkül a passiv serumok gyógyító hatása el sem képzelhető.

A reactionnak foka és jelentkezésének ideje attól függ, hogy a szervezetben keringenek-e még toxinok és hogy a laesio helyén felhalmozott ingereknek milyen a nagysága és a sajátossága.

Az automatás reactio csak másodszorban függ a serum-adagtól. Ha megszűnt a toxemia, mérgek többé nem keringenek és így a serum antitoxinjai hozzáférközhetnek magához a laesio helyéhez, ott is méregtelenítenek, ott is lekapcsolják a fertőzés termelte toxinokat. Ez természetes minél inkább méregtelenítjük a szöveteket, annál inkább felélednek a védekező berendezések, annál inkább képesítjük a szervezetet a védekezésre, tehát annál nagyobb lesz a visszahatás.

Ez az elmélet a Marmorek-serummal gyógyítás összes jelenségeit megmagyarázza. Egyáltalában nem ellentmondó az a jelenség, hogy a serum egyszer hőemelkedést és lázat is okoz, máskor meg a lázat megszünteti. Ha valaki láztalan toxemiában szenved, akkor láztalanít a serum. Ha valaki láztalan és gümőkóros laesióban szenved, lázas mozgalmat provokál. Ez természetes, ha meggondoljuk, hogy a toxemia esetében előbb a keringésben levő toxinokat kapcsolja le és így a toxemia jelenségei, a láz, az étvágytalanság, az álmatlanság stb. megszűnnek, automatás reactióról pedig szó sem lehet; a láztalan esetekben pedig mindjárt a laesio helyéhez eljuthatnak, mindjárt a fertőzött szöveteket méregteleníthetik a bevitt antitoxinok és így az automatás reactio jelenségei és így a láz is azonnal megindulhatnak. A gyakorlatban a láztalanítás nem mindig következik be. Ezt természetesnek kell találnunk, ha meggondoljuk, hogy a legtöbb esetben nem tiszta gümőkórral, hanem kevert fertőzéssel állunk szemben.

Kuthy arra a következtetésre jutott, hogy attenuált fertőzés okozza az úgynevezett sebészeti gümős megbetegedéseket. Véleménye szerint ilyen különbség a különböző fertőzések között nincsen. Különbség a

tüdőgümőkór és a sebészeti megbetegedések közt azért észlelhető, mert a sebészeti megbetegedések hozzáférhetőek, a tüdő laesioi pedig rendszerint nem; az előbbieket gyógyulását más eljárásokkal is támogatjuk, a tüdőlaesioknak pedig nem tudjuk megadni a gyógyulásnak például a mechanikai feltételeit sem. A tüdőbeli tályog, a caverna csak úgy meggyógyul, mint a csontgöcs, ha feltárjuk, ha megadjuk a gyógyulás mechanikai feltételeit, a serum pedig felszabadította a védekező berendezéseket.

Hogy Kuthy rosszabbodásokat látott a Marmorek-serum alkalmazása után, szintén nem csodálható. Mindazon betegek, a kiknek a laesioja nem bír a gyógyulás feltételeivel, a serum okozta automatás reakció folytán csak rosszabbodhatnak. Hiszen új lobformákat provokálunk, amelyek a megbetegedés elhárítására, az elhalt szövetek kiküszöbölésére törek-szenek és a melyek fokozódnak, hogy céljukat elérjék. A laesio helyén ingerek vannak felhalmozva, melyekre izgalommal felelni a mérgele-nítés útján felszabadított vasomotorokkal mi képesítettük a szervezetet. És ha lehetetlen helyzetbe kényszerítettük a szervezetet, ne a szert, ha-nem magunkat okoljuk.

Nem szabad sémában eljárni. Az összes szerzők így jártak el, nem a serum hatásának ismerete vezette őket, hanem a felállított séma. Természetes, hogy súlyos balfogásoktól csakis kisebb-nagyobb klinikai érzékük tudta megóvni. Az egyetlen, a ki utalt arra, hogy individuali-zálni kell, Frey volt; az előadó pedig megköveteli az individualizálást.

Szabóknak azt válaszolja, hogy kétségtelen, hogy a szervezet védekező készültsége fokozódik. Nem hiszi, hogy ezt a serumnak köz-vetlen hatása okozná, inkább úgy véli, hogy ez attól van, hogy a szer-vezet általában jobb viszonyok közé kerül.

Friedrich kérdésére, hogy meddig fog tartani a gyógyulás, csak azt válaszolja, hogy ne kívánjunk kivételt a Marmorek-serumtól. Megmondta előadásában, hogy milyen fokú gyógyulást beszélhetünk, mit tart javultnak. Kifejezetten hangoztatta, hogy a gyógyulás próbá-kövének a Koch-féle tuberculin-oltásokat tartja.

Hogy bizik az eljárásban, nem csodálható, hiszen sokszor operált gümőkóros megbetegedéseket a Marmorek előtti időben is, és mert sokat foglalkozott ezzel a kérdéssel, állíthatja, hogy az eredményeket össze sem tudja hasonlítani, annyival jobbak a mostaniak.

De nemcsak erről van szó, hanem arról, hogy operatio nélkül is meggyógyulnak olyan betegek, a kik Marmorek serum nélkül kétségbe-ejtették az orvost. Kezében hozza a fejét a beteg: a nyaki csigolyák lóbosodásának rettenetes körképe. Nem kap támaztó készüléket és nem fekszik le. Csak serumot kap és meggyógyul. Vagy beteg a vas deferens, a fájdalmak miatt, melyeket az ágy nyugalma, borogatások, suspensorium még csak nem is enyhítenek, a beteg munkaképtelen. Meggyógyul 5—6 adag serumra, suspensorium nélkül, nyugalom nélkül. Munkába akar menni, mert egészséges, erővel kell visszatartani, mert nyilvánvalólag még nem gyógyult meg. Ugyanilyen eredményeket látunk izületekben és minden-féle más laesiookban.

A súlyos és legsúlyosabb esetekben is hasznos hozhat a Marmorek-serum. Subjective megjavulhat az állapot s ez a javulás is lényeges előny, mikor eddig tehetetlenül állottunk a bajjal szemben. Csak a reactiókra vigyázzunk. Ilyen betegeket méregteleníteni kell, de nem sza-bad reactiót produkálni, a mely megoldhatatlan helyzetet teremthet, mert ha ezt tesszük, súlyos kárt okozhatunk.

Hogy milyen kapcsolatot vél a Marmorek-féle serum és Koch, valamint Spengler oltóanyagai között, arról talán máskor fog szólni.

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(V. rendes ülés 1908 október hó 22.-én.)

Elnök: Dollinger Gyula. Jegyző: Winternitz M. Arnold.

Borszék Károly: Adatok a bőralatti bélsérülések pathogenesiséhez. (Eredeti közléseink között egész terjedelmében hoztuk.)

Alapy Henrik: A felkarsont supracondylaer törése.

Fáykiss Ferencz: A tápcsatornába jutott és laparotomia útján eltávolított idegen testek érdekesebb esetei.

1. A 20 éves szakácsnő f. é. szeptember 5.-én véletlenségből biztosító tűt nyelt; azóta gyomrában heves fájdalmakat érez. Fel-vételekor a pylorus nyomásra érzékeny. Röntgen-felvételen az ér-zékenységek megfelelő helyen nyitott biztosító tű és több hajtű látható. A betegnek pépes táplálékot adunk és megfigyeljük. IX. 14. Újabb Röntgen-képet készítünk, mely szerint a tűk nem hagyták el helyüket. A beteg fájdalmait türethetetlennek mondja és a műtétet sürgeti. IX. 16. Chloroform-narcosisban a hasat a közép-vonalban köldök feletti metszéssel megnyitjuk. A gyomrot előhúzza, benne 3 hajtűt találunk. A biztosító tű után kutatva, a coecumban tapintjuk. Mivel a biztosító tű a műteti seben át nem távolítható el, ferde appendix-metszéssel a coecumot előhúzzuk, s a nagy nyitott biztosító tűt eltávolítjuk. Zavartalan gyógyulás.

2. A 23 éves eseléd 2 év előtt véletlenségből varrótűt nyelt. Ettől kezdve állandó göresei voltak a hastájékou, többször véreset hányt, miért is egyik vidéki kórházban műtétet állott ki. A tűt azonban nem találták meg és panaszai továbbra is megmaradtak. Mivel állapota továbbra sem javult, a klinikát kereste fel, a hol f. é. augusztus hó 13.-án vétetett fel. A kissé vérszegény, de egyébként jól táplált nő hasa mérsékeltén előredomborodó, a pylorus-tájé nyomásra érzékeny, hasonlóképen a köldök alatt köz-vetlenül egy körülbelül tenyérnyi terület. Röntgen-felvételkor a pylorus-tájon idegen test nem látható. A beteget megfigyeljük. Szeptember 4.-én újabb Röntgen-felvételt készítünk a köldök magas-ságában, s most a gerincoszlopra kissé rézsut álló, kb. 5 cm. hosszú tű árnyékát látjuk. A beteg állandó fájdalmáról panasz-kodik. Szept. 16.-án újabb Röntgen-felvételeit készítünk, mely szerint az idegen test helyzetét nem változtatta. IX. 29. Chloroform-narcosisban a hasat a középvonalban köldök alatti metszéssel megnyitjuk. A belek és cseplesz előhúzásakor kitűnik, hogy a cseplesz alsó végében, teljesen szabadon, egy eltolt varrótű foglal helyet. Összenövések sehol sínesenek. Rétegzetes hasfal-varrat. Per primam gyógyulás.

3. A 30 éves kereskedő 3 év előtt öngyilkossági szándékból különböző hegyes tárgyakat nyelt, melyeket akkor gastrotomia útján eltávolítottak Bécsben. Felvétele előtt 8 héttel heves fájdalmak támadtak jobboldalt a vakbél-tájon. Felvételekor a köldök alatt, töle kissé jobbra, ökölnyi resistentia tapintható, mely nyomásra igen fájdalmas. IX. 30. Chloroform-narcosisban műtét. A hasat idegen test gyanuja miatt a köldök alatt a középvonalban vezetett metszéssel megnyitjuk, s ekkor kitűnik, hogy a vékonybelek egymással és a csepleszszel mintegy két ökölnyi tömeggé nőttek össze; egy vékony-bélkaes pedig a symphysis felé húzódva, a hasfali peritoneummal is összenőtt. E kaesban idegen test érezhető, melyet rámettszéssel távolítunk el. Az eltávolított idegentest 15 cm. hosszú kárpitos-tű. Zavartalan gyógyulás. (Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

4790/1908. sz.

Sopron vármegye csepregi járásához tartozó Bő székhellyel Bő, Damonya, Csernelháza, Mesterháza, Pórládony, Berektompaháza, Lőcs, Hlanberény és Makkoshelye községekből álló közegészségügyi körben lemondás folytán üresedésbe jött **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása:

1. Az államkincstár által fizetendő 1600 korona évi fizetés.

2. Látogatás címén az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 22. §-a alapján meg-állapítandó díjak.

3. Természetbeni lakás és kert.

Felhívom a pályázni szándékozókat, hogy az eddigi alkalmaztatásukat s az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket igazoló okmányokkal fel-szerelt kérvényüket hozzám **1909. évi január hó 2.-áig** annyiával is inkább adják be, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A választást 1909. évi január hó 4.-én délután 3 órakor Bő község-házánál fogom megtartani.

Cseprege, 1908. évi december hó 11.-én.

A fűszolgabíró.

872/1908. sz.

Pozsony vármegye nagyszombati köz-kórházánál üresedésbe jött **segéd-orvosi állásra** pályázatot hirdetek. Javadalmazás: 1200 korona fizetés, lakás, fűtés, világítás, élelmezés (vagy 720 korona élelmezési ellenérték). Pályázni kívánókat felhívom, hogy minősítetségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket Bittó Dénes dr. Pozsony vármegye főispánjához címezve, hozzám legkésőbb **1909. évi január hó 7.-éig** nyújtsák be.

Nyelvismeret közlése kívánatos.

N a g y s z o m b a t, 1908. évi december hó 14.-én.

2—1

Nagy Pál dr., várm. kórházi igazgató-főorvos.

2832/1908. eln. sz.

A pécsvárosi köz-kórházban lemondás folytán megüresedett egy **másod-orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A másodorvosi állás javadalmazása évi 1200 korona fizetés, I. osztályú élelmezés, lakás, fűtés és világításból áll.

Felhívom a pályázni kívánó orvos-tudor urakat, hogy a szabályszerű minősítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket (meltóságos Erreth János úrhoz, Pécs szab. kir. város főispánjához címezve) nálam legkésőbb **f. évi december hó 30.-áig** nyújtsák be.

A kinevezendő másodorvos állását legkésőbb 1909. évi január hó 15.-én tartozik elfoglalni.

P é c s, 1908. december hó 14.-én.

2—1

A kórház-igazgató.

A pesti ízr. hitközség Bródy Adél-gyermekkórházában **2 segédorvosi állás** betöltendő.

A 600 korona évi fizetéssel és teljes ellátással javadalmazott állásokra pályázó orvosdoktorok születési bizonyítvánnyal és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat **f. hó 31.-éig** küldhetik be.

a pesti ízr. hitközség Bródy Adél-gyermekkórháza igazgatóságához.

23/1908. eln. sz.

A vezetésem alatt álló nagyszombati m. kir. állami elmegyógyintézetnél a másodorvosi állás megüresedvén, ezen ideiglenes jellegű, két évi időtartamra szóló, évi 1600 korona fizetéssel, egy butorozott szobából álló természetbeni lakással, fűtéssel, világítással és I. oszt. élelmezéssel javadalmazott másodorvosi állásra belügyminiszter úr ó nagyméltóságának f. évi 138.687. sz. alatt kelt rendelete alapján pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazon magyar honosságú orvostudor urakat és orvosnőket, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. I. t.-cz. 9. §-ának II. szakaszában előírt minősítést és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt, egy koronás bélyeggel ellátott és a m. kir. belügyminiszter úrhoz címzett folyamodványukat hozzám legkésőbb f. évi december hó 27.-éig nyújtsák be.

Nagyszombaton, 1908. évi november hó 27.-én.

2-2

Epstein László dr., igazgató.

HIRDETÉSEK.

A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

Kitünő sikerrel használtatik
vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és
köszvényknél, a cukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.

Húgyhajtó hatása!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Szinye-Lipőci Salvatorforrás Vállalatnál
Budapest, V. Rudolfsplatz 8

NESTLÉ

GYERMEKLISZTJE

csecsemők, lábbadozók
gyomorbajosok részére.

A LEGJOBB ALPESI TEJET TARTALMAZZA

Egy doboz ára 1 kor. 80 fill. kapható minden gyógyszerárban
és drogeriában, ugyanott ismertető iratok ingyen.

Fürdőorvosi alkalmazást

hajlandó a nyári évadra egyetemi tanárségéd elfogadni. Ajánlatokat
„Fürdőorvos 2630” jelige alatt Haasenstien és Vogler, Budapest, Dorottya-
utoza 9 továbbít. 6594

„GUAJATIN JENCS”

Sulfo-Guajacol-készítmény, mely 100 részben 7% Kal. Sulf. Guaj. és 77.050%
Extr. Thym. és Extr. Tillae-t tartalmaz.

Tuberculosis összes eseteiben, Pertussisnél, valamint influenzás
tüdőgyulladásoknál, nemkülönböztetve typhusos tüdőinfiltrátiónál.

Antithermikus hatása.

Gyermekek is rendkívül jól tűrik.

Ára 2 korona 50 fillér.

Készítője **JENCS VILMOS** gyógyszerész,
8748 Budapest, II., Fő-utca 27. szám.

A világ legjobb  Páratlan
keserűvize. a maga nemében.

Saxlehner András, Budapest
es. és kir. udvari szállító.

Kunyadi János

3597 természetes keserűvíz.

Gyors, biztos és enyhe hatás. A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer.
Az orvosi világ által előszeretettel és több mint 1000 véleményezésben ajánlva.

A bevásárlásnál kéretik a palack címkéjén a
Saxlehner András nevet figyelembe venni.

LEGTÖKÉLETSEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

LYSOFORM

OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT

Üdülő otthon.

Abbazia Voloska

Pension Denk.

Orvosi vezető: Dr. Nikolaus Fabianic.

Természetes utókúrák lábadozók részére; diéta, tápláló-, massage-, fürdő- és fekvőkúrák. Egész éven át nyitva.
Családi csatlakozás. Kitünő ellátás. Csendes, teljesen pormentes, remek fekvés. Mérsékelt árak. Prospektusok ingyen.

A SOVÁNYÍTÓ KÚRÁK LEGHATÁSOSABB SZERE!

10 kg. súlyvesztés 4 héten belül az erő elgyengülése és csökkenése nélkül.

THYREOTHEOBROMINPILULÁK

Készítő: B. Fragner's Apotheke, Prag 203-III. A pilulák csak orvosi rendelésre szolgáltatnak ki.
Irodalom rendelkezésre.

soványító kúráknak
Prof. Dr. V. Mladějovsky,
marienbadi fürdőorvos előírása szerint.
Kapható minden gyógyszerárban.

TÖBB KIÁLLÍTÁSON KITÜNTETVE.

TARTALMAZ EMULSIÓBAN 50% CSUKAMAJOLAJAT. - SZAGA ÉS IZE
KELLEMES, KÖNNYEN BEVEHETŐ, FELBŐFÖGÉST ÉS DIARRHOÉT NEM OKOZ

POTIO OL. JECORIS.

KAPHATÓ AZ ÖSSZES GYÓGYSZERTÁRKBAN. - KISÉRLETI MINTÁK DIJMENTESEN ÁLLANAK RENDELKEZÉSRE. - EGY 600 GRAMMOS ÜVEG ÁRA 4 KOR. 75 FILL., PRÓBA ÜVEG 2 KOR. 50 FILL.

Készítő: Z. Nagy Albert gyógyszerész Csanádpalota.

TÖRV. VÉDVE.

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markosovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Högyes Endre.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR,
FŐSZERKESZTŐ.

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarozsi Schwartz Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3-4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Terray Pál: Közlés a budapesti poliklinikáról. Mellbajosok osztálya. Az asthma bronchialisról és atropinnal való kezeléséről. 943. lap.

Mátrai Gábor: Közlés Mátrai Gábor orvosi laboratóriumából. A diabetesesek acidosisáról, különös tekintettel a tolerantiameghatározásra. 945. lap.

Tornai József: Közlés a budapesti m. kir. tudomány-egyetem II. sz. belorvostani klinikájából. (Igazgató: Kótyl Károly dr., udvari tanácsos, egyet. ny. r. tanár.) A szívbetegségek fizikai orvoslásmódjai. 947. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Prof. Freiherr v. Küster: Grundzüge der allgemeinen Chirurgie und chirurgischen Technik. — **Sellei József:** Általános urológiai diagnostika. — **Lapszemle. Belorvostan. Romberg:** A vizeletelvezetés fokozásának jelenleg használatos módszerei. — **Idegkórtan. Erb, Nonne** és

Wassermann: A lues felismerése a központi idegrendszer megbetegedéseiben. — **Sebészet. Brauer és Friedrich:** A tüdőbetegségek sebészeti kezelése. — **Orthopaedia. A. Hiller:** A peczkoló ujj. — **Szülészet és nőorvostan. E. Holzbach:** A gerincvelőérzéstelenítés értéke a nőgyógyászati hasműtéteknél. — **Bőrkórtan. O. Neugebauer:** Az ipari bőrmegbetegedések egy faja. — **Venerés bántalmak. A. Brandweiner:** A nemi betegségek statistikája. — **Stein:** Súlyos kénésörmérgzés. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Kaufmann:** Gastrosan. — **Velden:** Szer vérköpés ellen. — **Mayer:** A jodglidin. 950-954. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 954. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 954.

Tudományos társulatok és egyesületek. 955-958. lap.

Melléklet. Gynaekologia. 3-4. szám. Szerkesztik: **Tóth István** egyetemi tanár és **Temesváry Rezső** egyetemi magántanár.
F. Hoffmann-La Roche & Cie cég „Benzosalin“ prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a budapesti poliklinikáról. Mellbajosok osztálya.
Az asthma bronchialisról és atropinnal való kezeléséről.

Irta: **Terray Pál** dr. egyetemi rk. tanár, poliklinikai főorvos.

(Vége.)

Az asthmagyógyítás sokoldalúsága daczára lényegében ma is a próbálgatásra, empiriára vagyunk utalva. Ezért örömmel kell fogadnunk minden orvosságot vagy eljárást, a mely az ellene való fegyvereink számát szaporítja. A következő kórtörténeteknek czélja rámutatni arra, vajjon milyen mértékben válik be az atropin az ilyen „sokat próbált“ esetekben.

1. A. Zs. 37 éves magánzó. Asthma bronch. chron. 10 éves korában a szegedi árvíz alkalmával meghűlt, köhögni kezdett. 20 év óta szenved asthmában. Sok titkos szert és reklámorvosságot használt, bőven élt jodkaliummal, chloralhydrattal minden eredmény nélkül. Sok morphin-injectiót kapott, olykor naponta kettőt-hármat is, mert csak ez enyhítette némiképen a rohamait. Az utolsó években már annyira súlyosbodott a betegsége, hogy alig volt 2-3 rohammentes napja, éjszakákat töltött álmatlanul, feküdni nem tudott. Poliklinikai rendelésen 1906 aug. 8.-án jelentkezett. Gyenge testalkotású, kevésvérű, ideges, lesóványodott nőbeteg, náthára nagyon hajlandó, azonban kimutatható orrbaja nincs. Emphysemás. Atropin-pilulákat rendeltem lassan emelkedő adagban. Már néhány nap múlva kedvező hatását tapasztaltam az atropinnak, a beteg sokkal jobban érezte magát; ha nem is mult el egészen a nehézlélekzése, mégsem voltak fuladás-rohamai, éjjel néhány órát tudott aludni vagy nyugodtan feküdni, köhögése csökkent, a tüdőben talált hurutos zörejek jelentékenyen megfogytak, náthája már a 7. napon feltűnően csökkent és fuladás nélkül tudott feküdni egész éjjel. Szept. 21.-én nagyon meg van elégedve állapotának javulásával, azt óhajtja, bár úgy maradna. Az atropinból

kezdetben fél milligrammot rendeltem egy napra, 2-3 nap múlva a napi adagot 1, majd 1.5 és 2 milligrammra emeltem. Nagyobb adagra ennél a betegnél nem volt szükség, mert állapota szembe-tűnően és tartósan megjavult annyira, hogy tíz hónapon át egy-általán nem volt számbavehető rohama, teljesen jól érezte magát, ismét tudott dolgozni, a mire éveken át nem volt képes, kijárt a levegőre minden baj nélkül. 1908 februárban polypus uteri fibrosus miatt narcosisban operálták, kitűnően állotta ki a narcosist. A beteg az atropint jól tűrte, kissé homályos látástól eltekintve semmi sem zavarta közérzését, a szívre káros befolyást nem észleltem. 1907 május 5.-éig összesen 80 pilulát vett a beteg három ciklusban. Az adagot épen olyan fokozatosan csökkenttem, mint a milyen lassan emeltem volt. A beteget 1907 május 23.-án bemutattam a kir. orvosegyesületben.

2. F. J.-né, 22 éves, vasöntő neje, jelentkezett 1906. szept. 4.-én. Baja 4 év előtt kezdődött. Rohamai egyre sűrűbbek lettek, többi időben hónapok óta köhögött és fuldoklott, éjjeleken át nem tudott aludni, s közbe-közbe legfeljebb 3 napra javult az állapota. Kórjelzés: Asthma bronch. chron. Emphysema. Diffus hurut. Szeptember 11.-én este kapott először fél milligramm atropint, és csak ezen adagnál maradt. Összesen bevett 10 darab fél milligrammos pilulát, az utolsót szeptember 20.-án.

Szeptember 14.-én. Jobban van, két éjszaka tudott aludni, a kiköpés könnyebb. A hurutos zörejek jóval megfogytak. Semmi atropin-mellékhatás, legfeljebb a látása kissé homályosabb, ha sokáig olvas.

Szeptember 20.-án. Jelentékeny javulás, négy nap óta egész éjjel szakadatlanul alszik. A javulást a beteg most tartósabbnak látta, mint más alkalommal, mikor a rohama magától mult el. A hurut teljesen megszűnt. A pupillák középtágak, egyenlők, reakciójuk kissé renyhe, de megvan.

3. K. S.-né, 36 éves, jelentkezett 1906 október 19.-én. 8 év óta szenved ebben a bajban, 2 hét óta folytonosan nehézlélekzése van, ülnie kell az ágyban. Október 10.-én kezdi szedni az atropint, félreértésből 20, 21 és 22.-én két-két pilulát szedett naponta egy helyett. Pupillái jól reagálnak. Mióta az atropint szedi, jobban alszik, különösen a második éjjel már sokkal jobban aludt. Október 26.-áig bezárólag 1 pilulát vesz pro die, 29.-étől kezdve kettőt.

November 7.-én. Jól érzi magát, egész éjszakákat aludt. Tegnap kifogyván a pilulái, csak egyet vett és az éjjel itt-ott egy pár pillanatra felébresztette a nehézlélekzés, de azért ülnie nem kellett, hamar elaludt. Kissé homályos a látása, egyenesen nézve jól lát, de varrni, olvasni nem tud. Mától fogva 3 pilulát szed naponta, november 14.-e óta pedig négyet.

November 16.-án. A hurutos zörejek kevesbedtek, két nap óta nincs nehézlélekzése, még köhög. Látása rosszabb, pupillái azonban prompt reagálnak.

November 19.-én. Négy napon át vett 4—4 pilulát, hurutja alig van, éjjel alszik, nem fulad. Lemegy 3 pilulára naponta.

November 23.-án. Rohama nem volt. Lemegy 2 pilulára naponta.

November 28.-án. Fokozatos leszállásban tegnap óta csak 1 pilulát vesz naponta. Jól érzi magát, hurutja megszűnt, lélekzése nem nehéz.

December 1.-én. Az atropint a mai nappal elhagyja. Egy ízben volt félóraig tartó nehézlélekzése, de nem olyan fokú, mint azelőtt. Nagyon csekély bronchitis. Mától kezdve pyrenolt vesz be márczius 4.-éig kevés eredménnyel. Ezen a napon ismét atropin-pilulákat kapott.

Márczius 7.-én. Bronchitise az atropin szedése közben csökkent. Éjszakai jobbak, nehézlélekzése kisebb fokú. Jobban alszik. Többé nem jelentkezett a rendelésen.

4. R. B., 32 éves nőbeteg, irodai alkalmazott, 1902 óta asztmás. 1903-ban már emphysemát konstataáltam rajta. Az utolsó 4 év alatt igen sűrűn voltak rohamai, hetenként legalább 1—2-szer, mikor is asztmaport (Schiffmann-t, később Zematonet) használt, mely rendszerint rögtön könnyítette a baját, de utána nagyon kábult volt a feje. Két év óta naponként morphin-végbélkúpokat használ, ennek daczára gyakran morphin-injectiót is kapott. Jelentkezett 1906 október 8.-án Jelenleg 3 hét óta különösen rosszul érzi magát, a mennyiben mindennap, olykor naponként több ízben is vannak rohamai. Október 8.-a óta naponként atropint vett.

Október 15.-én. Azt állítja, hogy feltűnően jobban van, azóta, hogy a pilulákat veszi, nem volt szüksége Schiffmann-porra, lépcsőket is jól tudott járni. Október 8.-ától 11.-éig 1—1, október 12.-étől 15.-éig 2—2, október 16.-ától 19.-éig 3—3 pilulát vett pro die.

Október 16.-án. Hörgőhurutja elmúlt. Semmi atropinos mellékület.

Október 20.-án. A pupillák középtágak, a jobb pupilla prompt reagál, a bal nagyon lustán. Bronchitis nincs. Állapotával nagyon meg van elégedve. A mai naptól fogva 4—4 pilulát vesz.

Október 22.-én. Rossz éjszakája volt, a füstölőport is kellett használnia. Az atropint tovább szedte. Hurutja nincs.

Október 27.-én. Október 22.-e óta minden éjjel volt fulladozása, úgy, hogy a füstölőport minden éjjel kellett használnia. Október 25—27.-éig 3—3, október 28.-ától 2—2 pilulát kap pro die. Panaszodik torokszárazságról és apró betűk olvasásakor rossz látásról, a mely jelenségek csak két nap óta jelentkeztek.

November 29.-én. Előző napon este nehézlélekzése volt, az éjjel ülnie kellett és 4-szer is használta a füstölőport. Mérsékelt bronchitis. Az atropint fokoként lemenő adagban folytatja.

November 2.-án. Tegnap és ma már csak 1 pilulát vett naponként. Bronchitise jóformán elmúlt. Éjszakai jobbak voltak, csak 1—1 ízben használta a füstölőport.

November 6.-án. Minden éjjel fulad. Megint atropint kezd használni pro die fél milligrammot.

November 12.-én. Folytonosan rosszul érzi magát, nemcsak éjjel, de egész nap is nehéz a lélekzése. A midőn a rendelésre jött, délelőtt 11 órakor, épen rohama támadt, mely ellen 0.001 atropint kapott subcutan. Feltűnő jó hatás, 19 perc múlva megszűnt egészen a nehézlélekzése, fél óra múlva kezd érezni torokszáradást. Lélekzése egészen szabad és a fél óra előtt még konstataált hurutos zörejek, melyek már 10 percczel a befejezkedés után fogyni kezdtek, további 10 perc múlva majdnem egészen eltűntek. A torokkiszáradás egészen estig tartott. D. u. $\frac{1}{24}$ -kor újabb rohama volt, mely eltartott éjfélig, akkor magasan fekvé pár órát alhatott, de reggel 4 óra óta ismét erősen fuladt, az asztmaportól könnyebbülést nem érzett. Általában napok óta a halmozott rohamok időszaka van rajta, a midőn az inhalatiók nem szoktak segíteni baján. Rendelés: tinct. stramonii, liquor. ammon.

anisati, tinct. opii benz. aa. Ezeket a cseppeket használta a roham és köhögés ellen december 31.-éig, néha enyhítették a rohamot, a köhögést rendszeren szüntették, úgy, hogy a közbeeső napokon némileg javult az állapota, de december 31.-e óta ismét rosszabbodott, úgy, hogy ezen a napon a második atropinkúrát kellett megkezdnie, ezt azonban csak 1907 január 8.-áig folytathatta, mert már január 6.-án szárazságot érzett torkában, nyelvén, ajkain, továbbá szédült és hányt, látása rossz volt. Pupillái tágabbak, alig reagálnak. Állapota később pyrenol-tablettákra sem javult, úgy, hogy február 9.-én a harmadik atropin-cyklust kezdte meg, melyet azonban úgy látszik nem volt türelme folytatni, mert többé nem jelentkezett a rendelésen.

5. F. K.-né, 34 éves, bérkocsissegéd neje. 1899 óta vannak nehézlélekzési rohamai, ugyanakkor már emphysemát is konstataáltam rajta. Jelenleg április 30.-a óta sípol a melle, feküdni nem tud. Jelentkezett 1907 május 17.-én. Elterjedt hörgőhurut. Atropint kap május 17.-étől.

Május 21.-én. Mióta itt járt, naponként 2—2 pilulát vett, elég jól volt, kivéve az elmúlt éjszakát, a mikor folytonosan fuladt. Látása rendes. Mától 3 pilula.

Május 23.-án. Torokszárazságról panaszkodik. Fuladása nem volt, köhög, de a nehézlélekzése elmaradt. Látása kissé homályos.

Május 25.-én. Nem fulad, tud feküdni, de még köhög. Bronchitise javult. Torka száraz, nem lát jól. Mától 4 pilula.

Május 27.-én. Tegnap óta nehézlélekzés, az elmúlt éjjel nem tudott feküdni. Pupillái középtágak, renyhén reagálnak. A torokszárazság, homályos látás tart.

Május 29.-én. A mai napig vett 4 pilulát pro die. Úgy tegnap, mint ma éjjel körülbelül 2 órát aludt. Látása kettős. Mától 3 pilula.

Május 31.-én. Jobban van, mindkét éjjel aludt. Június 2.-ától 2 pilula pro die.

Június 6.-án. Jobban van, látása már jobb. Mától 1 pilula.

Június 10.-én. Előző éjjel ismét nehézlélekzés bántotta. Ismét 2 pilulát kap pro die.

Június 17.-én. Jól van, aludni tud, járni és dolgozni is. Szemei most rendben vannak, torka sem szárad, daczára annak, hogy június 14.-étől fogva 3—3 pilulát vett naponta. Teljesen meg van elégedve állapotával. Mától 4 pilulát vesz.

Június 21.-én. Most is 4 pilulát vesz naponta. Jól van, nagyon jól alszik.

Accomodatío-zavar nincs, pupillái kissé tágabbak, fényre kissé renyhén, alkalmazkodásra prompt reagálnak. A hurut csekély. Minthogy most olyan jól tűrte az atropint, mátol fogva 5 pilulát kap naponta.

Június 24.-én. A mai napig 5—5 pilulát vett naponta. Jól van. Torka kezd száradni és kettősen kezd látni. Éjjelenként jól aludott. Majdnem teljesen megszűnt a hurutja. Mától 4 pilula.

Június 26.-án. Jól van, torokszárazsága enyhült, látása javult. Csak reggel köhög. Körülbelül 2 hét óta folytonosan jól alszik, a mi azelőtt sohasem történt, legfeljebb 3 napig volt nyugodalma. Teljesen elmúlt a hurutja. Holnaptól fogva 3 pilulát vesz, azután fokoként leszáll egyig pro die.

Július 2.-ától augusztus 27.-éig vidéken volt, ez alatt semmi baja sem volt, 20 napon át naponta 1 pilulát vett. Augusztus 20.-án náthás lett, azóta éjjel ismét fullad, pilulát nem vehetett, mert kifogyott. Augusztus 28.-án jelentkezett a rendelésen. Újból atropint kapott. Ettől fogva szeptember 10.-éig egészen 5 piluláig ment fel.

Szeptember 9.-én. Sokkal jobban van, nem fulad, egész éjszakákön át alszik, erősen dolgozik, mintha nem is volna beteg. Most még jobban tűri az atropint, pupillái alig valamivel tágabbak, jól reagálnak, egészen jól lát, csak a szemei égnek, tud varrni, olvasni, torka alig száraz. Hörgőhurutja majdnem teljesen elmúlt. Fokoként megy lefelé az atropinnal. Szeptember 17.-e óta kimaradt a rendelésről.

6. St. I.-né, 27 éves, aranyműves neje. 14 év óta vannak nehézlélekzési rohamai. Emphysemás. Jelenleg tavasz óta minden éjjel fullad. Jelentkezett 1907 szeptember 16.-án. Eumydrint kap, este 1.5 milligrammot.

Szeptember 17.-én. Egész éjjel aludott, a tegnap konstataált hurutos zörejek teljesen elmúltak. Két eumydrin-port vesz pro die.

Szeptember 19.-én. Állapota tűrhető, de nem voltak olyan egészen jó éjszakái, mint az első napokban. Bronchitise nincs. Torka nem szárad, jól lát, pupillái középtágak, jól reagálnak. Szeptember 20.-ától 3 port vesz pro die.

Szeptember 23.-án. Ismét erősebben fullad, különösen a két utolsó éjszakán. Bronchitise nincs. Tovább is 3 port vesz pro die.

Szeptember 28.-án. Ez éjjel már jobban volt, alig fulladt. Látása jó, torokszárazsága van. Pupillái középtágak, jól reagálnak. Folytatólag 3 eumydrin-port kap.

Október 5.-én. Hurutja nincs, nem fulad, sokat köhög. Az eumydrint elhagyja. Heroint kap.

Október 8.-án. Fulladt, melle sipolt. Morphinum-porokat kapott.

7. G. I.-né, varrónő, 36 éves. 5 év óta beteg. Jelentkezett 1907 szeptember 11.-én. Szeptember 15.-étől kezdve atropint kap.

Szeptember 18.-án. Három napon át este egy pilulát vett. Mától 2 pilula.

Szeptember 21.-én. Jobban van, kisért torokszáradás. Pupillái tágak, fényre renyhén reagálnak. Újból csak egy pilulát kap pro die.

Szeptember 24.-én. Teljesen jól érzi magát két nap óta. A rendelésről elmaradt.

Az atropint én már előbb is megpróbáltam az asthma bronchiale ellen, 1897 és 1899-ben több betegemnek rendeltem atropin-pilulákat kielégítő eredménnyel, azonban hosszabb ideig nem észlelhettem ezeket a betegeket, mert elmaradtak a rendelésről. Eddig összesen 7 poliklinikai betegen volt alkalmam megpróbálni az atropint, a véletlen játéka, hogy mind a hét beteg a női nemhez tartozik. A 7 beteg közül 6 atropint kapott, egy eumydrint.

Általában véve jó hatását tapasztaltam az atropinnak, de nem akarom állítani, hogy panacea volna az asthma bronchiale ellen, mert eseteim egyikében-másikában a hatása nem volt annyira szembetűnő vagy oly tartós, mint az 1. számú esetben, a melyben 20 év óta tartó, emphysemával együttjáró idült asthma dacára az atropin oly jól bevált, mint az addig alkalmazott orvosságok egyike sem. Az atropint nem minden beteg türtte jól és csakhamar kellemetlen melléktünetek: az alkalmazkodás zavara, rossz látás, torokszáradás jelentkeztek és kivételesen oly fokot értek el, hogy nem emelhettem az atropin adagát 3—4 milligrammig, hanem csökkentenem kellett, vagy egészen elhagynom. Nem is tanácsos ilyenkor erőltetni az atropin szedését. Úgy látszik, hogy ez az atropin iránt való idioszinkrasia egy-ugyanazon egyénben sem mindig egyforma, legalább is az 5. számú esetben azt tapasztaltam, hogy ez a beteg a második ciklusban sokkal jobban türtte az atropint, mint az elsőben, a nélkül, hogy jó hatása ez által szenvedett volna. Kiemelem, hogy egyszer sem tapasztaltam a szívre való káros befolyását, még 3 milligramm napi adagra sem. Az eumydrinnek 6. számú esetemben szintén volt némi jó hatása, de nem versenyezhet e tekintetben az atropinnal. Mellékhatásai közül ebben az esetben csak torokszáradásról panaszkodott a beteg.

Az atropinnak ezen kedvező befolyását az asthma bronchialera göresellenes — antispasmodikus — hatásából magyarázom. Az asthma bronchiale a sima izomsejtekkel bíró szervek göreséhez tartozik; az atropin, mint ismeretes, az érző idegvégékre depressziólag hat és bénítja az intramusculáris motorius idegvégződéseket és a parenchymás ganglion-apparatusokat. Ezenkívül csökkenti a hörgők nyálkahártyájának elválasztását. 4. számú esetemben egy milligramm bőr alá fecskendezve 10—15 perc alatt megszüntette a rohamot.

Néhány magánbetegemen az Amerikából származó Tucker-féle inhalatókat alkalmaztam, a mióta megszűnt titkos szer lenni. Bertram,¹² a bonni gyógyszerintézet assistense, vizsgálta összetételét. Szerinte 100 gramm Tucker-féle folyadék tartalmaz 1 gramm atropin sulf.-ot, 4 gramm natriumnitritet és 0.5 gramm meg nem határozható növényi kivonatot. Tehát itt is az atropin a ható anyag és valóban eseteimben ezek a Tucker-féle inhalatók beváltak, a rohamokat coupirozták. Azonban itt mégis ajánlatos az óvatosság, nehogy túlságosan gyakori inhalatókkal rövid idő alatt sok atropint vigyünk a szervezetbe. Tucker készüléke a folyadékkal együtt nálunk 80 koronába kerül. Olcsóbb, ha a Bouroughs Wellcome et Comp. czég porlasztó-készülékét használjuk, vagy az Einhorn által készítettet, vagy a Parke, Davis et Comp. „Glaseptic” belégző készülékét. Belégzésre pedig a Bertram által összeállított folyadékot ajánlom olcsóságánál fogva.

Kétségtelen, hogy az atropin értékes szerünk 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 is csak a morphint és a chloralhydratot ajánlja. Hazánkban eddig senki sem alkalmazta asthma bronchiale ellen. Felhívom tehát kartársaim figyelmét az atropinra, mint olyan orvosságra, a melyet méltatlanul hanyagoltak el és felejtettek el az orvosok és a melyet adott esetben érdemes megpróbálni. Fél milligrammos pilulákban rendeltem, kezdve egygyel napon, 2—3 naponként emeltem az adagot egy pilulával, a míg a hatás bekövetkezése vagy késése szerint napi 2—3 milligrammig jutottam. Ennél magasabbra nem mentem, hanem fokozatosan csökkentettem az adagot a kezdeti fél milligrammig. 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 hetes ciklusokban való, esetleg megismételt alkalmazásakor tartós javulást, sőt — mint 1. számú esetemben — a rohamoknak tíz hónapra át való kimaradását érhettem el, még olyan idült asthmában is, a mely, mint ebben az esetben, már 20 év óta tartott. Ehhez járul, hogy az atropin hatása lényegesen különbözik a morphin, chloralhydrat, stramonium, füstölőporok stb. hatásától, a melyek csak a rohamra hatnak, míg az atropin a rohamot coupirozó hatásán kívül hosszabb időre terjedő, tehát tartós javulást idézhet elő. Mint rohamot coupirozó szer a morphin helyett, vagy vele felváltva alkalmazható, a mi már magában véve előny. Nagyon természetes, hogy kezdődő asthmában, a hol még emphysema nem fejlődött ki, még inkább számíthatunk ceteris paribus az atropin kedvező hatására.

Irodalom. 1. Strümpell: Zur Path. u. Behandl. des Asthma bronch. Mediz. Klinik. 1908. I. — 2. Trousseau: Mediz. Klinik des Hotel Dieu in Paris. Nach der II. Auflage deutsch bearbeitet von Dr. Culmann. 1868. Bd. II. — 3. Th. v. Jürgensen: Behandl. des Asthma bronch. (nervosum). Pentzoldt-Stintzing: Handb. d. spec. Therap. innerer Krankh. 1895. Bd. III. pag. 274. — 4. Ugyanaz. Ibidem pag. 275. — 5. C. v. Noorden: Zur Behandl. des Asthma bronch. Therap. Monatsh. 1898. pag. 539. — 6. F. Riegel: Zur Behandl. des asthmat. Anfalls. Deutsche med. Woch. 1899. pag. 669. — 7. A. Fraenkel: Spez. Path. u. Ther. der Lungenkrankheiten. 1904. — 8. G. Zuelzer: Zur Therapie des Bronchialasthmas. Ther. d. Gegenw. 1906. IX. — 9. Sessmann: Therap. Centralbl. 1906. — 10. F. Kraus: Zur Behandl. des asthmat. Anfalls. Ther. der Gegenw. 1900. pag. 390. — 11. M. Michaelis: Ueb. die Sauerstofftherapie. Zeitschr. f. diät. u. phsik. Ther. Bd. IV. pag. 135. — 12. Bertram: Centralbl. f. innere Med. 1905.

Közlés Mátrai Gábor orvosi laboratoriumából.

A diabetesesek acidosisáról, különös tekintettel a tolerantiameghatározásra.

Irta: Mátrai Gábor dr.

(Vége.)

Hogy hol, a szervezet melyik részében folyik le az acetoneképzés, e felett is teljes bizonytalanságban vagyunk még. E kérdés eldöntésekor a legnagyobb nehézség az, hogy oly rendkívül könnyen diffundáló testtel van dolgunk, hogy az egyes szervek acetonegyiségének megállapításából nem lehet annak képződés-helyére következtetni.

A míg régebben azt hitték, hogy az acetonuriának a diabeteses anyagcsere-zavarhoz semmi köze, addig most az elmondottak alapján azt kell vallanunk, hogy az acetonuria olyan jelenség, a mely a legszorosabban kapcsolódik a diabeteshez, minthogy ez a betegség az, melyben a szénhydrátokat asszimiláló képesség elveszett és ez által a szervezetben a zsírok emésztésekor képződő intermediaer anyagcsere-termékek teljes elégeése meg van akadályozva.

A míg a cukorbetegség kezdetleges állapotban van, addig a diabeteses, az egészséges kopláló vagy más beteg acetonuriája között különbséget felfedezni alig lehet.

Ha egy ilyen könnyű cukorbeteg az élvezett szénhydrátoknak egy részét még tudja értékesíteni, avagy ha a szigorú diéta mellett még körülbelül 100 gm. szénhydrátot nyújtunk neki, akkor vizeletében az acetone a Legal-féle qualitativ próbával még nem

mutatható ki és a quantitativ eljárás legfeljebb 1—4 centigramm acetont tud kimutatni; ha azonban szénhydratmentes diatára fogjuk, azonnal néhány decigrammra emelkedik a mennyisége, a mikor azután a Legal-féle próba már pozitív lesz. Ezen acetonneménység azonban rögtön ismét eltűnik, mielőtt újra beiktatjuk a 100 gm. szénhydratot. Acetecetsav és oxyvajsav ezekben az esetekben rendszeren nem szokott még jelentkezni. Noorden észleletei szerint acetecetsav csak akkor jelentkezik, ha a vizelet acetontja körülbelül 4—5 decigrammra szaporodott már naponként, a mikor azután már a Gerhardt-féle vashloridreactio is pozitív lesz (acetecetsav). A β oxyvajsav keletkezése még későbbre esik, rendszeren akkor jelentkezik, a midőn az acetont már körülbelül 0.8—1.0 grammra szaporodott fel; ha 1.5 gramm az acetont napi mennyisége, az oxyvajsav már csak nagyon ritkán hiányzik.

Ezen sorrendben látjuk a ketontesteket jelentkezni olyan cukorbetegben, a kiket a tolerantiameghatározás alkalmával cukormentesíteni akarunk, valamint olyanokban is, kik minden diétaszabályozás nélkül vegyes tápanyagokkal élnek.

Ez utóbbi esetben természetesen azért jön létre a ketonuria, mert a szénhidratok mértéknélküli élvezete folytán a beteg elveszti lassanként egész tolerantiáját, a szervezet a szénhidratokból mindig kevesebbet és kevesebbet tud értékesíteni, végre olyan csekély lesz a szénhidratelegés a szervezetben, hogy az, a tápanyagok bő szénhidrattartalmának ellenére, már nem elégséges az antiketogen hatás kifejtésére, vagyis a mint Noorden a tételt felállítja: „Általánosságban azt lehet mondani, hogy minél kisebb valamely cukorbeteg toleranciája, annál intenzívebb ketonuriát lehet nála találni.”

E tételt szem előtt tartva, ismét azt kell mondanunk, a mit már más helyen¹ hangoztattam, hogy a diabetesesek gyógykezelését mindig azzal kell kezdeni, hogy meghatározzuk a szénhidratok iránti toleranciáját és úgy szabjuk ki részükre a szénhidrat-adagokat, hogy lehetőleg ne lépják át toleranciájuk határát, mert csak így lehet reményleni, hogy sokáig meg fog maradni a szénhidratokat asszimiláló képességük olyan mértékben, hogy a zsírok anyageseréjében antiketogen hatást tud majd kifejteni.

A ketonok mennyiségének egymásközi arányát illetőleg láttuk, hogy a ketonuria kezdetén az acetont és acetecetsav dominál, azonban minél inkább fokozódik a ketonok kiválasztása, annál inkább haladja túl az oxyvajsav az előbbieket; épen azért tudományos kutatásokban nagyon hibás eljárás volna az acidosis nagyságának megítélésére nézve, ha megelégednénk csupán az acetont quantitativ meghatározásával, mert tudjuk ugyan, hogy az oxyvajsavat csak a jodoformképzők (acetont és acetecetsav) felszaporodása után várhatjuk, de minthogy quantitativ párhuzamot e 3 test között fellelni absolute nem lehet, nem áll módunkban az acetont mennyiségéből az oxyvajsavára következtetést vonni. Magnus-Levy vizsgálatai alkalmával sokszor találta, hogy a midőn az acetont csak néhány decigramm volt, ugyanakkor az oxyvajsavból 20—30 grammot tudott a napi mennyiségben kimutatni. Egy comában fekvő betegben pedig relativ kevés acetont mellett 150 gramm oxyvajsavat talált.

A ketontestek kiválasztásának ilyen nagyságát, valamint a cukorkiűritést figyelembe véve, nem lehet csudálkozni, ha súlyos esetekben a testsúly rohamosan fogy, noha a beteg polyphagiájának megfelelőleg nagymennyiségű tápanyagot vesz magához.

Egy gramm oxyvajsav révén 4.536 kalóriát veszít a beteg

„ „ „ glycose „ 3.800 „ „ „ „

Noorden szépen illusztrálja a lesóványodást a következő példával. Ha egy beteg naponként kiűrit például 170 gm. glycoset és 26 gm. oxyvajsavat, akkor körülbelül 753 kalóriát veszít el tápanyagainak értékéből.

Ha felvesszük, hogy e beteg 65 kilót nyom, szükséges volna a testsúly megtartására $65 \times 35 = 2275$ kaloria.

E beteg bőven vesz magához tápanyagokat és pedig:

Fehérjét.	102 gm.-ot =	418 kaloria
Zsírokat.	206 gm.-ot =	1916 „
Szénhidratokat.	80 gm.-ot =	328 „
Összesen		2662 kaloria

Elvesztett a kiválasztott glycose és oxyvajsav révén 754 kalóriát, maradt a test fenntartására csupán 1908 kaloria, tehát a szükséges 2275 kaloria helyett csak 1908 áll rendelkezésére, vagyis hiányzik $(2275 - 1908 =)$ 367 kaloria. E 367 kaloria, ha zsírtékre számítjuk át, megfelel 40 gm. zsírnak, vagyis ilyen táplálkozás és kiválasztás mellett veszít a beteg teste naponként 40 gm. zsírt. Tehát a túltáplálás ellenére is fogy a beteg testsúlya.

A ketontestek felszaporodásával a szervezetben még egy másik test mennyiség kiűritése is változást szenved: ez az ammoniak (NH_3).

Tudjuk, hogy az NH_3 24 órás mennyisége normális viszonyok között az emberben 0.6—1.0 gm. között változik, vagyis az összes kiűritett nitrogenanyagok $3\frac{1}{2}\%$ -át teszi ki. Az NH_3 az anyagcsere alkalmával arra szolgál, hogy a képződött ásványsavakat megkösse és azokat sók alakjában vigye át a vizeletbe. Ugyanezen szolgálatot teljesítik a tápanyagokkal bevitt és az anyagcsere alkalmával képződött fix alkaliak (Na, Ca, Mg, K) is és pedig „első helyen” úgy, hogy az ammoniak csak akkor és csak annyiban jut e szerephez, ha ezen alkaliak nem elégségesek az összes savak lekötésére. Ha ilyen célból ammoniakra nincs szüksége a szervezetnek, akkor az ammoniak tudvalevőleg hűgyanyaggá alakul át és mint ilyen jelenik meg a vizeletben.

Organikus savak lekötéséhez rendszerint nincs ammoniakra szükség, minthogy ezeket a szervezet CO_2 -vá tudja oxydálni. A ketontestek azonban kivételt tesznek, minthogy a szervezet ezeket nem tudja CO_2 -vá elégetni és így kiküszöbölésükhöz épen úgy szükség van az ammoniakra, mint az ásványsavaknak. A mily mértékben szaporodnak a ketontestek, olyan mértékben látjuk az ammoniakot is felszaporodni, úgy hogy erősebb ketonuriában az ammoniak az összes nitrogénnek $20\frac{1}{2}\%$ -át is szokta tenni.

Magnus-Levy szerint az ammoniaknak a ketontestekkel való ezen lépéstartása annyira állandó és egyértelmű, hogy az ammoniak mennyiségéből majdnem mindig biztosan lehet a ketontestek mennyiségére is következtetést vonni. Csak nem szabad elfeledni, hogy az ammoniakképződés függ az egyidejű fehérjefelbomlástól is, mert minél több fehérje esik szét, annál több SO_3 képződik, melynek lekötéséhez szintén ammoniakra van szükség.

Ezt szem előtt tartva, Magnus-Levy úgy állítja fel a tételt, hogy minden gramm NH_3 -nak, a mi a tápanyagokkal bevitt fehérjék szétesése révén keletkező mennyiségen túl található a vizeletben, 6.12 gm. oxyvajsav felel meg.

Könnyű esetekben, mint már említettük, 0.6—1.0 gm. NH_3 szokott a napi mennyiségben lenni. Súlyosabb esetekben 4—6 grammot is találunk, 10 grammnál többet azonban még a coma előstadiumában, sőt magában a comában is csak igen ritkán szoktunk találni.

Magnus-Levy szerint 2 gm. NH_3 -nak megfelel a vizeletben körülbelül 6 gm. oxyvajsav, 5 gm.-nak körülbelül 20 gm. és 8 grammnak körülbelül 36—40 gm. oxyvajsav szokott megfelelni.

Mindezen elméleti és gyakorlati megfigyeléseket igyekezett az orvostudomány diagnostikai, prognostikai és therapeutikai célokra felhasználni.

Igy Noorden szerint az acetontestek keletkezését tekintve a diabetesben a következő csoportokat lehet megkülönböztetni.

Az első csoportba tartoznak olyan esetek, melyekben vegyes táplálkozás mellett, midőn legalább 60 gm. szénhidrat van a beteg tápanyagai között, csak néhány centigramm acetont található a vizeletben. Ezekben a Legal-féle próba negatív. Ezek alkotják a diabetes-esetek zömét és a könnyű eseteknek képét mutatják.

A második csoportba tartoznak a középsúlyos esetek, midőn 40—60 gm. szénhidrat mellett az acetont mennyisége 0.5—1.00 gramm naponként, de a vashloridreactio negatív, oxyvajsav nincs és az ammoniak mennyisége körülbelül 1.0—2.0 gramm.

A harmadik csoportba tartoznak a súlyos esetek, midőn 40—60 gm. szénhidrat mellett már 2—3 gm. az acetont naponkénti mennyisége, sőt néha sokkal több is (egészen 8 grammig), erős a vashloridreactio, sok oxyvajsav (40—100 grammig) van és 2—8 gramm ammoniak.

¹ Lásd a fent idézett cikket.

Ezen csoportba tartoznak azon esetek, melyekben, mint már említettük, a szénhidratoknak nagyobb adagai nem csökkentik az acetoniuriát, sőt ellenkezőleg sokszor látunk csökkenést a szénhidratok szigorú kizárása mellett. Ezen eseteket határozottan igen súlyosnak kell tartanunk, mégis sokszor látunk relative kedvező lefolyást olyan gyógykezeléstől, a melyben a főzelék-napok és a Noorden által inaugurált zableves-napok, a szigorú diatával változtatva, észírányosan lesznek alkalmazva.

Az az elve némely orvosnak, hogy ilyenkor mérték nélkül sok szénhidrat adandó a betegnek, határozottan elvetendő, mert ez csak elősegítené a szövődményeket és siettetné a halálos kiemelt, a comát.

Az aceton mennyisége a comát illetően némi prognostikai betekintést enged az egyes esetekben. Így meglehetősen pozitívással mondhatjuk, hogy az első csoportba tartozó esetekben a coma ki van zárva, viszont a 3. csoportban azt, hogy a coma minden pillanatban bekövetkezhetik. A coma Damokles-kardja állandóan a beteg feje fölött függ, előbb vagy utóbb le is fog sütni.

A második csoportban a prognosis egészen bizonytalan; a legtöbb eset lassú rosszabbodás mellett átmegy a 3. csoportba vagy intercurrents betegségek következtében pusztul el.

Minthogy a diabeteses acidosisban a mai felfogás szerint kétségtelenül a vérben és szövetnedvekben felhalmozódott oxyvajsav viszi a főszerepet, az NH_3 -nak előbb említett ama szerepe, hogy az oxyvajsavat közömbösíti és a testből való kiküszöbölődését elősegíti, úgy fogható fel, mint a szervezetnek védekezése az oxyvajsav felszaporodása és a szervezetnek megmérgezése ellen. És csakugyan sokszor látunk súlyos diabetesesek vizeletében hónapokon keresztül 4—6 gm. ammoniakot naponként megjelenni és a mellett a beteg teljes jólétnek örvend, pedig ezen ammoniak-mennyiség azt jelenti, hogy e betegből 20—30 gm. oxyvajsav távolított el naponként az ammoniak által való közömbösítés segítségével; természetes, hiszen tudjuk, hogy nem az az oxyvajsav hat méregként a szervezetre, mely eltávozik, hanem az, a mely visszamarad és a vér alkalescentiáját pusztítja. Ugyanerre irányul (tudniillik a cukorbeteg az elszaporodó oxyvajsav veszélyétől megóvni) az alkalitherapia is.

Már említettük, hogy az anyagesere alkalmával képződő savak, melyek a szervezetben tovább nem élelythetők, első sorban az alkaliák által lesznek lekötve és hogy az ammoniaknak csak a főlöleg lekötése jut osztályrészül. Az alkalitherapia abban áll, hogy sok alkali viszünk be a szervezetbe, rendszerint natrium bicarbonicumot vagy natrium citricumot, lekötjük az oxyvajsavat és elősegítjük annak kiküszöbölődését.

Magnus-Levy a következő táblázatban mutatja be a natrium bicarbonicum hatását az oxyvajsav kiküszöbölődésére és bemutatja, hogy ugyanakkor az ammoniak mennyiségének megcsökkenését is lehet konstatálni.

Napok	Natr. bicarb.	Acetontestek oxyvajsavra átszámítva	$\text{NH}_3\text{—N}$	N
1—3.	15—18 gm.	43.2 gm.	3.13 gm.	12.3 gm.
4.	109 "	93.5 "	2.96 "	16.5 "
5.	102 "	107.6 "	1.54 "	21.4 "
6.	45 "	57.0 "	1.90 "	16.4 "
7.	36 "	45.8 "	2.85 "	20.7 "

Sajnos, mindkét módja az acidosis elleni védekezésnek sokszor csődöt mond, mert sem a képződött NH_3 , sem a nyújtott natrium bicarbonicum nem tudja a vér alkalescentiájának csökkentését megállítani, minthogy egyik sem tudja az acetontestek képződését meggátolni, úgy, hogy a vér alkalescentiája lassanként olyan alacsony fokra száll le, a melyet más betegségben — mint a diabeteses comában — nem igen szoktunk találni.

Magnus-Levy 3. a coma felé siető betegen eszközölt ez irányban meghatározásokat, melyek a következők.

	I. beteg NaOH	II. beteg NaOH	III. beteg NaOH
Első vizsgálat...	361 mgm.	298 mgm.	324 mgm.
Második vizsgálat...	234 "	—	362 "
Utolsó vizsgálat...	144 "	124 mgm.	154 "

ezzel szemben az egészséges ember 100 cm^3 vérében 320 mgm. NaOH-nak megfelelő alkalescentiát talált.

Habár a szoros kapcsolatot, mely az oxyvajsav felhalmozódása, a vér alkalescentiájának csökkenése és a coma diabeticum keletkezése között fennáll, ma már senkisé tagadja, mégsem állítható egész biztossággal, hogy valóban az oxyvajsav az okozója is ama tünet-csoportnak, a melyet coma diabeticum név alatt ismerünk. A mellette vagy ellene felhozható érvek egyike sem áll olyan szilárd alapon, hogy a kérdést segélyével dülőre lehetne vinni. Hogy csupán az oxyvajsav felhalmozódása nem lehet a coma okozója, ezt sokan azzal akarják megokolni, hogy olyan óriási különbségeket lehet találni a comában szenvedők oxyvajsavmennyiségei között és hogy sokszor olyan mennyiség mellett is még teljesen jól érzi magát némely diabeteses, mely mellett a másik már comába esett.

Ezen argumentummal azonban nem lehetne még megbuktatni az oxyvajsav-theóriát, minthogy látjuk azt más bántalmakban is, különösen mérgezőseken, hogy egyik embernek a kóros behatásokkal szemben nagyobb az ellenállóképessége, mint a másoknak. Egy másik argumentum, mely az oxyvajsav mellett szól, az a néha rendkívül frappans tünet, a mely a comában fekvő betegen észlelhető a szódás infusio alkalmazásakor, a midőn a mély comatosus álomba merült beteg öntudatlanságából hirtelen felébred.

Ezen argumentum is veszít azonban értékéből, ha tudjuk, hogy ezen infusiót nem kíséri mindig e frappans javulás, valamint Fagge azon észlelete, hogy hasonló jó eredményt láthatunk néha, ha szódás víz helyett neutrális vagy csak igen gyengén alkaliás vízzel végezzük az infusiót.

Magnus-Levy a Fr. Kraus-féle felfogással a test szöveteinek vegyi természetére alapított hypothesisal akarja az oxyvajsav-theóriát nyeregbe segíteni.

Ugyanis a test szövetei, miként a vér is, úgy basis-, mint savcapacitással rendelkeznek; a rendkívül bőven képződött sav elárasztja és leköti a fehérjemolekulák basisos kapacitásait, miáltal oly zavar jön létre a protoplasma anyagcseréjében, a mely néha gyorsan, máskor lassan comához vezet a beteg szervezetét.

Mindez azonban nem tudja a kérdést tisztázni, sőt ellenkezőleg a betegeken észlelhető tünetek változatosságával egyetemben azt a feltevést tolja előtérbe, hogy az oxyvajsavon kívül kell még más valami oknak, talán egy toxinnak (?) is jelen lenni, a mely a coma létrehozásában döntő szereppel bír.

Hogy mi ez a toxin és miként hat szervezetünkre, az egyelőre a jövő titka.

Közlés a budapesti m. kir. tudomány-egyetem II. sz. bel-orvostani klinikájából. (Igazgató: Kétly Károly dr., udvari tanácsos, egyet. ny. r. tanár.)

A szívbetegségek fizikai orvoslásmódjai.

Irta: Tornai József dr. klinikai II. tanársegéd.

(Vége.)

A szívbetegségek kezelésében sok hasznát vehetjük a villamos áramnak is. A villamosságot a szívbetegségekben a különféle nagyobbára általánosán ismert — eszközök segítségével, legtöbbször az egész testre kiható inger alakjában, de sokszor helybelileg is alkalmazzuk. A legtöbb szerző véleménye szerint a villamos inger általában a vérerek beidegzésére, tonusára részint közvetlenül, részint pedig reflexus úton nagy befolyással bír. Sokan erősítik és hihető, hogy a villamosság mint bőringer ugyancsak reflexfolyam útján a szív munkájára is hatással van. Arról pedig, hogy a vagus nyaki részének erős inductió árammal való izgatására a szívverés, különösen tachycardiában, feltűnően megritkul: kísérleti úton mindenki meggyőződhetik.

A farádós kezelés, különösen ha vele mentől nagyobb területen váltunk ki izomösszehúzódásokat, a keringésre a passiv gymnastikához hasonló üdvös hatást gyakorol. Mellesleg felhozhatjuk, hogy ideges alapon jelentkező stenocardiában, szív táji szorításban, kínzó szívdobogás-érzésben a villamozást mint leghatásosabb psychés orvoslásmódot, teljes sikerrel alkalmazhatjuk.

Szívbetegeknek sokszor rendelik a villamos fürdőket. Az ily fürdők céljára használhatjuk úgy a galvános mint a farádós áramot, továbbá a bizonyos esetekben kiválóan hatásos váltakozó, úgynevezett sinusoidális áramot.

Általában legszívesebben a sinusoidális áramú vízfürdőket használják. A hol pedig ily áram szolgáltatására megfelelő készülék nincsen, esetleg a farádós árammal is ezélt érhetünk. A galvános áram ritkán, leginkább a szívbeidegzés zavaraiiban jut alkalmazásba. A galvános áram a fürdő vizén mint vezetón keresztül állandóan és mindig egy irányban halad, ellenben a váltakozó áram irányát villámgyorsan és sűrűn váltogatja. Az indukált, farádós áram nyitáskor sokkal erősebb és sebesebb mint záráskor. A sinusoidális áram előnye a farádós felett épen abban rejlik, hogy a nyitási és zárási áram közt erőbeli különbség nincsen; különben pedig ennek is a nyitási és zárási áram-phasisai egymással ellentétes irányúak. Azonkiül pedig az egyes szakaszokban nem lökészerűen halad, hanem lassan, fokozatosan és egyenletesen, a sinus görbületéhez hasonlóképen, emelkedik és esik.

A sinusoidális áramot a fürdőhöz rendszeren váltakozó áramú, az egyenáram vezetékehez kapcsolt kis gép szolgáltatja. Újabb időben a sinusoidális fürdő és villamosítás céljára hordozható készüléket is összeállítottak, a melyet azután ott is használhatunk, a hol villamos vezetékek nincsen. Mind a három áramot használhatjuk egy-, két- vagy többsarkú villamosfürdő alakjában. Az egysarkú fürdő lényege abban van, hogy a vízben csak egy czinkelektrod van elhelyezve, a másik sarkot pedig a kád felett keresztül fektetett, szarvasbőrrel bevont fémrúd alkotja. A szarvasbőrt a fürdés alatt átmedvesítve, a beteg a rudat mindkét kezével átmarkolja: így az áram teljesen halad át a testen; de hátránya, hogy a kézen a legerősebben érezhető. A kétsarkú fürdőben már mindkét polus helyet kap, az áram az egyiktől a másikhoz a vizen és testen keresztül áramlik. De már ebből is látjuk, hogy így a testen keresztül az áramnak csak egy kis része halad, a melyet azonban pontosan meg sem mérhetünk. Ez vezette Gaertner-t a kétrekeszes fürdőkád megszerkesztésére. A kádat ugyanis rámba feszített gummilap választja ketté. Ezen lap közepén akkora nagy luk van, hogy rajta a beteg derékig átbujhat olyformán, hogy a nyílás széle a bőrhöz köröskörül vízátatlanul simul. Így az áram az egyik saroktól a másikig csakis a testen keresztül juthat el. A villamos vízfürdőhöz legalkalmasabb a fakád, a melyben a beteget az elektrodok érintésétől apró farádósok védik. Az ilyen kádban azután megfelelő kapcsolással a villamos vízfürdőnek minden fajtája alkalmazható.

A galvános áramot a fürdőben épen csak addig fokozzuk, míg a beteg érezni kezdi. A farádós és sinusoidális áramot szükség szerint fokozhatjuk, de túlerős, görcsös izomrángásokat, fájdalmat nem szabad okozni.

A sinusoidális áramot különben még erősebb adagban is — épen mivel egyes szakaszai szabályos, enyhe hullámmásban követik egymást — a legtöbb beteg igen kellemesnek tartja. Hatásosság tekintetében, különösen szívizomelégtelenségben, a többi hasonló fürdőt felülmúlja. Azonkiül, hogy a szívnek és ereknek izomelemt edzi, erősíti, a kiváltotta szabályos izomösszehúzódások a szív munkáját igen megkönnyítik, a mennyiben a vér az izmokból összehúzódáskor tovanymatik, elernyedéskor pedig az izom újból teleszívja magát vérrel. Sok szerző e fürdőt szívkimélő eljárásnak, néhány pedig gyakorló módszernek tartja. Annyi bizonyos, hogy még inkompensált szívgyengeségben is alkalmazható és így a legtöbbször hasznosabb módszer a szénsavas fürdőnél. Több kutató a szívdilatatio megkisebbedését tapasztalta a sinusoidális fürdők után. Paull pedig szép sikert látott ezen fürdőtől szívbeteg nőknek hőszámi zavarában. A sinusoidális áramot különben egy- vagy többphasisos áram alakjában, két vagy több elektroddal vezetjük a fürdő vizébe.

Az újabban berendezett intézetekben a már elsorolt fürdőalakok mellett rendszerint megtaláljuk Schnée-nek négyrekeszes fürdőjét is. Ennek lényege, hogy a beteg kényelmes székben ülve a négy végtagját négy megfelelő, vízzel telt edénybe mártja. Egyrészt e négy rekesz, másrészt az áram különfelesége a kapcsolás variációinak egész sorozatát teszi lehetővé. A szívbeteg kezelésében a négyrekeszes fürdőnek az előbb felsoroltakkal szemben valami különösebb előnye nincsen; de többen említik, hogy a villamárának szükség szerint való irányításával a circulatióra különféle hatást gyakorolhatunk. Így például ha a karok két rekeszét a galvános áram anod sarkával, a lábakét pedig a kathod sarkával kötjük össze, ezáltal a verőeres keringést élénkítjük. Ha pedig fordított

irányt adunk az áramnak, ezzel a gyűjtőerek vérárama élénkül s ez utóbbi esetben a netaláni vizenyő észrevehetően apad.

Legújabb időben a magas feszültségű és frequentiájú árammal való kezelést, az úgynevezett d'arsonvalisatiót is felhasználják a szívbetegnek, főleg a szívizominsufficienciának és az arteriosclerosis könnyű alakjainak orvoslására. Az áramot megfelelő elektroddal közvetlenül a szívtájra vezetik. Egyesek (Laqueur) tapasztalata szerint ezen kezelésre, különösen fiatal betegekben, fokozott vérnyomással járó szívneurosisban határozott javulás tapasztalható: a kellemetlen, sokszor kínzó subjectiv tünetek megszűnnek és tartós vérnyomáscsökkenés áll be. Épen így organikus szívbetegben ezen módszerrel subjectiv és objectiv javulás érhető el: az irreguláris szív működés szabályossá, erélyessé változik, a dilatatio is visszafejlődhet. Rumpf ezen oscilláló, magas feszültségű áramot gyenge insufficienciával párosult emphysemák ellen használta sikerrel. A jó hatást úgy magyarázza, hogy ezen áram befolyására a tüdő véreire tartósan kitágulnak: a kis vércör árama élénkül, a jobb szívfél munkája sokkal könnyebb lesz, dilatatiója visszafejlődik. A szív megkisebbedését a Röntgen-felvételek is igazolták.

Jó szolgálatot tesz néha — különösen angina, szívtáji fájdalom, oppressio ellen — a szívtájra vezetett erős farádós áram is.

Azt hiszem, nem lesz hiábavaló, ha e helyen a szívbetegnek szóló fontosabb étrendi szabályokat — bárha szigorúan véve, részletezésük nem is tartozik jelen tárgyalásaink körébe — legalább röviden felsoroljuk.

Mint a legtöbb betegségnek, a szívbetegségeknek kezelésében is igen értékes tényező a megfelelő, czélszerű étrend. Így a papíron csak általános szabályokat sorolhatunk el, a melyeket azonban adott esetben helyesen csak a szigorú individualizálás alapján alkalmazhatunk.

Valamely szívbetegnek megszokott táplálkozásán, a melylyel testének és szívének erejét eddig a kellő fokon és egyensúlyban tartotta, változtatni nem szükséges és nem is hasznos. Csakis akkor van helye módosításnak, ha a megszokott táplálkozásban lényeges étrendi hibákat találunk.

A szívbeteg a táplálkozásában is lehetőleg kerülje mindazt, a mi a vérkeringés munkáját ok nélkül fokozza. Az étrendi szabályok ugyanis általában a circulatio kimélését czélozzák.

A heveny, lázas szívbeteg (endocarditis) szenvedők táplálása nagyjából ugyanolyan szabályok szerint eszközölhető, mint a legtöbb heveny, lázas betegségben. Nagybőra folyékony, erősítő, nem izgató táplálékot, könnyen emészthető fehérjeféléket adunk a betegnek; mert mint tudjuk, lázas bajokban a fehérjeelégés rendkívül fokozott. Azonban egyszerre nagy mennyiségű folyadékot vagy egyéb táplálékot sohase adjunk, hogy a különben is gyenge szívet az ily módon beállható munkatöbblettől megkíméljük. A szükséges napi tápanyagot inkább több apró részre osztva, kellő szüneteket tartva, nyújtunk a betegnek. A folyadékokat lehetőleg hidegen itatjuk. Lázas betegek a meleget nem jól tűrik.

Azon beteget, a kinek szívbaja már vagy még teljesen kompenzált, ha az általánosan ártalmasnak ismert anyagokat táplálkozásában úgyis mellőzi, különösebb rendszabályokkal terhelni felesleges. De azért az ily beteg is jól teszi, ha inkább többször étkezik naponta, semhogy szívet nagymennyiségű táplálékunk egyszerre való bekebelezésével túlságosan terhelje. Hogy nagy tömegű táplálék, egyszerre fogyasztva, a szívre csakugyan tekintélyes munkatöbbletet ró, azt a kísérlet, de a tapasztalás is igazolja. Egy-egy bö ebéd vagy vacsora után, még ha az elfogyasztott izgató italok quantuma a megszokott mennyiséget nem is haladja meg, szívdobogást, szívtáji nyomást, fájdalmat, vértolulást mindenki tapasztalhat. A beteg szívének ily megterhelése a tartalékerőnek túlságos kimerítését vonja maga után. Pedig legfontosabb feladatunk, hogy a compensatiót megzavarni ne engedjük. Viszont, mint említettük, túlszigorú szabályokat, tilalmakat nem szükséges alkalmazni, mert a bajával úgyis nagyon sokat foglalkozó beteg a sok rendszabály között könnyen hypochonderré válik. Gondoljunk arra is, hogy az ily beteg felesleges zsírtéteget ne gyűjtsön. A vaskos hájréteg csak haszontalan teher, a mely a szívet is hiába farsztja. Ily betegnek leginkább fehérjedús táplálék való; zsírokból és szénhidratokból csak keveset adjunk. Nagybőra mennyiségű szénhidrat azért nem hasznos, mert szívbetegnek csak igen mértékletes izommunkát végez-

nek; már pedig, mint tudjuk, a szervezetben a szénhidrátok felhasználása az izommunkával arányos. Különben pedig a szénhidrátok rendszeren nagy tömegükkel is a béltraktusra s közvetve a szívre is fokozott munkát rónak.

Romberg és többen ajánlják, hogy ha szükségét látjuk, egyes betegeknek, de különösen legyengült öregeknek az ebédhez és vacsorához rendszeresen adjunk 1—2 pohárka bort, a mi ily esetben nem élvezeti ital, hanem szükséges analepticum. Azonban tömörebb alkoholikák kerültessenek. Épen úgy kerüljük az ásványvizek közül a szénsavdúsakat. A szénsav ugyanis, ha csak kis mértékben is, felpuffasztja a gyomrot és beleket, a melyek azután a szívre nyomást gyakorolnak. Általában a gyomor teltsége, még ha mértéktelen táplálék okozza is, nyomja, eltolja a szívet. Épen így hat a szívre a puffasztó, a gyomorban erjedő táplálék is, valamint a székrekedés, a mikor a beleket nagy tömegű bélsár tölti meg. A rendszeres székürülésről tehát mindig gondoskodni kell. Ily esetben különben a székelés közben kifejtett nagy erőlködés is igen nagy munkát ró a szívre és már nem egyszer volt oka komoly fordulatnak. Hogy a béltartalom pangása folytán keletkező, toxinos tulajdonságú bomlástermékek a szívnek is ártalmasak, kétségtelen. A székürülés szabályozásáról tehát részint enyhe hashajtók, részint étrendi előírások vagy fizikai eljárások alkalmazásával, szintén gondoskodnunk kell.

Mint már említettük, a compensatio idején a betegeknek a rendszer, izgatóktól mentes táplálékait csökkenteni nem szükséges, de nem is kívánatos, mert az a szervezetet gyengítené. De viszont a túltáplálás, hizlalás még ártalmasabb. Nem tekintve, hogy, mint már jeleztük, a táplálék nagy quantuma a szívre nagy munkatöbbletet ró, a mértéktelen táplálásnak legnagyobb ártalma abban rejlik, hogy a szívre, de sőt a szív izomrétegei közé is vastag zsírréteg rakódik le, szóval a szív elhárjasodása áll be, a mi a szív munkájára igen károsan hat. A lerakódott zsírrétegek ugyanis a szívmot mozgásában, összehúzódásában gátolják.

A lesoványodott, elgyengült szívbeteg eddigi táplálkozását tehát javítani, bővíteni kell. De, mint már többször hangsúlyoztuk, nem szabad egyszerre nagy ételtömegeket adni, hanem inkább szaporítsuk a napi étkezések számát. Czélszerű a táplálást már kora reggel, még mielőtt a beteg az ágyat elhagyja, megkezdeni. A tulajdonképeni reggelit pedig kevés hideg hússal, vajjal, mézzel, tojással bővítjük. A megengedett eledelében és azok elkészítésmódjában mentől nagyobb változatosság ajánlható.

Elhízott, hájas szívbetegnek diéta kezelésével szép sikert érhetünk el. A túlzott adagot mindenféle eledelből szigorúan el kell vonni. De nem szabad túlzásba esnünk: a gyors tempóban és minden áron való nagyfokú lesoványítás nem lehet czélunk, mert annak sokszor még egészségeseken is kellemetlen szívtünetek lehetnek a következményei. Általában azon kövér betegekkel, a kik a 40 éves kort már meghaladták, soványító kúrát ne végeztessünk, inkább csak akadályozzuk meg, hogy testsúlyuk még tovább is gyarapodjék. Az eledelnek megszokott nagy quantumát mindenestre csökkentjük, de szem előtt tartjuk az általánosan elfogadott határokat, melyeknek betartása szükséges, hogy a szervezetnek szöveti alkotórészei egyensúlyban tartassanak. Különösen arra ügyeljünk, hogy a szervezet legfontosabb alkotórészeiben, a fehérjében hiányt ne szenvedjen. Az elvonást nagyobb részt a szénhidrátokból és zsírokból eszközöljük. Némelykor — főképp a pangásból eredő oedemák eseteiben — haszonnal jár a folyadékfelvétel csökkentése is. Oertel, a ki minden szívbajban hydraemiás plethorát vett fel, az ő terrainkúrájával együtt a folyadékfelvonást is rendszeresen alkalmazta. Ő 1200 grammnyi folyadékmennyiséget (minden folyadékfelvételt ezen összegbe véve) a 24 órai szükséglet fődözésére teljesen elegendőnek tart. Kraus szintén jónak látja a folyadékok csökkentését, bár nem hiszi, hogy túlságos mennyiségben való felvételük hydraemiát okozna. Ajánlja, hogy eleinte 24 órára 1500 gm. folyadékot adjunk, s e mennyiséget azután fokozatosan csökkentve, egész 800 gm.-ig leszállíthatjuk. Sokszor azonban a folyadék-megvonást abba kell hagynunk, mert zavarokat okozunk vele. Így az egyik betegnek étvágytalanságot, a másiknak székszorulást okoz, hogy a gyöttrő szomjúságot ne is említsük. Az is tagadhatlan, hogy sok esetben a sok folyadék (viz, tej) épen húgyhajtó hatású. Ily esetben a kiürített folyadék jóval több az elfogyasztottnál.

Hátra volna még, hogy a szívbeteg kezelésé szempontjából

a czélszerű ruházkodásnak, foglalkozásnak, lakásnak stb.-nek viszonyait tárgyaljuk, de akkor e helyen nagyobbára csak rövid s általánosan ismert egészségtani szabályokat ismételhetnénk.

Közlésem végére értem. Leginkább azt tűztem feladatul ezen áttekintés megírásakor, hogy orvostársaim annak olvasásából azon meggyőződést merítsék, hogy a vérkeringés bajainak kezelését nem okvetlenül szükséges a manapság gombamódra szaporodó „speciális” szívgyógyintézetekre bízni, hogy sok esetben még hasznosabb lesz, ha ily betegeknek racionális kezelését ezután mi magunk fogjuk vezetni. Különben pedig szívgyógyintézet — ha épen szükség volna rá — bárhol is létesíthető. Mindenesetre oly hely az alkalmasabb, a hol természetes szénsavas forrás is van. De azért nem ez a legfontosabb kellék. Az egészen bizonyos, hogy például Nanheim a hírnevét nem forrásainak, hanem első sorban és legnagyobb részt kiválóan képzett és tapasztalt orvosainak köszönheti. Mert a szívgyógyhelynek és minden egyéb fizikai gyógyintézetnek legfontosabb és legértékesebb „kelléke” a képzett, ügyes, jó orvos. Ma már elkerülhetlenül szükséges, hogy a működő orvosok a fizikai orvoslásmódokkal is mentől behatóbban foglalkozzanak, hogy azokat orvosi működésükben, a hol csak lehet, hasznosan alkalmazhassák.

De épen úgy nem lehet valaki „a fizikai gyógyításmódok szakorvosa” a nélkül, hogy e gyógyításmódokkal alapos ismeretséget kötne, mint a hogy az önként választott „szívgyógyász” titulust is csak bitorolja, a ki a legegyszerűbb szívbántalmat sem tudja helyesen felismerni, nem hogy biztos tudással és kellő lelkiismeretességgel orvosolni tudná.

Manapság divatban van, hogy orvosok (főleg pedig fürdőorvosok) „tisztán a betegek érdekében”, jó áron „népszerű” orvosi műveket adnak közre. Az ily művecskének igazi, de be nem vallott czéljuk, hogy a beteget az egyik vagy másik gyógyhelyre csalogassák. E könyvecskék a legjobb esetben féltudásokat nevelnek, a kiktől pedig minden jóra való orvos sokkal jobban fél, mint az egészen tudatlanoktól. Inkább mi magunk foglalkozzunk tudományunkkal mentől behatóbban, hogy azután a szerzett ismereteinket igazán a betegek érdekében mentől hasznosabban érvényesíthessük. Azonban arra valóban semmi szükség sincsen, hogy például a szívbeteg a vérkeringésnek valamennyi betegségét tanulmányozza. Egyik legfőbb feladatunk, hogy az ily idült betegségben szenvedő egyént lehetőleg oly állapotba segítsük, hogy ne legyen kénytelen bajával folytonosan foglalkozni, nem pedig „népies orvosi tankönyvvel”, ily örökös mementóval rémitgetni.

A modern orvos tehát, különösen a szívbeteg kezelésékor, már nem elégedhetik meg a kizárólag gyógyszeres orvoslással. Hogy pedig a fizikai orvoslásmódokat mily esetekben, mily sorrendben és csoportosításban alkalmazzuk, arra utasítást adni nem lehet. De különben is az orvoslásban a chablonnak egyáltalában nincsen helye. Itt mindenkor az orvosnak alapos tudása, tapasztalata, helyes ítéllete az egyedül döntő. Az orvosnak a fontosabb diagnostikai eljárásokat is okvetlenül ismernie kell, s kell hogy a szükséges eszközök is birtokában legyenek. A hallgatósó ma már nem egyetlen eszköze a diagnostikának. Talán már nem is hosszú idő múlva a működő orvostól is meg fogják követelni, hogy a Röntgen-diagnostikával is foglalkozzék.

Szerény munkám megírásakor első sorban a működő orvos érdekét tartottam szem előtt. Czélom az volt, hogy kartársaim, ha szívbetegüket ezután, helyesen, házilag óhajtják kezelni, erre írásomból némi hasznos útbaigazítást nyerhessenek. Igen örülnék, ha sikerülne czélomat legalább némiképp megközelíteni.

Irodalom. Achert: Die physikalische Therapie der chronischen Herzkrankheiten in moderner Auffassung und unter epikritischer Beleuchtung. Zeitschrift für physikalische und diätetische Therapie, IX. kötet, 557. l. — Aufschneider: Physikalische Behandlung der Herzkrankheiten. Wiener klinische Rundschau, 1907. 31. és 32. szám. — Büdingen T.: Die Anstaltsbehandlung der Herzkranken und ihre Indikationen. Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therap., XI. kötet. — Colombo K.: Über die Technik der vibratorischen Massage. Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therap., XI. kötet, 432. l. — Gräupner: Die mechanische Prüfung und Beurteilung der Herzleistung durch Muskelarbeit. Berliner Klinik, 1902. — Hasebroek: Zur Beurteilung der Wirkung der Gymnastik auf die Zirkulation. II. internat. Kongress für Physiotherapie in Rom, 1907. — Herz M.: Hauskuren bei chronischen Herzkrankheiten. Frisch M., Wien, 1908. — Hirsch M.: Die Ernährung der Herzkranken in den Badeorten.

Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therap., XI. kötet, 721. l. — *Hirsch M.*: Ueber Herzfehler. 28. Balneolog. Kongress in Berlin. — *Hirsch M.*: Die Einwirkung des Vierzellenbades auf den Blutdruck. Berliner klin. Wochenschrift, 1906. 29. szám. — *Hoffmann F. A.*: Moderne Therapie der Herzkrankheiten. XXVII. Versammlung der Balneologen Deutschlands und Oesterreichs. Dresden, 1906. — *Hoffmann F. A.*: Vorlesungen über allgemeine Therapie. Leipzig, F. C. W. Vogel. — *Hornung*: Die Elektrotherapie der Kreislaufstörungen. Münchener med. Wochenschrift, 1906. 50. szám. — *Jacob*: Irrtümer und Grundlagen der physikalischen Behandlung Herzkranker. 35. Schlesische Bädertag in Breslau, 1907. 17. — *Kraus*: Ernährungstherapie der chronischen Herzkrankheiten. Leyden-Klempner, Handbuch der Ernährungstherapie. Leipzig, 1904. — *Leyden E.*: Die Prognose der Herzkrankheiten. Deutsche med. Wochenschrift, 1889. — *Leyden E.*: Die Therapie der Herzkrankheiten. Therapia, 1904. 1. füzet. — *Leyden E.*: Megnyitó beszéd a belorvosoknak Wiesbadenben 1907. április hóban tartott XXIV. congressusán. — *Leyden E.*: Über die weitere Ausbildung der physikalischen Heilmethoden. Zeitschrift für physikal. u. diätet. Therapie, X. kötet, 261. l. — *Laqueur*: Ueber Hochfrequenzströme. II. Internationale Kongress für Physiotherapie in Rom, 1907. — *Lossen*: Über die Wertschätzung der physikalischen Therapie, speziell in Deutschland. Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therapie, X. kötet, 8. l. — *Lubinus*: Die Entwicklung der schwedischen Heilgymnastik und ihre Bedeutung bei Erkrankungen des Herzens. Medizin. Gesellschaft in Kiel, 1906. 4. — *Matthes M.*: Lehrbuch der klinischen Hydrotherapie. G. Fischer. Jena, 1903. — *Oertel*: Die Behandlung der Kreislaufstörungen. Schilling, Compendium der diätet. und physikalischen Heilmethoden. Leipzig, 1900. — *Paull G.*: Der sinusoidale Wechselstrom in der Gynäkologie. Zeitschrift f. physikal. u. diätet. Therapie, IX. kötet, 461. l. — *Rumpf*: Zur Therapie der Herzkrankheiten. 78. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte, Stuttgart, 1906. — *Selig*: Physikalische Behandlung der chronischen Herzkrankheiten und die Einrichtungen Franzensbads. Prager med. Wochenschr., 1907. 33–34. szám. — *Siebel*: Künstliche und natürliche Kohlensäurebäder. 35. Schlesische Bädertag, Breslau, 1907. 17. — *Sittmann G.*: Erkrankungen des Herzens und der Gefäße. Physikal. Therap. in Einzeldarstellungen. 10. füzet. — *Tillis*: Beitrag zur Behandlung der Herzmuskelschwäche mit elektrischen Strömen. Deutsche med. Wochenschrift, 1906. 1662. l. — *Winternitz W.*: Ein Beitrag zur physikalisch-diätetisch. Behandlung der Arteriosklerose. Zeitschrift für physikal. u. diätet. Therapie, XI. kötet, 520. l.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Grundzüge der allgemeinen Chirurgie und chirurgischen Technik für Ärzte und Studierende von Prof. Freiherr v. Küster.
Urban u. Schwarzenberg, Wien-Berlin, 1908.

Az általános sebészeti pathológiának és therapiának ügyes és áttekinthető összefoglalását adja Küster professor ezen könyve, melynek készítése alkalmával úgy látszik első sorban az orvostanhallgatók igényeire volt tekintettel. Ezek valóban igen használható tankönyvet találnak Küster ezen munkájában, melyben az általános sebészet fontosabb tételei röviden, szabatosan, minden felesleges irodalmi ballast nélkül megtalálhatók. A tulajdonképeni általános sebészetet (daganatok, sérülések, sebészeti fertőző betegségek, sebgógyulás) megelőzi az általános sebészeti műtét, melyben az asepsis, az anaesthesia, a sebkészítés, a kötések tana s az általános műteti technika (a szövetek szétválasztásának, egyesítésének módjai, vérzéscsillapítás, plastikai eljárások, csontkezelések alapelvei stb.) foglaltatnak. A könyv iránya kiválóan praktikus. Mindent, ami nines teljesen tisztázva, a minek csak elméleti jelentősége van, hallgatással mellőz. Az elengedhetetlen körtani adatokon kívül csak a diagnosztikára és a gyógykezelésre való utasításokat tartalmaz. Különösen az utóbbiakban igen strikt és pontos s a részletekbe is belemenő, úgy, hogy nemcsak a hallgató, hanem a gyakorlóorvos is megbízható tanácsadót talál benne. Előadása igen világos és vonzó, s megértését a sok instruktív ábra is előmozdítja, úgy hogy nem kételkedünk benne, miszerint e könyv különösen a szigorlatra készülők körében csakhamar kedvelté fog válni. *Pólya.*

Sellei József: Általános urológiai diagnostika. Kiadja az „Orvosok Lapja”, 1908.

A diagnostika haladásának, a komplikált és tökéletes diagnostikai módszereknek köszönheti az urológia különállását, szigorú elhatárolását azon rokon szakmáktól, a melyekkel a multban szorosan egybeforrva haladt. A mióta azonban a húgyutak megbetegedéseinek diagnostikája a cystoskopia, ureterkatherezés, intravesicális

elkülönítés, kryoskopia és egyéb functionális vizsgálatok által biztonságban azt nyerte, a mit egyszerűségében veszített, a gyakorló orvosok ezen betegségekkel a diagnosis szempontjából mind kevesebbet foglalkozva, már oly esetekben is speciális vizsgálati módszerek alkalmazását tartják javalltnak, a melyekben a régi klinikusok mindinkább veszendőbe menő universalitása pontos megfigyeléssel, a tünetek helyes értékelésével a diagnostikának egyszerű, de még ma is érvényes, biztos alapokon nyugvó épületét alkották meg. E kis munka szerzője helyes érzéssel, compendiosus rövidséggel ismerteti a diagnostikának főbb vonásait, úgy hogy a gyakorló orvos e munka elolvasása után teljes és tiszta képét nyeri annak, mit végezhet el különösebb szakorvosi készség nélkül ő maga, s hol és mikor kell a további vizsgálatot a szakorvosra bízni. A váladékok és a vizelet vizsgálatának világos és a szerző gazdag tapasztalatán nyugvó leírása e kis könyvnek egyik legbecesebb része. Igen érthető, egyszerű módon mondja el a hólyagvizsgálati eszközöknek használatmódját azon határig, a melyen belül a gyakorló orvos sem nélkülözheti az ismeretüket. Hiszszük, hogy a szerző e kis munka megírásával nem végzett haszon nélküli munkát. *Ráskai.*

Lapszemle.

Belorvostan.

A vizeletelválasztás fokozásának jelenleg használatos módszereiről tartott előadást *Romberg* tanár (Tübingen). Régebben két okból nyúltak húgyhajtó szerekhez: vagy hogy folyadékfelhalmozódásokat, vizenyőt, izzadmányt felszívódásra birjanak, vagy hogy a vese megbetegedése miatt visszatartott kóros anyagokat a veséből kimossák. Az utóbbi javallat manapság már nem igen jó szóba, mert bebizonyult, hogy a beteg vese kimelésével (különösen heveny vesegyulladás, pyelonephritis stb. eseteiben) sokkal jobb eredményt érünk el; egyedül a bakteriuria (bakterium coli) egyszerű eseteiben s vesekőbetegségben igyekeznünk bővebb vizeletelválasztást előidézni, hogy a bakteriumokat, illetve a csapadékot a húgyutakból kimossuk. A vizeletelválasztást fokozhatjuk egyrészt az egész vérkeringés javításával, másrészt a vesének fokozott tevékenységre való ingerlésével.

1. A vérkeringés javulásától azért várunk bővebb vizeletelválasztást, mert a véráram gyorsulása folytán az időegységben több húgyképző anyag jut a vesébe, s nem azért — mint régebben gondolták —, mert fokozódik a vérnyomás. Általános vizenyő esetén rendesen lassabb a vérkeringés; nem kompenzált szívbaj, vizenyőtől kísért heveny és idült vesebaj eseteiben kisebb-nagyobb mértékben megtaláljuk a szívelégtelenségre jellemző zavarokat a keringésben, a melyek a véreloszlás jellemző eltolódásában; a verőeres rendszer elégtelen ellátásában s a gyűjtőeres rendszer túltelődésében állnak. A cardiacumok az által hatnak, hogy a szív munka fokozása útján egyenletessé válik a véreloszlás s gyorsul a véráram sebessége. Veseamyloidosis, pyelonephritis, hydronephrosis esetén, bár a szív kisebb energiával dolgozik, még sincs meg a szívelégtelenségre jellemző keringés-zavar s ily esetekben csakugyan hiába is adunk a szív munkát fokozó szereket. Ugyanez áll a cachexiás vizenyőről, a gümőkór és rák miatt támadó nem komplikált folyadékfelhalmozódásokról. Annak megismerése óta, hogy nem a fokozott vérnyomás, hanem a véráram gyorsulása idézi elő a bővebb diuresist, cardiacumot merünk adni oly esetekben is, mikor a régiók féltek tőle, hogy az ügyis nagyobb vérnyomást még jobban fokozza, vérzéseket (apoplexia) idéznek elő. Bebizonyult ugyanis, hogy nagyon sok ilyen esetben a mérges anyagok kiválasztása, a légzési nehézség megszűnése folytán a vérnyomás alább szállott. Az említett okoknál fogva nem tartjuk ma feladatunknak azt sem, hogy kemény, lassabbodott érlőkessel és nagyfokú nyomásingadozásokkal járó szívhatást kapjunk, hanem beérjük oly adagokkal, a melyek a dyspnoë csökkenését, a diuresis kívánt fokozódását előidéző szívhatás kiváltására éppen elegendők.

A szív munkáját fokozó szerek között ma is a legelőkelőbb helyet foglalja el a digitális-droge, a melyet legajánlatosabb élettaniilag megtitrált por alakjában használni. Súlyos esetekben az orvoslás megkezdésére alkalmas a Cloetta-féle digalen, mely tudvaleg abban különbözik a droge-től, hogy gyorsabb felszívódása s kiválasztása miatt gyorsabban hat, de cumulativ hatással nem bír. Ugyan-

csak titrálts alakban használandó a tinctura strophanti gyors, erőyes, de hamar muló hatásával. Minthogy aránylag kis mennyiség szükséges a kívánt hatás elérésére (5 cseppje megfelel 0.2 gm. digitalis-droge-nak), azért legjobb szer a „folytonos digitalistherapia“ (Groedel) keresztülvitelére. Nagyon súlyos cardiális dyspnoéval s a diuresis megfelelő nagyfokú csökkenésével járó esetekben rögtön hatás elérése céljából jogosult a strophantin $\frac{3}{4}$ mgm.-jának gyűjtőeres befecskendezése.

Sok esetben csak akkor indítanak meg bővebb vizeletválasztást a szívre ható szerek, ha egyúttal az érrendszerben is megkönnyítjük a keringést azáltal, hogy mechanikai úton eltávolítjuk a folyadékfelhalmozódást, a mely vagy a mellüri negatív nyomás emelése miatt (mellüri vagy hasüri folyadékfelhalmozódás), vagy a nyirok- és véregek összenyomása miatt akadályozza a vérkeringést. Fontos még ezenkívül, hogy betegek eleget aludjanak, mert Quincke szerint a szív- és vesebajosok vizeletválasztása alvás közben sokkal jobb, mint ébrenlétben.

2. A vese működésének fokozása által igyekezzünk felszívódásra bírni a folyadékfelhalmozódásokat akkor, ha (szívgyengeség esetén) elégtelen a szív munka emelését célzó orvoslás, vagy ha egyáltalában nincs szívelégtelenségre jellemző tünet a körképben. A vese működését fokozó szerek közül legelső helyen kell említeni a purintesteket, a melyek a víz- és konyhasóelválasztást azáltal fokozzák, hogy vérbőséget idéznek elő a vesében. (Csakis akkor hatnak, ha a vese véreirei annyira még épek, hogy a megfelelő vérbőség létrejöheszen.) Leghatásosabb közülök a dimethylxanthin, más néven theophyllin vagy theocin. A gyomorra kifejtett mellékhatásait biztosan elkerülhetjük, ha fokozatosan emelkedünk az adaggal: kezdetben 2×0.1 gm. pro die, ha elégtelen a hatás, akkor másnap 2×0.2 gm.-ot adunk, azután csak minden második nap vagy még ritkábban adjuk $3 - 4 \times 0.2$ gramm napi mennyiségig emelkedve. Vagy vízben felrázva, vagy klysmában nyújtjuk. Kevésbé erőyes hatású a theocinnal izomer theobrominnak vegyülete: a theobrominum natrio-salicylicum, más néven diuretin. Kellő hatás elérése végett félnapra (legjobb délutánra) concentrálva kell adni; kezdjük $3 - 4 \times 0.5$ gm. napi adaggal 4×1.0 gm.-ig emelkedve. Kis adagokat ($3 - 4 \times 0.5$ gm.) hosszú ideig nap-nap után, nagyobb adagokat csak néhány napig adhatunk egymásután, hosszabb adagolás esetén szünetnapokat kell közbeiktatnunk. Rosszabb húgyhajtó a sójánál a tiszta theobromin, s ennél még gyengébb hatású a trimethylxanthin = coffein, úgy hogy ezeket, valamint egyéb vegyületeit diuresis céljaira nem is használjuk. Egyedül az agurin = theobrominum natrio-aceticum érdemel említést, mely a diuretinhoz hasonló adagokban adható.

A hatásukban messze a purintestek mögött maradnak, de bizonyos körülmények közt jó eredménnyel használhatók a növényi húgyhajtók: baccae juniperi, herba equiseti, radix ononidis, folia betulae, spárga stb. Legjobban használhatók a Golaz-féle dialysatumok, különösen a species urticae dialysatae (napjában $7 \times \frac{1}{2}$ kávéskanállal). Minthogy a szervezet vizeleteléséről van szó rendszeren, nem ajánlhatók a sok vízzel készült infusumok. Ezek a szerek gyakorlatilag azért fontosak, mert egyes esetekben hatást érhetünk el velük, mikor a purintestek is felmondták a szolgálatot.

A calomel és natrium salicylicum a veseparenchyma károsítása árán fejt ki húgyhajtó hatást. A salicylsavas natrium által előidézett hámleválás a szer további használata folyamán következmény nélkül megszűnik, a calomel azonban hosszabb használat után vese-gyuladást okoz.

Más húgyhajtók, mint a víz és az ásványi sók, a test vizeletelését céljából nem jöhetnek szóba, csak azon ritka esetekben, mikor a vesék átöblítése a feladatunk. Mint húgyhajtó még leginkább használható a sók közül a kalium aceticum $20 - 30$ gm. minimális napi mennyiségben a kevésbé felhígított liquor kalii acet. alakjában.

A javatokat illetőleg még megjegyzi az előadó, hogy szívgyengeség eseteiben is majdnem mindig szükségessé válik a purintestek (nevezetesen theocin vagy diuretin) adása, mert tapasztalat szerint a szívreható szerek csak ezek segítségével — nyilván a vese vérkeringési viszonyainak megjavítása miatt — fejtik ki jótekonny hatásukat. A diuretin illetőleg az a benyomása a szerzőnek, hogy arteriosclerosistól kísért szív- és vesebajokban kedvezőbb hatású a theocinnal. A salicylsavas natriumot húgyhajtó gyanánt ($4 - 6$ gm.) csak ép keringési rendszerrel és vesékkel bíró

egyéneknél rendeljük, a kik savós mellhártya- vagy szívburok-gyulladásban (jelentékeny szívgyengeség nélkül) szenvednek.

A calomelt csak akkor szabad adnunk, ha minden más orvos-szer felmondta a szolgálatot s ha vesebajnak még csak gyanúja sem áll fenn. A növényi húgyhajtókkal akkor próbálkozzunk, ha más szerekkel nem értünk célt. Rendszeren alig érünk el eredményt velük, egyes esetekben azonban a purintestekkel kombinálva ezek hatását elősegítik. Mint ártalmatlan szerek a rosszindulatú daganatok mellett képződő izzadmány eseteiben első sorban jöhetnek szóba.

Hogy a szervezetnek a vizeletválasztás fokozása által előidézett vizeletelés eredményes legyen, bizonyos korlátok közé kell szorítanunk a vízfelvételt, azonban $1\frac{1}{2} - 2$ liter 24 órai mennyiség alá szorítanifelelesleges. Ajánlatos ezenkívül a hydropsos és némelyik uraemiás vesebetegtől lehetőleg megvonni a konyhasót. Abba kell azonban hagyni ezt az eljárást, ha étvágytalanság, elgyengülés vagy ideges zavarok mutatkoznak. A konyhasóelvonással több esetben sikerült a hashártyagülműködés miatt fejlődött hasvízkór felszívódását megindítani. (Münch. med. Wochenschrift, 1908. 39. sz.)

Idegkórtan.

A lues felismerése a központi idegrendszer megbetegedéseiben cím alatt Erb, Nonne és Wassermann referatuma adtak elő a német ideggyógyászok heidelbergi ülésén. Erb kifejtette, hogy az idegrendszer lueses fontos és gyakori jelenség. Tabesben és luesben a statistika, bár csalékony a kórelőzmény, bizonyító. A syphilit kizárni sohasem lehet. Fontos volna pathognostikai biztonságú jelle szert tenni, a melyből az idegrendszer lueses kétségtelenül bizonyítható volna. Ezért igyekezzünk a lumbális folyadékot vegyileg és mikroszkoppal sejtekre is megvizsgálni. Erre szolgálhat a serodiagnostika és talán a praecipitinvizsgálat is.

Nonne arról szól, hogy Schaudin spirochaetájának ismerete nem lendített a lues felismerésén. Ex juvantibus következtetve több nem lueses baj eredése látszik luesesnek. A kénésókúra alatt ugyanis a pseudotumor cerebri, a gyuladós hydrocephalus nagyon megjavulhat. Többnyire lueses az ophthalmoplegia interna, az egyedülálló pupillazavar (reflectoros és teljes pupillamerevség), bár mind a kettő más alapon is előfordulhat, például különösen szeszivókon észlelhető ez. Ennek megfelelőleg az előadó 1480 iszákos ember közül 52-ben találta meg ezt a tünetet. Egyedülálló pupillabénulás és aortamegbetegedés az előadó és Strümpell szerint jellemző luesre. Régebben jellegzőnek tartották luesre azt, ha a tünetek fejlődésében bizonyos fokozatos kidomborodás és fokozatos lohadás volt észlelhető és ha azok váltakozók voltak. Bár ez egészben véve helyes, még sem általános érvényű a tétel, például az agyvelődaganatban is előfordul hasonló eset. Nonne ennek kiderítésére 254 tabes- és paralysis-esetet nézett át különös tekintettel a családi kórelőzményre. 26 esetben, tehát 10%-ban talált más családtagon is tabest, paralysist vagy cerebrospinalis luest, még pedig többnyire esonka alakban. A lumbalpunkciónak van körjelző értéke, de nem szabad ambulanter végezni. Vér a folyadékban nem tartozik az idegrendszer luestünetei közé, bár egy esetben (meningoencephalitis gummosa) ki volt mutatható. A folyadék nyomásából és fagy-pontjából, valamint villamos vezetőképességéből nem lehet következtetést vonni. A sejtes elemek szaporodása a gyógyult lueses esetek 40%-ában található meg; de ez a tünet a nem lueses szervi idegbajokban is előfordulhat. A florid és örökölt syphilisben, a genyes agyhártyagyulladásban, a lues cerebrospinalisban, paralysisban, tabesben, hydrocephalusban ugyanezen leletet találhatni. Ez az eljárás nem lehet mértékadó az agyvelődaganat, a lueses tüneti epilepsia, a sclerosis multiplex elkülönítésére. A körjelzésben hasznát vehetjük, ha a tabesnek vagy paralysisnek csak egyhány tünete van meg, mert ilyenkor a lymphocytosis biztosabbá teheti a körjelzést. A sejtek alakjáról annyit tudunk, hogy cerebrospinalis luesben majdnem kizárólag kis lymphocyták vannak, míg a tabesben nagyon sokféle nagyságú és alakú sejt van. A Wassermann-féle reakciót Nonne 150 esetben vizsgálta. A vérre vonatkozólag a tabes-esetek 75, a paralysis-esetek 95%-a volt pozitív, míg a cerebrospinalis folyadékra vonatkozólag a tabes-eseteknek csak 50, a paralysis-eseteknek pedig 90%-a. A tabes kifejlődésfoka nem áll arányban a reakcióval. A lues cerebrospinalis esetekben elég ritkán sikerült a reactio, nevezetesen 16 eset közül csak 6-ban. Így kétség esetén a reactio pozitív volta

talán inkább tabes mellett és lues cerebros spinalis ellen szól. Nevezetes, hogy a próba 12 nem lueses epilepsia-eset közül hétben volt pozitív és ugyancsak 8 sclerose en plaques-eset közül egyben. A Wassermann-féle próbának tehát pozitív és negatív értelemben a vérben és liquor cerebrospinalisban magában véve nincs pathognosztikai döntő jelentősége, de azért a többi tünettel egybevetve van értéke. Mindenesetre még sok esetet kell átvizsgálni, hogy ez a kérdés végleg tisztázott legyen.

Wassermann előadja, hogy a biztos lues-esetek 90%-ában megvan az ő reactiója. Ennek foka a kezelés alatt gyengül. Paralysis-esetek közül 90, tabes-esetek közül 75%-ban volt pozitív a tünet úgy a vérben mint a lumbális folyadékban. Prophylaxis szempontjából remény van arra, hogy a tabest és paralysist el lehet kerülni, ha a beteget addig kezeljük, míg a reactio a vérben negatív lesz. A vitában Frenkel és Much szölk a reactio specifikus volta ellen, többen mellette. (Neurol. Centralblatt, 1908. 20.)

Kollarits Jenő dr.

Sebészet.

A tüdőbetegségek sebészeti kezeléséről referált Brauer és Friedrich a német természetbúvárok és orvosok 1908 szeptember 20.—26.-án Kölnben tartott 80. gyűlésén.

Bauer belorvostani szempontból foglalkozik a kérdéssel. Nagy anyagon szerzett tapasztalatai alapján az a véleménye, hogy a tüdőbetegségek legtöbbjét fizikai-diaetás eljárásokkal kell orvosolni, csak kis részük fog sebészeti kezelésre szorúlni. Ezen eseteket kiválasztani első sorban a belorvos feladata. Nem tárgyalja azon régiebb sebészeti eljárásokat, melyek genyes vagy eves tályogok megnyitását, egyes tüdőrészek eltávolítását vagy egyéb behatódó beavatkozást céloznak. Ezen műtétek eredményes végzéséhez többnyire szükségünk lesz a Sauerbruch elvei alapján kidolgozott Sauerbruch-féle kisebbnyomás- (Unterdruck) vagy a Bauer-féle nagyobbnyomás- (Überdruck) eljárásra. Az újabb keletű műtétek két csoportba oszthatók:

1. Olyan műtétek, melyeknek feladata a súlyosan megbetegedett egyik oldali tüdő összeesését előidézni. Elérhetjük ezt a célt, ha Forlanini eljárása szerint légmellel idézünk elő. Helybeli érzéstelenségben kis metszéssel megnyitjuk a mellüreget s meghatározott mennyiségű nitrogén becsátunk a mellhártyalemezek közé; nagyobb időközökben történő nitrogénutántalálásokkal összenyomott állapotban tartjuk meg a tüdőt. Ez az eljárás szóba jöhet egyoldalú, más módon nem gyógyítható tüdőgümőkór esetén, ha nem nőtt még oda a tüdő a mellkas falához. Nem nagyon elesett betegek ezen eljárás után rendszeren láztalanok lesznek, köpetük kevesedik, a bacillusok eltűnnek, de még egészen lesoványodott betegeken is látunk néha oly meglepő eredményt, a melyet gyakorlatilag gyógyulásnak tekinthetünk. Ha kiterjedt mellhártyaösszenövés van, akkor több borda kimetszése útján tehetjük lehetővé a tüdő összeesését. A műtét nagyon torzító s nyomában bizonyos légzési nehézségek támadnak, azért csak szigorú javalkatok alapján végezhető. Friedrich több esetben, rendszeren kedvező eredménnyel végezte a műtétet.

2. A műtétek egy másik csoportja arra törekszik, hogy bordaátmetszések útján javítsa a megzavart légzést. Ide tartozik a Freund által először végzett két műtét: a) Az első bordaporez átmetszése kezdődő tüdőtuberculosis esetén, b) több bordaporez átmetszése tüdőtágulás esetén a mellkas merev kitégülésének leküzdésére. Brauer szerint az első műtét felesleges, a másik kórtanilag indokolt s eredményesnek ígérkezik.

Brauer ezeken kívül a cardiolytis körül szerzett tapasztalatai alapján azt ajánlja, hogy bordaátmetszések útján igyekezzünk újra mozgékonytá tenni a kerges pleuraösszenövés miatt merev mellkasfalat.

Friedrich mint sebész tárgyalja a tüdőn magán (tályog és üszök) és a tüdő orvoslása céljából a mellkason végzett operálásokat, azonkívül a bronchiectasia esetén alkalmazott compressió eljárásokat, rámutatván az utóbbiakkal elért csekély eredményekre. A nyomáskülönbségi eljárásokkal végzett műtétekhez külön erre a célra berendezett szobát ajánl, a mi nem oly költséges, mert a nyomásnak bizonyos, elég tág határok közt való ingadozása nem befolyásolja a műtét eredményes voltát. A Freund-féle emphysema-operálást illetően azt tapasztalta, hogy kis bordarészletek kiirtása

nem elégséges, mert a légyszemek hegesedése folytán hónapok múlva a műtét előtti állapot többé-kevésbé helyrál. Ezért azt ajánlja, hogy 4—6 cm. hosszú részleteket irtsunk ki s különös gondot fordítsunk a porez-, illetve csonthártya tökéletes eltávolítására. Freund másik műtétét (az első borda átvágása kezdődő csúcs tuberculosis esetén) nem tartja eredményesnek, mert tapasztalatai szerint az első borda átmetszése vajmi kevéssé befolyásolja a légzés mechanizmusát. Behatóbban foglalkozik az előadó azzal a műtéttel, a melyet egyoldalú cavernás phthisis eseteiben szokott végezni, s a mely az egyik oldali thorax tökéletes kiirtásában áll. Eddig 8 esetben végezte a műtétet, 6 esetben a hőmérsék letszállt, a köpet kevesbedett, a testsúly növekedett s a beteg subjectiv állapota is javult. Az eddigi tapasztalatai azt bizonyítják, hogy rostos, de mégis cavernás phthisis bizonyos eseteiben a tüdőnek ilyen módon a működésből való kirekesztése a körlefolyást nagyon kedvezően befolyásolja. A műtét javalkatát több irányban megszorítja az előadó: tekintetbe kell vennünk a tápláltságot, a másik tüdő állapotát, egyéb szervek megbetegedéseit. Friedrich nem tulajdonít az eljárásnak direct hatást, csak azt hangsúlyozza, hogy a műtét bizonyos gyógyító tényezőket teremt, a melyen a rekesz felszállása a beteg oldalon, a mediastinumnak s a másik tüdőnek a beteg oldalra való húzódása, a kulcsont alatti és feletti tájék besüppedése. (Münch. med. Wochenschrift, 1908. 43. szám. Az előadók autoreferatuma nyomán.)

Orthopaedia.

A „peczkelő ujj“-ról értekezik A. Hiller (Königsberg). Peczkelő ujjságnak a kézen néha több ujjon jelentkező azon mozgásvizart nevezük, midőn az utolsó percznek a behajlítása és kinyújtása active csak nagy erőlködéssel, sokszor fájdalommal sikerül s az utolsó percz mintegy akadályt legyőzve hirtelen csapódik be vagy pattan ki. Leginkább oly egyéneken észlelhető, a kik hosszú időn át zárt marokkal dolgoznak és ujjaik tenyéri felületét hosszú időn át nyomásnak teszik ki. A baj aetiologiája: rheumatismus, túleröltetés és trauma, néhány esetben tuberculosis, néha pedig világrahozott rendellenesség. Az ujj peczkelését az in, az izom és végül az ízületi részek elváltozása okozza. Az in elváltozása gyakran az inüvel stricturájában vagy az in csomós megvastagodásában áll, máskor a mély ujjhajlító ina szorol erősen bele a felületet ujjhajlító villás elágazódásába s okozza a mozgás akadályozottságát. Az izomzat részéről az akadályt Carlier szerint az antagonista feszítő izom működésével szemben beálló ujjhajlító görös okozza. Végül Vogt szerint az ízületi porez kis kiemelkedései akadályozzák az in sima mozgását. A kórboneztani elváltozás tehát nem egységes s az is kérdés, hogy a felvett hypothesisek valamennyi esetre illenek-e? A bántalom prognosisa általában jó. A gyógyításmód kezdetben massageból, gymnastikából és fürdőköl áll, az ezen eljárásokra nem gyógyuló esetekben a műtét eljárást javalt. A műtét tervét a talált lelet szerint kell megválasztani. Az esetnek megfelelően egyszer a megvastagodott in vagy inüvel rész kiirtása, a megszükkült inüvel felhasítása, máskor a porezkinövés lemettszése hozza meg a várt jó eredményt. Utókezelésre massage, forróleghőfürdő és más mechanotherapiás eljárások alkalmaztatnak. (Zeitschrift für orth. Chirurgie, XX. kötet, 2. cikk.)

Kopits dr.

Szülészet és nőorvostan.

A gerinczvelőérzéstelenítés értéke a nőgyógyászati has-műtétekkor. Ez a czíme E. Holzbach közleményének, melyben leírja, hogy a tübingeni klinikán 250 hasmetszést végeztek lumbal-analgesziában. Nem sikerült a tü bevezetése a gerinczcsatornába három esetben. És pedig: kétszer csontlágulás, egyszer lordosis miatt. Az érzéstelenség elmaradt 3.6%-ban. Melléktünetek 2.8%-ban jelentkeztek. Altatásra szükség volt 41-szer. A stovainból 0.04—0.06 gm.-ot fecskendeztek be. Csak elvétve használtak belőle nagyobb (0.08) mennyiséget.

A hasüregben lefolyó műtétek feltétlenül megkövetelik, hogy a hasfal laza, elernyed, „puha“ legyen. Feszés hasfalak rendkívül megnehezítik a műtétet. Lumbal-analgesziás műtétek alkalmával a hasfalak lazasága semmi kívánni valót sem hagyott. A has üregében operálva, kiváló fontosságú a beteg elhelyezése is.

Ismeretes, hogy a Trendelenburg-féle fektetés mennyire megkönnyíti munkánkat. Nélküle például a Wertheim-műtét küzdelem, vesződés. De összeférhetetlen a gerincvelőérzéstelenítéssel. A stovainizált beteg fejevének súlyosztása veszedelmes, sőt végzetes lehet. Ezért sokan kerülnek. A szerző nem kerül. Barátja, követője, szószólója Trendelenburg módszerének ilyen esetben is. Csak egyet köt ki. Azt, hogy a medence emelése körültekintéssel történjék. Óvatosan, lassan, fokozatosan. Erre az elővigyázatra különben a narcosisok minden fajtájában szükség van. Bármiféle módon altatunk, érzéstelenítünk, a niveau-változtatás gondot igényel. Ezt szem előtt tartva, nem is észleltek esetekben soha semmi komolyabb tünetet. Ebben a tekintetben azonban más körülmény is segítségükre volt. A suprarenin ugyanis nagy adagban (2 decigramm) fecskendezték be és csak a használat előtt keverték össze a stovainnal. Addig a stovain is, a suprarenin is külön ampullákban állott. A suprarenin hatása mindig kitűnő volt. Megakadályozta, hogy a stovain a központi idegrendszerhez jusson s így bajt okozzon. Még egy technikai módosítást ajánl. Célyszerűnek tartja tudniillik, hogy a befecskendezésre használt tű és a fecskendő között gummi-csővecske legyen elhelyezve. Ha a beszűrt tű rossz helyen jár, ha nem jutott a gerincszatornába, szívás alatt ez a kis gummi-csővecske lelapul. A lumbalanaesthesia nem lehet panasza. Ha nem is tökéletes, de kiváló eljárás. A nőorvosok hasmúteteikkor bátran alkalmazhatják. (Münchener med. Wochenschrift, 1908. 28. sz.)

Avarffy Elek dr.

Börkórtan.

Az ipari bőrmegbetegedések egy fajtát írja le O. Neugebauer. A foglalkozásból kifolyó különböző bőrbetegségek okairól és lényegéről meglehetősen nagy irodalom áll rendelkezésünkre. Tudjuk, hogy vannak oly bőrbajok, melyek az izgató anyagnak hosszú ideig tartó, állandó behatására támadnak, s másfelől ismeretesek oly bőrbetegségek is, a melyek az ingerlő anyagnak rövid, de erőteljes behatása folytán jönnek létre. A szerző jelen dolgozatában a mésszel dolgozó ipari munkások kezén létrejövő bőrbántalomra terjeszkedik ki. A mésszetetés folytán létrejött bőrelváltozásokat azonban eddig még csak igen gyéren ismertették. A munkások, a kik ilyen bajnak vannak kitéve, leginkább fémesiszolók, galvaniseurök, kőművesek és szobrászok. Az elváltozások meglehetősen jellemzők. Főleg az ujjak hajlító és oldalsó felszínén, szintúgy a tenyéren és a kéz hátán kendermagnyi-babnyi pörkők támadnak, a melyeknek leválasztása után kifejezett fekélyek láthatók. A fekélyek rendszeren élesszélűek, oválisak vagy kerek alakúak és aránylag mélyre terjednek. A fekély környékén alig látható valamelyes gyulladásos reactio. Elég gyakori, hogy a fekély centrumában nem könnyen eltávolítható mésszrészecskék találhatók. A szerző a méssznek káros hatását kísérleti úton is tanulmányozta. Ép bőrön az egyszerűen felkent oltott méssz vagy mésszszemcse úgyszólván semmiféle nagyobb reactiót nem okoz. Elég nagy gyuladást és pörkös erosiót okoz azonban, ha a bőr előzetesen vízzel macerálva lett vagy felületesen megsérült. Kétségtelen, hogy a kísérletnek csakis az utóbbi két berendezés-módja közelíti meg a munkás kezén lefolyó jelenséget. A méssz által létrejött ulceratiók helyes kezelésre (eltávolítás) hamarosan gyógyulnak. A szerző betegének munkaképtelen állapota átlagosan csak 10 napig tartott. Neugebauer ezeket a méssz által létrejött étetések összehasonlítja azokkal, a melyek a kénsavnak behatására szoktak előfordulni. A különbség nemcsak az ulceratiók alakjában mutatkozik, hanem abban is, hogy a kénsavas étetés jóval tovább tartja munkára képtelen állapotban a beteget. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis 93. k., 1—2 f.)

Guszman.

Venereás bántalmak.

A nemi betegségek statistikáját állította össze A. Brandweiner (Wien) Finger tanár klinikájáról. A nemi betegségek elterjedéséről csak igen gyér és nem pontos adatok állnak rendelkezésünkre. Ausztriára vonatkozólag mindeddig hiteles számadat nem létezett. Brandweiner most 5 évi (1902—1906) klinikai fekvőanyagot, mely összesen 7417 egyénre vonatkozik, több szempontból dolgozott fel statistikailag. Statistikájában különösen súlyt helyezett a nemi bajok kombinálásának előfordulási arányára, a betegek korára, foglalkozására és az előzetes kezelésre. A 7417

nemibajos egyén közül volt: 3612 férfi és 3805 nő. Vizsgálati alapul a három nemi betegség: az ulcus venereum, a gonorrhoea és a syphilis szolgált. A 3612 nemibajos férfin előfordult 980 esetben ulcus venereum (lágú fekély), 1365 esetben gonorrhoea és 2264 esetben syphilis. E szerint a betegségesetek abszolút száma 4609 volt. 905 betegen a nemi bajok kombinált előfordulása volt jelen és pedig 166 esetben ulcus venereum és gonorrhoea, 158 esetben ulcus venereum és syphilis, 494 esetben gonorrhoea és syphilis és végül 87 esetben ulcus venereum, gonorrhoea és syphilis. A 3805 nőbeteg közül a nemi bajok abszolút száma ez volt: 939 izben ulcus venereum, 1670 izben gonorrhoea és 2900 izben syphilis. Összesen tehát: 5509. A három nemi baj kombinálása ily arányban fordult elő: ulcus venereum és gonorrhoea 118 esetben, ulcus venereum és syphilis 334 esetben, gonorrhoea és syphilis 332 és végül ulcus venereum, gonorrhoea és syphilis 282 esetben. A betegségesetek teljes száma 10,118 volt (4609 férfieset, 5509 női eset). A nőkre vonatkozó adatokat összehasonlítva a férfiakra vonatkozókkal, azonnal kiderül, hogy a nemi bajok kombinálása egy betegen a női nemben sokkal gyakoribb eshetőség, mint a férfiben. Valószínű, hogy ez az észlelet legalább részben azzal függ össze, hogy a női beteganyag nagy része helynélküli eselések-ből és prostituáltakból rekrutálódott. Brandweiner adatait nem használhatjuk azonban úgy, hogy egyszerűen átvisszük mértéknek a nagyvárosok valamennyi lakójának venereás betegségi statistikájára. Mert ily módon főleg a gonorrhoea körül támadnának nagy tévedések. De azért bizonyos átszámítással lehet ezekből az adatokból valamennyi nemi betegség számára következtetni.

Igy Gutstadt szerint a nemibajosoknak csak 50%-a kerül kórházba. E szerint tehát a valóság úgy közelíthető meg, ha a kórházi statistika számadatait 20-szal sokszorozzuk. Nemibajos házasságú férfit sokkal gyakrabban észlelhetünk, mint férjes nőt. Azonkívül az is tapasztalható, hogy a férjes nők legnagyobb részben a férjük által fertőztetnek, a nős férfiak ellenben csaknem kivétel nélkül a házasságon kívül szerzik a nemi bajokat. Igen szomorú adatokat mutat az az összeállítás, mely a nemibajos férfiak életkorára vonatkozik. Erre nézve Brandweiner adataiból kiderül, hogy a betegek 670%-a a 25. évet még nem haladta túl. A fertőzötteknek tehát több mint a fele kiskorú volt! Iparegészségügyi szempontból fontos az az észlelet is, hogy az élelmiszeripar művelői között a legelterjedtebbek a nemi bajok. Első sorban tehát pinczerek, pékek, mésszárosok, hentesek azok, a kik között a nemi betegségek a legjobban vannak elterjedve. Igen tanulságos, bár megdöbbentő, a syphilis kezelésének statistikája. Kiderül ebből, hogy a lueses betegek túlnyomó része csak egy kúrán ment keresztül. Három antilueses kúránál többet a betegeknek csakis elenyésző esekély száma végzett. A kényszerkezelés következtében aránylag még legjobban kezeltek a prostituált nők. 5164 syphilitikus egyén közül gummás elváltozás 272 izben fordult elő, a mi 5·24%-nak felel meg. Ez megközelíti Neumann-nak régebbi statisztikai adatát (4·44%). (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, 91. kötet, 1. füzet, 1908 június.)

Guszman.

Súlyos kénésömergezés esetét közli Stein (Görlitz). Tudnivaló, hogy a kénéső a legkülönbözőbb alakban létesíthet exanthemákat. A fokozati különbségek a legenyhébb lefolyású és a legsúlyosabb kiütések között igen nagyok. Általános a szakírók között az a nézet, hogy rendszeren azok az esetek a legsúlyosabbak, a melyek a pemphigus képében jelentkeznek. A szerző esete is ilyen volt s közlése azért érdekes, mert halálra vezetve, az obductio újabb adatokat szolgáltatott. Az észlelés 26 éves nőre vonatkozik, a kin friss lueses tünetek voltak s a kit a szerző 3 gm. adagokban kenőkrával kezelt. A beteg a 24. kenés után egyre fokozódó dermatitist kapott, a mely óriási pikkelyezéssel járt. Együttal magas láz is volt (39·8°, 140-es pulsus). Csakhamar bronchitist is kapott a beteg. A nagyfokú pikkelyezés multával a bőrön sűrűn elrendezett vonalalakú haemorrhagiák és véres tartalmú hólyagok támadtak. Az ajkakon vaskos, véres pörkők. A vizelet napi mennyisége 550—600 cm³ között mozgott. A vizeletben nem volt fehérje. A beteg a kúra kezdetétől számított 6. hét végén általános kimerülésben meghalt. A bonczolat pontszerű vérzést derített ki a törzs izomzatában, az endocardiumon, a májban és a vesében. A vékonybél nyálkahártyáján haemorrhagiás hólyagocskák mutatkoztak. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1908. 49. sz.)

Guszman.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Gastrosan elnevezéssel a Heyden-gyár új bismut-salicylkészítményt (bismuthum bisalicylum) hoz forgalomba, a mely 48—50% bismuthoxydot és 50—52% salicylsavat tartalmaz. *Kaufmann* tapasztalatai szerint bélbeli erjedéses folyamatok ellen nem hatásosabb ez az új szer, mint a bismuthum subnitricum. Nagyon jó hatása mutatkozott azonban a gyomornyálkahártya hypersecretiója és hyperaesthesiája esetében. A gastrosan pastilla-alakban kapható; minden egyes pastilla 0.75 gramm gastrosant tartalmaz. Naponként 1—3 ilyen pastilla veendő be. (Zentralblatt für d. ges. Physiologie und Pathologie des Stoffwechsels, 1908. 21. szám.)

Vérköpés ellen *Velden* jó eredménnyel használja a konyhasót, a mint azt a német orvosok és természetvizsgálók ez évi összejövetelén hangoztatta. 10⁰/o-os oldatból 3—5 cm³-t fecskendez be intravenásan és ezzel 2—4 perc alatt a vér alvadésképeességének mérhető fokozódását éri el. Ugyanezt az eredményt lehet elérni 8—12 perc alatt 5 gramm konyhasónak vagy 2—4 gramm kalium illetve natrium bromatumnak a száján át bevétele után is. Az eredmény úgy látszik a szövetekben levő thrombokinasének mobilizálásán alapszik.

A **jodglidin** *Mayer* szerint nagyon jó szernek bizonyult a Lassa-klinikán. A tertiar luesnek legkülönbözőbb alakjaiban feltűnő gyorsan mutatkozott a jó hatása. A jodglidin-tablettákból naponként 4—5-öt adtak. (Therapeutische Monatshefte, 1908. 10. füzet.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1908. 51. szám. *Porosz Mór*: A húgyeső hyperaemiás kezelése. *Halász Henrik*: A fülgyógyásról.

Orvosok lapja, 1908. 51. szám. *Ádám Lajos*: Az epehuzamon végzett műtétek 112 eset kapcsán *Jankura Iván*: A kanyaró.

Budapesti orvosi újság, 1908. 51. szám. *Díósszilágyi Sámuel*: Enkephalokele esete. *Reichardspereg Lajos*: A sósavak szerepe a sebészeti bántalmak gyógykezelésében. „Szülészet és nőgyógyászat” melléklet, 4. szám. *Kubinyi Pál*: Mesterséges hüvely készítése a hüvely veleszületett teljes hiányánál. „Gyermekorvos” melléklet, 3. szám. *John M. Károly*: Az exsiccatio jelentősége és annak kezelése a csecsemőkorban. Sós oldatok belső alkalmazása. *Alapy Henrik*: Bismuth-pasta befeccskendezését követő agyhyperaemia esete.

Vegyes hírek.

Kérjük tisztelt előfizetőinket, hogy lejáró előfizetésüket mielőbb újítsák meg, nehogy a lap küldésében zavarok támadjanak. Budapesti előfizetőink is postaltalványon szíveskedjenek az előfizetés árát be-
küldeni.

Kinevezés. *Révfy Jenő* dr.-t, a szabadkai Mária Valéria-kórház elmebeteg-osztályának főorvosává, *Winkler Bertalan* dr.-t, *Ráczkery József* dr.-t és *Darvas József* dr.-t tiszteletbeli megyei főorvossá, *Buleán Miklós* dr.-t, a debreczeni köz-kórházhoz segédorvossá nevezték ki.

Választás. *Pfliegler Imre* dr.-t, *Róth Samu* dr.-t és *Katona László* dr.-t Miskolcra tisztorvossá választották.

Bukovinszky-segélyalap. Néhaj Bukovinszky József elszegényedett magyar orvosoknak vagy sebészeknek, illetve özvegyeiknek és árváiknak elmebeteg-osztályának főorvosává, *Winkler Bertalan* dr.-t, *Ráczkery József* dr.-t és *Darvas József* dr.-t tiszteletbeli megyei főorvossá, *Buleán Miklós* dr.-t, a debreczeni köz-kórházhoz segédorvossá nevezték ki.

Fogorvosi szemle címmel *Körmöczy Zoltán* dr. szerkesztésében a magyar fogorvosok egyesületének hivatalos közlönye gyanánt új folyóirat indult meg. A most megjelent első számban *Rothman Ármán* előszaván kívül *Rudas Gerő*-től, *Radó Mór*-tól, *Fischer Aladár*-tól, *Landgraf Lőrincz*-től találunk eredeti cikkeket. Az évenként 4-szer megjelenő folyóiratot a magyar fogorvosok egyesületének tagjai díjtalanul kapják; nem tagok részére az előfizetési ára évenként 4 korona.

Megjelent. *Látáspróbák*. Szerkesztette *Osapodi István* dr. egyetemi nyilv. rk. professzor. Budapest, ifj. Nagel Ottó kiadása. A nagyon elterjedt munkának ezen harmadik javított kiadását a szerzője pupillométerrel is felszerelte, a mivel a használhatóságát mindenestre növelte. A füzet ára 3 korona.

Meghalt. *Stuller Gyula* dr. m. kir. bányakerületi műtőorvos e hó 16-án 61 éves korában. — *M. N. Popoff*, az ideg- és elmebeteg tanára Tomskjban. — *D. J. Kurajeff* dr., az orvosi kémia rendkívüli tanára

Charkowban. — *P. L. Billet* dr., a francia hadsereg egészségügyi főfelügyelője.

Kisebb hírek külföldről. A párisi Académie de Médecine a Godard-díjat 1908-ra *F. W. Pavy*-nak, az ismert angol orvos-chemikusnak ítélte oda „Carbohydrate Metabolism and Diabetes” című dolgozatáért. — Rendes tanárok lettek: *J. T. Smith* a baltimorei Johns Hopkins egyetemen (nőorvos), *A. Carson* Cincinnati-ban (anatomia), *M. B. Blackman* Clevelandban (histologia). — A prágai cseh egyetemen *K. Svchla* (gyermekorvos) és *V. Maty* (szemész) magántanárokat a rendkívüli tanári címmel tüntették ki. — *Unna* (Hamburg) és *Pick* (Prága) tanárokat a párisi Académie de Médecine kültaggá választotta.

Az emberszabású majmok appendicitise. Az anthropoid majmok abban is megegyeznek az emberrel, hogy igen sokat pusztít el közülök az appendicitis. *Weinberg* a párisi Institut Pasteur-ban kísérleti ezélokra tartott és elhullott csimpánzokat boncolva, 61 közül 10-ben talált az appendicitis nyomait, 1-ben heveny genyes gyuladást. Hasonlóképpen heveny appendicitis volt kimutatható a felboncolt két orang-utang egyikeben. A három emberszabású majomnak (gorilla, orang-utang, csimpánz) a feregnyúlóványa épen olyan csökevényes szerv és épen olyan alkotású is, mint az emberé, csak talán valamivel hosszabb.

Jelen számunkhoz az **F. Hoffmann-La Roche & Cie.** czég „Benzosalin” című prospectusa van mellékelve.

Hydropyryn vízben oldható acetilsalicylsós 96¹/₄% acetilsalicylsav tartalommal. Antipyreticum, antirheumaticum és analgeticum. Az influenza specificuma. Könnyű oldhatóságánál fogva főzetek, forrázatok és vizes oldatokban adható. Por- és tablettákban kerül forgalomba.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium”. Magánygyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére. Budapest, VII., Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kíváncsi prospectus.

Elektromágneses intézet Budapest, VII., Városligeti Fasor 15. sz. Gyógytényezők: D'Arsonval-, Elektromágnes-, Sinusoidal-, Galvan-, Farad-, Franklin-, Leduc-áram. 4 cellás villanyfürdő. V. forróleghűtés. Vibr. massage. Prospectus. Vezető orvos: **REH BELA** dr.

Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete. Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógy módok.

CIRKVENICA THERAPIA-Sanatorium a magyar tengerparton. Berendezve az összes gyógyító eljárásokra. Modern kényelem. 120 szoba. Vezető orvos: **Dr. GROÓ BELA**.

Orvosi laboratorium: Vezető: **Dr. VAS BERNÁT**, Poliklinika. Szövetség-utca 14-16. Telefon 90-46.

Reiniger, Gebbert & Schall Budapest, VIII., Rákóczi-út 19. szám. Villamos orvosi műszerek különlegességi gyára

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

Budapesti ZANDER-gyógyintézet

VIII., Múzeum-körút 2. Teljes physikális gyógyberendezés. Főbb javak: Idült gyomorbélatonia, székrekedés, elhízás, köszvény, csúsz, idegzsák (ischias stb.). Csonttörések és egyéb sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Érelmeszesedés, szívbajok, bronchialis asthma (villamos fény-fürdővel), neurasthenia, bénulások. Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése (Zander módszerével). Gerinczélgyömbülések.

Röntgenlaboratorium: Tulajdonos: **Dr. HUBER ALFRÉD** a szt. István-kórház Röntgenlaboratóriumának vezetője. Budapest, VIII., József-körút 26. I. em.

„VÖRÖSKERESZT-KÓRHÁZ” SANATORIUMA Budapest, I., Győri-út 17.

Dr. MÜLLER VILMOS a tátraházai tüdőbeteg-sanatorium főorvosa
SAN-REMOBAN (Corso Garibaldi 25) rendel.
Prospectus

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. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM PROSPECTUS

ERDEY Dr. Sanatoriuma Budapest, IX., Bakács-tér 10. Nőbetegek és szülők részére.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXV. rendes tudományos ülés 1908 december 5.-én.) 955. l. — Közkórházi Orvostársulat. (XII. bemutató ülés 1908 november 18.-án.) 955. l. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (V. rendes ülés 1908 október hó 22.-én.) 957. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 957. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXV. rendes tudományos ülés 1908 december 5.-én.)

Elnök: **Hirschler Ágoston.** Jegyző: **Verebely Tibor.**

A vészes vérszegénységről.

Torday Árpád: A vérelet és a klinikai tünetek alapján a legtöbb esetben a megkülönböztetés a másodlagos anaemiáktól lehetséges; komplikáltabb esetekben azonban a diagnosis föllállítása sok nehézségbe ütközik. Foglalkozik azon kritériumokkal, a melyek alapján már a véreletből anaemia perniciosára következtethetünk (festés-index, normo- és megaloblastok megjelenése, leukopenia, relatív lymphocytosis) s arra az eredményre jut, hogy ezen tünetek összessége az anaemia perniciosára jellegzetes szokott lenni, azonban mindegyike előfordulhat másodlagos anaemiában is, a mi értéküket tetemesen alászállítja. Azután áttér azon betegségek fölsorolására, a melyekben a vérkép az anaemia perniciosához hasonló lehet és mindegyiket külön tárgyalva kimutatja, hogyan lehetséges az illető bántalomban már a vérkép elemzése alapján a megkülönböztetés (carcinoma, malaria, sepsis, leukaemia, pseudoleukaemia). Főleg a leukaemiáktól és pseudoleukaemiáktól sokszor nehéz az anaemia perniciosát megkülönböztetni komplikált esetekben. Aztán áttér annak a tárgyalására, hogy az anaemia perniciosát a vérképző szervek vesztéséből gyöngeségéből magyarázzuk-e az *Ehrlich*-féle fölfogás alapján, avagy a toxikus állapontot osszuk, a mely szerint a bélcsatornából fölszívódott lipid vagy toxolecithid természetű anyagok elsődleges haemolysist idéznek elő, a mely a csontvelő kimerülésére vezet és így jön létre a vészes vérszegénység kórképe. Ezen méreg az elsődleges csontvelőre is hathat, a mikor myelopathia folytán az aplasiás anaemia képe állhat elő. Ezen elmélet alapján az anaemia perniciosának serum-kezelését is megkísérelték, állítólag kedvező eredménnyel.

A haemolysis megállítására *Reich* a cholesterin-kezelést ajánlja, mint a mely anyag a lipidhoz és toxolecithidekhez közel álló kóbraméreg hatását az állatkísérletekben meg tudja szüntetni. A cholesterin az anaemiások vérében a normálisnál csekélyebb mennyiségben található, azonban cholesterin adására megszaporodik s ilyenkor a bélsárban nagyobb mennyiségben jelenik meg. Négy eset közül háromban *Reich* tetemes javulást észlelt, egyben a cholesterin hatástalan volt. Sok szól ezen nézet mellett, a melyet ha elfogadunk, az anaemia perniciosos és a másodlagos anaemia között a különbség csak az volna, hogy a haemolysist előidéző okot az elsődleges anaemiákban nem tudjuk kimutatni. Mivel azonban a prototypusnak fölvett botryocephalos-anaemia és a kísérletileg létesített anaemia az elsődleges vérszegénységtől egy és más tekintetben különbözik és mert a magyarázatukra fölvett hypothesisekhez szó fér, egyelőre az anaemia perniciosát önálló megbetegedésnek tartja, a melynek aetiologiája sokféle, de a klinikai kórkép és a klinikai tünetek elég jellemzők arra, hogy önálló bántalomnak lehessen fölvenni. Végül rátér a súlyos anaemiák kezelésmódjának ismertetésére.

Hutya Ferencz: Lovakon Franciaországban, Belgiumban, Németországban, nálunk is a Dunántúl előforduló betegséget említ, a mely essentialis anaemiával jár. Az anaemia fokozódik, lázas állapot következik be, néhány hónap múlva elhal az állat. Feltűnő a lépmegegyesülés és a vérzés a csontvelőben; idült esetekben cachexiás oedemák jelentkeznek. Carré és Valley három év előtt kimutatta, hogy a betegséget a vérrrel át lehet oltani más állatra. Sőt a filtrált vérral is átoltatható a betegség.

A mongolfoltról a Stefánia-gyermekkorház anyaga alapján.

Koós Aurél: 30 esetet észlelt 15.000 gyermek között. A foltok oka a corium mélyében felhalmozódott nagyobb mennyiségű pigmentsejt. A foltok nem vehetők fajmeghatározó jelnek.

Adatok a stridor inspiratorius congenitus lényegének tisztázásához.

Bókay János: Három esete alapján a stridor inspiratorius congenitus lényegét Thomsonnal együtt abban látja, hogy légzési incoordinatio folytán a csecsemő-gégebemenet infantilis typusa erősebben fokozódik. Az ily esetekben észlelt vályúszerű összehajlása a gégefedőnek tehát szerinte is másodlagos jelenség. Észleletei s az irodalomban is közzétett esetek alapján Hochsingerrel ellentétben a kérdéses kórkép létrehozásában a thymusnak nem juttat szerepet.

Berend Miklós: A mikor újszülöttekkel kezdett foglalkozni, tapasztalta először, hogy az újszülötteknek nagy részén észlelhető a laryngospasmus inspiratoriusban hallhatóhoz hasonló hang, különösen síráskor, a mely nem alapulhat spasmophilián, legtöbbször néhány hét alatt elmúlik és a melyet hajlandó a stridor inspiratorius egészen könnyű alakjának tekinteni. Elfogadja a Thomson-féle, illetve az előadó által adott magyarázatot és csak azt tenné hozzá, hogy a nem súlyos esetek és az ő észleletei közt valószínűleg csak fokozatos különbségek vannak, mint a habituális hányás és a pylorusgöres között; mérvadó az innervatio zavara és a gége puhasága, a melyek könnyebb esetekben eltűnnek.

Bauer Lajos: Az a nézet, hogy a stridor inspiratorius congenitus nem egyéb, mint könnyebb jellegű tracheostenosis, előidéztetve a túltengett thymus által, eltekintve a többi októl, már csak azért sem tartható fenn, mert túltengett thymus mellett nemcsak inspiratorius, hanem expiratorius stridornak is kelene lennie, már pedig a szobán forgó bajban az expirium szabad. Sokkal valószínűbb, hogy az epiglottis helyzetének s alakjának sajátos megváltozásával van összefüggésben ezen bántalom. Az epiglottis összehajlik annyira, hogy a két széle majdnem érintkezik egymással, azonkívül a két ligamentum ary-epiglotticum szintén majdnem érintkezik egymással, vagy legalább is nagyon közeledik egymáshoz, úgy hogy a légjárás számára csak nagyon kicsiny rés marad. Mindig fel lehet fedezni in vivo is a gégetükörrel az epiglottisnak fentebb említett alakváltozását. Két esetről számolhat be, melyben stridor inspirat. cong. ban szenvedő csecsemőknél gégetükörrel jól lehetett látni az epiglottis alakjának sajátos megváltozását. Az egyik eset most is észlelése alatt áll a Margit-kórházban; most hat hónapos, születésétől kezdve jelentkezett rajta a stridor inspiratorius. Figyelemmel fogja kísérni az epiglottisnak további alakulását, a mennyiben a másik gyermek, a ki évekkor azelőtt csecsemőkorában stridor inspirat. cong. ban szenvedett, a kinnél az epiglottisnak említett sajátos alakváltozását szintén lehetett észlelni a közelmúltban. Az epiglottis állásában vagy alakjában rendellenesség már nem volt észlelhető. Ezen utóbb említett gyermek idősebb testvérének csecsemőkorában szintén volt stridor inspiratoriusa.

Preisch Kornél: A stridor inspiratorius congenitus keletkezése és a hátraesett nyelv okozta fuladozás között talán párhuzam vonható.

Bókay János: A Berend említette esetek magyarázatára elegendőnek tartja a gégebemenet infantilis typusa kisebb mérvű fokozódásának felvételét.

Közkórházi Orvostársulat.

(XII. bemutató ülés 1908 november 18.-án.)

Elnök: **Weisz G. S.** Jegyző: **Körmöczy Emil.**

Conjunctivitis vernalis.

Fejér Gyula: A 15 éves fiú szembeja ez év június havában kezdődött, szeméi vörösek voltak, viszkettek és reggelenként betápadtak. Feltűnő volt a kötőhártya megvastagodása a felső szemhéjakon. A jobb felső szemhéj belső felületének közepén négy téglaszerű, 2—3 mm. szélességű, az alapból kiemelkedő képlet van, melyeknek környékén a kötőhártya vékony és sima. A bal felső szemhéj teljesen tele van ilyen téglalakú, kiemelkedő, tallérnyi képlettel. A felső átmeneti redő mindkét oldalon meg van vastagodva.

Ezen ritka kórkép a Saemisch-féle conjunctivitis vernalis seu aestivalis kórképének tarsalis csoportjához tartozik, mert a kórkép jellegzetes tünetei a limbus körül kocsonyaszerű esomócskák alakjában itt teljesen hiányoznak. Más esetben ez utóbbiak jelentkeznek és a palpebrális kötőhártya jellegzetes megvastagodása hiányzik; az, hogy mindkét helyen egyidejűleg támadnak a jellegzetes elváltozások, nagyon ritka. Az idén kora tavasszal aránylag sok

(8—10) esetet volt alkalmam észlelni, a mi alkalmasint a korai nyárral, azaz a napsugarakkal állott oki összefüggésben. A bajt össze lehetne tévesztetni trachomával, de ilyen nagyfokú izolált kiemelkedő túltengés — ép kötőhártya közepette — a trachomában nincsen, a túltengés pedig inkább diffúz és mélyreható. A mi a therapiát illeti, sokat nem tehetünk. A fiún már két ízben lemet-szettem a túltengő képleteket, de újra megnőttek. A napsugarak káros behatását szürkés-zöldes ú. n. Hallauer-féle üvegekkel tudjuk megakadályozni, mert ilyen üvegek az ultraibolya-sugarakat a leg-intenzívebb módon nyelik el. Árnyas helyen való állandó tartózkodás sokat használ. A kínzó viszketés ellen jó szolgálatot tesz a hűvös borogatás és tonogen beecsepegtetése.

Pseudoglioma retinae.

Fejér Gyula: A 8 éves fiú bal szemével már június hó óta nem lát, majd augusztus hó közepén pár napig lázas és náthás, bal szeme pedig gyuladt és fájdalmas volt. Nagyfokú ciliáris inje-
ctióval, szűk pupillával, számtalan synechiával jelentkezett rendelő-
semen. Atropinra és meleg borogatásra az izgalom rövidesen meg-
szűnt, a pupilla kitágult, mely alkalommal kitűnt, hogy a szemből
sárgás színű reflex jön és az egész szemfenék sárgás színű tömeggé
alakult, a szem teljesen vak és puha. Izzadmány a lencsetokon,
pár synechia most is jelzi a lefolyt gyuladást.

A szem mélyéből jövő sárgás reflex Beer-féle amaurosisos
maeskaszem név alatt ismeretes az irodalomban; jellegzetes a rece-
hártya gliomájára, de előfordul az érthártya és üvegtest genyes
gyuladásaiban is, midőn plastikus izzadmány vonja be az egész
szemfenéket. Ilyen esetek a pseudogliomák csoportjába tartoznak.
A sárgás színű reflex is útbaigazít; az exsudatum ereket nem tar-
talmaz, a daganat érbő; az exsudatum felülete sima, a daganaté
dudoros; legfontosabb körülmény azonban a szem belnyomása, mert
exsudatum esetén a szem puha marad, sőt sorvadni kezd, daganat
esetén ellenben a belnyomás emelkedik és mihamarabb bekövetkezik
a másodlagos glaukoma. Jelen esetben a tünetek kétségtelenül
pseudoglioma mellett bizonyítanak és így megfelelő ellenőrzés mellett
nem kell egyelőre enucleálni a szemtekét.

Mikrophthalmus, coloboma iridis, choroideae et nervi optici.

Fejér Gyula: A 9 éves leánygyermek bal szemtekéje szü-
letése óta kisebb, ennek megfelelőleg a cornea is kisebb, azaz 8
mm. vízszintes átmérőjű, míg az ép cornea átmérője 12 mm.

A szivárványhártyában alul közepén, egészen a ciliáris szélég
húzódo, 2—3 mm. széles hiány, ú. n. coloboma van. Ha bevilági-
tunk, azonnal feltűnik alul közepén egy nagy fehér terület, mely
felett retina-erek húzódnak végig. A fehér terület félholdalakú
domborulatával a központ felé fordult, szélei mindenütt erős festék-
szegélylyel körülvettek. Maga a papilla a coloboma csúcsában van,
helyét mélyebb kivájlás jelzi és az erek eredetéből sejteni lehet,
hogy a szemfenék többi részletén nagyfokú festék-szétcsóródás van.

A leányka 1/2 meter távolságról ujjakat olvas, ha szemét fel-
felé és kifelé rotálja; üveget nem fogad el. Jobb szemének látó-
képessége és szemfenéke ép.

A Meckel-féle diverticulumról.

Ádám Lajos: Az idevonatkozó fejlődéstani és sebészeti iro-
dalom méltatása után felemlíti Hüttl két esetét, majd áttér a saját
eseteinek leírására.

Az egyikben a strangulációs hely felett lévő bél puffadt, az
alatta levő összeesett. Az 55 éves, 1908 okt. 19.-én Hüttl osztá-
lyára beszállított, belső bélelzáródásban szenvedő asszonyon csak
véletlen leletként találtam a lezorítás felett lévő tágtult ileum-
kacsról lelőgő igen tág, mindenben a bélhez hasonló (16 cm. kör-
fogató, 8 cm. hosszú) Meckel-diverticulumot.

A másik eset egyike a legritkébbaknak és legtanulságosab-
baknak.

A 31 éves lakatost 1908 november 8.-án éjjel szállították
be Hüttl osztályára, hol előadta, hogy előző nap reggelén óriási
hasgöresök ébresztették fel, azóta egyre rosszabbodik az állapota.
Folyton hány, csuklik, szék, szelek nem mennek tőle. Jobb kezét
8 évvel ezelőtt caries miatt többször operálták. Jelen állapot: Hal-

vány, elesett férfitbeteg, mellkasi szervei épek. A máj feltolt, a has
puffadt, érzékeny, főleg a köldök táján. A kopogtatás hangja min-
denütt dobos. Az érverés 110. Fokozott bélperistaltica látható. Dia-
gnosis: mechanikai ileus.

Hüttl megbízásából 1908 november 8.-án median laparotomiát
végeztem. A hasat a köldöktől a symphysisig nyitottam meg. Rögtön
előbuktak a tágtult vékonybélkacsok, melyek itt-ott fibrin-lepedékkel
voltak borítva. Miután Kümmel szerint gyorsan eventeráltam a tágtult
kacsokat, valóban igen érdekes kép tárult elénk. Egy ileum-kacsról
lelőgő Meckel-diverticulum ív alakban meghajolva végével a
medenczefalhoz rögzített és visszahajlott lobos appendixhez volt
nőve. A kettő által képezett gyűrűben kétszer csavarodott vékony-
bélkacs volt lezorítva. Miután a Meckel-diverticulumot az appen-
dixről óvatosan leválasztottam, felszabadítottam és rendes helyzetébe
visszacsavartam a még életképes vékonybelet. Az 1 1/2 cm. átmérője
7 cm. hosszú, végén kiszélesedő diverticulumot, mely az ileumnak
a vakbélbe szájadzásától kb. 70 cm.-re volt, alapján zúztam, a zúzott
barázdában lekötöttem, felette levágtam és a csontot 2 étageban
Lembert-varrattal fedtem. Hasonló módon eltávolítottam a lobos
appendixet is. A hasfalát rekonstruáltam és collodiummal fedtem.

Másnap a betegnek széke volt, majd 3 napon át hasmenés
kinozta, a mi a beteget kissé elgyengítette, de azért a 3. naptól
kezdve fenn járkált. Jelenleg a műtét óta 11 nap múlt el.

A Meckel-diverticulum okozta bélelzáródás műtévéseinek ered-
ményei igen rosszak: Neumann 150 operált esete közül 28 gyógyult.
Hilgenreiner szerint 28.5% gyógyul. Az esetet azért tartom
kiemelendőnek, mert a Kesseler-féle statistikában csak egy eset
van, melyben a Meckel-diverticulum az appendixhez nőtt.

Áthatoló gyomorsérülés gyógyult esete.

Ádám Lajos: A 18 éves fiút 1908 nov. 4.-én szállították
be az osztályra, a hol előadta, hogy előző napon este 8 órakor
véletlenül ruhán keresztül hasba lőtte magát. Az éj folyamán
többször véreset hányt, esuklott, a köldöke tájára lokalizált nagy
fájdalmakról panaszkodott. A sápadt, szenvedő arczkifejezésű fiú
mellkasi szervei épek; érverése 100, rythmusos. A has csak
kevésbé puffadt, a köldök felett 3 harántujnyira, a középvonaltól
1 1/2 cm.-re bal felé álló, kerek, löfegyvertől eredő bemeneti
nyílás. A has mindenütt érzékeny, a hasizmok a leggyengébb érin-
tésre tonusosan összehúzódnak. A májtompulat el nem éri a borda-
ívet, tehát valamivel megkisebbedet. A has áthatoló sebzése biztos
lévén, rögtön a beszállítás után (a sérülés után 14 órával) a
bemeneti nyíláson keresztül vezetett bal paramedian metszéssel
megnyitottam a hasüreget. A gyomron, közel a pars pyloricához,
a kis curvatura alatt 2 cm.-re megtaláltam a bemeneti nyílást;
miután 2 étageban zártam, a lig. gastrocolicumon nyílást készítet-
tem, hogy a gyomor hátulsó falát is átvizsgálhassam. A bemeneti
nyílással szemközt, kissé jobb felé meg is találtam a kimeneti nyílást,
melyből rongydarabka lógott ki, ennek eltávolítása után ezt is 2
étageban zártam. Egyebütt sérülést nem találtam, bár a lig. gas-
trocolicumban és a mesocolon transversumban egy-egy nagy vér-
ömlés foglalt helyet. Gondosan megtörölgetve a gyomor hátulsó falát,
miután a hasfalban lévő sipolyt körülvágtam, teljesen rekonstruáltam
a hasfalat és collodiummal fedtem.

A gyógyulás zavartalanul folyt le.

A tanulság ez esetből is az a már sokat hangoztatott, de
még mindig nem eléggé gyakorolt elv, hogy mielőtt áthatoló séri-
lést diagnostizáltunk, haladéktalanul operáljuk meg a beteget, mert
sohasem tudhatjuk előre megmondani a sérülés súlyosságát, a kellő
idő elmulasztása pedig könnyen végzetessé válhat. Ez esetben pl.
a kilógó rongydarab minden valószínűség szerint fertőzte volna a
bursa omentalist, ha a gyomor elülső falán levő bemeneti nyílás
össze is tapadt volna.

Gellért Elemér: Ez év szept. 29.-én d. e. 10 órakor egy fiú kezében
a pisztoly elsült és a golyó a hasába hatolt. 12 órakor szállították be
Herczel osztályára. A középvonalban a köldök felett volt a bemeneti
nyílás. Megnyitotta a hasat, a nagy curvatura felett volt a nyílás, a
gyomor hátulsó falán pedig a lőesetorna kimeneti nyílása. A szülő elvarrta
a nyílásokat. Peritoneum-vérárvadékok. Löveget nem talált. A hasat bevarrta.
A beteg okt. 20.-án gyógyultán távozott. Röntgen-képen a löveg a spina
posterior magasságában a csont előtt látható. Semmi bajt sem okoz.

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(V. rendes ülés 1908 október hó 22.-én.)

Elnök: Dollinger Gyula. Jegyző: Winternitz M. Arnold.

Fáykiss Ferencz: A tápcsatornába jutott és laparotomia útján eltávolított idegen testek érdekesebb esetei.

(Vége.)

4. A 34 éves kocsifényező három nap előtt teljes jólét közepette hirtelen rosszul lett, hasa jobb felében heves görcsök lepték meg, szék, szelek nincsenek. Felvételekor a vakbél táj nyomásra igen érzékeny. E helyen ökölnyi resistentia tapintható, a has erősen puffadt. Három hét leforgása alatt a peritoneális tünetek megfelelő kezelés mellett szépen visszafejlődtek, a resistentia azonban nem tűnt el teljesen. IV. 27. Chloroform-narcosisban ferde metszéssel megnyitjuk a hasat. Kitűnik, hogy a cseplesz, a vakbél és két vékonybélkaes, valamint a feregnyúlvány összetapadása között tályog foglal helyet, melynek kitörése után kiderül, hogy a coecumból egy 4 cm. hosszú gombostű hegye áll ki, melyet bemetszés útján távolítunk el. A lobos feregnyúlványt szintén eltávolítjuk. Per primam gyógyulás. A beteg nem emlékszik, hogy gombostűt nyelt volna.

Gergő Imre: Két esetet említ a Dollinger-klinikáról. Az egyik 10 éves fiú, a ki vasszöveget nyelt el. Gyomrában Röntgen-fénnyel ki volt mutatható. Burgonyapépet adtak enni és követték a vékonybélben, vakbélben át. Harmadnapra a szeg eltávozott. Egy másik beteg a fogsorát nyelte le, a mely másnap távozott.

Haberern J. Pál: 1886-ban Lumniczer klinikáján észlelt egy 18 éves fiút, a ki 18 cm. hosszú, 1,5 cm. görbülettel bíró kampót nyelt le, melyet harmadnapra gastrotomiával eltávolított.

Weisz Ferencz: Egy 12 éves fiúbeteg 10 cm. hosszú vasláncot nyelt le, mely harmadnapra per vias naturales távozott.

Verebely Tibor: Hermaphroditismus esete. A 16 éves, jól fejlett leány kizáródott jobboldali labialis sérvvel került a klinikára. A jobb nagy ajak daganata gyermekkor óta áll fenn és már egy ízben orvosa visszahelyezte a kiszorult sérvet. Most a felvétele előtti napon újból jelentkeztek a kiszorulás-tünetek.

A herniotomia alkalmával a canalis inguinalisból kitüremkedő sérvtömlő mellett, a melybe a cseplesz alsó csücske nyúlt be, teljesen kifejlődött plexus pampiniformis és vas deferens, s a nagy ajakban makroszkopice a here minden jellegével bíró képletet találunk, melyet szabályszerű castratióval távolítottunk el. Így figyelemre méltó téve végeztük a genitális vizsgálatot, mely szerint hiányoznak a fenszörzettel a nagy ajkak zsírdúsak, elég fejlettek, összefeksznek. Belső felszínükön csak kicsiny redő jelzi a nymphák helyét. A clitoris aránylag kicsiny, a corpora cavernosa azonban a fanív alatt jól tapinthatók; praeputium van; alatta a hüvely nyílása, a lebonyozott hymen miben sem árulja el, hogy a hüvely egy alig 5 cm. hosszú, fölfelé töleszerűen megcsúszkáló vak tasak, a melynek teljesen sima, puha falán semminemű nyílás vagy szemölcs nem tapintható.

Bimanuális vizsgálatkor úgy e tasak, mint a rectum felől jól végigtapintható a kismedence egész ürege, a melyben méhnek, petefészeknek, kürtnek semmi nyoma. A bal anulus inguinalis externus tájékán a mélyben valamelyes tojásdad érzékeny képlet érezhető: kétségtelenül a túloldali here.

Lobmayer Géza: Subcutan veserepedés. A 3¹/₂ éves gyermeket gummikerekű kocsai április 27.-én elgázolta. Az acuta anaemia jeleit mutató és mély shockban levő leánygyermeket a Stefánia-kórházba szállították. Az objectív lelet alapján subcutan veserepedést és intraperitoneális vérzést vettek fel. A műtét alkalmával IV. 28.-án a jobb vesét egész szélességében harántul kettérepedtnék találták; felső fele teljesen anaemiás, alsó fele cyanosisos pangásban volt. A vese körül nagy subperitoneális haematoma. A vese eltávolítása után sima gyógyulás.

Winternitz Arnold: Otogen sinus-thrombosis kapesán keletkezett tüdőtályog operált és gyógyult esetét mutatja be. Az eset lapunkban bővebben lesz ismertetve.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Mitralis- és tricuspidalis-stenosis esetét ismertette *Vaquez* és *Giroux* a párisi „Société médicale des hopitaux” egyik utóbbi ülésén. Érdekes ebben az esetben, hogy az arteria pulmonalisban a legkisebb ágakig követhetőleg arteriosclerosisos elváltozások voltak, az aorta rendszere ellenben teljesen épnek bizonyult. Az következtethető tehát ebből az esetből, hogy az erek sclerosisának keletkezésében a legfontosabb tényező mégis csak a hypertensio.

PÁLYÁZATOK.

3746/908. sz.

Almáskamarás székhelyhez kötött almáskamarási **körorvosi állásra**, melyhez a 3 kilométernyire fekvő Nagykamarás (nagy) község is tartozik, újabb pályázatot nyitok.

A javadalmazás áll: 1. 1600 korona fizetésből, 2. a szabályrendeletileg megállapítandó lakbérből és fuvarátalányból, 3. a látogatási díjakból, 4. kézi gyógytárhoz való igényből.

Pályázók felhívataknak, hogy az 1908. évi XXXVI. t.-cz. 7. §-a értelmében felszerelt folyamodványukat hozzám **1909. évi január hó 31.-éig** nyújtsák be.

Elek, 1908. évi december hó 16.-án.

Mladin, főszolgabíró.

Baranya vármegye „László”-közkórházánál Mohácson az **alorvosi állás** megüresedvén, arra pályázatot hirdettek.

Felkértem mindazon nőtlen, esetleg szigorló orvos urakat, kik ezen 1200 korona fizetés, szabad lakás, fűtés, világítás és élelmezéssel javadalmazott állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt folyamodványukat méltóságos Benyovszky Móricz gróf főispán úrhoz címelve, hozzám **1909. évi január hó 6.-áig** beküldeni sziveskedjenek.

Magánygyakorlat a kórház körzetében meg van engedve. Az állás nyugdíj-jogosultsággal jár.

Mohács, 1908. évi december hó 21.-én.

A kórházigazgató.

22.435/1908. sz.

Az Arad vármegye közkórházánál megüresedett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A másodorvosi állás javadalmazása 1600 korona, illetve előléptetés esetén 1400 korona évi fizetés, a kórház belterületén egy szobából álló szabad lakás, fűtés, világítás és teljes élelmezés.

A kinevezés ideiglenes, a mennyiben ezen állások két évi időtartamra lesznek betöltve.

Felhívom mindazokat, kik ez állást elnyerni óhajtják és az 1883. évi I.-cz. 9. §-a 2. pontjában körülírt képesítéssel bírnak, hogy a szabályszerűen felszerelt kérvényeiket hozzám **1909. évi január hó 15.-éig** terjesszék be.

Megjegyzem, hogy ez állásra az egy évi kórházi gyakorlatra kötelezett orvostudorok is pályázhatnak.

Arad, 1908. évi december hó 17.-én.

Dálnoki Nagy Lajos, alispán.

1498/1908. sz.

A vezetésem alatt álló közkórház szembeteg-osztályán 12.884/1908. számú B. M. rendelettel osztályos főorvosi állás engedélyeztetett, a mely az államkincstár terhére 1800 korona évi fizetés és 600 korona lakbér javadalmazással jár.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy szakképzettségüket, eddigi működésüket és személyes viszonyait igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket Kapotsfy Jenő főispán úrhoz címelve szabályszerű úton hozzám **1909. évi január hó 17.-éig** bezárólag annál is inkább adják be, mert a később érkező kérvények figyelembe nem részesülnek.

A kinevezendő osztályos főorvos abban az esetben, ha a szemészeti osztályon kellő számú beteg nem ápolhatná, az igazgató beosztása szerint más osztályon is tartozik orvosi teendőt végezni.

Szigeti Gy. Sándor dr., igazgató-főorvos.

6094/1908. V. sz.

A lemondás folytán megüresedett gyálai **körorvosi állásra**, melyhez Gyálán kívül Szerbkeresztúr, Ószentiván és Pusztatérvar tartoznak, ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. szerint 1600 korona fizetés, Gyálán természetbeni úri lakás s a vármegye törvényhatósági bizottsága által megállapítandó látogatási díjak élvezete van egybekötve.

Ezenkívül Gyála és Szerbkeresztúr községek egyenként 300, összesen 600 korona személyi pótlékot szavaztak meg, mely a törvényhatósági bizottság jóváhagyásától feltételezetten havonta lesz visszamenőleg kiutalva.

Megjegyeztetik még, hogy a népes lakosságú községek közel fekszenek a kör székhelyéhez s tekintettel arra a körülményre, hogy a megválasztandó orvos kézi gyógyszerár engedélyét is megszerezheti, jelentékeny mellékjövdelemre számíthat.

Felhívom azokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy orvosi oklevéllel és eddigi alkalmazásukat igazoló bizonylattal ellátott kérvényeiket ide **1909. évi január hó 25.-éig** adják be.

Törökkanizsa, 1908. évi december hó 16.-án.

A tb. főszolgabíró.

2832/1908. eln. sz.

A pécsvárosi közkórházban lemondás folytán megüresedett egy **másod-orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A másodorvosi állás javadalmazása évi 1200 korona fizetés, I. osztályú élelmezés, lakás, fűtés és világításból áll.

Felhívom a pályázni kívánó orvostudor urakat, hogy a szabályszerű minősítésüket és eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket (méltóságos Erreth János úrhoz, Pécs szab. kir. város főispánjához címelve) nálam legkésőbb **6. évi december hó 30.-áig** nyújtsák be.



A kinevezendő másodorvos állását legkésőbb 1909. évi január hó 15.-én tartozik elfoglalni.

Pécs, 1908. december hó 14.-én.

2-2

A kórházigazgató.

872/1908. sz.

Pozsony vármegye nagyszombati közkórházánál üresedésbe jött **segéd-orvosi állásra** pályázatot hirdeték. Javadalmazás: 1200 korona fizetés, lakás,

fűtés, világítás, ételmezés (vagy 720 korona ételmezési ellenérték). Pályázni kívánókat felhívom, hogy minősítettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket Bittó Dénes dr. Pozsony vármegye főispánjához címezve, hozzám legkésőbb 1909. évi január hó 7.-éig nyújtsák be.

Nyelvismeret közlése kívánatos.

Nagyszombat, 1908. évi december hó 14.-én.

2-2

Nagy Pál dr., várm. kórházi igazgató-főorvos.



A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

kitűnő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatása!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóczy Salvatorforrás-Vállalatnál
Budapest, V. Rudolfrakpart 8

Basedow-kór,

vérszegénység, idegbajok, stb.

Tátrafüred:

téli saison.

Fürdőorvos: Dalmady Zoltán dr.

Idebetegek családias jellegű otthona.

Dr. Batizfalvy-féle

SANATORIUM és VÍZGYÓGYINTÉZET

Budapest, VII., Aréna-út 82. szám.

Fennáll 50 éve (alapított 1859-ben), 1908-ban a modern
igényeknek megfelelően átalakítva és berendezve.

GYÓGYESZKÖZÖK: Vizgyógymód. Szénsavas fürdők. Villamos fényfürdő, hőfürdő. Napfürdő. Villamosítás (galvan-, farado-, Franklin-áram). Massage (diatetikus és orvosi). Vibrációs és rotációs massage. Gymnastika. Hízlató és soványító gyógymódok. Kitűnő ellátás, mérsékelt árak. Állandó orvosi felügyelet. Gondos ápolás. Kiváló tisztaság.

Vízgyógykezelésre bejáró betegek is felvétetnek.

Dr. Ullrich Gyula, vezető főorvos.

Telefon 15-35.

Kívánatra prospektus.

Üdülő otthon.

Abbazia Voloska Pension Denk.

Orvosi vezető: Dr. Nikolaus Fabianic.

Természetszerű utókúrák lábadozók részére: diéta, tápláló-, massage-, fürdő- és fekvőkúrák. Egész éven át nyitva. Családi csatlakozás. Kitűnő ellátás. Csendes, teljesen pormentes, remek fekvés. Mérsékelt árak. Prospektusok ingyen.

A SOVÁNYÍTÓ KÚRÁK LEGHATÁSOSABB SZERE!

10 kg. súlyvesztés 4 héten belül az erő elgyengülése és csökkenése nélkül.

THYREOTHEOBROMINPILULÁK

soványító kúráknak

Prof. Dr. V. Mladějovsky,
marlenbadi fürdőorvos előírása szerint.

Készítő: B. Fragner's Apotheke, Prag 203-III. A pilulák csak orvosi rendelésre szolgálatnak ki.

Irodalom rendelkezésre.

Kapható minden gyógyszerárban.