

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 Babarcsi Schwartzner Ottó és Moravosik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Kopits Jenő: A mechanikai erőhatások jelentősége a deformitások pathogenesisében. 723. lap.

Zsakó István: Graphologiai diagnosis. 727. lap.

Kollarits Jenő: Közlés a budapesti egyetemi idegklinikáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., ny. r. tanár.) Újabb adatok az öröklött idegbajok ismeretéhez. 729. l.

Major Emil: A budapesti magy. kir. tudomány-egyetem stomatologiai klinikájának (igazgató-tanár Árkövy József dr.) évi jelentése. 730. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Brusch und Schittenhelm: Lehrbuch klinischer Untersuchungsmethoden. — Lapszemle. Belorvosan. Gilbert, Carnot és Jomier: Az epeköbetegség gyógyítása. — Idegkörtan. Isserlin: A várakozási

neurosis. — *Sebészet. Lúden:* Röntgenezett állatok viselkedése bakteriumos infectióval szemben. — *Murphy:* A perforatív peritonitis kezelése. — *Schanz:* Keskeny műtétkegek elérése jodtincturával. — *C. Ritter:* A hányás megállítás aetherbódítás után. — *E. Renner:* Égett sebek kezelése. — *Szülészet és nőorvosan. Hammerschlag:* A placenta praevia kezelése. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Garlipp:* A vörheny gyógyítása. — *Schacht:* Atoxyl. — *Bonnier:* Bél- és orrbajok összefüggése. 731—733. lap.

Magyar orvosi irodalom, Magyar orvosi archivum. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 734. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 734. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 735—738. lap.

Melléklet. F. Hoffmann-La Roche & Cie cég „Digalen“ prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A mechanikai erőhatások jelentősége a deformitások pathogenesisében.¹

Közli: **Kopits Jenő** dr., egyetemi magántanár.

Az emberi szervezet, életfunktioinak teljesítése közben, állandóan bizonyos mechanikai erők behatása alatt áll. Évezredek óta a létfenntartással járó ez erőhatások befolyásának köszönheti a szervezet jelenlegi kialakulását, melyet örökségképpen kaptunk elődeinktől. Ama természeti erők, melyek a phylogenesis hosszú sorozatán kifejlődésre tudták hozni az emberi test berendezésének mostani alakját, ma sem hiányoznak és amint az átalakulás feltételei megvannak, az örökléssel nyert normális berendezés változást szenved. Talán az orvostudomány egy ágában sem nyílik oly bő alkalom az átalakító erő hatásának az észlelésére, mint épen az orthopaediában. A deformitások nagy részének direct okozói a mechanikai erőhatások, a szervezet anyagának kóros elváltozásai csak a lehetőséget adják meg a deformitás létrejöttére.

Az emberi testre ható erők természetének és behatásmódjának a megismerése, valamint az azok által okozott deformitások létrejövételi módjának a megértése végett bátorodom mindenekelőtt pár szóval ismertetni azon feladatokat, melyek teljesítése normális körülmények közt a szervezetre vár s vázolni az emberi test ama berendezését, mely képessé teszi a reá váró munka teljesítésére.

A szervezetnek úgyszólván állandó munkája a test saját súlyának a hordozása. E munkát az ember öntudatlanul végzi, tudatára csak a szervezet erősebb igénybevétele után jut, a midőn e teher a fáradtság érzésében nyilvánul. Ha képzeletben a test bármely pontján egy-egy vízszintes síkot fektetünk át, úgy minden ilyen síkra akkora teher nehezedik állandóan, a mekkora a felette levő testrész súlya. Természetesen tehát e súly annál nagyobb, minél közelebb van e képzeleti sík a talajhoz s annál kisebb,

minél közelebb van a fejhez. A testsúly hordozása csak fekvő helyzetben szűnik meg, ülő helyzetben csak az alsó végtagok vannak alóla felmentve, míg a törzs továbbra is megterhelés alatt áll. Álló helyzetben a test súlya, a mélyebben fekvő testszelvények horizontális síkjában arányosan elosztódva, függőlegesen lefelé hat. A testrészek e lefelé ható nyomásán kívül azonban más módon is meg van terhelve a csontváz. A gerincoszlopra felakasztott zsigerek súlyának a hordozásakor ugyanis a csontváz nem e szervek súlyának az alátámasztására szolgál, hanem e súly a gerinczre, mint a test függőleges tengelyére excentrumosan hatva, azt előre felé dönteni igyekszik.

A test eme, úgyszólván belső terhein kívül, a csontváz gyakran kénytelen munka közben még a testre nehezedő kisebb-nagyobb külső terheket is hordani, melyek nagyságukkal néha a szervezet munkabíró képességét is próbára teszik. A külső megterhelés behatása is lehet a test tengelyére centrumos vagy excentrumos a teher elhelyezése szerint.

A súlyhordozáson kívül a csontváz egyes részei még más-nemű mechanikai erőhatásoknak is ki vannak téve. Testi munka végzése közben ugyanis az egyes csontok mint emelőkarok szerepelnek, melyek forgási tengelyéhez közel vannak elhelyezve a megfeszülő izmok tapadásai, míg attól távol a csont másik végén van a megterhelés. E munka közben a csontnak az oldalról beható húzó- és csavaróerővel szemben szilárdságával kell ellentállnia és rugalmasságával megakadályozni a megterhelt csont alakváltozását vagy eltörését.

Az izommunka végzése közben nagy jelentősége van még azon nyomásnak is, melyet a csontok azáltal szenvednek, hogy a megfeszülő izmok által az érintkező csontvégek erősen egymásra szoríttatnak. *Zshokke* az izomfunctio e behatásának nagyobb jelentőséget tulajdonít, mint a test nyugalmi helyzetben megterhelésének. Az izomzat működésének e hatása érvényesül minden ízületben, de legnagyobb mértékben a gerincen, a hol a hosszú hátizmok több csigolyát hidálnak át. Az izomműködés következtében a csontvázrészekre ható eme nyomás is, az izomműködés természete szerint, lehet symmetriás vagy asymmetriás.

Az ilyenmű megterhelések és izomműködések különböző válto-

¹ Magántanári próbaelőadás.

zataiból s kombinációjából áll nagyjában azon *testi munka*, melynek megbirására a szervezet hivatva van.

Nézzük már most ezzel szemben, hogy eme munka elvégzésére az emberi szervezet minő berendezéssel rendelkezik?

Az emberi test alakja nagyjában oszlophoz hasonlít, mely azonban nem merev, hanem a test hosszában elhelyezett csontoknak megfelelően annyi helyen hajlékony, a hány csontból áll. A csontokat egymással szalagok kötik össze, melyek passzív megakadályozzák a csontok egymásközi eltolódását, valamint e szalagos összeköttetések által létrehozott ízületek túlhajlítását egyik vagy másik irányban.

A munkavégzésben legnagyobb szerep jut az ízületeket áthidaló izmoknak. Ezek actív működésével az egész csontváz vagy annak csak egy kivánt része az ízületi csontvégeknek egymás ellenébe szorításával merevvé tehető, vagy megfelelő izomcsoportok működésével czéltudatos mozgásba hozható. Az egymással ellentétes működésű izmok, egymással szemben, működést gátló szerepet is játszhatnak, a mennyiben az egyiknek túlműködését az antagonistá passzív megfeszülésével megakadályozhatja.

A testsúly hordozására kiváltképen a csontváz hivatott, annak egyensúlyozása azonban az izomzat feladata. A test saját súlyának a hordozását a csontváz *physiologias statikai megterhelésének* nevezzük, a csontváz *statikai teherviselőképessége* pedig azon tulajdonság, melylyel a szervezet rendelkezik e feladata elvégzésére. A végzendő munka kivihetőségének elengedhetetlen feltétele a csontrendszer kellő szilárdsága, a szalagrendszer rugalmassága és az izomzat megfelelő erőssége. E tulajdonságok adják együttesen a test normális functionálásához szükséges *testi erőt*.

Ha a szervezet e berendezése ép, úgy az életfunkciókkal reá rótt normális, azaz erejéhez mért terheket minden zavar nélkül viseli el. Megváltozik azonban e nyugalom, ha az egyensúlyt feltételező e két faktor egymással nem arányos. Ez aránytalanság által okozott egyensúlyzavar nem maradhat sokáig következmény nélkül, hanem az organismusban zavarokat okozva, annak elváltozásait vonja maga után. Épen úgy, mint egy tartószerkezet alakváltozást szenved, ha túl van terhelve vagy anyaga veszít szilárdságából: akként az emberi szervezetben is a létrejött elváltozás első sorban a test egész csontvázának, vagy annak egy részének a deformálódásában nyilvánul. *Schanz* az ily származású deformitások létrejöttének e feltételeit röviden e formulával fejezi ki:

$$M > T = D,$$

mely formulában *M* a megterhelést, *T* a teherviselőképességet, *D* pedig a deformitást jelenti. Nagyon természetesen e formula megfordítva is áll, azaz, ha $T < M = D$.

Látjuk tehát, hogy ha akár a megterhelés a normálisnál nagyobb, akár a normális megterhelés mellett a teherviselőképesség csökkent, a végeredmény ugyanaz, mert míg a megterhelés fokozása normális teherviselőképesség mellett munkatúlterhelést jelent, addig a test normális munkája is már túlterhelés a meggyengült szervezetre, mely teherviselőképességéből veszített.

Vizsgáljuk a továbbiakban, melyek azon eshetőségek, életkörülmények illetve kóros elváltozások, melyek a szervezet megterhelése és teherviselőképessége közti egyensúly nyugalomát megzavarhatják.

Már kóros elváltozások nélkül is bizonyos életviszonyok között gyarapodhatik a normális teherviselőképességű szervezetre rótt teher. Növekedhetik a test saját súlya, például elhízás, vagy nőknél graviditás következtében. Ily egyénekben gyakran a súlygyarapodás következményeként kinzó lábfájás áll be, mely az állást terhessé teszi, sőt nem egyszer valóságos lúdtalpat okoz. A fájdalom okára biztosan rámutat annak megszűnése az esetleg bekövetkező lesoványodás, vagy a graviditás megszűnte után.

Hasonlóképen túlterhelést jelent s deformitást produkál, ha a test saját, bár változatlan súlyát a megszokottnál hosszabb időn át kénytelen hordani. Ilyenkor a normális teherviselőképességű szervezet túlságos igénybe vételével történik a visszaélés. Ez esetben, a hosszú időtartam mellett, a deformitás létrejöttének a feltétele még, hogy a test ez idő alatt állandóan egy bizonyos posztúrába legyen kényszerítve. Az iskolában órákon át egy helyben ülés következményei eléggé ismeretesek. Sokszor észlelünk lúdtalp-fájdalmakat oly embereken, a kik ülő foglalkozásukat olyannal cserélik

fel, melynél egész nap állni kénytelenek. Ha ezt felnőtt embereken is észlelhetjük, még jobban megérthetjük ama fejletlen, növekedésben levő gyermekek baját, a kiket sorsuk már korán oly nehéz munkára kényszerít, mely szervezetükre túlterhelést jelent. Mindennapos jelenség a kereskedő-, pincér-, lakatos- stb. álló foglalkozást végző iparos-tanoncok gacsos térde és lúdtalpa.

Nagyon sokszor e foglalkozásoknál a test normális súlyának a viselése mellé még külső terhek hordozása is járul. Hogy az izomerejét meghaladó munkát a fáradt munkás megbirja, testét vagy teste egyes részeit (legtöbbször alsó végtagjait) ösztönszerűleg oly helyzetben igyekszik tartani, mely helyzetben legkisebb izommunka nélkül, csontjai egymásra támaszkodásával s az ízületi szalagok megfeszülésével, tudja teste súlyát alátámasztani. Ez abnormalis testállásoknak megfelelően jönnek létre az úgynevezett *professionális deformitások*, melyek némely foglalkozásra jellegzők, eredetük azonban mindig visszanyúlik a munkás pályájának legkeserveesebb szakára, a tanuló évekre. E deformitások a normális statikai viszonyok megváltozásának köszönik keletkezésüket. Ez abnormalis testtartások ugyanis különösen a csontok ízületi végének az egymás közti normális elhelyeződését zavarják meg, a mi által megszűnik az ízületi felszínek egymásra gyakorolt egyenletes nyomása, illetve a hordozott súly nyomásának az egyenletes elosztódása. Az ízület vagy ízületek felszíneinek csak egy bizonyos helyére szorítkozik az egész felszínre mért nyomás, míg annak másik része a nyomás alól teljesen felszabadul. Könnyen érthető, hogy ilyen körülmények között, bár a súly nagysága normális, de behatásában a hivatottnál kisebb területre szorítkozva, az ízületi felszínen e megterhelt részére túlterhelést jelent. Kétségtelenül e deformitások létrehozásában sokszor egyúttal a csont- és izomrendszer kóros állapota is belejátszik, azonban, hogy súlyos terhek állandó hordozása ép csontrendszeren is tipikus deformitásokat okozhat, annak kétségtelen bizonyítéka a kőhordó munkások skoliosisa. E deformitást *Golebiewski* ismertette, a ki nagyszámú ily megerőltető foglalkozású munkás megvizsgálásakor tipikus skoliosist talált. E megvizsgált munkások 15—20 éven át állandóan, naponta 9—10 órán át, nagy kőrakományokat hordtak vállukon, épülő házak 3—4 emelet magas állványaira. A következmény oly skoliosis volt, mely convexitásával a megterhelt váll felé tekintett. Azt hiszem, kétséget nem szenved, hogy e munkára kiváló testi erejű s különösen erős csontrendszerű egyén vállalkozhatik csak. E munkásokon tehát bármely csontlágyulási folyamatot kizártaunk tekinthetünk s csakis a túlterhelésben kell keresnünk a deformitás okozóját.

Kisebb terheknek hosszú időn át hordozása is épen így jelenthet túlterhelést. Ennek tipikus példáját a gyermekruhák czélszerűtlen hordásának a következményei mutatják. A modern gyermekruhák óriási hibája, hogy mind a vállon lógnak, veszélyeztetve a gyermeki gerincez egyenes tartását. Csodálkozunk sokszor, minő súlyú egy-egy ily ránczokba szedett szoknyácska, mely egy mellényke segítségével van a vállra akasztva. Nagyon gyakran e mellénykéhez vannak csatolva a gummiszalagból készült harisnyatartók is, húzással fokozva a ruhák súlyát. Nem egy gyermekkori skoliosis egyedüli megindítója e czélszerűtlen öltözködés. Az iskolás gyermekek könyvhordozása a mai modern iskolázás mellett sokszor már nem is e rovatba tartozik, mert a rajztáblák, könyvek és füzetek nagy száma néha akkora súlyt képvisel, hogy már direkt súlytúlterhelés számba jő.

Mindezen esetekből és felsorolt néhány példából eléggé láthatjuk, hogy a szervezetre mért túlterhelés beállhat a test saját súlyának a gyarapodásával, a normális teherviselőképességű szervezetre mért munka aránytalan nagyságával s végül a teherviselés hosszú időtartamával és a test *physiologias statikai* súlya elosztódásának az egyenlőtlenségével.

Ha már a normális teherviselőképességű szervezeten is létrejöhet a megfelelő körülmények között alakeltérés, még könnyebb annak létrejövetele, ha a szervezet teherviselőképessége csökkent. A teherviselőképesség csökkenése mellett a normális igénybevétel is már túlterhelés a szervezetre s annak deformálódását okozhatja, még inkább bekövetkezik a deformitás, ha a csökkent teherviselőképességű szervezet, az előbbieken említett valamely módon, túlterhelésnek van kitéve.

A teherviselőképesség csökkenése két módon következhetik be: 1. ha a csontrendszer elveszti szilárdságát, 2. ha az egyes

csontokat összekötő izom- és szalagrendszer ereje csökkent. Lehet azonban mindkét fogyatkozás egymással kombinálva is.

A csontváz szilárdsága normálisan is csökkent bizonyos életkorokban. Ilyen az erős csontnövéssel járó serdülő kor és az aggkor. Ismeretesebb az adolescentia korában jelentkező nagyszámú deformitások, valamint az aggkorban beálló gerinczefordulások és kyphosisok, mint az aggkorral járó csontsorvadás következményei.

A különben ép csontrendszer szilárdságának a csökkenése lehet családi tulajdonság is. Tapasztalásból tudjuk, hogy sok családban bizonyos deformitások több családtagon ismétlődnek.

Plastibilisebb a csontrendszer vérszegény egyénekben, valamint hosszasan, különösen fertőző betegségek lezajlása után.

A legnagyobb mértékben veszít azonban a szervezet teherviselőképességétől a csontrendszer constitutionális megbetegedéseiben. E betegségek közül különösen kettő: a rachitis és az osteomalacia a csontok valóságos megpuhulását okozza. E betegségekben a csontok szilárdságát feltételező mészsók hiánya miatt a csont consistentiája annyira megváltozik, hogy a csont néha kézerővel úgy hajlítható mint az óncsó. E bántalmak alig zajlanak le deformitások nélkül, úgy hogy a deformitás a megbetegedések symptomáihoz tartozik, jóllehet az elgörbülés nem direct következménye a csontbetegségnek, hanem a normális statikai megterhelés, az izommunka és külső erőbehatások deformálják a megpuhult, nagy mértékben gyengült teherviselőképességű csontvázat. Bár az egész csontrendszer részt vesz mindkét betegségben a bajban, az elgörbülések mégis legnagyobb fokban a csontváz azon részein fejlődnek ki, melyek leginkább vannak hivatva a testsúly hordozására. Így mindkét betegségnek az alsó végtagok, osteomalaciában különösen a medence, angolkórban pedig a gerinc az elgörbülések rendes helye.

Létrejöhethet azonban deformitás akkor is, ha a csontváz szilárdságának a káros csökkenése nem terjed ki az egész csontvázra, hanem csak körülírt helyre szorítkozik. A serdülő korban keletkező rachitis tarda Mikulicz szerint csak a csontok diaphysisének a legfiatalabb, az epiphysishez közel fekvő részében jelentkezik, alkalmat adva egyik legtypusosabb deformitás, az ifjúkori gacsos térd kifejlődésére. Körülírt helyen csökkenthetik a csontváz ellentálló képességét bizonyos gyulladások, melyek nem az egész csont, hanem annak csak egyes részeire terjednek ki. Így az osteomyelitis különösen a csontok diaphysisének az elgörbülését okozhatja, míg a gümös gyulladások a szivacsos csontok destructiójával az ízületi végekben adnak okot az elgörbülésre. Typusos elgörbülés gibbus képződésére ad alkalmat a csigolyatestek pusztulása s fellágyulása, gümös gyulladása következtében.

A csontváz részeit ért traumák is alkothatják következményökben a csontváz locus minoris resistentiae helyét. Csonttörések után, különösen az alsó végtagok törései után, ha a sérült a testsúly hordozására még nem elég szilárd puha callussal jár, nem ritkán észlelhető a végtag elgörbülése. Typusos elváltozás a Kümmel-féle traumás gibbus is, melynek oka nem más, mint a csigolyatest kompressziós törése. Itt sem a törés maga okozza directe a deformitást, hanem később a már fennjárási beteg gerinczén fejlődik ki a púp fokozatosan a testsúly hordozása következtében.

Ugyancsak lokalizált helyen okozzák a csontváz szilárdságának a csökkenését bizonyos agy- és gerinczvelő-bajok. Syringomyeliában a bántalom rendes kísérője a scoliosis, melynek létrejöttét a csontnak tisztán centrális trophikus zavarából magyarázzák. Nem más az okozója ugyancsak a syringomyeliában és tabesben keletkező arthropathiának, mely utóbbiban, különösen az alsó végtagokon keletkezvén az ízületi végek destructiója, az ízület pusztulását a végtag használata, illetve a testsúly hordozása nagyban sietteti.

Mint már említettem, a csontrendszer épsége mellett szükség van még a szalag- és izomrendszer normális erejére is, hogy a csontok normális összeköttetése az ízületekre mért munkának megfelelő legyen. A distális végtagrészeket a centrálisan fekvő csontokon eredő izmok mozgatják, sőt egész csontrendszereket, mint a gerinczet és lábboltozatot, a szalagos összeköttetés és az izomzat állandó működése tart meg normális alakjában. Óriási befolyása van az ízület működésének a csontváz alakjára. Minden ízületben az ízületet alkotó csontfelszínek alakja az ízület mozgásának megfelelő, melyet az ízületet mozgó izomzat normális működése tart fenn. Ha az izomzat működészavara következtében az ízület functiója változást szenved, úgy e megváltozott functiónak meg-

felelően átváltozik az ízületi felszínek alakja is. Az ízületi felszínek ugyanis a test súlyának a nyomása és az ízületet áthidaló izmok megfeszülése következtében egymásra bizonyos nyomást gyakorolnak. Az ízület normális functiójának a megváltozása miatt az ízületi felszínek egymásra való hatásában is változás áll be. Az ízületi felületek egymással congruáló részei nem találkoznak, a mi miatt bizonyos helyeken a nyomás csökken, másutt viszont fokozódik, sőt egyes részek az érintkezésből teljesen kiesnek, míg mások állandóan használatban vannak. Ez aránytalan működésnek megfelelően egyik részen az inaktivitás, a másikon a túlhasználat következményei fejlődnek ki. Nagy fontossága van az izomműködés e hatásának a scoliosis kórszarmazásában, a hol a hibás tartású törzs izomzatának asymmetriás működése az egyes csigolyák alakjának és összekötő ízületeinek a megváltozását eredményezi, a mi együttesen a gerincz ismét deformitását hozza létre.

A megváltozott ízületműködés következményei legjobban észlelhetők partiális izombénulásokban. Ilyenkor az összes akaratlagos végtagmozgásokat csak a működésképes izomzat végzi, míg a békázó izomcsoport működése a mozgásból kiesik, a mi által a bénulás kiterjedésének megfelelően az ízület működése, többé vagy kevésbé, állandóan szabálytalanul válik. Az alsó végtagok partiális bénulásában elegendő, ha ez abnormális működés következtében a distális végtagrészt pathológiás helyzetben kerül megterhelés alá, a deformitás létrehozásáról gondoskodik a testsúly nyomása a végtag használatában közben. Csupán maga a megterhelés is pathológiás állásba terelheti a végtagot, mint azt a lábszár összes izmainak a bénulásakor látjuk. A láb ez esetben accidentálisan helyezkedik el a lábszár tengelyétől befelé vagy kifelé s ez állásban gázolja a beteg lábát valgus- vagy varusállásba.

Az ízület asymmetriás működése és megterhelése miatt nem marad el soha gyermekbénulásban a deformitás. Jól mondja Schanz, hogy a bénulásból eredő deformitások és az angolkóros elgörbülések kórszarmazásában van bizonyos közös vonás, tudniillik egyik bántalomnak sem direct következménye az alakeltérés, hanem úgy az angolkór, mint a bénulás annyira kedvező helyzetet teremt a létrejöttére, hogy ritkán marad el.

Míg a bénulás csak körülírtabb helyen befolyásolja az izomzat erejének csökkenését vagy megszűnését, addig bizonyos körülmények között csökkenhet az egész izomzat működőképessége. Gyengén fejlett, vérszegény gyermekek rossz izomzata gyorsan kifárad. Hosszú, különösen fertőző betegségek után az izomzat veszít energiájából. Hagenbach vizsgálatai szerint az angolkór a csontok elváltozásain kívül az izomzat és a szalagrendszer oly nagyfokú petyhüdségét okozza, hogy sokszor a megbetegedett gyermek, bár azelőtt jól járt, nem tud többé lábraállni. Hogy az izom- és szalagrendszer e meggyengülése, párosulva a csontváz szilárdságának a csökkenésével, mily kedvező alkalmat nyújt deformitások képződésére, bővebben nem is kell fejtegetnem.

Mindezen esetekben tehát, akár a szervezetre mért teher nő, akár a szervezet teherviselőképessége csökkent, az említett természetű mechanikai erőbehatások mindig a deformitások létrehozói, megindítói vagy előmozdítói.

A létrejött deformitás természete, helye és kiterjedése nagyon változatos a szerint, hogy a csont- és izomrendszer teherviselő-képessége körülírt helyen egyes végtagokra szorítkozva csökkent, vagy a gyengülésben az egész szervezet részt vesz.

Ha a csont valamely destructióval járó folyamat következtében csak egy körülírt helyen veszítette el szilárdságát, a deformálódás e helyen indul meg s az elgörbülés punctum maxima mindig e helyen lesz. Ez legjobban észlelhető a csigolyagyulladás következtében fejlődött gerinczdeformitáson. A serdülő korban keletkező elgörbülések is a csontnak csak egy bizonyos helyén indulnak meg, azonban későbbi kifejlődésükben az egész végtag csontjainak az elgörbülését okozhatják. Ez elgörbülések megszokott helye a növésben levő csontok epiphysis-porezainak a közelében van. E deformitások mellett legtöbbször a csontváz többi része teljesen egészséges. Legnagyobb mérvet ölthet a deformitás rachitis és osteomalacia eseteiben, melyek a csontrendszer megpuhulását okozzák. E bajokban az elgörbülés bármely csonton létrejöhethet, mely a testsúly nyomásának, az izomzat vongalásának és külső erők behatásának ki van téve. A deformálódás rendszeren az egész csont, a görbület csúcsa legelőször a csont diaphysisére esik.

A deformitás néha csak egy csontra terjed ki, mint genu valgum, cubitus valgus stb. eseteiben. Vannak azonban deformitások, melyekben a deformálódás egész csontvázrészre össze tevő csontok közt oszlik meg s azok együttesen adják a deformitást. Így scoliosis esetén a gerincz s lúdtalp esetén a láb a maga egészében deformálódik, az egyes csigolyák és a lábsontok alakváltozásai az egész deformitás al akjába megfelelően beillenek.

Lehetnek a deformitások a páros végtagokon symmetriások (genu valgum, genu varum, pes valgus stb.), de érhetik csak az egyik oldali végtagot, sőt lehetnek ellentétesek is, midőn az egyik oldali végtag görbülete a másik végtag görbületébe mintegy beleillik. Nem ritkaság angolkorosakon az egyik alsó végtagon genu valgum, a másikon genu varum.

A létrejött deformitás, bár a testrészt szerint, melyen jelentkezik, valamint a deformált csont, illetve csontok alakja, helyzete és nagysága szerint nagyon változatos formában nyilvánulhat, mégis az elgörbülés bizonyos törvényszerűséggel minden esetben a holt anyagból álló szilárd testek statikájának általános törvényeit követi. Ez okból az összes ily eredetű deformitások alakját bizonyos közös vonás jellegzi. E törvények a Schanz¹ által példának választott hajlékony oszlopon a következőképen demonstrálhatók. Ha egy ily oszlopot, melynek mindkét vége szabad, teherhordóképeségén túl megterhelünk, összenyomunk, úgy az egyetlen ívben hajlik meg, miközben azonban mindkét vége az ívnek megfelelően ferde helyzetbe kerül. E törvény érvényesülését találjuk a czombesont s a lábszárcsontok rachitises és osteomalaciás eredetű sagittális irányú elgörbüléseiben. A czombesont s a lábszárcsontok e deformitásokban egyetlen ívben hajolnak előre, sokszor mindkét csont együtt alkotja az ívet. Szabadon mozgékonyak kell tekintenünk e csontok végeit a sagittális irányú elgörbüléskor, mert a csontvégeknek oly irányú mozgása, melyben azok az elgörbülés közben kimozdulnak, összeesik a csípő- és térd-, illetve bokaizületek physiologiás mozgásirányával. Az oszlop anyagában ez elhajlás közben az anyag sűrűségének az elosztódásában áll be változás, a mennyiben a görbület concav oldalán az oszlop anyaga összetömrül, míg a domború oldalon széthúzódik, ritkább lesz. Ezt a jelenséget grafikusán könnyen ábrázolhatjuk, ha az oszlopot jelző téglányt vízszintes vonalakkal egyenlő részekre osztjuk be. Az ívbe hajlás után a homorú oldalon a vízszintes vonalak közei megkeskenyednek, míg a domború oldalon szélesebbek lesznek. Hogy e tekintetben milyenek a változások az élőanyagban, arra a továbbiakban fogok kitérni.

Másképen áll be az oszlop elgörbülése, ugyanazon megterhelési körülmények közt, ha két vége nem mozdulhat el a helyéből. Ilyenkor az oszlop közepén egy nagyobb ívalakú elgörbülés áll be, az oszlop két végén azonban ellenkező irányú, a közepén fekvőnél rövidebb ívű görbület. Ez a jellegző alakja a statikai elgörbüléseknek. Ezt az alakot mutatják a gerincz sagittális és frontális síkban keletkező görbületei. Ez a típusa az alsó végtagok rachitises és osteomalaciás eredetű oldalirányú elgörbüléseinek. Fellelhető a gacsos és dongatérdnél is a főgörbület mellett a két ellengörbület, a csípőizület, illetve a czombnyak állásának a megváltozásában és a végtag distális végén a rendellenes lábállásban.

Előfordulhat azon lehetőség is, hogy az oszlop nem egész hosszában egyenletesen erős, hanem egyik részén gyengébb ellentállású. Ez esetben a gyengébb rész egész hosszában ívalakban görbül meg, míg az oszlop felső és alsó szilárdabb része, bár nem változik meg az alakja, a képződött ív szárai meghosszabbításának az irányában helyeződik el. Ha az oszlop e két szilárdabb vége nem mozdulhat el helyéből, akkor, az előbb leírt módon, az oszlop meggyengült részén következik be a fő- és a két ellengörbület. Az esetben, ha a kedvező körülmények megvannak, az ellengörbületek az oszlop relative szilárdabb részébe is eshetnek. E viszonyok különösen a csigolyagyuladást követő gibbusos gerinczen találhatók meg, valamint mindazon deformitásokon, melyek létrejöttüket a csontváz valamely körülírt pontján jelentkező destructiós folyamatnak köszönhetik.

Még egy más módja is lehet az oszlop meggyengülésének, melyet úgy érzékelhetünk, ha a példának választott oszlopot kettévágjuk s egy gummicsődarabbal kötjük össze. Ez esetben az el-

görbülés az összekötés helyén áll be, miközben a gummicsőnek a homorú oldal felett fekvő része megrövidül s anyagában tömörebbé lesz, a másik oldalon pedig megnyúlik s elvékonyodik. E példára az olyan gacsos térd mutatja az analógiát, melyen a csontok elgörbülve nincsenek, hanem a végtag szögbetörése csak a térdizületben játszódik le. Ugyanígy állnak a viszonyok a bokaizületben pes valgus esetén is.

Példának választott oszlopunk alakja változatlan marad, ha a teherviselőképeségének megfelelő súly centrumosan, azaz az oszlop hosszirányú tengelyének irányában hat be. Megváltozik azonban a megterhelés egyensúlya, ha ugyanazon súly behatása ugyanazon szilárdságú oszlopra excentrumos. Ez esetben az oszlop deformálódik, még pedig a súly elhelyezése adja meg az ívbehajlás irányát is, mert a képződött ív convexitása mindig az oszlop tengelye felé tekint. Világosan megmagyarázza e példa a physiologián gyengült csontvázrészek elgörbülésének a mechanizmusát, ha a testtartás megváltozásával a statikai megterhelés egyenletes elosztódása szenved változást.

E hasonlatosság, mely a példának választott oszlop megterhelésből származó alakja és a deformitások alakja közt fennáll, világosan rámutat azon tényre, hogy ez utóbbi esetben is mechanikai erők hasonló behatásai voltak az alakeltérés létrehozói. Egyáltalán nem talál e felvétel ellentmondásra a constitutionális eredetű deformitásokban, melyekben a deformitás képződése szakában a betegség következtében plastibilissé lett csont elvesztette szilárdságát.

Nehezebben érthető azonban a relative normális keménységű csont elgörbülése túlterhelés következtében. Az ily csonton létrejött elgörbülés alakja is teljesen megfelel azonban az előbb említett mechanikai szabályoknak, kétségen kívül mutatva, hogy az elgörbülés ugyanazon úton jött létre, mint a plastibilis csontokon. Nem szabad figyelmen kívül hagynunk azonban, hogy az élő ember csontja nem holt anyag, hanem élő szövet, mely e mechanikai behatásokat megfelelő életjelenségekkel kíséri. Tehát mindenesetre oly változásnak kell lefolyni a csont anyagában, mely lehetővé teszi a mechanika fentemlített szabályainak az érvényesülését. Schanz theoriája szerint a túlterhelés alatt a csont elasticitása folyton kisebbedik, illetve a csont normális hajlékonysága lassan, de fokozatosan növekszik, lehetővé téve a csont oly nagyfokú elgörbülését, mely ha hirtelen, a csont normális hajlékonysága mellett következne be, biztosan csonttörésre vezetne.

Hogy miként jön létre az elgörbülés a normális szilárdságú csonton s létrejöttét constructiójának minő törvényszerűsége dirigálja, Wolf genialis megfigyelésen alapuló theoriájával magyarázza. Wolf vizsgálatait Mayer H. hirneves anatomus észleletére alapította, a ki felfedezte, hogy a szivacsos csontok keresztmetszetén a csontgerendák látszólag kusza rajzolatai tüzetesebb megvizsgálásakor bizonyos szabályszerű elrendeződést mutatnak. Mayer a csontgerendák és lemezek constructiójának a tanulmányozásába Culman-t, a grafikai statika megalapítóját, mint szakembert is bevonta. Együttes működéssel sikerült megállapítani, hogy a csontok mechanikai feladatuknak megfelelő constructióval bírnak s az egyes gerendák úgy vannak elrendeződve, hogy minél kevesebb anyag felhasználásával minél nagyobb működőképesség érassék el. A vizsgálatok alapját tevő czombesont felső végének a keresztmetszetén Culman kimutatta, hogy a csontra ható bonyodalmas húzó- és nyomóerők ellentállásának megfelelően a csontgerendák szerkezete olyan tökéletes, mintha azt a czombesonthoz hasonló alakú s ugyanazon functióra szolgáló emelődarú számára szakértő szerkesztette volna meg.

A csontgerendák ezen elrendeződéséből mutatta ki azután Wolf, hogy miután a nyomó- és húzóerők ellentállására szolgáló párhuzamos csontgerendák összességéből áll maga az egész csont, érthetően minden egyes csont külső alakját functiójának köszönheti. A csont külső kérge tulajdonképen nem más mint a rendszer legszélső gerendája. Ebből következik, hogy a csont külső alakja a csont belső szerkezetével mindig tökéletes harmoniában van s minden normális csontnak csak addig felel meg normális szerkezete, míg functiója normális. Ha a csont functiója megváltozik, megváltozik belső szerkezete s ennek megfelelően külső alakja is. Wolf tanai szerint a deformitások létrejöttében az első momentum mindig a csontvázrész normális helyzetének a megváltozásában keresendő. E helyzetváltozás vonja maga után a testsúly behatása irányának a megváltozását. Az ekként megváltozott functio, mint

¹ Schanz: Die Bildungsgesetz der statischen Belastungsdeformitäten. Zeitschrift für orth. Chir. Bd. XI. Was sind und wie entstehen statische Belastungsdeformitäten. Archiv für klin. Chirurgie, 64. kötet.

Roux mondja, trophikus ingerként hatva a csontra, belső szerkezetének az átalakulását eredményezi, azaz olyanná lesz, hogy a megváltozott functio követelményeinek ismét megfelelhessen. Hogy ennek megfelelően a csont külső alakjának is meg kell változni, az már az előbb mondottakból következik. Wolf szerint tehát a deformitás létrejövetele nem más, mint a szervezet functionális alkalmazkodása a megváltozott megterhelési viszonyokhoz. A belső szerkezet változásában a leglényegesebb, hogy ott, ahol a csontban nyomási és húzási feszülés van, csontszaporulat áll be, míg a széthúzási (eltolódási) feszülés helyén a csontszövet fogy. Az első esetben a csontgerendák hálózata sűrűbb lesz, a csontfogyás pedig a hálózat közeinek a tágulásában nyilvánul.

Wolf theoriája nem maradt ellenvetés nélkül s egyes részleteiben Korteweg, Lorenz, Ghillini, Bähr és Riedinger támadta meg.

Wolf tanai nem egyeznek meg teljesen az előrebocsátott fejtegetéssel. Wolf ugyanis a túlterheléssel és a csont szilárdságának a csökkenésével nem számol, csupán a testsúly nyomásirányának a megváltozását tartja a deformitás létrehozójának. Azt hiszem azonban kétségen kívül áll, hogy a csontlágyulással járó constitutionális csontbajokban a deformitás a nyomás irányának a megváltozása, illetve az úgynevezett primaer pathológiás testtartás nélkül, direct a testsúly hordozása vagy más külső erők behatása következtében is bekövetkezik. Hogy azután az így elferdült csonton létrejön a csont belső structurájának a megváltozása Wolf theoriája értelmében, az nem vonható kétségbe. Ez esetben tehát tagadhatatlanul a csont alakjának a megváltozása a primaer s a belső structura átídomulása a secundaer. E szerint a csontszerkezet megváltozása bizonyos fokig a szervezet reparatív törekvése, melylyel igyekszik a deformálódott csontot is alkalmassá tenni a reá rótt functio elvégzésére. Ha a deformitás képződése lassú, a csontszerkezet e reparatív átváltozása fokozatosan lépést tart az alakváltozás fejlődésével, míg ott, ahol a deformálódás gyorsan következik be, a csontszerkezet ez átídomuló képessége utólag érvényesül. Ez utóbbi esetben tehát a létrejött deformitáson inkább kifejezettebbek a mechanikai erőbehatások direct következményei, míg ott, ahol a csont elasticitásával hosszabb ideig tudott ellentállani a deformálódásnak, inkább e reparációs törekvéseiből származó elváltozások lépnek előtérbe.

A deformálódott csont alakjának az analízisakor tehát meg kell különböztetnünk a mechanikai erők behatásának a direct következményeit azon elváltozásoktól, melyekkel az élő organismus ezen mechanikai erőbehatásokkal járó resultust kíséri s befolyásolja. Ilyen elváltozások az elgörbülések concav oldalán képződött csontszaporulatok, melyekkel az organismus mintegy erősíteni és védeni akarta a csontot a szögbetörés ellen. Ez elváltozásokat megtalálhatjuk a gascos térden a czombcsont elgörbülésének a homorú oldalán, valamint scoliosisokban is. A gerinczgörbület concav oldalán képződött csigolyaizületek közti ankylosisok s összekötő csontlécetek is ily reactiók képződéseknek tekintendők. Ide számítandók végül az összes csontstructura-változások, melyek a csont belső szerkezetében, a behatott erővel szemben, a csont megszilárdítása végett a deformálódás alatt vagy után lefolynak.

Előadásom végére érve, a következőkben foglalhatom össze azon észleleteket, melyeket a deformitások alakjának a megfigyelésekor s létrejövételük módjának a vizsgálatok nyertek:

1. A deformitások nagy számának közvetlen létrehozói mechanikai erőbehatások.

2. Ez erőbehatások érvényesülésére az alkalmat a szervezet teherviselőképessége és a megterhelése közötti aránytalanság adja meg.

3. Az ily módon létrejött deformálódás mindig a mechanika örök érvényességű törvényei szerint következik be.

4. A mechanikai erőbehatásokból származó alakeltéréshez még azon elváltozások is csatlakoznak, melyeket e behatások következtében az élő organismus produkál.

5. Ez utóbbi jelenség nem más, mint a szervezet reparatív törekvése.

6. Minél plastibilisebb csontrendszeren jött létre az alakeltérés, annál kifejezettebbek a mechanikai erőbehatások direct következményei, míg erősebb ellentállású csonton létrejött deformitásokban inkább az organismus részéről produkált reactiv jelenségek érvényesülnek.

Graphologiai diagnoszis.

Irta: **Zsakó István** dr., a kolozsvári elme- és idegbeteg-klinika tanársegéde.

A körjelzés megállapításakor fontos segédeszköz a beteg írása, különösen, ha a beteg nem beszél. Gyakran nélkülözhetetlen, például ha kétes az eset; olykor pedig az egyedüli, a miből a beteg elmeállapotára következtetést vonhatunk. Fennállhat tudniillik az az eset, hogy az orvosnak véleményét kell mondani egy elhunyt-ról, kiről örökösei azt állítják, hogy ép eszű volt, mások pedig annak az ellenkezőjét. Kevésbé megbízható körlelményi adatokon kívül pedig nem áll rendelkezésre más, mint épen az elhunytak az utóbbi időben kelt írásai s ezekre kell támaszkodni, hogy véleményt mondhassunk.

Az írás vizsgálatakor külalakjára, beltartalmára, leveleknél a czimzésre, a papír minőségére, behajtására, leragasztására kell kiterjesztenünk figyelmünket. A sorok egyformasága, hosszabb-rövidebb, egyenes-görbe volta, a betűknek egymáshoz viszonyított nagysága, szabályossága, szabálytalansága, az esetleges rajzok magukon hordják az illető beteg elmeállapotának és hangulatának jellemző vonásait. A beltartalomról megállapítható az ítélőképesség, érvelés, következtetés, tájékozódás, fogalomalkotás, belátás minősége, az érzécsalódások, téveszmék jelenléte és mélyebb bepillantást enged a hallgatag, vagy kevésbé közlékeny beteg szellemi világába. A levél elolvasása élénk varázsolja a mániásnak élénk, kipirult arcát, fénylő szemét; a paranoiásnak büszke alakját; a paralyssesnek lárvaszerű, kifejezéstelen arcát; látjuk a katatoniasnak bizarr mozdulatait, stereotyp mozgásait, demens mosolygását. Már a czimzésben a nagyizolás (például uralkodókhoz), vagy a rendkívüli feledékenység és figyelemhiány szembeötölő lehet (rendeltetési hely megjelölésének hiánya). Némelyik beteg nagy, folyamodvány alakú iratban, a másik apró papírszeleteken tükrözteti vissza a psychejében végbemenő változásokat. A sokszorosan papírba burkolt és erősen átkötött írás megpillantásakor kitalálhatjuk, hogy mennyire félti beleírt titkát az írója.

Mielőtt azonban áttérnénk az elmebajosok írására, a normális egyének előforduló írászavarokról kívánok pár szóban megemlékezni. Tudjuk, hogy mennyire befolyásolja az alkohol, nicotin s több hasonló méreg az írást, mely a kéz remegését híven mutatja a betűk szabálytalanságával s a vonalak hullámzatosságával. A psychés izgalom is előidézi remegést az ujjakban, sőt írásképtelenséget ideges egyénekben, a kik, ha nézik írás közben, vagy nem mindennapi környezetben kell írniok, például a törvényszék előtt, egyetlen kiolvasható szót sem tudnak leírni. Ambulantiákra jár egy neurastheniás fiatal ember, ki az *n* betűt nem tudja leírni, ha mások nézik.

Mindenki előtt ismeretes az írógöres, melynek három alakját különböztetik meg: a spasmusot, a tremorost és a hűdésést. Keletkezéséről három elmélet van: Az első szerint egyes izmok fokozott tevékenysége idézi elő, mivel az antagonisták motorice gyengültek; tehát tulajdonképpen helyi hűdésben keresi az okot. A második szerint az érzőidegek ingerlékenysége reflexúton görcsöt vált ki. A harmadik központi folyamatot vesz fel. E szerint az írás flexió, extenzió, pronatió, supinatió, abductió és adductió izommozgások szabályos összműködésének következménye. Az írást a központi idegrendszerben coordinációs centrumok szabályozzák, melyekhez centripetális ingerületek haladnak és melyektől centrifugálisak indulnak a periferia felé. Rendes körülmények között e pályák mintegy kicsiszolódtak. De ha valami functiók rendellenesége áll be vagy akármilyen csekély dynamias egyensúlyzavar a beidegzés energiájában, az egész rendszerben észlelhető lesz a zavar. Coordinációs központja van az írásmozgásnak, írásmemlékének, hangemlékének. Erős kimerülés, erős vagy egyenlőtlen ingerületek zavart okozhatnak az írásban. Az eset súlyosságához képest változó az írás. Rendellenes tolltartás, túlságos nyomás, remegés és végül írásképtelenség olvasható ki belőle. Ez sokban hasonló a choreás íráshoz.

Az idegbajokban, athetosisban, sclerosis multiplexben, paralyss agitansban, tabes dorsalisban szenvedők írása hasonló lehet a paralysses íráshoz s a hemiplegiás írása első pillanatra megteveszthet feltetésünkben. De bármilyen erős is az a tremor és ataxia stb., a beltartalom ép elméről tanuskodik. A nem demens

hysteriások írásában is találunk különféle elváltozásokat. Hosszúra nyújtott panaszaik gyakran tremort eláruló betűkkel írottak, a tremor annyira fokozódhatik, hogy hullámhegy hullámvölgyet követ és az illető a rendesnél sokkal nagyobb betűvel kénytelen írni, hogy írása olvasható legyen. Aphasia is kombinálódik agraphiával, paraphasia paragrafiával.

A graphologiai irodalom meglehetősen kiterjedt. Eltekintve a törvényszéki szempontból történt vizsgálatokat, miket Lombroso és követői végeztek, hogy a delinquens jellemét megállapítsák, már régóta akarják a kézírásból megmagyarázni illetőleg diagnostizálni a határozott meg ingadozó jellemet, a genialitást, középszerűséget vagy korlátoltságot. A psychiatereknek és neurologusoknak egész sora foglalkozott graphologiai tanulmányokkal. Oblaszoff paranoia eseteiben figyelmeztet az írásnak diagnostikai fontosságára és ajánlja, hogy praecox paranoides alapon fejlődő esetekben is tüzetes vizsgálat alá vegyék az írást. Joffroy a paralysis és dementia praecox eseteiben található íráskülönbségekkel foglalkozott. Wolff imbecillitás esetét írja le, melyben az illető tudott írást másolni, de diktálás után vagy spontan írni nem. A mit leírt, abból mitsem értett. Egy másik esetben hasonló jelenséget észlelt aphasiával egyetemben. Itt trepanatio után az aphasia javult, de az írásbeli defectusok megmaradtak. Egy harmadik esetben apoplexia után másodlagosan jelentkezett ez az érdekes rendellenesség. Pick, a ki lueses alapon fejlődő multiplex megbetegedését vette fel az agynak esetében, a melyben a beteg a rendesen szokottnál sokkal kisebb betűkkel írt, azt mondja, hogy spasmusos jelenségek okozhatták az írás megváltozását. Az illető nem tudott rendes nagyságú betűkkel írni. Brissaud, Hellion és Meige közölt írógörcs-esetet, mely acrocyanossissal volt egybekötve (alkalmasint érgörcs alapján). Az illetőnek, ki psychopathiás egyén volt, írása hovatovább rosszabbodott, míg végül nem tudott írni. A betegnek jól esett, ha bámulták mint unicumot a maga nemében. Meige leír még egy tic-et, mely mindig írás közben jelentkezett.

Judd kimutatta egy e célra szolgáló eszközzel, hogy az ötödik metacarpus az íráskor nem játszik szerepet. Obici graphograph segélyével az írásgyorsaságot határozza meg. Figyelmeztet a gyermekek írására, mint az írásanalízis becses anyagára. Kravpelin is szerkesztett írásmérleget. Urbantschitsch észlelte, hogy az íráskor szereplő izomtonus gyengül mély hangok behatása alatt s az írás bizonytalan és cikornyás lesz, magas hangok hallásakor pedig erősödik, a betűk apróbbak lesznek és kevésbé kacskaringósak. Az írógörcsessel rokon a zongora- és sodrási görcs, csak hogy nem az írás váltja ki a betegséget.

Church szerint az első szarvakban és a kéregben sorvadást illetőleg psychés zavarokat lehet felvenni a foglalkozási neurosisokban.

Sokan magyarázzák az írászavarokat a beszéd zavaraiival együttesen s többféleképpen igyekeztek nyitjára jutni mibenlétüknek. Így például Kattwinkel a vola és dorsum manira való írásból a nyakszirt, homloklebeny és a köztük levő vezetődés épségére következtet.

Bastian szerint agraphia akkor jön létre, ha az audito-visualis és cheirokinaesthesiás centrum laesiója van jelen.

Zabludowszki szerint a mogigraphia háromféle. Ascendáló (rossz methodika következménye), descendáló (apoplexia, tabes stb. miatt) és centrális eredetű.

Morel abból kiindulva, hogy e neurosisok tulajdonképpen izom- és idegtáplálkozási zavarok, villanyozást ajánl.

Ezek után áttérhetünk az elmebetegeken található írásbeli elváltozásokra.

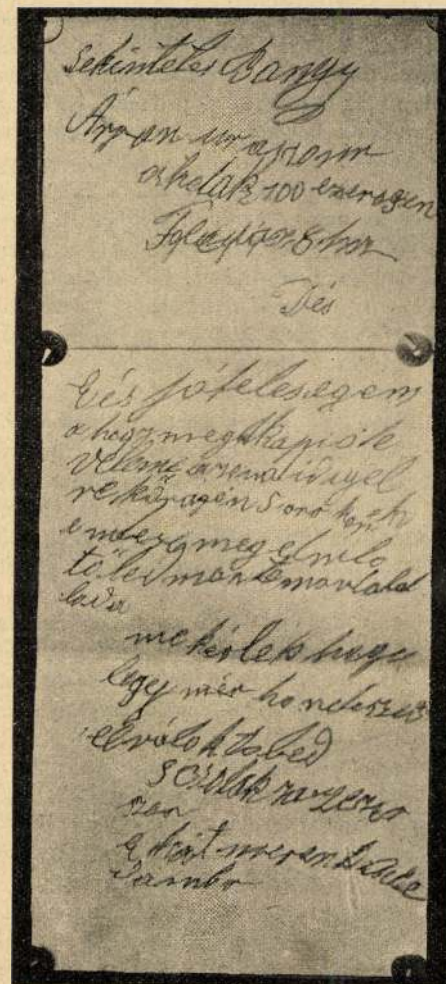
Paralysis progressiva.

A paralysises írása nagyon jellemző. Írásából nem csak az intelligentia mindinkább előrehaladó hanyatlására következtethetünk, de a kézizmokban lévő tremor és ataxia görbét is látjuk. Eltekintve attól, hogy a kis és nagy betűket helytelenül használja, nyelv- és írálytani hibákat is követ el, össze-vissza hányja a betűket, szótagokat kihagy vagy összeeserél. Befejezetlenek a mondatok és ezt korrigálni többszöri átolvasás után sem tudja. Egyes alig észrevehető zeg-zugos vonalakról a teljesen felismerhetetlen, betűket alig sejtető vonalak szabálytalan rajzolásaig jutunk el. És ha a betűket alkotó fő- vagy mellékvonalakat, az egyes betűk szavakká

való összefűzését bonezolgatjuk, mindenütt találunk a normálistól eltérőt. Természetesen a paralysis kezdő szakában más lesz az írás, mint a kifejlődött és a hanyatlási szakban.

Leggyakoribb a reszkető (tremoros) és tánczó (ataxiás) írás (Fuhrmann és Erlennmayer). A törlés, tintafolt, kihúzás vagy keresztben való írás is gyakori. A levelet néha többször aláírják és megint folytatják. Például Kedves anyám Kedesannó kék értesítés. Imre Kisrtelem rik és János Imre Janóst as az anyját tisztelem Imre Telisketel készen és Mariskát is Imre Tisztelem Imre stb. (itt a levél olvashatlanná lesz). A levél külsője hanyag, sokszor tentával és czeruzával felváltva írott. Néha egymás hátán vannak a sorok. A paralysis előrehaladásával az írás is mindinkább rosszabbodik, mindnagyobb hiányokat mutat és végül olvashatatlan, nem is betűknek imponáló zeg-zugos vonalak szabálytalan soraivá válhat, ilyenkor hasonló lesz bémuló kézzel végzett íráspróbához. (Utóbbira példa: B. L. írása, dementia cerebropathica). Megjegyzendő, hogy a remissiók alatt itt is javulás állhat be. A tremor kisebb fokúvá válik s főképen a levél tartalma magvasabb, érthetőbb, összefüggőbb lesz, egy szóval a remissiónak tünete az írásban is észrevehető. Némely betegen már korán jelentkezik az írás e sajátságos megváltozása, sőt az első figyelmeztető jel lehet a betegségre vonatkozólag. A betegségnek előrehaladásával az egy hónap előtt alig észrevehető tremor és ataxia, mely pár sorban egyetlen egyszer fordul elő, nemsokára oly fokú, hogy alig lesz betű, mely egymagában is ne mutatná a tipusos képét. A levél írója elhagyja az ékezeteket, egymásba ír szavakat, vagy kettős ékezeteket is tesz oda, hová egy, esetleg egy sem szükséges. A sorok hossza különböző. Néha elmarad az aláírás, a címzés hiányos, a címzettnek például csak a keresztnéve szerepel, utca, helység megnevezése hiányzik (például É. B. volt főerdész egyik távirata, melyben megízeni hazamenetelét; a címzett nevét megírja, de a rendeltetési helyről nem ír semmit). A dementia nagy fokára mutat, hogy sokszor nevetségesen apró kívánságokat hoznak előtérbe s a fontosabból nem is szólnak. Egyik betegünk írja levelében, hogy két portorikó-szivar örökre boldoggá tenné.

Időszámításbeli hibák, továbbá logikátlanság elég gyakran fordulnak elő dementia és emlékezőszavarok miatt. Egyik pár hónap előtt beszállított betegünk, a ki ügyvéd volt, írásában külsőleg alig sejteti a psychosist (tremor és ataxia hiánya), írása olvasásakor azonban a feledékenység szembeötlő; regényeket tákol össze, melyek egyikében a regényhős négy éves korában családapa lesz s hamarabb hal el, mintsem megszületnék. Az évszámokat tehát hanyagul össze-vissza dobálja. Leveleiből még a következtetlenség is kiviláglik. Szerelmet vall feleségének; az együttlésre vágyik, írja, hogy kettőjüknek szerelmükön kívül más gyönyör nincsen a világon s azzal fejezi be levelét, hogy együtt fognak mulatni a bordélyházban. Sokszor látjuk, hogy a beteg elfelejti időközben,



1. ábra.

hogy kinek írja levelét s végén egészen más személyhez szól, másról beszél, mint kezdetben.

Az eddigiekből az emlékezőszavar és a dementia világlott ki, de eléggé jellemző még a nagyzás is, a mely többnyire múltó természetű és sajátsága, hogy óriási nagy méretekben mozog. Az illető milliókról, milliárdokról beszél, főherczognek, pápának, istennek, főistennek mondja magát. Millió arany- és gyémánt-bányáról beszél s palotáról, melynek egyik termében több millió ember fér el a vörösmárvány- és gyémántoszlopok alatt. (Például Magyar királyi főherczeg, báró Cs. Borics Kolozsmonostor Mátyásszobor-tér 8. sz. alatt. Róma nagyvilág egyetem uralkodója Cs. L.) Külsőleg hasonlóságot találunk a paralysis agitansban szenvedők írásaihoz, de ott semmiféle dementia tünetet sem találunk. (Eredetijét őriztük gyűjteményünkben egy paralysis agitansban szenvedő ambuláns betegünk írásának, mely tartalmát illetőleg teljesen korrekt.) Továbbá L. M. (hasonló bajban szenvedő beteg) bal kezével rajzoltatott köröket és vonalakat; az illetőnek bal kezén kezdődött a folyamat, jelenleg itt kifejezett, míg a jobb kezén most van kezdő szakában.) Gyűjteményünkben még a következők találhatók:

1. Tremor.
2. Kisfokú ataxia és tremor.
3. Szótag- és betűkihagyások tremorral.
4. Szótag- és betűkihagyások tremor nélkül.
5. Tremor, ataxia, törlésekkel és kihúzásokkal.
6. Olvashatatlan írás.
7. Olvashatatlan és tremoros írás.
8. Kérvényezés a levélborítékra írva.
9. Levél, melynek elején nyugodtan beszél a beteg itteni sorsáról, a 3. oldal 7. sorában már feleségével együtt bordélyházakba akar menni és kéjhölgyeken feleségével együtt coitust végezni. A levél végén szerelmi ömlengésekbe tör ki.
10. Levél, melynek külső borítékára trágárságokat ír a beteg.
11. Paralysis agitans psychosis nélkül.
12. Nagyzás.
13. Befejezetlen, tintafojtott levél, melyet a beteg nem száritott le.
14. Többször aláírt levél.
15. A címzésben a vezetéknev hiányzik.
16. A címzésben a rendeltetési hely hiányzik.
17. Nagyzás. Nagy ajándékok ígérese.
18. Betűcsere és szótag-kihagyás.
19. Dementia, paralysis agitansban szenvedő beteg rajzai.
20. Meghatalmazás válpör indítására.
21. Versek.
22. Apoplexia után keletkezett dementiaiban szenvedő beteg írása, jobb és bal kézzel írott név. Jobb kezével alig tudja megfogni a tollat.

(Folytatása következik.)

Közlés a budapesti egyetemi idegklinikáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr. ny. r. tanár.)

Újabb adatok az öröklött idegbajok ismeretéhez.

Írta: **Kollarits Jenő** dr., egyetemi magántanár.

(Folytatás.)

A leírt esetet a következőkben foglalom össze. A családban, melyben az öröklött baj a kétszeres szülői rokonság következtében fokozott mértékben nyilvánul, öt megbetegedés van. Három testvér és azoknak két nagybátyja szenved egy betegségben. Közleményem betegén a tünetek hét éves korban kezdődtek. Ezek 15 éves korban a következők: elmaradottság a fejlődésben, bénulások a szem, arez, törzs, végtagok izmaiban, izomsorvadások elfajulási reactio nélkül, hypotonia, inreflexhiány, Babinski, kisagyvelői ataxia, csontdystrophia, kyphoscoliosis, vizeletsepegés. Tapintás, hő- és fájdalomérzékszavar nem volt. A halál 15 éves korban kimerülés folytán következett be. A boncoláslelet szerint a gerincvelő kicsiny volt és lapos; súlyosan elfajultak a hátulsó kötegek, a Clarke-oszlopok és részben azok sejtjei: kis fokban a hátulsó gyökerek és az oldalsó pyramis-

pálya; a környéki idegek épek; az izmok közül a gastrocnemius zsírosan elfajult, a meglevő izompamutok sorvadtak, köztük kötőszöveti szaporulat van, a magok szaporodtak. A többi vizsgált izomban kisebbfokú az elváltozás.

A leírt klinikai és anatómiai kép egészen, a nystagmus hiánya ellenére, a Friedreich-ataxiának nem egészen typusos alakja. Az izomsorvadások már az életben, mint azt Jendrassik közleményében megemlíti, dystrophiás jellegűek voltak. Az izmok szövettani lelete ezt megerősítette. A következőkben esetemből folyó egynehány érdekesebb kérdést óhajtok megbeszélni.

Az izomsorvadások jelenléte a Friedreich-tünetesoporthban gyakran említett, de nem eléggé méltatott körülmény. A legtöbb szerző azokban a tiszta kórkép megrontóját látta és azt következett, hogy néha a baj vagy az elülső szürkeszarvak sejtjeire, vagy a környéki idegekre áterjedt és így az izomsorvadás a második mozgató neuron megbetegedésének következménye. De a környéki idegeken elváltozást csak elvétve találtak és így ez nem mindig tehető felelőssé az izomsorvadás létrehozásában.

Az izomsorvadás és gerincvelőlelet aránytalan voltával Schultze¹ már régen foglalkozott. Ez a szerző ugyanis csodálkozásának ad kifejezést, hogy esetében a sacrolumbáris és részben az alsó végtag izmai sorvadtak voltak, a mikor az ágyéki velőben annyi ép ganglionsejt volt található és csak kevés közöttük sorvad, magtalan, pigmenttől átalakult; tehát olyan elváltozásról van szó, a mely öreg emberek gerinczeleijében rendszeren található. Az elülső gyökök épek voltak. A boncolás szerint az említett izmok nagyfokú általános sorvadásban szenvedtek az izommagvak jelentékeny megsaporodásával. Vannak tehát esetek — mint a Schultze-é, az enyém is és sok más, a melyben Friedreich-ataxia tüneteinek kívül izomsorvadásban is szenved a beteg, noha a gerincvelő mozgató sejtjei épek —, hogy az elülső gyökerekben és környéki idegekben elváltozás nincs, a mi az elfajultsági reactio hiányának is megfelel. Ha így az izomsorvadás nem lehet a második mozgató neuron megbetegedésének következménye, más ok után kell kutatnunk.

Tekintve, hogy ezek az izomsorvadások mindig csak a betegség késői szakában támadnak, felmerült az a kérdés, hogy nem egyszerűen tértelenségi sorvadással van-e dolgunk. Ez azóban azért nem valószínű, mert a sorvadásban levő izmok nemcsak általában gyengék, hanem határozottan bénák is.

A második mozgató neuron súlyosabb elváltozásától független valószínű izomatrophia és bénulás az, melyet a dystrophiában ismerünk. Minthogy a dystrophiás izomsorvadás és öröklött elfajulás következése és a Friedreich-ataxia is ilyen alapú baj, arra a gondolatra kell jutnunk, hogy az izomatrophia az olyan Friedreich-ataxiákban, a melyekben a második mozgató neuron nem sérült, dystrophiás természetű. Ezt az általánosítást jogossá teszi az is, hogy esetemben az izomban a dystrophia képe a szövettani vizsgálat alapján tisztán áll, továbbá, hogy Bäumlín² Friedreich-ataxiának, Bing³ pedig „spinocerebellum heredoataxiá“-nak dystrophiával szövődött esetét közölte. Ezt a felfogást támogatja, hogy ilyen esetekben izomrövidülés is fejlődik, a mely a dystrophiás izomrövidüléshez hasonló.

Ugyanez áll a merevgörösös bénulásoknak izomsorvadásokkal járó alakjaira is. Ilyeneket az irodalomból fent említett dolgozatomban állítottam össze (Seeligmüller, Hoffmann, O. Maas, Jendrassik). Mindezek az esetek pedig újabb bizonyítékai Jendrassik azon felfogásának, mely szerint az izomdystrophia, a családi merevgörösös bénulás, a Friedreich-ataxia, a Marie-féle kisagyvelőataxia stb. nem különálló betegségek, hanem egymásba folyó és egymástól el nem választható alakjai a heredodegenerációnak.

Az érzés ép volta a hátulsó kötegek súlyos megbetegedése ellenére jelen észleletemnek egy másik fontos pontja. Nem új dolog ez, de nem részesül elég figyelemben. Hiszen már Friedreich⁴ említi legelső közleményében: „Még egyszer a leghatározottabban

¹ Schultze: Über combinirte Strangdegeneration in der Med. spinalis. Virchow's Archiv 1880. 70. köt. 132. l. 1. sz. eset.

² Bäumlín: Ueber familiäre Erkrankungen des Nervensystems. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilk. 1901. 20. k., 165. l.

³ Bing: Eine kombinierte Form der heredofamiliären Nervenkrankheit. (Spinocerebellare Heredoataxie mit Dystrophia musculorum.) Deutsch. Archiv f. klin. Med. 1905. 85. k., 199. l.

⁴ Friedreich: Virchow's Archiv, 27. köt., 16. l.

ki kell emelnem, hogy esetemben a hátulsó kötegek teljesen megsemmisültek, hogy csak itt-ott ismerhető fel bennük egy idegrostnak egy-egy maradéka és hogy ezek biztosan semmiképpen sem tekinthetők vezetőelemeknek." *Friedreich* ebből biztosan következteti, hogy lehetetlen a hátulsó kötegeket az egyetlen, vagy akár az érzésvezetés legfőbb pályáinak tekinteni.

Legutóbb ugyancsak ezzel a kérdéssel részletesen foglalkozott *Eduard Müller*¹ a *Strümpell*-klinikán észlelt *Friedreich*-ataxia-esetek kapcsán. Munkájából kiderül, hogy az érzés terén durva kieséslenségek nincsenek ugyan, de a környéki végtag-végeken kisebb tompulások, kellő figyelemmel vizsgálva, mégis kimutathatók. Egyik betegén radiculáris törzsérzéstelenségen kívül a felületes és mély érzés tompulása volt található a fájdalomérzés kivételével, két esetben pedig a mély- és tapintás-érzésben mutatkozott gyengülés. Ezek a zavarok éppen a bonczolt két esetben voltak igen kistokúak. Pl. az egyikben azt olvassuk, hogy „a környéki végtagvégek egyszerű érintésekor gyakrabban hamis feleleteket kapunk. A helyzet ismerete a bokaizülettől lefelé mindkét oldalon igen rossz, a kar- és csipőizületben sem egész rendes.” A másik esetben a felső végtagokon egészen rendes a felületes és mély érzés; az alsó végtagokon a tudatos érzés durva zavaroktól szabad, csak a környéki végen a bokaizülettől lefelé van a nyomás- és hely-érzés és a mozgás érzése, valamint a tapintásérzés kissé tompulva. *E. Müller* ezen leleteit azért emlitem fel, mert minden érzésfajra kiterjednek és mind a két esetben rövid idővel a bonczolás előtt vannak felvéve. A szövettani lelet mutatja, mint a közölt ábrákon látható, hogy a hátulsó kötegek súlyosan, sőt egyes helyeken majdnem teljesen elpusztultak. *E. Müller* magyarázni törekszik ezt az ellentétet és arra az eredményre jut, hogy az elszintelenedett részben vezetőképes mezelen tengelyfonalak, esetleg egyes fibrillumok megmaradhattak.

Hasonló *Dejerine* és *André-Thomas*² lelete. Ők a *Friedreich*-kóralakban szenvedett betegük idegrendszerét a *Weigert*-festésen kívül a *Ramon y Cajal* ezüstimpregnációs módszerével is vizsgálták, a mely a tengelyfonalakat festi meg. Minthogy a betegnek elme-képessége is fogyatékos lett, pontos érzés-felvétel rajta végezhető nem volt. Annyi mégis bizonyos, hogy 6 héttel halála előtt a beteg a tühegygyel történt érintést mindenütt jelezte és felismerte, hogy az érintés hol történt. Mindazonáltal a hátulsó kötegek súlyosan el voltak változva. Nevezetesen a nyaki rész Goll-kötegében majdnem teljesen elpusztultak a tengelyfonalak. Minthogy itt azok a rostok folytatódhatnak, a melyek az ágyéki és keresztgyökerekből jönnek, ez a tény ellentétben áll az alsó végtagok érzésének ép voltával. *Dejerine* és *André-Thomas* azt következtetik, hogy „ha a Goll-kötegnek van is fontos élettani szerepe a környéki benyomások átvitelében, úgy látszik semmi szerepe sincs az érzés feldolgozásában és helybeliségében, vagy legalább is sem az egyiknek, sem a másiknak nélkülözhetetlen útja.” Feltéve, hogy a *Ramon y Cajal*-féle módszer a kórtanban a tengelyfonalfestésre megbízhatónak bizonyul, elesik *E. Müller* feltevése, mely szerint a *Weigert*-készítményeken a szintelen helyeken meztelen, de vezetőképes tengelyfonalak vannak. Esetemben a hátulsó köteg elülső mezeje volt a hátulsó köteg egyetlen elég ép része. Ez a mező, melyet endogennnek tartanak, a mely felfelé fajul el és felfelé vezet, volna az esetemben az egyetlen, a tapintásérzést vezetni tudó pálya, ha egyáltalán a hátulsó kötegen menne át ennek az érzésfajnak az útja. Az kétségtelen, hogy a hátulsó köteg tapintásérzésvezető képességéről fennálló mai nézet ellen több észlelet szól és így ez a tan sürgős átvizsgálásra szorul.

Végül még megemlítem, hogy *Bing* a *Friedreich*-kört felhasználó betegségeként tartja és azt hiszi, hogy a gerincevelő kiesésyisége miatt, annak egyes inkább használt pályái „felhasználódnak”. *E. Müller* említett dolgozatában részletesen megczáfolja ezt a feltevést. Nem ismétlem az ő egész érvelését, de kiemelem belőle azt a helyes észrevételt, hogy nem az öröklés alapján kiesésy gerincevelőben fajulnak el a jobban használt pályák, hanem

egy családban ugyanazoknak a pályáknak gyengesége öröklődik. Hiszen a gyermekek mind körülbelül ugyanazon idegrendszer-pályákat használják és mégis a gerincevelő kiesésyisége jelenlétében az egyik családban hypertonia, a másikban hypotonia és kisagyvelő-ataxia, a harmadikban dystrophia támad. A pyramis-pályák öröklött gyengeségét közöltem egy családi merevgörcsös bénulásnak dystrophiával szövődött esetében, melyben a pyramis-pálya igen kis terjedelmű volt. Az elfajulás területe ugyanis kisebb volt, mint az akár hemiplegiában, akár myelitisben lenni szokott. Ha elhasználódásról egyáltalában szó lehet, ennek nem lehet az az értelme, hogy az elhasználódás szabja meg, vajjon melyik fog elfajulni, hanem legfeljebb az, hogy a gyengén fejlett pálya hamarabb használódik el.

(Vége következik.)

A budapesti magy. kir. tudomány-egyetem stomatologiai klinikájának (igazgató-tanár *Árkövy József dr.*) évi jelentése.

Közli: *Majör Emil dr.*

Az 1907/8. tanév első felében a klinikát 8727 beteg látogatta és pedig

14 éven aluli fiú	1324
14 „ „ leány	1083
felölt nő	3812
„ férfi	2508

Foghúzás 8329 esetben történt és pedig

2277 beteg tejfogakon és fogváltáskor	
2616 „ gangraena pulpa, periodontitis és nekrosis radialis miatt	
352 „ már frakturált fogakon	
34 „ rendellenesség miatt	
175 „ caries alveolaris specifica miatt	
2827 „ pulpitis miatt	
48 „ dentitis diff. mol. III. miatt.	

Conservatív kezelésben 398 beteg részesült, a kiken 220 esetben caries dentum miatt egyszerű tömést, 112 esetben pulpitis után gyökér- és koronátömést és 66 esetben gangraena pulpa után szintén gyökér- és koronátömést végeztünk.

Ezenkívül kezelés alá került:

5 beteg empyema antri Highmori miatt	
11 „ foghúzás utáni vérzés miatt	
4 „ fogakból kiinduló cysták miatt.	

A hallgatók száma 49 volt, a kik közül 5 a conservatív műtétet, 49 a poliklinikumot és 11 a kór- és gyógytánt látogatta. Szakorvosi kiképzést e félévben 8 orvos nyert.

A második félévben 4066 beteg volt kezelés alatt:

14 éven aluli fiú	375
14 „ „ leány	342
férfi	1515
nő	1834

3319 esetben végeztünk extractiót és pedig

638 esetben tejfogakon és fogváltáskor	
1240 „ gangraena pulpa, periodontitis és nekrosis radialis miatt	
132 „ már frakturált fogakon	
65 „ rendellenességek miatt	
1051 „ pulpitis miatt	
168 „ caries alveolaris specif. miatt	
25 „ dentitis diff. mol. III. miatt.	

Conservatív kezelést 747 betegnek végeztünk, a kik közül 452 esetben egyszerű tömést, 234 esetben gyökérkezelést és koronátömést és 61 esetben gangraenakezelést és tömést alkalmaztunk.

Ezenkívül kezeltetett még

6 beteg empyema antri Highmori miatt	
5 „ utóvérzés miatt	
35 „ caries alveolaris specif. miatt	
3 „ epulis miatt	

² *E. Müller*: Zur Pathologie der Friedreich'schen Krankheit. Deutsche Zeitschr. für Nervenheilk. 1907, 32. köt. 137. l.

¹ *Dejerine et André-Thomas*: Les lésions des racines, des ganglions rachidiens et des nerfs dans uns cas de maladie de Friedreich. — Examen par la méthode de Ramon y Cajal (impregnation à l'argent). Revue neurol., 1907., 41 l.

A poliklinikumra 20, a conservatív műtéttanra és a kór- és gyógytanra 5–5 hallgató, összesen 30 volt beiratkozva.

Szakorvosi kiképzést 6 orvos nyert.

A klinika a tanév 11 hónapján keresztül volt nyitva betegek számára, a mely idő alatt 12,793 beteg állott kezelés alatt.

Az odontotechnikai laboratóriumban a következő munkákat készítették

- 87 kaucukfogművet 612 foggal
- 33 csaposfogat
- 52 borítókronát
- 22 fix hidat aranyból
- 4 obturátort antrumműtét után
- 1 „ farkastoroknál
- 2 műort
- 4 fogszabályozási készüléket
- 2 immediat prothesist.

Ugy a pathologiai, mint a technikai gyűjtemény ez évben erősen gyarapodott.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Brugsch und Schittenhelm: Lehrbuch klinischer Untersuchungsmethoden. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg.

A belklinikai diagnosztikai módszereket ismertető munkáknak tekintélyes sorozatához csatlakozik mint legújabb az előttünk fekvő, mely a Kraus tanár berlini belklinikáján meghonosodott diagnosztikai eljárásokat kívánja rögzíteni. Már maga az a körülmény, hogy oly széles látókörű, teljesen a kor színvonalán álló kitűnő belklinikus tanai voltak mértékadók a munka megírásakor, biztosíték, hogy a munka jó. Ehhez járul az is, hogy szerzői eddigi tudományos és irodalmi munkásságukkal máris nagyon jó nevet vívtak ki maguknak.

De még egy körülmény van, a mely ezt az új diagnosztikai módszertant a meglevőktől előnyösen megkülönbözteti. Ez pedig az, hogy szerzői iparkodtak az egész nagy anyagot a lehetőség szerint physiologiai alapon tárgyalni. Ennek megfelelően nagy teret foglal el benne a vérkeringésszervek vizsgálata, az anyagcserevizsgálat és sok más olyan rész, a mely a diagnosztikai módszereket tárgyaló munkákban eddig még nem részesült fontosságának eléggé megfelelő méltánylásban. Ezzel a munka teljesen modern színezetet kapott, a nélkül azonban, hogy a mindennapi gyakorlat szükségleteit erősen meghaladó módon terjengőssé és talán túlságosan elméletivé vált volna. És ebben nagy része volt azon elv következetes szemeltartásának, hogy csak azt kell leírni, a mit a bőséges klinikai tapasztalat már eddig is jónak és használhatónak bizonyított.

A munka természetesen tág teret enged a mikrobiológiának is. Az idetartozó fejezeteket *Citron* dr. írta meg, mint a ki az idetartozó kérdésekkel már huzamosabb idő óta behatóan foglalkozik s a ki nagyon jól átértette a szerzők intentióit. Különösen a serodiagnostikának s az újabban annyira felkapott anaphylaxisnak könnyen megértésére nagyon alkalmasak a megfelelő fejezetek.

A munka kiállítása mintaszerű. A szöveg között levő nagyszámú (341) ábra a kényesebb igényeket is teljesen kielégítheti; jól sikerültek a részben színes táblák is.

Mindent egybevetve mondhatjuk, hogy orvosi tankönyveink sorozata oly munkával gyarapodott, a melynek a tanuló és a tanító is egyformán nagy hasznát veheti.

A közel 1000 lapra terjedő kötet ára 24 korona.

Új könyvek. *F. Crämer: Vorlesungen über Magen- und Darmkrankheiten.* 4. Heft. Chronischer Magenkatarrh. München. J. F. Lehmann. 4 m. — *M. Kauffmann: Beiträge zur Pathologie des Stoffwechsels bei Psychosen.* 2. Teil: Die Epilepsie. Jena, G. Fischer. 6 m. — *H. Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten.* 5. Auflage. Berlin, S. Karger. 37 m. — *G. Merzbach: Die krankhaften Erscheinungen des Geschlechts-sinnes.* Wien u. Leipzig, A. Hölder. 6 k. — *R. Behla: Die künstliche Züchtung des Krebsreggers.* Berlin, R. Schoetz. 2.50 m. — *F. Cathelin: Conférences cliniques de chirurgie urinaire.* Paris, H. Paulin et comp. 5 fr. — *Neveu-Lemaire: Précis de parasitologie humaine.* Quatrième édition. Paris, F. R. de Rudeval. 8 fr.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az epeköbetegség gyógyításáról referált a francia belorvosok ez évi congressusán *Gilbert, Carnot* és *Jomier*. Az epeköbaj gyógyításakor két tényezőre kell tekintettel lennünk, az egyik az, hogy a kő képződését megakadályozzuk, a másik pedig, hogy az organismust rábirjuk az oly nagy epekövek elviselésére, melyek az epeutakon át ki nem juthatnak. *Gilbert, Dominici, Fournier* és *Mignot* állatkísérleti szerint a choledochusba jutott bizonyos gyengült virulentiájú baktériumok epeköképződést tudnak előidézni, relativ epepangás okozása által. Az emberben hasonlóképpen rationális dolog elgondolni, hogy az epekövek nagyobbbrészt infectiónak köszönik eredetüket. *Gilbert* és *Lippmann* vizsgálataiból tudjuk, hogy az extra-hepatikus epevezetékben baktériumflóra tenyészik. Marmost ehhez a physiologiai baktériumtenyésztéshoz pathologiai infectio is járulhat; egyrészt a bélből behatol az epeútba a pathologiai infectio, másrészt inficiált epe juthat be az epehólyagba. Az öregség alkalmassá tesz az ilyen infectióra már csak az epeutak izomzatának gyengült volta miatt is; a terhesség, fűzőviselés pedig a nyomás okozta epepangás által. Ugy látszik azonban, hogy a familiáris dispositio is szerepet játszik az epekö képződésében. Ez ellen leginkább tejszénhydrat-étrenddel, fehérhússal, sovány hallal, tojással való táplálkozás által küzdhetünk; az alkoholos italt és erős fűszerezést el kell tiltanunk. Az epepangás ellen bajosan védekezhetünk; alkalmas fűző pl. kívánatos volna, de nehezen készíthető; a cholangogumok alkalmazása és az alkaliák rendelése az epe folyósabbá tétele czéljából praeventive bizonytalan s esetleg az emésztésre nézve káros is.

Epekökölíka alatt cholangogumokhoz kell nyúlni s nagymennyiségű ol. olivarumot, glycerint, Harlem-olajat, Durande-szert, natr. benzoicumot kell megpróbálnunk. Azonkívül hidegvizes beöntés és ivókúrák ajánlatosak.

Epehólyaggöres alatt az epehajtók nem ajánlatosak, hanem absolut nyugalomra kell inteni a beteget s azonkívül szigorú tejétrendre fogni, elosztva kis adagokra a tejet. A fájdalmat meleg borogatással, fürdővel és antipyrines beöntéssel próbáljuk megszüntetni. 0.5 grammos antipyrin-porokat rendelünk, melyekből a beteg 2–3 darabot, szükség szerint 7–8-ig felemelkedve felold vízben s hozzácéppent 10–40 csepp opiumot s az egészet beöntés alakjában alkalmazza. Eredménytelenség esetén nem marad más hátra, mint a morphininjectio.

Szükséges, hogy a beteg a roham lezajlása után is folytassa a tejétrendet s csak lassan térjen át a normális étkezésre.

Ha az epekö a ductus choledochusba beekelődött, 2–5 napos időközökben 25–50–100–150–200 cm³ ol. olivarumot adunk progressive emelkedőleg; hatástalanság esetén ivókúrával próbálkozhatunk meg. Cholangitis esetén pedig antiphlogistikus eljárás és antisepsis szerek alkalmazása van javalva.

Mongour referatumaiban a chirurgiai beavatkozás kérdésével foglalkozik s véleménye szerint a sebészi beavatkozás csak kivételes esetekben van javalva. Az indicatiót a complicatiók adják meg; ezek pedig négyfélék lehetnek: functionális, mechanikai, infectiosus és általános complicatiók.

1. Indikált a műtét, ha ismétlődnek a rohamok, vagy oly intenzitásúak, hogy az életet veszélyeztetik (asystolia); 2. ha mechanikai akadály van, vagyis hydrops vesicae felleae és ez elviselhetetlen kellemetlenségeket okoz a betegnek; 3. javalva van acut és chronikus infectio esetén; acut infectiókor, ha pihentetés ellenére is rosszabbodik a beteg állapota s oliguria, urobilinuria és subicterus áll be; elgenyedő cholecystitisek majdnem kivétel nélkül sebészileg kezelendők; chronikus infectiókor, mely rendetlen intermittáló lázzal, subicterussal s májmegbetegedésre valló vizelet-elváltozással jár, el kell távolítani a különben sem konzerválható epehólyagot; 4. általános infectio miatt. Az epehólyagból is indulhat ki általános infectio, melyet nehéz körvonalozni. A beteg ereje fogy, fokozatosan soványodik, lázas, kevés a vizelete, sötét színű és sok az üledéke; időről időre egy-egy polyuriás krízis következik be. Az arcz beesett, az arczvonások megnyúltak, a bőr színe hasonlít a rákos betegkéhez. Az objectiv vizsgálatkor alig találunk mást, mint az epehólyag duzzadását, sokszor ezt sem.

Az icterus nemcsak a kő okozta elzáródásból származhatik, hanem, ha a mucosa gyuladás következtében duzzadt, ez is elzárhatja az epeutat, azért tehát ezt is számba kell venni az indicatio felállításakor.

Hogy mikor kell sebészileg beavatkozni, azt az icterus megfigyeléséből állapíthatjuk meg. A choledochus kő okozta elzáródása folytán keletkezett icterus orthopigmentes icterus; ilyenkor a májsejt még jól működik. De mikor a májsejtek nem normálisan kezdenek működni, a vizeletben abnormális pigmentek jelennek meg s az icterus metapigmentes karakterű lesz, operálni kell, hogy a szervezetet megszabadítsuk az elváltozott epe imbibitiójának veszélyes következményeitől. (Sémaine Médicale, 1908. 37. szám.)

Szinnyei dr.

Idegkórtan.

A várákózási neurosisról Issertlin (München) előadást tartott. Ezen a czímen egy tünetesoportot írnak körül, a melynek bizonyos összetartozást biztosít, hogy közös oka van. Ez a közös ok valamely esemény aggodalmas várása. Ez alatt „belső feszültség” keletkezik az emberben, a melynek következtése, hogy kóros reakciók jönnek létre. Minden egészséges ember is érezhetette magán, hogy a mikor valami eseményt vár, nyugtalan lesz és azért gyakran téves észrevételek támadnak, és hogy a nyugtalanság mozgásra serkent (pl. fel és alá járás). Ha a várt esemény kellemetlen, az előérzés nagyon kínos, sőt fájdalmas is lehet és a cselekedetek biztonsága is szenvedni kezd. Ennek a normális állapotnak mintegy karrikaturája a kóros. A kínos érzés itt nem egy eset alkalmával fejlődik, hanem olyan eseményekhez csatlakozik, a melyek a mindennapi életben minduntalan előtűnik állanak. Így a kínos érzés fokozódása végül folyton növekvő várákózás-félelemmé lesz, a mely az illető beteg összes cselekvéseit megváltoztatja és vezeti.

A várákózás-neurosis példája az, a mely olvasáskor támad, a mikor iszonyodás a világosságtól, fájdalom és feszültség támad a szemben. Így szenvedhet az írás, a járás, az alvás, a beszéd, a nyelés, a vizelés, sőt sok psychés impotentia is ilyen eredetű. Arra, hogy itt közös alap van, már régebben gondoltak. Ezért beszéltek járásdagóról bizonyos psychés származású ügyetlen járás megjelölésére, vagy vizelésdagóról. Pick szólt a mozgásművelet megzavarásáról az arra irányított figyelem következtében, a francia szerzők műveiben olvasható az ugyane körre vonatkozó kifejezés, „douleurs d'habitudes”. A várákózás-neurosis mindig psychés eredetű és a kórok utolsó láncszeme psychopathiai hajlam, a mely gyakran egész családokat tesz betegg. Többnyire az ideges terheltség ki is mutatható, a mennyiben a többi családtag is aggodalmaskodik és bátortalan. A kiváltó ok sokszor valami esemény, a mely valamelyik működést megzavarja. Így az egyik betegen járásfélelemi neurosis támadt, mert soká kellett ágyban fekvődni betegség miatt, vagy egy másikon nyelésfélelem angina elszívódása után.

A lefolyás lehet lassú és sokszor előhaladó. A kép maga monoton, nem változó. Van kedvezőbb eshetőség is, olyan, a mely spontán gyógyul, a mikor a beteg valami véletlen esemény folytán várákózás-neurosisának alaptalan voltáról meggyőződik. Ez még egyébként súlyos esetekben sincs kizárva. A kezelés csakis psychés lehet, a hypnosis gyakran sikeres. Azt lehet mondani, hogy a betegek valami baj emlékeztében szenvednek és meggyógyulnak, ha az emlékezés hatalmát veszti. (Ez ép ellentéte a Freud-féle eljárásnak.) Egyéb gyógyító kísérletek, mint hydrotherapia, általános erősítés stb. egészen hatástalanok.

Ez a kórkép talán sokak előtt a hysteria körébe tartozik, különösen, ha elfogadjuk azt a meghatározást, hogy hysteria az a kór, a melynek oka valamely képzet (Vorstellung). A kifejezett hysteriás jelleg azonban nincs meg ebben a képen, és egyéb hysteriás tünetek is hiányozni szoktak. Issertlin a neurasthenia felé is határokat keres és kifejti, hogy a fáradékonyság hiányzik a várákózási neurosisban, bár egyéb neurastheniás tünetek gyakran vannak a betegeken. A phobiától való elhatárolás még nehezebben sikerül a szerzőnek. A phobia általánosabb, terektől, utcáktól, tütől való félelem általában, míg a várákózás-neurosisban egy meghatározott élmény ismétlődésekor fél a beteg. A phobiában maga a félelem fáj a betegnek, a várákózás-neurosisban a félelem mel-

lékes, hanem bizonyos tünetek esnek rosszul. A phobiák prognosisa rosszabb, mert az illető egyén jelleméből folynak, és ha javulnak is valamit suggeráláskor, a visszaesés hamar megjön. A leírt baj annyiban áll közel a balesetneurosishoz, mert a zavar ebben is valami eseményből indul ki. Csakhogy a balesetneurosisban valami súlyos eseményről van szó, a mely az egész egyéniséget elfoglaló kedélyhullámzást teremt az életjáradék elnyerése céljából. (München med. Wochenschr., 1908., 27. sz.) *Kollarits Jenő dr.*

Sebészet.

Röntgenezett állatok viselkedését bakteriumos infectioval szemben tanulmányozta kiterjedt kísérleteiben *Läwen*. Szemben *Juddsone*, *Werner*, *Helle*-vel, a kik szerint a röntgenezés növeli az állatok resistentiáját, arra az eredményre jut, hogy behatoló röntgenezés az állatok resistentiáját infectioval szemben jelentékenyen lecsökkenti. Hosszú röntgenezéssel és ezzel előidéztetemes leukocytaszéteséssel sem sikerül a serum baktericid képességét megváltoztatni. A leukocyták feloldása alkalmával nem szabadulnak fel oly baktericid endoenzyme, melyek a serumalexinek hatásának fokozására alkalmasak volnának. Ezzel szemben az infectio utáni leukocytaszaporodás erősen röntgenezett állatokban kimarad, sőt a leukocytaszám az infectio után leesik, míg ha nem igen hosszú ideig tartott a röntgenezés, rendszerint relatív leukocytosis áll be. Míg a normalagglutininekre a Röntgen-sugaraknak nincs befolyásuk, a specifikus, az infectioval kapcsolatosan képződött agglutininek s valószínűleg, bár kisebb mértékben, a specifikus bakteriolysinek képződése röntgenezett állatokban lényegesen gátolt. Egyesekben az agglutininképzés teljesen kimaradt. Ebből azt a következtetést vonja, hogy a specifikus agglutininek képződési helyeül a vérképző szervek és nevezetesen a leukocytaképzéssel összefüggésben álló sejtesoportok tekintendők. (Mitteil. a. den Grenzgeb., XIX. 1.)

Pólya.

A perforatív peritonitis kezelésében *Murphy* a korai és gyors műtétet, a műtét utáni ülőhelyzetet, a bő konyhasós csőrök alkalmazását tartja a legfontosabb elveknek, melyek követésével ő valóban fényes eredményeket ért el. 51 esete közül (2 gyomor-, 1 duodenum-, 5 typhus, 43 appendixperforatio) csak 2 halt meg, egy pneumonia, egy mechanikai ileus folytán; 7 esetben utólagos circumscript tályogok miatt, 6-szor pedig postoperatív ileus miatt kellett secundaer laparotomiát végeznie, vagyis az eseteknek több mint negyedében. A műtét és a baj kezdete közt eltelt idő 8—40 óra közt ingadozott, az átlagos idő 22—30 óra volt. És ez a rövid idő magyarázza meg legfőképp az eredmények jóságát. (Annals of surgery, 1908 június.)

Pólya.

Keskeny műtethegek elérése céljából *Schanz* (Drezda) az összevarrt asepsises sebeket 3—5 nappal a műtét után jodtincturával ecseteli. Nagyobb sebeket az ecsetelést 2—5 napon át megismételi. Ezen eljárásra a sebszékék kis mértékben meglobosodnak, a sebszékék gyorsabban és erősebben tapadnak össze, a fonál kiszédésekor pedig elmarad a sebszékéknek azon ékalakú tátonysága, melynek folytán nem finom vonalszerű, hanem néhány milliméternyire elszélesedő heget kapunk. (Centralblatt für Chirurgie, 1908. 32. szám.)

Gergő.

Aetherbódítás után a hányást *C. Ritter* (Greifswald) azzal gátolja meg, hogy közvetlenül a műtét után *Bier*-féle pólyát alkalmaz a beteg nyakára, 1/2—1 órára. 62 észlelt esetében a módszer kitűnően bevált. *Renner* a strangulatio hatásának magyarázatát abban keresi, hogy vele az agy méregtelenítését elősegítjük: a hyperaemiás agy a narcoticumok iránt kevésbé fogékony és a benne felhalmozott méreg is gyorsabban küszöböltetik ki. (Centralblatt für Chirurgie, 1908. 28. szám.)

Gergő.

Égett sebek kezelésére *E. Renner* (Donavitz) oly hintőport ajánl, mely részben bismuthum subnitricumból és részben kaolin pulverisatumból áll. Tekintet nélkül az égés fokára, az alaposan megtisztított sebre bőven reáhinti a bismuth-port és azután gaze-kötéssel fedi. A kötést naponta kell változtatni. Ezen porkötés hatása *Renner* szerint egyrészt az, hogy a fertőzést bizton megátalja, másrészt még a mélyebb sebeknek is gyors beszáradását okozza; a létrejött pörk alatt pedig gyorsan folyik a hámosodás.

Bardleben bismuth-polyaival szemben a bismuth-kaolin por előnye, hogy olcsóbb, hogy antisepsises ereje, valamint váladécsökkentő hatása nagyobb, és végezetül, hogy a kötészváltás sokkal egyszerűbb, mint *Bardleben* polyaival. (Centralblatt für Chirurgie, 1908. 30. szám.) *Gergő.*

Szülészet és nőorvostan.

A placenta praevia kezeléséről értekezik *Hammerschlag* magántanár (Königsberg). Tudvalevőleg a placenta praevia legnagyobb veszélye a vérzés, a mely a méh alsó szakaszában tapadó s részlegesen levált lepény helyén az anyai vérerekből keletkezik. A lepény leválását a szülőfájások okozzák, a melyek már a terhesség alatt is támadhatnak, de leginkább a szülés megindulását követő sűrűn ismétlődő fájások alatt szokott az előlfekvő lepény leválni. Legbiztosabb módszer tehát a vérzés megszüntetésére a fájások kikapcsolása, vagyis a szülés befejezése, mert csakis a magzat és lepény kiürülése után tud a méh állandóan összehúzódni és így a placentaris terület véreirei is csak ekkor záródnak el. Mivel a vérzések a terhesség alatt vagy a szülés kezdetén a táglási szakban is jelentkezhetnek, kénytelenek vagyunk néha a szülést befejező komplikáltabb módszerekhez is fordulni. Régebben az ú. n. accouchement forcéet, a magzatnak a nem nyitott nyakcsatornán át erőszakos kihúzását végezték, a mi rendkívül veszélyes eljárás, mert ellenőrizhetetlen repedésekkel és lágyrész-sérülésekkel jár. Modernebb már a Bossi-féle fém-tágító alkalmazása, a melylyel 20—50 perc alatt lehet a méhszájat kitágítani; ezen eljárás is a berepedések veszélye miatt nem nyert polgárjogot Németországban. Csukott méhszájnal a szülés befejezésére szolgál újabbban a császármetszés, és pedig akár klasszikus alakjában a hasfalon át, akár pedig a Dührssen ajánlotta vaginális úton. Placenta praevia eseteiben egyike sem ajánlható. Mivel tehát a szülés azonnali befejezésének útjában számottevő nehézségek állanak, vannak olyan eljárások, a melyek a vérzést csillapítják és a lepény további leválását megakadályozzák; ilyenek: 1. a vaginális tamponade jodoformgazezel avagy kolpeurynterrel, 2. burokrepesztés, 3. metreurysis, 4. tamponade a magzat testével, a nyakcsatornán át lehozott lábbal. — Hüvelytamponade-dal jól csillapítható a vérzés, azonban magában rejtje ezen eljárás a fertőzés veszedelmét. A legpontosabb fertőtlenítés mellett sem lehet a hüvelyt teljesen csíramentessé tenni, a csirák pedig a tampon mögötti véralvadékokban jó táptalajuk van a továbbfejlődésre. Ezen feltevést a gyakorlat igazolja, a mennyiben a placenta praevia eseteiben fertőzés folytán elhaltaknak legnagyobb részét tamponálással kezelték. A königsbergi klinikán a gyermekágyi morbiditás tamponált esetekben 80%, nem tamponáltakban 37.8%.

A Schröder ajánlotta burokrepesztés ajánlatos, ha csak csekély részben fekszik elől a lepény, tehát az úgynevezett mélyenfekvő lepénynél és placenta praevia marginalisnál és pedig egyenes fekvésnél jó fájások mellett, hogy az előljövő nagy rész tamponálja a placenta helyét. A königsbergi klinikán 38 esetben végezték és pedig 33-szor sikerrel, 5 ízben eredménytelenül. 91%-ban élő magzatot kaptak, az anyák mortalitása nulla, morbiditása pedig nem nagyobb, mint rendes szülés után.

A metreurysis főzés útján jól sterilizálható, nem elastikus ballonnal történik. A vérzés csillapítása ezen eljárással kitűnő; mert egyrészt maga a ballon tamponál, másrészt fájásokat vált ki, a mi által a nyakcsatorna tágulván, az előlfekvő nagy rész beékelődése csillapítja a vérzést. A szülés vagy spontan folyik le, vagy gyakran fordítással fejeztetik be. 17 esetben végeztek metreurysist, 10-szer spontan szülés következett be, 7-szer pedig fordítás vált szükségessé. Egy anya halt meg elvérzésben cervixrepedés után, lázas gyermekágy pedig négy esetben volt. A magzatokra vonatkozólag az eredmény 10 = 55.5% élő.

A tamponade a magzat testével, a nyakcsatornán lehozott lábbal minden esetben prompt csillapítja a vérzést és hatása a szülés befejezéséig tart. A műtét kombinált fordításból áll, melynek keresztülvitelére legalább is 2 ujjnyi méhszáj szükséges. Ha szűk a méhszáj, előbb tágítandó egy ujjal, majd lassan a másik ujjal is, gyors beavatkozás szüksége esetén a tágítás Tarnier-féle hólyaggal történik. A magzat megfordítása nem szokott nehézséget okozni; ha a láb a hüvelyen át megszületett, a far a placenta helyét nyomván, a vérzést biztosan csillapítja. A míg a magzat fara meg

nem született, mindennemű húzás, avagy a magzat életét megmen-teni célzó eljárás kerülendő, mert a magzatnak gyors kihúzásával halálos cervix-repedéseket kaphatunk. 191 esetben tamponáltak a magzat testével placenta praeviaiban, ezekből 12 végződött az anya halálával = 6.3%; 3 esetben a halál oka fertőzés volt, 5-ször cervix-repedés, 3-szor anaemia és egy esetben pneumonia. A magzatra nézve az eredmény, tekintve a szigorú expectativ eljárást, rossz, 84% mortalitás.

Minden eljárásnál szem előtt tartandó a cervix-repedés veszedelme és épen ezért minden erőszakos tágítás kerülendő. Legjobb, ha az orvos eleve lemond a magzat életéről és azt a hozzátartozóknak is kijelenti. Ha a magzat élete különösen fontos, rosszabb prognózis mellett nekiindul a szülést befejező körülményes eljárásnak, a cervikális császármetszésnek, a mely azonban már intézetben végzendő. — A magzat megszületése után a lepényi szakra nagy gond fordítandó és ha az anaemia tünetei az életet veszélyeztetők, ne késünk sokáig a lepény művi leválasztásával. — Ha minden elővigyázat mellett is cervix-repedés keletkezett, tömjük ki jodoformos gaze-zel jól a méhüreget és a repedés helyét, valamint a hüvelyboltozatot is; a hasra szorító kötést tegyük. A tamponade 2 × 24 órát maradjon benn. A vérzés csillapításával karöltve kezelendő az anaemia. — Ha erősen kivérzett asszonyhoz jövünk, a kiből a vérzés momentan szünetel, előbb az anaemia kezelendő és csak azután fejezendő be a szülés, ellenkező esetben előbb csillapítandó a vérzés, majd közben kezeljük az anaemiát is és csak ezután fejezzük be a szülést. (Medizinische Klinik, 1908. 17. sz.)

Bogdanovics dr.

Kisebb közlemények az orvogyakorlatra.

A vörheny gyógyításáról ír *Garlipp* a berlini Charité gyermekklinikáján szerzett tapasztalatai alapján. A torkot naponként többször kifeeszkendezik; legjobbnak bizonyult e célra az 5%-os ichthyol-oldat; a 3%-os hydrogensuperoxyd-oldat is jól hat. Nagyobb fokú diphtheroid fennforgásakor a tonsillákba feeszkendezett 3%-os earbol-oldat néha megakadályozza a nyakmirigyeknek nagyobb mérvű megbetegedését; mindegyik mandulába 0.5 cm³-t kell feeszkendezni Taube-kanül segítségével. A nyirokmirigyeknek erős duzzadása ellen az 5%-os ichthyolkenőccsel bekötözés használ. Kezdődő középfülgyulladás ellen jó a beeseppentés 5—10%-os carbolglycerin-nel; ha azonban csak a legkisebb előbótosulás is látszik a dobhártyán, azonnal paracentesis végzendő. A veselő fejlődésének megakadályozása végett urotropint adni teljesen haszontalan. Az uraemia fejlődésének megakadályozására s a már kifejlődött uraemia megszüntetésére legjobb a vérbocsátás; a mióta rendszeresen használják, a klinikán egy gyermek sem halt meg uraemiában. Ha a vizelet napi mennyisége 300—400 cm³ alá süllyed, 6 piteáz tesznek a vese tájékára és erős utóvérzést tartanak fenn; ha ez nem elég, másnap venaesectio útján 200 cm³ vért (nagyobb gyermek) eresztene. Az izzasztó fürdő is hasznos lehet. Ha a vizelet nagyobb mennyiségű vért tartalmaz, gelatinát adnak belsőleg. A vörhenyes csúzt aspirinnal, pyramidonnal s más hasonló szerekkel gyógyítják; nagy adagokat kell adni rövid időközökkel, például nagyobb gyermeknek délelőtt 1/2 óra alatt kétszer 0.5 grammot. A serumtherapiától nem láttak eredményt. (Therapeutische Monatshefte, 1908. 7. füzet.)

Az atoxylt aránylag kis adagokban már évek óta nagyon jó eredménnyel használja *Schacht* tonicum gyanánt chlorosis, kevésvérűség, idegbajok, Basedow-kór, gyengeség-állapot, fertőző betegségek utáni reconvalescentia eseteiben. Kétnaponként végez egy-egy befeeszkendezést a glutaeusokba a következő séma szerint: 0.02, 0.04, 0.06, 0.08, 0.10, 0.12, 0.15, 0.15, 0.15, 0.15, 0.12, 0.10, 0.08, 0.06, 0.04, 0.02. Kellemetlenséget ilyen kis adagok után sohasem látott. (Medizinische Klinik, 1908. 37. szám.)

Bél- és orrbajok összefüggése. *Bonnier* 38 különböző fajta enteritist észlelt, a mely az egyidejűleg fennállott orrbaj (heveny vagy idült nátha, orrsövényelhajlás, orrkagyló-túltengés) megszüntetésével meggyógyult vagy legalább is erősen javult. A 38 eset közül 23 enteritis membranacea volt. (Archives générales de médecine; ref. Journal de méd. et de chir. prat. 1908. szeptember 10.)

Magyar orvosi irodalom.

Magyar orvosi archívum, 1908. 4. füzet. *Liebermann Leó* és *Fenyvessy Béla*: Agglutináló és haemolytikus hatású fehérjementes készítmények előállításának immunvérsavóból. *Bókay Zoltán*: A nagy cseplesz szerepe általános kórtani és biológiai szempontból. *György Tibor*: A magyar orvosi irodalom 1907-ben.

Gyógyászat, 1908. 39. szám. *Bauer Lajos*: Myiasis externa. *Góth Lajos*: A gerincvelőérzékenyítésről nőgyógyászati műtéteknél.

Orvosok lapja, 1908. 39. szám. *Chudovszky Móricz*: Sebészeti megbetegedések.

Budapesti orvosi ujság, 1908. 39. szám. *Fürész Jenő*: Higanymérgezés súlyosabb esete. „Urologia” melléklet, 3. szám. *Genersich Antal*: Húgyhólyagrak radikális műtete, kétoldali ureterresectióval és implantációval. *Frank Ernő*: Javitott hólyagtűkór. *Rotter Henrik*: Az ureterek ellátása a Wertheim-műtétnél.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Hajós Béla* dr. közegészségügyi főfelügyelői címmel felruházott közegészségügyi felügyelőt közegészségügyi főfelügyelővé, *Bassa Ignác* dr. közegészségügyi felügyelői címmel és jelleggel felruházott közegészségügyi segédfelügyelőt valóságos közegészségügyi felügyelővé és *Hajdu Imre* dr. közegészségügyi segédfelügyelői címmel és jelleggel felruházott minisiteri fogalmazót valóságos közegészségügyi segédfelügyelővé nevezték ki. — A székesfővárosi Rókus kórház gégeosztályának főorvosává a nyugalomba vonult Navratil Imre dr. helyébe *Morelli Károly* dr.-t nevezték ki a főpolgármester. — Fejér megye főispánja *Lauschmann Gyula* dr.-t megyei tisztii főorvossá, *Mészöly József* dr.-t a szent György-kórházhoz osztályorvossá és *Riffer Géza* dr.-t járásorvossá nevezték ki. — *Malusev Dusan* dr.-t és *Weisz Bertalan* dr.-t Zemplénmegye főispánja a sátorlajújhelyi Erzsébet-kórházhoz segédorvossá nevezték ki. — A székesfőváros főpolgármestere *Werner Sándor* dr.-t és *Deák Imre* dr.-t kórházi alorvossá, *Szász Béla* dr.-t és *Lazie Pál* dr.-t segédorvossá nevezték ki.

Az új egyetemi stomatológiai (fogászati) klinikán (Mária-utca 52) szakképzést kereső orvosok számára a kurzusokat két havi turnusokban tartják. A legközelebbi november 1-én kezdődik.

Czirfusz Dezső dr. királyi tanácsos Sanremóban az idén is folytatja orvosi működését; a Margitliget sanatóriumában helyetteséről gondoskodva van.

A budapesti orvosi kör országos segélyegylete pénztárába folytatódólagosan befizettek. Kiss Gyula, Vida József, Gráf János, Hesz Gyula, Stein Oszkár, Horváth Mihály, Nádas Lipót, Leitner Miksa, Rózsa István, Dembitz Vilmos, Stankovics Gergely, Kerekes Lipót, Kronstein Vilmos, Lányi Géza, Schlésinger József, Baumerth Gyula, Berkovits Emil, Pávay Gábor, Lautner Ferencz, Samek Fülöp, Stern Mór, Séllei Imre, Zábóri Béla, Ecsedi Mór, Kanócz János, Veres Pál, Molnár Ignác dr.-ok. Az 1907. évre 4—4 koronát: Szentkirályi István, Vándor Ödön, Varga István, Bordács István, Czilezer Benedek, Doktor Sándor, Engel Gábor, Gyenes Antal, Ladányi Mór, Mály Antal, Mayer János, Nyáry János, Szirmay Vilmos, Haasz Simon, Rajner Géza, Hajnal Albert, Csizsér Miklós, Márton Imre. Az 1909. évre 4—4 koronát: Dumitreanu Ágoston, Lengyel Samu, Celler Nándor, Ájtós E. Imre, Szikszay Sándor, Sassy János, Missner Antal, Purjesz Ignác, Epstein Manó, Kretsmér Albert. Az 1906—7. évre 8—8 koronát: Révész Zsigmond, Konrádi Dániel, Pataky Ármán, Kuthy Elek, Vogel József, Cserno Kornél. Az 1907—8. évre 8—8 koronát: Gust Henrik, Berger Hugó. Az 1908—9. évre 8—8 koronát: Lövy László, Klasz Pál. Az 1905—6—7. évre 12 koronát: Kelen József. Az 1910. évre 4—4 koronát: Schönfeld Mór, Strelinger Viktor, Klein Jakab. Adományok: B. O. K. O. E. Libmann Mór dr., koszorúmegváltás 50 kor., Habermann Gyula dr., Fülöp Melk 400 kor., Imrédy Béla dr., egyet. tanár 154 kor., Faragó Andor dr. és Albeker Károly dr., Dunavecse 39 kor., Fleischer Elemér dr., Bpest 20 kor., Karos Adolf dr. Nagykapos 10 kor. Felkérem azon tag urakat, a kik tagdíjaikkal hátralékban vannak, hogy felszólítás bevétele nélkül azt befizessék, annál inkább, mert a felszólításból eredő nyomtatvány és postaköltség megrövidíti a segélyezésre fordítandó összeget. Budapest, 1908. szeptember 15. *Katona József* dr. pénztáros, Mester-utca 1.

Megjelent. A kötelező egyéves kórházi gyakorlat reformja. A vidéki kórházak igazgatóinak 1908. évi szeptember 20-án tartott országos értekezletén előadta *Petz Lajos* dr., Győr. *Petz* dr. ezen előadásában utal azon nélkül helyzetre, a melybe a vidéki kórházak a kötelező gyakorlati év behozatala által jutottak, a mennyiben közülük nemcsak azok, a melyek a gyakorlati év szempontjából nem részesültek érvényességben, hanem azok is, a melyek ily érvényességgel felruháztattak, nem kapnak egykönnyen hosszabb ideig megmaradó alorvosokat. Főoka ennek a gyakorlati évet szabályozó rendelet azon pontja, hogy a gyakorlati év egyes hónapjait más más osztályon kell tölteni; ennek folytán az orvosjelölt kénytelen 2—2 hónaponként egyik kórházból a másikba vándorolni, holott egy-egy vidéki kórház változatos anyagán, ha nincs is annak külön belorvostani, sebészeti és szülészeti osztálya s nincs is külön főorvosa mind e szakokra, az orvosi működés egész területén megszerezheti a gyakorlati kiképzést. Javaslatát a szerző a következőkben foglalja össze: 1. az egy évre kötelező kórházi gyakorlat mai rendszere újabb revisio

alá veendő; 2. a jövő rendszerének megállapításában oly berendezések szükségesek, a melyek a vidéki kórházaknak a fiatal orvosi nemzedék gyakorlati kiképzése terén beteganyaguk mennyiségének és minőségének megfelelően nagyobb teret biztosítanak. A vidéki kórházigazgatók értekezlete elhatározta, hogy *Petz* dr. javaslatainak megfelelő feliratot intéz a budapesti és kolozsvári orvostudományi tanártestülethez s a vallás- és közoktatásügyi ministeriumhoz.

Meghalt. *Herczel Fülöp* dr., a szegedi városi kórház volt főorvosa, 82 éves korában. Az elhunytban *Herczel Manó* dr. egyetemi tanár atyját gyászolja. — *Fekete Sámuel* dr., Szatmár vármegye nyugalmazott főorvosa, 85 éves korában szeptember 26-án.

Kisebbs hírek külföldről. *O. Piffel* bécsi magántanárt a prágai német egyetemen az oto-rhinologia rendkívüli tanárává nevezték ki. — *J. Schaffer* dr.-t, a bécsi egyetemen a histologia rendkívüli tanárát rendes tanárrá nevezték ki. — *J. Ruge* dr. Berlinben és *Korff* dr. Kielben a tanári címet kapta. — *Pansini* dr.-t Nápolyban a semiologia rendes tanárává nevezték ki.

Az olasz belorvosok társasága október 26-ától 29.-éig tartja 18. congressusát. Tárgyalásra a következő kérdéseket tűzték ki: 1. A szívartériák klinikai jelentősége. 2. A familiáris neuropathiák. 3. A túltáplálás következményei.

A Philadelphiában tartott nemzetközi tuberculosis-conferentia a tuberculosis elleni védekezés terén kifejtett érdemekért kiosztandó aranyérmeket *Althoff* nyugalmazott minisiteri tanácsosnak Berlinben és *Henry Phipps*-nek, a philadelphiai tuberculosis-intézet megalapítójának ítélte oda. Ezüstérmeket kapott *Fränkel B.* tanár Berlinben, *Landouzy* tanár Párisban, *Williams Th.* dr. Londonban és *Coni* dr. Buenos-Airesben.

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

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium”. Ujonnan épült magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kíváncsiak prospektus.

Reiniger, Gebbert & Schall

Budapest, VIII., Rákóczi-ut 19. szám. Villamos orvosi műszerek különlegességi gyára.

Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete.

Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, fizikális gyógy módok.

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

Budapesti ZANDER-gyógyintézet

VIII., Muzeum-körút 2. Teljes fizikális gyógyberendezés. Főbb javالاتok: Idült gyomorbélátónia, székrekedés, elhízás, köszvény, csúsz, idegzsák (ischias stb.). Csonttörések és egyéb sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Érelmeszesedés, szívbetegségek, bronchialis asthma (villamos fény-fürdővel), neurasthenia, bénulások. Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése (Zander módszerével). Gerincvelőgörcsök.

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

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

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

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. 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. WIDDER BERTALAN operateur testgyógyász (orthopédia) intézete csont- és ízületi (tuberculosus, angolkóros, rheumás, elgörcsölt) betegeknek. Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 19. Magyar-utca sarok. Rendel: délelőtt 11—12-ig, délután 3—5-ig. Szegényeknek díjtalanul.

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

Arányi Gusztáv dr., mint gyakorló fürdőorvos rendel **Karlsbadban**, Sprudelstrasse, „Goldenor Helm” házban, április 20-ától október elejéig; nevezetnek **Budapesti orvosi laboratóriuma** október elejétől április 15.-éig van nyitva (IV., Koronaherceg-utca 18. I. em.). A laboratóriumban vegyi, gőrcsövi és bakteriológiai vizsgálatok végeztenek.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. A német orthopaed-sebésztársaság VII. congressusa. (Berlin, 1908 április 24—25.) 735. l. — A budapesti kir. orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya. (1907. november 19.-én tartott ülés.) 736. l. — Bihar megyei orvos-gyógyszerész- és természettudományi egyesület. (1908 évi március 2.-án tartott szakülés.) 737. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 737. l.

A német orthopaed-sebésztársaság VII. congressusa.

(Berlin, 1908 április 24—25.)

Ismerteti: Gergő Imre dr.

(Vége.)

III. ülés 1908 április 25.-én d. u. 2 órakor.

Karch (Aachen) a plastikai ínműtétek technikáját fejtegette.

Bade (Hannover) az arthrodeseisekben követett eljárását írta le. Szerinte az arthrodeseisekben fontos az ízület legalkalmasabb helyzetének megválasztása; műtét után pedig több hónapig szükséges a gipszkötés, hogy a consolidatio teljes legyen.

Gocht (Halle) kórbonctani vizsgálatainak eredményét közölte a csípőízület veleszületett ficamáról. Szerinte a magzat in utero behajlított csípő mellett nem befelé rotált, hanem kifelé rotált czommbal fekszik; ficam esetén a czombesont feje és nyaka retrovertált. A ficam repositiójának legnagyobb akadályát a tokszalag részéről tapasztalta.

Ludloff (Breslau) a csípőízület veleszületett ficamának véres műtétekor előző hosszmetéssel hatol be az adductor magnus és a gracilis között; azután felkeresi az incisura acetabuli és alulról nyitja meg a tokszalagot. A repositio akadályai szerint a porcok limbus, melyet a fejecs befelé szorít; a limbus bemetszése után a repositio sikerül. Ludloff ezen eljárás szerint 5 esetben végzett eredményes műtétet.

Fröhlich (Nancy) a csípőízület veleszületett ficamában a vértelen repositio eredményét 80 esetben utóvizsgálattal ellenőrizte: négyszer talált coxa varát, kétszer coxitis tuberculosát, egyszer traumás ficamot, kétszer a czombyak maradt vissza fejlődésében, hatszor pedig gyermekbénulást látott utólagos szövödményképen.

A discussio folyamán Wullstein (Halle) említi, hogy 12 év előtt vértelen repositiót végzett Lorenz szerint kétoldali ficam esetében. Az eredmény most is ideális és mégis ennek ellenére az x-sugaras kép kétoldali coxa varát mutat.

Becher (Münster) több esetben sikerrel tett helyre pathológiás csípőficamokat előzetes erőyes extenziós kezelés után.

Lorenz (Bécs) idült traumás ficam eseteiben eredménytel alkalmazta a fejecs transpositióját. Ezen módszer eredményét többre becsüli a véres módszer eredményénél s azért a legmeglebbebben ajánlja.

Deutschländer (Hamburg) a traumás eredetű pes valgus x-sugaras képét tanulmányozta és csontlerepedéseket észlelt a Chopart-ízület tájékán a proc. anterior calcaneiából és az os naviculareből; azonkívül idült deformáló arthritis jeleit is látta. Ezért hasonló esetekben nem betéteket, hanem mechanikai kezelést ajánl, ha pedig ez célra nem vezet, arthrectomia szükséges a csontlerepedések eltávolítására, esetleg arthrodeseis végzendő.

Wullstein (Halle) arthritis deformans tanulságos készítményeit demonstrálta.

Riedel (Linz) hallux valgust úgy gyógyított, hogy az os cunei-forme I-ből éket vésett ki alapjával befelé.

Chlumsky (Krakkó) azon benyomást nyerte, hogy a svéd gymnastika a skoliosist nem hogy javítja, hanem a szalagok lazításával egyenesen rosszabbítja.

Biesalski (Berlin) ingakészülékeket mutatott be zsugorodások kezelésére a váll- és csípőízületben; Hermann (Potsdam) mérőszközöket a láb számára, eszközt a pes valgus redressálására és készüléket a pes varus ambulans kezelésére; Muskat (Berlin) impraegnált papírost demonstrált láblenyomatok elkészítésére; Riedinger (Würzburg) pedig pes varus redressálására szerkesztett készülékeket.

IV. ülés 1908. április 25.-én délután 5 órakor.

Ezen ülés egyedüli tárgya a nyomorékok kérdése volt. Az ülésen orvosokon kívül több német kormány képviselője, azonkívül

papok és tanítók vettek részt, a mi elég élénken illusztrálta a nyomorék-otthonok kérdésének aktuális fontosságát úgy orvosi, mint sociálpolitikai szempontból.

Biesalski (Berlin) nagy szorgalommal összeállított statistikát nyújtott a nyomorékok számáról. Németországban a 15 évnél fiatalabb nyomorékok száma összesen 75,000. Ezek közül — orvosok véleménye szerint — 42,000 szorul orthopaed kezelésre és elhelyezésre megfelelő intézetben.

Németországban jelenleg 3000 ily nyomorék gyermekről gondoskodtak összesen 32 nyomorék-otthonban. 39,000 gyermek vár tehát még ellátásra.

Biesalski ezután szabatosan körvonalozta a nyomorék szó értelmét. Nyomorék szerinte az, a ki törzsének vagy végtagjának használatában veleszületett vagy szerzett okok miatt gátolt és a ki megmaradt szellemi és testi erejét az élet fenntartására csak megfelelő intézetben, orvosi és paedagogiai felügyelet mellett tudja kifejezni. Biesalski a „Krüppel“ (nyomorék) elnevezés helyett a kevésbé visszatartó „Hilfling“ szót ajánlotta.

Rosenfeld (Nürnberg) szerint a nyomorékokon észszerűen a következő eljárásokkal segíthetünk: 1. orvosi és orthopaed kezeléssel külön intézetekben; 2. individualizáló neveléssel a különböző ipari foglalkozásokra; 3. a gyógyíthatatlanoknak az ellátásával és 4. a prophylaxissal.

Az intézeteknek az eltartására az állam, a község, valamint egyesületeknek és magánosoknak a jótékonyága volna kikérendő. Ezen intézeteket az egyetem orthopaed tanszékével kapcsolatban kellene szervezni. Ha a nyomorékoknak csak egy része is az intézeti kezeléssel munkaképessé válnék, ezen koldusok adófizetőkkel válnának, a mi Németország háztartásában évente 100 millió márka megtakarítását jelentené.

Lange (München) szerint igen fontos tényező ezen kérdésben az orvosok kiképzése az orthopaediában; orthopaed cursusok kötelező vizsgálatokkal nagyban elősegítenék a gyakorló orvosnak ez irányú működését. Mióta az egyetemeken a szemészeti oktatás kötelezővé lett, a vakok száma 33⁰/o-kal csökkent. Lange szerint az orthopaediának intenzívebb oktatása is hasonló eredménnyel járna a nyomorékok tekintetében.

Vulpus (Heidelberg) a nyomorék gyermekek ellátásáról Badenben szólt. Aberle (Bécs) ugyanerről Ausztriában és Magyarországon; amott 2, emitt 1 megfelelő intézet működik, mind a három intézet összesen 88 ágygyal.

Bade a hannoveri, Goldberg a szentpétervári, Schulthess a zürichi és Schlee a braunschweigi nyomorék-otthonokat méltatta.

Witte (Grätz) a műszerészeknek visszaéléseiről és kuruzslásáról beszélt. Eltekintve ezen eljárás sértő voltától az egész orvosi rendre, maguk a nyomorékok is súlyosan bűnhődhetnek a kuruzsló kötszerészek sablonos kezelése folytán. Sajnálatos, hogy sok orvos is a betegét nem specialista kollegájához, hanem ilyen kötszerészhez küldi.

Sommer (Bigge, Westfalen) az orvosok és papok együttműködéséről szólt a nyomorékok ellátásában. Szerinte célszerű volna az intézet paedagogiai vezetését, esetleg adminisztrációját a klérusra bízni, mert sok időt és fáradságot igényel.

Wahl (München) a nyomorék-otthonok létesítésével igen sok orthopaednek existenciáját látja veszélyeztetve.

Dietrich (Berlin), a porosz közoktatási miniszter képviselője, elismeri, hogy az állam eddigelé a nyomorékokról elégtelen módon gondoskodott. Az állam figyelme mindaddig ki sem terjedhetett a nyomorék-kérdésre, mivel megfelelő statisztikai adatok hiányában fogalommal sem bírt a nyomorékok nagy számáról és teljes gyámoltalanságáról. Mielőtt azonban az állam költségesebb befektetésekbe boesátkozhatnék, szükséges, hogy támogatása mellett első sorban a községek és magánosok járjanak el együttesen.

Lorenz (Bécs) önálló orthopaedsebsz tanszékek felállítását sürgette az egyetemeken, a tananyagot a járóbetegek és a nyomorék-otthonok betegek szolgáltathatják.

Az érdekes vitát Ludloff (Breslau) zárta be: ajánlatára elfogadta a congressus Lange-nek következő határozati javaslatát: 1. A nyomorékok ellátása céljából sürgősen kívánatos az egyetemen az orvosok és orvostanhallgatók alapos kiképzése az orthopaed-sebszethben. 2. Nagyobb egyetemeken ezen célból orthopaed-poliklinikák szervezendők betegágyakkal. 3. Az orthopaed-poliklinikák legyenek teljesen függetlenek a sebész klinikáktól és részben szigorlati joggal is birjanak.

Ezen határozati javaslatot a congressus az összes német szövetséges államok kormányához eljuttatta.

A congressussal kapcsolatban Rosenfeld (Nürnberg) kiállítás rendezett, a hol számos nyomorék-otthon építés-, berendezés- és oktatástervét és ipartermékeit állította ki.

A következő congressus elnöke Lange (München) lett.

A budapesti kir. orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya.

(1907. november 19.-én tartott ülés.)

Elnök: Navratil Imre; jegyző: Lipscher Sándor.

(Vége.)

5. Navratil Dezső: A bal orrfél és a sinus maxillaris hydrorrhoeája. A 28 éves férfi f. év április havában kereste fel az előadót azon panasszal, hogy jobb orrfeléből állandóan kristálytiszta folyadék ürül cseppenként, és ha a fejét előre hajtja, szinte folyik a fent említett váladék. A betegnek ezen állapota végtelenül kellemetlen, a mennyiben csak úgy tud irni, ha orrát vattával eldugja, a melyet nagyon gyakran kell váltani, mivel gyorsan átázik. A beteg éjjel a hátán fekszik, aludni nem tud, mivel a garatjába folyó váladék folyton köhögésre és kiköpésre ingerli. Ha oldalt fekszik, párnája és hálóinge azon az oldalon reggelre tiszta víz. A beteget alaposan megvizsgálva, a rendestől eltérést az orrban csak annyiban találni, hogy a jobb orrfél kristálytiszta folyadékkal van tele. Átvilágítva mindkét fejfél melléküregeit, a jobb oldali sinus maxillarisnak megfelelő kép sötétebb, mint a baloldali. 20%-os alypin-tonogen-anaesthesiában az alsó orrjáraton keresztül megpungáljuk a sinus maxillaris, a melyből körülbelül két kávéskanálnyi kristálytiszta, vízszertü váladék ürül. A jobb oldali felső második praemolaris helyén egy gyökér van, melyet kihúzzunk, s ezen helyen a felső állcsontot perforáljuk. A beteg e helyre obturátort kap. Az üreget 3, majd 4, később 5%-os bórvízzel öblíti naponként többször, majd hydrogenhyperoxyddal ugyanannyi vízzel hígítva, később töményen (40%/o). A beteg állapota minimálisan javult, míg augusztus vége felé az egész folyamat egyszerűen megszűnt. A beteg szeptemberben a bal orrfélben és sinus maxillarisban kap hasonló hydrorrhoeát szintén erős mértékben. A beteget az előadó palliative kezeli, a mennyiben a sinus maxillaris perforációját nem tartja javultnak; a Bier-féle pólyát a nyakon (melyet Henle ajánlott először) megpróbálta eredmény nélkül. A beteg újabban atropinpilulákat szed, naponként egyet-kettőt s ezáltal pár órára a kellemetlen folyást az orrából némiképen csökkenti (0.05 atropin 60 pilulára). Az előadó a körképet ideges alapon fennállónak véli, a mennyiben a beteg utólagos bemondata szerint hét év előtt nagyfokú neurastheniában és epileptiformis görcsökben szenvedett, ezek hét év óta nem jelentkeznek, s a neurastheniája is most már kisebb fokú. Ha a beteg állapota nem fog javulni, valami idegerősítő kúrát fog ajánlani.

Lénárt Zoltán: Hasonló esetet látott, melyben azonban sárgás-fehér folyadék ürült; megfigyeléssel kapcsolatban a baj és két-három naponként telt meg újra az üreg. A bemutatott esetet ideges eredetűnek tartja, lobos elváltozások nélkül.

Láng Kornél: Kérdi, vajon punctio után a Fränkel-féle fejtartás mellett megszűnt-e a folyás?

Navratil Dezső: Kevesebb jött, de utána ismét megtelt az üreg.

Láng Kornél: Lehet, hogy itt sero- vagy mucosinus van jelen. Lehet, hogy a hiatus semilunaris úgy van elhelyezve, hogy a váladék mintegy töleséren keresztül belejut a Highmor-üregbe és innen ürül ki. A folyadékot megvizsgálta-e a bemutató?

Tóvölgyi Elemér: Saját magán tapasztalt hasonlót és midőn a savó kiürült, megkönnyebbült. A folyadékfelvonást talán izzasztással lehetne létesíteni.

Navratil Dezső: Nem vizsgálta meg a folyadékot, mert kristálytiszta volt. Valószínűleg vasomotorius befolyás alatt képződik.

6. Zwillinger Hugó: Haemangioma cavernosum hypopharyngis esete. A 31 éves fodrászegéd 1907 november 27.-én jelentkezett azon panasszal, hogy rekedtsége, mely már néhány éve tart, az utóbbi időben fokozódott; nyelése rendes, lélekzététele néha nehezebb, vért nem köpött, étvágya jó, nem köhög, luest tagad. A közepesen táplált férfi tüdeje és szíve ép, a nyelvnek erős lenyomásakor a jobb tonsilla alatt helyenként sötétvörös, helyenként kékesfekete, körülbelül 1 1/2 cm. széles térfogatnagyságú látható, melynek felülete egyenetlen. A nyelvgyök jobb oldalán a jobb valleculát elfödve szintén ugyanily térfogatnagyságú, a nyelvgyökön tágult gyűjtőerek. A jobb fossa pyriformisban, azt egészen kitöltve, a plica aryepiglotticának csak felső részét szabadon hagyva, a gége felső írét is szűkítve, diónagyságú, göbös felületű, részben sötétvörös, részben kékes daganat, mely az epiglottis mögé, a jobb vallecula felé terjed, és a jobb pharyngoepiglottikus redőt is elfödí. A pharynxizomzat összehúzó-dásának kiváltásakor a leírt diónagyságú daganat elhagyja helyét a jobb fossa pyriformisban, a nyelvgyök jobb oldala mellett lesz látható, s megállapítható az, hogy ezen daganat szélesen ül egy lebenyszerű képletben, mely a jobb tonsilla alól indul ki és a nyelvgyökön, a jobb valleculát elfödve, az epiglottis mögött végződik. Digitalis-vizsgálatkor a daganat kissé összenyomható, puha, felülete egyenetlen. A gégében idült hurut jelenségei. Klinice a daganat haemangioma cavernosumnak látszik, alkalmasint veszesüléttel daganattal van dolgunk, melynek eredetéről egyelőre nem nyilatkozom. A haemangioma e helyen fölötté ritkák. A therapia tracheotomia után exstirpationból vagy alkoholbefecskendezésekből fog állani, de csak akkor, ha a jelenségek fokozódnának; másokkal együtt ily természetű daganatokkal szemben magam is a legkonzervatívabb álláspontot foglalom el.

Navratil Imre: Minthogy a beteg nyelni tud, légzése szabad, a műtét nem javalt, különben is kétes a kimenetel. Megkísérélhető más eljárás is, esetleg a bemutató említette alkoholbefecskendezés vagy az adrenalin.

Lénárt Zoltán: Ha a növekedés rohamosabb volna, a gyökeres eljárás javallata állana fenn.

Navratil Dezső: Dollinger tanár klinikáján két hasonló esetet látott. Az egyik venectasia volt struma következtében, mely a struma operálása után eltűnt. A másik angioma tonsillae volt, mely átvonult a garatívek, a pofára és a nyelvre. Dollinger narcosisban operálta; az excitációban az angioma annyira megduzzadt, hogy sürgősen tracheotomiát kellett végezni. Ezért a tracheotomia előre végzendő. A bemutatott esetben műtétet nem ajánl.

Láng Kornél: Műtétet szintén nem ajánl, de bár tapasztalatai nincsenek, megpróbálható volna az elektrolysis.

Zwillinger Hugó: A diagnoszt illetőleg nincs kétség, de sokkal nehezebb a therapia kérdése. Az elnök ajánlatát, mert tapasztalt helyről jön, elfogadja. A nagyobb beavatkozás eredménye kétséges, azért beérné kisebbel; az elektrolysisból a thrombosis és vérzés miatt tart. Tracheotomia után talán a galvanocautikus kaes vagy az alkoholbefecskendezés célra vezet. Az esetet csak 5 nap óta észleli.

7. Ónodi Adolf: Hártás processus uncinatus. Ritka fejlődési rendellenességet mutat be. Rendes alakviszonyok és rendesnek mutakozó hiatus semilunaris mellett a bulla ethmoidalis és processus uncinatus között az utóbbi nyújtvány egész terjedelmében hártás.

8. Ónodi Adolf: Kagylósejt a középső orrkagylóban. A bemutatott orrkagylósejt a felső orrjáratba nyílik, a hólyag tetején elhelyezett nyílás alkalmassá teszi a pyocoele és mucocoele keletkezésére. Tíz eset közül kilenczben a középső orrkagylóban levő kagylósejt a felső orrjáratba nyílt, hossza 8 és 20 mm., szélessége 5 és 14 mm. és magassága 7 és 16 mm. között ingadozott. Két esetben a kagylósejt a felső orrkagylóban észlelte.

9. Ónodi Adolf: Szokatlanul tág ductus nasolacrymalis. Fejlődési rendellenesség, melyben rendes szövetek mellett egy 10 mm. átmérőjű ductus nasolacrymalis van, mely éles szélű billentyűvel nyílik az alsó orrjáratban; két élesen kiemelkedő redő húzódik le az alsó orrjárat oldalsó falán és az orrüreg fenekén összefolyik.

10. Navratil Dezső: Rhinolith esete. A bemutatott orrkő 2 x 1 cm.-nyi nagyságú; jobboldalt az alsó orrjárat közepén volt

beékelődve, a kagylóban fészket vájt és csakis 1—2 mm.-nyi mozgást engedett meg. A betegnek a kő gyermekkor óta a jobb orrfülben orrdugulást okozott. Tonogenezve az alsó orrjáratot s egyúttal 20%-os alypinnel érzéstelenítve az orrnyílást, próbálta a követ eltávolítani, de ez nem ment. Ezért a követ krokodilfogóval összetörte, a mi könnyen ment és darabonként távolította el. A kivett kő phosphorsavas és szénsavas mészből állónak bizonyult. Az előadó kiemeli, hogy az irodalomban utána nézve, azt találta, hogy minden esetben szétzúzták a követ, vagy, tekintetbe véve a consistentiát, a kő szétzúzható lett volna. Mindenesetre demonstrálásra szebb az egészében eltávolított kő, de a beteg érdekét szem előtt tartva, kimondható, hogy ha a kő olyan, hogy összetörhető, feltétlenül összetörendő és úgy távolítandó el, nem pedig rámetészés útján. Túl nagy kövek a kő mögé vitt Gigli-fürészszel, esetleg hosszúnyakú Lűer-fogóval szét darabolhatók és ha elülről nem távolíthatók el a nagy darabok, a nasopharynxon át távolítandók el; hogy a beteg a darabokat le ne nyelje, Laurens-féle adenoid-kosarat viszünk a szájába.

Láng Kornél: Négy orrköesetet észlelt; azt, melyet utóbb az orvosegyesületben bemutatott, másképp nem tudta eltávolítani, mint az orrszárm felhasításával, a mit más eljárásnál enyhébbnek tart.

Narratil Dezső: Az orrgaratüregebe a követ letolni kellő elővigyázat mellett nem veszedelmes. Puha követ könnyebb szétzúzni, mint e miatt az orrszármat felhasítani.

Biharmegyei orvos-gyógyszerész- és természet-tudományi egyesület.

(1908. évi márczius 2.-án tartott szakülés.)

(Folytatás.)

2. Grósz Menyhért dr. a dispensaire első, csonka évi működéséről számol be.

Első sorban ismerteti a dispensaire szervezetét. Különböző okokból nem a német gondozó helyeket, hanem a Calmette-rendszerű dispensaireket tartotta utánzandónak. De ezeket sem szolgál utánzatban, hanem a magyar s nevezetesen a helyi viszonyoknak megfelelően.

Főcélja a dispensairenek a prophylaxisnak széles körben való kiterjesztése által a fertőzés terjedését megakadályozni. De e mellett multhatatlanul szükséges gyógyítólag is közrehatni.

A betegeket s környezetüket a köpettel való bánásmódra kioktatják. Töreksenek a lakás-hygiénét s a táplálkozást javítani, s e célból szegényeket megfelelően segítyeznek. A lakásfertőtlenítés is a teendő körébe tartozik.

Az első 9 hónap alatt 191 beteg jelentkezett. Közülük ki-fejezetten tüdőgümőkörös 89 volt. Gyanús 10 beteg, hörghurutos 33 beteg, mellhártyalobos 1 beteg, csigolyalobos pedig 2 beteg volt.

Köpetvizsgálatot 194 esetben végeztek. Positiv bacilláris lelet 70 esetben volt. Kiemeli az előadó a Ziehl-Neelsen módszer mellett a Spengler-féle picrinmódszer kiváló használhatóságát.

Egy-egy rendelési napra 13 eset jutott. Segélyben 30 tüdő-beteg részesült. A segítyezés a következőképpen oszlott meg: 130 kgm. hús, 2018 tojás, 2464 liter tej, 10 kgm. kenyér, 9 esetben lakássegély (4—5 korona).

A jobb táplálkozásnak s általában a kedvezőbb hygénés viszonyoknak több esetben feltűnő hatását lehetett észlelni, különösen a súlygyarapodás tekintetében.

Lakásfertőtlenítést a dispensaire fölkérésére lakásváltoztatás és elhalálozás esetében a tiszti főorvosi hivatal 12 esetben teljesített.

Konrád Márk dr.: A legnagyobb elismeréssel nyilatkozik az elért eredményekről s buzdítja az előadót, hogy a jövőben is szentelje munkabírást e nemes célnak; az orvosegyesület támogatásáról mindenkor meg lehet győződve.

Konrád Béla dr.: Szintén konstatálja, hogy a dispensaire helyes irányban működik, a mit annál nagyobb örömmel állít, mert annak idején a gümőkór elleni mozgalomban a jogos kritika álláspontját foglalta el. Csak azt kívánná még, hogy a dispensaire pártfogása alatt állott elhunyt lakásának fertőtlenítéséről ugyancsak a dispensaire gondoskodjék.

Grósz Menyhért dr.: Köszönettel nyugtázza a működésének szóló elismerést s igéri, hogy a jövőben fokozott munkakedvvel fogja a dispensaire s általában a tuberculosis elleni küzdelem ügyét előbbre vinni. Konrád Bélának pedig azt feleli, hogy a dispensaire elhunyt pártfogoltjai után rendszeresen fertőtlenítteti a lakásokat.

Meer Samu dr. indítványozza, hogy kérjék fel Grósz dr.-t, hogy adjon be konkrét indítványt arra nézve, hogy a halottképek mindazon esetekben, melyekben tuberculosis a halál oka, rendeljék el a fertőtlenítést. Az indítványt egyhangúlag elfogadták. (Folyt. következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A syphilis gyógyítása jodkaliumnak intravenás befeeskenkezésével. **Tillmann** a kieli orvosegyesület egyik utóbbi ülésén a lues harmadik szakában levő beteget mutatott be, a kit sikeresen gyógyított jodkaliumnak intravenás befeeskenkezésével. A illetőnek nagyon rossz volt az általános állapota és a lefolyt dysenteria következményeképpen belgyengeségben is szenvedett; ezért választotta a bemutató nagyon enyhe kúráként a jodkalium-befeeskenkezést. Eleinte 5%-os oldathól kapott naponként 2 cm³-t, később pedig 10%-osból.

A heveny izületcsúsz intravenás gyógyításáról tartott előadást **Bandel** a perugiai orvosegyesület egyik utóbbi ülésén. Több esetet ismertetett, a melyekben 1/2 centigramm sublimatnak másodnaponként végzett intravenás befeeskenkezése kitűnő hatáshoz vezetett. Különösen a nagyon súlyos és endocardiumos tünetekkel járt esetekben volt feltűnő az eljárás hatása.

PÁLYÁZATOK.

238/908. ig. sz.

Békés vármegye közpénztárának belgyógyászati osztályán egy alorvosi és egy segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: az alorvosi állásnál évi 1200 korona, a segédorvosi állásnál évi 1000 korona készpénzfizetés és mindkét állásnál lakás, fűtés, világítás és 1. osztályú élelmezés.

Pályázni kívánókat felhívom, hogy képesítésüket, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos Döry Pál úrhoz, Békés vármegye főispánjához címezve, hozzám **f. évi október hó 14.-éig** küldjék be.

Gyula, 1908. évi szeptember hó 26.-án.

2-1

Békés vármegye közpénztárának igazgatója.

4052/908. eln. sz.

A város külterületén és pedig a vásárhely-kutasi részen rendszeresített s nyugdíjazás folytán megüresedett **orvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok.

A betöltendő orvosi állás 1200 korona, azaz egyezerkétszáz korona évi fizetéssel, 600, azaz hatszáz korona lótarási átalánnyal, természetbeni lakással, továbbá 1100 négyzetlével számított 9, azaz kilencz hold föld élvezetével s nyugdíjjogosultsággal van egybekötve.

Felhívom az érdeklődőket, hogy pályázni óhajtanak, hogy az 1883. évi I. t.-cz.-ben előírt elméleti és gyakorlati képzettségüket, életkorukat, egészségi állapotukat, erkölcsi magaviseletüket s esetleges előbbi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket **f. évi október hó 15.-én délután 5 óráig** a polgármesteri hivatalba nyújtsák be, illetve küldjék meg.

Hódmezővásárhely, 1908. évi szeptember hó 22.-én.

2-1

Juhász Mihály, kir. tanácsos, polgármester.

640/908. sz.

Alispán megbízásából a vármegyei közpénztárnál újonnan rendszeresített **II. másodorvosi és egy segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A másodorvos fizetése: évi 2000 korona és 420 korona lakbér.

A segédorvos 1200 korona fizetést, teljes ellátást kap, mindkét állás nyugdíjjogosult. Kellően felszerelt kérvények bethleni gróf Bethlen Bálint főispán 5 méltóságához címezve, hozzám **f. évi november hó 14.-éig** adandók be.

Torda, 1908. évi szeptember hó 30.-án.

3-1

Borbély Samu dr., igazgató-főorvos.

4011/908. sz.

Az elhalálozás folytán üresedésbe jött **rozálai körorvosi állásra** (Máramaros vármegye) pályázatot hirdetek.

Az orvosi körhöz: Rozália, Sajó, Sajómező, Batiza, Glód, Izasópatak, Szurdok és további intézkedésig Jód, Kisbooskó és Izakonyha községek tartoznak. Ezen községeknek lélekszáma: 16,272. A körorvos székhelye: Rozália.

Felhívom ennélfogva mindazon orvostudorokat, a kik ezen 1600 korona fizetés, 400 korona úti átalány, 200 korona lakbér, a látogatási díjak és a batizai gőzfűtőszárm munkások kezeléseért a munkásbiztosító pénztártól járuló külön díjazás élvezetével egybekötött körorvosi állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előírt képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **f. évi október hó 10.-éig** adják be.

A választást Rozálián, a községközpénztárnál f. évi október hó 15.-én d. e. 10 órakor fogom megtartani.

A megválasztott körorvos állását köteles 8 nap alatt elfoglalni.

Dragomérfalva, 1908. évi szeptember hó 20.-án.

Solcz Béla, főszolgabíró.

5776/908. sz.

Az ungvári városi közkórházban lemondás következtében egy alorvosi állás megüresedett, ennek folytán felhívom mindazokat, kik ezen állásra pályázni óhajtanak, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előírt képesítésüket igazoló okmányokkal felszerelt s 1 koronás bélyeggel ellátott folyamodványukat hivatalomhoz **1. évi október hó 28.-áig** mulatlanul nyújtsák be, mert a később érkezett folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

Az alorvos javadalmazása: 1200 korona évi fizetés, teljes ellátás, lakás a kórházban, fűtéssel és világítással. A kinevezés 3 évre történik s csak nőtlen orvosok pályázhatnak.

Ungvár, 1908. évi szeptember hó 25.-én.

Az alispán.

3281/908. szb. sz.

Fogarasz vármegye alsóárpási járásában megüresedett alsóvisti, 13.427 lélek-számmal bíró **körorvosi állásra** ezzel pályázatot hirdetek és ezen állást elnyerni óhajtókat felhívom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában, illetve az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előírt képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket **1. évi október hó 15.-én déli 12 óráig** hivatalomhoz annál inkább benyújtsák, mert később érkező folyamodványok nem lesznek tekintetbe véve.

A körorvos székhelye: Alsóvist.

Javadalmazás: **1600 korona évi fizetés**, 400 korona úti átalány és 400 korona lakbér, mely összeg az állampénztárból utólagosan fizetetik, továbbá a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

A körorvos jogosult a jegyzői nyugdíjintézetbe belépni. Házi gyógyszerértár elnyerése is kilátásba van helyezve.

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

A megválasztott körorvos köteles állását 8 nap alatt elfoglalni.

A választás napját későbbben fogom kitűzni.

Alsóárpás, 1908. évi szeptember hó 22.-én.

3-2

Bokross Emil, főszolgabíró.

A diósgyőri m. kir. vas- és acélgézárhoz tartozó Perczes és Barossakna szénbányánál Perczes székhellyel rendszeresített **bányaorvosi állásra** ezzel pályázatot hirdetek.

Ezen állással a közmunka- és közlekedési miniszter úr 6 nagyméltósága által 1887. évi február hó 24.-én 6880. sz. alatt jóváhagyott cím- és illetmény-szabályzat, illetőleg az ahhoz 1887. évi december hó 5.-én 46.652. sz. alatt kiadott függelék, továbbá a pénzügyminiszter úr 6 nagyméltósága által 1904. évi július hó 19.-én 47.129. sz. alatt az új cím- és illetmény-szabályzat pótlásul kiadott s legújabbban ugyancsak a magas pénzügyminiszterium által 1907. évi augusztus hó 31.-én 68.256. szám alatt kiadott cím- és illetmény-szabályzat értelmében az állami vasgyárak tisztviselőire megállapított VIII. fizetési osztály III. fokozata szerint **2300 korona évi fizetés**, természetbeni lakás, 200 korona fűtési átalány, természetbeni fuvar vagy 1200 korona fuvarátalány és az üzleteredményekhez képest változó jutalék élvezete van egybekötve.

Azonkívül kilátásba van helyezve, hogy a perczezi bányatelepen a közel jövőben felállítandó házi gyógyszerértár kezeléséért a kinevezendő orvos vagy évi tiszteletdíjat nyer, vagy azt saját számlájára vezeti.

A pályázóktól egyetemes orvostudori oklevél kívántatik meg; kik kórházi gyakorlattal bírnak, előnyben részesülnek.

A tót nyelv lehető ismerete kívánatos.

A kinevezendő orvos köteles Parasznya községben hetenként kétszer, előre meghatározott napokon orvosi rendelést tartani és azonkívül Radistván, Varbó és Kondó községekben lakó bányamunkásainkat és azok családtagjait is a szükség-hez képest a helyszínen gyógykezelni.

A bányatársaság tagjait és azok igényjogosult családtagjait pénzügyminiszter úr 6 nagyméltósága által 1905. évi május hó 22.-én 31.856/905. évi szám alatt jóváhagyott egészségügyi utasítás szigorú betartása mellett és ingyen köteles gyógykezelni.

Felhívom ennél fogva az ezen állás elnyerése iránt pályázni szándékozó orvos urakat, hogy születési, képesítési, illetve működési bizonyítványokkal kellően felszerelt folyamodványaikat alulírott gyár főnökségéhez (Diósgyőr-gyártelep, Borsod-megye) **1. évi október hó 15.-éig** terjesszék be, megjegyezvén, hogy mintán az állás mielőbb betöltendő, folyamodónak kérvényében szolgálatba lépésének idejére nézve kötelező ígéretet kell tennie.

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

Diósgyőr, 1908. évi szeptember hó 27.-én.

Diósgyőri m. kir. vas- és acélgézárh.

2-1

Fleischmann Győző, főfelügyelő, gyárfőnök.

Több Kiállításon Kitüntetve.

Tartalmaz emulsióban 50 % csukamájolajat. — Szaga és íze kellemes. — Könnyen bevehető. — Felbőgést és diarrhoét nem okoz.

POTIO OL. JECORIS.

Kapható az összes gyógyszertárakban. — Kísérleti minták díjmentesen állanak rendelkezésre. — Egy 600 gm.-os üveg ára 4 kor. 75 fill. — Próbauveg 2 kor. 50 fill. — Készíti Z. NAGY ALBERT gyógyszerész, Csanádpalota. — Törv. védve. 6237

„PHOSPHATINE FALIÈRES“

(készítők: Chassaing és Társa. Paris)

a legkiválóbb gyermektápszer

kapható minden gyógyszerertárban.

MAGYARORSZÁGI FŐRAKTÁR: ZOLTÁN BÉLA GYÓGYSZERTÁRA BUDAPEST.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 ásványvízkereskedésekben vagy a Szinye-Lipőci Salvatorforrás-Vállalatnál
Budapest, V. Rudolfrakpart 8

„GUAJATIN JENCS“

Sulfo-Guajacol-készítmény, mely 100 részben 7% Kal. Sulf. Guaj. és 77 0/50%
Extr. Thym. és Extr. Tiliae-t tartalmaz.

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

Antithermikus hatású.

Gyermekek is rendkívül jól tárik.

Ára 2 korona 50 fillér.

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

„Bayer“ CONTRATUSSIN „Bayer“

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a
VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR
Budapest, VI., Andrássy-út 84.
Minden gyógyszerertárban kapható.
Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

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.

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.

Winternitz Arnold dr. és **Paunz Márk** dr.: Közlés a Stefánia-szegénygyermek-kórházból. (Igazgató: Bókay János dr., egyet. ny. r. tanár.) A tracheo-bronchoscopia directa gyakorlati értékéről. 739. lap.

Kollarits Jenő: Közlés a budapesti egyetemi idegklinikáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., ny. r. tanár.) Újabb adatok az öröklött idegbajok ismeretéhez. 741. l.

Zsakó István: Graphologiai diagnosis. 744. lap.

Tárca. Nádory Béla: Amerikai kórházakról. 746. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Dr. Th. Rumpf: Vorlesungen über soziale Medizin. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Gamaleia*: A vörheny kórokozója. — *Belorvosok. Tabora*: A gyomorfekély kezelése atropinnal. — *Schlöpfer*: Új módszer a gyomorműködés vizsgálatára. — *Idegkórtan. Anton és Bramann*: A hydrocephalus, agydaganat és epilepsia javítása. — *Sebészet. J. Fairbairn Birmie, R. Abbe és J. A. Blake*: Adatok az aneurysmorrhaphiához.

— *W. I. Gillette*: Az arteria iliaca communis leköltése. — *J. A. Hartwell*: Az át nem hatoló koponyasérülések műtéte. — *Gyermekorvosok. Gioseffi*: Intubatio következtében támadt heges gégeszűkület esete. — *Jacobson*: Elhúzódó subfebrilis állapot. — *Börkórtan. Hercheimer és Hoffmann*: A Röntgen-sugarak hatása a herére. — *Venerás bántalmak. G. Preiser*: A lues congenita tarda eseteiben előforduló csontváltozások. — *Hoffmann*: Érdekes syphilitis oltási eredmény. — *Fizikai gyógyításmódok. Gottschalk*: Szükséges-e, hogy a menstruatio ideje alatt az ivó- és fürdőkúrát megszakítsuk? — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Planchu és Rendu*: Különböző gyógyszerek befolyása a tejelválasztásra. — *Weitlaner*: A theophyllin urotropinnal kombinálva. 748-752. l.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 752. lap.

Magyar orvosi irodalom. Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 752. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 753-756. lap.

Melléklet. Chemisches Laboratorium Arnau a. E. czég „Salimenthol“ és „Samol“ prospectusa. — Apotheke zum Heiligen Geist prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a Stefánia-szegénygyermek-kórházból. (Igazgató: Bókay János dr., egyet. ny. r. tanár.)

A tracheo-bronchoscopia directa gyakorlati értékéről.¹

Írta: **Winternitz Arnold** dr., egyet. magántanár, kórházi sebész-főorvos és **Paunz Márk** dr., kórházi főorvos.

A következőkben ama tapasztalatokról szándékozunk beszámolni, melyeket a rendelkezésünkre álló beteganyagon a tracheo-bronchoscopia directa segítségével szereztünk. *Laryngo-tracheoscopia directa* alatt tudvalevőleg a gégelégsőnek egyenes vonalban, gégetükör nélkül való megtekintését értjük. Az eljárást *Kirstein*² teremtette meg, *G. Killian*³ pedig szerencsésen tovább fejlesztette, kimutatván, hogy ugyanilyen módon a hörgőket, sőt ezek elágazódásait is directe meg lehet tekinteni és műszerek részére hozzáférhetővé tenni. Ezt az eljárást *tracheo-bronchoscopia directa*-nak nevezzük. Ha a vizsgálat a szájon át történik, *tracheo-bronchoscopia superior*-nak mondjuk, ha azonban előzetes légesőmetszés után, a légeső sebében át vizsgálunk, azt *tracheo-bronchoscopia inferior*-nak nevezzük.

A Stefánia-szegénygyermek-kórházban 1904 szeptember hava óta foglalkozunk rendszeresen a tracheo-bronchoscopia directával. Legtöbbször aspirált idegen testek felkeresése és eltávolítása céljából alkalmaztuk az eljárást, de néhány esetben a tracheába és a bronchusokba áttört elsajtosodott peribronchiális nyirokmirigyek szolgáltattak okot a beavatkozásra. Eseteink természetében rejlik, hogy eddig kizárólag a *tracheo-bronchoscopia inferior* alkal-

maztuk. Ma már eléggé tisztázott dolog, hogy a tracheobronchoscopia superior főként szilárdabb, az aspiratio után a légutakban nem duzzadó, nem bomló, szét nem mállo idegen testeken (fém-tárgyak, gombok, csontok stb.) végzendő, míg ellenben puha, szerves, hamar duzzadó, bomló anyagok (növényi magvak) aspirálásakor célszerűbb — különösen kisebb gyermekeken — a priori légesőmetszést végezni és utána a bronchoscopia inferior alkalmazni.

Kétségtelen, hogy a tracheobronchoscopia superior a tökéletesebb és a beteg szempontjából az ideális eljárás, mert ez esetben az idegen test per vias naturales, véres műtét nélkül távolíthatatik el. Ámde sajnos, nem lehet mindig megvalósítani. A trachea és bronchusok mélyebb szakaszainak átvizsgálása a szájon át bevezetett tubusok segélyével nem épen könnyű dolog és nagy ügyességet tételez fel a műtőtől és nagy bizalmat a beteg részéről. Igaz, hogy a beteg kellemetlenségeit a garat-gége-légeső erőlyes cocainozásával csökkenteni, illetve lényegesen redukálni lehet, mégis gyakran nem a beteg ingerlékenysége, hanem az idegen test által okozott légszomj az, a mi a bronchoscopia superior megghiúsítja. Ismeretes, hogy dyspnoés betegek légszomja sokszor már a beavatkozástól való félelem folytán is tetemesen fokozódik, a megelőző cocainozás, tubusbevezetés révén pedig gyorsan oly fokot érhet el, hogy kénytelenek vagyunk azonnal tracheotomiához folyamodni, és ennek megtörténte után a tracheobronchoscopia inferior végezni. Általában úgy áll a dolog, hogy mennél nagyobb az aspirált idegen test, vagyis mennél nagyobb bronchus van eltöméselve, annál súlyosabb a dyspnoé és annál kevesebb a kilátás a bronchoscopia superior sikerét illetőleg. A gyermekek által aspirált idegen testek (bab, dinnye-, cseresznyemag, gomb stb.) a légutak relatív szűkebb volta miatt rendszerint már a főbronchusban akadnak fenn és így az egyik tüdőfelet a légzésből csaknem teljesen kikapcsolják. Ez az oka, hogy eseteinkben kivétel nélkül súlyos dyspnoé volt jelen, mely minden direct bronchoskopos kísérletet a szájon át megghiúsított. Nem szabad továbbá felednünk, hogy az értelmetlen gyermekek sírása, rugkapálása, erőlködése révén a dyspnoé tetemesen fokozódni szokott, úgy hogy sokszor a tracheotomiára is alig marad idő. Azt hihetnők, hogy a súlyos dyspnoával légző gyermekek sírását, erőlködését a *narcosis* segélyével ki lehet kap-

¹ A „Magyar Sebésztársaság“ II. évi nagygyűlésén, 1908 május 31.-én tartott előadás nyomán.

² A. Kirstein: Die Autoskopie d. Kehlkopfes u. d. Luftröhre. Berlin, 1896.

³ G. Killian: Über direkte Bronchoskopie. Verhandl. d. Vereins süddeutsch. Laryngologen. V. Versamml. 1898.

csolni és így a dyspnoét csökkenteni. Ennek éppen az ellenkezője áll. A kinek súlyos légútstenosisokkal dolga volt, az tudja, hogy dyspnoés egyének narkotizálásakor vigyázni kell, mert maga a narcoticum izgató hatása folytán köhögést, glottis-görcsöt vált ki, a mi a dyspnoét rapide fokozza, úgy hogy a beteg asphyxiás lesz, még mielőtt elaludt volna. Súlyos dyspnoében szenvedő egyének, különösen gyermekeken a felső bronchoscopiáról az esetek túlnyomó többségében ezen okok miatt le fog kelleni mondanunk. Sikeresen kecsket az eljárás nyugodt viselkedésű felnőtteken, főleg ha kisebb méretű idegen testekről van szó, melyek nagyobb légző-felület-kiesést és így súlyosabb dyspnoét nem okoznak. Minden egyéb esetben helyesebb, tracheotomiát végezve, bronchoscopia *inferiorral* vizsgálni át a mélyebb légutakat. Céljaitalan és veszélyes dolog a *bronchoscopia superior* erőltetni! Eseteink között nem egyben már az első kísérlet alatt annyira fokozódott a dyspnoé, hogy sietve kellett légesömetszést végezni, sőt egyik-másik esetben mesterséges légzéssel tudtuk csak életre hozni a beteget. Ezért szabály, hogy idegentest-aspiratio esetén — főleg ha dyspnoé van jelen — nem szabad a vizsgálathoz fogni, mielőtt légesömetszésre nincs minden előkészítve.

Az aspirált idegen testek okozta tünetek különösen gyermekeken igen változók lehetnek, sőt olykor az e téren nagy gyakorlattal bíró észlelő is zavarba jöhet a diagnosist illetőleg. Typusos esetekben a körjelzés könnyű. Ha azt halljuk, hogy a gyermek gombbal, babbal, maggal stb. játszott, vagy dinnyét, cseresznyét stb. evett, közben hirtelen elkékült, krakogott, köhögött, hányt, azóta pedig stridorosusan lézlik, többször köhögés-paroxysmusok fogják el, miközben a köhögés hangja érczes jellegű és kifejezett *flottálás* hallható, a diagnosis könnyű. A *flottálás* (az idegen test fel és alá röpködése a glottis és a bifurcatio között) és a vele járó köhögés-rohamok igen typusos és biztos tünetei az idegentest-aspiratióknak. Ámde ezen tünet csak addig mutatkozik, a míg az idegen test szabad, vagyis a bronchusok valamely pontján még be nem ékelődött. A beékelődéssel megszűnik a flottálás, sőt teljesen elmaradhatnak a köhögés-rohamok is. Ha az idegen test kicsiny és csak egy másod-, harmadrangú bronchusban van beékelődve, vagyis csak egy kis tüdőterület van kiiktatva a légzésből, a légzés egészen nyugodt lehet, legfeljebb hébe-hóba jelentkező enyhe köhögés utal arra, hogy talán mégis van valami a légutakban. Ilyen *beékel* idegentest esetekben kettőzött figyelmet kell a mellkas vizsgálatára fordítani. Ha ugyanis az idegen test valamely bronchusba beékelődött, úgy részben maga a test, részben a körülötte lévő nyálkahártya duzzadása és nyálkasecretio folytán csakhamar *bronchusobturatio* tünetei jelentkeznek. Az elzáródott bronchusnak megfelelő tüdőterületen jellegzetes fizikai tünetek jelentkeznek. Először is a *légzés gyengébb lesz*, majd az elzáródás alatti tüdőterület légtartalmának lassú felszívódása folytán *atelectasia* kezd mutatkozni, melynek kezdetben dobos színezetű, később rövidebb, tompult percussió hang felel meg. Pneumoniás infiltratio beálltával természetesen tompulat jelentkezik. Beékel testeknél tehát szorgosan és ismételtelen kell vizsgálnunk a tüdőt, mert teljes bronchus-obturatio esetén a megfelelő tüdőrésszel felett objectiv elváltozás várható. Megjegyzendő azonban, hogy a tüdőlelet, illetve az egyszer konstatait elváltozások *intenzitásukban változhatnak*, sőt el is tűnhetnek, újra megjelenhetnek, sőt éppen a tüneteknek ezen változása idegen testekre egyenesen jellegző. Oka ennek az, hogy az obturatio — ha azt az idegen test mellett felhalmozódott nyálka okozza — időszakonként felszabadulhat, avagy pedig az idegen test köhögés közben kimozdulva, a bronchus levegő számára ismét átjárhatóvá válhatik, mire újból normális auscultatiós és percussió viszonyok állanak elő. Legnehezebb a helyzet, ha az idegen test keskeny és *nem obturálja* teljesen a *bronchust*, hanem éllel állva, mellette a levegő-áramlás zavartalan. Ez esetben sem gyengült légzést, sem atelectasiát, szóval a *bronchus-obturatio* fizikai tüneteit nem fogjuk találni, legfeljebb hébe-hóba egy kis búgás, szörtyögés vagy füttyhang figyelmeztet, hogy talán mégis van ott valami. Megjegyzendő, hogy ilyen viszonyok között, ilyen módon hetekig, hónapokig meg lehet húzódva a bronchusokban valamely idegen test. Ha körülötte a nyálkahártya lobos izgalma folytán sűrű nyálka halmozódik fel, a bronchus-obturatio symptoma-complexuma lép előtérbe, de ez a nyálka esetleges kiköhögése után ismét eltűnhet. A tüdőlelet eme *változékonysága*

miatt az ilyen betegeket sűrűn kell vizsgálni. Eltűnő, majd ismét megjelenő gyengült légzés, dobos színezetű vagy tompult kopogtatási hang körülírt területen, szörtyögéssel, füttyhangokkal változva, bronchusszűkültre vall és nagy valószínűséggel szól idegen test jelenléte mellett.

De az is előfordulhat, hogy valamely bronchusban beékelődve volt idegen test egy erősebb köhögés alkalmával felszabadul, a glottishoz lökődik, egy ideig ide-oda flottál, majd ismét egy erősebb inspirium révén egy másik bronchusba, esetleg az ellenoldali tüdő valamely bronchusába ékelődik be. Ilyen esetet magunk is észleltünk és konstataituk, hogy az előző beékelődés helyének megfelelő tompulat hirtelen és teljesen eltűnt. Az idegen testet (csontdarab) a beteg később per vias naturales kiköhögte.

A fentiekből kiviláglik, hogy gyermekeken, hiányzó anamnesis mellett, különösen ha az idegen test nem obturálja a bronchust és secundaer tüdőbeli fizikai eltérések nincsenek, igen nehéz lehet annak az eldöntése: *van-e egyáltalán idegen test jelen?* avagy pedig más egyéb mellkasi, légútbeli vagy tüdőbeli megbetegedés okozza a tüneteket?

Ezen kérdések eldöntésekor nem szabad szem elől téveszteni, hogy az idegentest-aspiratio körképéhez teljesen hasonló tünet-csoportot okozhat egy hirtelen támadó descendáló *croup is*, különösen kezdeti szakában. A különbség nagyjából az, hogy míg idegentest-aspiratio esetén a hang tiszta, legfeljebb kissé fátyolozott vagy rekedt szokott lenni, a köhögés pedig érczes jellegű, addig *croup* esetén csakhamar rekedtség jelentkezik, mely mindinkább erősödik, a köhögés pedig ugató színeződést nyer.

Az úgynevezett *pseudocroupot* vagy *laryngitis subglotticát* is ismernünk kell, mint a mely suffocatiós rohamokban jelentkezik. Ezen körképre jellemző, hogy éjjel támad, rövid ideig tart, és rendszerint neuropathiás, serophulás gyermekeken jelentkezik. A hang tiszta marad.

Megnagyobbodott peribronchiális (rendszerint sajtos) mirigyek a bifurcatióra vagy valamelyik főbronchusra gyakorolt nyomásuk folytán azt szűkíthetik és így *chronikus bronchus-szűkület* tüneteit tarthatják fenn. Ilyen esetekben a diagnosis nem nehéz, különösen ha elől a manubrium mellett kisebb-nagyobb tompulatot tudunk kimutatni. Vannak azonban esetek, a midőn eme megnagyobbodott peribronchiális mirigyek *hosszú időn keresztül semminemű tünetet sem okoznak*, míg a hirtelen bekövetkező *perforatio* alkalmával nagyobb mennyiségű sajtos-genyes tömegek árasztják el a bronchusokat. Ezen betörés a bronchusba teljes jólét közepette, hirtelen, például evés, játszás közben keletkezik és az idegentest-aspiratio suffocatiós rohamától klinice meg nem különböztethető. Eseteinkben is csak a bronchoscopia tisztázta a kérdést. Curiosum gyanánt kell felemlíteni, hogy a peribronchiális tuberculosis, mirigyhyperplasia és perforatio még idegentest-aspiratioval is lehet kombinálva, mint azt egy esetben észleltük.

Megemlítendő még, hogy a gerincoszlop alsó nyaki, illetve felső háti segmentumának *spondylitise* eseteiben néha jelentkező prae-vertebrális tályogok, az oesophagust és tracheát a gerincoszloptól elemelve, az utóbbit elől a mambrum sternihez nyomhatják, ott szűkíthetik és nehézlégzést okozhatnak. Ha a gerincoszlopon rögzítettséget, gibbus vagy torticollist látunk, a diagnosis könnyű. Azonban nem szabad felednünk, hogy különösen a nyaki részen a gibbus rendszerint későn jelentkezik, a felső háti szakaszon pedig a fájdalom, rögzítettség sokszor hiányzik, úgy hogy ezen viszonyok a spondylitis diagnosist alkalmilag igen megnehezíthetik. A stridor, nehézlégzés ilyen spondylitis-esetekben sokszor hirtelen keletkezik, úgy hogy ha a spondylitis jelenlétéről nem tudunk, idegentest-aspiratioval téveszthetjük össze. Jellemző, és ezt hangsúlyoznunk kell, hogy ezen spondylitises praevertebrális tályog-esetekben, a dyspnoé főként *expiratorius* jellegű szokott lenni. Ennek az oka az, hogy inspirium alatt a felső thorax-apartura tágul, expirium alatt pedig szűkülve, a trachea erősebb nyomás alá kerül.

Nem szabad figyelmen kívül hagynunk (különösen gyermekeken) a *maró anyagok* lenyelése kapcsán jelentkező *acut larynx-oedema* lehetőségét sem. A száj, garat, gégebemenet direct megtekintése felvilágosítást fog adni a viszonyok felől.

Látnivaló ezekből, hogy az idegentest-aspiratio tünetesportját néhány más kórfolyamat teljesen utánozhatja, úgyanyira, hogy bronchoskopia nélkül a differentiális kórjelzés sokszor lehetetlen. Ezen kórképekre gondolni kell és a szóban forgó esetet mindig ezek kizárása mellett kell analysálni.

A bronchoskopia technikája a következő. Tracheotomiához előkészítve, chloroformmal narkotizáljuk a beteget. Ha a légzés kielégítő, a gége és garat cocainozása (cocain és antipyrin aa 5—10%) után Kirstein-lapocczal átvizsgáljuk a gégét, esetleg direct felső tracheoskopiás kísérletet végzünk. Ha a légzés rossz, a dyspnoé súlyos, azonnal tracheotomiát végzünk. Végeztünk felső, és végeztünk alsó tracheotomiákat. Azt tartjuk, hogy a tubusokkal való könnyebb manipulálás szempontjából előnyösebb ez esetekben felső tracheotomiát végezni. Ha a légesőmetszés után a trachea izgatására az idegen test nem repül ki azonnal, a légzés nem szabadul fel, a trachea sebén át azonnal bronchoskopot vezetünk be és azon át vizsgáljuk a légutakat. A bronchoskopok bevezetése előtt megfelelő hosszú tamponartók segítségével érzésteleníteni kell a tracheát, ellenkező esetben a műszer kellemetlen köhögés-ingert vált ki, még mély narcosisban is. A tracheába bevezetett tubuson át megtekintjük a légesövet, a bifurcatiót, a bronchusok nyílásait és mindenek előtt érzéstelenítjük azokat. A bifurcatio igen reflexingerlékeny, ezért különösen jól kell érzésteleníteni.

Figyelnünk kell a bifurcatio sarkantyújának és a bronchusnyílásoknak alakjára, állapotára és kinézésére. Normális viszonyok között a bifurcatio sarkantyúja halvány, éles, a bronchusnyílások kerek, halványak, bennük a poreggyűrűk concentricus rétegei és további elágazódások halvány sarkantyúi láthatók. Idegentest-aspiratio esetén, különösen ha flottált, belöveltség mutatkozik a tracheában és a bifurcatión, a bronchusnyílások belöveltek, a bifurcatio sarkantyúja duzzadt, belövelt, megszáradt. Ezen viszonyok azonban nem absolute jellegzetesek idegen testre, mert peribronchiális mirigy-duzzadás és praevertebrális tályog eseteiben is jelen szoktak lenni. A két utóbbi kórképre jellemző, hogy a trachea vagy valamelyik főbronchus meg van szűkülve, illetve falának valamelyik segmen-tuma erősen a lumen felé boltosodik, avagy — áttörés esetén — ulcerálva van, sarjakkal vagy törmelékes nyálkával fedett.

Idegen test esetén rendszeresen kell átvizsgálunk mindkét oldalt a főbronchust és annak összes főbb elágazódásait, természetesen a tubuson át mindig előre megcocainozva azokat. Ha az idegen test nagyobb méretű, úgy rendszeren már a főbronchusban, annak elágazódási helyén ül, rendszerint sűrű nyálkával fedve. Ha a test már régebben időzik a bronchusban, a körötte levő lobos nyálkahártyaduzzanat folytán a közvetlenül előtte levő bronchuszakasz lumene megszükkülnék látszik, és a nyálkának pontos letörlése után az idegen testet egy belövelt, szűkült bronchushüvelyben látjuk ülni. Sok nyálka, belöveltség, szűkület valamelyik bronchuszakaszban azon fontos jelek, melyek az idegen test jelenlétét azonnal elárulják. Ha valahol látjuk ezt, úgy — ha kell egy keskenyebb csővel — oda kell férköznünk, a nyálkát hosszú nyeles tuferekkel kitöröljük és igyekszünk a tubussal közvetlenül az idegen testig eljutni. A lobos nyálkahártyaduzzanat az idegen test előtt oly erős lehet, és a szemlélő elől az idegen testet annyira elfedheti, hogy csak egy kis segmentum látható belőle. Az idegen test a használt villanyfény mellett rendszerint élénkfehér színben tűnik fel. Jól beállítva, megfelelő karesú fogóval megfogjuk és ha a tubus lumenébe befér, azon át, ha nem, a tubussal együtt kihúzzuk. Kemény, szilárd, szét nem máló idegen testek, fém-tárgyak stb., ha felleltük őket, az extractióra igen alkalmasak, mert a fogó szárai között nem törnek széjjel. Ezen szét-töredezés puha törmelékes testeknél állhat be (bab, dinnyemag, porosus csont stb.) és annyiban veszélyes, a mennyiben a kisebb fragmentumok mélyebb bronchuszakaszokba bukhathatnak le, illetve aspirálódnak. Ilyen puha, szerves idegen testek aspiratiója általában kedvezőtlenebb kilátást nyújt, a mennyiben ilyen aspiratiók után gyakrabban látunk putrid bronchitiseket és nagyobb kiterjedésű, vagy multiplex gangraenosus pneumoniákat keletkezni, sajnos, néha még az idegen test sikeres extractiója után is!

(Folytatása következik.)

Közlés a budapesti egyetemi idegklinikáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr. ny. r. tanár.)

Újabb adatok az öröklött idegbajok ismeretéhez.

Irta: Kollarits Jenő dr., egyetemi magántanár.

(Vége.)

II. észlelet.

Friedreich-tünetesport: kisagyvelői ataxia, inreflexhiány, intentiós reszketés, izomgyengeség, érzészavar, szaggató fájdalmak, Romberg, gerincoszlopelferdülés, szédülés szövődvé gyengeelméjűséggel és choreához hasonló mozgásokkal.

M. T., rokonainál foglalkozás nélkül élő leányt 20 éves korában 1905. január 10.-én vettük fel a klinikára, a hol körülbelül 6 hónapot töltött.

A leány szülei korán haltak meg, ezért sem tőle, sem testvéreitől nem lehet a nagyszülőkről felvilágosítást kapni. Az atya „könnyűvérű” ember volt, éjszakázott, ivott, kártyázott és 46 éves korban tüdőbaj következtében halt meg; az anya 34 éves korban gyermekágyának esett áldozatul. A szülők nem voltak rokonok.

A betegnek 12 testvére volt, ezek közül egy nővér nála idősebb, több egészséges gyermek anyja. Öt testvér kiskorban halt meg, róluk pontosabb adataink nincsenek. Hat, a betegnél fiatalabb fiútestvéren eddig nem látszik semmi betegség tünete.

Betegünk születésének körülményeiről mit sem tudunk. Ő rendes időben tanult járni és beszélni és gyermekkori fertőző bajban nem szenvedett. Az idősebb nővér azt mondja, hogy korai árvaságuk miatt elhanyagolták az iskolát. A leány 1 év-nél kevesebbet járt oda, így sem olvasni, sem írni nem tanult és számolni is csak annyit tud, a mennyi később lassan-lassan reáragadt. A havi baj 15 éves korban jelentkezett először és azóta rendszeren, kellemetlenségek nélkül ismétlődik.

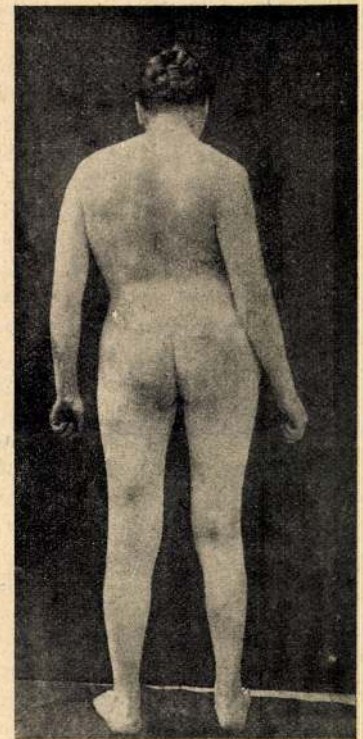
1903 nyarán minden észrevehető ok nélkül nyugtalanság támadt az alsó végtagokon, a mely járását nagyon megnehezítette.

Körülbelül ugyanakkor tűnt fel, hogy a gerincoszlop görbülni kezd. A lábak nyugtalansága egy ideig fokozódott, később a kezekben is támadtak önkéntelen mozgások. Ezek mintegy 3 hónapig tartottak, azután némi javulás állott elő, a mely azonban nem soká tartott, a mennyiben már 1904. őszén izületi fájdalmak alatt újból előállottak és most 4 hónap óta állandóan megvannak.

A leány virgo. Felvételtkor az elhízott, alacsony termete dacára 66 kgm. súlyú beteg meglehetősen halvány. A csontrendszer a gerincoszlop tekintetében mutat jelentékeny eltéréseket, nevezetesen a háti részen hátulról tekintve jobbra, a felső ágyéki részen pedig balra igen kifejezett elhajlást látni, azonkívül a rendes ágyéki lordosis mélyebb, a rendesnél, a háti felső gerincoszlop pedig hátrafelé elődomborodik, a miért viszont a fej mellé felé előcsúszik. A mellkas baloldalt beszűkült. (L. 10. ábra.)

A test egész izomzatának activ mozgása végbemegy. A szemtengelyek állása egyenes, a szemgolyók minden irány felé mozgathatók. A pupillák középtágak, egyenlők, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. A látás teljes. Nystagmus nincs. A nyelésben és beszédben nincs hiba.

A beteg végtagjai folyton mozognak. Ez a mozgás csendes üléskor ép oly feltűnő, mint járáskor és a járást nagyon meg-



10. ábra.

zavarja. A kép choreára emlékeztet, de az izomösszehúzódnások hirtelenebbek, inkább tic-szerűek. Ezek miatt a járás nehezen ítéltető meg, kisagyvelői ataxiához hasonló.

A leány álláskor már nyitott szemmel is inog, csukott szemmel pedig egyáltalán nem tud megállni.

A patellainra mért ütés a vállak összehúzódnását hozza létre. A patella- és Achilles-inreflex kiváltása nem sikerült. A talp-reflex a mozgások folytonos váltakozása miatt nem ítéltető meg, a hasreflex nehezen kiváltható.

Izomatropia nincs. Objectív érzékszavar nincs. A kéz zsidbad. A belső szervek épek. A vizelet telt hólyagban nem jól tartható, a vizeletben idegen elem nincs. A szék rendes.

A beteg egészben véve jókedvű, szeret nevetni, de hamar elsimja magát; értelmi képessége fogyatékos, a hónapokat egymás után elmondani nem tudja; számolni alig tud (pl. $20 + 12 = 30$), nem tudja elmondani azt sem, hogy mivel tölti el idejét otthon.

A klinikai tartózkodás alatt betegsége némi előhaladást mutatott. A kezek zsidbadtsága fokozódott és 1905 március havában mind a két kezen, fölfelé körülbelül a csuklóig erő tapintásérzéstelenesség volt kimutatható. Ennek a felső határát a beteg csekély intelligenciája következtében nem igen lehetett pontosan megállapítani. A május 30.-án végzett vizsgálatkor ez a terület a durvább érintéssel, a tűszúrással, a hideggel és meleggel szemben is érzéstelen maradt.

A klinikáról való eltávozás után a leányt hosszabb ideig nem láttuk. 1907 szeptember 29.-én vizsgáltam őt újból. A beteg ekkor nagyon lefogyott, gerincoszlopának görbülete fokozódott, tic-szerű mozgásai némileg csökkentek, de még nagyon zavarták őt. A régebben talált tünetekhez most intenciós reszketés és szédülés csatlakozott, a kisagyvelői ataxia fokozódott. Az annál előtte csak a kézen a csuklóig menő érzéstelenesség most az alkar közepéig haladt fel és a törzsön is tapintásra érzéstelen öv volt található, a lábakon szaggató fájdalmak és paraesthesiák jelentkeztek. A szellemi képesség nem változott. Ezért az érzéstelenesség határait nem igen lehetett pontosan megjelölni. Az izomzat általában gyenge lett, a mennyiben minden mozgáskísérletét könnyű szerrel le lehetett győzni. Ezenkívül genu recurvatum fejlődött a bal oldalon.

Összefoglalva a mondottakat: Kicsapongó, iszákos életmódot folytató apa leányának elgörbülesét 18 éves korban vették észre. A beteg első látásakor a rendetlen mozgások kötötték le leginkább a figyelmet, úgy annyira, hogy a baj egyszerű choreának látszott. A pontosabb vizsgálat azután tabes-tüneteket ismert fel, nevezetesen inreflexhiányt, érzésteleniséget, Romberg-tünetet, ataxiát. A gerincoszlop elgörbülése és a pupillareactio ép volta volt a legfőbb mozzanat, a mely e tüneteket a Friedreich-kóralakhoz engedte sorolni. A később támadt intenciós reszketés és az ataxiának kisagyvelői jellege ugyancsak megerősítette ezt a körjelzést. Ezzel szemben két tünet van, a mely kevésbé illik a Friedreich-ataxia megszokott képébe. Ez az intelligencia csökkenése és a tic-hez vagy a choreához hasonló mozgások. Minthogy az öröklött bajok tünetei családonként annyira változók, nagy ritkaság az úgynevezett tiszta körkép és ezért nem volna jogosult egy tünet hiánya miatt, vagy egy szokatlan tünet miatt valamely esetet a körképből kizárni. Annyival is inkább áll ez, mert ezek a tichez hasonló mozgások az intelligencia csökkenésével egy másik öröklött tünetesoporthoz, a Huntington-kórnak jelenségei. Azt mondhatjuk tehát, hogy betegünkön *Friedreich-ataxiás és Huntington-kóros körtünetek egyesülnek, a mi által az eset a két tünetesoporthoz egy-egybe folyását mutatja.*

III. észlelet.

Kettős szülői rokonság. Tünetek: mikrokephal fej, gyenge értelmi képesség, gerincoszlop- és mellkaselferdülés, Achilles-inreflexhiány, Babinski, gyengeség egyes izmokban, izomrövidülés. 3 testvér egy kóralakban szenved. Egy unokatestvér mikrokephal, achondroplasiás és traumás neurosis áldozata, ennek egy testvére öngyilkos kísérletet tett, egy másik imbecillis.

A Br. család 1907 július 25.-én jelentkezett a klinikán. Ebben a családban kétszeres rokonság van. A szülők első unokatestvérek, a mennyiben az atyai nagyatyja és anyai nagyanyja testvérek voltak, viszont az atyai nagyanyja is első unokatestvére volt férjének. Az anyai nagyszülők nagy kort értek, betegségről

nem kaphatni pontosabb felvilágosítást; az atyai nagyatyja 50 éves korában ismeretlen bajban halt meg, az atyai nagyanyja 100 éven felül van és utóbbi időben nagyon gyenge, emlékezőtehetségét elvesztette. Az atya 39 éves korban tuberculosiban pusztult el. Az anya 47 éves, egészséges, kissé korlátolt eszű. A szülők testvérei körében nincs súlyosabb idegbaj, az anya nővérének egy leánya rosszul jár.

A testvérek a következők: 1. 24 éves Br. Sándor beteg. 2. 23 éves Béla beteg. 3. 20 éves asszony egészséges 4 hónapos gyermekkel. 4. 18 éves egészséges fiú. 5. 16 éves Br. Margit beteg. 6. 9 éves korában meghalt.

Br. Sándor (l. 11. ábra) 24 éves üzleti alkalmazott, rendes időben született orvosi segítség nélkül. Rendes időben tanult beszélni és járni, kis korában semmi gyermekkori fertőző bajban sem szenvedett. Ennek a fiúnak már az első években gyenge volt a szellemi képessége és ez azóta sem igen fejlődött megfelelő módon. Az 5 elemi osztály elvégzése csak ismétlések árán sikerült 10 év lefolyása alatt. A járás 14—15 éves korban kezdett romlani, ugyanakkor vették észre a gerincoszlop elferdülését is. Ez 5 éve fokozódik erősebben.

A fiatalember feje kicsiny. A fej kerülete 50.5 cm. A homlok alacsony, az állkapcsok előállók. A fogak rosszak.

A gerincoszlop hátulról nézve jobb felé néző domborulatú ívben elferdült. A felső háti csigolyák e mellett kissé hátrafelé is állanak. Ennek megfelelő módon a bal váll és bal csípő magasabban áll a jobbnál, a mellkas pedig bal oldalon behorpadt, míg a jobb oldal oldalt, előre és hátrafelé kidomborodik.

A szemtengelyek állása egyenes, mozgása jó. Nystagmus nincs. A pupillák középtágak, egyenlők, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. A látás teljes, a beszéd, rágás, nyelés jó. A nyelv mozgásában nincs hiba.

Az egyes izmok mozgása az egész testen végbemegy és általában nincsen erő híján, csupán a kéz szorító ereje csökkent. A kéz ügyetlen, a mi különösen a ruha gombolásakor szembeötlő, míg az írás tűrhető maradt. Intenciós reszketés nincs. A lábak már álláskor is befelé állanak, járás közben ez a rossz tartás fokozódik. Ataxia nincs.

Az izmok nem sorvadtak. Elfajultsági reactio nincs. A gastrocnemius-izmon önkéntelen fasciculusos rángások láthatók. Az izomtonus egészben rendes.

A m. triceps brachii, a scapulaperiost, a patellain reflexei élénken kiválthatók, az Achilles-inreflex hiányzik, kiváltásának kísérletekor élénk adductorreflex támad. A gastrocnemius-izom megütésekor létrejön az összehúzódnás. A bőrreflexek kiválthatók, Babinski-tünet nincs.

Az érintés megérzésében nincs hiba.

A penis merevedése több ízben létrejött, coituskísérlet nem történt, ejaculatio eddig nem ment végbe. A vizelet és székletét rendes, a vizeletben idegen alkotórész nincs. A belső szervek épek.

A szellemi képesség korlátolt. A fiatalember anyja elmondása szerint semmire sem lehet használni. Rövid idő óta megpróbálják egy ismerősük üzletében alkalmazni, de itt rakosgatásnál egyebet nem lehet rábizni. A fiú maga nagyon gyenge emlékezőtehetségű, nem tudja, hogy mikor kezdődött baja, nem tudja, hogy hány évig járt iskolába és hány éves korában került ki onnan. A számolás legelemibb része is ismeretlen előtte. A feladott összeadásokat és szorzásokat következőkben végzi: $6 + 7 = 13$; $12 \times 12 = 24$; $10 \times 10 = 20$; $10 \times 12 = 102$. Beszéd közben a korlátoltság azon is látszik, hogy a beteg ugyanazt egymás után 6-szor is elmondja. Helyzete nem áll előtte tisztán, a munkaképtelenség nem bántja. A 24 éves elgörbült fiatalember sokat beszél a színházról, a hol egynehányszor volt és színész akar lenni.

Br. Béla, 23 éves (l. 12. ábra), foglalkozása nincs; rendes időben orvosi segítség nélkül született, jókor tanult járni és beszélni, kis korában semmi fertőző gyermekbajban sem szenvedett. A lábak már kis korban görbék voltak, az orvos az elgörbületet angolkórosnak mondta. A mellkas 6—7 éves korban kezdi elveszíteni alakját, azt mondták, hogy csirkemellkasa van. A gyermek 6 éves korában került iskolába, de nem igen haladt, a mennyiben 9 év alatt végzett el 5 osztályt. A járás körülbelül ugyanakkor kezdett romlani, mint a bátyjé, de gyorsabban rosszabbodik, mint azé.

A fej kicsiny, kerülete 51·5 cm., a homlok alacsony. Az állkapcsok előálló, a fogak rosszak.

A gerincoszlop hátulról nézve jobb felé néző domborulattal, azonkívül a háti részben hátrafelé néző domborulattal elferdült. Ha a beteget figyelmeztetjük, hogy egyenesen tartsa magát, az elgörbülés csökken. A mellkas alakja szabálytalan, jobb fele élénken előngrik, míg a bal besüppedt. A váll keskeny.

A szemtengelyek állása egyenes, a szemmozgások jók. Nystagmus nincs. A pupillák középtágak, egyenlők, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. A látás teljes.

Az arc, a nyelv mozgásai jók, a rágás, nyelés akadálytalan.

A nyak, váll, felső végtagok és törzs mozgásai minden irányban végbemennek. Ezen mozgásokban kifejtett erő elég nagy, csak a kéz szorítóképesége gyengült. Intentiós reszketés nincs, az írás elég jó, de a kezek kissé ügyetlenek és egyenesen kinyújtva reszketnek.

Az alsó végtagok egészben kissé gyengültek, leggyengébbek a peroneusizmok. Hanyatt fekvő helyzetben a beteg alsó végtagjait kevésbé és csak rövid időre tudja emelni. A lábszárak hajlítása jó és erőteljes, ellenben a feszítése ellentállással könnyen legyőzhető. A lábak mozgása, a feszítés kissé nehezítve van az Achilles-in rövidülése következtében. Az egy lábon állás lehetetlen. A guggolás nehéz.

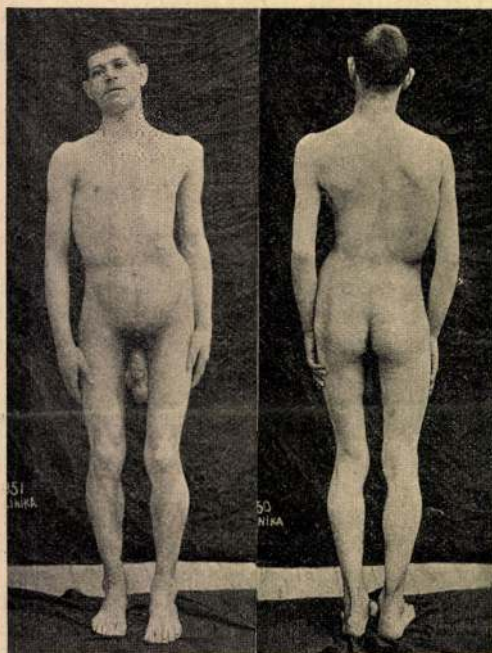
sikerül. Anyja 2 év óta nézi, hogy a leánynak rossz a tartása, 1 éve a járása is romlott. A hószám egy éve jelentkezik.

Vizsgálatkor a rossz arcszínű vézna leány soványsága, a test aránytalan hosszúsága és fejletlensége tűnik fel. A fej kicsiny, az arc ferde, a homlok alacsony, az állkapcsok előálló, a fogak szúvasak, a vállak keskenyek, a mellkas lapos és keskeny, baloldalt besüppedt. Hátulról nézve a jobb lapoczká előállása tűnik fel, a gerincoszlop kis fokban jobbra elgörbült.

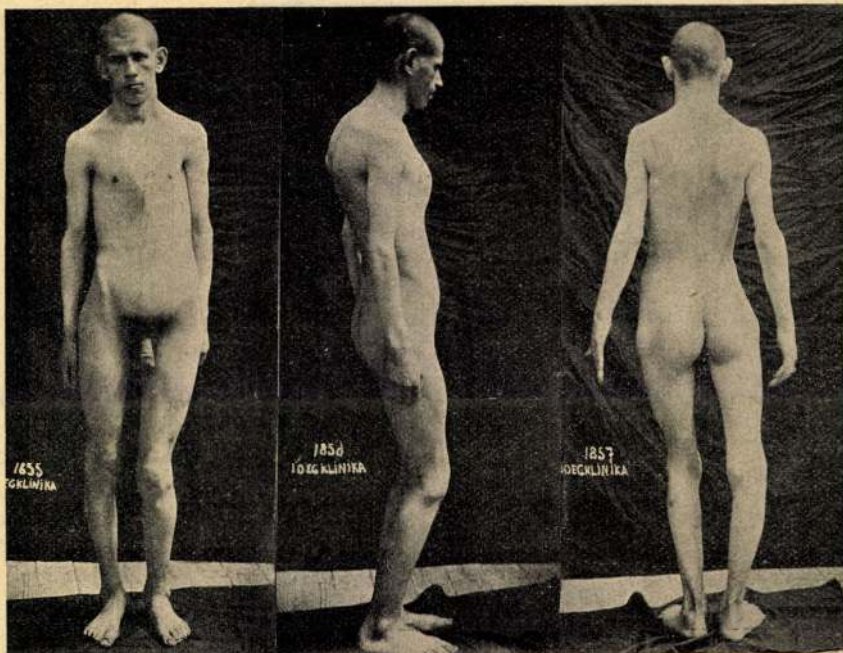
A szemtekék állása egyenes. A szemmozgások jók, nystagmus nincs. A pupillák középtágak egyenlők, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. A látás teljes. Az arcizmok jók. A beszéd, nyelés, rágás jó.

A kezek kissé ügyetlenek, intentiós reszketés nincs. A fej, a felső végtagok és a törzs mozgásában nincs egyéb hiba. Az izmok itt nem sorvadtak.

Az alsó végtagok állás közben befelé fordultak, a lábhát feltűnően magas. A járás lassú, járás közben a térdek és a lábak is surolják egymást. A láb mozgásaiban egyébként feltűnő eltérés nincs. A bal alsó végtag valamivel gyengébbnek látszik, ha vizsgálat közben ellentállást gyakorlunk a mozgással szemben. Az alsó végtagok igen soványak, különösen a lábikrák. Ezek körfogata kétoldalt egyenlő. Izomsorvadás nincs. Elfajultsági reactio nincs.



11. ábra.



12. ábra.

Az alsó végtag passív módon korlátoltan mozgatható, nem emelhető fel 90°-ig kinyújtott térdekkel. A jobb lábszár térdben túlfeszíthető. Állás közben a térd kissé behajlított, járás közben a behajlott térdek egymásba botolnak, a láb befelé fordul és sarka nem éri a földet. A lábszárak kissé megfogytak, a jobb vékonyabb a balnál; míg a jobbon 28·5 cm. a legnagyobb körfogat, a balon ez 30 cm. Elfajulási reactio nincs.

A m. triceps brachii inreflexe és a scapula esonthatáreflexe kiváltható, a patella-inreflexek élénkek, az Achilles-inreflex jobboldalt kiváltható, baloldalt hiányzik. A bőrreflexek megvannak, a talpreflexek feszítők (Babinski).

A belső szervek épek, a vizezés és szék rendes. A vizeletben idegen alkotórész nincs. A 3 testvér közül ennek a szellemi képessége aránylag legjobb. A számolás tűrhetően megy, de valami rendes foglalkozásra a fiút használni nem lehetett.

Br. Margit 16 éves leány, rendes időben orvosi segítség nélkül született. Jókora tanult járni és beszélni. Gyermekkori fertőző baja nem volt. Már kis korában gyenge volt az értelmi képessége. Az iskolában nem tudott tanulni, csak 3 elemi osztályt végzett el protectióval 6 év alatt. Anyja az iskolából kivette és szabóságra akarta fogni, de a gyermeknek erre nem volt elég fel fogása. Csak az utolsó években tanítják főzni és ez sem nagyon

A m. triceps brachii inreflexe élénk, a patella-inreflex igen élénk, az Achilles-inreflex kiváltható. Lábelonus nincs. A talpreflex Babinski alakú.

A tapintást a bőr mindenütt megérzi.

A belső szervek épek. A vizezés és szék rendes, a vizeletben idegen alkotórész nincs.

A beteg értelmi képessége nagyon alacsony, csak a legegyszerűbb összeadások és szorzások sikerülnek. Arra a kérdésre, hogy otthon mivel tölti az idejét, mi iránt érdeklődik, nem ad feleletet, legfeljebb nevet.

Az 1907 szeptember 27.-én történt újabb vizsgálatkor a tünetekben kevés változás van. Az Achilles-inreflex, a mely az első vizsgálatkor kiváltható volt, most még kézfogással is csak alig hozható létre. A m. gastrocnemius megütésekor gyengén áll elő a megfelelő lábhajlítás.

A három testvér unokatestvére F. Laura 34 éves leány, a ki a szent István-kórházban fekszik. Dieballa Géza dr. magántanár úrnak köszönöm, hogy szíves volt megengedni az ő betegének vizsgálatát és az adatok felhasználását. A beteget 1907 október 12 és 14.-én láttam. (l. 13. ábra.)

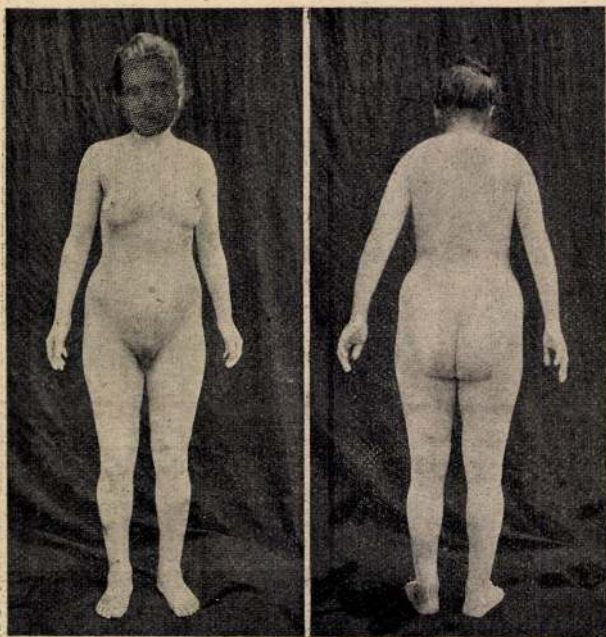
A beteg anyai nagyszülei unokatestvérek voltak. Az anyja 54 éves asszony, az előbb közölt 3 testvér anyjának nővére, egész-

séges. Az atya 42 éves korban ismeretlen bajban halt meg. E házasságból 5 gyermek származott: 1. a legidősebb Laura, a mi betegünk; 2. 32 éves egészséges asszony 2 egészséges gyermekkel; 3. 30 éves asszony egy gyermekkel; 4. 24 éves leány, ideges, öngyilkossági szándékból leugrott az emeletről, csonttörést szenvedett; 5. 17 éves fiú, igen ingerült, nem nagyon okosnak tartják, dühében többször megverte az anyját. A testvérek állítólag rendes nagyságúak.

Betegünk rendes időben született. Arról, hogy hány éves korában tanult járni és beszélni, nem kapunk felvilágosítást. A leányt 6 éves korában adták iskolába, de ő nem igen haladt a tanulásban, mosolyogva meséli, hogy 4 elemi 6 év alatt végzett el.

A menstruatio 23 éves koráig rendes volt, ekkor elmaradt és csak 2 hónap óta ismétlődik. 9 hónap előtt a leány lépcsőn leesett, két lépcsőfok magasságáról oly módon, hogy háton ütötte magát és lábszárain 2 helyen kisebbfokú zúzódást szenvedett, ezután maga kelt fel és maga ment lakásába. Fájdalmai már az ütés után is voltak a megütött helyeken, de a zúzódások gyógyultak, a fájdalom pedig erősödött és különösen 2 héttel utóbb egész testére terjedt ki oly türethetetlen módon, hogy újabb 2 hét múlva már alig volt lehetséges a járás.

Vizsgálatkor a 34 éves, 131 cm. magas, kis termetű leány



13. ábra.

fejének kicsiny volta tűnik fel. A fej körfogata 49 cm. A homlok alacsony. Az alacsony termetet főleg a lábak rövid volta okozza, míg a törzs elég hosszúnak látszik. Ugyancsak rövidek a felső végtagok is. A gerincoszlop kissé scoliosisban van, a törzs tartása különben is hajlott.

A szemtengelyek állása egyenes. A pupillák fényre és alkalmazkodáskor jól mozognak. Nystagmus nincs. A szemhéjak remegnek. A látótér rendes.

Az izommozgások minden irányban végrehajthatók, de a beteg erőt kifejteni nem tud, mert minden végtagmozdulatkor élénk fájdalomról panaszkodik. E fájdalom miatt a járás apró lépésekkel megy végbe; a beteg szinte fél lábát a földre tenni. A kinyújtott kezek ujjai gyors rhythmusban reszketnek. Intentiós reszketés nincs. A passzív mozgás a fájdalom miatt akadályozott.

A triceps-, patella- és Achilles-inreflexek élénkek, kiváltásukkor a beteg élénk fájdalomról panaszkodik. A bőrreflexek élénkek, a talpreflex hajlító.

A tapintás a test minden részén, még a legesekélyebb érintéskor is fájdalmat kelt. Hemianaesthesia nincs. A hő- és fájdalomérzés megvan. A kísérletkor a beteg túlzottan panaszkodik. Az ovariumtáj nyomása, épen úgy, mint a test bármely részére alkalmazott nyomás igen fájdalmas reakciót mutat.

A beteg kedélyállapota eléggé nyugodt. A szellemi képesség

korlátozott. A szorzás csak nehezen sikerül. A család történetének összeállítása is e miatt nehéz.

Az ezen észleletben leírt, egymással rokonságban levő két család közül az egyiknek három tagján, három testvérén támadt körülbelül egy korban a baj, a melynek tünetei a megbetegedett egyéneken igen hasonlóak. Ezek között az izomrövidülés és sorvadás megegyezik a dystrophiás izomrövidüléssel, *Babinski* feszítő talpreflexe pedig a pyramispályák megbetegedése mellett szól. Ezt megerősíti a patellainreflex fokozott volta és az egyik esetben igen élénk keresztetett adductor-reflex. Viszont az Achilles-inreflex hiánya a dystrophia körébe tartható. A gerincoszlop elferdülésére és az ezzel kapcsolatos csontelváltozásokra, a melyek valamennyi öröklött kórformában egyenlők, illik *Schultze* elnevezése: csontdystrophia. Az intelligentiaeszköken és a mikrocephal fej kiemeli a kórképet a rendes keretektől.

A másik családban a kép kissé eltűnt. Itt is fennáll a szülők rokonsága. A beteg három testvér közül a legidősebb leány mikrocephal, achondroplasiás, a gerincoszlopa elferdült. A szellemi képesség korlátozottsága elősegíthette a traumás neurosis kitörését. A második testvér elfajulását az öngyilkossági kísérlet bizonyítja, a harmadiké az anyjával szemben tanúsított viselkedésből ítélhető meg.

Graphologiai diagnosis.

Írta: *Zsakó István* dr., a kolozsvári elme- és idegbeteg-klinika tanársegéde.

(Folytatás.)

Paranoia.

A paranoiások rendszerint nagyon sokat írnak. Egy része a betegeknek feltéve őrzi írásait, melyekben titkai és képzelte jogos bizonyítékai foglaltatnak; mások boldog-boldogtalannak átadják azokat továbbítás végett, avagy asztalt, falakat tele írknak, rajzolnak.

Rendesen hosszú levelek, válogatott szavak, erős érvek, felszólítások és követelések jellegzik a paranoiás szellemi termékeit.

Néha rövid feljelentéseket vagy pár mondatban előadott megfigyeléseket és ajánlatokat tesznek. Erre érdekes példa egy volt középiskolai tanárnak orvosához társairól írott megfigyelése: „Szőlő termelő, közköltekezésben nagy uraságát mutató x. y. típusát e bajából a kölesön pénzhez nehezebben való jutása gyógyítja meg.” „Szamosújvári püspökség mostani tanítójának csak sweiczi tehénjével táplálkozó x. y. típusának gyomorhaját nemi élvezet mérséklése fogja gyógyítani.” Avagy „adott élvezhasználatra meg nem engedett végkielégítésemet kolozsvári Mátyástéren felakasztott testem temetésére az állam használhatja fel.”

Az új szavak képzése (neologismus) is elég gyakori a paranoiában.

Sokszor csupán az írásból tudható meg a téveszme és hallucinatio, annyira leplezi a beteg. Egy volt postaalkalmazott nőbetegünk, ki külsőleg inkább depressziót árult el és téveszmére nem volt gyanus, baját tartózkodó és csendes magaviselete nem is sejtette, levelében panaszkodik egyik orvosára, hogy teherbe ejtette és ennek következtében gyermeket szült. Ő maga, a mint mondja: „az ártatlanokat” nem látta, de társainak viselkedéséből következtet erre.

Szerinte ez az orvosa magas fölényét még arra is felhasználta, hogy benne ellenállhatatlan szerelmet ébreszsen maga iránt.

Azok a betegek, kik már hosszú időn keresztül írják a rajtuk elkövetett jogtalanságokat, különösen a perlekedő (querulans) maniában szenvedők írása egyöntetűségében mindinkább fokozódik.

Végül annyira egyöntetű lesz, hogy a betűk hasonlósága miatt már alig olvasható az írás és nagyon emlékeztet a katatoniasnak folyton ugyanazt ismétlő ákom-bákomjaira; erre példa egy volt jegyzőnek az írása, a ki hosszasan írja le képzelte birtokait, réjteit, kertjeit, szántóit, erdőreszeit, kiket kell gazságaikért felakasztani (orvosait sem véve ki), hogy végül teljesen olvashatatlaná váljék az írás.

Olykor keresztül-kasul ír vagy rajzol a beteg. Sokszor szavakon rágódik, szétválasztja azokat, szótagokat fűz hozzájuk, írásjeleket tesz közébe, aláhuzásokkal, rimelésekkel tarkítja szellemi termékeit. Majd fantasztikus rajzokkal, szöveget magyarázó ábrákkal kíséri írásait.

Ördögök, fegyvernemek, képzelt lények, szörnyetegek egész sora tárul szemünk elé, egy volt bányász iratait nézve.

Az illető analphabeta, a szöveget diktálja, de a rajzokat maga készíti, fantasztikus lényeket rajzol érthetetlen szerkezetű építményekbe, majd jeleneteket akar megérzéskénti életéből (saját küzdelme az ördöggel, mikor a feleségét el akarja csábítani).

Majd szellemeit, melyek 27-en vannak és mindnyájan csehek (az illető cseh), tánczó pózban helyezi el végtelen nagyságú fán s végül egyik orvosának halálátétét végrehajtja rajzaiban.

A katatóniás rajzaitól megkülönböztethető az által, hogy nem céltalanul yeti oda a beteg az ábrákat, mindennek megvan az értelme, téveszméinek és hallucinációinak logikai következményei.

Sokszor a címzésből megállapíthatjuk a téveszmék jelenlétét. A beteg magas állású egyénekhez ír jelentéseket vagy küld folyamodványokat oly egyénekhez, a kiktől természetesen nem is remélhet sikert, például egyik betegünk az orleansi herceghez, majd Coburg herceghez írt leveleket. Az uralkodókhoz címzett levelek elég gyakoriak.

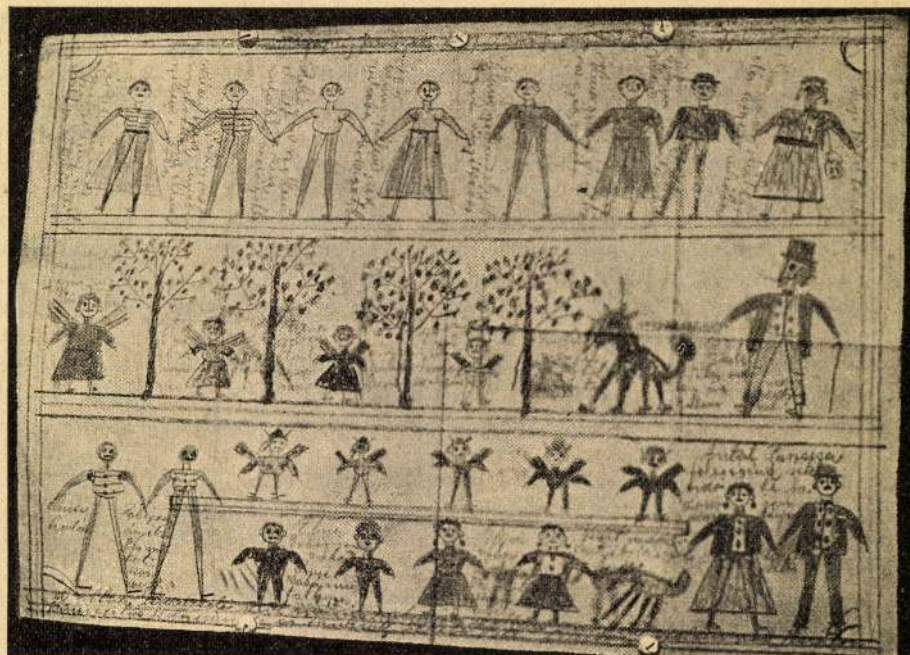
Érdekes példa az impressiók és hallucinációk jelenlétére írás közben egy volt közjegyző iratai. Az illető pár sort ír és ekkor úgy tűnik fel előtte, hogy ezt nem az ő eszével gondolta ki, valaki más segített neki vagy kényszerítette azt gondolni. E személynek nevét odairja, vagy válaszol neki. Avagy hallucinál valamit írás közben, azt rögtön bele is írja a sorok közé vagy a papír szélére. Ugyancsak ő elbeszéléseket ír s kötettszámra költeményeket, hol saját neve, hol képzelt név alatt. Például emléksor: Egy könnyű csillogott akkor a szememben. Engedd meg, hogy ezt hazudjam nevedben. Verőgei Neu Elemér. (A beteg azt hiszi, hogy Petőfit is túlszárnyalta.)

A betegtársaikon vagy rajtuk elkövetett képzelt jogtalanságok ellen tiltakoznak. Például „panasz egy orvos ellen, ki nevét titkolja hirdetésem elolvasása után észtvénybe ütköző tettelegessége miatt Eljárás: A egyén észellenes erőszakoskodása bajba taszítja B egyént, a ki C egyén ellenőrizhetetlen erőszakoskodása miatt természetellenes gyógykezelés alá kerül D egyén avatatlan kezére. Nevezett A, B, C, D egyének ellenőrizhetetlen segédei életét veszélyeztető tiltott műveleteket hajtanak rajta végre. Tiltakozásom eredménye: szabadságom vesztese”. Folie communiqué egy esetében az író kéri mindkettőjük nevében ügyük felkarolását. Már a levélből is láthatjuk, hogy psychés infectióval állunk szemközt.

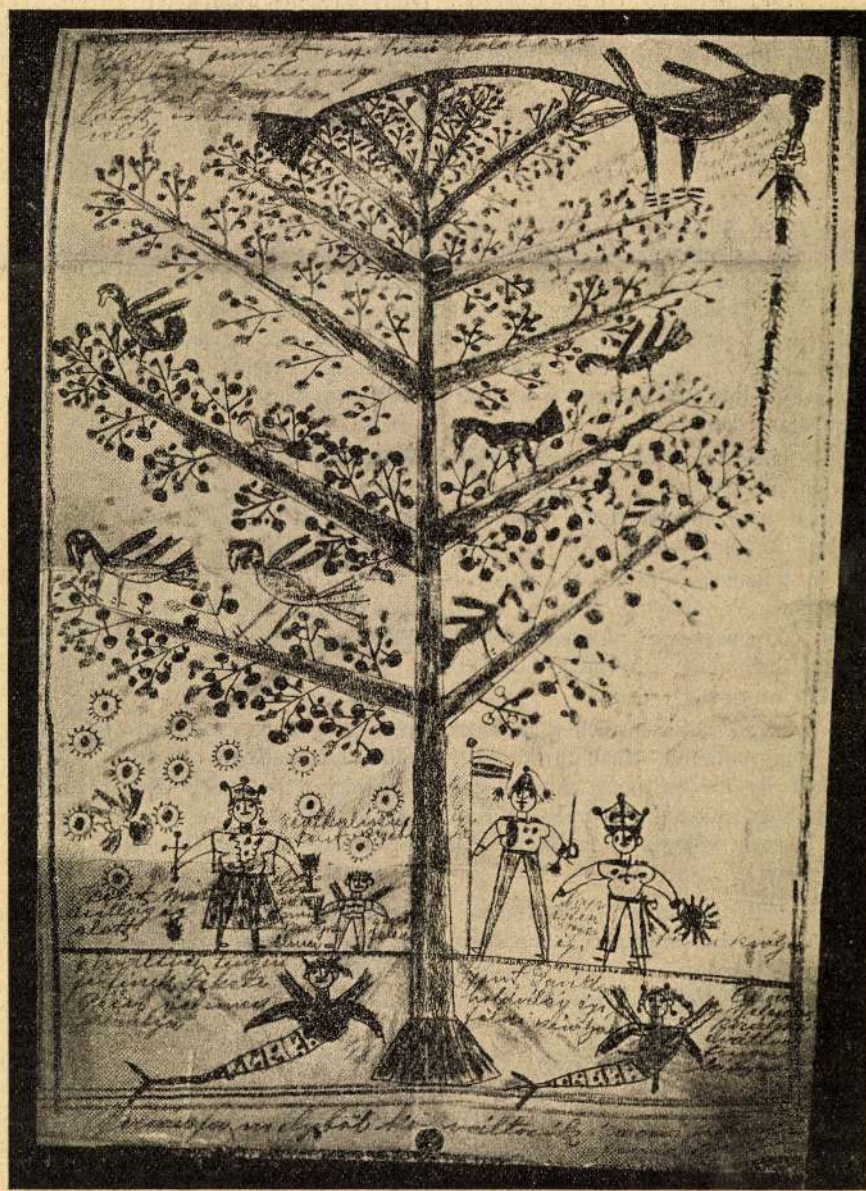
A paranoia idült szakaiban hiányoznak a heves affectusok. A beteget nem izgatják a téveszmék. Egyhangúság váltja fel az élénk és heves kitörésekkel teli írásokat.

Gyűjteményünkben a következők találhatók:

1. Zsebkönyvből kiszakított lapra írott megkeresés a járásbíróhoz. (A „vádolt keresztkérdések között vallani fog“.)
2. Megfigyelések a betegtársakról.
3. Az orleansi herceghez írott kérvény (kiszabadítás kérése).
4. Hypochonder paranoiás magyarázza képzelt ráktüneteit.
5. Rablók elleni parancs a katonaságnak és csendőrségnek.
6. Panasztétel a törvényszéknek, melyben a beteg magát a világ leggazdagabb és legjobb asszonyának mondja.



2. ábra.



3. ábra.

7. Versek (csupán rimkóvácsolás, a beteg Petőfihez hasonlítja magát).

8. Kérvény (képzelt jogokat követel vissza a beteg a maga és anyja nevében, indukált elmebaj, folie communiqué).

9. Féltekeny feleség levele férjéhez, ki hangoztatja, hogy férje szeretőjének határozott tilalmára írja levelét.

10. Hysteriás paranoiás beteg, ki azt állítja, hogy egy pólyás babának több szabadsága van, mint neki. (Paranoia hysterica.)

11. A beteg atyjának írott levelében azt mondja, hogy a tébolydában tartózkodása alatti költségeket ellensége fogja fizetni.

12. Sensatiók és hallucinatiók nyoma. Hysteriás beteg, ki az intézetből elmenve terhesnek érezte magát, kérde orvosától, hogy mit értett „éjjeli gyógykezelés“ (?) alatt?

13. Magas rangú hölgyhöz írott kérés levél, melyben a beteg azt állítja, hogy két éve „gyilkolják“ az intézetben.

14. Levélírással felszólított beteg ez egy szóval ad érzelmeinek kifejezést: vaszarkodás.

15. Képzelt egyén mellrajza, a kissé dementiás beteg „közrendeletet“ és „dobos tortát“ ír ugyanerre a lapra nevével együtt.

16. „Hianor“ álnéven verseli a beteg, hogy mit mesél a tő a napsugárnak.

17. Feljelentés a törvényszéknek az intézeti igazgató ellen.

18. Rajz, melyben a beteg egyik orvosát a hálószobában küzködni látja.

19. Rendelkezés kimenetele esetében, hogy „princzipálisnak“ ismerjék el alkalmazottait.

20. Hysteriás beteg panasza társasága, ruházata, kosztja stb. ellen.

21. Feminismus ellen párbeszéd. (Morphinismus után keletkezett paranoia.)

22. Phantastikus rajzok: szellem-madarak.

23. Phantastikus rajzok.

24. Paranoiás írás rajzzal (dem. praecoxra emlékeztet).

Dementia praecox.

Itt is hű képét látjuk az írásban a psyche zavarainak. Gyakoriak a filozofálások, logikátlan következtetések, a fogalomalkotás tökéletlensége, nagy, hangzatos frázisok s jellemző a tartalmatlanság. Gyakran látunk verbigeratiót, iteratív jelenségeket. Fő érdekessége a praecoxosok graphológiájának a katatonia. Ugyanazok a betűk, szavak, nevek, fél vagy egész mondatok végtelen ismétlése, majd fura rajzoknak a szöveg közé zárt vagy különálló egymásutáni sorozata.

A mássalhangzók kettőzésének s többszörözésének érdekes példáját mutatja egyik betegünknek haza írott levele, hol többek között e szót „senkinek“ három „s“-sel, „úgy el vagyok“ két „l“-lel, „kérem“ három „k“-val és két „m“-mel írja.

A külsőben elárult dementia és katatonia nyilvánul a bel-tartalomban is, melyből még a naivságot és apathiát is kiolvas-hatjuk. Természetesen különböznek egymástól az írás minősége úgy a külső, mint a beltartalmat illetőleg a megbetegedés faja s lefolyása szerint.

Az egyik beteg levelében azzal okolja meg régebben elkövetett tettet (hogy tudniillik ruháit tűzbe dobálta), hogy hanghallásai voltak, melyeket ily módon akart elmulasztani. Gyermekes örömmel írja tovább, hogy milyen szép ruhákat fog kapni s milyen boldog lesz majd képzelt vőlegényével, kivel már az esküvő napját akarja megbeszélni.

Érdekes példája a katatonias dementiának egy válólelvele, melyben majdnem enyelgő hangon hányja az illető férjének szemére azt, hogy vele durván bánt és kínoztatta. Követeli, hogy neki örökre hagyjon békét. Végül az egész levelet hullámos vonalakkal cifrázza ki és kéri férjét, hogy legyen szives őt bajából kisegíteni. Az egész levél tele többszörözött magán- és mássalhangzókcal.

A paranoid alakra többek között van egy tipusos példánk. A beteg figyelmezteti egyik hozzátartozóját, hogy ha egyedül jön az intézetbe, az orvosok lelövik, kérjen katonaságot és egy ezredes vezénylete alatt szállják meg az elmeorvosintézetet minden hozzátartozó épülettel együtt.

Különbözik a praecox paranoid a paranoiától abban, hogy a

téveszmék nincsenek rendszerbe foglalva s hogy azokat a beteg helyesen megokolni nem tudja.

A betegség előhaladtával mind szűkebb körben mozog a beteg szellemi tévékenysége s a dementia előhaladtával mind sivárabb és elmosódottabb képeket találunk. A legtöbb esetben már nem lehet eldönteni, hogy a másodlagos dementiának melyik fajtájával állunk szemben, csupán a tremor és az ataxiahiány, a kor és a körlefofolyás adnak útbaigazítást. Egyik beteg, kinek már tíz év előtt kellett abba hagynia jogi tanulmányait, így ír: „Hová való Szeret nincs mit tovább Marosvár hol született igen de mind“ stb. minden vessző és pont nélkül. Egy másik társa pedig: „b. 25 m kard anyi van 25 j. b ország egy állam volt“. Ezt a királyi törvényszékhez címezi.

A dementia praecox-esetekben a dementia az, a mi mindig megvan, függetlenül a hangulattól, közérzettől és a betegség alakjától és lefolyásától. Természetesen a teljesen vagy defectussal gyógyult esetekről ez nem áll.

Következők vannak gyűjteményünkben:

1. Összekötözött levelek.
2. Véltelegénynek címzett, belül meg anyjának írott levél.
3. Többszörözött mássalhangzókcal írott levél.
4. Dementiás beteg levele, ki belső részeit rohadtnak hiszi.
5. Dementiás, nagy frázisokkal teli levél.
6. Összefüggéstelen levél.
7. Levél, melyben csak a rajz a beteg saját productuma (a szöveget kiírta.)
8. Volt kereskedő számlája.
9. Egymásba írott szavak.
10. Ugyanegy jelnek ismétlése minden mondat után.
11. Levél, melyben a beteg a hallucinatio eredetét úgy magyarázza, hogy az Isten azokat hallucináltatja, kik „örök szerelmet“ ígérnek egy férfinak, kivel „örök frigyre“ akarnak lépni és azt a földön megszegik.
12. Rendetlen, számos beszúrással és áthúzással tarkított levél.
13. Értelem nélküli, hasonhangzású szavakkal írott levél. (Katatonniára emlékeztet).
14. Dementiás levél, melyben apja halála felett sajnálkozik a beteg minden affectus nélkül. Írja továbbá, hogy milyen szép város Kolozsvár, pedig nem látott belőle egyebet mint az intézetet.
15. Valamennyire verbigeratióra emlékeztető levél.
16. Papírba esomagolt tárgyak.

(Vége következik.)

TÁRCZA.

Amerikai kórházokról.

Utazásom jegyzeteiből.

A mint Amerika csodás földjére lépünk, valóban „új világban“ találjuk magunkat. „A szabadság édes honában“ járva, az utazó figyelmét folytonos csodálkozás és elragadtatás tartja izgalomban, lépten-nyomon oly jelenségeket és intézményeket látva, melyek teljesen elütők a miéinktől. A városok és az emberek, az emberek életmódja, munkaidő-beosztásuk és főleg munkateljesítésük annyira amerikai jellegűek, hogy a mi viszonyainkkal össze sem hasonlíthatók. Ilyenek különböző intézményeik is. Magukon hordják a nagy pénztömeg és a nagy forgalom bélyegét. De az ellentétek, a végletek is annál szembeötlőbbek. A 30 és több emelet magasságú, vas- és cement-colossusok körül ott látjuk a fából épült házikókat, melyek szintúgy közézeloknak is szolgálnak, mint amazok. Engem, egyebek között, a kórházak érdekeltek. Láttam köből és márványból épült 4—6 emelet magas, 8—10 épületből álló telepeket, melyek a legmodernebb technika és hygiene alapjain vannak felszerelve, s láttam, hivatásuk szerint ép ily jelentőségű, tehát nagy városi kórházakat, melyek teljesen fából készültek, barakkszerű épületek, s melyekben — hogy többet ne mondjak — még árnyékszék sincsen. Az igazságnak tartozom azonban annak a kijelentésével, hogy épen ottutazgatásom idején — 1904 nyarán — mindenütt, a hol ilyen, vagy hasonló siralmas állapotok voltak, nagy pénzáldozatokkal igyekeztek ezeket a mult századból meg-

¹ E helyütt is kedves kötelességemnek tartom a rendkívüli szabadság-idő engedélyezéséért ismételtelen kifejezni hálás köszönetemet: Müller Kálmán dr. kórház-igazgatónak és Elischer Gyula dr. főorvosnak.

maradt épületeket modernül átalakítani, vagy helyettük újakat építeni.

Tíz heti szabadságidőm alatt — melyet mint szt. Rókus-kórházbeli alorvos kaptam¹ — bőven volt alkalmam a legkülönbözőbb városok kórházait meglátogatni. A nagy sebességgel járó, rendkívül kényelmes hálókocsikból álló éjjeli gyorsvonatok használata lehetővé teszi, hogy aránylag rövid idő alatt is keresztülutazhassunk egész Amerikát, több napot töltve az egyes fontosabb helyeken. New-York, Buffalo (Niagara-Falls), Chicago, St. Louis, St. Francisco, Los Angeles (Sta. Monica), Washington és Philadelphia voltak megállóhelyeim. E városok néhány kórházának organisatiója, berendezése, némely különlegessége, orvos- és ápolószemélyzete lesz tárgya jelen soraimnak.

New-York város közkórházai, a „*Bellevue and Allied Hospitals*“, a város különböző részein elhelyezett öt csoportból állanak (Bellevue, Fordham, Harlem, Gouverneur és Emergency Hospital). Azelőtt a város közjótékonyági osztályának (department of public charities) fenhatósága alá tartoztak; 1902 február 1.-je óta hét városi lakosból álló külön gondnok-bizottság (board of trustees) vezeti az ügyeket. E bizottság tagjait a polgármester nevezi ki hét évi időtartamra ama lakosok közül, kiket a pauli szt. Vincze-egyesület new-yorki tanácsa, a szegényeket istápoló egyesület és az egyesült zsidó jótékonyági egyesület ajánl. „E bizottsági tagok semmiféle pénzbeli kárpótlást nem kapnak szolgálataikért; nem szabad sem directe, sem indirecte érdekelve lenniök, akár szerződésileg, akár más úton, a kórházak számára való bármely ténykedések, munkák, szolgáltatások, anyagok vagy segítségének adásánál, szállításánál vagy készítésénél. Egy bizottsági tagnak sem szabad haszonnal járó hivatalt viselnie a városi, tartományi, állami vagy nemzeti kormányzatoknál.“ (Alapító okirat: XIII. fejezet, 2. Sec. 692. 3.) E bizottság állapítja meg a fent nevezett kórházak administratiójának és kormányzásának törvényeit és szabályait; ez kezeli a kórházaknak szánt pénzeket; alkalmazza vagy elbocsátja az orvosi és administratív személyzetet, az alantas alkalmazottakat; minden év végén a polgármesterhez intézett Reportban beszámol a kórházak működéséről, stb. Az orvosi kar (medical board) áll kezelő (attending) és tanácsadó (consulting) orvosokból, a kik fizetés nélkül vannak szolgálatban, meghatározott időtartam nélkül; a kórházi orvosok (house staff), vagyis az al- és segéd-orvosok (és gyakornokok), szintén fizetés nélkül szolgálnak, két évi időtartamban. Minden beteget felvesznek a kórházakba, tekintet nélkül illetőségére; de a nem new-yorki lakosok ápolási díjat kell hogy fizessenek, melyet a bizottság állapít meg. Minden kórháznak van úgynevezett ambulance serviceje; meghatározott területen, a kórház rayonjában előforduló balesetekhez a kórház saját mentő-kocsiján a house staff egy tagja vonul ki az első segély nyújtására s a beteg elszállítására. Minden kórháznak van orvosi könyvtára, a nevesebb szaklapokkal és orvosi művekkel, melyeket részben a bizottság utalványozta összegből szereznek be, részben könyvkiadók és magánosok ajándékoznak.

Lássuk most egyenként az említett öt kórházat. Érdekes őket közelebbről megismerni, mert az említett ellentétek és végletek sorozatában e kórházak képviselik talán a legszűkebb fokozatot; ezek a legszegényebbek, ellentétben a később említendő gazdagon felszerelt, palotaszerű kórházakkal.

A *Bellevue Hospital* a város centruma hosszának körülbelül a közepe táján, a East-River partján, a 26. és 28. számú utcza között fekszik. A főépület, melyben — az egész kórház 939 ágából — 718 ágy van elhelyezve, 1817-ben épült s szegények menhelyül szolgált 1846-ig; ez időtől fogva New-York városának főkórháza volt. A földszinten van a felvételi szoba, szegényesen világított és rosszul szellőztetett helyiség, melyben az összes betegek felvétele és megvizsgálása történik. 80 usque 100 beteg jelentkezik itt naponként felvételre, férfiak, nők és gyermekek, mind ugyanabban az egy helyiségben, mindenféle megbetegedéssel, kivéve a heveny fertőzéseket és elmebajokat. Kellő nyugalom és kényelem híján gyakran megfelelő diagnózis nélkül kerülnek a betegek a kórtermekbe. Mindazonáltal annyi javítást már eszközöltek, hogy egy szomszéd helyiségben fürdőt rendeztek be, úgy hogy a betegek — kik többnyire a legszegényebb osztályból valók — már nem kerülnek piszkosan és férgekkel fertőzött ruháikban a kórtermekbe. Ez épületben 43 orvos lakik 16 szobában! E fiatal embereknek

kijutó kötelességek sokkal nagyobbak és körülményesebbek, mint bármely más városbeli kórházban. A főépületben levő 32 kórterem betegeknek gondozásán kívül szolgálatot végeznek a felvételi hivatalban, a foglyok kórtermében (prison wards), az alkoholisták és az erysipelas-pavillonokban, a szülőtintézetben (Emergency lying-in hospital) és e nagy kórház rendes ambulanciáján. Minthogy harman-négyen, sőt egy esetben öten is kénytelenek egy-egy szobában hálalni, teljesen lehetetlen, hogy kellő nyugalmat és pihenést szerezzenek ily fontos és nehéz szolgálat végzésére. És e keserves állapotokon az új bizottság sem birt javítani, a túlszűfolttság miatt. Csak annyit tehettek, hogy megfelelő bútorokat és padlószőnyegeket szereztek be s öltözködő helyiséget rendeztek be, a mik azelőtt hiányoztak. Az orvosok ebédlője oly kicsiny, hogy alig fér el benne a fele egyszerre; most a főorvosok szobáját (Medical Board room) is ebédlőnek használják s a 2. emeleten egy nappali szobát rendeztek be a kórházi orvosok számára. Az ápolók szobái is sötétek és rosszul szellőztek voltak; az ápolónők egyik hálószobája 45 láb hosszú és 36 láb széles, s ebben 31 ágy volt; egy másik, kisebb szobában, melynek csak egy ablaka van, 15 ágy állott. Azelőtt székek sem voltak e helyiségekben s az alkalmazottak, ha szolgálaton kívül voltak, csak az ágy szélén ülve pihenhettek; ruháikat éjjelre faládában tartották az ágy alatt; képzelhető, hogyan szellőztek ezek a fárasztó napi munka izzadságából! A bizottság most egy szomszéd épületet, mely azelőtt a kórház orvosi iskolája volt (Bellevue Hospital Medical School), átalakította a női ápoló személyzet számára; körülbelül 125 ápolónő fog ott lakni, az egyes szobákban 5—7 ágygyal; a három emelet mindegyikén lesz egy-egy nappali szoba, továbbá fürdőszobák, öltözködő helyiségek stb. A lakásbeli nyomorúság és az alacsony bér — a nők havonként 10, a férfiak 12.50 dollárt kaptak — okozta, hogy az egész személyzet szolgálatra alkalmatlan és megbízhatatlan egyénkekből állott. Szinte rendes dolog volt, hogy havonként az ápolók 40—50%-át el kellett csapni, részegeskedésük és meg nem felelő voltuk miatt és persze hasonlókkal tudták csak pótolni őket. Az új bizottság most az ápolók bérének megfelelő felemelésével ezt a misériát is megszünteti, s az ápolók iskolájának új szervezésével (a mint az minden más kórházban is van) teljesen megfelelő személyzetet képez ki a kórháza számára.

Most pedig a *beteg foglyok kórtermének* leírását adom, szó szerint való fordításban a polgármesterhez intézett Report-ból, a mint azokat a kórház-bizottság hivatalba lépésekor, 1902 februárban találta. Oly képtelen állapotok voltak ott, hogy a mai civilizált viszonyok mellett egy culturállam fővárosában hihetetlennek tartanók, ha hivatalos referatumban nem olvasnók. „A két kórterem a földszinten van. A férfi-kórterem 40 láb hosszú, 20 láb széles és 8 láb magas; ablakok csak az egyik oldalon vannak. Tizenhárom ágy van itt elhelyezve, mindegyikre körülbelül 500 köbláb levegő jut; míg az egészségügyi bizottság (Board of Health) által lakóházakra kívánt minimum 600 köbláb. Hozzájárul még, hogy gyakran szükséges egy vagy több beteget szalmazsákokon a földre fektetni. Más szellőzés nincs, mint ablaknyitás útján; így pedig direct légáram éri a betegeket. A water-closet, egy öreg, megrozsdásodott vasveder, nyíltan áll a szobában, csak két oldalról elfedve a betegek elől körülbelül 7 láb magas, vékony deszkafallal. Az asztal, melyen a betegek esznek, 3 lábnyira van e rekesztől. A closet szellőzése a kórterembe történik, mert az oldalán nincsen ablak. E helyiségben a levegő romlottsága, este a világító-gáz meggyújtása után, egyszerűen leírhatatlan. A fogoly nők kórtermében a water-closet az éléskamrában áll, a hol a főzőedényeket tartják. Egyik legutóbbi látogatásunkkor e teremben egy ápolónőt láttunk az éléskamrában tejet melegítve, míg ugyanakkor egy beteg a closetet használta néhány lépésnyi távolságban. Ennélfogva az egyik bizottsági tag azt mondta, hogy nem járja jobb fajta ápolónőt alkalmazni ilyen környezetben, bármiként vélekedjünk is a foglyokról. Pedig az ide zárt foglyok nem is mind bűnösök. Néhányan közülük például szegény szerencsétlenek, a kik öngyilkosságot kíséreltek meg s itt tartatnak míg annyira javultak, hogy a kihallgatáshoz vihetők“. Természetszerűleg most itt is történtek átalakítások, javítások, már a mennyire a viszonyok lehetővé tették.

A konyha, melyből az összes betegeket és alkalmazottakat ellátják étellel, különálló épületben van elhelyezve; nincs a többi épülettel összekötő folyosója s az ételszállítás közben történik, úgy

hogy rendesen hideg és nem igen élvezetes, mire rendeltetési helyére jut. Különben meg kell jegyeznem, hogy bőséges táplálékkal látják el a betegeket, napjában ötször, s egyik étkezéskor sem hiányzanak az obligát kis vajkorongok (valamivel nagyobbak és vastagabbak, mint a mi ötkoronásaink). Obligát mondom, mert ez így van mindenütt Amerikában, a vendéglőkben is, a hol minden étkezéshez kapni ily vajkorongokat, gratis és tetszés szerint való mennyiségben. A mosókonyha egy külön Manager of Laundry felügyelete alatt áll, s egy külön alkalmazott, a ki specialista e szakmában, dirigálja a többnyire gépekkel végzett mosást, úgy hogy ez óriás kórház részére szükséges munka ellátására már csak 22 egyén van a mosásnál alkalmazva.

Az összes épületek tűzbiztonsága minimális, mert sok a deszkafal, mely csak vakolattal van fedve s a lépcsők is fából valók. Épen így nagyon tűzveszélyes az Emergency Hospital is, a mely a szülészeti esetek számára szolgál, ugyane területen, a hol körülbelül húsz anya és csecsemő s az ápolónők tartózkodnak. Ezért egy tűzoltótiszt vezetése alatt az összes alkalmazottakból tűzoltócsapatot organizáltak, felszerelve az összes szükséges eszközökkel, hogy tűz esetén az első segítséget nyújthassák, míg megérkezik a rendes tűzoltóság. Rendszeres gyakorlatokat tartanak meghatározott időközökben s egy hivatásos tűzoltó is be van osztva a kórházhoz, állandó szolgálatra. Egy új rendszerű tűzvészjelző szerkezetet is alkalmaztak, mely összeköttetésben van az összes épületekkel, melyek a kórház területén állanak. A kórházi munkásokból 24 embert válogattak ki s nappali és éjjeli csapatokra osztották őket, a kik állandóan őrzik az épületeket.

Az ápolószemélyzet ügye az amerikai kórházakban teljesen speciális intézmény. Oly tökéletességre fejlődött, hogy alig hagy kívánni valót s bátran mintaképül szolgálhat mindenféle kórháznak. Bővebben ismertetem itt ez intézményt, mert az összes amerikai kórházakban közel egyforma a szervezete. Fontosságának megértésére meg kell jegyeznem, hogy a kórházakban kiképzett ápolószemélyzet nagy része azután mint privát-ápoló nagy keresletnek örvend, mert minden otthon kezelt beteg, a ki csak teheti, ápolót alkalmaz; a szülésekkor és a gyermekágyban is ily ápolónők segítkeznek a szülést vezető orvosnak (bábaképzők nincsenek) s egyéb egészségügyi intézményekben és szolgálatokban is alkalmazzák őket. Egy részük még orvossá is kiképzzi magát s azután gyakorlatot folytat.

A Bellevue Hospitalbeli betegek ápolására való személyzet 1902-ig két, egymástól teljesen független iskolában kapta kiképzését. A nők és gyermekek kórterméiben való szolgálatra kiképzést a Bellevue Training School for Women Nurses, a férfiak kórterméi számára pedig a Mills Training School for Men Nurses végezte. Más kórházakban már régebb idő óta az összes betegeket, férfiakat és nőket, csakis nők ápolják; férfiakat csak a nehezebb munkák végzésére alkalmaznak. Ez intézményekben tett tapasztalatok azt mutatják, hogy ilyen beosztással érik el a legjobb eredményeket; minden kórterem élén egy ápolónő van s egy vagy több ápolóférfi neki alárendelve a férfikórtermekben. E tapasztalatok alapján 1902-ben egyesítették a két iskolát s az ápolónők iskolája felügyelőnőjének (Superintendent) igazgatása alá helyezték, kinek két segédfelügyelő (First és Second Assistant Superintendent) segítkezik mindkét nembeli növendékek instructiójában és felügyeletében. Így most minden kórteremben van egy főápolónő, kivéve a férfifoglyok, a férfialkoholisták és a (férfi) húgy-ivarszervi betegek kórterméit. Férfiápolókat csak kisebb számban képeznek ki, megfélelőleg e restringált alkalmazásuknak. Az elmebetegek pavillonjában, mióta ápolónők vannak a férfikórtermekben is, igen kielégítő eredményeket érnek el; a zavargások, a rendtelenség s az illetlen beszédmód tetemesen redukálódott azóta (az amerikaiak nagy súlyt fektetnek erre, az erkölcsi niveau emelése szempontjából); hosszú tapasztalás bizonyítja, hogy férfibetegek nem használnak oly nagy fokban illetlen kifejezéseket, ha ápolónő van szolgálatban, mintha csak férfiak vannak alkalmazva. Magasabb fizetésű és nagyobb számú ápolószemélyzet alkalmazása következtében lehetővé vált, hogy az elmebetegek osztályán kirekeszthetnek majdnem minden mechanikai kényszereszközt; a kellő számú ápoló jelenléte nyugalmat és rendet biztosít a betegek között.

Nádory Béla dr.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Vorlesungen über soziale Medizin von Dr. Th. Rumpf.
Leipzig, 1908. G. Thieme. 290 l. 6 m.

E könyv azon felolvasásokat foglalja magában, melyeket a szerző 18 előadás keretében tartott hallgatóinak a bonni egyetemen. Felolvasásaiban kiterjeszkedik mindazon tudnivalókra, melyekre a gyakorlatba lépő orvosnak szüksége van, ha azt akarja, hogy a szóban levő tárgyat illetőleg az életben boldogulhasson. E studium, melynek főrészt az utóbbi évtizedek társadalmi alakulásai hozták létre s fejlesztették mai terjedelmére, az orvostudományból a törvényszéki orvostan és a közegészségtan példájára alakult ki, annak nem csekély jelentőségű ága gyanánt. Nem lehet tagadni, hogy az orvostudomány e része más úton is elsajátítható, mindennek ellenére az orvosok többsége eddig jóformán csak töredékeiben ismerte és ahhoz is csak hosszú évek tapasztalatai és csalódásai árán juthatott. Szükségesnek mutatkozik tehát, hogy e tant a fiatal orvosnemek már az egyetemen ismerni tanulja s így biztosabb alapon, egységes szempontból alkalmazhassa a gyakorlati élet bonyolult viszonyai között.

A könyv bevezetése általános áttekintést nyújt a szociális törvényekről, a szociálorvostudomány fogalmáról, tartalmáról, nevezetesen a betegbiztosításról, a balesetek körüli eljárásról, a rokkantsági biztosításról, az orvos jogairól és kötelességeiről, az orvosi kamarákról, az orvosi becsületbiróságokról, az orvosszövetségekről és az orvosi etikáról. Ezután áttér az orvosképzésre, a szakorvosokra, a letelepedésre, a rendelő órák tartására, a betegek látogatására, az orvosi tanácskozásokra, a helyettesítésre. A továbbiakban tárgyalja a betegbiztosítási törvényeket, az orvosok és betegpénztárak egymáshoz való viszonyát, a balesetbiztosítást, az orvos szerepét a balesetbiztosításnál, a rokkantsági és öregségi biztosítást, az orvos szerepét a rokkantsági és öregségi biztosításnál, az orvos szerepét a magánbiztosítás körül, az orvosi vizsgálatot és véleményezést, tekintettel a betegség és egészség szimulálására; szól az orvosról mint tanúról és szakértőről, az oltóorvosról, a szegények orvosáról, az orvos feladatáról a higiénie terén, az iskolai, vasúti stb. orvosokról, a gyógyszerészekről, bábakról, a betegápolásról, a kuruzslásról. Majd áttér az orvos és iparegészségügy, valamint az orvos és az egészségügyi közigazgatás viszonyaira. Részletesen tárgyalja az orvosi kamarákat és becsületbiróságokat, az orvos felelősségét, az orvos és beteg közötti viszonyt a kölcsönös egyezkedés illetőleg a felelősség szempontjából, az orvos felelősségét a segéd- és ápolószemélyzetért, végül az orvosi titoktartást. Az utolsó felolvasás a németországi orvostársaságokat, szövetségeket ismerteti; ezenkívül megemlékezik a szabad orvosválasztás feltevéiről, az orvosok vasárnapi pihenéséről, a túlzott orvosi specializmus kinövéseiről, a továbbképző cursusokról, az orvosi könyvvezetésről és honoráriumról, a háziorvosi ténykedésről, az orvosoknak baleset elleni biztosításáról és a szűkölködő orvosok és családjaik gyámolításáról. A könyvet a tárgyra vonatkozó irodalom jegyzéke, valamint egy függelék zárja be, mely az orvosokra nézve legfontosabb törvényeket és rendeleteket foglalja magában.

Évek hosszú során figyelemmel kísérve az úgynevezett szociális mozgalmak uralkodó irányát, betekintést nyertünk többek között azon törekvések rejtélyeibe is, a melyek minket, orvosokat, közelebből érdekelnek és a magunk részéről talán nem helyezkedünk ellentétes álláspontra a magyar orvosi kar közfelfogásával, midőn a legnagyobb aggodalommal tekintünk minden oly jelenségre, mely az újabb társadalmi alakulások keretében oda irányul, hogy az orvosi kar féltve őrzött függetlenségét, erkölcsi és anyagi jelentőségét önző érdekek szolgálatának hozza áldozatul, kihasznált eszközé alacsonyítva le az orvost, oda dobva oly elemek prédája gyanánt, melyek az orvos emberbaráti érzületét nemhogy megbecsülni tudnák, de épen ezen felbátorodva, rajta gyakorolják minden féltelenségüket, minden zabolátlanágukat. Ezeket látva, lehetetlen más szempontból tekintenünk e könyv egész foglalatát, mint védekezést az orvosi kar megkárosítására irányuló törekvések ellen, olyan időben, midőn a tömeg lazult erkölcsi indulata, minden tettében megnyilvánuló üzleti furfangja, kizsákmányoló hajlama

épen azok ellen fordul, a kiknek — hogy úgy fejezzük ki magunkat — Isten után legtöbbet köszönhet; a mikor az orvos nem lehet eléggé óvatos munkájában; mert sohasem tudhatja, hogy egy jól kiesztelt zsarolási fufanggal mikor akasztanak bűnpert a nyakába. Ezért is ajánlatos, hogy e könyvet hazai kartársaink is minél többen elolvassák és belőle védekezni tanuljanak a megrontásokra irányuló veszedelmek ellen. Ha még nem késő! Erdős János dr.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A vörheny kórokozóját még nem ismerjük. Egy ideig ugyan nagy szerepet tulajdonítottak a streptococcusoknak, de csakhamar kiderült, hogy nem tekinthetők a szóban forgó baj kórokozójának. Az utóbbi években a protisták közé tartozó alakokat találtak vörhenyben szenvedők bőrén (Mallory, Duval, Siegel, Prowazek), nagyobb érdeklődést azonban nem keltettek ezek a leletek. Legújabbban Gamaleia, az ismert nevű orosz bűvár vörheny 25 esetében talált a bőrben, a torokban, a vérben, a lépben és a vesében képleteket, melyek szerinte a telepeket alkotó állati parazitáknak egy újabb csoportjába tartoznak, s a melyeket synanthozoon scarlatinae-nek nevezett el. Typusos alakja a myosotishoz hasonlít: 5 golyó rendeződik el a középen levő hatodik golyó körül; ez az alak részint szabadon, részint sokmagvú fehérvérsejtek belsejében található vörhenyminden esetében. Haematoxylin-Giemsa-val megfestve a metszetekeket, vagy teljesen színtelenek maradnak ezek a gömbes csoportok, vagy csak a központi golyócska festődik meg, vagy pedig minden golyócska közepén megfestődött mag látható. Ezek az alakok néha szétesnek, még pedig először a periferián levő golyócskák megnyúlnak, oldalt felkunkorodnak (chrysanthemum-szirmokhoz hasonlóvá válnak) és végül leválnak. Máskor meg nagy, fehérvérsejtnagyságú, kissé ovális gömbök fejlődnek, melyek üresek és vastag fallal bírnak; a falzaton apró pontok és egyforma távolságban nyílások vannak, bennük az említett myosotis-alakokkal. (Berliner klinische Wochenschrift, 1908. 40. szám.)

Belorvostan.

A gyomorfekély kezelése atropinnal. Tabora az olyan ulcusok kezelésére, melyek minden más kimélő és diéta-eljárással daczolnak és már csak sebészi megoldáshoz lehetne velük fordulni, az atropin-injectiókkal kezelést ajánlja. Az atropinnak ugyanis megvan az a tulajdonsága, hogy a secretiót s így a HCl- és gyomornedvsecretiót is csökkenti, ezenkívül göresoldó és enyhén narkotizáló hatása is van. Már most az oly ulcus eseteiben, melyek hypersecretióval (akár alimentáris, akár állandó az) és a gyomor motorius elégtelenségével (pylorusspasmus a folyton ingerlő nedvelvasztás folytán!) járnak együtt — és épen ezek azok, a melyek minden kezeléssel daczolni szoktak —, az atropin-injectiókra a secretio jelentékenyen alábbszáll, a spasmus oldódik és a fájdalom sokszor az első naptól fogva megszűnik. Az eljárás részletesen a következő: a beteg az első naptól kezdve kap reggel és este 1—1 milligramm atropint bőr alá fecskendezve. Szükség szerint 3 milligrammot is kaphat a beteg pro die. A nélkül, hogy a dosist változtatnók, 4—8—10 hétig folytatjuk az atropinkezelést s egyidejűleg diétán tartjuk a beteget. Még pedig több napos teljes étel- és italmegvonással kezdjük meg a kúrát; folyadékot vagy a végbélen át, vagy subcutan juttatunk a szervezetbe; azután óránként eleinte egy evőkanálnyi, majd 50—100—200 cm³ tejet 1/3-rész tejszín hozzáadásával nyújtunk a betegnek, úgy, hogy 2 hét elteltével a kúra kezdetétől számítva a beteg körülbelül caloriagegységekben van. Ezt a kizárólagos tej-tejszín-diétát legalább is 4 héten át folytatjuk, azután óvatosan kását, tojást is megengedünk, de húst csak 2 hónap eltelté után, akkor is csak finoman aprítva. Tabora valamennyi beteget hizott a kúra alatt.

A kúra után a legtöbb esetben csökkent savértékeket mutatott a gyomorvizsgálat s kontrollált esetekben így is maradt ez többnyire. A hypersecretio némely esetben teljesen megszűnt, mindenestre azonban erősen korlátozott maradt. Tabora eseteiben másodfokú motorius insufficienciát diagnosztizált s a kúra után éhgyomorral bevezetett szondán át üresnek találta a gyomrot. Természetesen, ha a pylorus hegesen szűkült, restitutio ad integrum a motorius

functio szempontjából nem jöhet létre, de még ezek az esetek is javultak annyiban, a mennyiben a hypersecretio csökkent. Recidiva persze előfordult, de sikerült másodszori kezelésre a bajt ismét megszüntetni.

Átgondolva az eljárást, ez sem egyéb, mint a gyomor nyugalomba helyezése therapiái szempontból. Szerinte ez a módszer felér a sebészeti kezeléssel, legfeljebb heges pylorusszűkület folytán létrejött nagyobb fokú motorius insufficiencia eseteiben ér többet a gastroenterostomia. (Münchener med. Wochenschrift, 1908. 38. sz.)

Szinnyei József dr.

Új módszer a gyomorműködés vizsgálatára. Schlüpfer,

Brauer marburgi klinikus segédje, nagyjában a Sahli-Seiler-féle elveken alapuló módszert dolgozott ki, melynek segítségével a gyomornak úgy elválasztó képessége, mint mozgása meghatározható. A leves összetétele a következő: 30 gm. búzaliszt, 4 gm. NaCl, 9 gm. vaj keverékét főzni kell 400 cm³ vízzel. Majd 50^o-ra lehűtve, 30 cm³ tojásfehérjét és 9 cm³ 0.5^o% neutrális vörösfesték-oldatot adunk hozzá. (Készen is kapható poralakban ez az összetétel, melyet azután 400 cm³ vízben fel kell oldani és felmelegíteni. Szállítja: W. Holzhauer, Marburg). Ez a leves fehérjét, szénhidrátot és zsírt is tartalmazván, a gyomorműködés számára természetesebb inger, mint a többi eddig alkalmazott próbareggeli, próbaleves. Másrészt a neutrális vörös megjelenvén a vizeletben, meghatározható, hogy mikor nyílt meg először a pylorus és milyen a gyomornak összes mozgási képessége. Ugyancsak a neutrális vörös festék segítségével colorimetriás úton megközelítőleg ki lehet számítani a pepsin mennyiségét, míg a szabad és kötött sósavat, az összes aciditást közönséges módon titrálással (1/10 n. NaOH) határozzuk meg. Az elválasztott gyomornedv mennyiségének és a gyomormotilitásnak képleti úton való kiszámításakor úgy járunk el, mint Sahli-Seiler. A neutrális vörös nem zavar a tejsav esetleges keresésekor sem, ha Uffelmann vagy Strauss módszerét alkalmazzuk. Végül esetleg az erjedést is meg lehet határozni ugyan-csak színreactio segítségével. (Münch. med. Wochschr., 1908. 36. sz.)

Szinnyei József dr.

Idegkórtan.

A hydrocephalus, agydaganat és epilepsia javítása céljából Anton és Bramann hallei professorok új javaslattal állanak elő. Ők abból indulnak ki, hogy mechanikai okok sokszor akadályozzák az agyvelőállomány táplálkozását. A liquor cerebrospinalis rendes mennyisége 60—150 gm. körül lehet, de előfordult már olyan eset is, a mikor több litert ért el. Ilyen folyadékszaporulat különösen az agyvelőfalak kárára történik, még pedig leginkább a corpus callosum és az agyvelőkamarák szenvednek alatta, bár a távolabbi részek is sérülhetnek, pl. Chiari esetében a kisagyvelő deformált volt hydrocephalus következtében, a kisagyvelőkoesányok összelapítása pedig gyakori észlelet. A verőeres vérellátás és a gyűjtőeres kiürülés is hibás lesz a nyomás folytán. A liquor cerebrospinalis felhalmozódása történhetik az által, hogy elvezető útjai elzárulnak daganat által. A gyulladás okozta hirtelen exsudatio ugyan-csak ide vihet. A liquor cerebrospinalis ezenkívül activ módon is szaporodhatik, pl. a falak infectiós gyuladása után (meningitis ventricularis). Sokan azt tartják, hogy az ependyma mirigyhez hasonló működést fejt ki. Quincke valószínűvé tette, hogy beidegzés útján is fokozódhatik a liquor cerebrospinalis elválasztása. Hasonló történhetik heves trauma vagy fejrázkódás után is, a mikor az agyvelőállomány megduzzad. Így vakul meg az agydaganatos beteg pangásos neuritisben és így elbutulhat, megvakulhat és megbénulhat a vízfejű gyermek. Az agykamrapunctio javít ezen, de csak ideiglenesen. Ez nem sokat ér, mert a műtétet nem lehet vég nélkül megismételni. A lumbalpunctio is segít, de szintén csak ideiglenesen és a hátulsó koponyatüreg daganataiban káros is lehet.

Szükség van arra, hogy a kamarák folyadéka közlekedjék a dura alatti üreggel. Ennek az útja tudvalevőleg a Sylvius-esatorna és a foramen Magendie, mely már a méhenkívüli életben fejlődik ki. E közlekedőutak eldugulásakor ajánlja Anton és Bramann, hogy a corpus callosumon át állandóan nyitvamaradó új közlekedő-esatornát készítsünk. Az utat tompa szerszámmal kell megnyitni és nagyobbítani, hogy az arter. cerebr. ant. meg ne sérüljön.

Legjobban a homlokrészen hatolunk be, még pedig a praecentrális barázda harántlapján, mert ez a corpus callosum megvastagodása mögött fekszik és biztosan bevezet az oldalsó kamarába. Ha a behatoló tompa szerszám belül üres, a liquor cerebrospinalis előfolyásából megtudjuk, hogy jó helyen járunk. A koponyát lékeléssel vagy Doyen-fúróval nyitjuk meg. Ez utóbbi esetben bőralatti cocainbefecskendés pótolhatja a narcosist. Remélni lehet, hogy az így készült nyíláson a liquor cerebrospinalis állandó ömlése következik be. A szerzők négy ilyen módon operált esetről számolnak be. Ezek mutatják, hogy a műtét kivihető és hogy bizonyos fokú javulást eredményez.

A leírt eljárás a következő esetekben czélszerű. 1. *Hydrocephalus*. Ebben a bajban az agyvelőüregek kitágulnak, az agyvelő nyomódik, a gyermek feje megnagyobbodik. Ez az idején alkalmazott műtéttel megelőzhető, a gyermek elbutulása bizonyos fokig elmarad, psychéje jobb lesz stb. 2. *Daganatok hydrocephalussal és pangásos papillával*. Itt a liquor cerebrospinalis nyomása fokozott, az agyvelő laposan a koponyára nyomódik, a koponyacsont megvékonyodik, a perivasculáris hüvelyek tágulnak a beléjük nyomódott víz miatt, a látóideg hüvelyében pangás támad, a beteg megvakul. A műtét a fejfájást megszünteti, a megvakulást megelőzi, esetleg támasztékot is ad a daganat helyének megállapítására. Sokszor fordult elő, hogy a műtéttel késni kellett, mert a daganat helyét nem tudtuk megállapítani és a beteg azalatt megvakult. 3. *Agyhypertrophia*. Ez a baj gyakoribb, mint hiszik. A legtöbb hypertrophia agyvelő epilepsziásoké. Az epilepsziásokon a szerzők gyakran láttak boncsoláskor fokozott agynyomásra utaló jeleket, sokszor a koponyacsont vékony, sőt néha papírvékonyaságú e miatt. Ezért javíthat itt az ajánlott műtét. 4. A *pseudotumor* gyűjtő néven összefoglalt esetekben is fokozott a nyomás. Talán ezeken is lehet valamit segíteni. (Münchener med. Wochenschrift, 1908. 32. sz.)

Kollarits Jenő dr.

Sebészet.

Az aneurysmorrhaphiához szolgáltat adatokat J. Fairbairn Birmie, R. Abbe és J. A. Blake. Az első 3 esetről számol be; kettőben obliteratív operációt végzett, vagyis az aneurysmazsákból az érlumenbe vezető nyílást elzárta s azután a zsák ürét falainak összevarrása által eltüntette. A harmadik esetben restructív műtét történt; ebben az esetben két hét múlva recidivált az aneurysma, az art. femoralis lekötése ellenére utóvérézés állott be, mely amputációt tett szükségessé. Abbe, ki előzőleg már sikerrel operált Matas szerint egy poplitea-aneurysmát, gluteális aneurysma esetét közli, mely súlyos ischiasszerű fájdalmakat okozott. Az iliaca communis temporaer lekötése után a gluteális aneurysmát megnyitotta, vérzett, de az érrel való szűk anastomosisnyílást újjával be tudta fogni. Négy chromcatgutöltésre a vérzés elállt s most az aneurysma falát összevarrta. Sima gyógyulás.

Blake, midőn egy poplitea-aneurysma miatt akart Matas-operációt végezni, váratlan nehézségre bukkant, a mennyiben a zsák az ér alatt feküdt a planum popliteum felé; ily módon a tervezett műtétet csak tökéletlenül bírta végrehajtani s kényszerült a popliteát az aneurysma felett lekötöni. (Annals of surgery, 1908 július.)

Pólya.

Az arteria iliaca communis lekötését végezte W. I. Gillette sikerrel gluteális aneurysma esetében. Az irodalomban, főleg Dreist közlésére támaszkodva, összesen 80 esetet talált, a hol ez a műtét történt; az összhálozás 70⁰/₀. Az antisepsis aera előtti időben operált 59 betegből 46 halt meg (77·9⁰/₀), az azóta operált 21 esetből csak 10 (47·6⁰/₀); az utóbbi esetek közül 7-ben állott be gangraena a lábszáron (33⁰/₀). (Annals of surgery, 1908 július.)

Pólya.

Az át nem hatoló koponyasérülések műtéveséről írva J. A. Hartwell 7 esete kapcsán a következő conclusiókra jut: 1. Positiv góczydiagnosist csak kivételes esetekben, ha tudniillik a sérülés csupán a sensomotorius tájakra szorítkozik, lehet csinálni. 2. Az agysérülés minden fokát meg lehet egy ugyanazon agyvelőn találni. 3. Az általános agyzúzódást oly másodlagos keringési zavarok követhetik, melyek ha meg nem szüntettetnek, agynyomásra és halálra vezethetnek. 4. Tiszta decompressiv műtétet indikál a) meg-

nem közelíthető haemorrhagia, b) traumás agyödema, ha agynyomási jelenséget idéz elő. 5. Oly műtétek, melyek nem valamely határozott, gondos diagnosis megállapította czélra törekésznek, inkább ártalmasak, mint hasznos hozók. (Annals of surgery, 1908 július.)

Pólya.

Gyermekorvostan.

Intubatio következtében támadt heges gégeszűkület esetét ismerteti Gioseffi. A 3 éves leánygyermeket az 1906. év nyarán súlyos légzésnehézséggel mutatták be a triesti „Magdolna“-kórházban; a légzésnehézség állítólag 2 nap óta fejlődött igen súlyos mértékben. Állítólag 1 éves korában croup miatt ugyanazon intézetben intubálták és 2½ éves korában a mostanihoz hasonló nehéz légzés újabb intubációt tett szükségessé. Az első bántalom óta a gyermek hangja állandóan rekedt, fátyolozott volt. Rögtöni intubációkísérlet történt, azonban még a legkisebb O'Dwyer-tubust sem sikerült bevezetni. A javaslatba hozott légesömetszésbe a szülők nem adták beleegyezésüket, minek következtében a gyermek néhány óra múlva meghalt. A boncsoláskor kiderült, hogy a gége lumenét a cricoidea magasságában heges, majdnem porcyszerű, 3—5 mm.-nyi magas szövet foglalja el, melynek lumene a legvékonyabb szonda számára volt csak átjárható. A hangszalagok duzzadtak, éles szélük-től megfosztottak. A gége ezen szűkületnek megfelelőleg a tracheával együtt lateralis bajonetszerű deviációt mutat. A lépben és a peribronchiális mirigyekben néhány miliaris, a bal alsó tüdőleányben két kisdínyi sajtos gócz, számos miliaris góczoskával körülvéve.

A régebbi kórrajzokból kiderült, hogy a gyermeket 1904-ben 1 éves korában diphtheria és croup ellen kezelték, mikor is összesen 5 ízben intubálták összesen 370 órányi tubusfekvésű időtartammal (az egyes intubációk tartama 7·30, 41·30, 91, 101 és 129 órát tett ki). Rekedt hanggal bocsátották el.

1905-ben a 2½ éves gyermeket újabb stenossissal mutatták be diphtheriás jelenségek nélkül. Serummal kezelték (noha az ismételt bakteriologiai vizsgálat negatív volt) és intubálták. A tubusnak benfekvésű ideje 30 ó. 15 perc volt. (Egyes intubációidők 11 ó. 45, 20 ó 30, 8 ó.)

Világos, hogy az első hosszú tartamú intubatio fekélyeket idézett elő, melyek azután fokozatosan másodlagos szűkületre vezettek. A szerző felveti a kérdést, vajon az első alkalommal végzett másodlagos légesömetszéssel sikerült volna-e a szűkület kifejlődését megakadályozni? A gyermek zsenge korát véve tekintetbe, a szerző kételkedik a sikerben s Bókay-ra és O'Dwyer-re hivatkozik, kik ily esetekben nem végeznek másodlagos légesömetszést, hanem tovább intubálnak. (Rivista di clinica pediatrica, 1908 június.)

Faludi Géza dr.

Elhúzódó subfebrilis állapot. Jacobson bukaresti orvos évek során át több gyermeket észlelt, kiken a hőmérsék reggel, délben vagy este 2—6 tizeddel a normális fölé emelkedett, a nélkül, hogy a szervezetben a legszorgosabb megvizsgálás ezen „prolongált subfebrilis állapotnak“ magyarázatát találta volna. Betegének kora 8 hó és 16 év között váltakozott. Különféle gyógyszerek, mint vas, arsen, chinin, hatástalanok maradtak. Végre hosszabb megfigyelés után azon meggyőződésre jutott, hogy majdnem minden ilyen esetben az orrgaratürben székelő idült folyamatok voltak a láz oka. A sok közül kiemel egy beteget, a kinél három évig tartó subfebrilis állapot az adenoid vegetatiók gyökeres kiirtása után tüstént megszűnt. Az idült garathurut, a mandolák megnagyobbodása rejtett tüszős lobból szintén szerepelhet a prolongált s másként nem magyarázható subfebrilis állapot oka gyanánt. (Bulletins de la Société de pédiatrie de Paris, 1908. 5. szám.)

Vas Jakab dr.

Börkórtan.

A Röntgen-sugarak hatását a herére vizsgálta Herxheimer és Hoffmann (Wiesbaden). A Röntgen-sugaraknak káros hatása a herére már több év óta ismeretes. A kérdésnek nemcsak tudományos, hanem elég nagy gyakorlati értéke is van, mert a therapiás megvilágítások alkalmával a káros hatás úgy a kezelt beteget, mint a kezelő orvost érheti, ha kellőképen nem védekezünk. A szerzők a Röntgen-sugarak káros hatását házi-nyulakon vizsgálták. Az állatok heréit naponta 15 percig

világították, két és több héten keresztül. A pontos szövettani vizsgálat a következő eredményre vezetett. A Röntgen-sugarak első sorban a herének legmagasabban differenciált alkotórészeit bántja, tehát az ondósejteket. Ezek közül is a legelső elváltozás a spermatidák szenvedik el, utóbb a spermatocyták és a spermatogoniák. A spermiogenesis azonnal megszűnik, a spermatogenesis ellenben még tovább folyik egy ideig. Később azonban ez is megszűnik és a Röntgen-sugarakkal szemben eléggé resistens ondószálak is eltűnnek. Eltűnnek továbbá a spermatidák és a spermatocyták is, ellenben megmarad állandóan néhány spermatogonia. Látni való tehát, hogy a tönkremenetel a here parenchymáját éri. Ez a folyamat tisztán elfajulásra alapul. A tönkrement ondósejtek helyében csakhamar nagy mértékben megsaporodnak az úgynevezett *Sertoli*-féle lábsejtek. Bizonyos idő múlva azután ismét megindul az ondósejtek regenerációja és pedig a megmaradt spermatogoniákból. E tényeknek átültetése a gyakorlatba azt bizonyítja, a mint az különben is tapasztalható, hogy a Röntgen-sugarak okozta impotentia generandi idővel ismét elmúlik. (Deutsche med. Wochenschrift, 1908. 36. sz.)

Guszman.

Venereás bántalmak.

A *lues congenita tarda* eseteiben előforduló csont-elváltozásokról értekezik *G. Preiser* (Hamburg) három érdekes esete kapcsán. *Hahn* és *Deycke* érdeme, hogy a syphilises csont- és ízületi bántalmak klinikáját a röntgenographia segítségével nagy fokban fejlesztették és összefoglalták. A lueses csont- és ízületi bajok pontos diagnózisát tehát az átvilágítás segítségével ma már a legtöbb esetben könnyen lehetséges. A szerző 3 oly lueses csont-bántalmat közöl, a melyben a diagnózis nagy nehézségekbe ütközött. A diagnózis helyességét csakis a pontos észlelés, gondos átvilágítás és az ezek alapján megindított antilueses kúra gyógyító hatása tudta beigazolni. Az első eset 24 éves férfira vonatkozik, a ki *Sudeck*-féle atrophiaival járó többszörös csont- és ízületi megbetegedésben szenvedett. Az összes tünetek fájdalom és láz nélkül folytak le. Daczára annak, hogy az anatómiai elváltozások igen nagy kiterjedésben (bal vállizület, bal térdizület, phalangduzzadás stb.) jelentkeztek és súlyos izomatrophiaikkal társultak, a megindított jod- és kénesókúra a legjobb eredményre vezetett. A második eset 8 éves leánygyermeket illetett, a kinek congenitális késői luese kétoldali genu valgumban nyilvánult. A genu valgum ebben az esetben későn, a 7. évben keletkezett s aránylag rövid idő alatt nagy mértékűt öltött. A teljes fájdalomtalanság, valamint a nagy anatómiai eltérések ellenére jelenlévő teljes mozgékonyosság a szerzőt már korán a lueses eredet lehetőségére irányította. Ezt a gyanút megerősítette a fölvetett röntgenogram, valamint az 5 hónapon keresztül folytatott és nagyfokú javulásra vezetett kénesős és jódos kúra. Az utolsó eset 7 éves fiúra vonatkozik. Ebben az esetben nagy confláló gumma volt a jobb fibulában. Az eset érdekessége abban nyilvánul leginkább, hogy a periosteum egyáltalában nem volt a bántalom körébe vonva, a mi határozottan a lueses eredet ellen szólt. A fiú később lueses iritist és keratitis parenchymatosát is kapott. Az antilueses kezelés teljes gyógyulásra vezetett, sőt még a velőüreg is visszatért. Mind a három esetre nézve a szerző jellegzetesnek találta, hogy aránylag igen súlyos anatómiai elváltozások jelenlétében a subjectív tünetek és a működészavarok igen csekélyek voltak. (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen, 1908. XII. k. 2. f.)

Guszman.

Érdekes syphilises oltási eredményt észlelt *Hoffmann*, *Löhe* és *Mulzer* (Berlin). Az észlelet abból indult ki, hogy házinyulakon és alsóbb rendű majmokon igyekeztek általános, az egész szervezetre kiterjedő lueses infectiót létrehozni. Ezt úgy kísérelték meg, hogy syphilises virust bőséges mennyiségben egyenesen az állatok heréjébe oltottak. A kísérleti sorozat két esetében már most azt az érdekes eredményt kapták, hogy hosszabb incubatio után az állatok heréjét fedő hasbőrön az oltásos szúrás helyén lueses primaer affectio keletkezett. Az első esetben a majom (*cercopithecus fuliginosus*) lueses papulának kiszívott, 0.3 cm³-nyi nedvét kapta Pravaz-fecskendővel a heréjébe. 33 nappal később a szúrás helyén a bőrön jellemző, erosioszerű primaer affectio támadt, a melyben spirochaetákat lehetett kimutatni. Ugyanakkor a here háromszorosára volt megnagyobbodva és a körülmények arra vallanak, hogy ez a heregyulladás syphilises jellegű. A másik

esetben a kísérleti állat házinyúl volt. A 0.1 cm³-nyi emberi sklerosis-nedv befecskendezése után 34 nappal a here bőrén ugyancsak jellegzetes syphilises primaer nyilvánulás keletkezett, a melyben a spirochaeták szintén nem hiányoztak. A here ebben az esetben is jelentékenyen meg volt megnagyobbodva. A kísérletben a legérdekesebb az az eredmény, hogy a syphilises virus primaer jelenséget okozott a házinyúl bőrén. Ez idáig még nem sikerült s így a kísérletnek nagy elvi jelentősége van. A bőrön való oltások eddig ugyanis nyúlón eredmény nélkül maradtak. Alsóbbrendű majmokon is szokatlan ez az eredmény, főleg ha hozzávésszük, hogy a here is megnagyobbodott, a szomszédos mirigyek pedig megduzzadtak. Kérdés már mostan: szükséges-e ennek a pozitív eredménynek az eléréséhez a here állományába való beszűrítés? A szerzők ezt valószínűnek tartják. (Deutsche med. Wochenschrift, 1908. 27. sz.)

Guszman.

Fizikai gyógyításmódok.

Szükséges-e, hogy a menstruatio ideje alatt az ivó- és fürdőkúrát megszakítsuk? Ezen érdekes és fontos kérdéssel értekezik *Gottschalk* a „Zeitschr. f. Balneologie“ 1908. évi 5. számában. Felemlíti, hogy *Loebel* a tisztulás idején alkalmazott fürdőtől épen fokozott jó eredményt vár és hogy a gyakorló orvosok többsége azon véleményen van, hogy az ivókúra a menstruatio ideje alatt nyugodtan folytatható, de hogy a fürdözést ezen idő alatt jobb abbahagyni. *Gottschalk* nézete szerint az ivókúra csak annyiban gyakorolható káros hatást a havi vérzésre, mert a vizívás a vérnyomást fokozza és a véráramlást a genitáliákhoz elénkíteni szokta. Ezt leginkább a vasas, a vasas-sós és a sós ásványos vizek teszik. Mindezt tehát ezen kérdés eldöntése előtt meg kell fontolnunk, de egyes esetekben még azt is mérlegelnünk kell, nem árthatnak-e ilyenkor az ivókúrákkal kapcsolatos hosszabb séták is. Általánosságban tehát azt mondhatjuk, hogy az ivókúrát csak bizonyos ellenjavalatok esetén kell megszakítani. Ezen ellenjavalatokat részben az előbb említett sajátlagos hatású ásványos vizek, részben pedig egyéni sajátságok alkotják. Kétes esetekben a tisztulás első napján kísérletképpen folytathatjuk az ivókúrát, miközben megfigyeljük, hogy miképpen reagál az illető ezen alkalommal.

A fürdők alkalmazását illetően tekintetbe kell venni, hogy a fürdővíz azáltal, hogy a genitáliákba behatol, helyi izgatást okozhat, annál is inkább, mivel a tisztulás alatt a méh nyálkahártyáján felületes inflammationok keletkeznek. A vízben levő vagy a test felületéről a vízhez keverődött pathogen csírák ezen helyeket könnyen inficiálhatják. A fertőzést megkönnyíti az, hogy a hüvely váladékának a virulens bakteriumok fejlődését gátló hatása a menstruatio ideje alatt csekélyebb, hogy a hüvelyben levő vér egyes mikrobáknak épen még kedvező tápláló talajul szolgálhat és hogy a méhszáj ezen időben tágabb, mint különben. Azon fürdők, a melyek a vérnyomást fokozzák, ellene működnek a vérnyomás azon magatartásának, a mely a tisztulás alatt rendes élettani körülmények között mutatkozni szokott. A vérnyomás t. i. a menstruatiót megelőzően fokozódik, de a vérzés ideje alatt a rendesnél mélyebbre száll alá. Bizonyos fürdők a vérnyomás fokozása által tehát a vérzést is fokozhatják. Mivel a menstruatio idején a szervezet ellentálló képessége csökkent (és az idegek ingerlékenysége is fokozottabb, ref.), azon fürdők, a melyek tisztán izgató hatásuk által tűnnek ki, mint pl. a szénsavas, a sós és a tengeri fürdők, egyes esetekben ez által (a szervezet kimerítése és túlságos izgatás által, ref.) is árthatnak. A szerző nem tagadja, hogy a fürdők egyes, kivételes esetekben jótékony hatásúak is lehetnek. Mivel azonban annak megítélésére, hogy melyek ezen esetek, semmiféle tárgyilagos jelet sem ismerünk, azt ajánlja, hogy a fürdőkúrát a nőkkel a menstruatio befejezése után kezdessük meg. Szerinte a kezelést ilyenképpen a következő tisztulásig be lehet fejezni, és ha nem, akkor annak ideje alatt szünetet kell tartani. Azt tanácsolja, hogy a tisztuláskor még a hüvelyöblítéseket is szüntessük be, de viszont helyénvalónak tartja, hogy a nők a külső genitáliákat ilyenkor naponként többször is megmossák.

Lenkei V. D. dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Különböző gyógyszerek befolyását a tejelválasztásra vizsgálták *Planchu* és *Rendu* és arra az eredményre jutottak, hogy a tejelválasztás csökkentésére avagy fokozására ajánlott gyógyszerek

(például antipyrin, pyramidon, arsen, chloral, lactagol stb.) ebben a tekintetben teljesen hatástalanok. Közlésük megjelenése után némelyek kifogásolták, hogy a jodkaliumnak és a belladonnának tejelválasztást csökkentő hatását nem tanulmányozták, s azért folytatódagasan erre a két szerre is kiterjesztették még vizsgálataikat. Az eredmény az volt, hogy ezeknek a szerveknek sincs semmiféle hatásuk a tejelválasztásra. (Lyon médical, 1908. 31. sz.)

A theophyllint urotropinnal kombinálva adja *Weitlaner* s azt állítja, hogy ilyen módon a theophyllinnek esetleges kellemetlen mellékhatásai nem állanak be, a kitűnő diuresis hatás pedig nem esorbul. Következő módon szokta rendelni: Rp. Coffeini natriosalicyl. 0.1; Pulv. fol. digital. 0.08; Urotropini, Theophyllini aa 0.25. M. f. p. D. tal. dos. XXX. Naponként 3-szor egy-egy port. — Rp. Inf. fol. digit. 1.5 ad 150.0; Theophyllini 1.5—2.0 in infuso fervido solut.; Coffeini natriosalicyl. 0.6; Urotropini 2.5; Syr. rub. id. 40.0. Két nap alatt elfogyasztandó. (Klinisch-therapeutische Wochenschrift, 1908. 26. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Klinikai füzetek, 1908. 9. füzet. *Horváth Kornél*: A diagnosis művészete és technikája.

Gyógyászat, 1908. 40. szám. *Berczeller Imre*: A gyermekágy diaetetikája. *Góth Lajos*: A gerincezvelő-érzékenyítésről nőgyógyászati műtéteknél.

Orvosok lapja, 1908. 40. szám. *Németh Ödön*: A hysteriások beszámíthatósága. *Chudovszky Móricz*: Sebészeti megbetegedések.

Budapesti orvosi ujság, 1908. 40. szám. *Báron Sándor*: A nagy cseplecs szerepe a hasüregben történő felszívódásnál. „Fülészet” melléklet 2. szám. *Fleischmann László*: A genyes középfülgyulladás koponyafüri complicatióinak általános diagnostikája. *Ziffer Hugó*: Hallócsontcsák eltávolításával gyógyított idült középfülgyulladás esetei.

Vegyes hírek.

Kinevezés. Fejér vármegye főispánja *Riffer Géza* dr.-t tiszteletbeli megyei főorvosnak, *Schlesinger Illés* dr.-t székesfehérvári járásorvossá és *Dubasiewicz Jenő* dr.-t váli járásorvossá nevezte ki. — *Matics Mihály* dr.-t a debreczeni közpórházhoz segédorvossá nevezték ki.

Választás. *Parche József* dr.-t Moravicán községi orvossá nevezték ki.

Gara Géza dr. téli gyakorlatát Meranban ismét megkezdette.

Nemzetközi trachoma-pályadíj. A m. kir. belügyminister 1000, azaz egyezer koronát tűz ki a trachoma aetiologiáját tárgyaló legjobb mű jutalmazására, mely önálló munkálkodás alapján készült s mely e téren értékes haladást tartalmaz. A pályamunkák 1908 december 31.-éig a m. kir. belügyministerhez (Budapest, I. Vár, belügyministerium) nyújthatók be. A pályázat nyílt s nyomtatásban megjelent dolgozattal is lehet pályázni, ha megjelenési ideje az 1907. és 1908. évekre esik. A munkák magyar, német, francia vagy angol nyelven adhatók be. A bíráló bizottságot a m. kir. belügyminister alakítja meg. Az eredmény a Budapest 1909 szeptember havában tartandó XVI. nemzetközi congressus alkalmával fog kihirdetettü.

Törvényszéki orvosok értekezlete. A kir. törvényszéki és fogház-orvosok f. hó 15.-én délelőtt 9 órakor Budapesten a kir. orvosegyesület helyiségében (VIII., Szentkirályi utca 21. szám) a Magyar Törvényszéki Orvosi Társulat megalakítása és többféle rendi kérdés megvitatása, nevezetesen az új törvényszéki orvosi díjszabás mikénti alkalmazása, a kir. törvényszéki orvosok működési körének szabályozása, a munkás-biztosítási bíróságoknál betegségi segélyekből és baleseti kártalanításból folyó vitás ügyekben orvosszakértőként való alkalmazás és a fogház-orvosok fizetésrendezése tárgyában országos értekezletet tartanak, mely az eddig jelentkezettek nagy számából itélve igen látogatottnak ígérkezik. Az értekezletet megelőző napon (14.-én) este 8 órakor a Hungária-szálloda külön termében ismerkedési vacsora leendő. Azon t. Kartársak, kik a küldött meghívóra még nem válaszoltak vagy a kik tévedésből meghívót nem kaptak, felkértemek, hogy irjanak *Szigeti Henrik* dr., kir. törvényszéki orvosnak Temesvárra.

A budapesti egyetem I. sz. nőbeteg-klinikáján szeptember hóban 122 szülés történt (először szülő 48, többször szülő 74). A született magzatok száma 123 volt, még pedig élő 117, halott 5, macerált 1; érett 113, kora 6, éretlen 4; fiú 60, leány 61, kérdéses nemű 2; törvényes 41, törvénytelen 82; a terhese, szülönők és gyermekágyasok között halálozás nem fordult elő. A nőbeteg-osztályon 30 beteget ápoltak, halálcset nem volt. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét 104 esetben vették igénybe; a műtétek száma 56 volt.

Kisebb hírek külföldről. A lipcei egyetem 1909 júliusban fogja ünnepelni 500 éves fennállásának jubileumát. — A párisi Journal Officiel

közi Franciaország népességi statistikáját az 1907. évről. 1907-ben 19,920 emberrel több halt meg Franciaországban, mint a mennyi született. A születések száma 32,878-czal volt kisebb s a halálos esetek száma 13,693-mal nagyobb mint 1906-ban. — A római egyetem szemészeti tan-székre *Cirincione* tanárt nevezték ki Palermoból. — Rendes tanárok lettek: *Gentes* dr. (anatomia) Bordeaux-ban, *D. Eisendraht* dr. (sebészet) Chicagóban, *R. D. Rudolf* dr. (belorvostan) Torontóban, *W. Slawik* dr. (törvényszéki orvostan) a prágai cseh egyetemen. — *Hermann M.* dr.-t (sebészet) Lembergben, *Fuchs R. J.* dr.-t (élettan) Erlangenben, továbbá *Fessler J.* dr.-t (sebészet), *Sicherer O.* dr.-t (szemészet) és *Krummacker O.* (dr.-t élettan) Münchenben rendkívüli tanárrá nevezték ki. — A legközelebbi nemzetközi tuberculosiscongressus 1911-ben Rómában lesz.

Meghaltak. *Váry Szabó Károly* dr. nyugalmazott városi orvos október 2.-án 85 éves korában Hódmezővásárhelyen. — *Tószögi Aladár* dr. törökbecsei járásorvos és tiszteletbeli megyei főorvos október 3.-án 69 éves korában Budapesten. — *Sir A. V. Macan*, a szülészeti tanára a dublini Trinity College-en, számos szülészeti és nőorvostani értekezés szerzője, szeptember 26.-án, 65 éves korában. — *Langer K.* dr. udvari tanácsos, valaha a wieden közpórház igazgatója Bécsben. — *Bezold Fr.* tanár, a nagyhirű otológus, a fülorvostan tanára a müncheni egyetemen, október 6.-án 66 éves korában. Az elhunyt 1842-ben Rothenburgban, Bajorországban született s 1877 óta tanára az otológiának Münchenben. Rendkívüli nagy és értékes irodalmi tevékenységet fejtett ki szaktudomány terén. Számos értekezést írt a fül anatomiaiáról, a hallás physiologiájáról és pathologiájáról. Dolgozatainak gyűjteménye 1897-ben jelent meg. Nagy jelentőségű volt 1885-ben megjelent dolgozata, melyben az iskolában végzett vizsgálatok alapján a gyermekek hallásáról értekezett, továbbá a süketnémák hallásáról írt dolgozata.

XI. nemzetközi szemész-congressus Nápolyban. A XI. nemzetközi szemész-congressust Nápolyban 1909 április havában tartják. A gyűlések a nápolyi egyetem épületében lesznek; a kapcsolatos kiállítás a szemészeti klinikán. A congressus alkalmával kirándulást rendeznek Capri s Pompeibe. A tagsági díj 25 franc; a lakásrendelés határideje 1909 február. Felvilágosítást készséggel ad a congressus magyarországi képviselője: *Grósz Emil* dr. egyetemi tanár (egyetemi szemklinika, VIII., Mária utca 39. sz.).

Koffein nélküli kávé. *Wimmer* dr. a német természettudósok és orvosok ez évi gyűlésén, mely az imént folyt le Kölnben, új élvezeti szert ismertetett, mely nem egyéb, mint koffeinjétől megfosztott kávé. Sok embernek, kivált neurastheniásoknak, megárt a kávé alkaloidja s az ilyenekre való tekintettel állította elő, hosszas kísérletezés után, a brémai Kaffe-Handelsgesellschaft az említett készítményt. A koffeinjétől megfosztott kávébab külseje, íze és szaga tekintetében alig különbözik a rendes kávébabból s a belőle rendes módon készült kávé sem különböztethető meg a közönséges kávévótól. Az ilyen kávé megvizsgálták a wiesbadeni, drezdai és hamburgi kémiai laboratóriumokban, és csak 1 pro mille coffeint találtak benne, míg a többi alkotórész se minőség, se mennyiség tekintetében nem szenvedett változást.

Mai számunkhoz az Apotheke zum heiligen Geist, Wien prospektusa van mellékelve.

Az okistypin nem egyéb, mint tiszta cotharninum hydrochloricum, a melyet külföldön a védjegyzett stypticin név alatt hoztak forgalomba. Jól válik be főleg méhvérzéseknél, elimaeteriás zavaroknál, gyomor-, bél- és vesevérzéseknél. Eredeti, 5 cgm. okistypint tartalmazó tabletták alakjában kerül forgalomba.

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

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

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

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

RADIUM fürdő és ivókúra. Csúsz, kőszvény, neuralgiáknál. Hévízi iszapkúrák. Lipótvárosi vizgyógyintézet V., Báthory-utca 3. *Dr. Farkas Márton*.

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

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

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. A német Röntgen-társaság IV. congressusa. (Berlin, 1908 április 28.) 753. l. — Biharmegyei orvos-gyógyszerész- és természettudományi egyesület. (1908 évi április 1-én tartott szakülés.) 754.

A német Röntgen-társaság IV. congressusa.

(Berlin, 1908 április 28.)

Ismerteti: Gergő Imre dr.

Eltérőleg az eddigi szokástól, a Röntgen-congressus az idén a sebész- és orthopaed-congressus után következett; mintha látogatottsága kisebb lett volna, jórészt talán azért, mivel az előrement sebész- és orthopaed-congressus sok újdonságával kifárasztotta azon tagokat, a kik mind a három congressuson részt akartak venni.

A congressuson Gocht (Halle) elnökölt; megnyitó beszédében a congressus két elhunyt tagjáról, Hoffa és Lassar tanárokról igen meleg hangon emlékezett meg.

I.

A congressus főthemájaként

a következő kérdés szerepelt:

Az x-sugaras vizsgálat értéke a tüdőgümőkör korai diagnózisában. Előadók Rieder (München) és Krause (Jena) voltak.

Rieder (München) az x-sugaras vizsgálatot egyenértékűnek tartja a percussióval és auscultatióval, egyes esetekben pedig, pl. centrális góczok esetén, az x-sugaras vizsgálat régi vizsgálati módszereinket felül is mulja. Az x-sugaras lelet értékesítésének főfeltevétele azonban a külön szakképzettség; czélszerű továbbá, ha a vizsgálatot úgy átvilágítással, mint felvétellel is végezzük. A felvétel okvetlenül szükséges akkor, ha a radiokopiai lelet nem volt egészen biztos; gyanus esetekben a felvétel rendszerint pozitív eredményt ad.

Fontos a hilus vizsgálata, valamint a bronchialis mirigyek elváltozásainak tanulmányozása, itt azonban ne felejtjük, hogy nem minden x-sugár rajzolta mirigyelváltozás gümös természetű.

A prognózis felállításában is fontos szerepet játszik az x-sugaras lelet, felvilágosítást nyújthat a góczok esetleges disseminációjáról.

Az említett szempontokból Rieder nagy fontosságot tulajdonít a tüdők x-sugaras vizsgálatának: terhelt egyének ellenőrzésekor, kezdődő tüdővérzés esetében, sanatoriumi betegek megfigyelésekor, valamint a szolgálatképesség megállapításakor a hadseregben.

A másik referens, Krause (Jena), érdekesen egészítette ki Rieder előadását azzal, hogy értékes adatokkal szolgált a vizsgálat technikáját és diagnostikáját illetőleg. Krause inkább az átvilágításnak a híve, a rendszeres felvételeket ambulans betegeken a nagy anyagi kiadás is akadályozza. A képek olvasásakor nem szabad felejtünk, hogy számosak azon tényezők, melyek miatt a képen elváltozások látszanak, de a melyek nem gümös természetűek (például a légycsészék részaránytalansága). Krause főleg a centrális pneumoniában vette nagy hasznát a módszernek. Véleménye szerint a tüdőelváltozások pontos diagnosztikához az x-sugaras vizsgálat nélkülözhetetlen, azonban a többi vizsgáló módszerrel együtt kell használnunk.

A discussióban igen sokan vettek részt. Mint első Albers-Schönberg (Hamburg) emelkedett szólásra és szép képek projectiója kapasan a következő nézetét fejtette ki: a kezdődő csúcstuberculosis sok esetben kimutatható az x-sugaras képen, még mielőtt a folyamat klinice tüneteket okozott volna; az egyszerű csúcsburut nem ad árnyékot, kisebb beszűrődés-góczok azonban már differenciálhatók olyankor is, midőn az auscultatióval alig találunk eltérést, a percussióval pedig éppen semmit sem tudunk kimutatni. A tüdőcsúcsok felvételének értéke abban is rejlik, hogy a folyamatnak fokát objectív módon, szinte aktaszerűen rögzíthetjük. A diagnosishoz azonban csak teljesen kifogástalan x-sugaras képet szabad használnunk.

Grödel III (Nauheim) az I. intercostalis tér kifogástalan felvételét Bauer-féle stereocsövekkel és két párhuzamos csőalakú

fényrekeszszel érte el. A felvételt a beteg hanyattfekvésében, a mellkas expirációs állásában és egy másodperc alatt végezte.

Stuertz (Metz) oly centrális tüdőgyulladásokat állapított meg x-sugaras képeken, melyeket egyébként nem lehetett felismerni. Az észlelt elváltozásokat gümös eredetű broncho-pneumoniás góczoknak tartja, kiinduláshelyük a tüdők hilusa vagy a tüdők felső lebenyének alsó része a hilus körül. Az ilyenmű felvételek igen értékes útmutatók az erélyesebb kezelés foganatosítására.

Klieneberger (Königsberg) miliáris tuberculosisnak igen szép x-sugaras képét demonstrálta.

Schlayer (Tübingen) szintén a tüdők x-sugaras vizsgálatának értékéről és ezen módszer határaitól szolt. Több mint 300 betegen összehasonlította a gümőkör különböző vizsgálati módszereinek értékét. Positív x-sugaras lelet mellett az eseteknek 25%-ában a rendes klinikai vizsgálati módokkal, de még a tuberculin-injectiókkal sem volt activ tuberculosis kimutatható; ellenben negatív x-sugaras lelet mellett az eseteknek 6%-ában a többi klinikai vizsgálati módszer activ tuberculosisist jelzett.

Schlayer szerint tehát az x-sugaras felvétel egymagában nem döntő; negatív lelet esetén a tuberculosisist biztosan ki nem zárhatjuk, pozitív lelet esetén pedig a folyamat dignitásáról eléggé nem tájékozódhatunk. Az x-sugaras vizsgálat legfőbb értékét szerinte az adja meg, hogy vele a percussio eredményét ellenőrizhetjük; ezen fizikális vizsgálati módszert ugyanis az x-sugaras módszer finomság tekintetében túlszárnyalja.

Schellenberg (Beelitz) a szakszerű x-sugaras vizsgálatot sanatoriumi betegek ellenőrzésekor mellőzhetetlennek tartja.

Immelmann (Berlin) kéri a congressus tagjait, legyenek figyelemmel az I. bordapercz csontosodására, mert ezen percz átvágásának, az úgynevezett Freund-féle műtétnek eredményeit óhajtaná feldolgozni.

Az eddigi összes előadások közös discussiójában a következők vettek részt.

Levy-Dorn (Berlin) Cornet-tel egyetemben x-sugaras vizsgálatokat végzett gümőkörös betegeken; szerinte az x-sugaras vizsgálati módszer a legfinomabb vizsgálati módszerekkel egyenrangú. Hasonló értelemben nyilatkozott M. Wolff (Berlin), Strassberger (Heidelberg) és Grunmach (Berlin).

Turban (Davos) int attól, hogy a diagnostika finomabb vizsgálati módszereit az x-sugaras vizsgálat érdekében elhanyagoljuk. Még nem látott esetet, melyben a fizikai vizsgálat negatív lett volna, az x-sugaras lelet ellenben pozitív. Régi fizikai módszereinkkel szemben az x-sugaras vizsgálatot igen nehézkesnek tartja. (Ez azonban épenséggel nem áll, mivel szaktudás és kellő berendezés mellett a vizsgálat biztosabban, könnyebben és a mellett rövidebb idő alatt is végezhető, mint megszokott fizikai vizsgálati módszereink igénybevételével. Referens megjegyzése.)

Kraft (Strassburg) a vizsgálat technikájához tett megjegyzéseket; szerinte a vizsgálat sugárszorító okvetlenül szükséges.

Biesalski (Berlin) csúcsfolyamatok szabatos vizsgálatokor a beteget Glisson-készülékben vizsgálja, felfüggesztett vállak mellett.

II. Fizikai előadások.

Walter (Hamburg) különböző gyártmányú fényképlemezek érzékenységét vizsgálta az x-sugarak iránt. Walter szerint a Schleussner-gyár fényképlemeze teljesen egyenértékű ugyanazon gyár kettős öntetű Röntgen-lemezével. Legélesebben Lumière-féle lemezekkel dolgozhatunk és pedig ezen gyárnak közönséges fényképlemezeivel (sigma-lemezekkel ibolyaszínű etikettel).

Cowl (Berlin) az indukált áram teljes energiájának mérésére a milliampéremeter mellett a Weber-féle dynamometert használja.

A discussióban Wertheim-Salomonsen (Amsterdam) hangsúlyozta, hogy hasonló elektrodynamometriás eszközökkel már 5 év óta kísérletezik.

Rosenthal (München) előadásának címe: *a másodlagos áram görbéjének fontossága a röntgenológiában és a rövid expositiós idők szabatos mérése*. Számos vizsgálatból Rosenthal megtanulta, milyennek kell lenni a másodlagos áram görbéjének, hogy a másodlagos áramkör legkisebb energia-mennyiségével a legintenzívebb hatást érhesük el. Ezen elvei szerint szerkesztette meg az ú. n. „Universal-induktor“-át. Rövid expositiós időket Rosenthal egy gyorsan forgó és fényérzékeny papirossal bevont dob segítségével ért el, melyhez csak keskeny nyíláson keresztül jutottak az x-sugarak.

A *discussionban* Dessauer (Aschaffenburg) felemlítette azon tapasztalatát, hogy a Röntgen-lámpán keresztülmenő áram ereje a katód tükrözés nagyságától függ.

Grisson (Berlin) másoktól eltérőleg zárási áramokkal dolgozik.

Klingelfuss (Basel) az áram-kisülések módját tanulmányozta közelebbről. Minden kisülés tulajdonképpen számos partiális kisülésből áll, ezek közül az első nem transformálódik x-sugárrá, hanem csak a többinek az áttörését segíti elő.

III. Technikai előadások.

Holzknacht (Wien) *homogen és centrális besugárzás* címén azon módszereket fejtegette, melyek révén a test mélyében egyenlő adagokban nagyobb mennyiségű fénysugarat alkalmazhatunk, mint a test felszínén. Holzknacht azzal érte el ezt, hogy kemény csöveket használt, üvegfiltereket alkalmazott, nagy távolságból bocsátotta az x-sugaras fényt és végezetül egy időben 4 különböző oldal felől sugározta be az illető gócot.

Ez utóbbi célból Heinz Bauer (Berlin) külön készüléket szerkesztett, a mely transzformátorból, csőállványból és több, párhuzamosan elhelyezett Röntgen-lámpából áll, melyek együttesen működnek.

A *discussionban* Dessauer (Aschaffenburg) Holzknacht eljárásának prioritását vitatta; Sommer (Bécs) pedig a Bauer-féle készülék módosítását mutatta be.

Alexander (Késmárk) 1. *fémtestek x-sugaras plastikájáról* szól. Megfelelő x-sugaras felvételeken kimutatta, hogy helytelen az árnyékkép elnevezés még fémtestek képein is. Ezt golyók, fémhengerek, gyűrűk és egyéb fémtestek x-sugaras képein demonstrálta.

2. *Fénytanú tünetek visszaadását fejtegette az x-sugarak által* (sugarak visszaverődése), melyeket eddigé nem vettek tekintetbe.

3. Képeket mutatott be a *köztakarónak, a lágyszöveteknek és a csontoknak plastikájáról*.

4. *Élő ember véreiről* (arcus volaris, art. digitalis volaris communis, art. digitalis volaris propria) készített x-sugaras felvételeket.

5. *X-sugaras képeket hozott létre a másodlagos áramkörnek teljes megszakitásával*.

6. *X-sugaras képen mutatta be az elsődleges és másodlagos katódsugarakat*, ezeket üzemből levő lámpának x-sugaras felvételével nyerte.

Alexander előadásához az elnöklő Gocht (Halle) és Gergő (Budapest) szóltak hozzá. Hangoztatták, hogy a bemutatott rajzok teljesen azonosak az eredeti lemezekképekkel, amelyeknek viszonyait legszebben a nagyítóval való vizsgálat mutatja. Együttáll védtek Alexander nézetét az eredeti x-sugaras képek plasticitásáról.*

Fürstenau (Berlin) a Bauer-csőeknek újabb szabályozó készülékét mutatta be; ezen szerkezettel meghatározott kis levegőmennyiséget bocsáthatunk be a csőbe, regenerálás céljából.

Harras (Berlin) és Immelmann (Berlin) újabb eszközöket mutattak be a sugarak minőségének mérésére.

Hessmann (Berlin) és Grisson (Berlin) szintén az x-sugarak

* Gocht felszólalásának következő részletei érdemlik a legnagyobb figyelmet: „... Die Röntgenogramme erscheinen tatsächlich als plastische Bilder, wenn sie eben mit der nötigen Güte und Weichheit der Röhren gemacht sind. Wir selbst legen bei unseren photographischen Aufnahmen stets das grösste Gewicht darauf, mit so weichen Röhren wie möglich zu operieren, und dabei eine so grosse Plastizität wie möglich in unseren Bildern zu erzeugen. Wenn ich ein Bild aus Halle hier hätte, würden sie gar nicht auf den Gedanken kommen, dass es ein Schattenbild ist. Wo Licht und Schatten gut verteilt sind, wird auch eine gute Plastizität entstehen.“ Verhandlungen der Deutschen Röntgen-Gesellschaft, 1908, IV. ötet, 81. lapján.

adagolásán fáradoztak és ebbeli kísérleteiket ismertették. Hessmann eljárásának alapelve, hogy az antikathód előtt és mögött megméri a hőfokot és így állapítja meg a cső egyenletes megterheltségét; Grisson pedig a Wehnelt-féle kryptoradiometerrel tett kísérleteket.

Grashey (München) a gyors- és távfelvételek javatait ismertette sebészeti megbetegedésekben. Gyorsfelvételek mindazon esetekben ajánlatosak, melyekben az objectum bármely okból nyugtalan (gyermeken és idegbajosokon eszközölt felvételek; vizsgálat bordatörésre, tüdőbántalmakra stb.); a távfelvételek pedig akkor szükségesek, a mikor rendes felvétel mellett az objectum elrajzolása elkerülhetetlen (pl. átnézetes képek a gerincoszlopról, végtagokról stb.).

Groedel III (Nauheim) pillanat- és távfelvételeket (2 m.) eszközölt a thoraxról $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{25}$ másodperc alatt; 220 Volttal, 60—100 Ampère-rel és módosított Wehnelt-féle megszakító segítségével dolgozott.

Horn (München) szintén x-sugaras pillanatfelvételeket végzett külön e célra szerkesztett instrumentariummal, melynek főrésze a módosított Wehnelt és az automatás, elektromágneses áramkötő.

James Fränkel (Berlin), Levy-Dorn (Berlin) és Loose (Berlin) grissonator segítségével készítettek szép gyorsfelvételeket.

Koch (Dresden) pillanatfelvételt eszközölt egyetlen megszakítással állítólag $\frac{1}{500}$ másodperc alatt; a megszakítást pisztoly elsütésével váltotta ki.

A gyors- és távfelvételeket tárgyaló előadásokat mind közös vitában bírálták.

Köhler (Wiesbaden) és Immelmann (Berlin) kiemelték, hogy egyszerű Röntgen-készülékkel is készíthetünk kedvező körülmények között gyorsfelvételeket; Albers-Schönberg (Hamburg) pedig azt hangoztatta, hogy a bemutatott gyorsfelvételek minősége a rendes módon készített x-sugaras felvételek minőségét nem éri el.

Mahr (München) újabb átvilágító készüléket demonstrált; Hagenmüller és Winkler (München) pedig újabb megszakítót ismertett „Hesychos“ címén, melynek főelőnye, hogy folyadék nem kell hozzá, hogy minden készülékhez alkalmazható és hogy zajtalan.

(Folytatása következik.)

Biharmegyei orvos-gyógyszerész- és természet-tudományi egylet.

(1908. évi április 1-én tartott szakülés.)

1. Konrád Márk dr.: A nagyváradai bábaképző 1907. évi működése.

Betegforgalom. A szülészeti osztályon ápolgatott 308, a nőgyógyászati osztályon 178, összesen 486 egyén. Elbocsátottak gyógyultan: a szülészeti osztályon 271, a nőgyógyászati osztályon 89, összesen 360. Javult: a szülészeti osztályon 8, a nőgyógyászati osztályon 58, összesen 66 egyén. Gyógyulatlanul: a szülészeti osztályon 4, a nőgyógyászati osztályon 17, összesen 21 egyén. Meghalt: a szülészeti osztályon 4, a nőgyógyászati osztályon 1, összesen 5 egyén. Az év végén visszamaradt: a szülészeti osztályon 21, a nőgyógyászati osztályon 13, összesen 34 egyén.

Szülészeti osztály. A szülészeti osztályon felvételt: terhes 279, gyermekágyas 10, szülés volt 218, elvetélés 36.

Élve született összesen 199 gyermek, és pedig 109 fiú és 90 leány.

Halva született összesen 19 gyermek, és pedig 14 fiú és 5 leány.

Szülési rendellenességek: Gátrepedés 26, szűk medence 6, ikerszülés 5, köldökzsinórrelőesés 4, végtelgőlesés 3, előfekvő méhlepény 4, medencevégű tartás 11, keresztfekvés 4, elhanyagolt harántfekvés 2, eklampsia 2, atoniás vérzés 3, méhrepedés (incompl.) 1, homloktartás 1, areztartás 1, fájdalomgyengeség 3, hydramnion 1, vetelés (incompl.) 29, vetelés (compl.) 7.

Szülészeti műtétek: Abortusbefejezés 29, gátvarrás 26, fogó 4, magas fogó 5, perforatio 4, extractio 5, harántfekvés, fordítás és kihúzás 4, fejről lábra fordítás és kihúzás 2, hebstomia 1, művi vetelés 1, császármetszés 1, leány művi leválasztása 1, méhszájtágítás (Bossi szerint) 1, művi burokrepesztés 2, Dührssen-tamponade 2.

Betegségek terheseken: Lues 5, tuberculosis pulmonalis 3,

hyperemesis gravidarum 2, bartholinitis 1, tetania 1, cysta ovarii 1, condylomata acum. 2, polyarthrit. rheumat. acut. 1, mastitis 2, vitium cordis 1.

Betegségek gyermekágyasokon: Parametritis 3, gyermekágyi láz 1, mastitis 5, tuberculosis pulm. 3, haemoptoe 2, morbus Basedowi 1, peritonitis 1.

Betegségek gyermekeken: Ophthalmo-blennorrh. 3, lues cong. 2, rángógörös 1, dyspepsia 8, bélhurut 5, soor 6, fungus umb. 5, melaena neonat. 1.

Halálokok: Felnőtteken: Sepsis 3, hyperemesis gravid. 1, összesen 4. Gyermekeknél: vesezületett gyengeség 12, rángógörös 1, tüdőgyulladás 1, melaena neonat. 1, összesen 15.

Nőgyógyászati osztály: Az 1906. évről visszamaradt 7. Az 1907. évben felvétellett 171, összesen 178. Gyógyultán távozott 89, javultán távozott 58, gyógyulatlan távozott 17, meghalt 1, visszamaradt az 1908. évre 15.

Betegségek: Abscessus paramet. 1, abortus imperfect. 13, amenorrhoea 1, atresia vagin. et cerv. part. 2, carcinoma uteri inop. 4, cysta ovarii 3, cystitis 2, descensus ovarii 1, endometritis catarrh. 23, endometritis haemorrh. 14, endometritis gonorrh. 10, endometritis polyp. 12, exsudatum paramet. 3, fistula vesico-vag. 3, fissura ani 1, graviditas extrauterina 1, hernia cruralis 1, cystoma ovarii 1, myoma uteri 5, menorrhagia 2, parametritis chron. 11, perimetritis 13, peritonitis tbc. 3, pleuritis 1, polyp. cervic. 2, polyp. urethr. 1, prolapsus vag. et uter. 4, pyosalpinx 1, retroflexio uteri fix. 3, retroflexio uteri mobil. 2, salpingitis chron. 6, subinvolutio uteri 3, tumoros adnex 4, stenosis orific. uteri ext. 6, urethritis gonorrh. 3, vaginitis 15, vaginismus 1.

Nőgyógyászati műtétek: Curette 36, discissio cervicis 5, laparotomia 3, ovariectomia 3, excochleatio 2, colporrhaphia ant. et post. 2, polypilectomia 4, fistula vesico-vag. zárása 2, incisio vag. 2, paramet. genyikibocsátás 1, ascitesapólas 1.

Halálokok: Pyosalpinx, laparotomia (sepsis) 1.

Bejártó betegek (ingyen rendelés):

Betegségek: Abortus 3, endometritis catarrh. 15, incontinentia urinae 1, exsudatum paramet. 3, metritis chron. 3, menorrhagia 5, prolapsus vag. 3, prolapsus uteri et vag. 2, parametritis chron. 4, perimetritis chron. 4, salpingitis chron. 6, tumoros adnex 6, retroflexio uteri fix. 6, retroflexio uteri mobil. 2, urethritis chron. 2, összesen 65.

2. Berkovics René akromegaliás beteget mutat be. A 45 éves férfi körülbelül hat évvel ezelőtt kezdett fejfájásról és fáradtságról panaszkodni, s nemsokára észrevette, hogy nyelve nehezebben forog, arcvonásai merevednek, cipője s keztyűje szűk lesz s látása romlik. Családjának még inkább feltűnt, hogy a beteg areza, kezei mintegy megnöttek. Ugy ez a növekedés, mint a subjectiv panaszok lassanként tovább fejlődtek s körülbelül két évvel ezelőtt az illetőt már foglalkozásában (gazdálkodó volt) is gátolták. Látászavarai vezették Waldmann dr. szemorvoshoz, a ki később a beteget egyéb panaszai miatt az előadóhoz utasította.

A beteget jelenlegi panaszai: nagy gyengeség és fáradtság, gyakori fejfájás, a kezek ügyetlensége, a lábak nehézsége, paraesthesia a végtagokban, a látás, különösen a közelbe való nézés erős zavara, néha nehézlégzés, szívdobogás, erős izzadás, a beszéd s a gondolkodás megnehezédése, impotentia. Statusa a következő: termete magas, tápláltsága közepes, arczszíne sápadt, a köztakaró halvány, kissé succulens, myxoedemára emlékeztető, de nedves. Az arcz kiálló részei hatalmasan megnagyobbodtak, az orr megszülesedett, az ajkak felpuffadtak, az alsó állsont erős megnövekedése miatt prognathia áll fenn, a pofacsontok erősen elődudorodnak, a margo supraorbitalisok kidomborodnak, úgy hogy egy nagy testen ülő „óriási fej” mered a szemlélőre. A nyelv alig tud megmozdulni a számára kicsiny szájüregben, a fülkagylók is megnagyobbodtak. A nyak széles, a gégefő erősen előáll, a hang durva, rekedt, kis kétoldali struma tapintható; a felső háti gerincoszlopon kisebbfokú kyphosis van, miért is a hát megszülesedettnek látszik, a mellkas is domborabb. A végtagok a testalkathoz képest normális nagyságúak, de úgy a kezek, mint a lábak hatalmas terjedelműek, a tö- és középsontok igen megnövekedtek s rajtuk ülnek a hurka formájú óriási ujjak, a kisujjak normális hüvelykujjnál vastagabbak, végükön a nem deformált körmökkel. A Röntgen-képen látható, hogy úgy a csontok, mint a lágyrészek résztvettek a növekedésben.

A belső szervek közül a tüdők épek. A szívtompulat minden irányban megnagyobbodott, a szívhangok tompák, zörejek azonban nem hallhatók; a szívverések száma 78, minden 10–20 lökés után egy-egy kimarad. Az érverés kissé lágy, az arteria fala normális. A hasi szervek épek, a vizeletben nyomokban fehérje, cukor azonban nincs. A nemi szervek nincsenek megnagyobbodva.

A beteg járása bizonytalan, cerebelláris ataxiára emlékeztető, testmozgásai nehézkesebbek, kezei ügyetlenek, szorítóerejük gyengült, durva remegés észlelhető rajtuk. Az inreflexek élénkek, a bőrreflexek is hiány nélkül kiválthatók. A sensibilitás rendes, csak az arczon vannak hyperaesthesiás foltok. A szemmozgások szabadok, a pupillák kissé szűkek, de kerekednek s egyenlők, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak, a hemianopiás reactio nem teljes. A jobb szem visusa $\frac{6}{20}$, a balé $\frac{5}{7}$, mindkét szem látóteréből a külső, halántéki fél hiányzik; ez a bitemporális hemianopia már durva vizsgálattal is kimutatható. A papillák halványak. A többi agyideg területén elváltozás nincsen.

A körlefolyásban érdekes az 1907 októberében jelentkezett hirtelen rosszabbodás. A beteg egyszerre aluszékony lett, elvesztette az időben és térben való tájékozottságát, látása s hallása is megrosszabbodott, erősebb fejfájásról s köhögéssről panaszkodott, s paraphasiás és paraphasiás tünetek mutatkoztak. A tüdőben diffus bronchitis, a szívműködésben erős arhythmia, azonkívül megnagyobbodott májtompulat volt kimutatható. A szív musculáris insufficienciáját vevén fel a tünetes csoport alapjául (a mi agytumoros betegen könnyen okoz súlyos tünetekkel járó agycirculációs zavarokat), néhány napra teljes nyugalmat s nagyobb adag tinct. strophantit rendelt, mire a fenyegető tünetek visszafeljődtek. Azóta a betegség a szokott lassú progrediálást mutatja.

Az elmondottak alapján az előadó felállítja az akromegalia diagnózisát, miközben kitér az elkülönítő körjelzésre a myxoedemát, az osteoarthropathie hypertrophiant-ot, a leontiasis osseát s a partialis óriásnövekedést illetőleg. Ezután az akromegalia pathogenesisét fejtegeti s azoknak az álláspontjára helyezkedik, a kik a hypophysis-daganatban inkább coordinált tünetet, mint aetiologiai momentumot látnak, s az akromegaliát közeli rokonságba helyezik egyéb általános anyagcserezavarokkal.

Végül a szokásos kezelésmódokat ismerteti, csak tüneti jelentőséget tulajdonítva mindegyiknek, mert a baj prognosisa teljesen infaust.

Gerő Sándor dr.: Hysteriás aphasia esete.

K. L. 30 éves fodrász márczius 17.-én d. u. 2 órakor az üzlete hátsó részében levő kis fülkébe egy pamlagra lehevert; alig hogy elaludt, rosszul lett, fekvő helyzetéből felugrott és elvesztette beszélőképességét.

A beteget kipirult arczeal, kétségbeesett, révedező tekintettel találtam; erősen gestikulált, de beszélni nem tudott, hangja absolute nem volt. Pontosan átvizsgálva, az idegrendszer részéről fokozott reflexeken kívül egyéb elváltozásokat nem találtam. Hűdéses jelenségek az arcz, végtagok, a látás, a garat, szápad stb. részéről nem voltak észlelhetők. Agyvelő-jelenségek sem voltak, az intellektualitás teljesen sértetlen volt. Gondolatait, fogalmait, képzeletét helyesen írta le, de kifejezésre juttatni nemcsak hogy absolute nem tudta, hanem állati hangokat sem tudott adni. A beteget azonnal lefektettem, nyugalmat, fejére jeges borogatást rendeltem s a többi szokásos eljárást vettem igénybe. A beteget már másnap, hysteriás alapon fennálló elváltozásra gondolva, betegségének 3. napján lakásomra felrendeltem, suggestiv beavatkozás céljából, villanyozás miatt. Az első villanyozás után már állati hangokat mormolt olyféleképpen, mint azt pl. siketnémáknál hallani szoktuk, tehát a hang visszatért, csak a szavakat nem tudta még kimondani. A második villanyozás után már egyes szótagokat, sőt szavakat mondott és betegségének 5. napján teljesen jól beszélt.

A betegnek luése nem volt, két egészséges gyermeke van (10–12 éves). Józan életű ember. Rosszulléte előtti éjjelen, tehát 16.-án egész éjjel mulatott, sokat ivott. 17.-én reggel, hogy szavaival éljek, katzenjammere volt, de azért külső vendégeit elment borotváltni s délután kissé mámoros állapota miatt le akart feküdni s aközben lett rosszul.

A beteg hallotta, megértette a hozzá intézett szavakat, de azokat kimondani vagy utána mondani nem tudta, hanem gondolatait, a feltett kérdésekre a feleleteket vagy a saját iniciatívájából

eredő eszméket egész helyesen leírta. Tehát a fogalmak, képzeletek, az ezeknek megfelelő szavak agyának megfelelő központjában fel voltak halmozva, vagyis a szókincsének központja (a sensorius központ) teljesen sértetlen volt, míg agyának ama részletében, melybe a sensorius központhól származó impulzusok eljutnak, hogy ott a megfelelő szó kiejtésére szükséges mozgás megindíttassék, vagyis a beszéd motorius központjában kellett lenni az elváltozásnak.

Ezen elváltozás pedig nem volt, nem lehetett az organikus elváltozásoknak egyik fajtája sem: ezt igazolja a lefolyás és meggyógyulás formája: hanem igenis hysteriás alapon támadt ezen aphasia, a melyet az említett éjjeli mulatozásból eredő alkohol-intoxicatio provokálhatott.

Tekintettel az eset ritka voltára, érdemesnek tartottam fel- említeni.

(1908. évi május 1.-én tartott szakülés.)

1. **Verzár István dr. pellagrának** a biharmegyei köz- kórházban kezelt s utóbb meggyógyult esetét ismerteti.

Buza Péter, 27 éves, g.-kath., nőtlen, napszámos, kisdombro- viczai születésű és ott lakó férfitbeteg 1908. április 5.-én vétette fel magát a közkórház bőr- és bujakóros osztályára.

Az anamnesis adataiból csupán azokat említem fel, a melyek a felállítandó diagnosisban segítségemre voltak. Ezek a következők: Nagybeteg sohasem volt. Jelen panasza, hogy kb. 6 hete az arcán, 4 hete pedig a kezén a bőr erősen gyuladt, fájdalmas: étvágy- talan, hasmenései vannak, erősen lesóványodott. Tápláléka, eltekintve a kevés paszulytól és krumplitól, főképen kukoriczából készült puliszka és malé volt. Két éve semmi alkoholt sem iszik, a régebbi időben kevés, gabonából készült pálinkát ivott.

A beteg bejövetelekor megejtett vizsgálatkor nyert eredménye- ket a következőkben összegezem: A közepesen fejlett, kissé lesóvá- nyodott férfitbeteg látható nyálkahártyái halványak. A hátulsó fogak mellett kisfokú stomatitis, úgy a felső, mint az alsó ajak szélei szárazak, repedezettek, az ajkakát átfogva, bennük a nyálka- hártya alatt gombostűfej-borsónagyságú, kemény, kissé érzékeny mirigyek tapinthatók. A szegyesont felső harmadán a bőr barnásan festékezett. A karok és az alsó végtagok bőre ép. A háton néhány fillér-tallérnyi heg, a melyek a betegnek még gyermekkorában történt sérüléseiből származnak. Az arczon és mindkét kéz hátulsó oldalán a következő bőrelváltozások láthatók. Az orr csontos és porczos részein, az orrszárnyakon, nemkülönben a járomcsont fölött a fülekre terjedőleg a bőr sötétbarna, helyenként barnásvörö- sen megvastagodott, száraz, kemény, kerges tapintatú. Az orrczimpa- közt a felső ajkra terjedőleg sűrűn egymás mellett álló, a faggyú- mirigyekből kinyúló, sárgás-szürke csapocskák lepik el, a melyek csak nehezen törülhetők le, de elég könnyen kihúzhatók, a midőn a faggyúmirigyek tátonyó nyílásai jól láthatók. Mindkét kéz háton a kéztőre terjedőleg a bőr szintén barnás-vörös, száraz, ráncos, egy-egy helyen különösen az ujjakon pergamentszerű, itt-ott a barnás felhám leválása miatt a szabadon fekvő vékony, rózsaszínű irha látható. A lábfejekken nincs elváltozás. (Folyt. következik.)

PÁLYÁZATOK.

A **Hernádvölgyi Magyar Vasipar Részvény-Társaság** munkástárspénz- tárnál rendszeresített **orvosi állásra** ezennel pályázat hirdetettik.

Járandóságai: 3200 korona nyugdíjra jogosító évi fizetés, évi 1200 korona lótarási átalány, szabad lakás és szabályszerű fűtési illetmény élvezete.

Pályázóktól egyetemes orvostudori oklevéllel igazolandó képesítés kíván- tatik s kimutatható gyakorlattal, különösen pedig műtői képesítéssel bírók előnyben fognak részesülni.

A kinevezendő orvos teendőit szolgálati utasítás szabályozza.

Kellően felszerelt folyamodványok **f. év október hó 31.-éig** alulírt címre juttatandók.

2-1

Hernádvölgyi Magyar Vasipar R.-T.
Budapest, V., Nádor utca 36. II. emelet.

A diósgyőri m. kir. vas- és acélgépgyárhoz tartozó Perczes és Barossakna szénbányánál Perczes székhelyi rendszerezített **bányorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetnek.

Ezen állással a m. kir. pénzügyminisztérium által 1907. évi augusztus hó 31.-én 68.256. szám alatt kiadott cím- és illetmény-szabályzat értelmében az állami vasgyárak tisztviselőire megállapított VIII. fizetési osztály III. fokozata szerint **2300 korona évi fizetés**, természetbeni lakás, 200 korona fűtési átalány, termé- szetbeni fuvar és az üzleteredményekhez képest változó jutalék élvezete van egybekötve, a mi körülbelül a fizetés 45%-áig emelkedhetik.

A pályázóktól egyetemes orvostudori oklevél kívántatik meg.

A tót nyelv lehető ismerete kívánatos.

A kinevezendő orvos köteles Parasznia községben hetenként kétszer, előre meghatározott napokon orvosi rendelést tartani és azonkívül a Radistván, Varbó és Kondó községekben lakó bányamunkásainkat és azok családtagjait, a szükséghez képest a helyszínen is ingyen gyógykezelti.

Felhívom ennél fogva az ezen állás elnyerése iránt pályázni szándékozó orvos urakat, hogy születési, képesítési, illetve működési bizonyítványokkal kellően felszerelt folyamodványukat alulírott gyár főnökségéhez (Diósgyőr-gyártelep, Borsod- megye) **f. évi október hó 15.-éig** terjesszék be, megjegyezvén, hogy miután az állás mielőbb betöltendő, folyamodónak kérvényében szolgáltatba lépésének idejére nézve kötelező ígéretet kell tennie.

A hirdetett állás, mely egyelőre ideiglenesen lesz betöltve, egy évi próba- szolgálattal után megfelelés esetén az illetménynek változatlan meghagyásával vég- legesítve lesz.

Diósgyőr, 1908. évi október hó 5.-én.

Diósgyőri m. kir. vas- és acélgépgyár.

Fleischmann Győző, főfelügyelő, gyárfőnök.

2937/908. közg. sz.

Kolozs vármegye almásai járásában **Magyarnagyszombor** község székhelyi rendszerezített, 29 községre kiterjedő **körorvosi állás** lemondás folytán megüresed- dett, arra ezennel pályázatot hirdetnek.

Javadalmazás:

1. Törzsfizetés 1600 korona.

2. Lakbér 300 korona.

3. Fuvarátalány 300 korona.

4. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. életbe lépte után a lakbér 350 koronára, a fuvarátalány 800—1000 koronára emelkedik. A látogatási díjak pedig nappali 1 korona, éjjeli 2 koronára tervezetnek.

Felhívom az állásra pályázni kívánókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a, illetve az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a értelmében felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám **f. évi december hó 14.-éig** adják be. A választást 1908. évi december hó 15.-én tartom meg Magyarnagyszombor község-házánál.

Az állás azon esetben, ha orvosdoktor pályázó nem jelentkezik, szigorló orvossal is betöltetik azon kikötéssel, hogy az orvosi oklevél megszerzéséig csak helyettes minőségben fog alkalmaztatni.

Végül felkérem mindazon orvostudor és szigorló orvos urakat, kik a cholerajárvány kitörése esetén Kolozs vármegye területén járványorvosi szolgálatra vállalkozni hajlandók, hogy ezen körülményt, valamint az igényelt fizetési össze- getek Kolozs vármegye alispánjánál Kolozsvárt bejelenteni szíveskedjenek.

Hídalmás, 1908. október 1.-én.

2-1

Ráska Zoltán, főszolgabíró.

1584/1908. eln. sz.

A Szabadka sz. kir. város tulajdonát képező „**Mária Valéria**” **közkórház- ban** üresedésben lévő és egyenként havi részletekben utólagosan fizetendő 1200 korona évi fizetés, lakás, fűtés, világítás és I. osztályú étellemezzel javadalmazott **három kórházi alorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

A főispán úr által kinevezendő alorvosok tartoznak a közkórházban lakni és magángyakorlatot — az első segélynyújtás esetét kivéve — nem folytathatnak; más orvos pályázati kérvénye figyelembe vétetni nem fog.

A kinevezendő alorvosok állásukat csakis 2 hónapi felmondási idő letelte után hagyhatják el.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy megfelelően okmányozott pályázati kérvényeiket **f. évi november hó 3. napjának d. e. 12 órájáig** Bezeredy István főispán úrnál Szabadkán annál is inkább nyújtsák be, mert az elkészen benyújtott pályázati kérvények visszautasítottak.

A mennyiben az 1883. I. t.-cz. 9. §-ának 2. pontja értelmében kellően minősített pályázó nem jelentkeznék, egy évi gyakorlatra utasított, esetleg szigorló orvos pályázati kérvénye is figyelembe fog vétetni.

Szabadka, 1908. évi október hó 5.-én.

3-1

A polgármester.

4834/1908. sz.

A **magyargyerőmonostori körorvosi állásra**, melyhez Bedecs, Derite, Oláhbitok, Erdőfalva, Magyar- és Oláhgyerőmonostor, M.-Valkó, Keleczel, Kalota- újfalu, Nagykalota, Boos, Bökény, Incel, Meregyő és Retyezel községek tartoznak, pályázatot hirdetnek.

Javadalmazás 1000 korona fizetés, 400 korona úti átalány, 200 korona lakbér és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. életbeléptetése után a törzsfizetés 1600 koronára, a lakbér 350 koronára, az úti átalány 800—1000 koronára fog felemel- tetni, a látogatási díjak pedig nappal 1 koronában, éjjel 2 koronában állapítat- nak meg.

Az állás abban az esetben, ha orvosdoktor pályázó nem akad, szigorló orvossal is betöltetik azon kikötéssel, hogy az illető az orvosi oklevél elnyeréséig csak helyettesi minőségben lesz alkalmazva.

Pályázni kívánókat felhívom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában foglalt minősítésüket igazoló okmányaikkal, valamint a román nyelvben való jártasságukat igazoló bizonyítvánnyal felszerelt pályázati kérésüket **f. évi október hó 30.-áig** hozzám adják be.

A választás megtartásának idejét a pályázati kérvények beérkezése után fogom kitűzni.

Együttal felkérem mindazokat az orvostudor és szigorló orvos urakat, a kik cholerajárvány kitörése esetén Kolozs vármegye területén járványorvosi szolgálatra vállalkozni hajlandók, szíveskedjenek ezen szándékukat az igényelt fizetés megjelölésével és pontos lakcímükkel együtt Kolozs vármegye alispánjához bejelenteni.

Bánffy h u n y a d, 1908. október 1.-én.

2-1

Kertész, főszolgabíró.

3232/1908. sz.

A **Kőrösladány** községnél megüresedett egyik **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetnek s felhívom a pályázni kívánókat, hogy orvostudori oklevéllel, szolgálati bizonyítvánnyal s születési anyakönyvi kivonattal felszerelt pályázati kérvényeiket **f. évi október hó 31.-éig** bezárólag adják be hozzám.

Az állás javadalma: 1200 korona (az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. életbe lépte után 1400 korona) fizetés, 400 korona lakáspénz. Látogatási díjak: az orvos lakásán 40 fillér, a beteg lakásán a község belterületén 80 fillér, a község kül- területén fuvaron kívül 4 km.-ig 2 korona, 4 km.-en túl 3 korona. Éjjeli díjak

kétszere. Foghúzásért, érvágásért, orvosi bizonyítvány kiállításáért 1—1 korona, látletért könnyű testi sértés esetén 2 korona, súlyos testi sértés esetén 6 korona. A halottkémlelő s a szegények gyógykezelése ingyen teljesítendő.

A község lakosainak száma: 7184 lélek.

Szeghalom, 1908. évi szeptember hó 28.-án.

3—1

Csánki Jenő, főszolgabíró.

A kecskeméti m. kir. állami gyermekmenhelynél megüresedett **másod-orvosi állásra**, mely 1200 korona fizetés, természetbeni lakás és I. osztályú élelmezéssel van egybekötve, pályázatot hirdet.

Felhívom tehát mindazon orvosnőket és orvostudor urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy 1 koronás béléggel ellátott, orvostudori oklevél és eddigi alkalmazásukról szóló egyéb okmányokkal felszerelt s a nagyméltóságú Belügy-minister úrhoz címzett folyamodványukat **f. évi október hó 20.-áig** alulírott nál nyújtsák be.

Női pályázó előnyben részesül.

Kecskemét, 1908. október hó 5.-én.

2—1

Egressi Lajos dr., igazgató főorvos.

16,541/1908. szám.

Arad vármegye közpörházánál megüresedett két **másodorvosi állásra** pályázatot hirdet.

A másodorvosi állások javadalmazása 1600 s illetve 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. t.-cz. 9. §. 2. pontjában körülírt képességgel bírnak, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket hozzám **1908. évi október hó 20.-áig** terjesszék be.

Megjegyzem, hogy az állásokra az egy évi kórházi gyakorlatra kötelezett orvostudorok is pályázhatnak.

Arad, 1908. évi október hó 2.-án.

Dálnoki Nagy Lajos, alispán.

2516/1908. sz.

A lemondás folytán megüresedett **ugrai körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdet.

Ezen kör 3 községből: Ugra, Nagyharsány és Rón községekből áll.

A körorvos javadalmazása:

1. Természetbeni lakás mellékhelyiségekkel és kerttel.

2. Készpénzfizetés 1800 korona, a nagyszalontai m. kir. adóhivatal által évnegyedenként és pedig az évnegyed utolsó hónapjának 1.-én fizetve.

3. A köri községektől fizetendő 500 korona személyi pótlék mindaddig, míg a körorvosok fizetése rendezve nem lesz.

4. Látogatási díj a körorvosnak helyén és a hivatalos látogatási napokon:

a) a körorvos lakásán 40 fillér,

b) a beteg lakásán 80 fillér és éjjel e díjak kétszere.

5. Hivatalos látogatási napokon kívül a köri községekben a fuvardíjon kívül:

a) nappal 2. korona,

b) éjjel 3. korona.

Ugra községben a húsvágatásért és halottkémlelésért megállapított díjak szedhetők.

Megjegyeztetik, hogy a volt körorvos a kórház tartozó gazdaságoktól 800—900 korona tiszteletdíjat élvezett, a mire a megválasztandó körorvosnak is kilátása lehet.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy a képességgüket és eddigi szolgálataikat igazoló okmányokat hozzám **f. évi október hó 23.-áig** adják be, mert a később beérkezett kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választást október hó 30.-án d. e. 10 órakor fogom Ugra községében megjelteni.

A megválasztandó körorvos állását 1908. évi november hó 15.-én tartozik elfoglalni.

Cséffa, 1908. évi október hó 2.-án.

3—1

A főszolgabíró.

238/908. ig. sz.

Békés vármegye közpörházának belgyógyászati osztályán egy **alorvosi és egy segédorvosi állásra** pályázatot hirdet.

Javadalmazás: az alorvosi állásnál évi 1200 korona, a segédorvosi állásnál évi 1000 korona készpénzfizetés és mindkét állásnál lakás, fűtés, világítás és I. osztályú élelmezés.

Pályázni kívánókat felhívom, hogy képességgüket, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat méltóságos Döry Pál úrhoz, Békés vármegye főispánjához címezve, hozzám **f. évi október hó 14.-éig** küldjék be.

Gyula, 1908. évi szeptember hó 26.-án.

2—2

Békés vármegye közpörházának igazgatója.

4052/908. eln. sz.

A város külterületén és pedig a vásárhely-kutasi részen rendszeresített s nyugdíjazás folytán megüresedett **orvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok.

A betöltendő orvosi állás 1200 korona, azaz egyezerkettőszáz korona évi fizetéssel, 600. azaz hatszáz korona lótarási átalánnyal, természetbeni lakással, továbbá 1100 négyzetlével számított 9. azaz kilencz hold föld élvezetével s nyugdíj jogosultsággal van egybekötve.

Felhívom azért mindazokat, a kik pályázni óhajtának, hogy az 1883. évi I. t.-cz.-ben előírt elméleti és gyakorlati képességgüket, életkorukat, egészségi állapotukat, erkölcsi magaviseletüket s esetleges előbbi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket **f. évi október hó 15.-én** délután 5 óráig a polgármesteri hivatalba nyújtsák be, illetve küldjék meg.

Hódmezővásárhely, 1908. évi szeptember hó 22.-én.

2—2

Juhász Mihály, kir. tanácsos, polgármester.

640/908. sz.

Alispán megbízásából a vármegyei közpörházánál újonnan rendszeresített **II. másodorvosi és egy segédorvosi állásra** pályázatot hirdet.

A második másodorvos fizetése: évi 2000 korona és 420 korona lakbér.

A segédorvos 1200 korona fizetést, teljes ellátást kap, mindkét állás nyug-

díjjogosult. Kellően felszerelt kérvények bethleni gróf Bethlen Bálint főispán 6 méltóságához címezve, hozzám **f. évi november hó 14.-éig** adandók be.

Torda, 1908. évi szeptember hó 30.-án.

3—2

Borbély Samu dr., igazgató-főorvos.

3281/908. szb. sz.

Fogarasz vármegye alsóárpási járásában megüresedett alsóvisti, 13,427 lélek-számmal bíró **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdet és ezen állást elnyerni óhajtókat felhívom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában, illetve az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előírt képességgüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket **f. évi október hó 15.-én déli 12 óráig** hivatalomhoz annál inkább benyújtsák, mert később érkező folyamodványok nem lesznek tekintetbe véve.

A körorvos székhelye: Alsóvist.

Javadalmazás: 1600 korona évi fizetés, 400 korona úti átalány és 400 korona lakbér, mely összeg az állampénztárból utólagosan fizetetik, továbbá a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

A körorvos jogosult a jegyzői nyugdíjintézetbe belépni. Házi gyógyszerértár elnyerése is kilátásba van helyezve.

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

A megválasztott körorvos köteles állását 8 nap alatt elfoglalni.

A választás napját későbbben fogom kitűzni.

Alsóárpás, 1908. évi szeptember hó 22.-én.

3—3

Bokross Emil, főszolgabíró.

HIRDETÉSEK.



A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

kitűnő sikerrel használtatik

vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és
köszvénynél, a cukorbetegségnél, az emész-
tési és lélegzési szervek hurutjainál.

Húgyhajtó hatása!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Szinye-Lipéczi Salvatorforrás Vállalatnál
Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

Ulcus ventriculi

Rohitsi „Styria“-forrás

200—300 gm. langymelegen éhgyomorra 1 órával a reggeli előtt beveendő.

Meglepő gyogyeredmények.

Nagybani raktár Magyarország részére:

HOFFMANN JÓZSEF, Budapest, V., Báthory-utca 8. sz.

LEGTÖKÉLETESBEN ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

LYSOFORM

OLDATBAN SZÁGTALAN, NEM MÉRGES BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT

DISZKERTKEDVELŐK

kérjenek árjegyzéket az Első magyar diszfenyő-faiskolától. Tulajdonosa:

COPONY EDE, Körmenden.

120 fajta túlelő fá, lombfák, sorfák, diszserjék és
rózsafák kaphatók. 6153

„Bayer“

CONTRATUSSIN

„Bayer“

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a

VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR

Budapest, VI., Andrásy-út 84.

Minden gyógyszerárban kapható.

Kíváncsiak próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

LEGTÖKELETESÉBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

LYSOFORM

TELJESBEN SZAGTALAN, NEM MÉGES BÖRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT



Szt.-Lukácsfürdő
Gyógyfürdő, BUDA.
Téli és nyári gyógyhely.

Természetes forró-meleg kénforrások, iszapfürdők, iszaporogatások, massage, vizgyógyintézet, gőzfürdők, kő- és kád-fürdők, gyógyvizuszodák. Olcsó és gondos penzió. Csúsz kőszvény, ideg-bőrbajok; lakás felől kimerítő prospektust küld ingyen a
Szt.-Lukácsfürdő igazgatósága Buda.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. D^r EGGER

Indicatioi: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhaehitis.
Kapható minden gyógyszerárban.

„Walther“-féle
Elixir Condurango peptonat.
„Immermann“.
Kiváló stomachicum.



Kitűnő hatásának elismerve mindennemű gyomor-bántalomnál, emésztési zavaroknál, dyspepsiánál stb. Ajánlva számos hírneves szaktekintély által.
Stöhr titkos tanácsos, Kissingen a következőket írja:
„A mindennapos praxisban a lehető legnagyobb becsű, különösen öregebb egyénknél és olyanoknál, kik idült bajban szenvednek.“

Csak gyógyszerárakban kapható. A hol nincs raktáron, kérem annak hozatalát sürgetni. Mintán készítményeim ismételt utánozva lesznek, igen kérjük ezeket **Eredeti Walther** alatt rendelésnél külön megemlíteni.

Irodalom és próbatüvegek mindenkor szívesen állnak rendelkezésre. —
Egyedül készítő

F. WALTHER, Chem.-pharm. Laboratorium
STRASSBURG, Elsass, Rheinzweigstr. 12.

Tulajdonos: Walther F. özvegye, Dr. H. Kern, gyógyszerész és vegyész.
Nagyban raktár Magyarország részére Török József gyógyszerésznél és
Thallmayer & Seitz-nál Budapesten. 5314

Idegbetegségeknél és neurastheniánál

már 1900 óta legjobb
sikerrel alkalmazatik

Syrupus Colae compos. „Hell“.

Kiváló kolakészítmény, mely meglepő hatású működési idegbántalmak, neurasthenia és kimerültségi állapotok kezelésében; már több mint 200,000 betegnél kitűnően vált be és az összes országok orvosainál általános elismerésnek örvend.
Dr. Eulenburg titkos tanácsos cikkében „a neurasthenia kezeléséről“ a „Therapie der Gegenwart“ 1908. évi 8. számában határozottan „Syrupus Colae comp. Hell“-re történik utalás. Kimerítő klinikai értékeket és kb. 300 rövidebb orvosi szakvéleményt tartalmaz az 1908. évi februárjában már 2 kiadásban megjelent gyűjtőreferátum, melyet kívánatra mindenhol ingyen és bérmentve küldünk.

Diabetesesek szá-
mára a syrup helyett

Pilulae Colae comp. Hell

minden szénhidráttól
menten állítatnak elő.

6295

Egy pilula egy kávéskanálnyi syrup leghatásosabb alkotórészeit tartalmazza.

Óvás! Kérjük az orvos urakat kifejezetten „Syrupus Colae comp. Hell“ rendelni, mert egyes gyógyszerárakban önkényesen összeállított szert készítenek.

Az eladás minden gyógyszerárban orvosi rendeletre történik. Nagy üveg 4 korona, kis üveg 2 korona 40 fillér. 1 doboz pilula 50 darabban 2 korona 50 fillér.

Minták és irodalom ingyen G. HELL & COMP. Troppau-ból.

(Meran, Untermais, Obermais és Gratsch.)

Német Dél-tirol legnagyobb klimatikus fürdőhelye.

Fürdőévad: szeptember 1-től június 1-ig. (Nyáron nagy turistaforgalom az Ortler-területen az Ötztali Alpokban és a Dolomitokban.)

Forgalom 1907/8-ban: 22,437 fürdővendég és majdnem ugyanannyi átutazó.

Új, 1907-ben megnyitott fürdőszközközet tartalmazó palota. Zander-intézet, hideg- és melegvízgyógyintézet, szénsavas és mindennemű gyógyászati fürdők, szabályozható úszómedence. Lég- és napfürdők, pneumatikus kamara, belégzési terápia.

Ásványvízivókúrák. Szőlőkúrák. Ortler-féle terrainkúrák.

Javalatok: szív és edénybetegségek, az idegrendszer megbetegedései, lábbadozók, vészegények stb. stb.

Az összes házak osztorházak 1907-ben megkezdődött és 1908-ban bevégeződött.

Új hegyi vízvezeték, a higiénia legújabb követelményeinek megfelelően, 1908-ban bevégezett.

Új modern kórház, belső betegek részére, sebészeti osztállyal.

Az egészségügyi berendezések körülbelül 10 millió koronába kerültek.

Sanatoriumok intern betegek, idegbetegek és légzési bajokban szenvedők részére.

20 elsőrangú szálloda. Számos pensio és villa minden igénynek megfelelően. Új színház. Gyógyház. Művészkoncertek. Nagy sporttelep mindennemű sport részére. Rendszeres loversenyek. — Corsók. Társas kirándulások. Sétalínpályák. Egész éven át fürdőzene. Naponta két-három koncert.

Prospektusokat ingyen küld a Curvorstehung Meran.

MERAN. Családi szálloda Erzherzog Johann.

Legelőkelőbb ház. Kitüntetve cs. és kir. Ő Felsége I. Ferencz József, valamint számos legmagasabb és magas uraságok látogatása által. A londoni Crystal Palace 1900. nemzetközi kiállításon nagy díj által kitüntetve. Központi fekvés a sétaterék mentén a gyógyház és színházak, valamint a kath. és angol templom közvetlen közelében. Legmodernebb kényelem. Nagy, elegáns társalgó-helyiségek, széltől védett gyönyörű pálmakerttel. Lakosztályok fürdő- és toaletteszobákkal. Legmodernebb egészségügyi berendezések. Hosszabb tartózkodásnál pensio. Autogarage. Egész éven át nyitva.



TÖBB KIÁLLÍTÁSON KITÜNTETVE.

TARTALMAZ EMULSIÓBAN 50 % CSUKAMÁJOLAJAT. - SZAGA ÉS IZE
KELLEMESE, KÖNNYEN BEVEHETŐ, FELBŐFÖGÉST ÉS DIARRHOÉT NEM OKOZ

POTIO OL. JECORIS

KAPHATÓ AZ ÖSSZES GYÓGYSZERTÁRÁKBAN. - KISÉRLETI MINTÁK DIJMENTESEN ÁLLANAK RENDELKEZÉSRE. - EGY 600 GRAMMOS ÜVEG ÁRA 4 KOR. 75 FILL., PRÓBA ÜVEG 2 KOR. 50 FILL.
Készíri: Z. Nagy Albert gyógyszerész Csanádpalota.

TÖRV. VÉDVE.

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markuszovszky 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 Schwartz Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3-4 szám. UROLÓGIAI SZEMLE Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Herzog Ferencz: Közlés a budapesti kir. m. tud.-egyetem idegklinikájából. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár.) A központi idegrendszer megbetegedéséről polyneuritis degeneratívában. 757. lap.

Winternitz Arnold dr. és Paunz Márk dr.: Közlés a Stefánia-szegénygyermek-kórházból. (Igazgató: Bókay János dr., egyet. ny. r. tanár.) A tracheo-bronchoscopia directa gyakorlati értékéről. 759. lap.

Zsákó István: Graphologiai diagnózis. 761. lap.

Erdélyi Jenő: Közlés a szegedi kórház sebészeti osztályáról. (Igazgató: Boros József dr.) Oesophagoscopia útján a nyelősöböl eltávolított idegen test nyelősöbbszűkület mellett. 764. lap.

Tárca. Nádory Béla: Amerikai kórházakról. 764. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Müller Kálmán: A budapesti két új kórház. — *Lapszemle. Belorvosok. Gandola Quadrio:* A pankreas bántalmazottságának új jele. — *Port:* Typhus exanthematicus. — *G. Liebermeister:* Meningococcus-

sepsis. — *Idegkórtan. Kurt Mendel:* A baleset szerepe az idegrendszer bajainak létrehozásában. — *H. Meige:* Az írógörcs kezelése. — *Sebészet. M. Willis:* Az appendixeumok ellátása. — *Charles Mayo:* A húgyhólyagdagadatok transperitoneális eltávolítása. — *Andrew Stewart Lobingier:* Epehólyag-gangraena. — *Gyermekorvosok. Nagel:* A peribronchiális és mediastinális mirigyek túltengésének diagnosisa. — *Biehler:* Anyatej és gümőkór. — *Venerés bántalmak. W. Scholtz:* A nemi betegségek és a házasság. — *Fülörvosok. Kyproff:* A labyrinth-nystagmus. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Rebizzi:* Bromkalium-oldatnak bőr alá fecskendezése. — *Campanella:* Légensavgázók belégzése idült bronchitis eseteiben. 766-769. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 770. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 770. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 771-774. lap.

Melléklet. Az „Orvosi Titoktartás” című prospectus. — *Chemisches Laboratorium Arnau a. E.* cizég „Salimenthol” és „Samol” prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a budapesti kir. m. tud.-egyetem idegklinikájából.
(Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár.)

A központi idegrendszer megbetegedéséről polyneuritis degeneratívában.

Irta: **Herzog Ferencz** dr., tanársegéd.

Az utóbbi időben egyre szaporodik azon polyneuritis-esetek száma, melyekben a központi idegrendszerben is találtak elváltozásokat. Ezen elváltozások részben másodlagosnak tekinthetők, olyanoknak, melyek csak következményei a környéki idegekben levő kóros folyamatnak, részben azonban olyanok, hogy ezzel ilyen összefüggésbe nem hozhatók. Az utóbbi esetben az elváltozások keletkezését csak úgy értelmezhetjük, hogy a polyneuritist okozó vírus nemcsak a környéki idegekre, hanem a központi idegrendszerre is közvetlenül hatott és benne elváltozásokat okozott. Nem a csúszos polyneuritis az, a melyben ezeket a központi elváltozásokat gyakran találták, hanem a méreghatásból származó polyneuritisek, a melyekben a szövettani lelet voltaképpen nem is gyulladás, hanem csak elfajulás, némelyek szerint neuritis parenchymatosa volt. A központi idegrendszer gyakori részvételének felismerése pathologiai szempontból mindenesetre fontos, de nem közömbös a baj prognózisára sem, mivel ezt a központi megbetegedés súlyosabbá teszi.

Eseteim egyikében a kifejezett klinikai tünetek, a másikban a kórbonegzolástani lelet teszlik kétségtelenné a központi idegrendszer megbetegedését.

I. N. B. 25 éves hivatalnokot 1903 április 15-én vettük fel az idegklinikára. Szülei élnek, egészségesek. Két idősebb testvére egészséges, másik két testvére kis korban halt meg, de nem deríthető ki, hogy milyen bajban. Gyermekkori betegségek közül felemlíti, hogy 7 éves korában kifeszamodott jobb karja, 9 éves korában pedig állítólag nap-szúrásban feküdt három napig. Öt év előtt kemény fekélye volt, mely csak két hónap múlva gyógyult be. Ugyanekkor a lágyékmirigyek megduzzadtak, de fájdalomtalanok maradtak. Néhány hónap múlva kiűtés

támadt egész testén és a végbele körül sebek keletkeztek. Akkor három hónapig kénésókúrárt használt. Azóta évenként 10 bedörzsölést végzett, időnként jodkaliumot szedett. Ezen idő alatt gyakran szenvedett erős fejfájásban, leginkább délután. Éjjel sohasem fájt a feje. Néhány hónap óta gyakran szaggat a lába. Két hét előtt erősen szédült, e miatt egy napig fekiúdt.

Mostani baja felvétele előtt egy héttel kezdődött, a mikor a végbele körül és a jobb csonkjában zsibbadást érzett. Másnap bal csonkjára és a has alsó részére is áterjedt a zsibbadás. Az érintést a zsibbadt testrészeken gyengébben érezte. Ugyanekkor gyengülni kezdtek lábai és a rágás is nehezebbre esett. Lábainak ereje egyre csökkent, négy nap múlva pedig már nem tudott járni. Nyelése is rossz lett, félrenyelt, köhögni kellett, iváskor a víz az orrán folyt ki, szilárd ételeket alig tudott lenyelni.

A jól fejlett, mérsékelten táplált, kissé halvány beteg csontrendszere és izületei épek. Nyálkahártyái halványak, megnagyobbodott mirigyek nem tapinthatók. A belső szervek épek. Az étvágya jó, székrekedése van. Vizelete nehezen indul. A vizelet idegen alkotórészeket nem tartalmaz. Hőmérséke felvételnél 36 C°, az érverés száma percenként 80.

Az idegrendszer vizsgálata: A homlokránczolás, a szemzárás, a fogak mutatása jól és kétoldalt egyformán történik. A beteg azonban arról panaszkodik, hogy beszéléskor nehezen tudja mozgatni a száját. A rágóizmok csak gyengén húzódnak össze. A nyelv mozgása rendes. A nyelés nehezen sikerül, a falatok részben az orra jutnak. Hangadás-kor a légyszájpad rendesen és kétoldalt egyformán mozog. A nyak, a felső végtagok és a törzsök mozgásában nincs eltérés, a hasizmok is jól húzódnak össze. Ezen izmok ereje körülbelül rendes.

A beteg alsó végtagjait fekvő helyzetben felemelni nem tudja, csonkjának és a lábszárnak feszítése és hajlítása kis mértékben sikerül. A lábak és lábujjak mozgásai jók. Az alsó végtagok ereje nagy fokban csökkent, járni és állani nem tud. A jobb alsó végtag valamivel erősebb a balnál.

Az izmokon sorvadás nem látszik. Tonusuk megfelel a rendesnek: az alsó végtagok 85°-nyira emelhetők a vízszintes fölé.

A patella- és triceps-inreflexek kiválthatók. Az Achilles-inreflexek nehezen válthatók ki. A talp-reflexek hajlítók, a hasi, lágyéki és cremaster-reflexek megvannak. Az izmok villamos ingerlékenysége jó, elfáradási reactio nincsen.

A tapintás-, hő- és fájdalomérzés jó, de a köldöktől lefelé gyengébben érzé az érintést. A környéki idegek nyomására nem fájdalmasak. A beteg a jobb tenyerén, az alsó végtagokon és a hasnak a köldök alatti részein zsibongást érez.

A jobb pupilla tágabb a balnál, fényre és alkalmazkodásra reny-

hén reagál. A bal pupilla mindkét tekintetben jól reagál. A szemmozgások jók. A testsúly 65 kiló.

Április 16. Naponta 4-0 gm.-os kénésbedörzsöléseket rendelünk. Napközben kevés tejet ivott, este semmit sem tudott nyelni. Táplálás a végbélen keresztül. Hőmérséke 36,8°, érverése 88.

Április 17. Beszéde dűnyögő. Hőmérséke rendes. Erverése 88.

Április 18. Reggel alig érhető, este kissé jobb a beszéde. Nyelni nem tud. Száját kinyitni nem tudja. A legmagasabb hőmérsék délután 4 órakor 37,3. Az érverés száma percenként reggel 100, délután 120. A lélekzések száma 20. A szürkekenőcs-bedörzsölés elmarad. Este 0-05 grammos sublimatinjectio.

Április 19. Nyelvét alig bírja kiöltetni, kiöltéskor kissé balra tér el. A légyszájpad mozgása korlátolt. A hőmérsék 35,5° körül. Legmagasabb este 10 órakor, 36,7°. Az érverés száma délelőtt 100, délután 116. A lélekzés kissé nehéz.

Április 20. Vizeletretentio. Csapolás. Táplálás gyomorszondával. Hőmérséke reggel 35,4°, érverése 100. Délután lassan emelkedni kezdett a hőmérséke, este 8 órakor 39,2° volt, azután lassan süllyedt s éjjel 12 órakor 37,1°-ra szállott le. Az érverés délután 4 órakor 120. Légzése nehéz.

Április 21. Reggelre a beszéde és a nyelvének mozgása is javult. A hőmérsék 36,9°, az érverés 88. Hólyagesapolás. Táplálás gyomorszondával.

Április 22. A bal szemén homályosan lát. A bal pupilla tág, fényre és alkalmazkodásra nem reagál. A jobb szem pupillája rendes tágasságú, mindkét reakciója jó. Az ajkakon mindkét oldalon, de leginkább az alsó ajkon, herpes. A hőmérsék rendes. Az érverés 88. Hólyagesapolás. Táplálkozás mint tegnap.

Április 23. 0-05 gm. sublimat. A hőmérsék rendes. Az érverés 84. Táplálkozás mint tegnap. Arcát alig tudja mozgatni, az ajkak csucsortása, a füttyülés nem sikerül. Szemeit alig tudja becsukni. Az érzés a szájjában jó. A nyelv nehezen mozog, balra tér el kiöltésekor. A légyszájpad nem mozog, az uvula balra hajlik. Katheterezés. Urotropin.

Április 24. A hőmérsék rendes. Erverés 84. Csak lábujjait tudja mozgatni, egyébként teljesen bénultak az alsó végtagjai.

Április 25. Valamennyi izom villamos ingerlékenysége rendes.

Április 27. A felső végtagok ereje gyengült. A nyelés nehézkesen sikerül.

Április 28. A nyelés jó. 0-05 gm. sublimat. A nyelv jobban mozog. A bal pupilla fényre és alkalmazkodásra reagál.

Május 1. 0-05 gm. sublimat. Lábujjait jobban tudja mozgatni. A felső végtagok erősebbek. Az izmok és idegtörzsek nyomásra fájdalmasak. Egész testében fájdalmak.

Május 4. Gyakori vizeleti inger. A vizeletben kevés geny. A hőmérsék este 8 órakor 38°. Erverés 104. Hólyagmosás.

Május 5. A hőmérsék reggel 38,6°. Az érverés 98.

Május 6. Láztalan. 0-05 gm. sublimat.

Május 13. 0-05 sublimat. A katheterezés elmarad.

Május 25. A bénult izmok fáradós áramra nem reagálnak, galván-áramra renyhe rágás. Anod = kathod. A patellainreflex kiváltásakor összehúzódik a m. quadriceps, de a lábszár nem mozdul meg.

Május 26. átol június 5.-éig. A beteg állapota lassan javul, a szemhéjak záródnak. A kezek ereje változatlan. Jobb lábát tudja mozgatni. Az izmok és idegek érzékenysége nyomásra csökkent. Villamozás, massage, langyos fürdők. Hólyagmosás. Protulin.

Június 14. A vizelet rendes. A hólyagmosás elmarad. Az idegek és izmok nyomásra nem fájdalmasak.

Augusztus 10. A mozgás igen lassan javul. A testsúly 55 kg.

Szeptember 6. A patellainreflexek jól kiválthatók. A bénult izmokban visszatért a fáradós ingerlékenység. Kathod > anodnál. Az ideg felől jó az ingerlékenység. Az alsó végtagokon hypotonia. A balon erősebb.

Október 28. A beteg erősödött. Támogatással talpra áll.

November 16. Az alsó végtagok izmaiban fasciculáris rángások.

1904 január 14. Egyik oldalon támogatva, bottal kezében tud járni.

Február 8.-án elhagyta a klinikát. November 17.-én újból jelentkezett a klinikán. Időközben 90 kénésbedörzsölést végzett, fürdöket, massaget és villamozást használt. Nem kifejezett merevgörösös járás. A patellainreflexek jól kiválthatók. Az Achilles-inreflexek gyengék. Kifejezett Babinski kétoldalt. Lábloncus nincsen. Csekély vizelés-zavar. Székrekedés. Galván ingerlésre még mindig renyhe a rágás a beteg izmokban.

1905 május 26. A vizelélszavar kisebb. Időnként szaggató fájdalmak lábaiban és karjaiban. Intentiós tremor nincsen. Nystagmus nincsen. A járás merevgörösös, a térdek járáskor surlódnak. Elénk patella-inreflexek. Babinski. Az Achilles-inreflexek nehezen válthatók ki. Lábloncus nincsen. Fasciculáris rángások. A bal lábszár belfelületén tenyérsi hypaesthesia.

1907 november 15. Állapota alig változott. Néha szaggató fájdalom van végtagjaiban. Utóbb gyakrabban van görösös összehúzódás mindkét alsó végtagjában. Ez akadályozza a járásban is, mikor térdei akarata ellenére kereszteződnek. Vizelete még mindig nehezen indul. Az alsó végtagokon hypertonia, körülbelül 60°-ig emelhetők fel a kinyújtott végtagok. A patella- és Achilles-inreflexek fokozottak. Babinski mindkét lábon. Az érzés jó. Jární csak bottal tud. A bal pupilla tág, a jobb középtág; fényre s alkalmazkodásra jól reagálnak. Valamennyi izom villamos ingerlékenysége rendes. Fél év előtt megfázott. Akkor gyenge lett a bal keze. Azóta javult, de a bal kéz szorító ereje még most is gyengébb.

A 25 éves betegen, kinek 5 év előtt ulcus duruma volt, néhány hónapig tartó szaggatás után gyorsan fejlődött ki az alsó végtagok bénulása. Négy nap alatt annyira gyengültek alsó végtagjai, hogy már nem tudott a lábára állani. A lábaiban akkor paraesthesiái voltak. A jobb pupillája ekkor tágabb volt, fény- és alkalmazkodási reakciója renyhe volt. Csakhamar nehéz lett a nyelése, a folyadék az orrán át jött ki, vizelete pedig nehezen indult. Nemsokára más fejdégekre is elterjedt a bénulás, a két facialisra és a trigeminus mozgató részére, a nyelvmozgató idegekre, a nyelőizmokra, a bal szemén pedig alkalmazkodási bénulás fejlődött ki pupillatágulással és merevséggel, miközben a két alsó végtag majdnem teljesen bénult lett. A felső végtagok ereje is csökkent, nyelni egyáltalában nem tudott, beszéde alig érhető volt és teljes vizeletretentio fejlődött ki. E közben a betegnek rendetlen hőemelkedései voltak, néha a rendesen alul volt a hőmérséke, érverése szapora volt, akkor is ha láztalan volt, gyakran nehezen lélekzett. Az alsó végtagokban, hasának alsó részében és jobb tenyerében paraesthesiái voltak. Az alsó végtagokon gyengébben érezte az ecsettel való érintést. A bőr- és inreflexek kiválthatók, az Achilles- és patellainreflexek gyengék voltak. Ezen igen súlyos állapotban a második hét végén kezdett mutatkozni csekély javulás. A beteg beszéde érthetőbb lett, nyelvét jobban tudta mozgatni, érverése nem volt olyan szapora. Ugyanekkor a bénult izmoknak villamos ingerlékenysége még a rendes volt. Néhány nap múlva már nyelni is tudott, felső végtagjai is erősebbek, a bal pupilla fényre és alkalmazkodásra megint reagált és az alsó végtagok mozgása is kezdett visszatérni. A betegnek ekkor egész testében fájdalom volt, az idegtörzsek és izmok nyomásra fájdalmasak. Egy hónap múlva megint önként tudott vizelni. A hetedik hét kezdetén elfajulási reactio volt kimutatható a bénult izmokban. Azután igen lassan haladt előre a bénulás javulása, az izmok és idegek nyomásérzékenysége csökkent, a patellainreflexek jó kiválthatók lettek, az alsó végtagokon hypotonia volt kimutatható, a bénult izmok fáradós ingerlékenysége pedig visszatért. Hét hónappal betegségének kezdete után ismét talpra tudott állani a beteg.

A betegség ezen szakában a tünetek és azok lefolyása kétségtelenné teszik, hogy a környéki idegrendszernek hevenyész megbetegedése volt jelen. A gyorsan kifejlődő, nagy kiterjedésű, petyhüdt, elfajulási reakcióval járó mozgásbénulás, annak hamaros javulása némely idegterületen, a fejdégekre vagy egyes részeknek részvétele a bénulásban, az alsó végtagoknak hypaesthesiája, a paraesthesiák ugyanitt, továbbá a hason és jobb tenyerén, az idegeknek és izmoknak fájdalmassága nyomásra, a fájdalmak, melyek a bénulást megelőzték, határozottan a mellett szólnak, hogy a betegnek polyneuritis volt. Szokatlan ezen betegségben az inreflexek megmaradása, a minek jelentőségére esetünkben még visszatérok és a vizeleti zavarok nagy foka. Az előbbi azonban már többször észlelték, sőt néha fokozottak voltak az inreflexek. Számba jöhetne esetünkben a poliomyelitis is. Ez azonban azért valószínűtlen, mert erősebb fájdalmak és az idegeknek és izmoknak nyomásérzékenysége nem tartozik ezen betegség tünetei sorába. A fejdégek bénulása is inkább polyneuritis mellett szól. A hólyagzavarok pedig még kevésbé illenek a poliomyelitis kórképébe, mint a polyneuritisébe. Acut poliomyelitisnek lassú, subacutnak gyors volna a tünetek kifejlődése. Végül polyneuritis mellett szól még az, hogy a betegen később mindazon tünetek visszafejlődtek, melyek a periferiás neuro-nok megbetegedéséből származtak.

A beteg körülbelül 1 1/2 évvel betegségének kezdete után jelentkezett ismét a klinikán. Ekkor állapotában már feltűnő változás volt észlelhető, ugyanis mindkét lábon Babinski-tünet volt jelen. Járása valamivel javult, de kissé merevgörösös lett. Fél év múlva újból megvizsgáltuk a beteget, állapotát nagyjában változatlanul láttuk, de járása erősebben merevgörösös volt, a térdreflexek élénkek és az izmokban fasciculáris rángásokat lehetett látni. Az Achilles-inreflexeket még mindig nehéz volt kiváltani, a bal lábszár belfelületén tenyérsi hypaesthesia. 2 1/2 év múlva láttuk megint a beteget. Állapotában nem vett észre változást. Járását a merevgörösös állapot zavarja. Az alsó végtagok hypertoniásak, a patella- és Achilles-inreflexek fokozottak, mindkét lábon Babinski. Az érzésben nincsen eltérés. Az izmok és idegek villamos ingerlékenysége rendes.

A polyneuritis lezajlásával tehát olyan tünetek támadtak, melyek kétségtelenül a központi idegrendszer megbetegedéséből származnak. Az alsó végtagok hypertoniája, az inreflexek fokozottsága, a feszítő jellegű talpreflexek, a merevgöresös járás a központi mozgató neuron megbetegedésére vallanak. Ez alatt a környéki neuronok működése javult, az érzészavarok eltűntek és az elfajulási reactio is visszafejlődött. Az egyideig az izomfasciculásokban jelentkező rángások talán a gerincszelvény mozgató sejtjeinek megbetegedésére utalnak. $4\frac{1}{2}$ évvel a betegség kezdete után is fennállanak még a vizelés-zavarok, bár kis fokban; a bal pupilla is tágabb.

A központi idegrendszer megbetegedéséből származó tünetek csak csekély mértékben súlyosbodtak hosszú idő alatt (3 év). Ezen idő alatt azonban még a periferiás tünetek visszafejlődtek, úgy hogy nem is bizonyos, vajjon valóban előrehaladt-e a központi elváltozás, vagy a központi tüneteknek látszólagos súlyosbodása talán csak a periferiás folyamat gyógyulásával lett lassanként nyilvánvalóvá. Ezért valószínűnek tartom, hogy a betegség első szakában, a polyneuritis idején keletkezett a központi idegrendszer megbetegedése is, mely akkor csak azért nem volt kimutatható, mert a környéki tünetek elfedték a központiakat. Hogy ezen időben betegedett meg a központi idegrendszer, a mellett talán az is szól, hogy az inreflexek akkor csak gyengék voltak, de nem hiányoztak, a mi a pyramispályák sérülésére vezethető vissza, továbbá az, hogy a vizelés-zavarok, melyek alkalmasint központi eredetűek, mivel a többi környéki tünet teljes visszafejlődése után is fennállottak még, már a betegség kezdetén is megvoltak. A központi idegrendszerbeli elváltozás tehát bizonyára a polyneuritis idején keletkezett és annak gyógyulása után már nem igen haladt előre.

Hogy mi ezen elváltozás kórtani alapja, nehéz volna eldönteni. A kórkép, mely a polyneuritis gyógyulásával kifejlődött, részben megfelel annak, a melyet *Erb*¹ a lueses paralysis spinalis spastica-ról ír le. Erre emlékeztet különösen, hogy aránylag csekély hypertonia mellett járáskor erős spasmusok keletkeznek, melyek azt nagy fokban zavarják. Nem megfelelő tünetek azonban, hogy a betegen az utolsó vizsgálatkor nem volt érzésbénulás és hogy a betegnek néha fájdalma van tagjaiban. Az utóbbi talán periferiás eredetű lehet, valamint ilyen lehet a bal felső végtag gyengesége is, mely évekkal a baj kezdete után keletkezett és észlelésünk végén jelen volt még, de javult. Valószínűtlennek tartom, hogy transversalis lágyulás okozza a tüneteket, mert annak megfelelő kórkép sohasem állott fenn. Ilyen lágyulást is találtak polyneuritisben (*Eisenlohr*²). Hogy kisebb göczokra elosztott elváltozások vagy systemás úgynevezett elsődleges degenerációk okozzák-e a központi tüneteket, annak az eldöntése nem lehetséges.

A következőkben még gyakran fogom használni az „elsődleges elfajulás” kifejezést. Ezzel csak azt akarom mondani, hogy ezen elfajulás anatómiája más mint a másodlagos elfajulás. Az előbbi az idegrost végén kezdődik, az utóbbi egyeletemen éri a sérülés által sejtjétől elválasztott idegrostot. Az „elsődleges” szóval csakis ezen különbségre akarok utalni, és nem akarom vele azt mondani, hogy elsődlegesen fajul el maga az idegrost. Lehetséges, hogy ezen elfajulás is voltaképpen másodlagosan, az idegsejt megbetegedése következtében fejlődik ki és hogy csak azért különbözik bonczolástanilag a másodlagos degenerációtól, mert nem hirtelen szűnik meg a sejt hatása az idegrostra.

Csak röviden akarok ezen eset kórokáról szólni. A syphilisen kívül a beteg anamnesisében nincsen adat, mely összefüggésben lehetne betegségével. Igaz, hogy az infectio és a polyneuritis kezdete között 5 év telt el, a mi aránylag hosszú idő az eddigi megfigyelések szerint (*Cestan*³, *Remak*⁴), de másrészt ismeretes, hogy a syphilises paralysis spinalis spastica többnyire a 2—6. évben kezdődik az infectio után (*Erb*¹). Számba jöhet még a hosszas kénesőkezelés, melyben a beteg syphilise miatt részesült. A kénesőről pedig tudjuk, hogy polyneuritist okozhat. A kénesőnek aetiologiai szerepe nem zárható ki, de ha inkább luesesnek is tartom ezen esetet, mivel intenzív kénesőkezelés régen, 5 év előtt történt, az idegrendszer megbetegedését alkalmasint nem syphilises elváltozások, hanem toxinos degenerációk okozták.

(Folytatása következik.)

Közlés a Stefánia-szegénygyermekórházból. (Igazgató: Bókay János dr., egyet. ny. r. tanár.)

A tracheo-bronchoszkopia directa gyakorlati értékéről.

Irta: *Winternitz Arnold* dr., egyet. magántanár, kórházi sebész-főorvos és *Paunz Márk* dr., kórházi főorvos.

(Folytatás.)

Eseteink, melyeket 1904 szeptember havától 1907 szeptemberig bezárólag észlelni alkalmunk volt, a következők.

I. E. J., 4 éves fiú. Felvétetett 1904. szeptember 28. A jól fejlett gyermek 1904 április hónapja óta ismeretlen okból nehezen lélegzik, különösen éjjel. A légzés hol szabályos és szabad, hol szabálytalan és felületes. A tüdő felett mindenütt száraz és nedves zörejek, búgás és sípolás hallható. A gyermek saját szerű rekedt hangja és köhögése azt a véleményt keltette, hogy talán a gégeben van valamely beékelten idegen test. Rendes gégetükri vizsgálat nem volt végezhető. 1904 szeptember 30.-án tracheotomiára felkészülve, chloroformnarcosisban laryngoszkopia directát akartunk végezni. A gyermek a narcosis alatt, még mielőtt egyáltalában a gégevizsgálatra reá került a sor, hirtelen asphyxiás lett úgy, hogy a legsürgősebben kellett a tracheotomia inferiort végezni. A gyermek csak mesterséges légzés után tért magához. Ezután folytatva a narcosist, hanyattfekvésben igyekeztünk a géget átvizsgálni. Csak az epiglottist sikerült beállítani, a gégebemenetet nem. Közben ismét mesterséges légzés vált szükségessé, a miért a további vizsgálatot abba hagytuk.

Ezután a gyermek október 5.-ig mérsékelt esti hőemelkedések jelentkeztek. Október 5.-étől 11.-éig láztalan. Október 12.-én hirtelen hőemelkedés mellett (reggel 37.5, este 40.6 C°) jobboldali bronchopneumonia fejlődik. A gyermek október 14.-éig lázas; október 15.-én láztalan, de a jobb tüdő felett még tompult a kopogtatási hang és zörejek hallhatók. Minthogy a láztalan állapot állandó maradt, a gyermek bedugott canule mellett szabadon lélegzett és hangja is tiszta volt, már-már azt kellett hinnünk, hogy a légutakban még sincsen idegen test, vagy ha volt, a beteg már kiköhögte. A diagnózis tisztázása végett 1904 október 21.-én chloroformnarcosisban bronchoszkopia inferior. A gyermek a narcosis alatt ismét rosszul lélegzik, görcsösen köhög, egy ízben mesterséges légzést is kell indítani. Végül mégis sikerül oly mély narcosist elérni, hogy a légutak nyílásán át a cocainnal is érzéstelenített tracheában sikerül a 5 mm.: 10 cm. tubust bevezetni. A légeső nyálkahártyája élénkpiros, duzzadt. A bifurcatio felett jobboldalt a trachea kifejezett bedomborodása látható. Ezen túlhaladva, a tubus betolható a jobb bronchusba. A nyálkahártya itt is élénkpiros, duzzadt. Gondos vizsgálattal megállapítható, hogy a jobb bronchus lumenét a mélyben szürkés-sárga, nyálkától fedett idegen test zárja el. A tubus lejjebb tolása és a nyálka kitörése után tisztán látható az idegen test. Fogóval benyúlva, a szűk bronchusban a fogón kívül egyéb nem látható. Ezért ezt kihúzával, újból kitörés után finom horgot veszünk kézhez. Ebben a pillanatban a beteg erősebben köhög és rögtön utána megállapítható, hogy a bronchus lumene szabad, idegen test sehol sincsen. Újból gondos átvizsgálás után, mely a bal bronchusra is kiterjed, leszerelünk. A kiköhögött idegen test a Kirstein-féle kaucsuklámpa tükörlapjára repült és oda ragadt. Mintegy 3 mm. hosszú, 2 mm. vastag, sárgás-szürke, duzzadt, fellazult, gabonaszemnek látszó képlet volt. Alkoholba téve, visszanyeri eredeti alakját: búzaszem volt.

Az eset további lefolyása nem volt kedvező. A gyermek az idegen test kiköhögése után láztalan, nem köhög. Október 23.-án felkel. Október 25.-én decanulement. Bedugott légesősebbel nem tud lélegezni. Intubatio könnyen sikerül. A lélekzés eleinte fekvő tubus mellett szabad, de 5 óra múlva a canulet vissza kell helyezni. November 3.-án újból sikertelen kísérlet intubációval. November 9.-én az intubatio jól megy, nagyobb tubusszal. November 12.-én extubatio, utána súlyos stridor, ezért újból canulet kap. Eredménytelen intubatio november 17.-én is. November 24.-én canule mellett fuladási roham, mely november 25.-én éjjel többször ismétlődik. Ezért drainesóval meghosszabbított Dupuy-féle canulet kap, melylyel a légzés szabadabbá lesz. December 1.-én nehézlégzés. December 2.-ától 17.-éig a

beteg állapota jó, láztalan, közérzet, táplálkozás jó. Deczember 18.-án reggel hirtelen támadt köhögés közben a canulen át nagy tömeg élénkpiros vér ömlik, erős hörögés közben. A vérzés elállítása vastagabb canule elhelyezésével sem sikerül; a gyermek néhány perc alatt meghal.

A boncolás (Preisich Kornél dr.) a következőket derítette ki: Az V. nyakcsigolya teste sajtos törmelékké alakult át. A VI—VII. nyak- és az I. hátszigolya teste körülbelül $\frac{2}{3}$ -ad részében hiányzik, előre homorú vájulatot alkot, mely vájulat az egyik borda fejecseitől a másik borda fejecseiig terjed. A tályog falát körülbelül 1 mm. vastag pyogen hártya alkotja. A tályog ürében sárgás-szürke, hig, finom esontszilánkokat tartalmazó geny. A tracheotomia sebéből sima falú, finoman sarjadzó csatorna vezet a tracheába s ott a IV. porczgyűrű magasságában szájadzik. A VII—X. porczgyűrű magasságában elül babnagyságú fekélyződés (a canule alsó szelétől), melyet szürkés-sárgás, törmelékes lepedék borít. Centrumában egy kis gombostűfejnyi nyílás látható, a melyen keresztül a szonda a trachea elülső falával közvetlenül érintkező art. anonyma kezdeti részébe vezet. A jobb tüdő alsó lebenyének hátulsó-felső részében mogyorónagyságú tályog, mely sűrű zöldes genyvel telt. A tályog a jobb főbronchus első ágába szájadzik, fala szürkés, durván gerendezetes. A peribronchiális mirigyek megnagyobbodtak, elcsontosodtak.

II. P. Gy., 16 hónapos leány. Felvétetett 1905 június 16. Hét nappal ezelőtt csirkeczomb rágása közben hirtelen rosszul lett, elkékült, fuldoklott. Azóta lázas, köhög, légzése szaporább.

A korához képest jól fejlett és jól táplált leánygyermek orrgaratürege eltérést nem mutat. Nyelése szabad. Hangja tiszta. Köhögése kissé rekedt és éles, bő köpettel. A mellkas jól fejlett. A tüdők felett tompulati eltérés nem mutatható ki. Hallgatódzaskor jobboldalt hátul-alul kissé gyengült a légzés a baloldallal szemben. Zörejek nem hallhatók. A szív helyzete, nagysága rendes. Szívhangok tiszták. Este 39.2 C°. Június 17. Hőmérséklet 37.4—39.0 C°. A gyengült légzés fennáll. Tompulat nincs. A Röntgen-átvilágítás negatív. Sokat köhög.

Állandó lázas állapot mellett (37.2—38.8 C°) a tüdőlelet június 20.-ig változatlan. Június 21.-én. Laryngo-tracheoskopia directa sec. Kirstein-Killian. Tracheotomia inf. Bronchoskopia inferior.

Mély chloroformnarcosisban ülőhelyzetben a gége-légeső áttekintése. A gége-légeső szabad. Ezen helyzetben a trachealis tubus bevezetése felülről nem sikerül, ezért a gyermeket hanyatt fektetjük. A Kirstein-féle spatulával sikerül a gégebemenet beállítása, de ezen művelet közben súlyos asphyxia fejlődik, mely rögtöni tracheotomiát tesz szükségessé. Most cocain-csetelés után az 5 mm.: 10 cm. tubust a tracheába toljuk. A légeső nyálkahártyája mérsékelten belövelt; a jobb bronchus bemenete a belőle folyvást ömlő genyes váladék folytán nem látható; a bal bronchus szabad, nyálkahártyája halvány, sima, a porczgyűrűk jól láthatók. Gyakori kitöréssel sikerül a jobb bronchus bemenetét szabaddá tenni; kiderül, hogy az az élénkpiros nyálkahártya duzzanata folytán résalakulag szűkült; a szűkület mögött szürkés-fehér, ide-oda mozgó idegen test látható. A légzéssel folyton ömlő genyes váladék gyakori kitörést tesz szükségessé, több ízben a tubust ki kell húzni és a benne tapadó váladéktól megtisztítani. Ezen genyben szemeses törmelék látható. A tubus harmadszori visszahelyezésekor újabb kitörés alkalmával a szürkés-fehér idegen test odatapad a tamponhoz és vele együtt kihúzzuk. Most a bronchus lumene szabadnak látszik. Az idegen test genyes váladékba burkolt, mintegy kendermagnyi, kissé maczerált csontszilánk.

Június 22. Jobboldalt hátul-alul a scapula csúcsától lefelé tompulat, mely a hónaljban is észlelhető. Apróbb crepitatio. Bő váladék. Délután a közérzet jobb. Hőmérséklet 37.7—38.4 C°. Június 23. Tüdőlelet változatlan. Közérzet jobb. Hőmérséklet 38.5—38.8 C°. Június 24.-étől—26.-áig. Változatlan tüdőlelet. Hőmérséklet 38.1—38.8 C° közt ingadozik. Június 27. A közérzet feltűnően javult. A gyermek nyugodtabb. A tüdők felett igen sok, vegyes hólyagú szörtyzörej. Hőmérséklet 37.8—38.0 C°. Június 28. Jó közérzet. A tüdők felett beszűrődés nem mutatható ki. A tápfelvétel kielégítő. Hőmérséklet 37.8—38.0 C°. Június 29. A tüdők felett kiterjedt hurutos zörejek. Beszűrődés nincsen. Ma két ízben egy kis borsónyi és több kisebb maczerált csontdarabkát

köhögött ki. Hőmérséklet 37.8—38.0 C°. Június 30. Láztalan. Teljesen szabad légzés felfelé is. Canule eltávolítása. Közérzet zavartalan. Július 1. Teljesen jól lélegzik. Július 4.-én a beteget teljesen jó állapotban tisztán granuláló tracheális sebbel haza-bocsátjuk. Azóta teljesen jól van.

Epikrisis. Ezen esetben a 16 hónapos gyermek csirkecsontot aspirált a jobb bronchusba és ennek nyomán jobboldali bronchopneumonia fejlődött. Asphyxia miatt a tervezett felső bronchoskopia helyett tracheotomiát és alsó bronchoskopiát kellett végeznünk. A vizsgálatot szerfelett megnehezítette a jobb bronchusból folyvást ömlő genyes váladék. Mégis sikerült az idegen testet felfedezni és annak egy kis részét kihozni. Minthogy akkor a bronchus lumene szabadnak látszott, a súlyosan beteg gyermekben a további vizsgálat-tól eltekintettünk. Szerencsére a már szétetésnek indult többi csont-részt a gyermek spontán kiköhögte, a mire gyors gyógyulás következett be.

III. B. J. 6 éves fiú. Felvétetett 1905 július 12. Néhány nap óta kiscsokiban nehezített légzés; három nap előtt játszás közben hirtelen rosszul lett, azóta állandóan cyanosisos, a légzése stridorosus.

A korához képest jól fejlett és jól táplált fiú csontrendszere ép. Az orr-toroküregekben változások nincsenek. Felvételkor nagyfokú légszomj; az ajkak cyanosisosak. A hang tiszta, a köhögés nem ugató. A tüdők felett sem kopogtatásra, sem hallgatódzásra eltérés nem mutatható ki. A szív ép. Láztalan. A felvétel után azonnal intubatio, de a légzés nem szabadul fel, mire tracheotomia inferiort végeztünk. A tracheális nyíláson át bevezetett bronchoskoppal a bifurcatio felett jobboldalt a trachea beoltosulása és ugyanott sajtos fehér törmelék ürülése látható. Canulával jól lélegzik. Július 13. Láztalan. Déliben hirtelen cyanosis, nehézlégzés. A légzés csak úgy szabadul fel, ha állandóan bronchoskop van a tracheában. Délután több ízben kísérlet történik a canule visszahelyezésére, de ekkor rögtön cyanosisos lesz. A cyanosis a bronchoskop behelyezése után szűnik. Este canulet kap és akkor több ízben sok sajtos törmeléket köhög ki. Július 14—17. Láztalan. A közérzet jó. Canulával jól lélegzik. Július 18. Láztalan. Légzési nehézségek, cyanosis. Bronchoskop bevezetése. Vattatamponnal sikerül mogyorónyi sajtos tömeget eltávolítani, mire a légzés rögtön felszabadul. Canule visszahelyezése. Július 21. Tracheobronchoskopia directa. Cocainanaesthesia-ján jól sikerül a bronchusok áttekintése. A trachea alsó részében, a bifurcatio felett jobboldalt és hátul, részben a jobb bronchus szájadékának hátulsó felére is kiterjedő sarjadzó felület. A bal bronchus szabad, a jobb bronchusba jól belátni nem lehet; belőle bőséges genyes váladék ömlik. A bronchoskopot óvatosságból lejjebb nem toljuk. Július 22.-étől augusztus 1.-éig jó közérzet. Láztalan. Keveset köhög. Augusztus 2. Ablakos canulet kap. A canule külső nyílása zárva. Augusztus 7. Canule eltávolítása. Tüdőlelet: kopogtatási eltérés nincs; jobboldalt hátul néhány hurutos zörej. Augusztus 10. Kis sarjadzó sebbel elbocsáttatik. Azóta jól van, egészséges.

Epikrisis. A hat éves fiún minden külső ok nélkül stridorosus légzés fejlődik. A tracheotomia inf. után tracheobronchoskopiával megállapítható, hogy a trachea a jobb bronchus felett megszűkült és pedig elcsontosodott nyirokmirigyek áttörése folytán. A bronchoskop két ízben is pótolta a szükségessé vált hosszabb canulet és a bronchoskopon át mirigyrészleteket köhögött ki a beteg, részben pedig vattatamponnal távolítottuk el azokat. A II. tracheobronchoskopia jól mutatta az áttörés helyét. A gyógyulás a sajtos mirigyek kilökődése után zavartalanul és gyorsan következett be.

IV. St. S.; 3 éves fiú. Felvétetett 1905 szeptember 6.-án. Tíz nap előtt dinnyét evett; ekkor hirtelen köhögött, elkékült. Azóta köhög, sokszor fuladozik.

Jól fejlődött és jól táplált fiú. Az orr-toroküreg-rendes. Felvételkor nehézlégzés, köhögéskor flottálás hallható. Egyébként a tüdők felett kopogtatásra és hallgatódzásra eltérés nem észlelhető. Láztalan. Felvétel után chloroformnarcosisban tracheotomia super. (Faludi dr.). Az idegen test nem kerül elő, kiváltott köhögési ingerre sem. Szeptember 8. Hőmérséklet 37.0—38.4 C°. Bő hurutos zörejek. A canule eltávolítása, a tracheális seb tágitása. Az idegen test nem kerül elő. Szeptember 9—12.-éig jól lélegzik, láztalan. Naponként canule-csere. Szeptember 13. Jól lélegzik. Canule eltávolítása, azon hiszem-

ben, hogy az idegen test talán észrevétlenül kikökögtetett. Szeptember 14—17.-éig. Állandóan jól lélegzik. Láztalan. Szeptember 18. Délután 3 órakor erős köhögés-inger, nagyfokú cyanosis; érces köhögés. A már betapadt tracheális seb újra megnyitattik. Az idegen test két ízben előtűnik, fel és alá flottál, de nem kökögtetik ki. Szeptember 19—27.-éig láztalan, jól lélegzik. Szeptember 28. Chloroformnarcosisban tracheobronchoszkopia inferior. Cocainecsetelés után az 5 mm.: 10 cm. tubus betolása; az idegen test (nagy, fekete görögdinnye-mag) csücsével felfelé a jobb bronchus bemenetelében van beékelve. Egyetlen fogásra sikerül a tubuson át ki nem húzható magot a tubussal együtt eltávolítani. Szeptember 29. Canule eltávolítása. Október 1. Sarjadzó sebbel elbocsátjuk. Azóta jól van.

Epikrisis. A 3 éves fiú görögdinnye-magot aspirált, mely felvételtől még szabadon mozgott a légárammal a tracheában. Ezért szükségessé vált a tracheotomia, a dinnyemag azonban eközben már beékelődött. Külső okokból nem végezhetjük a következő napokon a bronchoskopiát és később ama látszatot keltette a beteg viselkedése, hogy az idegen test talán észrevétlenül kikökögtetett. A csalódás csakhamar nyilvánvalóvá lett és a bronchoszkopia inferior segítségével a legnagyobb könnyűséggel sikerült a jobb bronchusba beékelni, erősen megduzzadt dinnyemagot eltávolítani.

V. Sz. S., 6 hónapos fiú. Felvételt 1906 február 22.-én délelőtt 11 órakor. A gyermek két hét előtt pereczcel játszott és ekkor állítólag egy morzsa került szájába, mire fulladozni kezdett. Anyja ujjával a szájába nyúlt, mire jobban lett. Hat nap előtt ismét játszott az asztalnál, és akkor megint fulladozott. Azóta állandó nehézlégzés. A gyermeket a kórházba nagyfokú cyanosissal hozzák, a mely rögtöni tracheotomiát tesz szükségessé. A pajzsmirigy megnagyobbodott, ezért tracheotomia superiorit végzünk. A légzés nem szabadul fel kellően, ezért rögtöni bronchoszkopia inferior. A trachea kezdeti része kissé összeesettnek látszik. A bal bronchus szabad, a jobb bronchusba a tracheának szűkülete miatt nem lehet jól belátni. Lejebb tolvá a tubust, idegen test sem a jobb, sem a bal bronchusban nem fedezhető fel. A légzés nem szabadul fel és a gyermek este $\frac{1}{2}$ 11 órakor fokozódó nehézlégzés tünetei között meghal.

Bonczolás (Preisich Kornél dr.): Degeneratio caseosa et colliquatio gland. tracheo-bronchialium et peribronchialium. Tuberculosis universalis miliaris; foci atelectatici lob. sup. et inf. pulm. d. Rachitis medioeris gradus.

A trachea alsó harmada mellett jobboldalt körülbelül nagy diónyi, sajtos nyirokmirigy-tömeg, mely centrumában ellágyult. Jobboldalt közvetlenül a jobb bronchus beszájadzási helye felett a tracheával szorosan összekapaszkodva található egy körülbelül babnyi ellágyult mirigy, melynek megfelelő helyén a trachea nyálkahártyája borsónyi terjedelemben néhány millimetryre bedomborodik. A jobb főbronchusban, közvetlenül annak elágazódásánál az elülső falon lencsenagyságú, néhány millimetryre bedomborodást létesít egy a bronchus falával szorosan összekapaszkodott tüdőkapubeli sajtos nyirokmirigy, mely a főbronchus elágazódása alatt mintegy 3 mm.-nyire a másodlagos bronchusba kis lencsényi nyílással áttört. A mirigy centruma sűrű sajtos masszával telt. A bifurcationális nyirokmirigy nagy mandolányi, ugyancsak lágyult központtal.

Epikrisis. A 6 hónapos csecsemőt súlyos cyanosisban hozták a kórházba. Az előzmény szerint idegen test aspirációjának lehetősége fennforgott. A rögtön végzett tracheotomia könnyebbülést nem hozott, a bronchoszkopia pedig a tracheának jobboldali bedomborodását mutatta ki úgy, mint I. és III. esetünkben. A bonczolás kiderítette, hogy ennek oka ez esetben is a tracheát kívülről nyomó elsajtosodott nyirokmirigyekben keresendő. Kiderült továbbá, hogy az elsajtosodott mirigyek egyike áttört a jobb bronchus egyik ágába. Nyilvánvaló, hogy ezen áttörés váltotta ki a fuladás-rohamokat.

VI. F. J., 2 éves fiú. Felvételt 1906 július 3. Felvétele előtti napon hirtelen nehéz légzés kezdődött, mely azóta változatlanul fennáll. Állítólag fél év előtt hasonló rohama volt, mely gözöltetésre elmúlt; azóta állandóan keveset köhög.

A korához képest jól fejlett és jól táplált gyermek fejalkata és mellkasa rachitises jellegű. A törzsön eczema és vakarás nyomai. Az orr-toroküreget eltérést nem mutat. A nyakon kisebb-nagyobb, egész mogyorónyi nyirokmirigyek tapinthatók. Láztalan.

A légzés a felvételtől stenosisos, az inspiriumban mérsékelt juguláris és scrobiculáris behúzóadás. A sírás hangja tiszta, a köhögés érces jellegű; a jobb mellkasfél légzéskor kissé visszamarad; a manubrium sterni mellett jobboldalt 5 koronányi területen tompább kopogtatási hang. Az egész jobb tüdő felett, de különösen a felső lebenyek felett gyengültebb légzés. Síráskor mérsékelt cyanosis. Minthogy minden tünet a jobboldali bronchostenosis mellett szólt és elsajtosodott peribronchiális mirigy áttörése valószínű volt, július 5.-én műtét chloroformnarcosisban. Tracheotomia superior. A légzés változatlanul sipoló jellegű. Bronchoszkopia inferior. A jobb bronchus lumenét kis babnyi, sárgásfehér tömeg zárja el, melynek eltávolítása után a lumen szabadon látszik, a légzés fel szabadul. Az eltávolítás fogóval történt, több részletben sikerül körülbelül babnyi fehéresszürke sajtos tömeget eltávolítani. Július 6. Láztalan. A légzés nyugodt, óránként egy-egy erősebb köhögésroham. Az éj folyamán mintegy borsónyi fehéres mirigyresztet kökögtött ki a canulón. A közérzet jó. Bronchitis tünetei. Július 7.-étől 12.-éig láztalan; jó közérzet, mérsékelt bronchitis tünetei. Július 13.-án és 14.-én kísérlet történik az ablakos canule külső nyílásának elzárására. Ezt a gyermek nem tűri, levegőt nem kap. Július 16. II. bronchoszkopia. Chloroform-cocain-narcosis. A bifurcatio sarkan-tyúja feltűnő széles, de elég halvány. A bal bronchus lumene a szokottnál szűkebb, de elég mélyen lehet beléje látni. A jobb bronchus szűkült harántresalakú. A szűkület közvetlenül a bifurcatio alatt fekszik, szélei vérekenyek, sarjaktól fedettek. Ezen helyre vezetve a tubust, egy körülbelül 1 cm. hosszú, a bronchus mediális falán fekvő rés tűnik fel, melynek fenekén babnyi fehér tömeg látszik. Fogóval egy jó babnyi és egy lencsényi sajtos mirigyreszt húzunk ki, majd a perforációs nyíláson át a bronchoskopot a mirigy-tályogba vezetjük, mely jókora mogyorónyi, és így távolítjuk el a benne levő sajtos tömegeket. Július 17.-től augusztus 3.-ig jól van. Láztalan, a légzés szabad. Időnként még mindig ürülnek apróbb törmelékek. Augusztus 4. III. bronchoszkopia. A jobb bronchus bemenete alatt mediálisan sarjadzások láthatók; ezek egyike kis borsónyi, légzőkor flottál. Több sarj eltávolítása fogóval. Augusztus 13. IV. bronchoszkopia. A sarjak kisebbek. A jobb bronchus lumene tágabb, háromszög alakú bemeneti nyílással. Augusztus 18. Decanulement. Augusztus 22. Jól van. A trachea sebe begyógyult. Augusztus 25. Jól van. A tüdő felett kopogtatási és hallgatódzási eltérés nincsen. Augusztus 27. Gyógyultan elbocsátatik. Azóta jól van.

Epikrisis. A 2 éves fiú klinikailag is kimutatható jobboldali bronchus-stenosis tüneteivel került a kórházba. Nagy valószínűséggel lehetett peribronchiális mirigyáttörést felvenni, támaszkodva a szegyesont melletti tompulatra. A tracheotomia a priori indokolt volt. A bronchoszkopia inferior kimutatta felvevésünk helyes voltát. Ezúttal az elsajtosodott, áttört mirigyresztet legnagyobb részt fogóval távolíthattuk el, sőt a bronchoskoppal a jobb bronchus falában levő áttörés nyílásán át a mirigy-tályogba is behatoltunk és onnét is eltávolítottunk mirigyresztet. A gyermek a négy ízben narcosisban végzett bronchoskopiát jól tűrte és teljesen gyógyultan hagyhatta el a kórházat.

(Vége következik.)

Graphologiai diagnosis.

Irta: **Zsakó István** dr., a kolozsvári elme- és idegbeteg-klinika tanársegéde.

(Vége.)

Dementia senilis.

Sok hasonlóságot mutat a paralysses írásához a dementia senilisben szenvedő beteg írása. A különbség a kettő között különleg főkép az, hogy utóbbinál a tremor okozta elváltozások bizonyos szabályosságot, egyöntetűséget mutatnak. Az írás reszkető típusa megkülönböztethető a paralyssesnek ataxiával kombinált írásától. Dementia, emlékezőcsökkenés képét látjuk itt is, de az óriási nagyzasok hiányoznak. A betegség előrehaladtával megjelennek a kihagyások, paragraphia, sőt teljes agraphia. A reszkető írás ép elméjű öreg egyéneknek is gyakori, de psychés zavar nél-

kül; kihagyások, tartalomban mutatkozó hiányok nem fordulnak elő. Jellemző a siránkozó hangulat, a mellőzés, üldözés érzése.

Következők vannak gyűjteményünkben:

1. Levél, melyben elég szépen látszik az egyenletes tremor. El lehet olvasni a 17 sorból álló levélben a „gyógyintézet, orvosok, tisztelettel” szókat és az aláírást. Mást nem.

2. A másik levélben a dementia senilisben olyan gyakori paranoiás vonás domborodik ki a kisértő tremor mellett.

Melancholia.

A betegek írása tele szomorú felkiáltásokkal, minden tárgy, minden visszaemlékezés fájdalmat kelt bennük. A hang panaszos, a hangulat a negatív érzelmeket fejezi ki. Ha hysteriás alapon áll fenn a melancholia, annak a nyomait, ha a senium korában támad, ennek jellemző tulajdonságait találhatjuk meg.

A következő levelet közlöm.

„Drága jó Ilonám! Csak röviden írok, bár megkapná leveletem s lenne eredménye! Nagyon kérem jó Ilonám, hogy ígérete szerint látogasson meg még s megegyezzen lássam Keresztur. Az irgalmas Isten megáldaná jószágáért s én oly végtelen, kimondhatatlan hálás lennék érte! tegye meg jó Ilonám: meglátja nem fogja megbánni. Ha akadályozva lenne az eljövételben, úgy nagyon kérem E.-né öngyógyítását, ki mindig szíves volt irántam s örömet utazik, jönne el ő vagy pedig N. P. öngyógyítása: ő is szívesnek mutatkozott irántam s nagyon kérem őt is tegye meg egy olyan szegény, szerencsétlen nőért, a milyen én vagyok. Várom, várom, várom édes jó Ilonám: oh bár ne lenne hiában.”

Legtöbbször azonban a beteg nem bírható rá az írásra.

Az önvádások, feljelentések önmaguk ellen, csak azért, hogy megbűnhődjenek képzelte bűneikért, mind ide tartoznak.

Mania. Mania depressiva.

A maniás beteg írása legtöbbször tükörképe a mania tüneteinek; a fokozott, de felületes figyelem, gondolat-szökellés, gondolatrohanás, a fokozott mozgás, cziczomázás, feltűnési vágy tűnik szemünkbe az írás olvasásakor. Sokféle s oda nem tartozó dolgokra terjed ki a figyelem, de mindenről felületes a megfigyelés. Egyik tárgyról hirtelen vagy átmenet nélkül csap át, egyik gondolat a másikat mintegy hajtja, frázisok, czikornyás betűk, fölösleges ékezetek, pontozások. A levél hangulata legtöbbször vidám, optimismus csillog minden sorban, látszik, hogy íróját minden kellemesen érinti. Ha szomorú eseményről ír, a sajnálkozás kifejezéséből kivehető, hogy őszinteség nincsen benne, nem érinti őt kellemetlenül, annyira telve van kellemes érzetekkel.

Elég gyakori azonban a harag megnyilvánulása is, de ez sem oly igazi, mint a normális állapotban szokott lenni. Heves szikrázó indulatkitörések, mit a rögtöni megbocsátás

és vonzalom kifejezése vagy idegen tárgyra irányult figyelem követ.

Nagy betűk, nagy sorközök, sok papírpocskolás vagy keresztül-kasul írott sorok gyakoriak. Orthographiai, grammatikai hibák nem szoktak előfordulni, csupán fokozottabb mániás állapotban, a mikor egyes betűk, szótagok kihagyását, befejezetlen mondatokat, félig kifejezett gondolatokat látunk a túlgyors gondolatmenet és felületes figyelem következményeként.

A bölcsekedés, szellemeskedés, szintén jellemző sajátságok. A fokozott nemi ösztön kifejezése, a szerelem néhányszor vagy egyszer látott egyének iránt gyakran tárgya a leveleknek, különösen nőknél. (Hány pszichiáter kap szerelmet ecsetelő levélkét!)

Átmeneteket itt is találunk.

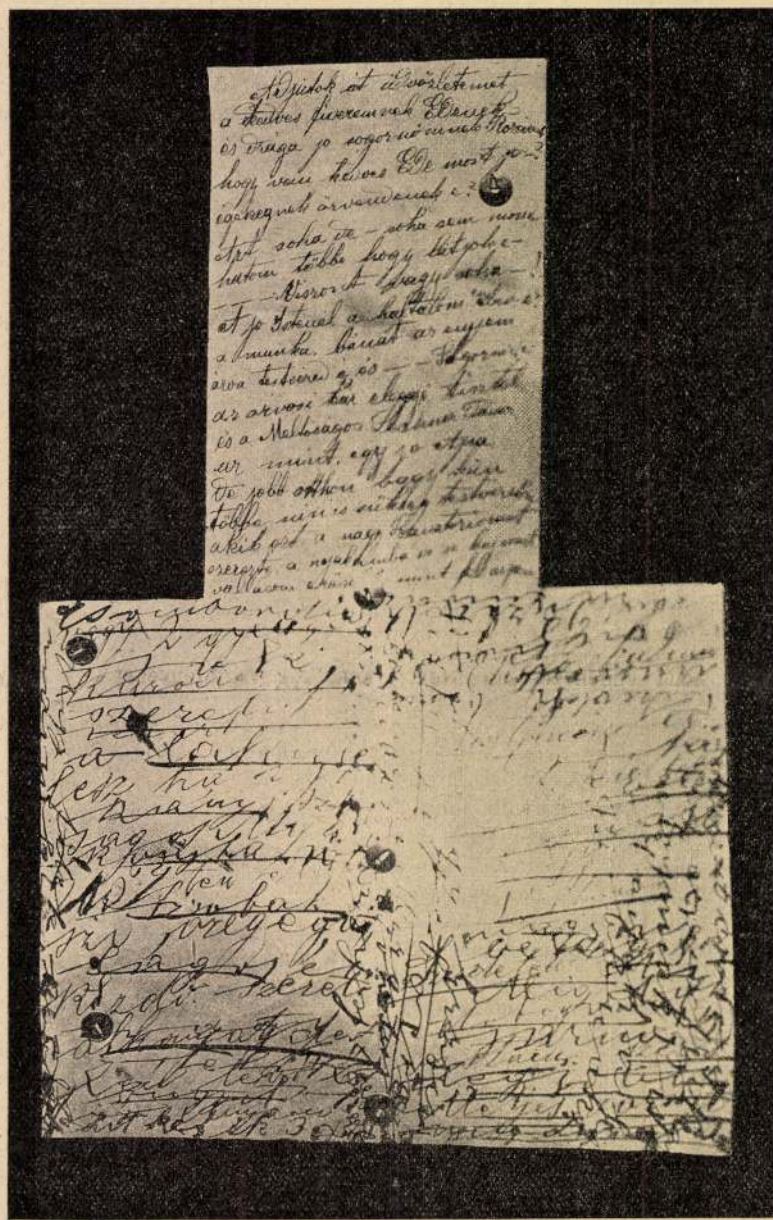
Néha már a normális pszichét tételezzük fel valamely kezünkbe akadt levélben s csak a végső sorok árulják el, hogy írójuk ámbár nyugodtabb, de a mania még nem gyógyult, ott lappang a normális külszín alatt. Olvashatni levelet, melyben teljes korrektséggel ír a beteg, de a végső sorok ilyesformán hangzanak: „képzem mennyi dolgotok lehet egy fél kiló mézet ölelcsókol szerető feleséged” stb. Egy hirtelen megvillanó gondolatot odavet egy oda nem tartozó mondatba állítmány nélkül. Olykor tele van a levél közbeszúrásokkal. Majd a sorok össze-visszasága, a betűket alkotó vonalak vastagsága, a sok aláhúzás, írásjel miatt annyira zsufoltá lesz az írás, hogy szinte képtelenség elolvasni, sőt néha lehetetlen. Majd rajzok és furaságok, érthetetlen mondatok a katonai emlékeztetnek.

A mania depressiva maniás stadiumában hasonlót látunk, de itt gyakori a szomorú, kellemetlen (negatív) érzések valamelyes nyoma. Ennek ellenére azonban többnyire egész kedélyesen írnak szívetépő fájdalomról, meghiúsult reményekről, szenvedések Golgothájáról stb.

Ugyancsak mania depressivában szenvedő költői lelkületű protestans pap így énekel hattyúdalában: „Hisz ez a lét oly kínos, sötét, mi sem vigasztal e szomorú világban. Csak azt várom, hogy majd megpihenhessek, valahol a lombos

fák alatt, s míg én örök álmod alszom, sírom fölött a madarak dalba kezdenek s kis fiuk játszanak.” Majd szinte szónokias magaslatra látszik emelkedni végrendelkezésében: temessenek a szülőfalum melletti községbe, a melynek határán úgy is majdnem halálom lelém. Ha vágyik poromra: legyen a székely földé. Lelkem úgy is csak magyarul érzett és eszmélt. Mennyit tudtam volna még tenni!

Kisfokú dementiával társult esetnek elég érdekes példáját mutatja a következő levélrészlet: „Mond meg nekik, hogy igen jó az étvágyam s már egy kicsit meg is hiztam. S te kedves férjem tanulj meg jól lőni, mert meg fogunk bukni. Én a nyelvtanból, te a vadászból. Itt igen jó dolgunk van, csak az a baj, hogy nincsen



4. ábra.

soha az asztalunkon fogpiszkáló. Vághatnál az erdőből karót s a kerülő csinálhatna jó fogpiszkálót."

Sokszor a beteg mondatai befejezetlenek, az állítmány néhol hiányzik, a szavaknak az utolsó szótagja a tollban marad, kihúzás, görbe sorok, datum hiánya eléggé jellemzik az exaltált állapotot.

Következők vannak gyűjteményünkben:

1. A beteg egyik orvosát hívja magához. Rövid levél, nagyon bizalmas megszólítás.
2. Levél, melyben címzés és levél egy oldalon van (a beteg szokéne és kék szeműnek mondja magát, pedig barna és sötét-szemű).
3. Mania periodica egy esetéből; a beteg azért kívánczik hazra, mert nem alszik és leveleit felbontják.
4. Szerelmi vallomás egyszer látott egyénhez.
5. Meghívás légyottra borítékba nem zárt, rossz minőségű pakoló papíron.
6. Már említett, kiskókú dementiával járó mania esete.
7. Sok helyen összefüggéstelen, magyarul és németül írott levél.
8. Nagyhangú levél, melyben a beteg azt mondja volt lelkész létére, hogy ő nem asszonyi állat „ha a zsvány, piszkos istenek ellen hibáztam, elég volt öt éven át itt szenvednem az esőcsinálók között”.
9. Költemény üres tartalommal, de jó rímekkel és ritmussal.
10. Végrendelkezés, szónokias hangulat.
11. Mania depressiva esetéből közölt levél, a melyben a külsőben a maniának minden jele látható, de a beltartalomban depressziós érzések is fölcillannak.
12. Vége felé mindinkább zavaros (gondolatrohanás tünete), szókihagyásokkal tele levél. Az illető jelenleg egészen normálisan viselkedik, teljesen meg fog gyógyulni.

Hysteria.

Változatos képeket látunk és pedig a szerint, hogy a hystériának milyen formájával állunk szemben. A mániás hystériás írása nagyon különbözik a depressziós hangulatban levőtől és a paranoiásé a dementiásétól. A túlzás, hazudozás, néha emlékezésesalódások, hamis emlékezés, önzés, túlos érzés rányomják bélyegeiket a vizsgálandó sorokra. Jellemzők még a panaszkodás, siránczó hangulat, a hangulat labilitása és a kétségbeesés. Ez utóbbira a következő példát hozzuk fel: „Ha Istent még ismered, úgy bejössz hozzám csak tíz percre tudom, hogy meghalok, hát otthon akarok meghalni. Végkép elhagyott a te szerencsétlen testvéred. V. sem jött be, csak súlyosbítjátok bajomat. Ugy várlak benneteket. Jöj be csak tíz percre.” Továbbá azt írja, hogy némiképen enyhítse „rettenetes kínjait”, olvasgat.

A levelek többnyire minden tremor nélkül, rendezett szabályos sorokkal és betűkkel írottak, máskor tele vannak szabálytalan össze-vissza futó sorokkal és élénk ellentétben van a nagy rendetlenség az előbbi, csínnal írott sorokkal. Azután a legkülönbözőbb furcsaságok jelenhetnek meg, de mégis az egészben mindig az a benyomásunk támad, hogy az illető teljesen tájékozott; a tudatosság, öntudat, emlékezés nincsen vagy csak alig van megzavarva, de a következtetés, az ítélet zavarai állunk szemben; az író a saját maga és mások ténykedésével, helyzetével nincsen tisztában s akármiről beszél, mindig visszatér saját magára vagy máris csupán önmaga van az előtérben minden más felett.

Következők vannak gyűjteményünkben:

1. Üveggyári igazgatóságához címzett levél, melyben a beteg árjegyzéket kér, mivel itt igen drága az üveg. Ő, kit orvosai „direct bosszantanak” és nem tudják kezelni, sok ablakot tör, s nem akarja mint magyar érzelmű nő az államot nagyon megkárosítani. Aláírása olvashatatlan, miből következtethető, hogy nem is akarta elküldeni a levelet, vagy legalább választ nem várt, mert ez esetben olvasható nevet irt volna. A szótagok sok helyen különválasztva, néhol tremor s hányavettség jellemzi az egészét.
2. A beteg irigységét árulja el, ha mást kígyógyítnak az idegostályon két hét alatt, miért kell neki éveken keresztül „bolondok közt élni” gyógykezelés nélkül. Betegtársai mind képmutatók, csak ő az igazán beteg. Hirtelen kellemes hangon érdeklődik az otthoniakról s végül még egyszer odamond a levél végén.

3. Kétségbeesett levél, melyben a beteg „rettenetes kínokról” panaszkodik, de ezek ellenére egészen aprólékos dolgokra is kiterjed a figyelme.

4. Jókedvű hystériás gúnyversei, a melyekhez dallamot is szerzett az illető.

Epilepsia.

Az epilepsziások írásait jellemzi az irigység és a vallásos érzület. Külsőleg láthatunk tremor és ataxia okozta zavarokat, de ez általában nem jellemző. Annyi fontosságuk azonban van, hogy valamelyes összefüggésben állanak a rohamok idejével.

Stereotyp frázisok, ugyanazon kifejezések, fordulatok láthatók, ha több egymásután kelt levelet olvasunk át.

Néha elnyújtott, hosszú, kevés tartalommal bíró, máskor hideg, rövid, de külsőleg többnyire pedans levelek jutnak kezünkbe. A dementia előtérbe lépésével paraphasia, sőt agraphia is előjöhethet.

Következők vannak gyűjteményünkben:

1. Rövid, határozott, kiskókú tremorral írott levél, melyből kitűnik, hogy a beteg rendkívül izgatott.
2. Hosszú lére nyújtott levél, melyben a beteg mellőzéstől panaszkodik.
3. Epilepsziás panaszos levél.
4. Tremor nélkül írott, tiszta, pedans levél; kiskókú dementiával szövődött eset.
5. Borongós állapot utolsó fázisában levő beteg írása. Kiskókú tremor és rendetlenség látható rajta.
6. Demens betegnek kiskókú tremort eláruló írása, mely roham előtti időből ered.

Debilitas moralis.

Látható, hogy az illetőnek nagyon megcsökkentek a morális érzései. Nem szégyel folyton pénzt kérni hozzátartozóitól avagy idegenektől. Fenyegető leveleket küld, tisztességes embereket rágal-makkal illet, hazudozik.

A becsapott egyénektől szerzett pénzt elveri s azután megint könyörög vagy fenyegetőzik. Nagyon gyakran alkoholizmussal együtt van jelen ez az állapot. Az úgynevezett „elzüllöttek”-nek legnagyobb része ilyen egyénekből áll.

Következők vannak gyűjteményünkben.

1. Sürgöny, melyben a beteg fenyegetőzik, hogy „Sürgönyökre pezsgőre fogyjon a németek pénze”.
2. Melyben a beteg azt írja többek közt „Eddig *garde Dammal* akartál küldeni, most meg már *fedélzetet*? Nem Ősém, ezt nem teszem”. (Illető olyformán akar kicsalni pénzt öcsésétől, hogy Amerikába való utazás tervével foglalkozik.)
3. A beteg hazavitéléért könyörög s rendkívül hizeleg.
4. A beteg utazás közben pénzéből kifogyott, s hirtelen eszébe jut, hogy végkielégítést kér öcsésétől.

Idiotismus.

Ha nagyfokú, az illető még írni sem tanult meg. Kisebb fokán a dementia és ügyefogyottság látható az írásban.

Következő van gyűjteményünkben:

23 éves, idiotismusban szenvedő egyén levele.

Alkoholismus.

Jellemzők a féltékenységi téveszméket eláruló levelek. Az írás tremort mutat. A dementiával előtérbe lépnek az összefüggéstelen, együgyűségekre valló szellemi termékek.

* * *

A pontos anamnesisből a gyakorlott pszichiater legtöbbször meg tudja állapítani a diagnosist. A beteg külseje, viselkedése, még ha egy szavát sem hallottuk, helyes irányba vezet. A hang, hanghordozás, kiejtés sokszor biztos jele valamely bántalomnak s olykor még az öngyilkosság módja is sejtetheti a diagnosist, hogy mást ne említsék, a katatoniasnak bizarr suicidiuma gyakran éppen oly jellemző, mint életében merev tartása és stereotyp mozdulatai.

De ha a beteget nem látjuk s nem is halljuk, nagy segítségünkre lehet a graphologia.

Ujabban a fonográfus, kinematográfus felvételek és a stenografozás jöttek divatba. Mindhárommal azt érzük el, hogy többször végig tanulmányozhatunk valamely kóros tünetet: dysarthriát, echolaliát, logorrhoeát, echopraxiát, katatoniat, stereotyp mozgásokat, verbigeratiót stb. A graphologiával úgy a psyche, mint a test állapotára (kézizmok innervációja) következtethetünk és nemcsak egy pár másodpercig tanulmányozhatjuk, mint a fonográfus felvételben, az elhangzó beszédet vagy a mozgó fényképben lezajlott mozdulatokat s minden apparátus nélkül dolgozhatunk. E körülményeket összevetve tehát a graphologia a pszichiatria többi segéd-eszköze között, főleg a gyakorlatban s a kevésbé felszerelt intézetekben, nem csekély fontossággal bír.

A szöveg között látható rajzok a klinikánkon levő betegek levélgyűjteményéből felvett fényképek után készültek.

Irodalom. Windscheid: Krankheiten der peripheren Nerven. — Erlennmeyer: Psychologie des Schreibens. — Fuhrmann: Diagnostik und Prognostik der Psychiatrie. — Jahresbericht für Psychiatrie, 1897—1905.

Közlés a szegedi közkórház sebészeti osztályáról.
(Igazgató: Boros József dr.)

Oesophagoskopia útján a nyelöcséből eltávolított idegen test nyelöcső-szűkület mellett.

Közlő: Erdélyi Jenő dr.

Vörös Ferencz, 4 $\frac{1}{2}$ éves, földmives fia 3 év előtt véletlenségből víz helyett marólúgoldatot ivott. Orvosi kezelésben csak a mérgezés alkalmával részesült. A mérgezés után 1 évig csupán folyékony táplálékkal élt, 2 év óta rendszeren táplálkozik.

Folyó év július 18.-án szülei ama panaszszal hozták ambulantiánkra, hogy 5 hét előtt egy krajezárt nyelt le s azóta csak folyékony táplálékot tud enni, a darabos ételt kihányja s ily alkalommal a szegycsont táján fájdalomról panaszkodik.

A beteget Röntgen-fénnyel megvizsgáltuk, a mikor is a gerincoszlop mellett a mellbimbókat összekötő vonal fölött egy harántujnyira egy 2 fillérnyi, a frontalis síkban fekvő idegen test árnyékát láttuk. Tekintettel az előző lúgmérgezésre, illetőleg az ennek következtében a legnagyobb valószínűséggel felvehető nyelöcső-szűkületre — különben a krajezár nem akadt volna meg —, továbbá, hogy az idegen test már 5 hét óta a nyelöcsőben van, a szondázást és a pénzfogó útján való eltávolítást meg sem kíséreltük, hanem az oesophagoskopia útján eltávolításra határoztuk el magunkat.

A műtétet másnap mély aetherechloroform-narcosisban csüngő fej mellett végeztük.

Az oesophagoskopiához 25 cm. hosszú, 8 mm. átmérőjű Killian-féle gyermek-bronchoskop-esővet választottunk, melynek levezetése csak a nyelöcsőnek első physiologiai szűkülete helyén — a gyűrűporoz magasságában — ütközött némi akadályba. Ezen áthaladva, akadály nélkül értünk az idegen testig, a felső metszőfogtól 20 cm. távolságban. A látótérbe a pénzdaráb éle esik, csakugyan a frontalis síkban fekszik, elülső, illetőleg a gyermek fekvő helyzete mellett felső lapja kissé balra fordult, s mindkét lapja granulatiókkal fedett. Csipővel való kimozdítása rögzített helyzetéből nem sikerült, ezért tompa horoggal óvatosan mögéje kerülve, ezzel mozdítottuk ki, mikor is az idegen test a cső oldala mögé került, a látótérből eltűnt, s ebben most egy körülbelül 4, illetőleg 3 mm. átmérőjű, ovális alakú heges szűkület vált láthatóvá. A csövet kissé kifelé húzva, a pénzdaráb ismét a látótérbe került, s csipővel való eltávolítása, természetesen a cső egyidejű kihúzása mellett (átmérője a cső átmérőjénél sokkal nagyobb lévén), simán sikerült.

A gyermeket 3 napig végbélien át tápláltuk, azóta pedig szájon át csak folyékony táplálékot kap. A rendszeres nyelöcsőtágítást 2 hét múlva kezdtük meg.

Az idegen test oesophagoskopia nélküli eltávolítása aligha sikerült volna. Letolása a heges szűkület mellett lehetetlen, a pénzfogóval való kísérlet pedig könnyen a gyermekre végzetes mediasinitist okozott volna. Hisz azt sem lehetett előre tudni, hogy

nincs-e feljebb még egy, esetleg több, talán kisebb szűkület, melyen keresztül a nyelöcső izomzata a krajezárt átréselte és a pénzfogó esetleg talán kis ellenállás legyőzésével, vagy a nélkül szintén áthaladt volna, visszahúzása azonban a nyelöcső sértése nélkül lehetetlen lett volna.

Nyelöcsőszűkületnek még a gyanujánál is az ily kerek idegen testek eltávolítása is csak oesophagoskopia segítségével végzendő, a mely felnőtten természetesen sokkal könnyebben vihető ki; gyermekeken a mely narcosis a nyugodt dolgozást szintén lehetővé teszi. Hogy éles, hegyes idegen testek, pl. csontszilánkok, szeg, tű stb. minden esetben, tehát szűkület jelenléte nélkül is csak oesophagoskopia útján távolítandók el és nem sötétben való tapogatózással, nem is kell említeni.

TÁRCZA.

Amerikai kórházakról.

Utazásom jegyzeteiből.

(Folytatás.)

Az ápolónők gyakorlóiskolája 1874 óta áll fenn. A kórház mellett van az iskolaépület, a növendékek otthonával. Hozzá tartozik még: The Edith Summer Home tengeri nyaralóhely Belle Islandon (Connecticut államban), az ápoló személyzet számára, hol szabadságukat töltik. Fennállása óta az iskolában 678 nő nyert kiképzést (1903-ig). Innen elszéledtek az Egyesült-Államok egész területére, s alkalmazást nyertek — a hazai kórházakon kívül — még Törökországban, Chinában, Indiában, Dél-Afrikában, Persiában, Hawaiiin, Hollandiában stb. Privát ápolónő lett 287, intézetekben működik 73, orvosi gyakorlatot folytat 14 s. i. t. Az iskola létszáma most: 89. A tanfolyam 3 évig tart, két havi próbaszolgálat. Csak a 25—32. év között levő életkorú nőket vesznek fel, az év bármely szakában, ha üresedés van. A próbaszolgálat idejének leteltével felvételi vizsgálatot kell tenniük: írásból, olvasásból, egyszerű számtanból és angol diktandóból. Az iskola költségén kapnak teljes ellátást, lakást és mosást, írásbelileg kötelezve magukat, hogy 3 évig az iskolában maradnak. Azonkívül havonként 8 dollárt kapnak ruházatot, tankönyveket és egyéb szükségletek beszerzésére; ez összeget nem adják fizetesképpen, mert a nyújtott kiképzést úgy tekintik mint teljes egyenértékűt a végzett szolgálatnak. Szolgálatban kötelesek az előírt egyforma öltözetet hordani, mely kék és fehér esikós vászonból készült, fehér kötényt és kis fejkötőt, fehér vászongallért és kézelőket. A kórtermekben a nappali szolgálat reggel 8 órától este 8 óráig tart, azután következik az éjjeli. Egy órai ebédidejük van s azonkívül cursusok hallgatására, gyakorlatok végzésére alkalom szerint beosztott idejük. Hetenként egy délután és egy fél vasárnap szabadságot kapnak s minden évben még két heti vakációt is.

A férfiapólok gyakorlóiskolája 1888 óta áll fenn. Külön épületben van a lakásuk, szintén a kórház mellett. Eddig 273 ápoló nyert kiképzést. Sokan közülük kitünő szolgálatokat tettek a spanyol-amerikai háború alatt a tábori kórházakban és Dél-Afrikában a Maine kórházhajón. Privát ápoló lett 146, kórházakban szolgál 48, orvosi gyakorlatot folytat 40 s. i. t. Az iskola létszáma most 89. A tanfolyam időtartama két év, egy havi próbaszolgálat. A felvételre alkalmasak életkora a 19.-tól a 30. évig van. Ezek is tesznek felvételi vizsgálatot. Havonként 10 dollárt kapnak. Szintén előírt uniformisban végeznek szolgálatot. Az ellátás, a szolgálat és a szabadság ugyanúgy van a férfiapóloknál is, mint az ápolónőknél. Mindkét nembeli ápolók kiképzése főleg gyakorlati természetű, rendes kórterembeli szolgálat alapján és teljesen képessé teszi az ápolót, hogy eredményesen megfeleljen kötelességeinek. A betegek szorosan vett ápolásán kívül ők végezik és jegyzik a hőmérést, pulsus- és légzésszámot, alkalomadtán vizeletet stb. is vizsgálnak, műtételnél, szüléseknél (csak nők) segédkeznek stb. Annak demonstrálására, hogy mily magas fokú tudományos kiképzést nyerne az ápolók, ide jegyzem a főorvosok és segédek tartotta cursusok vázlatát. E tantárgyakból is vizsgát kell letenniük s csak az eredménynyel végzett tanulmányok után kapnak képesítést bizonyító ápolói diplomát. Anatómiát és physiológiát egy

éven át hallgatnak, hetenként egy-egy előadásban. *Materia medicá*t és toxicológiát 20 leczkében. *Diaetetikát*, vagyis tudnivalót az étel-neműek válfajairól, összetételéről, elkészítésmódjáról, különböző körülmények között való applicációjáról stb. 5 leczkében. Hygienét és bakteriológiát 5 előadásban. A gyakorlati ápolásról, demonstratiókkal, egy éven át hetenként egy-egy előadást hallgatnak. Itt megtanulják a kórtermek vagy betegszobák berendezését és kezelését; az ágyaknak elkészítését mindenféle speciális eseteknek megfelelőleg; a betegek kórészlelését; a különböző fürdőket és hydrotherapiái eljárásokat, bepakkolásokat, a jég különféle alkalmazását; beöntések, öblítések, hólyagmosások, csapolások végzését; külső gyógyszerek alkalmazását stb. Mindezt az első évben sajátítják el. A második évben nyerik a speciális kiképzést. Így 20 leczkében megtanítják az ápolókat, hogyan kell elbánni a különböző fajtájú lázas betegekkel; az emésztő tractus, a lélekző szervek mindenféle megbetegedéseiben szenvedőkkel; hirtelen rosszullettekkel (mint: ájulás, apoplexia, convulsiók, haemorrhagiák, hóguta), elmebetegekkel, alkoholistákkal és végül szem- és fülbetegekkel. Külön 15 leczkében képezik ki a növendékeket a sebészeti ápolásra, megismertetve velök: az asepsist, antisepsist, a műtőterem berendezését és előkészítését, az anaesthesiát, a különböző sebeket, sérüléseket és ezek kezelését; az eszközök, apparatusok és kötözőszerek használatát stb. Továbbá 4 leczkében megtanulják a vizeletvizsgálatot. Végül csak férfiak számára tartanak 5 előadást a húgy-ivarszervi bántalmakban való ápolásról, ismertetve a speciális anatómiát és physiologiát, a kathetereket, bougiek, szondák használatát s a speciális műtétekhez való előkészítést. Csak nők számára tartanak 20 előadást a szülészettől és 4 előadást a nőorvostanból. Megtanulják itt a nemzőszervek és a medence anatómiáját és physiologiáját, a terhesség jeleit, a foetus fejlődését, a terhesség hygienéjét, a szüléshez való előkészületet (szoba, ágy), a szülést és annak vezetését, az operáltak, a gyermekágyasok és a magzatok ápolását, táplálását, a gyermekágyi megbetegedéseket és ezek kezelését; a mesterséges táplálást és a koraszülöttek ápolását, a nőorvostani betegek előkészítését vizsgálatokhoz, kezelésekhöz és műtétekhez, a különböző műtéteket és az ezek után való ápolást. Mind e tanulmányokat az ápolók részben a kórtermekben végzik már kiképzett és gyakorlott főápolók vezetése alatt, részben pedig 5 orvos szolgáltatja instructiók, gyakorlati demonstratiók és előadások útján. Bármily alapos és széles körű azonban a növendékek e kiképzése, a felvételtől mindig külön hangsúlyozzák, hogy ez iskolák cursusai nem tekinthetők orvosi gyakorlatra képesítő tanulmányoknak.

Most pedig térjünk vissza ismét magukhoz a kórházakhoz.

A *Bellevue Hospital*-ben, mint fentebb említém, összesen 939 ágy van; 4 osztály a belbetegek és 4 osztály a sebészeti betegek számára; külön pavilonban vannak az alkoholisták, külön az erysipelasbetegek, külön az elmebetegek, és az *Emergency lying-in hospital*-ben a szülészeti osztály. Összesen 23,780 beteget ápoltak az 1902. évben, beleértve 192 szülést. Az ápolási költség fejenként 1 dollár 69 centet tett ki. Minden osztálynak van több, különböző rangú főorvosa. Hogy fogalmat alkothassunk magunknak e szervezet különleges voltáról, felsorolom itt őket számbelileg, megtartva speciális angol elnevezésüket. Egy President, egy Vice-President és egy Secretary vezetése alatt, van: 8 Consulting Physician, 5 Consulting Surgeon, 1 Consulting Ophthalmologist; 14 Visiting Physician, 12 Visiting Surgeon, 3 Visiting Gynaecologist, 3 Visiting Genito-Urinary-Surgeon; 4 Assistant Visiting Physician, 4 Assistant Visiting Surgeon, 3 Assistant Visiting Gynecologist és 3 Assistant Visiting Genito-Urinary Surgeon. Ezek együttevén alkotják a Medical Board-ot. A kórházban bentlakó orvosok pedig a House Staff, osztályonként 4—6 orvos (az osztály nagysága szerint), a kik félvényként avanciroznak az Externe, Sub Junior, Junior, Senior Assistant, House Physician, illetőleg House Surgeon, vagy House Gynecologist és Ambulance Surgeon elnevezésű rangfokozatokon át. A kórház-bizottság, a Board of Trustees of Bellevue and Allied Hospitals, választja a rendes, gyakorlatot folytató belorvosok közül a Visiting Physician-eket, s a sebészek közül a Visiting Surgeon-eket. A kik legkevesebb 10 évig szolgáltak mint a Visiting Staff tagjai, ezekből választják a Consulting Physician-eket és Consulting Surgeon-eket. A bizottság osztja be a Visiting Staffot a különböző osztályokra. Minden egyes osztály Visiting

Staffja vizsgálja meg a House Staffba pályázók qualificatióját s e vizsgálatok alapján ajánlja ezeket a Medical Boardnak, melynek felülvizsgálása után a kórház-bizottság eszközli a kinevezéseket. A Medical Board ajánlatára a Board of Trustees nevezi ki a különböző Assistant Visiting orvosokat is, egy-egy évi időtartamra. A Consulting Staff minden egyes tagja ajánlhat felvételre betegeket, a kik az ő saját betegeként szerepelnek, de egyugyanazon időben háromnál több beteg nem lehet az osztályon. A Visiting Staff egyes tagjai meghatározott időtartamú szolgálatba vannak beosztva, a mikor a hozzájuk utalt összes kórházi betegeket kezelik; s mindegyiküknek lehet szintén 3 saját betege is. A Visiting Staff adja az utasításokat és ellenőrzi a House Staff működését. Az Assistant Visiting Staff tagjai segédkeznek és szükség esetén helyettesítik a szolgálatban levő Visiting Staff tagjait. Vannak még Adjunct Assistant Visiting Physician-ek, Surgeon-ök és Gynecologist-ok is, a kik az Assistant Visiting Staff helyettesítésén kívül az Out-Patient Department of Bellevue Hospital szolgálatát látják el; ez poliklinikaszerű intézménye a kórháznak, melynek útján saját otthonukban kezelik díjtalanul a szegény betegeket. Az 1902. évben összesen 135,561 látogatást tettek. A House Staff tagjait New-York városának Medical College-eiben orvosi diplomát nyert orvosok közül a Board of Trustees nevezi ki két évi időtartamra. Ez idő alatt az ismert kórházi szolgálatot végzik mint al- és segédorvosok, meg gyakornokok. Amaz osztály szerint, a melyre be vannak osztva, turnus szerint váltakozva, másfél hónapot kell szolgálniuk a sebészeti osztályról az erysipelas-pavilonban, a belbetegosztályról pedig a szülészeten; ez idő alatt természetesen másnemű orvosi ténykedést nem szabad végezniök; a belbetegosztályról még az alkoholisták és a tuberculosisosak kórterméin is kell egy-egy másfél hónapot tölteniök. Hat hónapi szolgálat után a House Staff minden egyes tagjának két-két heti rendes szabadság jár ki, minden hat hónapban. A kórházon kívül semmi más szolgálatot sem szabad végezniök s magánygyakorlatot sem folytathatnak. Nőorvostani vizsgálatot csak ápolónő jelenlétében szabad végezniök s a sebészeti osztályra csak az oda beosztott szolgálattevőnek szabad bejárni. Hat hónapi szolgálat után a Junior Assistant-eket beosztják 6—6 hónapra, hetenként váltakozva, az ambulance szolgálatba, a kórház kerületében előforduló baleseteknél az első segély nyújtására s az illető beteg elszállítására; eszméletlen beteget, mell- vagy hasúri sérültet és részeket a kórházba kell szállítani; tüzesetekhez és a rendőrség hívására is ki kell vonulniök. Az Assistant-ek hetenként váltakozva végeznek szolgálatot a felvételi irodában és az Accident Room-ban; ez utóbbiban első segélyt nyújtanak maguk lábán bejövő sérülteknek; további kezelésre ezeket az Out-Patient Department-ba utasítják. A betegek felvétele a 4—4 osztályra 6—6 óránként váltakozó turnusokban történik.

Gouverneur Hospital, a város déli csücske előtt fekvő kis szigeten, a Gouverneur Islandon, az egyetlen tűzbiztos kórház, 1901 januárban nyílt meg, 100 ágygyal. Egy főépületből áll az administrációs helyiségek számára, és két oldalszárny van tervezve a kórtermek számára, de most még csak az egyik szárny van felépítve, 4 kórteremmel. Ebben sines elegendő hely. A férfiapolók egy öreg, rozoga bérházban laknak a kórház mellett; ebben van az ambulance számára az istálló is. Az ápolónők a régi kórház-épületben laknak. E régi kórházban rendeztek be egy Dispensaryt trachomásokról részére, minthogy a nyilvános iskolákból százával zárták ki a trachomás gyermekeket. Más kórházakban nem kezelnek trachomát s a privát Dispensary-k nem bírták ellátni az összes betegeket. A Dispensary megnyitása után, 1902 december 16.-ától 31.-éig, 2388 esetet kezeltek itt, s 127 műtétet végeztek. Az egész kórház Medical Board-ja 15 főorvusból áll, a House Staff pedig 8 orvusból. 1902-ben összesen 3050 beteget ápoltak itt, beleértve 5 szülést is. Az ápolási költség fejenként 1 dollár 94 centet tett ki.

Harlem Hospital a város északi végében, a Harlem kerületben. Ez egy öreg, háromemeletes, fából épült lakóház, mely már több év óta kórházzal szolgál, de semmiképen sem volt ennek megfelelőleg adaptálva. Mikor a Board of Trustees átvette kezelésébe, oly rozoga állapotban volt, hogy a tető átesurgott, a vakolat a kórtermekben hullott s többször megsérültek az ott fekvő betegek. Az egyik kórterem melegítő konyhájában állott az összes betegek egyetlen fürdőkádja is. Épen így volt elhelyezve a női belbetegek egyik termében a closet is; a másik kórteremben

a closet nyíltan állott az ágyak között, a betegek szemei előtt. A szülészeti eseteket a női betegek túlsúlyos termében látták el, körülvéve a legkülönbözőbb betegségekből szenvedőktől. Mind e bajokon igyekezett segíteni most a kórházbizottság, az összes lehető átalakításokat és javításokat eszközölve; és hozzáfogtak egy szép, nagy és modern új kórház építéséhez, a Lenox Avenue keleti oldalán, a 136. és 137. számú utca között. A Medical Board itt 20 főorvosból áll, a House Staff pedig négy orvosból. Az ápolott betegek száma 1902-ben 2374 volt, beleértve 71 szülést is. Az ápolási költség fejenként 2 dollár 63 centet tett ki.

Fordham Hospital szintén a kerülettől, melyben fekszik, kapta nevét; északkeletre van az előbbtől. Szerencsétlen már az elhelyezése is, mert az óriás terjedelmű kerület északnyugati szélén van, messze a centrumától. Két, fából épült bérházban van elhelyezve. A kórház niveauja 15—20 lábbal van magasabban, mint a környező utcák niveauja; ezek pedig rosszul kövezettek, kátyúsak, télvíz idején majdnem járhatatlanok; így az ambulance (melynek betegeit sokszor három mérföld távolságról hozzák) s a kórházi szükségleteket szállító kocsikat a lovak alig bírják felvonszolni a meredek úton a kórház udvarába. E kórházban négy kórterem van, mindegyikben 11—11 ágy; három terem a férfibetegek számára van s az egyetlen női kórteremben vannak a bel- és a sebészeti betegek, meg a szülészeti esetek is. A forgalom e kerület egyetlen nyilvános kórházában oly nagy, hogy sokszor súlyos betegeket helyhiány miatt az öt mérföldnyire levő Harlem Hospitalba kell átszállítani s talán másnap, ha ez a kórház is tele van, a mint az sokszor előfordul, az ettől öt mérföldnyire levő Bellevue Hospitalba kell őket átszállítani, vagy az East Riveren átevezve, a Blackwell's Islandon (szigeten) levő intézetek valamelyikébe (Metropolitan Hospital, Charity Hospital stb.). E kórházban sok a beteg gyermek is; de nincs külön kórtermük, hanem a férfiak meg nők termeiben helyezik el őket, sokszor kettőt is egy ágyban. A mosókonyha oly kicsi, hogy csak az orvosok és ápolók számára moshatnak benne, a betegek holmiját a Bellevue Hospitalba kell küldeni. S mind e kétséges előnyökért a város 5100 dollárnyi bért fizet évenként s ennek tetejébe még több ezer dollárt javításokért. Ennek helyébe is új kórházat terveztek már, melynek felépítésére a törvényhozás 500,000 dollárt engedélyezett. A Medical Board áll 12 főorvosból, a House Staff pedig négy orvosból. Az ápolott betegek száma 1902-ben 1150 volt, beleértve 5 szülést is. Az ápolási költség fejenként 2 dollár 24 centet tett ki.

Nádory Béla dr.

(Vége következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Müller Kálmán: A budapesti két új kórház. Budapest székesfőváros háziyomdája, 1908.

A székesfővárosi balparti kórházak igazgatója, a kinek oly nagy érdemei vannak a fővárosi kórházügy fejlődése körül, 51 nagy oldalra terjedő elaboratumban foglalkozik a már oly régóta vajdó székesfővárosi kórházépítési programmal.

Már 32 évvel ezelőtt kimondotta a főváros törvényhatósági bizottságának közgyűlése, hogy a szt. Rókus-kórház hygienés tekintetben rossz, hosszabb ideig nem tartható már fenn. Lebontásának szükségességét ezenkívül városrendezési és más szempontokból azóta is már ismételtelen sürgették, míg végül a mult esztendőben a tanács újból napirendre tűzte a helyette építendő kórház ügyét, még pedig arra az álláspontra helyezkedve, hogy a külső Kerepesi-úton építendő új nagy kórházon kívül a sürgős ellátást igénylő betegek részére a város belsejében is létesítendő egy központi (gyűjtő) kórház.

Ezen az alapon szerkesztette meg Müller tanár az építés programját, még pedig böles előrelátással a jövőbeli szükséglet mértéke szerint. Ennek megfelelően a központi kórházat körülbelül 300, az új kórházat pedig 2000 beteg számára tervezi (jelenleg a Rókus-kórházban és fiókjaiban összesen 1166 ágy van), noha már tekintettel van arra, hogy a tüdővész és a gyógyíthatatlan betegeknek külön elhelyezéséről gondoskodva lesz, a mivel a tulajdon-

képeni kórházi betegeknek a száma csökkenni fog. (A gyógyíthatatlan betegek elhelyezésére egyelőre a Kun-utcai új dologházi épületet tartja legalkalmasabbnak.)

A központi kórház czéljaira az Erzsébet-szegényház volna megfelelően átalakítandó: az itt elhelyezendő felvételi iroda volna hivatva a felvételre jelentkező betegek elhelyezését szabályozni és közvetíteni a többi kórházban is. A 2000 beteg befogadására szolgáló új kórház az úgynevezett borda- vagy felpavillon-rendszerben volna építendő, oly módon, hogy a terület homlokzatára állítandó felvételi épület és az udvart berekesztő úgynevezett főépület két nyitott folyosó által összekötve alkotja azt a testvázat, a melynek oldalából (az összekötő folyosóból) derékszög alatt indulnak ki az egyes pavillonok. A szigorú pavillon-rendszernek ugyan nagy egészségügyi előnyei vannak, ezeket azonban jelentékenyen devalválják azok a nehézségek, a melyeket ez a rendszer egy nagy, 300-nál több beteg befogadására tervezett kórház belszolgáltatában okoz, főleg olyan klimás viszonyok között, mint a mienk. A leírásban a legapróbb részletekre kiterjeszkedve megtalálunk mindent, a mi egy modern kórház fogalmával kapcsolatos. Az igazán mintaszerű tervezet részleteire azonban nem terjeszkedhetünk ki ezúttal, s csak azt akarjuk kiemelni, hogy tekintettel arra, hogy minden kórházban az orvosi működésnek színvonalát csak abban a mértékben lehet biztosítani, a mennyiben a tudományos működést is lehetővé tesszük: a szükséges betegbemutatásra, a közkórházi orvostársulat üléseire stb. kellő mellékhelyiségekkel bíró nagy előadó termet is felvesz a tervezet.

A tervezet valóra válása esetén fővárosunk mindenesetre mintaintézménnyel gyarapszik, mely időtlen időig fogja hirdetni tervezőjének nemesak rendkívüli tudását, hanem nagy emberszeretetét is, a melynek megnyilatkozását látjuk többek között a dolgozata végén található következő szavakban is: „Előre tudom, hogy . . . programomban nagyon sokat feleslegesnek, sőt fénytűzőnek fognak találni, mert még ma is az a felfogásuk, hogy a kórházi betegnek minden jó, mert hiszen az *szegény* ember; mi pedig azt valljuk, hogy ennek ugyanazt kell nyújtani, mint a gazdagnak, mert *beteg* ember.”

Y.

Lapszemle.

Belorvostan.

A pankreas bántalmazottságának új jele gyanánt ismertette Lövi körülbelül egy évvel ezelőtt az adrenalinnak szembe cseppentése után beálló pupillatágulást. A római egyetem belklinikáján *Gandola Quadrio* 25 egyénen kísérletezett ezen módszerrel; 20 egyénen az adrenalin-oldatnak becseppentése után nem állott be mydriasis; ezen egyének egyikén sem volt fellelhető a pankreas megbetegedésének legesekélyebb jele sem. 5 egyénen pozitív volt a reactio, vagyis a becseppentés után néhány percczel kitágult a pupilla; ezen egyének közül 2 diabetesben, 2 pedig pankreas-daganatban szenvedett és csak 1-ben hiányzott a pankreas megbetegedésének minden egyéb tünete. Eredményei alapján tehát azt ajánlja a szerző, hogy az eljárással, mint a mely eredménnyel kecsegtet, nagy anyagon még behatóbban foglalkozzanak, a mi már csak azért sem ütközik nehézségbe, mert az eljárás nagyon egyszerű és semmiféle kellemetlenséggel sem jár. (Policlinico, 1908 július 26.)

Typhus exanthematicus négy esete fordult elő a tavasszal Göttingenben. Kellő intézkedésekkel sikerült a bajnak továbbharapódzását megakadályozni. A mint *Port* írja, mind a négy eset gyógyulással végződött. Ezen kedvező eredményt jórészt annak tudja be, hogy Curschmann ajánlatának megfelelően lehetőleg sokat tartották friss levegőn a betegeket; a tágas betegszobában éjjelnappal tárva voltak az ablakok, e mellett azonban — tekintettel a hideg időjárásra — fűtöttek is. A friss levegő hatására a sensorium javult, delirium nem mutatkozott, úgy hogy fürdőkre és lázellenes gyógyszerekre nem szorultak. A mérsékelt keringészavarokat a szokásos módon kezelték, a diatétát a magas lázhoz szabták, de korántsem oly szigorúsággal, mint typhus abdominalis eseteiben. A friss levegő különben mint prophylacticum is igen fontos; jórészt ennek tulajdonítható, hogy az orvos- és ápolószemélyzet között megbetegedés nem fordult elő. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1908. 41. szám.)

Meningococcus-sepsis ír le *G. Liebermeister*, kinek sikerült a vérből négy ízben kitenyészteni meningococcusokat, bár a beteg semminemű meningitistünet észlelhető nem volt s meg is gyógyult. Az anamnesisben csak az van, hogy a beteg fájlalja és merevnek érzi vállait, igen bágyadt. Sensoriuma nem egészen tiszta és súlyos állapota mellett is euphoriás. Herpes nincs, a nyelv száraz, bevont. A jobb tüdőcsúcs felett a kilégzés kissé hangos és megnyúlt; a jobb alsó lebeny felett hátul szöresülés. A szív ép, a pulsus 100. A has bőrén roseolaszerű foltok, a lép nem tapintható. Az agyidegek épek, a pupillák jól reagálnak, a reflexek élénkek. Passiv mozgáskor a váll-, könyök- és térdizületek erősen feszesek. A vállizület tája nem duzzadt, de nyomásra fájdalmas. A izületben fehérje nyomokban. A láz remittáló típusú, max. 40·2°. A betegség folyamán két napig roseolaszerű exanthema is volt észlelhető a törzsön és a felső végtagokon. Az 5. vérvételkor a beteg még lázas volt, de meningococcusok már nem tenyésztettek ki a vérből. A 6. vérvétel már a láztalan állapotban történt, ekkor se tenyésztettek ki többé meningococcusok. A két ízben történt lumbal punctio alkalmával steril és tiszta cerebrospinalis folyadék ürült. Liebermeister azt a következtetést vonja le az esetből, hogy nem valószínű, hogy a betegnek meningitise is volt, noha az általános tünetek, miket meningitis mellett észlelni szoktunk, ez esetben is megvoltak. Hektikus láz, izületi fájdalom, izomfeszültség, euphoria, lesóványodás, roseolás exanthema és tüdőhypostasis voltak a fő tünetek; mindezek a tünetek igazi mening. epid. kapcsán is elő szoktak fordulni. Az irodalomban csak még egy eset van közölve, melyet meningococcus-sepsisnek lehet tartani. (Münch. med. Wochenschrift, 1908. 38. szám.) Szinyei dr.

Idegkórtan.

A baleset szerepe az idegrendszer bajainak létrehozásában nagyon fontos a balesetbiztosító törvény miatt. *Kurt Mendel* erről a kérdéssel számos fejezetből álló cikksorozatot közölt, a mely csaknem minden idegbajra kiterjeszkedik részben saját tapasztalatok, részben az irodalom bő ismertetése alapján. Az eredeti cikkek figyelmébe ajánljuk azoknak, a kik hivatva vannak ilyen esetekben mint szakértők a törvényszék előtt véleményt mondani. Itt csak az összefoglaló fejezetből ismertetünk néhány közérdekű és általánosan tájékoztató adatot.

A baleset és idegbaj összefüggésében nagy a bizonytalanság. Mindenhol kísért az okok között a homályos öröklött hajlandóság, a melynél sokkal tisztább a szerzett (lues-tabes). Majdnem soha sem mondhatjuk azt, hogy adott esetben a baleset, a trauma volt a keletkezett baj egyedüli oka. Sok bajnak még olyan ismeretlen a magva, hogy a kórok kibontásához más semmi alap sincs. Hogy valamely baj a traumával összefüggésbe legyen hozható, ahhoz több körülmény ismerete szükséges. Tudnunk kell, hogy a sérült a balesetig teljesen egészséges volt és különösen, hogy a később fejlődött betegségnek megelőzőleg nem volt nyoma. Arra is kell ügyelni, hogy maga a baleset nem következtetése-e valami már meglevő, de még fel nem tűnt bajnak. A traumán kívül más kórokozó mozzanatnak nem szabad kimutathatónak lennie. A baleset és betegség időbeliségét meg kell figyelni. A kettő között bizonyos, nem hosszú időnek kell lennie. A baj a trauma után rögtön nem lehet teljesen kifejtett. Ha arról van szó, hogy a baleset nem okozott betegséget, hanem a már meglevőt rosszabbította, meg kell gondolnunk, hogy a nélkül nem romlott volna-e szintén a beteg állapota. A baleset nem lehet csekélyesség. Az idegrendszer szervi megbetegedésével csak a fejet vagy gerincoszlopot ért trauma függhet össze. Tudományos szempontból nehezebb a dolog, mint a gyakorlatban. A német birodalmi biztosító hivatal kárpótlást ítél meg akkor is, ha a baleset más okok mellett csak egyik oka a bekövetkezett bajnak és később azt is kimondta, hogy valamely baj rosszabbodását okozó trauma miatt is jár kártérítés. Így gyakorlati szempontból nem fontos annak a tudása, hogy a betegség latens módon jelen volt a trauma előtt, mert a kiváltó okként szereplő trauma is kártérítést tesz szükségessé.

A trauma hatásáról *K. Mendel* a következőket írja.

1. Minden trauma, de különösen a mely a koponyát vagy a gerincoszlopot éri, vagy a mely hosszas ágybanfekvéssel, a jövőért való aggodalommal jár, képes egy már meglevő idegbajt súlyosbítani, lefolyását gyorsítani és a megállapodott baj újból való

kitörését létrehozni. Ez úgy is létrejöhet, hogy valami direct sérülés támad (vérzés), vagy úgy, hogy az egész szervezet, esetleg a sérült rész gyengül és kisebb ellenállást fejt ki a betegség ellen. 2. A trauma ott, a hol a szervezetet éri, kisebb ellentállást helyet készít elő, a melyen könnyebben akad meg valamely baj. Így például a koponyát érő ütés után az agyvelő locus minoris resistentiae lesz, a melyben a lues könnyebben támaszt dementia paralyticát, vagy a melyben könnyebben jön létre agytályog vagy tuberculosos agyhártyagyulladás. Áll ez az epilepsiára és a gerincoszlop megütésekor a tabesra is. 3. Olyan szervezeten, a melyben valami világhozott vagy szerzett dispositio van valamely bajra, a trauma azt a bajt ki tudja váltani. 4. A dementia paralytica, agydaganat, tabes, sokfoltú keményedés, izomdystrophia, paralysis agitans, Basedow-kór, akromegalia sohasem támadhat ugyan az emberen trauma következtében, de ezeket a bajokat trauma hozhatja napvilágra (kiváltó ok). Polyneuritis és agytályog egyenes következtetése lehet a traumának, a mennyiben ez infectióval járt. Az apoplexiáról, meningitistől, myelitistől, epilepsiáról felvehető, hogy trauma következtében olyan emberen is támadhat, a kinek erre hajlama nincs. Ezek a bajok tehát tisztán traumás eredetűek is lehetnek. A baleset például az érfal sérülését okozhatja, a vérnyomást fokozhatja és így apoplexia okozója lehet. Agyalapi törés, meningeális vérzés meningitist okozhat. (Monatshefte f. Psych. u. Neurol., 1908. XXIII. köt. 6. f.) Kollarits Jenő dr.

Az írógöres kezelése czéljából *H. Meige* (Páris) formulát állít fel, a mely arra vonatkozik, hogy miképen írjon az, a ki ebben a bajban szenved. Öt szóban foglalható össze Meige tanácsa. Az írás legyen: 1. *kevés*, 2. *lassú*, 3. *kerek*, 4. *nagy* és 5. *egyes*. 1. A betegség gyógyítását rendszeresen azzal kezdjük, hogy a beteget egészen eltöltjük az írástól legalább egy hónapra, de esetleg hosszabb időre is. De azután se írjon az ilyen beteg hosszú ideig egyfolytában. 2. A gyors írás elősegíti a göres létrejöttét, különösen ha az illetőnek az a feladata, hogy minél gyorsabban írjon le valamit. A beteg ne vállalkozzék ilyen feladatra. 3. A gömbölyű betűkkel való írás azért is ajánlatos, mert lassabb és az igénybevett izmok is inkább váltakoznak. Így elkerüljük hosszú időn át egy izomcsoport dolgoztatását, a mely azonos mozgás gyors ismétlése következtében fárasztó. Ezt fontos tudni, mert a beteg maga nem jön reá és épen azt látjuk, hogy az írógöresben szenvedők általában szögletes betűket írnak. 4. A nagy betűk vetése azért jó, mert szintén lassítja az írást és az egymást követő összehúzó és elernyesztés gyakoriságát csökkenti. 5. Az egyenesen álló betű vetése sokkal kevésbé fárasztó. Az írógöres rendszeren nem egy cselekedetre szorul. Erre tanulságos példa az a beteg, a ki először jobb, azután bal kezében érezte ezt a bajt, azután zongorázógöresöt kapott mindkét kezében. Az előadáshoz *Vallon* (Páris) megjegyzi, hogy már régen feltűnt neki, hogy az írások általában nagy, gömbölyű és egyenesen álló betűket használnak. Kérdezve ennek okát, azt a feleletet kapta tőlük, hogy ez kevésbé fárasztó. (L'encephale, 1908. szeptember.)

Kollarits Jenő dr.

Sebészet.

Az appendixesonk ellátásáról ír *M. Willis*. Az American Surgical Association tagjait megkérdezve 105 választ kapott, melyekből kiderül, hogy 1. 48 műtő zúzza és leköti a csonkot, 29 leköti zúzás nélkül, 13 zúzza és nem köti le, 7 vagy zúzza, vagy leköti, 4 se nem zúzza, se nem köti le;

2. csak 11 műtő használ cautert az appendix szétválasztására, a többi kést vagy ollót;

3. a csonk chemiai desinfectióját sokan gyakorolják; 38 carbolsavat, 15 carbolsavat és alkoholt használ állandóan a csonk desinfectiójára, 10 használ carbolsavat a desinfectióra egyszer-más-szor, de nem rendszeresen; 4-en cauterrel érintik a csonkot, 10 másféle módon desinfectiál, 28 nem desinfectiálja a csonkot;

4. a csonk elsüllyesztését 77 állandóan gyakorolja, 66 a lekötött, 11 a lekötetlen csonkot invaginálja a coecum falába; 11 rendszerint elsüllyeszt a csonkot, csak drainált esetekben nem teszi ezt; 3-nak nincs megállapodott methodusa, 2 nem hagy csonkot, 11 sohasem süllyeszt el a csonkot;

5. arra a kérdésre, hogy melyik esetben nagyobb a fájdalom,

ha az appendixonk el van sülyesztve, vagy ha nincs elsülyesztve, 103-an feleltek; 78 nem talált különbséget, 20-nak csak egyféle eljárásról van tapasztalata, 3 szerint a fájdalom nagyobb, ha a csonk el van sülyesztve, 2 szerint pedig éppen ellenkezőleg akkor nagyobb, ha a csonk nem sülyesztetett el a coecumba;

6. a csonksülyesztés elhagyásának káros következményét 23 sebész észlelte; a legfőbbek: bélsárfistula, peritonitis, genyedés, a ligatura lecsúszása folytán adhaesiók és későbbi ileus; a lekötetlen csonk betűrésétől a coecumba 10 sebész látott belső vérzést, többször oly súlyosat, hogy a hasat újra ki kellett nyitni s a beteg pulsus nélkül volt.

Az appendix csonkját tehát mindenképen el kell sülyeszteni a coecumba, ha csak valamiképen lehetséges. (Annals of surgery, 1908 július.) Pólya.

A húgyhólyagdaganatok transperitoneális eltávolításáról ír Charles Mayo (Rochester). A közönséges extraperitoneális suprapubikus műtéttel nincs megelégedve nagyobb daganat esetében; azért megnyitja a peritoneumot, a hólyagot a belektől izolálva előhúzza, megnyitja és a daganatot paquelinnal kiégeti, vagy pedig ha szükséges, a hólyagfal egyes nagyobb részeit is kiirtja; ha az ureternyílást ki kell irtani, az uretert a hólyag felett átvágja, a peritoneum egy kicsiny nyílásán át a hasüregbe hozza s a hólyag megmaradt részébe implantálja. A hólyag elvarrására áttört Connell-varratot (matraczvarrat) alkalmaz catguttal s e fölé egy sor peritoneális Cushing-varratot tesz selyem- vagy lenfonallal. Öt nagy hólyagpapilloma esetében kísérlette meg ezt az eljárást (3 rák, 2 jóindulatú) teljes sikerrel. (Annals of surgery, 1908 július.) Pólya.

Epehólyag-gangraena gyógyult esetéről ír Andrew Stewart Lobingier. Az esetben nevezetes, hogy az epehólyag falában gázbuborékok voltak és üregét is gáz töltötte ki. Bakteriológiai vizsgálat nem történt. Az állapotot beékelt solitaer cysticuskó idézte elő. (Annals of surgery, 1908 július.) Pólya.

Gyermekorvostan.

A peribronchiális és mediastinális mirigyek túltengésének diagnosztikájában fontos támpont az érzékenység, mely a II.—VII. hátesigolyának megfelelőleg a gerincoszlop jobb vagy bal oldalára, sőt a pr. spinosusokra gyakorolt nyomásra is jelentkezik. Jelentékeny szolgálatokat tesz a Röntgen-eljárás főleg már elsajtosodott vagy elmeszesedett mirigyek jelenlétekor. Végül pedig felhasználhatók a gerincoszlopon (Korányi), valamint annak jobb és bal oldalán megváltozott kopogtatási viszonyok. Nagel szerint azon tompulatot, mely rendes viszonyok között az I.—IV. hátesigolyának megfelelőleg nyerhető, a mediastinális kötőszövet és a tüdőnek e helyen kevésbé tágu-lékony volta okozza. Az V.—X. hátesigolyának meg felelően teljes éles, nem dobos kopogtatási hang nyerhető normális viszonyok közt, mert a tüdő majdnem közvetlenül a gerincoszlop előtt fekszik (az aorta és az oesophagus nem ad tompulatot). A X. hátesigolyától az V. ágyékesigolyáig tompa a kopogtatás hangja, a mi részben a m. psoasoknak és a veséknek tulajdonítható. Az V. ágyékesigolyától lefelé dobos a kopogtatási hang.

Az V.—X. hátesigolya közti teljes éles, nem dobos kopogtatás-hangot túltengett peribronchiális mirigyek, bárzsingrákok, mediastinumsarcomák stb. tompává vagy tompulttá módosíthatják. A szerző 50 lymphatikus gyermekén végzett vizsgálataival alkalmával 16 esetben talált tompulatot az V. hátesigolya alatt. Ezen átlagosan az 5.—11. életévben levő gyermekek a serophulás habitus típusos képét nyújtották gümőkóros terheltség mellett étvágytalansággal, sápadtsággal, duzzadt nyakmirigyekkel, száraz köhögéssel és esti hőemelkedésekkel. A szerzőnek sikerült Röntgen-vizsgálattal is meg-erősíteni a peribronchiális mirigyek túltengésének diagnosztikát.

A szerző végül beszámol ez irányban hullákon végzett kísérleteiről; 15 cm³ viaszt fecskendezett a jugulumon keresztül a gerincoszlop elé és így sikerült az V.—VI. pr. spinosusnak megfelelőleg tompulatot kapnia.

A gerincoszlop-kopogtatás kapcsolatban a többi vizsgáló módszerrel (auscultatio, palpato, inspectio és Röntgen-eljárás) nagy jelentőségű a túltengett peribronchiális mirigyek diagnosztikájának meg-állapításában. (Jahrbuch für Kinderheilkunde, 18. kötet, 1. füzet.) Péteri dr.

Anyatej és gümőkór. Biehler annak kiderítésére, vajjon a csecsemők gümőkórjának eredete nem a gümőkóros anya tejében keresendő-e, gümőkóros szoptató anyáknak steril módon vett tejével tengerimalaczkokat oltott be. Összesen 6 bakteriologice positiv esetben oltotta be az anyatejet a tengerimalaczkok peritoneumába. Az állatok az oltás ellenére továbbfejlődtek és a 6 hét elteltével megejtett bonczoláskor épnek, gümőkórtól mentesnek bizonyultak. A szerző kísérleteinek eredménye megegyezik Fuster eredményével. Ennek alapján újabb bizonyítékot nyertünk arra nézve, hogy a csecsemőket a gümőkór veszélye nem a tej, illetve táplálék útján, hanem a köpettel kiürített bacillusok részéről fenyegeti. (Archives de médecine des enfants, 1908 július.) Faludi Géza dr.

Venereás bántalmak.

A nemi betegségek és a házasság czímén közöl tanul-ságos előadást W. Scholtz (Königsberg i. Pr.) A magánygyakorlatban, tehát a magasabb társadalmi körökben a nő aránylag igen ritkán hozza a nemi bajokat a házasságba. Tanulságos erre nézve Fournier-nek syphilis-statistikája. 500 a házasságon belüli syphilis-eset közül 487 izben a férfi és csak 13 esetben a nő volt az, a ki a fertőzést a családba vitte. Hasonló viszonyok találhatók a gonorrhoea körül is. Fournier tapasztalása szerint a feleségüket syphilisesen fertőző férfiek 75%-ban nem várták be a fertőzésük utáni három év elmúlását, a mikor házasságot kötöttek. Az eseteknek 1/5-ében az infectio 3—5 évvel előzte meg a házasságot. Nyilvánvaló ezen összeállításból, hogy a fertőzés veszedelme tulajdonképpen csakis az 5. év után válik kifizetendővé. Fontos továbbá azt is tudni, hogy a syphilissel fertőzött nőre nézve teljesen egyforma jelentőségű, hogy a férjének a syphilises infectioja régen volt-e, avagy csak újabb keletű. A szerző az utódokra ható káros következményeket Fournier adataival bizonyítja. Ezek szerint 500 házasság (a melyben vagy az apa, vagy az anya, vagy mindkét szülő lueses volt) 1127 terhességet produkált. Az 1127 terhességi állapot 600 izben szerencsésen végződött; 527 terhességben (46%-ban) azonban a syphilis hatása nyilvánvalóvá lett és pedig: 230 esetben abortus, 245 esetben halott vagy gyorsan elpusztuló magzat, 38 esetben életben maradó lueses gyermek s végül 14 esetben a gyermekek hydrocephalust, idiotismust, szóval degenerációs jeleket mutattak. De ez a statistika nem is mondható rossznak, ha Le Pileur és Coffin kimutatásaival hasonlítjuk össze, mert ezekben a luesnek az utódokra kiható káros befolyása 90%-ot ér el. A szerző ezért nagy figyelmet és körültekintést ajánl a házassági consensus megadásakor. Átlag 5 évvel az infectio után megengedhető a férfinak a nősülés, de nem mindig. Mert ha csak nemrégiben voltak recidivái, vagy gyakori balanoposthitisekben, herpeszben szenved, a tilalom még továbbra fentartandó. A gonorrhoeára vonatkozólag a házassági engedély kérdése nem oly nehéz. Itt a döntő a bakteriológiai lelet. Ha az orvos többszöri vizsgálata alkalmával sem talál gonococcusokat, a házassági engedély a szerző véleménye szerint megadható. Úgynevezett kankós szálak és fonalak még sokáig, néha évekig lehetnek a vizeletben, de az esetek legnagyobb számában (90%-ban) ez csak idült hurutos, nem kankós folyamatok eredménye. Scholtz e kérdésben teljesen Neisser álláspontját követi. A házassági engedély megadását a klinikai tünetektől függővé tenni, a mint azt Kromayer ajánlja, nem megbízható eljárás. A szerző továbbá erősen hangsúlyozza, hogy azon nő, a ki gonorrhoeára gyanús tüneteket (cervikális hurut, adnexmegbetegedés) mutat és a kinek férje postgonorrhoeás, gonococcus nélküli urethritisben szenved, még nem tekinthető okvetlenül gonorrhoeásnak. Fölveti továbbá a kérdést, vajjon nem vihető-e át a férfiak gonococcusmentes postgonorrhoeás hurutja a nőkre, más szóval: a nem kankós urethritisével fertőzheti-e a férfi a nejt? Tekintve, hogy ily urethritisnek váladékában gyakran egy bizonyos bakterium-flóra észlelhető, szerző ezt a lehetőséget nem tartja valószínűtlennek. (Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkologie, 1908. 2. f.)

Guszmán.

Fülörvostan.

A labyrinth-nystagmusról. Urbantschitsch tanár klinikájáról Kyproff „a caloriás nystagmus quantitativ mérése labyrinth-sipoly esetében, a sipolyképződés előtt és után“ czímén tanulmányt

közül. Ennek ismertetése kapcsán ezélszerűnek látszik a nystagmusnak a labyrinthhoz való viszonyát is röviden vázolni.

A mióta *Högyes* tanár kimutatta, hogy a hallóideg vestibuláris ágának (melyet különben ma már a nervus acusticus másik ágától, a nervus cochlearistól teljesen független idegként nervus vestibularisnak neveznek) a labyrinth vestibuláris részében olyan idegvégződéseik vannak, amelyek a fej helyzete szerint a szem mozgását és az egész test egyensúlyban tartását nagy mértékben szabályozzák (Pflüger's Archiv, XXXVI. köt.), azóta ezen tény számos tudós buvázkodásának volt a tárgya. Ezen az alapon, főleg *Bárány* dr. bécsi fülorvos beható vizsgálatai révén, a labyrinth functiovizsgálatának egyik fontos és nélkülözhetetlen módja fejlődött ki.

Ha valamely állatnak, például egy galambnak, az egyik oldalon egy ivjáratát szabaddá téve, azt megérintjük, ezen izgalom következtében a kísérleti állat feje és szemei mozgásba jönnek és pedig, a míg a fej pl. jobb oldalra mozog, addig a szemek bal oldal felé, de mindig az izgatott ivjárat síkjának megfelelő irányba tekintenek. Ezen kényszermozgások úgy állanak elő, hogy az ivjáratok izgatása következtében az ivjáratokat is kitöltő finom folyadék, az endolympha, mozgásba jön; mozgása áttevődik a vestibulum utriculusának a sárga foltjában (macula acustica utriculi) a finom, hajszálnyi sejtnyúlványokon megerősített otolithokra, ezeknek a mozgása pedig a nervus vestibularis idegvégződéseire közvetlen ingerként hat, mely inger az idegpályán a kisagyba jut, onnan áttevődik a fej, a szem izmaira és a test egyensúlyát fenntartó izomcsoportokra. Hogy a fej és a szem mozgásai milyen irányúak az izgatás következtében, az attól függ, hogy az endolympha az ivjáratból az ampullák felé mozog-e avagy megfordítva.

Ugyanezen kísérlet az emberen is ugyanazt az eredményt adja, ha a fül operációjával szabaddá tett ivjáratot izgatjuk. Az emberen kisebb fokú izgatás esetén csak a szemek mozgása áll be, míg nagyobb fokú izgatásra ehhez a fej és a törzs mozgásai is járulnak, továbbá erős szédülés és hányásinger, esetleg hányás is jelentkezik. Minket ez alkalommal főképen a szemmozgások érdekelnének, csupán velük foglalkozunk. Ha az ivjáratra gyakorolt inger hosszabb ideig tart, a szem associált izmai nemcsak egyszer húzódnak össze, hanem elonuos görcsűk áll be, melyet *nystagmus*-nak nevezünk, és pedig megkülönböztetjük a szemgyengeségben (astigmatismus stb.), az abducensparezisben és a kisagybajokban (például sclerosis polyinsularis) előálló nystagmustól: *labyrinth-nystagmus*-nak.

A mondottakból világos, hogy a labyrinth izgatása útján kiváltott nystagmus és egyéb kényszermozgás nem egyéb, mint a kisagyból kiváltott reflex. Reá tehát szintén áll a reflexeknek azon általános törvénye, hogy ha a reflexpálya valahol meg van szakítva, a reflex nem váltható ki. Így tehát ha például a labyrinth elpusztult, vagy a nervus vestibularis folytonosságában megszakadt, vagy elsovadt, a mint ezt némely siketnémán látjuk, nystagmust kiváltani nem lehet.

Az emberen nem is szükséges, hogy az ivjáratok fel legyenek tárva, bizonyos módokon ép fül mellett is juttathatunk olyan ingereket a labyrinthhoz, melyek a nystagmust kiváltják. Így ha a labyrinthot lehűtjük vagy felmelegítjük, előáll a caloriás nystagmus; ha az egész testet gyorsan forgatjuk, előáll a forgási nystagmus; galvánárammal való izgatásra kiválthatjuk a galvan-nystagmust. Az ilyen módokon előidézett nystagmus foka és tartama pedig fontos útmutatást ad a vizsgált labyrinth épségére.

Lássuk a különféle módokat, melyek nystagmust idéznek elő:

1. Ha *spontan* áll elő valamely fülbetegség kapcsán labyrinth-nystagmus, az mindig labyrinth-izgatottságra vall, mely annak komoly megbetegedését szokta megelőzni.

2. A *caloriás nystagmus* kiváltható, ha a hallójáratba a test hőmérsékénél alacsonyabb vagy magasabb hőmérsékű vizet áramoltatunk. Ha ilyen módon felmelegítjük a labyrinthot, az izgatott oldal felé irányított, ha pedig lehűtjük, az ellenkező oldal felé irányított rotatorius nystagmus áll elő. A caloriás nystagmus időtartamát ép és beteg labyrinthra nézve *Kyproff* tanulmány tárgyává tette. Eljárása a következő. Meghatározott hőfokú (30 C°) vizet, mindig egyenlő kis nyomás mellett, irrigatorból vékony nyíláson keresztül (atticus-esővön) áramoltat a hallójáratba. A vízáramlás kezdetének az idejét meghatározza, azután a vizsgálandó egyént az ellenkező oldalt nézve, meghatározza a nystagmus kezdetének az idejét oldalt tekintéskor. Ezen pillanattól kezdve egyenesen előre

nézeti az egyént. Egyenesen tekintés mellett ugyanis később jelentkezik a caloriás nystagmus. A mint így is megjelent a nystagmus, megszünteti a víz áramlását, s így vizsgálja meg a nystagmus tartamát annak a végéig, a mely időpontot szintén megjelöli. Tapasztalatai szerint a nystagmus a 30°-os víznek 10—15"-ig tartó áramlása után kezdődik oldalt tekintéskor, 30—35" múlva egyenes nézéskor, és 2' 50"—3' 20"-ig tart. Ha a labyrinth beteg, a nystagmus tartama jelentékenyen rövidebb.

3. A *forgási nystagmus*. A megvizsgálandó egyént forgó székre ültetjük, és gyors tempóban 10-szer egymásután először balra forgatjuk, ekkor hirtelen megállítjuk a forgószéket. A megállítás után a forgással ellenkező irányú nystagmus jön létre. Ugyanígy járunk el jobbra irányítva a forgatást. A forgási nystagmust *Bárány* úgy méri, hogy először is, kizárandó a tekintetnek egy pontra való rögzítését, mely a nystagmust erősen befolyásolhatja, sőt le is győzheti, nem átlátszó szemüveget tesz a vizsgálandó egyén szeme elé. A forgás megszüntetése után az egyént előre nézeti; a homályos szemüvegen azonban nem látván át, a tekintetnek egy pontra való rögzítése ki van zárva. Most megfigyeli a nystagmust és meghatározza a tartamát. Egészséges labyrinth esetén ezen nystagmus legtöbbször 50"-ig tart. Ha pedig a labyrinth például az egyik oldalon beteg, azon az oldalon a nystagmus legfeljebb 25"-ig tart. Olyan siketnémákon, kiknek a labyrinthje elpusztult, forgási nystagmus nem váltható ki, az ilyen egyének nem is szédülnek, bármilyen erős forgatás után sem.

4. A *galvan-nystagmus* előáll, ha az ivjáratot galvánárammal izgatjuk; és pedig az anodizgatásra ellenkező, a kathodizgatásra ugyanazon oldali nystagmus áll elő. Cocainnal érzéstelenítve az ivjáratot, ezen reflex nem váltható ki, valamint elpusztult vagy beteg labyrinth mellett sem.

5. *Vizsgálat labyrinth-fistulára*. Ha a hallójáratban a levegőt felváltva ritkítjuk vagy sűrítjük, ez, ha a labyrinth csonttokja sértetlen, semmiféle reakciót sem okoz a vestibulum részéről; ha azonban a labyrinth csontos fala hiányos, tehát ha bármilyen kis fistula is van rajta, de maga a vestibuláris készülék ép és működésképes, rotatorius nystagmus áll elő, a mely légritkításkor ugyanazon, légsűrítéskor az ellenkező oldal felé van irányítva.

A véletlen olyan beteget vezetett *Kyproff* elé, a kin a pontosan végzett többszöri vizsgálat ideje alatt labyrinth-fistula keletkezett. Mójában állott tehát a labyrinth-fistula keletkezése előtt és után is pontosan megvizsgálni labyrinth-nystagmusra a beteget. Ezen esetből kifolyólag megállapította *Kyproff*, hogy 1. a fistula keletkezése a vestibuláris apparatus ingerlékenységét nem befolyásolja lényegesen; 2. a caloriás nystagmus kiváltásának az ideje az extralabyrinthumos viszonyoktól, nevezetesen a közegek többé-kevésbé jó hővezető képességétől függ. (Wiener klinische Wochenschrift, 1908. 37. szám.)

Udvarhelyi dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Bromkalium-oldatnak bőr alá fecskendezése. Akárhányszor szükségünk van arra, hogy a bromkaliumot bőr alá fecskendezés útján juttassuk a szervezetbe; így például, ha gyors hatást akarunk elérni, vagy ha a beteg (gyermek vagy elmebajos) nem akar orvosságot bevenni, vagy ha a gyomor illetve bél állapota nem engedi meg a szájon át bevezést. Eddig azonban a bőr alul csak nagyon kis mennyiséget lehetett a szervezetbe vinni, mert a töményebb bromkalium-oldatok nagyon fájdalmas helyi reakciót okoztak. *Rebizzi* szerint azonban ez a kellemetlen helyi reactio elkerülhető, ha a következő oldatot használjuk: Rp. Kali bromati 50:0; Natrii sulfur. 2:0; Acidi carbolic 1:0; Aquae destillatae ad 100:0. Ebből 2 cm³-nek a bőr alá fecskendezését minden kellemetlen következmény nélkül jól tűrik a betegek; ha több bromkaliumot akarunk bejuttatni, egyszerre két helyen fecskendezhetünk be 2—2 cm³-t. A fenti oldatban a carbolsav egyrészt mint érzéstelenítő s az oldatot steril állapotban megtartó szer szerepel, másrészt megakadályozza a fehérvérsejtek kivándorlását s ezzel a beszűrődést. A natriumsulfat pedig megkönnyíti a felszívódást és elősegíti a felszívódott carbolsav kiürülését. (Ref. La semaine médicale, 1908. 38. szám.)

Idült bronchitis eseteiben *Capparelli* tanár (Catania) utasítására *Campanella* nagyon jó eredménnyel használja a légeny-

savgőzők belégzését. Ezek a gőzők ugyanis antispasmusos hatásúak és az elválasztást is csökkentik. Az eljárás nagyon egyszerű: kis üstben vizet forralunk, melybe néhány csepp légenysavat öntöttünk; a gőzőket azután 5—10 percig belégeztetjük. (Ref. La semaine médicale, 1908. 39. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1908. 41. szám. *Góth Lajos*: Műtétek után fellépő, aseptikus-hűdéses ileus physostigminnel kezelt eseteiről. *Weisz Ferencz*: A húgyhólyagból benzinnel eltávolított viaszgyertya.

Orvosok lapja, 1908. 41. szám. *Németh Ödön*: A hysteriások beszámíthatósága.

Budapesti orvosi ujság, 1908. 41. szám. *Ifj. Genersich Antal*: Az arteria colica sinistra eldugulásának élőben diagnosztizált esete.

Vegyes hírek.

Az 1909. évi állami költségvetés. Az 1909. évi állami költségvetés füzetek a napokban elhagyták a sajtót. Az orvosi közönséget érdeklő főbb adatok a következők:

A *vallás- és közoktatásügyi ministerium* költségeloirányzata majdnem 9 millió koronával emelkedik, úgy, hogy a magyar állam 91 és fél milliót fordít e tárca kiadásaira.

A budapesti királyi magyar tudományegyetem rendes kiadásai 167,505 koronával emelkednek, a személyi járandóságokat több segédező javadalmazásán kívül mint új tétel a sebészeti műtétnek számára előirányzott nyilvános rendkívüli tanár fizetése növeli. Fontos kijelentést tartalmaz az indoklás a tandíjjutalékról, a mennyiben kijelenti, hogy az újonnan kinevezendő tanárok többé e javadalmazásban nem fognak részesülni, minthogy a Széll-féle javaslat kedvezményeinek végrehajtása a tandíjjövedelem megszüntetését vonja maga után.

A dologi kiadások között új tételként szerepel a Stefánia-gyermek kórházban elhelyezett gyermekorvostani tanszék 5000 koronás átalánya.

A rendkívüli átmeneti kiadások között szerepel a XVI. nemzetközi orvosi congressus alkalmával kiadandó, az orvoskari intézeteket ismerető mű költsége. A beruházások között új tétel az élettani intézet belső berendezésére szánt 15,000 korona. A budapesti klinikák kiadásaira 1,633,990 korona van előirányozva. Ez összeget hozzáadva az egyetem többi intézetének tételeihez, a budapesti egyetem kiadásainak főösszege kevés híján 5 millió koronára emelkedik.

A kolozsvári egyetem keretében új botanikus kertre 200,000 koronát irányoznak elő. Ez egyetem összes kiadásai a klinikákat magában foglaló Karolina-kórházzal együtt a 3 millió koronát jóval meghaladják.

A *belügyministerium* költségvetése 85 és fél millióra emelkedik, tehát majdnem 10 millió koronával több, mint 1908-ban. E többletben a közegészségi kiadások játszzák a főszerepet. Községi, körorvosok és bábák illetményei fejében 3,400,000 korona nyer előirányzást. Az egyéb kiadások a betegápolási alappal együtt majdnem 24 milliót tesznek. Ebben a gyermekvédelmi kiadások 6 millióval szerepelnek, míg a betegápolás kiadásai 13 millióval.

E néhány szám tanulságot tesz arról, hogy a magyar állam kulturális és közegészségi kiadásokra tetemes összeget költ. A közvélemény első sorban a törvényhozás áldozatkészségét s a miniszterek bölcsességét ünnepli s joggal is, mert a hatalom az ő kezükben van, de a kik e számok keletkezésének történetét is ismerik, a miniszteri szerény hivatal-szobák névtelen munkásaira is hálával gondolnak, kik önzetlenül s fáradhatatlanul dolgoznak tudományos és humanus intézményeink fejlesztésén.

Grósz Emil.

Kinevezés. *Kolozsvári Sándor* dr.-t kolozsvári kerületi orvossá, *Grünwald Izidor* dr.-t nádasmenti járásorvossá, *Wallner Emil* dr.-t a veszprémi kórházhoz alorvossá, *Reiman Géza* dr.-t Jász-Nagy-Kun-Szolnok-megye és *Bárdos Jenő* dr.-t Békés vármegye köz-kórházának segéd-orvosává nevezték ki.

Választás. *Rékás Lajos* dr.-t Ds város főorvosává, *Cserenyák Károly* dr.-t pedig a nagykárolyi első egészségügyi körzet orvosává választották.

Gáger Károly dr., kir. tanácsos orvosi gyakorlatát Arcóban újra megkezdte.

A budapesti egyetem új stomatológiai fogászati klinikáján szak-képzést kereső orvosok számára a kurzusokat két hónaponként tartják. A legközelebbi kurzus november hó 1-én kezdődik.

Megjelent. *C. Chyzer*: La lutte contre la tuberculose en Hongrie. Különlenyomat a „Revue de Hongrie”-ból.

A budapesti piaci teljes tejről irt cikket *Révész Sándor* és *Pásztor Jenő* az „Allatorvosi lapok” ez évi 34. számában. 200 tejárústól a cél el nem érülésével beszerzett tejpróba vizsgálatával azzal az eredménnyel járt, hogy a fajsúlyt illetőleg csak 6% esett kifogás alá. A zsírtartalom szempontjából azonban már 40% volt kifogásolható; 10%-ban a zsírtartalom alig haladta meg egy-két tizeddel az 1%-ot. A tej szennytartalma pedig jóval felülmulta a más nagy városokban a tejben talált szennytartalmat; volt tej, a mely 1 literben 2 grammnál több szennyet tartalmazott. Valóban legfőbb ideje, hogy a tej termelését és árusítását hygiene elvei szerint rendezzék!

A budapesti poliklinikán szeptember hóban 3956 új beteg jelentkezett; a rendeléseknek összes száma 10,852 volt.

A szabadkai önkéntes tűzoltó-testület mentő-osztálya szeptember hóban összesen 98 esetben működött.

Meghaltak. *Varga Jenő* dr. 30 éves korában e hó 10-én Hódmezővásárhelyen. — *Lissauer* dr., berlini gyakorlóorvos, az anthropológiának és praehistoriának jeles művelője, 76 éves korában.

Kisebb hírek külföldről. Bernben október 15-én leplezték le a 18. század nagy physiologusának, *Albrecht von Haller*-nak az emlékszobrát. — A British Medical Association-nak Sheffieldben tartott vándorgyűlése alkalmával a sheffieldi egyetem a következőket tüntette ki a doctor honoris causa czímmel: *Tillmanns* dr.-t, a sebészet rendk. tanárát Lipcsében, *Fuchs* tanárt, a II. szemészeti klinika igazgatóját Bécsben, *Bouchard* dr.-t, az általános kórtan tanárát és *Lucas Championnière* dr.-t, a sebészet tanárát Párisban, *Depage* dr.-t, a sebészet magántanárát Brüsszelben és *Murphy* dr.-t, a sebészet tanárát a chicagói Rush Medical School-on. — A krakói bábaiskola igazgató-tanárává *St. Dobrowolski* dr. egyet. magántanárt nevezték ki. — A lyoni egyetemen a kórbonecolástan tanára *Paviot* dr. lett. — A bécsi egyetem arkad-udvarán e hó 7-én leplezték le *Krafft-Ebing* szobrát.

A XVI. nemzetközi orvosi congressus előkészületei serényen folynak. A vezetőség máris megnyerte az országos képzőművészeti társulat és a főváros engedélyét a műcsarnok és a Vigadó nagy termének használatára. Tekintettel a résztvevők nagy számára, az elszállásolások ügyét az idegenforgalmi irodára ruházták. A congressus után kirándulásokat terveznek Konstantinápolyba, a Tátrába, Pöstyénbe, a Balatonra, Herkulesfürdőbe, az Aldunára, Kolozsvárra, Bosznia és Hercegovinába. A congressus jelvényét, mely miniatűr plaque-alkaját fogja viselni, *Vastagh György* szobrász már megminta.

Mai számunkhoz az „Orvosi Titoktartás” című prospectus van mellékelve.

Jelen számunkhoz a *Chemisches Laboratorium Arnau* a. E. „Salimenthol és Samol” című prospectusa van csatolva.

Ott, hol csukamáj-olajról van szó, ma már igazán alig gondol az orvos másra, mint a *Zoltán-félére*, melynek nagy előnyei általában ismertek és méltányoltak.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium”. Ujjonnan épült magángyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitiű ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kiváratra prospectus.

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

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

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

Reiniger, Gebbert & Schall

Budapest, VIII., Rákóczi-ut 19. szám. Villanyos orvosi műszerek különlegességi gyára.

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

Budapesti ZANDER-gyógyintézet

VIII., Muzeum-körút 2. Teljes physikális gyógyberendezés. Főbb javalkatok: Idült gyomorbélatonia, székrekedés, elhízás, köszvény, csúz, idegszabák (ischias stb.). Csonttörések és egyéb sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Érelmeszesedés, szívbajok, bronchialis asthma (villamos fény-fürdővel), neurasthenia, bérulások. Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése (Zander módszerével). Gerinczélgörbölések.

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

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA BUDAPEST, VÁROSLIGETI FASOR 13-15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által.

„VÖRÖSKERESZT-KÓRHÁZ” SANATORIUMA Budapest, I., Győri-út 17.

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. A német Röntgen-társaság IV. congressusa. (Berlin, 1908 április 28.) 771. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya. (XV. szakülés 1908 október hó 3.-án.) 771. l. — Bihar megyei orvos-gyógyszerész- és természettudományi egylet. (1908 évi május 1.-én tartott szakülés.) 772. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből, 773. l.

A német Röntgen-társaság IV. congressusa.

(Berlin, 1908 április 28.)

Ismereteli: Gergő Imre dr.

(Vége.)

IV. Diagnostikai előadások.

Köhler (Wiesbaden) különös megbetegedést ismertetett gyermeki csontokon, mely látszólag eddigelé elkerülte figyelmünket. Három gyermeket észlelt lábfájdalomról szóló panaszokkal. Az x-sugaras képen az os naviculare pedis és a patella egyenetlenségeket mutatott, ezen csontok structurája pedig eltűnt. Nyugalomra teljes anatómiai gyógyulás következett be.

Kaisin (Florence) az ízületeknek oxygen-insufflatiójával kísérletezett.

Reyher (Berlin) öröklött syphilis eseteiben vizsgálta a csont-eltávolításokat.

Plagemann (Rostock) a processus mastoideus tanulmányozta úgy egészséges, mint kóros viszonyok között; a jó felvétel szerinte még arra is enged következtetni, vajjon a megbetegedés pusztán a nyálkahártyára szorítkozik-e, avagy a csont is uzorált.

Levy-Dorn (Berlin) a rendes légzést vizsgálta és kiegészítette Hofbauer és Holzknecht vizsgálatait a rekesz állásáról.

Grunmach (Berlin) bronchialis köveket kórismézett x-sugaras képen; asthma gastricum esetében pedig az x-sugaras vizsgálat gyomorszájüregletet derített ki.

Graessner (Köln) sokat kísérletezett Fürstenau eszközével az idegen testek localisatiójáról. Egyszerű és megbízható eljárásnak tekinti Fürstenau eljárását. (Az eljárás megbízhatóságához azon tapasztalatok alapján, melyeket Fürstenau személyes demonstrációja alapján a helyszínen nyerhettünk, sok szó fér. Referens megjegyzése.)

V. Az x-sugaras therapiát tárgyaló előadások.

Grunmach (Berlin) ökolnygi gyomorrák kisebbbédését észlelte az x-sugaraknak hatása alatt.

A vitában Gottschalk (Stuttgart) hasonló megfigyelésekről tett említést; Krause (Jena) pedig óva intett az optimista magyarázatoktól, a javulás szerinte mindig csak múló, ezen itéletét nagyszámú gyomorrákos betegen szerzett tapasztalataira alapította.

Wichmann (Hamburg) lupus vulgaris esetében teljes és állandó gyógyulást ért el. Észlelt eseteinek száma 70.

H. E. Schmidt (Berlin) a carcinomák x-sugaras kezeléséről értekezett.

Emlőrákot 36 esetben kezelt; a fájdalmak csökkentek, kisebb fekélyek behagadtak, egyébként a daganat nem változott. A peniscarcinoma kezelése is eredménytelen volt. Pofa- és nyelvrák a kezelésre rosszabbodott, csak az ulcus rodens-ek javultak és gyógyultak. Gyógyult ulcus rodens-eseteinek egy része 4 éven túl is recidivantes.

Friedrich (Jena) az x-sugarak biológiai hatását vizsgálta a belső szervekre. Igazi nephritist x-sugaras kezelés után nem látott, abortust czélzó kísérletei sem sikerültek. Egyéb szerveken tett észlelései Heineke régebbi tapasztalatait erősítik meg.

A discussióban Kleiberger (Königsberg), Krause (Jena), Försterling (Hannover) és Wohlaue (Charlottenburg) kísérleti eredményeiket közölték a vesék besugárzásával; a vese parenchymája nem mindig sérül, nephritis pedig egyáltalában nem fejlődik.

Evler (Treptow) körülírt genyjedéseket (carbunculus, bubo, phlegmone, gonitis gonorrhoeica, exsudatum parametricum stb.) gyógykezelt x-sugarakkal, állítólag sikerrel.

VI. Projectiós előadások.

Albers-Schönberg színes fényképeken demonstrálta az x-sugarak gyógyító hatását a legkülönbözőbb bőrbántalmakban. Feltűnést keltett szép képei Lumière eljárása szerint készültek.

Fraenkel (Hamburg) tanulmányokat végzett a gerincoszlop daganatainak és tumormetastasisainak felismerésére x-sugaras képeken.

Gottschalk (Stuttgart) „plastikus X-sugaras képek” címén tartott demonstrációs előadást. Gottschalk módszere Alexander eljárásától lényegesen eltér, képein az x-sugaras alaprajzokat fehér árnyékok szegélyezik, a structura nagyjából elmosódott, képei perspektívát nem mutatnak, igazi plasticitás bennük nincsen. Gottschalk egyúttal azon hypophysistumor plastikus képét is bemutatta, melynek téves értelmezésére már a tavalyi congressus utalt.

Gergő (Budapest) vetített képek kapcsán fejtette ki a különbséget az igazi plastikus képek és az olyan reproductiók között, melyeknek — mint pl. Schellenberg, Horn, Gottschalk stb. képeinek — semmi közük az Alexander-féle plastikához s ez eljárást igazságtalanul discreditalhatják.

Alexander (Késmárk) szintén megtagadott minden közönséget úgy Gottschalk képeivel, mint egyéb, más részről produkált és állítólag plastikus felvételekkel; bírálat végett ezen képeket mind a congressus elé terjesztette. Ezután Cowl (Berlin) kérésére behatóan fejtegette módszerét és Gottschalk-kal szemben hangsúlyozta, hogy plastikus képein a lágyrészek is a legtökéletesebben láthatók.

Haenisch (Hamburg) szép vesefelvételekkel lepte meg a congressust; kifejtette továbbá az x-sugaras felvétel előnyét hólyagkö eseteiben és esetet közölt, a melyben gyakorlott urologus sem láthatta tükrörrel a diverticulumban fekvő követ, melyet az x-sugaras felvétel jelzett és a műtét igazolt.

A jövő congressus elnöke Krause (Jena) lett.

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(XV. szakülés 1908 október hó 3.-án.)

Elnök: Turesa János. Jegyző: Konrádi Dániel.

1. Góth Lajos ikercollisio esetét mutatja be. A 18 éves IP.-n medencevégű fekvést diagnosztizáltak és a midőn a magzat vállig megszületett, a napos orvos a karokat kifejtve a fejet próbálta kiszabadítani, a mi azonban kivihetetlennek bizonyult. Azonnal az előadóért küldött, a ki megállapította, hogy az időközben elhalt magzat feje azért nem szabadítható ki, mivel ikerterhesség esete forog fenn és a II. magzat feje az első elé nyomulván, az utat teljesen elzárta. Az esetet az előadó úgy oldotta meg, hogy elébb a keresztben állott második fejet fejtette ki fogóval s csak a II. magzat megszületése után hozta ki az I.-nek a fejét.

A szülés után erős atonia mutatkozott, a mely csak taponálással volt leküzdhető. A műtét alatt keletkezett teljes gátrepedést catguttal egyesítette.

A lefolyás kedvező volt, a repedés per primam egyesült, a II. élő magzat couveuseben eleinte fogyott, 2000 gm.-ról 1600-ra, de azután fejlődésnek indult és 1000 gm. súlygyarapodással bocsátották ki a klinikáról.

Az előadó hangoztatta az ikercollisio eseteinek szerfelett ritka voltát, ismertette a megoldásra ajánlott különféle eljárásokat s végül indokolta, hogy miért kellett ebben az esetben a szülést az általa választott módon befejezni.

Akontz Károly megjegyzi, hogy hasonló esetben vagy dekapitálni kell az első számú magzatot, vagy a megszületett törzs kisebbítését kell megkísérlni az utólagos nagyobb sérülések elkerülhetése végett.

Szabó Dénes nem helyesli a decapitációt, ellenben a törzs kisebbítését igen.

2. Steiner Pál: Freyer szerint operált prostata- és ondóhólyagrák gyógyult esete. A 70 éves beteg vizeleti nehézségei 6 év előtt kezdődtek és gyakori vizelésben, fájdalomban, erőltetett mictióban állottak. Ezen tünetek folyton súlyosbodtak, jelenleg 8 nap óta teljes vizeletrekedés áll fenn. A végbélen át vizsgálat kis almányi, igen kemény, egyenetlen, göcsös felületű prostatát derít ki, cystoskopiával erősen bedomborodó, ép nyálkahártyával borított prostatát és trabeculáris hólyagnyálkahártyát találunk. Tekintve a prostata porczkemény megnagyobbodását, a diagnoszt *prostatarákra* teszik. 1908 július 23-án végezte az előadó a műtétet, a mely *Freyer* szerint transvesicális úton történt. A prostata kiválasztása csak az alapján volt a szokottnál nehezebb, a hol is környezetével és mindkét ondóhólyaggal szorosan összenőtt, miért is kiválasztása e helyen csak élesen történhetett. Az eltávolított prostata kemény, göbös, helyenként elhalást mutató vajsárga részletekkel, 75 gm. súlyú, az eltávolított ondóhólyagok szintén rákosan beszűrődöttnek látszanak. A műtét sebét az előadó teljesen nyitva kezelte *Freyer* előírása szerint. A lefolyás 5 napig tartó jobb oldali mellékhereguladástól eltekintve teljesen zavartalan volt, a műtési seb 5 hét alatt teljesen gyógyult. A vizezés akadálytalanul megy végbe; az illető éjjel többnyire egyszer sem, nappal 4—5 óránként tiszta vizeletet ürít; újabb vizsgálat recidívát nem mutat. A prostata és ondóhólyagok vizsgálata (Veszprémi dr.) adenocarcinómát mutatott ki.

A prostata rákos megbetegedését régebben a ritkaságok közé sorolták, *Winicarter* statistikájában a *Billroth*-klinikáról 548 rák esetből 1 esetben fordult elő prostatarák. Az újabb közlések gyakoribb megjelenésről tesznek tanúságot, így *Albarran* 100 prostatektomiás esetéből 14, *Kümmel* 41 esetéből 9 és a mi 19 prostatektomiás esetünkben 1 esetben fordult elő a rák. A prostatarák aránylag gyorsan infiltrálja a környezetet; a végbél nyálkahártyája csakhamar szoros összefüggésbe jut a prostatával, vagy karfiolszerű növedék alakjában a hólyagürbe boltosul. Az ondóhólyagok rákos beszűrődése, miként a bemutatott esetben is, gyorsan jó létre, máskor meg a húgycső felé terjed a rák, miként azt egy esetben uraemiás állapotban beszállított prostatarákos betegünkön észlelhettük. Ismeretes a gyakori metastasis a csontokban, a melyről *Recklinghausen* oly kimerítő tanulmányt írt. Gyakran a prostatarák minden különösebb helyi tünet nélkül jelentkezik, symptomatológiája nagyjában egyezik a jóindulatú túltengésével; gyakran a haematuria, a plexus lumbalis és sacralis mentén kisugárzó fájdalom utal esetleges rosszindulatúságra. A tapintáskor a feltűnően kemény, egyenetlen, asymmetriás megnagyobbodás figyelmeztet arra, hogy állképlettel van dolgunk. A prognosis kedvezőtlen, többnyire korai műtét esetén is. Az első prostatakiirtást rák miatt *Billroth* végezte, a beteg 14 hó múlva recidívában elhalt. Már a műtési halálozás is nagyobb mint a rendes prostatektomia után, így *Pousson* 24 esetéből 7, *Kümmel* 9 esetéből 3 halt meg a műtét következtében. Általában a perinealis utat választják behatolásul. A bemutatott esetben transvesicális úton végezték a műtétet, a mely behatolás mellett a prostatakiirtás teljesen jól volt végezhető. *Frisch* azon kijelentése, hogy mivel a prostatával együtt rák esetén a pars prostatica urethrae is eltávolíttatik, minden esetben incontinentia áll be, nem fogadható el, mert sem ezen esetben, sem a többi prostatektomiás esetében, melyben a pars prostatica urethrae eltávolította, sohasem állott be incontinentia. Remélhető, hogy ha a korai diagnosis alapján gyökeresen avatkozunk be, a prostatarák eddigi szomorú kórjólata is kedvezőbbre fog fordulni, de végleges ítéletet a műtét maradandó értékéről csak nagyobb tapasztalás után lehet majd mondani.

Hozzászól: *Veress Ferencz.*

3. Gyergyai Árpád két beteget mutat be, kiknek hypopharynxában carcinómát talált.

Hozzászól: *Kanitz Henrik.*

4. Austerlitz Vilmos az anatómiai nomenclatura fogytékosságáról tartott előadást. Sorra kimutatja, hogy az anatómiai egyesületnek híres baseli „nomenclatura-bizottsága“ ellentétbe helyezkedett a kitűzött irányelvekkel. Noha a tulajdonnevek mellőzését határozták el, a „Ductus Wolffii“- és „Ductus Mülleri“-féle kifejezéseket meghagyták. Az előadó azután számos hibás elnevezésre utal, melyeket a bizottság az új, hivatalos névlajstromba részint újonnan fölvetett, részint eredeti, helytelen alakjában ismét beiktatott.

Ilyen pl. az „articulatio genu“, mely helyesen „articulatio genus“-nak mondandó. Kifogásolja a „foramen venae cavae“ elnevezést, mert ilyen alakban nem a rekeszizomnak, hanem a vénának egy nyílását jelenti. E helyett a „foramen pro vena cava“ kitéltet ajánlja. Ámbár a bizottság a hosszadalmas műszavakat kárhóztatja, mégis olyanokat gyártott, mint az „incisura cartilaginis meatus acustici externi“. Az előadó rosszulja a latin és görög nevek rendszertelen és vegyes alkalmazását egy és ugyanazon szervre vonatkozólag és erre nézve klasszikus példaképen idézi a „rete testis“, „mesorchium“ és „epididymis“ kifejezéseket, melyek megértetésére a tanulóval a herének három elnevezését, ú. m. a „testis“, „orchis“ és „didymis“ szokat is meg kell ismertetni, a mi didaktikai szempontból igen hátrányos. Következtelenségnek tartja a „glandula submaxillaris“ elnevezést, mely „felső állkapocs alatti mirigyet“ jelentene, mivel az alsó állkapocsra nézve a „mandibula“ névben történt megállapodás. Az előadó hivatkozik *David* tanárra, ki a hivatalos „musculus pterygoideus externus“ és „internus“ elnevezést mellőzve, a „musculus pterygoideus verticalis“ és „transversus“ kitéltet hozza javaslatba. Különösen szembeszökő az „intestinum rectum“ névnek hibás volta, mert hiszen a végbél nem egyenes lefutású, sőt ellenkezőleg három jellegzetes görbületet mutat.

Austerlitz azonkívül még egész sorozatát idézi a hibás és téves elnevezéseknek, melyek alapján ama következtetésre jut, hogy a „nomenclaturá“-nak módosítása, illetve gyökeres átváltoztatása égető szükség.

Hozzászól: *Sándor István.*

Biharmegyei orvos-gyógyszerész- és természet-tudományi egyesület.

(1908. évi május 1-én tartott szakülés.)

(Folytatás.)

A beteg szellemi képessége intelligenciájának megfelelő. Kérdésekre kissé vonatottan, egykedvűen, de egyenesen, értelmesen felel. Hangulata nyomott, társaival alig törődik, majdnem az egész napot ágyán tölti. A hallás, ízlés, tapintás normális. A pupillák középtágak, egyenlők, fényre és alkalmazkodásra kissé renyhébben reagálnak; a szemfenéki vizsgálat, melyet *Waldmann* dr. volt szíves megejteni, normális viszonyokat mutat. A beteg panaszai közül e helyen kell főlegem az, hogy időnként kettősen látja a tárgyakat, továbbá, hogy nem lát tisztán, hanem mintha fátyol volna a szemei előtt. A felületes reflexek, a bőringerlékenység, a cremaster-, de főképen a térdreflex fokozottak.

A mellkasi szervek épek. A máj, lép objectív elváltozást nem mutat. Székletéte napjában 2—3-szor van, híg, bűzös, nem véres. A nemi szervek épek. A vizelet tiszta, borsárga, fajsúlya 1018, gyengén savi, fehérjét, cukrot, vért, genyet nem tartalmaz. A beteg hőmérséke a kórházban tartózkodása alatt állandón 36.5—36.8° között ingadozott.

Ha összegezzük a talált elváltozásokat, legszembetűnőbb az arez és a kezek bőrének kóros állapota, azután a hasmenés és az idegrendszer részéről talált eltérések; vagyis a tünetek oly betegségeknek főtünetcsoportját ölelik föl, a melyet pellagra néven ismerünk.

Talán kissé túlságosan részletes voltam különösen a bőrön talált elváltozások leírásában, de szándékosan tettem ezt, mert a beteg április 5-e óta sokat javult, úgy hogy a bejövetelekor látott képből ma már nagyon kevés van meg; mert az arez majdnem teljesen megtisztult, csupán az orr porcos részén láthatók még, bár jelentékenyen kisebb számban, a kis faggyúmirigy-csapocskák. A kezekről a pergamentszerű felhám levált s helyét a szabadon fekvő irha foglalja el. Az említett hasmenés egy hét alatt minden gyógyszeres beavatkozás nélkül elmaradt, ezóta a betegnek naponta egyszer van rendes széklete. Az idegrendszer részéről talált tünetek ma is fennállanak. A beteget első sorban jól tápláltuk. Étvágának javítása céljából mixt. amarát kapott. Az arezra és kezekre indifferens puhító kenőcsöket adtunk.

Ez esettel kapcsolatosan talán helyén való, ha a pellagra kóroktanának mai állásáról és tünettánáról röviden megemlékezem.

A pellagra kóroktanában számtalan elméletet állítottak fel. A szerzők egy része a pellagrát nem is mint különálló betegséget, hanem mint a leprának és a syphilisnek egyik alakját említi. Mások a napsugaraknak a bőr fedetlen részére gyakorolt hatásában keresik a pellagra okát, némelyek a mellékvese megbetegedésével hozzák kapcsolatba. Mindezen elméleteknek azonban a tapasztalat mond ellent, a mennyiben gyakran észlelték pellagrát olyanokon, a kik hónapokon keresztül nem voltak kitéve a nap sugarainak, sőt Stefanovits a nemző szerveken, Purjesz pedig a hason és ezombokon észlelt pellagrás elváltozásokat, a mely területek még a leg-
hiányosabban öltözködő emberekben is fedve vannak. Régebben feltűnt, hogy a pellagra Európának azon helyein fordul elő, hol a nép főtápláléka a kukorica. Európában először Spanyolországban észlelték pellagrát, a hol először termelték a kukoriczát. Ezen tapasztalatokra támaszkodva fejlődött ki azon elmélet, hogy a kukorica, mint elégtelen táplálék, épen kukorica volta miatt okozza a pellagrát. Ez az elmélet sem tarthatta magát sokáig, mert összehasonlították a kukoriczatermelő vidékeket más helyekkel, a hol nem a kukorica, hanem a krumpli, rizs, tehát a kukoriczánál jelentékenyen kisebb táperővel bíró éledelem volt a nép élelme s ezeken a helyeken még sem találtak pellagrát. A kukorica-elméletek során Lombroso találta meg a helyes utat, a mikor a pellagra okául a kukoriczával való huzamosabb táplálkozást állította az előtérbe. E téren Balardini, Lussana, Erba, de főképen Lombroso és Babes végzett vizsgálatokat, a melyek alapján biztosra vehető, hogy a pellagrát ártalmatlanul leszedett, nedvesen eltartott, romlott, penészes kukorica vagy ilyenből készült pálinka huzamos használata okozza. A nálunk előforduló esetekről az első terjedelmesebb munka Takács Sándornak 1889-ben megjelent dolgozata, a melyben a következőket mondja: „Vidékünkön, a Szilágyságban, 1876-ban a gabona elfogyott s a következő évben, 1877-ben lépett fel legelőször a pellagrajárvány Mágosfalván, a hol, mint kitűnt, a község lakói egész télen át a megmaradt éretlen, romlott kukoriczával táplálkoztak.”

A pellagra főképen Spanyol-, Oláh- és Olaszországban, nálunk pedig főleg Erdélyben az oláhok lakta falvakban fordul elő, a hol a satnya táplálkozás mellett a nyomorult lakásviszonyok csak segítségére vannak a pellagra terjedésének; a legtöbb esetet Kolozsmegyében, kevesebbet Maros-Torda és Besztercze-Naszódban észlelték, bár elmondhatjuk, hogy Erdély összes megyéiben van elszórtan pellagrás beteg. Biharmegyből ezelőtt pár évvel több eset került kórházi ápolás alá.

Raymond, ki vizsgálatait 1889-ben Ausztria tengerparti részein végezte és a lakosságnak körülbelül 15%-át pellagrásnak találta, e két szóban adja a pellagra aetiológiáját: „kukorica és szegénység”.

A pellagra tüneteit Neusser — a kinek a pellagrakérdés tisztázásában igen jelentékeny szerep jutott — a következő csoportokba osztja: 1. működéses elmezavar; 2. táplálkozási hiányból származó sclerosis lateralis; 3. tetanusszerű görcsök; 4. meningitis; 5. hasmenés; 6. a szervek parenchymás elfajulása; 7. Addison-kór; 8. bőrlobok; 9. pellagra sine pellagra, a mely esetben mindenik tünet jelen lehet, kivéve a bőrön előfordulókat. Mi a tüneteket röviden három csoportba osztjuk: 1. a bőrön látható elváltozások; 2. a gyomorbélrendszer rendetlenségei, a melyek gyomorégésben, gyomor- és bélgörcsökben, továbbá hasmenésben szoktak nyilvánulni, s végül 3. az idegrendszer részéről jelentkező tünetek. Jelen esetünkben is megtaláljuk e három tünetcsoportot. A bőr részéről az elváltozásokat már a beteg kórrajzában ismertetéskor részletesen leírtam; a második tünetcsoportból betegünkön a hasmenés volt meg; a harmadik tünetcsoport az, a mely igen sok irányban nyilvánulhat, s habár a hosszas hasmenés az, a mely az ilyen betegnek erejét oly nagy mértékben aláássa, mégis az egész bántalom az idegrendszer kóros állapotának az eredménye.

A számos tünet közül leggyakoribbak a következők: égés, szúrás, zsibongás a végtagokban, zsigerekben, közülük különösen a gyomorégés szokott az előtérben állni. Az érzékszervek részéről a látásban vannak zavarok, mint kétfős, homályos látás; a mozgási körben különböző görcsök szerepelnek, a beteg járása ingatag, a részeg emberéhez hasonló; a reflexek rendszeren fokozottak. Mindezen tünetekhez még a lehangoltság szokott társulni, a mely lassan melancholiába mehet át. Néha a különben csendes beteg örföngeni kezd, a minek lezajlása után visszaesik a fokozódott melancho-

liába. A melancholia átmehet különböző fajta mániába. Paranoiát pellagrás alapon még nem észlelték.

A pellagrás beteg, ha idejében kerül megfelelő orvosi kezelés alá, teljesen meggyógyulhat. Első és főkélléke a gyógyulásnak, hogy a kukorica használatát teljes mértékben megvonjuk, s e helyett bő, jó tápláló éledeleket nyújtunk. Sajnos, a szegény nép télen megint csak visszatér a kukoriczából készült puliszka-máléhoz, a mi már tavasszal még fokozottabb mértékű recidívát eredményez; a hűdések, atrophíák, psychés alteratiók éveken keresztül fönnállhatnak, míg végre folyton fokozódó cachexiában a beteg elpusztul.

Specifikus szerrel a pellagra ellen nem rendelkezünk. Úgy a bőr, mint a gyomor, a bél és idegrendszer részéről jelentkező elváltozások gyógykezelése tisztán tüneti.

2. Mórész Ernő dr. ergotinismus convulsivus et gangraenosus eseteiről tart előadást. (Eredeti közléseink során egész terjedelemben hoztuk.)

Edelmann Menyhért dr.: Szerinte, tekintve a nép táplálkozás-módjának fontosságát, czélszerű volna, ha egyetünk kezdeményezné a kartársak foglalkozását a nép táplálkozásával. Boldog emlékeztető Farkas Jenő foglalkozott annak idején igen behatóan e kérdéssel, mely azóta tudomása szerint elhanyagoltatott. Weisz Jakab dr., élelmi kör-orvos is foglalkozott annak idején e kérdéssel és igen értékes tanulmányban ismertette a vidékebeli földnépének táplálkozását. Másik indítványa: A nép az ergotinismustól mint az ördög tüzéről beszél, ebből kifolyólag minél behatóbban felvilágosítandó az ergonitismus lényegéről, a betegség népies elnevezései és magyarázatai pedig gyűjtessenek össze.

Mórész Ernő dr. megígéri, hogy ez indítványokat hatáskörében lehetőleg fel fogja karolni.

3. Fischer Imre: Évi jelentés az izr. kórház sebészeti osztályának 1907. évi működéséről.

4. Pohl Jenő dr. a sterilizésről tartott előadást és ismertette egyes gyógyszerek és kötszerek sterilizésmódját.

(Folyt. következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A fibrolysinnel tett tapasztalatairól számolt be *Schreiber* a magdeburgi orvosegyesületben. Nagyon jó eredményt látott bázisingszűkület, hashártyaösszenövés, pleuritis, epididymitis gonorrhoea, parametritis hegképződés, húgycsőszűkület és idült izületgyulladás eseteiben. Hetenként kétszer fecskendezett be és 15 befecskendezés után hosszabb szünetet tartott. Minthogy a fibrolysin csak megpuhítja a hegeket, természetesen mechanikai tágitás is szükséges. Izületbajokhoz a fibrolysin mellett salicylkészítményeket is adott és meleget is alkalmazott. Májcirrhosis, oldódni nem akaró pneumonia, tabes és multiplex sclerosis eseteiben nem látta hasznát az eljárásnak.

A discussio alkalmával *Kretschmann* a fibrolysinnek hasznáról a fülörvostanban szólt. Javalt olyan esetekben, a melyekben heges összenövés okozza a nagyothallást. Természetesen ilyenkor is karöltve kell járnia a fibrolysin-befecskendezésnek a mechanikai kezeléssel. Sok esetben nehéz megmondani, vajjon csak hegképződés forog-e fenn, vagy pedig már csontosodó folyamatok is beállottak; ez utóbbi esetekben a fibrolysin nem használható s azét a fibrolysin-kezelés eredménytelenségétől még nem szabad a hatástalanságára következtetni. Több esete volt, melyben a callusos szűkült tubába csak előzetes fibrolysin-használat után sikerült a bougie-t bevezetni.

Habs a fibrolysinnek prophylaxisos használatát ajánlja olyan esetekben, a melyekben hegzsugorodástól vagy adhaesiók képződésétől lehet tartani, például lobos megbetegedések miatt végzett laparotomiák, avagy kiterjedt megégések után. (Münchener medizinischer Wochenschrift, 1908. 37. szám.)

A hyperaciditásról és gyógyításáról tartott előadást *Winternitz* a hallei orvosegyesület egyik utóbbi ülésén. A szóban forgó bajban az atropint czélszerűen helyettesíthetni eumydrinnel, az atropin methyl-nitratjával, mint a mely kevésbé mérgező és $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ milligrammos adagban hosszabb időn át használható. Régebben a morphiurnól is azt hitték, hogy csökkenti a gyomornedvelválasztást; ezt a hitet azonban Riegel megdöntötte és kimutatta, hogy a morphiurn még fokozza az elválasztást. Érdekes, hogy a Mering laboratóriumában végzett, de még nem közölt vizsgálatok szerint a periferiás idegekkel való összeköttetésétől megfosztott gyomorban is fokozott a nedvelválasztás morphiurnnak bőr alá fecskendezésére; ez a mellett szól, hogy a gyomor nyálkahártyáján kiválasztásra jutó morphiurn közvetlenül a gyomor-nyálkahártyára, illetve a benne levő önálló idegelemekre izgató hatást fejt ki. Az előadói felszólítására *Petri* megvizsgálta a hydrogensuperoxyd hatását a hyperaciditásra; azt találta, hogy körülbelül $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ 0-os oldatban tetemesen csökkenti a gyomornedv savanyúságát, sőt néha teljesen el is tünteti a szabad sósavat; e tekintetben erősebb a hatása, mint a használatos többi szeré. A hydrogensuperoxydot ivókúra alakjában lehet használni; a beteg reggel éhomba $\frac{1}{4}$ liter $\frac{1}{4}$ 0-os, megmelegített hydrogensuperoxyd-oldatot iszik meg. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1908. 38. szám.)

A csonttörések ellátását cocainanaesthesiában ajánlotta Quém a párisi sebészársaságnak egyik utóbbi ülésén. Csonttörés eseteiben ugyanis az erős fájdalom miatt izomösszehúzódnak, a melyek a tört végék kellő összeillesztését rendkívül megnehezítik, úgy hogy némely sebész súlyosabb esetekben általános vagy lumbális anaesthesiát használ. Quém a 1/20/0-os cocain-oldat befecskendezése a törés helyén.

PÁLYÁZATOK.

2280/1908. k. sz.

Hajdú vármegye Hajdúhadház községében megüresedett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdet.

Javadalmazás: 1. Törzsfizetés 1200 korona. 2. Irodai átalány 80 korona. Tűzfaváltság címén 80 kor. 4. Természetben kiszolgáltatandó lakás. 5. Látogatási díjak: a) A község belterületén az orvos lakásán vizsgálat és vényírásért nappal 50 fillér, éjjel 1 korona; b) a község belterületén a beteg lakásán vizsgálat és vényírásért nappal 1 korona, éjjel 2 korona; c) a község határához tartozó tanyákon látogatásért és vényírásért a kiszolgáltatandó fuvaron kívül nappal 2 korona, éjjel 4 korona, saját fuvardíjért 5 kilométerig 2 koronát, 5 kilométeren túl 4 koronát számíthat fel; d) halottkémlésért 40 fillér; e) Látteleért 4 korona. Látogatási díjak a vármegye által későbbben újból fognak megállapítani.

Teendői: A községi betegeket gyógykezelné, a vagyontalanokat ingyen, halottkémlést, himlőoltást s a rendőrorvosi teendőket teljesíteni, az első orvost akadályoztatása esetén helyettesíteni.

Az ezen állást elnyerni óhajtokat felhívom, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a szerint felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **folyo év és hó 27. napjáig** annyiival inkább nyújtsák be, mert a hiányosan felszerelt, vagy elkészen érkezett kérvényeket nem fogom figyelembe venni. A választást folyó év és hó 28. napjának délutáni 10 órájkor fogom Hajdúhadház községében tartani.

Hajdú b ő s z ő r m é n y, 1908. évi október hó 13.-án.

A főszolgabíró helyett:
Rózsa Ernő, szolgabíró.

4879/1908. kig. sz.

A lemondás folytán megüresedett **giládi községi orvosi állásra** — melyre egy ízben már eredménytelenül pályázatot hirdettem — újból pályázatot hirdetek. A községi orvos fizetése 1600 korona és az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. életbe léptével megfélelő lakbér, esetleg természetbeni lakás és a képviselőtestülettel szabad egyezkedés folytán megállapított látogatási díjak szedése.

A hússzemlési és halottkémi díjak az ezzel járó kötelezettségek elvégzésével az orvost illetik.

A községi orvos köteles az összes a törvényben és szabályrendeletben előírt községi orvosi teendőket végezni és a közegészségügygel kapcsolatos írásbeli teendőket ellátni.

A megválasztott orvos köteles a megyei jegyzői és orvosi nyugdíjintézetnek tagja lenni.

Végül megjegyzem, hogy a lakosság száma körülbelül 4000 és a község határában körülbelül 40 tanya és pusztá van.

A megválasztandó orvosnak a kézi gyógytár tartása ép úgy engedélyeztetni fog, mint elődjének.

A képzettséget és az eddigi alkalmaztatást igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvények hozzám tejesztendők be **f. évi november hó 15.-éig.**

A választás napját később fogom kiírni.
Csá k o v a, 1908. évi október hó 13.-án.

2—1

Petkő Zoltán, főszolgabíró.

2967/908. sz.

Kolozs vármegye mocsai járásában lévő **magyarfrátai és magyarpalatkaikörorvosi állásokra** ezennel pályázatot hirdetek.

A magyarfrátai körhöz 9 és a magyarpalatkaik körhöz 15 község tartozik. A magyarfrátai körorvos jelenlegi törzsfizetése 1000 korona, lakbéré 200 korona, úti átalánya 400 korona.

A magyarpalatkaik körorvos törzsfizetése 600 korona, lakbéré 200 korona és úti átalánya 200 korona.

Megjegyzem, hogy a törzsfizetés az 1908. XXXVIII. t.-cz. életbeléptetése után mindkét állásnál 1600 koronára emelkedik, f. évi szeptember hó 1.-éig visszahatólag és hogy a lakbér jövőre 350 koronára, az úti átalány 800—1000 koronára tervezetik, a látogatási díjak pedig nappal 1 korona, éjjel 2 koronában állapíttatnak meg.

Az állás abban az esetben, ha orvosdoktor pályázó nem akad, szigorló orvossal is betöltöm, azzal a kikötéssel, hogy az illető az orvosi oklevél elnyeréséig csak helyettesi minőségben lesz alkalmazva.

Felkérem mindazokat, a kik ezen állások közül valamelyikre pályázni óhajtanak, hogy oklevelükkel, illetve szigorló orvosoknál ezen minősítésüket pályázni bizonyítvánnyal felszerelt kérvényüket hozzám **f. évi november hó 10.-éig** adják be.

A választás idejét később fogom kitűzni.

Együttel felkérem mindazokat az orvostudor és szigorló orvos urakat, a kik cholerajárvány kitérőre esetén Kolozs vármegye területén járványorvosi szolgálatra vállalkozni hajlandók, szíveskedjenek ezen szándékukat az igényelt fizetés megjelölésével és pontos lakcímükkel együtt Kolozs vármegye alispánjához bejelenteni.

M o c s, 1908. évi október hó 11.-én.

Gaál Jenő, főszolgabíró.

2516/1908. sz.

A lemondás folytán megüresedett **ugrai körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen kör 3 községből: Ugra, Nagyhasánsy és Rón községekből áll.

A körorvos javadalmazása:

1. Természetbeni lakás mellékhelyiségekkel és kerttel.

2. Kézpénzfizetés 1300 korona, a nagyszalontai m. kir. adóhivatal által évnegyedenként és pedig az évnegyed utolsó hónapjának 1.-én fizetve.

3. A köri községektől fizetendő 500 korona személyi pótlék mindaddig, míg a körorvosok fizetése rendezve nem lesz.

4. Látogatási díj a körorvosnak helyén és a hivatalos látogatási napokon:
a) a körorvos lakásán 40 fillér,
b) a beteg lakásán 80 fillér és éjjel e díjak kétszerese.

5. Hivatalos látogatási napokon kívül a köri községekben a fuvardíjon kívül:

a) nappal 2 korona,

b) éjjel 3 korona.

Ugra községben a húsvágatásért és halottkémlésért megállapított díjak szedhetése.

Megjegyeztetik, hogy a volt körorvos a körhöz tartozó gazdaságoktól 800—900 korona tiszteletdíjat élvezett, a mire a megválasztandó körorvosnak is kilitása lehet.

Felhívom a pályázni óhajtokat, hogy a képességüket és eddigi szolgálataikat igazoló okmányokat hozzám **f. évi október hó 23.-áig** adják be, mert a később beérkezett kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választást október hó 30.-án d. e. 10 órakor fogom Ugra községében megjeitni.

A megválasztandó körorvos állását 1908. évi november hó 15.-én tartozik elfoglalni.

C s é f f a, 1908. évi október hó 2.-án.

3—2

A főszolgabíró.

A **kecskeméti** m. kir. állami gyermekmenhelynél megüresedett **másod-orvosi állásra**, mely 1200 korona fizetés, természetbeni lakás és I. osztályú étellemezéssel van egybekötve, pályázatot hirdetek.

Felhívom tehát mindazon orvosnőket és orvostudor urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy 1 koronás bélyeggel ellátott, orvostudori oklevél és eddigi alkalmazásukról szóló egyéb okmányokkal felszerelt s a nagyméltóságú Belügy-minister úrhoz címzett folyamodványukat **f. évi október hó 20.-áig** alulirotnál nyújtsák be.

Női pályázó előnyben részesül.

K e c s k e m é t, 1908. október hó 5.-én.

2—2

Egressi Lajos dr., igazgató főorvos.

1584/1908. eln. sz.

A Szabadka sz. kir. város tulajdonát képező „**Mária Valéria**“ **közkórházban** üresedésben lévő és egyenként havi részletekben utólagosan fizetendő 1200 korona évi fizetés, lakás, fűtés, világítás és I. osztályú étellemezéssel javadalmazott **három kórházi alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A főispán úr által kinevezendő alorvosok tartoznak a közkórházban lakni és magánygyakorlatot — az első segélynyújtás esetét kivéve — nem folytathatnak; nős orvos pályázati kérvénye figyelembe vétetni nem fog.

A kinevezendő alorvosok állásukat csakis 2 hónapi felmondási idő letelte után hagyhatják el.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy megfelelően okmányolt pályázati kérvényeiket **f. évi november hó 3. napjának d. e. 12 órájáig** Bezerédy István főispán úrnál Szabadkán annál is inkább nyújtsák be, mert az elkészen benyújtott pályázati kérvények visszautasíttatnak.

A mennyiben az 1883. I. t.-cz. 9. §-ának 2. pontja értelmében kellően minősített pályázó nem jelentkeznek, egy évi gyakorlatra utasított, esetleg szigorló orvos pályázati kérvénye is figyelembe fog vétetni.

S z a b a d k a, 1908. évi október hó 5.-én.

3—2

A polgármester.

4834/1908. sz.

A **magyargyerőmonostori körorvosi állásra**, melyhez Bedecs, Derite, Oláhbit, Erdőfalva, Magyar- és Oláhgyerőmonostor, M.-Valkó, Keleczel, Kalota-újfal, Nagykalota, Bocs, Bökény, Incsel, Meregyő és Retyecz községek tartoznak, pályázatot hirdetek.

Javadalmazás 1000 korona fizetés, 400 korona úti átalány, 200 korona lakbér és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. életbeléptetése után a törzsfizetés 1600 koronára, a lakbér 350 koronára, az úti átalány 800—1000 koronára fog felemeltetni, a látogatási díjak pedig nappal 1 koronában, éjjel 2 koronában állapíttatnak meg.

Az állás abban az esetben, ha orvosdoktor pályázó nem akad, szigorló orvossal is betöltetik azon kikötéssel, hogy az illető az orvosi oklevél elnyeréséig csak helyettesi minőségben lesz alkalmazva.

Pályázni kívánókat felhívom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában foglalt minősítésüket igazoló okmányaikkal, valamint a román nyelvben való jártasságukat igazoló bizonyítvánnyal felszerelt pályázati kérésüket **f. évi október hó 30.-áig** hozzám adják be.

A választás megtartásának idejét a pályázati kérvények beérkezése után fogom kitűzni.

Együttel felkérem mindazokat az orvostudor és szigorló orvos urakat, a kik cholerajárvány kitérőre esetén Kolozs vármegye területén járványorvosi szolgálatra vállalkozni hajlandók, szíveskedjenek ezen szándékukat az igényelt fizetés megjelölésével és pontos lakcímükkel együtt Kolozs vármegye alispánjához bejelenteni.

B á n f f y h u n y a d, 1908. október 1.-én.

2—2

Kertész, főszolgabíró.

2987/908. közg. sz.

Kolozs vármegye almási járásában **Magyarnagyszombor** község székhelyével rendszeresített, 29 községre kiterjedő **körorvosi állás** lemondás folytán megüresedett, arra ezennel pályázatot hirdetek.

Javadalmazás:

1. Törzsfizetés 1600 korona.

2. Lakbér 300 korona.

3. Fuvarátalány 300 korona.

4. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. életbe lépte után a lakbér 350 koronára, a fuvarátalány 800—1000 koronára emelkedik. A látogatási díjak pedig nappali 1 korona, éjjel 2 koronára tervezetnek.

Felhívom ez állásra pályázni kívánókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a, illetve az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a értelmében felszerelt pályázati kérvényeket hozzám **f. évi december hó 14.-éig** adják be. A választást 1908. évi december hó 15.-én tartom meg Magyarnagyszombor községében.

Az állás azon esetben, ha orvosdoktor pályázó nem jelentkezik, szigorló orvossal is betöltetik azon kikötéssel, hogy az orvosi oklevél megszerzéséig csak helyettes minőségben fog alkalmaztatni.

Végül felkérem mindazon orvostudor és szigorló orvos urakat, kik a cholerajárvány kitérőre esetén Kolozs vármegye területén járványorvosi szolgálatra vállalkozni hajlandók, hogy ezen körülményt, valamint az igényelt fizetési összegeket Kolozs vármegye alispánjánál Kolozsvárt bejelenteni szíveskedjenek.

H í d a l m á s, 1908. október 1.-én.

2—2

Ráska Zoltán, főszolgabíró.

A **Hernádöllyi Magyar Vasipar Részvény-Társaság** munkástárspénztáránál rendszeresített **orvosi állásra** ezennel pályázat hirdetettik.

Járandóságai: 3200 korona nyugdíjra jogosító évi fizetés, évi 1200 korona lótarási átalány, körülbelül 500 korona jutalom, szabad lakás és szabályszerű fűtési illetmény élvezete.

Pályázóktól egyetemes orvostudori oklevéllel igazolandó képesítés kívánatik s kimutatható gyakorlattal, különösen pedig műtői képesítéssel bírók előnyben fognak részesülni.

A kinevezendő orvos teendőit szolgálati utasítás szabályozza.

Kellően felszerelt folyamodványok **f. év október hó 31.-éig** alulírt címre intézendők.

3-2

Hernádöllyi Magyar Vasipar R.-T.
Budapest, V., Nádor utca 36. II. emelet.

A Rimamurány-Salgótarjáni vasmű-részvénytársaságnak ózdi vasgyári, 60 ágyas kórházában a **segédorvosi állás** üresedésbe jött. Pályázhatnak orvosdoktorok, vagy ezek hiányában szigorló orvosok, kiknek már az első gyakorlati vizsgálatuk megvan. Az egy évi kötelező gyakorlatból a két havi sebészeti s a szabadon választható szakokból a 4 havi gyakorlat a kórházban érvényes.

Javadalmazás: Évi 2400 korona fizetés, butorozott szoba, villanyvilágítás és fűtés.

Az állás **november hó 1.-én** betöltendő s annak elfoglalása egy évre kötelező.

Bővebb felvilágosítással szolgál az ózdi gyári kórház.

3232/1908. sz.

A **Kőrösladány** községnél megüresedett egyik **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek s felhívom a pályázni kívánókat, hogy orvostudori oklevéllel, szolgálati bizonyítvánnyal s születési anyakönyvi kivonattal felszerelt pályázati kérvényeiket **f. évi október hó 31.-éig** bezárólag adják be hozzám.

Az állás javadalma: 1200 korona (az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. életbe lépte után 1400 korona) fizetés, 400 korona lakáspénz. Látogatási díjak: az orvos lakásán 40 fillér, a beteg lakásán a község belterületén 80 fillér, a község külterületén fuvaron kívül 4 km.-ig 2 korona, 4 km.-en túl 3 korona. Éjjel e díjak kétszerese. Fogházásért, érvágásért, orvosi bizonyítvány kiállításáért 1—1 korona, látteleért könnyű testi sértés esetén 2 korona, súlyos testi sértés esetén 6 korona.

A halottkémlel s a szegények gyógykezelése ingyen teljesítendő.

A község lakosainak száma: 7134 lélek.

Szeghalom, 1908. évi szeptember hó 28.-án.

3-2

Csánki Jenő, főszolgabíró.

640/908. sz.

Alispán megbízásából a vármegyei közpórháznál újonnan rendszeresített **II. másodorvosi és egy segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A második másodorvos fizetése: évi 2000 korona és 420 korona lakbér.

A segédorvos 1200 korona fizetést, teljes ellátást kap, mindkét állás nyugdíj jogosult. Kellően felszerelt kérvények bethleni gróf Bethlen Bálint főispán ő méltóságához czímelve, hozzám **f. évi november hó 14.-éig** adandók be.

Torda, 1908. évi szeptember hó 30.-án.

3-3

Borbély Samu dr., 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-Lipcezi Salvatorforrás-Vállalatnál
Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

SYR.HYPOPHOSPHIT.COMP.D^r EGGER

4559

Indicatioi: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhaachitis.
Kapható minden gyógyszerárban.

NESTLÉ

GYERMEKUSZTJE
csecsemők lábbadozók
gyomorbojások részére.

A LEGJOBB ALPESI TEJET TARTALMAZZA
Egy doboz ára 1 kor. 80 fill. kapható minden gyógyszerárban
és drogeriában, ugyanott ismertető iratok ingyen.

Természetes arzén
vasas forrás

RONCEGNO.

A legjobb sikerrel alkalmazva: Vérszegénység, ideg, bőr és női betegségek ellen. Házi kúrák (ivőkúráknak) minden évszakban igen alkalmas. Valamennyi gyógyszerár- és ásványvíz-kereskedésben kapható. Híres fürdő- és klimatikus gyógyhely (Dél-Tirol) Trientől másfél órányi távolság. Gyógyház, Grand Hotel des Bains és park. Legelőkelőbb elsőrangú házak, remek fekvéssel. (535 m.) körülveve 150,000 négyszögletes fenyves erdővel. Impozáns dolomit-panoráma. Enyhe, alpesi klíma. Saison május 1-től októbertig.

Farbenfabriken vorm. **FRIEDR. BAYER & Co., Elberfeld.**

SAJODIN

Új belső jodkészítmény.

A jodkali egyenértékű pótszere.

Teljesen ízmentes, szagtalan,

a betegek jól tűrik.

Adag: naponta 2—4 gm.

Rp. Tabl. Sajodin à 0.5 gm. No. XX. (Eredeti csomagolás.)

JOTHION

új jodkészítmény, epidermatikus alkalmazásra.

felül nem multható felszívódásban, körülbelül 80% jodot szervesen megkötve tartalmaz.

Pótlása a belső jodkalimedicamentumnak,

úgy szintén jodtinctura, jodkali-kenőcsök, jodvasolimentumok helyett. — Alkalmazási mód: beecetelésre 10—25% oldat olívaolajban; bedörzsölésre 10—25—50% kenőcsöt (vaselinnel vagy lanolin, anhydric.)

Képviselő Ausztria és Magyarország részére: **Friedr. Bayer & Co., Wien, I., Biberstrasse 15.**

MESOTAN

a leghatásosabb salicylester rheumatikus affectiók lokális kezelésénél.

Alkalmazva: 25% os kenőcs (Mesotan 10.0, Vasel. flav. 30.0) bedörzsölésre 20—50% olajoldat beecetelésre, az applicatio helyének változtatására.

Spec. indic.: Erysipel (Ruhemann, Pautz), Hyperhydrosis (Strass, Kropel, Schuh), essent. Pruritus vulvae (v. Prof. Olshausen-Berlin Mesotanolaj (1—2) ajánlva).

Mesotan
külsőleg.

Salophen
ill. Aspirin-tabletták belsőleg.

Phenacodin

a Phenacetin, Coffein, Codein és Guarana kombinációja.

Javallatok: **Migräne,**

Hemikrania, Trigemini-Neuralgia, Influenza.

Eredeti csomagolás: 10 tablettát tartalmazó üvegek.

Adag: Erős fejfájásnál egy egész, könnyebb rohamoknál egy fél tablettát.

WILH. NATTERER, Fabrik pharm. Präparate, MÜNCHEN.

LEGTÖKÉLETESEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM

LYSOFORM

OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉGES BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT

Idegbetegyek családi jellegű otthona.

Dr. Batizfalvy-féle
SANATORIUM és VIZGYÓGYINTÉZET
Budapest, VII., Aréna-út 82.

Alapított 1859-ben.

GYÓGYESZKÖZÖK: Vizgyógymód. Szénsavas fürdők. Villamosítás (galvan-, faradikus- és Franklin-áram). Massage (diätetikus és orvosi). Vibrációs és rotációs massage. Svédgymnastika. Hízoló- és soványító gyógymódok. Kifütnő ellátás mérsékelt árak mellett. Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kiváló tisztaság.

Vizgyógykezelésre bejáró betegek is felvétetnek.

Telefon 15-35.

Kivánatra prospektus.

Dr. Ullrich Gyula, vezető-főorvos.

4364



Szt.-Lukácsfürdő
Gyógyfürdő, BUDA.
Téli és nyári gyógyhely.

Természetes forró-meleg kénforrások, iszapfürdők, iszapborogatások, massage, vizgyógyintézet, gőzfürdők, kő- és kádfürdők, gyógyvizuszodák. Olcsó és gondos penzió. Csúszkőszvény, ideg-bőrbajok; lakás felől kimerítő prospektust küld ingyen a Szt.-Lukácsfürdő Igazgatóságára Buda.

Serravallo

China-bor vassal.

Üdülőknek és vérszegényeknek orvosi szaktekintélyek által legjobban ajánlva.

Kitűnő íze miatt főleg gyermekek és nők szívesen veszik.

Egészségügyi kiállítás Wien 1906: állami díj és díszoklevél, nagy aranyérem. Legmagasabb kitüntetés.

Sokszor kitüntetve. — Több mint 5000 szakvélemény.

Orvos urak kívánatra irodalmat és mintát ingyen és bérmentve kapnak.

J. Serravallo, Triest-Barcola.

Kiváló orvosaink ajánlják a

Budai Mária-gyógyvizet

szív- és vesebajok, húgyvisszér és emésztő rendszer bajainál. A vizeletet fokozza, az étvágyat meglepően javítja, az agyvernyomást csökkenti, a székelt rendezi.

Páratlan hatású gyermekhashajtó!

Főraktár: Édeskút L. ásványvízkereskedő, Erzsébet-tér 8. Telefon 16-32.

Központi iroda: Budai Mária-gyógyforrás részvénytársaság, Erzsébet-körút 9. (New-York-palota.) Telefon 91-98.

Bordighera (olasz Riviera)
okt. 15-től májusig nyitva.

Szálloda és gyógyház Cap d'Ampeglio



gyomor-, bél-, vese-, szív-, ideg- és anyagcserebetegségek részére.

Szigorú egyéni kezelés; diätetikus kúrák, elektrotherapia és hydrotherapia minden formában, az újonnan épült vizgyógyintézetben.

— Prospektusok. —

Tulajdonos:

J. Künzler.

6291

Vezető orvosok:

Dr. Schwoerer-Badenweiler, udv. tanácsos.

Dr. M. Dapper-Bad Neuenahr,

Prof. von Noorden, Wien, hosszú éveken át volt assistense.

Tuberkulosis és más ragályos betegségek kizárva.



TÖBB KIÁLLÍTÁSON KITÜNTETVE.

TARTALMAZ EMULSIÓBAN 50 % CSUKAMAJOLAJAT. - SZAGA ÉS IZE KELLEMES, KÖNNYEN BEVEHETŐ, FELBŐFÖGÉST ÉS DIARRHOÉT NEM OKOZ.

POTIO OL. JECORIS.

KAPHATÓ AZ ÖSSZES GYÓGYSZERTÁRAKBAN. - KISÉRLETI MINTÁK DIJMENTESEN ÁLLNÁK RENDELKEZÉSRE. - EGY 600 GRAMMOS ÜVEG ÁRA 4 KOR. 75 FILL., PRÓBA ÜVEG 2 KOR. 50 FILL. Készíti: Z. Nagy Albert gyógyszerész Csanádpalota.

TÖRV. VÉDVE.

„PHOSPHATINE FALIÈRES“

(készítők: Chassaing és Társa. Paris)

a legkiválóbb gyermektápszer

kapható minden gyógyszerárban.

MAGYARORSZÁGI FŐRAKTÁR: ZOLTÁN BÉLA GYÓGYSZERTÁRA BUDAPEST.

dik. Legutóbb ezelőtt egy évvel vizsgáltam a méhet, a mely akkor már alig volt ökölnyi.

II. 33 éves OP. asszony. Kivérzett, viaszsárga arczezel, szapora hitvány kis pulsussal, 10 évvel ezelőtt keresett fel engem. Mielőtt én láttam, vizsgálta az asszonyt más nálam vérmesebb mütő is, de az általános és nagyfokú vérszegénység miatt a mütétet egyelőre ő sem ajánlotta. A daganat hasonló nagyságú és körülbelül olyan elhelyezkedésű, mint az elsőnek leírt betegben; a szonda 21 centimetryire halad jobbra és felfelé a méh üregébe; a szondavizsgálat szerint a méh ürege göbös, egyenetlen. A fibromás, nagyon tág és magasra felhúzott méhből folyó vérzést tampon nem csillapíthatja s ha a fibromagöböknek egy része úgy ül a méhfalban, hogy az őket körülvevő s a méh ürege felé tekintő tokrészt a daganat felett vékony, mert nagyon meg van nyújtva, akkor össze sem húzódhatik s a nyálkahártya vérző ereit ez a vékony fal elzárni nem tudja. Az ilyen asszony a legerősebb cornutin szedése ellenére is tovább fog vérzeni, a hüvelybe tett tampon meg csakhamar átázik, akkor pedig nem használhat semmit; nagy, daganatos méh a legkisebb mozgáskor a helyéből maga is kimozdul, ilyenkor a tampon felett elcsúszik a méhszáj, kis rés keletkezik, ide a méh üregéből mindjárt vér szivárog s a tampont lassan átáztatja; de meg fibromás nagy méhnek a hüvelyét jól, vérzést csillapító módon nem is mindenkiben lehet tamponálni; a lenyomott, megrövidült hüvely nem tartja a tampont. Ilyenformák voltak a viszonyok a most leírt betegben. Valamit pedig a már teljesen kivérzett asszonyon mégis csak tenni kell. Sima méhüreget ki lehet kaparni s ha nincs továbbra is a méh üregében az a vaskos, vérző hártya, a vérzés legalább egy időre, mondjuk hetekre megszűnik és talán a következő hónapokban mérsékelt lesz. Gödrös méhet azonban jól kitakarítani nem lehet s a kiálló göbökre való tekintettel a kaparást nem is tartjuk teljesen ártatlan mütétnek; ha a kaparókanál a daganat tokját megsérti, a daganat széteshet vagy elhal s mind a két esetben csak gyökeres mütét segíthet a most már halálössé vált nagy betegségen. A vérszegény, gödrös méhű asszonyt nem mertem kaparni, kezeltem hát őt is. Csináltattam a méh üregének megfelelő hosszú instrumentumokat (a canule 21 cm.) s ezeken át öblítvén a méhet, a vérzés elállott. Tíz évvel ezelőtt a kezelést jódos alkohollal — jodtincturával — kezdtem el, utóbb azután, kiváltképen az utolsó két évben, a cikknék a végén elmondandó módon s itt-ott felváltva közben-közben jódos alkohollal is kezeltem az asszonyt; eleintén négyszer egy évben jött fel kezelésre a vidéki asszony; az utolsó években már csak kétszer jön fel hozzám. Tekintettel az asszony fiatal korára, a mely előtt évekké messze volt a törvényes klimax, a mint erősödött, megajánlottam neki már a gyökeres kúrát, a daganat operációját, ő azonban annyira jól érezte magát, hogy hallani sem akart az operációról. Ma a daganat alig fele annyi, mint a milyen nagy volt, az asszony jól néz ki, jókedvű s bizalommal várja, hogy nemsokára átvesszi tőlem kúrára őt is a természet.

III. Vérezgető daganatos asszonyhoz kértek két évvel ezelőtt, az asszony akkor 41 éves volt. Menstruációi erősek s mindig görcsös fájdalmakkal jelentkeztek. Akkor is, a mikor én először láttam, ilyen görcsökkel s vérzéssel szenvedett. Jobbra kitért kis emberfejnyi méhet találtam, mellette baloldalt szélesen tapadó még egy nagy ökölnyi göböt. Operációba nem egyezett bele. A mütét egyébként a tanácskozásunkkor úgy is ellenjavalt volt, mert az asszonyból profus folyás ürült. Kezelgettem tehát. Minden kezelésre kifejezett erős összehúzódnások támadtak a méhben s egyszer csak az egyik kezelésre az összehúzódnások állandóan, rendszerrel, mint a szülés alkalmával szoktak, rövid pausákkal meg-meg ismétlődnek s kitolnak mintegy fél nap alatt két olyan fibromát, mint egy-egy gyermekfej. Ezután a kezelést az asszony fájdalom nélkül teljesen jól tűrte s közben a baloldali ökölnyi daganat a normálisra összezsugorodott méhfalból lassanként subserosusan kiválván, felenagyságára szintén kisebbedett. Volt tehát a méhben két nagy submucosus és egy subserosusnak induló fibroma, a két belső kivált és meg is született, a harmadik ott van ugyan még, de ez is kisebbedett s ma semmiféle kórtünetet sem okoz. Az asszony most minden tekintetben egészen jól érezi magát. A három leírt beteg közül kettő a klimax idejében, egy pedig még fiatal korában fibromás nehézségekkel súlyosan beteg volt. A két előbbi nagyon vérszegény volt, a harmadik pedig maga sem egyezett bele

a mütétbe. Azért választottam ki a közlésre éppen ezt a három fibromás beteget, mert egyrészt variációt képeznek a korban és a betegségük lefolyásában is, másrészt meg azért, mert a szemem előtt vannak most is folytonosan s az állapotukat évek óta mindig magam személyesen tartom evidentiában.

A kezelés tehát abban áll, hogy a nyálkahártyát lassanként leedzzük s az edzést úgy végezzük, hogy mindenkinek a szükséglete vagy a természete szerint mintegy adagoljuk, vigyázattal arra, hogy ne ártsunk vele. Pár évvel ezelőtt, először 1900-ban irtam én már erről, akkor még csak a jodtincturát használtam e célra s ezt ma is jónak tartom. A jodot azonban olyan erős oldatban, hogy hadd, csak kis mennyiségben lehet a méhbe fecskendezni; a nagy, tág méhű asszonyok közt van, a ki sok jodra jodismust, kiütéseket kap, ez okból erős és sok joddal nem merem az ilyen méh üregét mosni, göbös, zeg-zugos méhet pedig csak mosogatásokkal lehet gyógyítani. Ma az ilyen fibromás méheket formalinnal mossuk. A formalinoldatot a szükség és az egyén szerint lehet változtatni. Kis méhbe 1 vagy 2 cm³ nagyságú Braun-nal fecskendezhetünk be 5—10—15⁰/₀-os oldatot egyszer egy héten. Nagy méhet kimosunk több, de higabb formalinoldattal, lehet az az oldat 1¹/₂—1—2⁰/₀-os, ebből aztán a szükségletszerint fél vagy egy liter használunk. Az első ilyen kezelés vagy mosás mindig neutrális; az asszony eleintén még félénk és érzékeny, mert nem tudja, hogy mi történik vele és a méh is ingerlékenyebb az első kezelésre, mint lesz a többire, tehát szoktassuk a méhet. Én az első méhmosások előtt egy-egy belladonnakúpot szoktam a végbélbe tenni, a mosás után meg 0.5 gramm aspirinnal vagy pyramidonnal talán csak suggerálok inkább, semmint fájdalmat szüntetek. A mint a betegek látják a kezelés hatását, szívesen eltűrik azokat a különben is mérsékelt görcsöket, melyeket a jód vagy formalin kivált. Néhány mosás után a méh már nem érzékeny, görcsök sem jönnek s van olyan asszony is, a ki a mosások közben görcsöt sohasem kap. A görcsök különben is csak erős összehúzódnások, ezek még hasznunkra válhatnak akár ha csak vérzést, akár pedig ha fibromát gyógyítunk. A méhet mi külön erre a célra készített vékony Fritsch-féle kettős katheretrel mosogatjuk. Lényeges, hogy a fecskendő csúcsa vékony, gömbölyű s kúp alakú legyen; a méh belső szája kis, keskeny harántrés és köröskörül idegekkel teljes, körülbelül ebben a magasságban fekszik hátul a két nyaki ganglion; ha erőszakoskodunk, lehorzsoljuk a méhnyálkahártyát éppen a méh belső szája körül s mikor az ilyen hámfosztott helyet éri a formalin, ott éget és ilyenkor bizonyosan görcsöket is okoz. Lényeges még az is, hogy az asszony a hátán feküdvén, feje magasabban legyen elhelyezve, mint a medencéje; meg az is lényeges, hogy a formalinos edényt magasra ne, legfeljebb fél meterre tartsuk. A harántágyra helyezett betegek feje néha mélyen fekszik s a magasra tartott oldat erős sugarából folyadék, vagy annak a gőze könnyebben juthat fel a tubán át a has üregébe és az idejutott gőz is már fájdalmakat okoz. Ezt az incidenst mindjárt meg lehet ismerni; az asszony bizsergést, hangyamászást érez a hasában s kellemetlen lesz azonnal a szájának, a nyálának az íze, kipirul az arca, piros lesz a kötőhártya is s könyezik a szeme. Öt év alatt háromszor láttam ezt a hirtelen keletkező formalinhatást, mindig a fektetés s a kezelés módja volt benne a hibás. De hát ez sem valami nagy hiba; leírtam, hogy ne lepjen meg senkit, ha találkozik vele; sem a formalin, sem a jodtinctura, ha feljut is a tubán, nem okoz a hasban ilyen mennyiségben semmi különös bajt; éppen ez a különbség köztük és az injectióra vagy méhmosásra használatban levő különféle többi szer közt. Parányi jód vagy formalingőz már jelenti magát és pediglen nyomban jelentkezik, mihelyt a tubában van, az általuk okozott tünetek pedig percek alatt elmúlnak, a mint abbahagyjuk a hibás öblítést. Nem így van az a lapis-, chlorzink- vagy vaschlorldoldattal; ha ezekből jut be csak egy kis csepp is a tubába vagy éppen a tubának a hasi nyílásáig, nagy reactio kél mindig a nyomában, az asszony súlyos beteg lesz, a gyuladástól visszamaradó izzadmány pedig rendszerint elgenyed. Egy-két Braun-nyi jodtinctura nem tesz kárt sohasem, pedig többet használni egyszerre nem szabad. A formalin erős oldatát vagy a gyengébbnek gyakori alkalmazását azonban némelyik vese nem tűri. Megtörténik például, hogy erős vérzés miatt három nap egymásután mindennap kimosuk a méhet s azután még 2—3 naponként többször kell ismételnünk a formalinos mosást; ilyenkor, ha a vesék

gyengék, megeshet, hogy előbb csak fehérjét mutat a vizelet s ha folytatjuk tovább is teljes erővel a kúrát, a vizeletben vér is jelentkezik, az véresen festett lesz. A beteg vese nem választja ki azokat a mérgeket sem, melyeket maga a test termel, ilyenél semmiféle könnyű mérget sem lehet gyógyszerül használni; az egészséges vese a méh ürege felől felszitt formalinból nagyon sokat leszűr a nélkül, hogy ezt a munkáját functionális ingással kísérné. Vizsgáljuk meg a vizeletet tehát s ha benne fehérjét találunk, tartsunk egy kis szünetet, és ha a vizelet megint megtisztult, öblítsünk nagyobb időközökben, vagy gyengébb oldatot használjunk. Azt, a ki a formalint épséggel nem tudja eltűnirni, a szokott módon jodfecskendezésekkel kezelgetjük most is.

Az elmondottak szerint két szerrel rendelkezünk, a mely eddig évek során át ki van már próbálva s a mely még akkor sem okoz súlyos következményeket, hogyha, mert a hasba jutott, menten felszívódik. Mind a kettő égeti, pusztítja azt a finom hártát, a mely a méhet béleli, a mely időnként vérrel megtelődik s a melynek a lényegesebb részét s a nagyobb tömegét hámszövet alkotja. Gyakori és erős edzéstől teljesen elpusztul az érzékeny hengerhám, mérsékelt edzésre megmarad a mélyebb rétegekben. Fialtal asszony endometritisében csak az endometritist akarjuk kezelni, az asszonyt azonban sterilé tenni nem akarjuk, a klimax idejében beteges méhből pedig leégethetjük fokozatosan az egész nyálkahártyát. A fibromás göböt a vérbőség táplálja s a testet főképen a vérvesztés rontja le beteggé; ha leedzzük a méh nyálkahártyáját teljesen, emberi számítás szerint nem nő a fibroma s nem vérzik az asszony. A kis, nem daganatos méh kezeléséhez elég kevés oldat, de erősebb legyen az, például 5—10—15%-os formalinos oldat; a nagy tág méhet már öblögetnünk kell sok, de épen ezért gyengébb oldatokkal. Az eredeti Schering-féle formalin 40%-os, ebből tehát 25 gm. szükséges egy liter sterilizált vízre, hogy 1%-os oldatot kaphassunk, két literre ennyi 0.5%-os oldatot fog adni. (25 gm.: 100-ra = 10%-os oldat, 25:200-ra = 5%-os oldat). Az oldat se hideg, se meleg ne legyen, a hideg ingerli a méhet, a meleg pedig nagyon felpuhítja a nyálkahártyát; tudvalevő dolog, hogy mindenféle marószernak melegített oldata fokozott mértékben fejti ki hatását. A víz és az eszközök természetesen sterilek legyenek. Az első injectio — mint mondtam — csak szoktató legyen; valamely enyhébb szerrel, mint a milyen a formalin, például tiszta alkohollal, vagy mosás 25%-os alkoholos vízzel. A méhszáj előzetes kitágítására semmi szükség sincsen, de meg a tágitás az injectiót vagy mosást műtetté fokozza, a kezelést nagyon komplikálja; azonfelül a tágitás felsérti a hámot s ha idejut az oldat, fájdalmakat okoz. Az injectiókat végezhetjük akár ambulanter is hengeres tűkörben, csak arra ügyeljünk, hogy a tűkörbe állított portiót, a méhszáj környékét jól desinficiálván, a hüvelyből a fecskendő csővével ne toljunk a méhbe nyálkát. A fecskendő csőve vékony, ruganyos s görbületével a méh alakjához idomított legyen. Az én fecskendőim mind kaucukból vannak s 1:1000 sublimatban állnak. A ki nem bizik magában, az injectiókat is harántágyon adja. Erősebben hajlott méhek az üregébe csak kanalas tűkörben lehet fecskendezni. A canulet feltolhatjuk a méh fenekéig; a mint azt érintjük, az asszony mindjárt jelzi, de ennyire feltolni nem is kell a canulet, mert, a mint a belső méhszájon áthaladt a csúcsa az eszköznek s a canule nyílása már bent van a méhben, valamivel erősebb nyomásra a folyadék sugara felugrik a méh fenekébe s lecsurog a méh belső falain. Minél vékonyabb a fecskendő csőve, annál több hely marad arra, hogy a méhszájon keresztül a befecskendett oldat vissza tudjon folyni. Túlerős nyomással fecskendett folyadék bejut a tubába s a fentemlített göresöket váltja ki. Ha vizsgálatunk útján ismerjük a méhek a nagyságát, akkor tudjuk azt is, hogy körülbelül mennyi folyadékot fogad be a nélkül, hogy túl legyen terhelve. Edzeni azonban csak a méh belsejét van szándékunkban, a visszafolyó oldat pedig marja a hüvelyt is; ez a marás a hüvelyben nem fájdalmas ugyan, de lehámozza az orvosság ott is a csatornát, a hol erre a lehámozásra semmi szükség sincsen, az idegdús vulvát meg épen nagyon égeti a formalinnak gyengébb oldata is. Kevés oldattal adván a fecskendést, a visszafolyó fölös oldatot vattával vagy gaze-zal felfoghatjuk, a mint kiömlik a külső méhszájon; ha pedig mossuk a méhet, tehát sok oldattal adjuk az öblítést, mint a hogy makacs endometritis vagy fibroma eseteiben szoktuk, ugyanez csak egyszerre a méhölblítéssel egy

másik irrigatorból steril vízzel vagy gyenge sublimattal fecskendezvén a hüvelyt, higitjuk a lefolyó oldatot s ekként elejét vehetjük minden vulvafájdalomnak. Ne felejtjük, hogy a méh üregében mindig marad vissza valami kevés az oldatból; a mikor ez a pár csepp lefolyik a méhből, megint csak égetni fogja az asszony vulváját. Mi az öblítés után kitapintott hüvelyt és vulvát jól ki szoktuk kenni védőzsiradékkal, például zinkvaselinnel. A kezelés után 10—15 perezig pihenjen az asszony, addig a míg megnyugszik a méhe. A nagyon tág, fibromás méhben néha meggyűlnek a pörkők és csak a legközelebbi öblítés alkalmával távoznak el onnan; ezeket eltávolítani nem épen szükséges, de nem is felesleges a formalinos mosás után 2—3 nap múlva kimosni a méhet valamely gyenge desinficienssel vagy soda bicarbonás vízzel. A formalinkezelések után másod-harmadnapra gyengén festett folyás szokott mutatkozni, negyednapra ez a színes folyás rendszerint megszűnik, de pár napig még tapadós, vizes kifolyást érezhet az asszony; erősebb ilyen reakciós folyás esetében adhatunk közben-közben egy-egy jodfecskendést a formalin helyett.

Mi gyakran kezelünk vidéki beteget, a kinek a kúrára rövid az ideje, akként, hogy váltogatva adjuk a jodot és formalint. A jod után a harmadik napig kis pörkők szoktak kiürülni s azután teljesen megszűnik minden kifolyás. Megtörténik az is, hogy kis méhek makacs catarrhusainál injectiókkal nem tudunk czélt érni, akkor ezeket is mosással kezeljük. Azután meg sok fibromás méhek szűk a külső szája, ezeket a kezelést megkezdése előtt ki kell tágitani, mi discindálni szoktuk; a tágitás ilyenkor azért is szükséges, hogy a kezelést ezzel megkönnyítsük, meg azért is, hogy az öblítő folyadék könnyen vissza tudjon folyni és ne maradjon sokáig üregében.

A kezelést az endometriumnak minden betegsége ellen sikerrel lehet alkalmazni; endometritis fluorral vagy vérvesztéssel, akár interstitiális vagy glanduláris, syphilises méhek vagy öreg arteriosclerosisos méheknek rendetlen vérzése ellen épen úgy használ, mint a hogy megfogja a fibromás vérzést. A gyógyítás módja egészen egyszerű s azért mindenki, a ki a méh anatómiáját ismeri és tiszta is tud lenni, könnyen végezheti. Ötödik éve már, hogy formalinnal mosogatjuk a beteg méheket s e kezelés kárát mi sohasem láttuk, a gyógyító hatását pedig majd minden esetben, a hol vele éltünk, úgy, hogy a szemünkben több ma az értéke mint minden más eddig szokásban volt gyógyításmódnak. A kezelés nem használ, ha hibásan végezzük, de ártani ilyenkor sem fogunk vele, már pedig minden gyógyításnak ez az első feltétele.

Kétszer közöltem már e lapban az endometrium injectiók kezeléséről szerzett tapasztalataimat: 1900-ban „Az endometrium kezelése intrauterin injectiókkal” és 1906-ban „A fibromyomáról a gyakorlóorvos szempontjából” cím alatt. Hogy megint írok erről a tárgyról és mintegy ismétlem magamat, annak három oka van: Először, mert a gynaekologus-szakosztály f. évi júniusi ülésén lefolyt vitából azt láttam, hogy még a gynaekologusok figyelmét is elkerülték a közleményeim; másodsor, mert a lipcei gynaekologus-szakosztály 1908 május 18-i ülésén (Zentralbl. f. Gynäk. 1908. 35.) az endometrium injectiók kezelését mint veszélyest elítélték, és harmadsor, mert a kezelés körül újabb tapasztalásaink vannak, azt tökéletesítettük és különösen a lipcei véleményekkel (Zweifel: Die Gefahren und der Nutzen der intrauterinen Injectionen. Archiv für Gynäk. 86. kötet 2. füzet) éles ellentétben mindenek felett alkalmasnak, könnyen eszközölhetőnek, olyannak tanultuk ismerni, mely rendesen végezve, semmiféle veszéllyel összekötve nincsen és ezért érdemesnek tartjuk arra, hogy másoknak ismét és még inkább ajánljuk.

Közlés a budapesti kir. m. tud.-egyetem idegklinikájából.
(Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár.)

A központi idegrendszer megbetegedéséről polyneuritis degeneratívában.

Irta: **Herzog Ferencz** dr., tanársegéd.

(Folytatás.)

H. B. H., 49 éves gépészt 1907 augusztus 15-én vettük fel az idegklinikára. Atyja 56 éves korban halt meg ismeretlen betegségben, anyja 72 éves korban végelgyengülésben. Öt testvére él és egészséges. Gyer-

mekkori betegségekre nem emlékszik. 22 éves korában fekélye volt, a mely miatt tíz kénésőkenőcsbedörzslést végzett. 23 éves korában állítólag ölmóklikája volt, hasa puffadt volt és napokig nem volt széke. Ezután három hónapig gyengélkedett. 25 éves korában megnősült. Ezen házasságból három gyermeke született, kik közül kettő él és egészséges, egy pedig 21 éves korában halt meg tüdőtuberculosisban. Neje egyszer elvett. 39 éves korában állítólag megint ölmomérgézése volt, ismét makacs székrekedésben szenvedett és hosszú ideig, körülbelül 4 hónapig fájdalma volt mindkét karjában és kezében. A mérgezéseket állítólag minium okozta. Három év óta ritkán van ölmomtartalmu anyaggal dolga. Négy-öt év óta naponta átlag 8 deciliter bort iszik, azonkívül néha sör és cognacot.

Jelen betegsége 1907 augusztus elején kezdődött. Eleinte jobb kezének ujaiban, majd mindkét lábában bizsergést érzett. Ekkor járása még egészen jó volt. Néhány nap múlva hirtelen gyengültek lábai, a bizsergés fokozódott és fájdalmasság támadt térdében és lábában. Augusztus 5-én már nem tudott járni, a fájdalom pedig igen heves lett. Ugyanezen idő óta jobb szemét nem tudja egészen kinyitni. Hasa puffadt lett és a máj tája érzékeny volt. Már röviddel betegsége kezdete előtt azt vette észre, hogy vizelete nehezen indul, várnia, préselnie kellett, a vizelet pedig eleinte csak lassan, cseppekben ürült. Augusztus 8-án pedig már katheterrel kellett kiüríteni a hólyagot. Azóta naponta csapolták a beteget. Gyakran van erős fejfájása. Törzsének jobb felében zsibbadást érez. Bajának kezdetétől makacs székrekedésben szenved.

A magas termetű lesoványodott beteg csontrendszere ép. Bőrszíne senyves, a nyálkahártyák halványak. Ölomszegélye nincsen. Megnagyobbodott nyirokmirigy nem tapintható. Mellkasi szerveiben eltérés nincsen. Az art. brachialis láthatóan lüktet. Hasa puffadt, kissé érzékeny. A vékony hasfalának keresztül jól látható a máj széle, mely valamivel lejjebb van és tömöttebb a rendesnél. Egyébként nincsen rendellenesség a hasi szervekben. Vizeletében kevés fehérje, a genypróba pozitív. Üledékében laphám- és fehérvérsejtek, de hengerek nem találhatók.

A beteg felvételekor lábára állani nem tud, ágyban felülni segítség nélkül nem bír. Az alsó végtagok izomzata petyhüdt, a felső végtagoké rendes tonusú. A passív mozgás nem korlátozott. A jobb felső szemhéja lecsüng, ez a szemrése szűkebb. Jobboldalt a homlok ránczolás nem sikerül oly jól, mint baloldalt, a jobb szemhéjak zárása kisebb erővel történik, a fogaknak mutatószakara pedig elmarad a jobb szájjug.

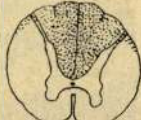
A szemmozgás szabad. Kettős látás nincsen. A rágóizmok jól



1. ábra.



2. ábra.



3. ábra.

húzódnak össze, a légyszájpad mozgása jó. A nyelés szabad. A nyak-izmok jól működnek. A mellkas belégzéskor jól tágul, a lélegzés hasi-mellkasi. A rekesz kitérése rendes. A két felső végtag activ mozgásában nincsen eltérés. Az alsó végtagok majdnem teljesen bénultak, a beteg azokat sem felemelni, sem térdben meghajlítani nem tudja. Csak lábujjait tudja mindkét lábán kissé mozgatni. Mozgási kísérletek közben ugyan összehúzódnak az alsó végtagok izmai, de ez nem eredményez mozgást. A beteg két lába plantarflexióban van. Felvételtkor az izmok villamos ingerlékenységében sehol sincsen eltérés.

Egyik Achilles- és patellainreflex sem váltható ki. A kar triceps-inreflexe kiváltható, a has-reflexek szintén. A talpreflex hajlító. Láb-tünet nincsen.

A lábujjakon, lábháton és talpon mindkét oldalon, továbbá a hason a köldöktől felfelé és a jobb mellkasfél elülső felszínén a bimbó magasságáig analgesia van. A mellkasi analgesia területén anaesthesia. Egyéb érzésszervekben nincsen eltérés.

A két pupilla egyenlő, középtág, fényre és alkalmazkodásra jól reagál. A szemfenék ép. A hallás jó.

A beteget a 2 1/2 hónappal később bekövetkezett haláláig figyelemmel meg.

A beteg állapota a felvételt követő első hetekben rosszabbodott. Fájdalma alsó végtagjaiban egyre fokozódott, úgy, hogy egyéb fájdalom-csillapítószert mellett csakhamar morphiura is szorultunk. A fájdalom állandó, égető-szaggató jellegű volt és ellentétben a tabesises lancináló fájdalommal, időnként sem szünetelt. A két alsó végtag mozgására erősen fájdalmas és nyomásra érzékeny volt, főképen az izületek szomszédságában. Az idegtörzsek ellenben nem voltak körülírtan érzékenyek. Az izületekben nem találtunk elváltozást. A fájdalmasság a felvétel után való harmadik héten érte el a legnagyobb fokát, azután lassan csökkent, a beteg halálát megelőző két héten pedig teljesen megszűnt. Rövidebb ideig (a klinikai tartózkodás első 9 napján) szibbadása is volt jobb arczfelében, a nélkül, hogy itt az érzésben eltérés lett volna. A szeptember 6-án végzett érzésvizsgálat szerint az érzésbénulás majdnem ugyanolyan terjedelmű, mint felvételtkor, csak hogy a hason és a két lábon is anaesthesia fejlődött ki. A mély érzésben most sem volt eltérés, a mozgásérzés vizsgálata ugyan nem volt megbízható a mozgáskor keletkező fájdalmasság miatt.

Párvonalosan a fájdalmasság fokozódásával súlyosbodott a mozgásbénulás. Augusztus 18-án a beteg kettős látásról panaszkodott. Jobbra tekintéskor egyenlő kettős képek voltak jelen. Ezen kettős látás majdnem

egy hónapig állott fenn változatlanul, azután csak időnként volt meg két hétig és végre teljesen megszűnt. Az alsó végtagok gyengülése is fokozódott az első hetekben a teljes bénultságig, azután azonban lassan kezdett visszatérni a mozgás, előbb lábujjait, majd egész lábát is tudta mozgatni. A mozgások nem voltak ataxiásak. A facialis paresis és ptosis eleinte változatlan maradt, azután lassan kezdett javulni és egy hónap múlva teljesen eltűnt. Időnként rohamokban nehézlégzés jelentkezett, a rekesz kitérésében azonban ilyenkor sem volt eltérés.

A villamos vizsgálat egy héttel a felvétel után a n. peroneusokon csökkent ingerlékenységet derített ki a farados és galvanárammal való ingerléskor. A megfelelő izmok farados ingerlékenysége is csökkent, a kathod nagyobb inger az anodnál. Ezen elváltozás lassan fokozódott és körülbelül egy hónap múlva teljes elfajulási reactio volt az említett idegekben és izmokban. Anodzáráskor gyengébb áramra jött létre a rángás, mint kathodzáráskor. Később azonban azután lassan visszatért az ingerlékenység a n. peroneusokon és az izmokban is, úgy, hogy néhány nappal a beteg halála előtt az izmok közvetlenül és közvetve is ingerelhetők voltak farados és galvanárammal. A rángások azonban még akkor is renyhek voltak.

A vizelet-zavarok a felvétel után egy hónapig változatlanok voltak, állandóan katheterezni kellett a beteget. Később a beteg bár nehezen, de spontán tudott vizelni. Egész észlelésünk alatt makacs székrekedésben szenvedett, széke csak beöntésre volt. A betegnek pulsus majdnem állandóan szaporább volt (körülbelül 100).

A beteg felvételétől kezdve egészen 10 nappal a halála előtt teljesen láztalan volt. Ekkor eleinte kisebb, majd nagyobb (39-40-ig) és rázóhideggel járó szabálytalan láza lett. Ugyanez időben mindkét tüdő felett hátul-alul számos szörcsölés volt hallható, de kopogtatási eltérés nem volt kimutatható. Teljes étvágytalanság nehezítette meg már kezdetől fogva a beteg táplálását, úgy, hogy a beteg erőbeli állapota egyre rosszabbodott és a láz beálltával teljesen leromlott. 1907 október 29-én következett be a halál.

Már észlelésünk kezdetén is feltűnt a beteg labilis kedélye. Igen könnyen sirva fakadt, de gyorsan, néhány szóval meg lehetett nyugtatni.



4. ábra.



5. ábra.



6. ábra.

Egyébként azonban egészen normálisan viselkedett, teljesen tájékozott volt, a hozzáintézett kérdéseket megértette és értelmes feleleteket adott. Három héttel halála előtt éjjelenként nyugtalan kezdett lenni és ébren olyan dolgokat beszélt, melyek helyzetének hibás megítéléséből eredtek. Így, bár önmagával teljesen tehetetlen volt, fél akart keln, hogy hazamenjen, követelte, hogy ruháit neki kiadják. Éjjel egyszer arról beszélt, hogy darát szállít. Másnap reggel elmondta, hogy el akarták lopni a darát és hogy ő szaladt a tolvaj után. De nem látszik abban egész biztosnak, hogy megtörtént-e mindez. Máskor nemi részeivel babrál és összefüggésbe hozza azokat a vízműnek, hol dolgozott, szivattyúival. Más alkalommal reggel elmondja, hogy a szomszéd ágyon fekvő beteg elvitte egy vendéglőbe, hol leltatta, a vendégek pedig rászóltak, hogy esendben legyen. Elmondja, hogy ott aludt és csak reggel jött vissza. Összefüggésben lehet ezen csalódással, hogy azon éjjel nagy nyugtalan-sága miatt többször esendre intették a beteget. A közelmúltban történt dolgokra sokszor nem emlékszik. Nem tudja, hogy milyen napok van, hogy mit ebédelt, hogy kik látogatták előző napon. Néha nem ismeri meg testvérét, majd az ápolónőt nézi testvérenek és csak akkor ismeri meg, mikor ismételtelen figyelmeztetik tévedésére. Csalódásaiból kiindulva újabb csalódások elmondására bírható.

A bonczolás nem derített ki a központi idegrendszerben és idegekben szabad szemmel látható elváltozást. Csak a hátesigolyák táján volt a lágy burok gyengén szürkés-fehéresen megvastagodva és összetapadva a kemény burokkal. Kórbonczolástani diagnózis (Fuszek dr.): Nephritis interstitialis chronica. Hepatitis interstitialis chron. Bronchitis diffusa. Pneumonia catarrhalis bilateralis. Emphysema minor. grad. pulm. Endo- et mesoarteriitis chronica def. aortae ascendens et arcus gravis, aortae thoracicae in vestigiis. Degeneratio parenchymatosa minoris gradus myocardii. Atrophia et anaemia univ. Oedema pulmonum.

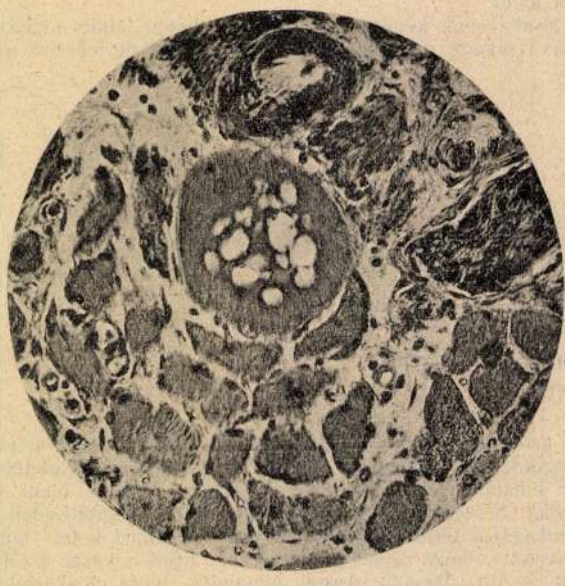
Az idegrendszer szövettani vizsgálata nagy kiterjedésű elváltozást mutatott ki a központi és környéki idegrendszerben. A Marchi és Weigert-féle festési eljárásokon kívül haematoxylin- van Gieson- és thionin-festést is alkalmaztam.

A gerincvelőnek minden második segmentumából vettem ki darabkákat. Marchi szerint kezelt metszeteken volt legerősebb és legnagyobb kiterjedésű az elváltozás. A gerincvelő keresztirányú és ágyéki (1. és 2. ábra. 4. sacralis és 2. lumbalis segmentum) és alsó háti részében a hátulsó nyálábok számos, elfajulásnak megfelelő fekete szemecskét tartalmaznak. A szemecskék majdnem egyenletesen vannak elosztva a hátulsó nyáláboknak egész harántmetszetén, csak a legbelső részén van valamivel keve-

sebb. A gerincvelő felső háti részében hasonló a hátulsó nyaláb elfajulása, de a Burdach-féle nyalábok külső részében kevesebb a szemese. A 6. háti segmentumtól (3. ábra) felfelé ezen elfajuláshoz az oldalsó nyalábokban a kisagyi pályának megfelelő rész elfajulása csatlakozik, mely felfelé egyre erősödik. A nyaki gerincvelőben (4. és 5. ábra, 5. és 1. nyaki segmentum) még nagyobb terjedelmű ezen elfajulás és leg-erősebb a legfelső segmentumokban, a hátulsó nyaláboké pedig olyan mint a gerincvelő felső háti részében. Sok szemest tartalmaz azonkívül a Lissauer-féle zóna.

Az elülső és hátulsó gyökerekben is látni elfajulást a Marchi-készítményeken. Ez kifejezettebb a lumbális és sacrális rész hátulsó gyökereiben, ahol a degenerált rostok jól követhetők a hátulsó szarvba. A háti részen kevesebb, a nyaki részen pedig csak kevés szemese van a hátulsó gyökerekben. Az alsó háti, az ágyéki és sacrális velőben az elülső gyökerekben is van degeneratio. A sacrális velőben az elülső gyökereknek intramedulláris része is degenerált, láncszerű szemcsék haladnak az elülső szarvból a fehérállományon keresztül a gyökerek eredéséig. Még meg akarom említeni, hogy a Marchi szerint festett készítmények kifogástalanul sikerültek, azaz a nem degenerált pályákban egyáltalában nem volt szemese.

A Weigert-Pal-féle velőshüvellyestés megerősíti ezen észleleteket, csak hogy ezen készítményeken kevésbé kifejezett az elfajulás és némelyik nyalábban egyáltalában nem látszott degeneratio. Hosszmetszeteken feltűnik a degenerált nyalábok rostjainak vékonyabb volta, a rostok helyenként duzzadtak, helyenként keskenyek. A rostok között számos gömbalakú vagy hosszúkas rög van. Egyik-másik rostot alig festődő keskeny részletek segmentumokra osztják. A gerincvelő végső részében kiterjed a degeneratio mindkét hátulsó nyalábra egyenletesen, a nyaki részen csak a Goll-féle nyalábokban van határozott rostritkulás, míg a Burdach-nyalábok csak kissé világosabbak a rendesnél. A háti részen a ventralis



7. ábra.

mezőben és a Schultze-féle komma területén aránylag sok ép rost van. A keresztstaji és ágyéki hátulsó gyökerek rostjai megritkultak, az elülsőkben nincsen eltérés. Felfelé egyre esőkken a hátulsó gyökerek elváltozása.

Hasonló kiterjedésűnek látszik az elfajulás haematoxylin-van Gieson-os készítményeken. A velős hüvelyek a degenerált nyalábokban gyengén festődnek, nagyrészt nem éles határúak, a tengelyfonalak sok helyt nem ismerhetők fel. A direct kisagyi pályában sem ezen, sem a Weigert szerint festett metszeteken nem vehető észre eltérés. A lágy burok vastagabb, az ereket a rendesnél több kötőszövet veszi körül, faluk megvastagodott, a kis erek részben tágultnak látszanak. Vérést a gerincvelőben nem találtam. A gerincvelőben mindenfelé amyloid testecskék vannak elszórva, legtöbbit azonban a hátulsó nyalábok és hátulsó szarvak tartalmazzák. Ugyanitt a gliamagvak is megszáporodtak. Azonkívül likaesos is az állomány, de ezen likaesok az egész hátulsó nyalábokra egyenletesen vannak elosztva. Körülírt lágyulást vagy gömbsejtes beszűrődést seholsem találtam.

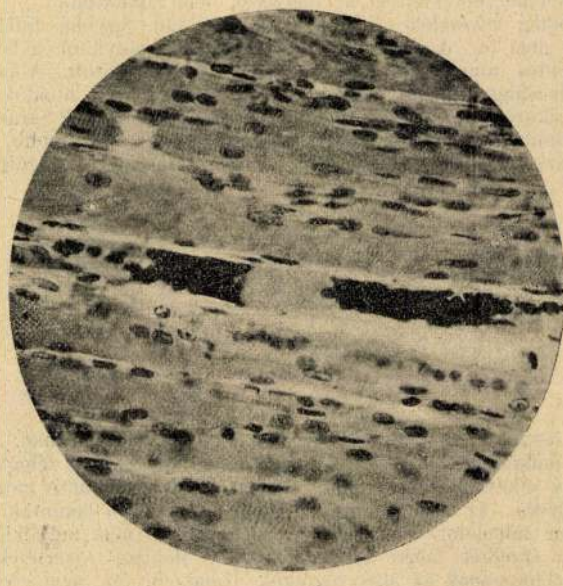
A thioninnal festett metszeteken (alkoholfixálás) az elülső szarvak sejtjeiben észlelhető eltérés, mely a haematoxylinos van Gieson-os készítményeken is részben felismerhető már. Az ágyéki és a keresztstaji részen van a legnagyobb elváltozás. Némelyik metszeten az elülső szarvaknak egyetlen egy sejtjében sincsen granulatio, a sejtmag pedig vagy hiányzik, vagy a sejt szélén van. Sok sejtben vacuolákat látni, némelyikben annyi van, hogy egészen kitöltik a sejtet. Gyenge nagyítással homogennek látszanak a sejtek, erős nagyítással igen finom porszerű szabálytalan szemcséket látni bennük. Némelyik sejt sok pigmentet tartalmaz. A háti gerincvelőben esőkkennek ezek az elváltozások és a nyaki részen még jelentéktelenebbek, itt alig van már elváltozott sejt. A Clarke-féle oszlopok és a gerincganglionok sejtjei normálisnak látszóttak.

A gerincvelő-degenerációk Marchi szerint festett metszeteken követ-

hétők a nyúltvelőbe: a hátulsó nyaláboké a nucleus funiculi gracilis és cuneatiig, a kisagyi pályáé pedig a corpus restiforme, melyben számos szemese jelzi az elfajulást (6. ábra). Ugyanitt a n. trigeminus érző gyökerében és a fasciculus solitariusban is látni elfajulást. A híd és az ikertestek magasságában eredő fejidegek gyökérostjaiban nincsen biztos degeneratio. Az agykéregben (mindkét lobus front., gyrus praecentralis és lobus occipitalisból kivett darabkák) és a kisagyvelőben Marchi szerint negatív a lelet.

Az agyvelő ugyanezen részeiből Weigert szerint festett metszeteken nincsen rostritkulás. Haematoxylinnal és picrofuchsinnal festett metszeteken sehol sem találtam lágyulást. A homloki karélyban van néhány apró vérzés, mely azonban csak az ér körül terjed el és nem ronsolja a szövetet. Némelyik érben nincsen vörösvérsejt, hanem homogén barna anyag van. Az említett agyvelőrészeknek thioninos készítményein a sejtek épnek látszanak.

A nervus ischiadicusokból és peroneusokból megvizsgáltam egyes darabkákat. Az idegekben is Marchi szerint volt legszembetűnőbb az elfajulás. A szemcsék azonban nincsenek egyenletesen elszórva az ideg harántmetszetén, hanem az egyes kis nyalábokban nagyon különböző a degeneratio. Egyik-másik egyáltalában nem tartalmaz szemcsét, némelyikben kevés szemcsét látni, némelyik pedig majdnem egészen tele van fekete rögökkel. Ugyanezen különbségeket látni az idegek hosszmetszetein is. A Weigert-Pal szerint és a haematoxylin-picrofuchsinnal festett metszeteken ugyanilyen képet kapunk. Az előbbieken igen különböző a rostritkulás az egyes nyalábokban, némelyik egészen épnek látszik, az utóbbiakban vörösebb színű helyek felelnek meg azon részeknek, hol a velős hüvelyek elpusztultak. A Weigert-Pal szerint festett hosszmetszeteken a degenerált rostok velős hüvelyei vagy egyáltalában nem festődnek, vagy pedig füzérszerű rögöket látni helyükön. Ezen elváltozások azonban elég gyakran nem terjednek ki egyenletesen az egész rostra,



8. ábra.

hanem csak egyes részleteire, úgy hogy degenerált és ép részek váltakoznak ugyanazon rostokon. Végül helyenként egyes segmentumokra estek szét a velős hüvelyek, mint azt már Strümpell⁵ leírta. Az idegek kötőszövetében nincsen eltérés, nevezetesen nem találtam gömbsejtes beszűrődést.

A két m. tibialis anticusból is vettem ki darabkákat szövettani vizsgálatra. Marchi szerint kezelt metszeteken az izomrostok egy részében, többnyire egyes rostnyalábokban sorban fekvő fekete rögök láthatók. Haematoxylinnal és picrofuchsinnal festett harántmetszeteken (7. ábra) feltűnik az izomrostok különböző vastagsága. Általában vékonyabbak a rostok a rendesnél (körülbelül 35 μ az átlagos átmérőjük) és nem kis számban látni igen vékony rostokat is (pl. 12 $\times$ 20 μ). Ezzel szemben egyik-másik rost feltűnő vastag (80–90 μ). Egy rostnyalábban többnyire csak 1–2 ilyen rost van. Ezen vastag rostok némelyikében számos (10–15), éles határú vacuolát látni (7. ábra). Másutt pedig a rost belsejében sejtmagvak láthatók. A rostok közötti kötőszövet kissé megszáporodott, de sem itt, sem az erek mentén gömbsejtes beszűrődés nincsen.

Hosszmetszeteken szintén jól látható a rostok különböző vastagsága. A harántcsíkot a vastagabb rostokon jól látható, a vékonyakon rosszul vagy egyáltalában nem. Ezeken sokszor hosszanti csíkot látni. A rostok magvai megszáporodtak. Egy részük hosszúkas, orsóalakú, mások gömbölyűek. Az utóbbiak néha csak igen gyengén festődnek. A gömbölyű magvak néha láncszerűen fekszenek az izomrostban. Helyenként körülírtan száporodtak meg a magvak, de ilyenkor is valamilyen rostra terjed csak ki a száporodás. Ezen erősen festődő sejtmagvak részben vagy egészen (8. ábra) elfedik az izomrostot. Az utóbbi kép egyezik azzal, melyet például Zenker-féle elfajulásban levő izmoknál írtak le, mint izomsejttömlőt.⁶ Ezen sejtdús izomrostok azonban erősen elváltoztak, harántcsíkolatukat elvesztették, homogennek látszanak, festődésük gyenge sárgászöld. Sokszor pedig a rostok több nagyobb ilyen rögre

estek szét. A 8. ábrán is látható a sejtmagesoportok között és végükön az erősen degenerált izomrost. Mäskor a sejtmagesaporodäs nem a rost lefutäsában, hanem az elfajult roston végén van, a mikor kúpszerűen veszik körül a sejtmagvak a rost végét. Harántmetszeten is fel lehet ismerni ezen sejtmagesoportokat, melyek alig tartalmaznak már valamit az izomrost anyagából. Ehhez hasonló képleteket ír le *Thoma*,⁷ mint a regeneratio jelét az izmok viaszos elfajulásában.

Ezen erős sejtmagesaporodäs, mely egész magtömegeket alkot, nem jelenthet mást, mint az izomnak regeneratióját, a mi a betegség lefolyásával, a bénulás javulásával is összhangban van. Ezen regeneratiós elváltozások egészen hasonlóak azokhoz, melyeket typhusban vagy kísérelti sértés után észleltek az izmokban.

Ezen esetnek megítélése könnyű a klinikai tünetekből és azoknak alakulásából. Az alsó végtagoknak paraesthesiák kíséretében gyorsan kifejlődő bénulása, az inreflexek hiánya, a rövid idő alatt kifejlődő elfajulási reactio a bénult izmokban, a jobb arczideg, majd a jobb n. abducens bénulása, az anaesthesiás területek az alsó végtagokon és a törzsön, az arc és jobb kéz paraesthesiái, az igen nagy fájdalmak kétségtelenné teszik, hogy a beteg polyneuritisben szenvedett. Megerősíti ezen diagnosit még az is, hogy a tünetek nagy része javult és hogy a betegen utóbb a *Korsakoff*-féle elmezavar tünetei is kifejlődtek. Mint ritkább tünetet a nagyfokú vizezés-zavart említem meg.

Kóroktani szempontból számba kell venni ezen esetben az ólommérgezést, a fiatal korban szerzett ulcust, mely miatt kénesöt használt a beteg, a potust, továbbá a hepatitis és nephritis interstitialist és arteriosclerosist. A tünetek szerint kizártnak mondhatjuk az ólombénulást, a lues is nagyon régi ahhoz, hogy a polyneuritis okául tekintsük. A hepatitis és nephritis interstitialist és arteriosclerosist pedig csak olyan elváltozásnak nézem, mely az anyagsere megzavarása folytán a szövetek rossz táplálása által előmozdithatta a polyneuritis kifejlődését, de a mely egymagában nem okozta azt. Ugy hiszem, hogy ezen esetben az alkohol a kórokozó, ennek felelnék meg a betegség tünetei, és hogy az alkoholra vezetendő vissza az idegrendszer betegségén kívül az arteriosclerosis, hepatitis és nephritis. Különösen a cirrhosis hepatis viszonyát a polyneuritishez tanulmányozták utóbbi időben. *Klippel* és *Lhermitte*⁸ szerint a máj méregmegkötő képességének csökkenése okozná a májcirrhosisos alkoholisták polyneuritisének súlyosságát.

(Vége következik.)

Közlés a Stefánia-szegénygyermekórházból. (Igazgató: Bókay János dr., egyet. ny. r. tanár.)

A tracheo-bronchoszkopia directa gyakorlati értékéről.

Irta: *Winternitz Arnold* dr., egyet. magántanár, kórházi sebész-főorvos és *Paunz Márk* dr., kórházi főorvos.

(Vége.)

VII. V. J., 4 éves fiú. Felvétetett 1906 november 20. Két nap előtt állítólag babot aspirált. Azóta nehézlégzés, fuldoklás.

A korához képest jól fejlett és jól táplált gyermeknek bal mellkasfelén elül és hátul kiterjedt bőralatti emphysema van. Az orr-torok nem mutat kóros eltérést. Jobboldalt a tüdő határai rendesek, kopogtatásra, hallgatódzásra eltérés nem mutatható ki; baloldalt a kopogtatási hang a subcutan emphysemától befolyásolt, a légzés különösen az alsó lebeny felett gyengült. A légzés feltűnően hasi jellegű, a légzés száma 60. Hőmérsék 37.6—39.2 C°. November 20, délután 6 óra. Tracheotomia superior chloroform-narcosisban. A légzés nem javul. Bronchoszkopia inf. A trachea halvány, a porcgyűrűk jól láthatók. A jobb bronchus szabad. A bal bronchusban az elágazódás táján fehér tömeg, mely a bronchus lumenét teljesen kitölti. Első pillanatra azt hisszük, hogy ez az aspirált idegen test. Vattatamponnal kitörölve a bronchust, erős köhögés jelentkezik, mire nagyobb nyálkatömeg lökődik a tubusba. Ennek kitörése után a bal bronchus lumene teljesen szabaddá lesz; idegen test nem látható. November 21. A subcutan emphysema a has bőrére is kiterjed. A légzés hasi jellegű. Hőmérsék 38.3—38.8 C°. November 22. A subcutan emphysema visszafejlődben. Légzési eltérés a két tüdőfél között alig van. A közérzet valamivel jobb. Hőmérsék 37.8—39.0. November 23. A subcutan

emphysema kisebb. A tüdő felett mindkét oldalt zörejek. Hőmérsék 38.6—39.8. November 24. Az éj folyamán asphyxiás rohamok kapesán a subcutan emphysema az arc, nyak, mellkas mindkét felére és a has bőrére is kiterjed. Deltutan több ízben fuldoklás-rohamok. Hőmérsék 38.3—38.6 C°. Este 6 órakor II. bronchoszkopia. A trachea belövelt. A jobb bronchus szabad. A bal bronchusban nyálka, melynek kitörése után cocain-tonogennel beecseteljük a bronchust, azután a tubust lejjebb toljuk. Egy másodrendű hátulsó nagy bronchusban krétafehér test tűnik fel, mely a bronchus elülső falához támaszkodva, félgömböszzerűleg tölti ki a lument. Fogóval először egy kis darabka, azután egy fél bab távolíttatik el. November 25. A légzés mindkét tüdő felett szabad, a subcutan emphysema visszafejlődben. Hőmérsék 37.7—39.0 C°. November 16.-ától 30.-áig az állapot javul. Az emphysema visszafejlődik. Hőmérsék 37.0—39.8 C° között ingadozik. December 1.-étől 4.-éig további javulás. Hőmérsék 37.0—38.6 C°. December 5. Az éjjelt rosszul töltötte, nehézlégzés. Hőmérsék 40.4—39.0 C°. Ezentúl ismét magas lázak. December 7.-én jobboldalt hátul alul tompulat, mely felett a légzés gyengült. Baloldalt bő, nagy hólyagú zörejek. Hőmérsék 40.0—40.2 C°. December 8. A jobboldali tompulat felfelé a spina scapulaeig terjed, a légzés gyengült; a tompulat elül és a hónaljban is kimutatható. Punctióra zavaros folyadékot nyerünk. Potain-készülékkel 100 cm³ exsudatum ürítettük ki. December 9. A tompulat nagyobb, a hónaljban csaknem a hónaljkipig terjed. Hőmérsék 38.0—39.0 C°. December 10. A VII. borda resectiójával csaknem 1 liter középsűrűségű, zavaros geny ürítettük ki. Utána a közérzet jobb. Hőmérsék 38.6—39.1 C°. December 11.-étől 14.-éig az állapot rosszabbodik. A gyermek fokozatosan legyengül. Hőmérsék 37.5—39.2 C°. A táplálkozás rossz. December 15. III. bronchoszkopia negatlv eredményel. Időnként cyanosis, nagyfokú nyugtalanság. December 16.-án meghal.

Bonezlet (Preisich Kornél dr.): Degeneratio caseosa, intumescentia major. grad. glandul. lymphatic. bifurcat. tracheae. Perforatio in broncho dextr. Bronchopneumonia partim carnificatio pulm. d. Pleuritis fibrinosa-purulenta eiusdem lateris. Resectio costae VII. l. d. Dilatatio mediocris grad. part. infim. bronch. sinistr. Bronchopneumonia part. post. lob. inf. pulm. sinistr. Degeneratio parenchymatosa muscul. cordis, hepatitis et renum.

A gége és légeső nyálkahártyája belövelt. A légeső alsó harmadában elül, a viselt canule alsó végének megfelelőleg a porc-hártyáig terjedő nyálkahártya-decubitus. A bal főbronchus legalsó vége a másodlagos bronchusok elágazódáshelyének megfelelőleg kissé tágult, a nyálkahártya e helyen kissé fellazult, szürkésvörös színű, részben nekrosisos. Ezen hely a tracheotomia sebétől 10 cm.-re van. A jobboldali főbronchus alsó végének mediális hátulsó felszínén egy körülbelül lenesényi, éles szélű nyílás, melyen keresztül a sajtos tömeggel telt földiónyi bifurcationális nyirokmirigybe lehet jutni. A lépben több nagy gombostüfejnnyi gümö.

Epikrisis. A 4 éves fiú súlyos bőralatti emphysemával és nehézlégzéssel került a kórházba. Az előzmény szerint babszemet aspirált. A szükségessé vált tracheotomia után rögtön végzett bronchoszkopia inferior először negativ leletet adott. Csak a második vizsgálatkor találtuk meg a beékelt babot a bal főbronchusnak egy másodrendű elágazódásában. Az eltávolítás sikerült, az emphysema is, mely nyilvánvalólag a bronchus nyálkahártyájának az idegen test által okozott sérülése folytán keletkezett, visszafejlődött; az eredmény mégis rossz volt, ama peribronchiális mirigyáttörés folytán a jobb bronchusba, melyet a bonezolás derített ki. Az azt követő jobboldali bronchopneumonia és pleuritis volt közvetlen oka a halálnak.

VIII. Sz. M., 1 éves fiú. Felvétetett 1907 február 11.-én. Két nap előtt disznóeledellel (korpával kevert összevagdalt száraz babbüvely) játszott és belőle egy marékka szája vett. Azóta nehezen lélegzik és fuladozik.

A korához képest eléggé jól fejlett és jól táplált fiú csontrendszere ép. A látható nyálkahártyák kissé szederjesek. Az orr-torokürege szabad. A légzés nagy fokban nehezített, a hang tiszta. A bal tüdő felett hátul az intrascapularis tájon rövidebb a kopogtatási hang. Hallgatódzásakor kiterjedt zörejek. Hőmérsék 39.5 C°. A nagyfokú légszomj miatt a felvétel után azonnal chloroformnarcosisban tracheotomia inferior. Idegen test nem távolodik el. Ezután

bronchoskopia inferior. Idegen test nem található. A légzés teljesen felszabadul. Canulet kap. Február 12. Sok szívós váladékot köhög ki. Hőmérsék 38.6—39.5 C°. Február 13. Igen sok vegyes hólyagú zörej a tüdők felett és sok szívós váladék. A canuleben egy körülbelül lencsényi, mag héjához hasonló, hártás idegen test található. A szívós váladék eldugaszolja a canulet és ezzel többször cyanosist idéz elő. Hőmérsék 39.7—39.6. Február 14.-étől 25.-éig az állapot állandóan ugyanaz; bő zörejek, sok szívós váladék. Kopogtatási eltérés nem mutatható ki. Állandó lázas állapot. A hőmérsék 37.6—40.4 C° között ingadozik. Február 26. Igen bő genyes váladék. Hőmérsék 38.4—41.0 C°. Február 27. Kimerülés tünetei között a beteg meghal.

Bonezoláslélet (Entz Béla dr.): Bronchitis diffusa praecipue lob. inf. pulmon. dextr. é. atelectasia partial. ibidem. Haemorrhagiae punctatae pleurarum. Corp. peregrin. bronch. sin. Foci atelectatici partis post. pulm. sin. Hyperaemia organ. abdominal. Ascarides, trichocephalus intestini crassi.

A bal tüdő kissé felfúj, általában puha löszörpárnatapintatú, csak az alsó lebeny hátulsó részén van egy koronányi szederjes folt, a hol izomtapintatú és kissé törékeny a tüdő állománya, mely különben elég tömör és szívós, középvértartalmú. A jobb tüdő általában hasonló, csak a felső és alsó lebeny hátulsó része jó diónyi területen sötét szederjes, de nem törékeny. A mellhártya sima, fénylő, rajta főleg hátul számos mákszemnyi sötétvörös véromlás van. Az apróbb hörgőkből habzó genyes nyálka nyomható ki. A bal főhörgőben, közvetlenül a légeső oszlási helyénél, egy körülbelül narancsmagnagságú, sárgás, hártás képlet fekszik, mely a bronchus hátulsó falához tapadt oda. A hörgő nyálkahártyáján azonban e helyen sérülés, fekélyződés avagy feltűnőbb duzzanat nem látható. A főhörgők és a légeső nyálkahártyája duzzadt és belövelt. A hosszú légesőmetszés körül nincs szembetűnő elváltozás.

Epikrisis. Az 1 éves fiú magas lázzal és súlyos légzési nehézségekkel került a kórházba. Az előzmény szerint idegen test aspirációja nyilvánvaló volt, ezért tracheotomia. A bronchoskopia negatív eredményt adott. Minthogy a légzés felszabadult, egy ízben a beteg idegen testet ki is köhögött, a súlyosan beteg, állandóan lázas gyermekben elállottunk egy második vizsgálatról, mely tekintve azt, hogy a gyermek alkalmasint korpát is aspirált, alighanem úgy sem járt volna eredménnyel. A bonezoláskor talált idegen test hártás mivoltánál fogva könnyen kerülhetett el figyelmünket, talán a vizsgálatkor mélyebben is feküdt.

IX. J. F., 10 hónapos fiú. Felvétel 1907 június 15.-én. Az előző napon tojáshéjjal való játék közben hirtelen rosszul lett, öklendezni kezdett, elkékült. Anyja ujjával a torkába nyúlt, mire kissé jobban lett. Éjjel nem aludt és igen nehezen légezt. Reggelre valamivel jobban lett.

Az eléggé jól táplált csecsemő orr-torokürege szabad. A hang kissé rekedt. A légzés nehezített, mérsékelt stridor. Az ajkak cyanosisosak. A tüdők felett kopogtatási eltérés nincsen; csak néhány hurutos zörej hallható.

Felvétel után tracheotomia. A légzés nem szabadul fel. Bronchoskopia inferior negatív eredménnyel. Canulet kap. Június 16. A tüdők felett igen bő hurutos zörejek. Hőmérsék 38.0—39.1°. Ezen állapot változatlan június 18.-áig. Június 19. Hőmérsék 37.3—37.6°. Kötésváltás. Június 20. Hőmérsék 37.1—37.5°. Decanulement. Június 21. Hőmérsék 36.0—37.0°. A légzés hangos, izgatott állapotban nehezített. Június 22. A légzés hangosabb, sokszor stridorosus. Hőmérsék 37.0—37.5°. Június 23. Nagyobb fokú stridor miatt a még be nem tapadt légesősebet széthúzzuk és narcosisban II. bronchoskopiát végezzünk, ismét negatív eredménnyel. Újból canulet kap. Június 24. Canule-lel szabadon légezik. Láztalan. Június 26. Decanulement. A légzés most teljesen szabad. Mérsékelt hurut. Június 27. A légzés szabad. Láztalan. Június 29. A légesősebet betapadt. Sarjadzó nyaki sebbel elbocsátjuk. Ezentúl ambulans kezelés. A gyermek teljesen jól van; légzése szabad; a teljes behegesedés néhány nap alatt bekövetkezett.

Epikrisis. A 10 hónapos csecsemőt súlyos légzési nehézséggel hozták a kórházba. A tojáshéj aspirációja valószínű volt; a tracheotomia sürgősen szükségessé vált. Mindkét ízben negatív eredményt adott a bronchoskopia inferior. Lehetséges, hogy az

aspirált idegen test észrevétlenül kikökögtetett, mire a gyógyulás bekövetkezett.

X. Sch. H., 17 hónapos leány. Felvétel 1907 július 5.-én. Tegnap játék közben egy női ruhakapcsot (ú. n. himkapcsot) aspirált.

A korához képest jól fejlett és táplált leánygyermek csontrendszere ép. Felvételnél mérsékelt stridor inspiratorius, a légzés hangos, az ajkak kissé cyanosisosak. A tüdők felett kopogtatási eltérés nincs; kevés hurutos zörej hallható.

Röntgen-átvilágítással a kapocs jól látható. A gégeben akadt fenn, horgos részével lefelé, szélesebb részével felfelé.

Chloroformnarcosis. Cocainanaesthesia. Laryngo-tracheoskopia directa ülő helyzetben. Az idegen test jól látható. Szélesebb része a jobb hangszalagon ül, horgos része a hangszalag alatt beakadt. Meg lehet jól fogni, de sem oldalmazgatással, sem forgatással helyéből ki nem mozdítható. Ezért laryngo-tracheotomia, melylyel az idegen test könnyen eltávolítható. Canulet kap. Július 6. Hőmérsék 37.0—38.5°. Jól van. Július 7. A hajnali órákban hirtelen fuladás; a canulet eltávolítjuk, mesterséges légzés, mely alkalommal beszáradt nyálkadugaszt köhög ki. Ezután jól légezik. Hőmérsék 38.7—38.4°. Július 8. Jól légezik. Decanulement. Július 9—10. Jól légezik, mérsékelt esti hőemelkedések. Július 11. Láztalan. A légzés szabad. Július 14. Tisztán sarjadzó testtel elbocsátatik.

Epikrisis. A 17 hónapos leányka fémkapcsot aspirált és az a gégeben akadt fenn, a mit úgy a Röntgen-átvilágítás, mint a laryngoskopia directa jól mutatott. Minthogy a kapocs oly erősen volt beékelve, hogy nagyobb sérülés nélkül nem lett volna eltávolítható felülről, célszerűbb volt laryngo-tracheotomiát végezni és így az eltávolítás könnyen sikerült.

XI. B. E., 10 hónapos leány. Felvétel 1907 szeptember 2.-án. A vele játszó gyermekek bevallása szerint a földről dinnyedarabkát vett föl és szájába dugta. Erre elfuladt. Ez fél órával a felvétele előtt történt. A még szopós gyermeket egyébként tejbe főtt darával, húslevesel és tejjel is szokták táplálni.

A jól fejlett és jól táplált csecsemő légzése hangos, a belégzés nehezített, erősebb mellkasi behúzódasoktól kísért. Időnként flottálás. A bal tüdő felett kissé gyengült légzés. Láztalan.

Felvétel után azonnal tracheotomia superior. A légeső megnyitása után három kis darabka, dinnyehéjhoz hasonló idegen testet köhög ki. Canulet kap. A légzés szabad. Szeptember 3. Időnként nyugtalan, cyanosisos. A canule eltávolítása után nyugodtan légezik; ezért decanulement és fedőkötés. Így a légzés nyugodt. A tüdők felett vegyeshólyagú szörtyzörejek. Hőmérsék 39.4—39.2. Szeptember 4.-étől 6.-áig változatlan tüdőlelet mellett nyugodtan légezik. Hőmérsék 38.7—40.0° között ingadozik. Szeptember 7. Az esti órákban fuladási roham, ezért a seb felnyitása után a canule visszahelyeztetik. A légzés nem szabadul fel kellőleg. Végül 3. sz. rövid canule-el a légzés jobb lesz. Hőmérsék 37.8—38.0°.

Szeptember 8. Elég jó légzés mellett nagyfokú bágyadság. Hőmérsék 39.0—39.8°. Jobboldalt az interscapuláris táj középső harmadában kissé tompult kopogtatási hang. Bronchoskopia inferior az 5 mm.:10 cm. tubusszal. Az erősen belövelt tracheában és a bronchusokban sok váladék. Ennek kitörlése után a jobb bronchus bemenetében közvetlen a bifurcatio alatt élénk reflexet adó él tűnik fel. Minthogy a tubus betolásakor a jobb bronchusba a gyermek rosszul légezik, a tubust ki kell húzni és rajta lyukat reszelve, ezen így készített nyílást a bal bronchus felé irányítva, újból bevezetjük. Most kitörlés után jól látható, hogy egy hosszával harántul beékelte dinnyemag akadt fenn a bronchusban. Többszöri kísérlet után sikerül az idegen testet megfogni és a tubusszal együtt kihúzni. Nagy, duzzadt, fekete színű görögdinnye-mag volt.

Az extractio után megejtett vizsgálatra kiderül, hogy az előbbi tompulat helyén most hörgi légzés van.

Szeptember 9. Jobboldalt hátul a jelzett helyen tompult kopogtatási hang és hörgi légzés. Egyébként a tüdők felett nagy- és középhólyagú szörtyzörejek. Az erőbeli állapot jobb. A légzés szabad. Hőmérsék 39.2—39.7°. Szeptember 10. Az állapot változatlan. Hőmérsék 39.9—40.0°. Szeptember 11. A hőmérsék 38.5—40.0°. Decanulement nem sikerül. Szeptember 12.-étől 20.-áig az állapot fokozatosan javul. A közérzet jobb, a jobb tüdő felett a hörgi légzés

kevésbé kifejezett; egyebütt vegyeshólyagú szörtyzőrejek. Hőmérsék 37·2—40·0°. Szeptember 20. Hőmérsék 37·7—37·0°. Szeptember 21. Éjjel nyugtalan, nagyon halvány, rosszul lélegzik. A tüdők felett vegyeshólyagú szörtyzőrejek. Hőmérsék 36·5—36·8. Szeptember 22.-étől 25.-éig az elesettség a tüdők változatlan állapota mellett fokozódik. Hőmérsék 36·0—38·0° között ingadozik. Szeptember 25. Decanulement. Szeptember 26. Az elesettség fokozódik; mindkét oldalt a tüdők felett hátul tompult kopogtatási hang, jobboldalt hörgi légzés, baloldalt a felső lebeny felett szintén hörgi légzés. Hőmérsék 37·7—37·8°. Az állapot folytonos rosszabbodása és fokozódó dypnoé mellett szeptember 28.-án halál.

Bonczlelet (Preisich Kornél dr.): Decubitus gangraen. part. super. bronch. dextr. ex corpor. peregr. Bronchopneumonia septic. pulm. utr., praecip. pulmon. dextr. Tracheotomia infer. Gangraena text. cellul. mediastin. anter.

A tracheotomia sebe körül szürkés-szennyes elszíneződés, bűzös szövetezafatok, a cartilag. thyreoid. csaknem teljesen lecsupaszítva. A mediastinum anticumban a gangraenosus folyamat a glandula thymi tájáig terjed. A gége- és légcső nyálkahártyája szürkésvörös, erősen duzzadt. A bifurcatio alatt közvetlenül a jobb bronchusban mediálisan és laterálisan egy-egy félbagnagságú, a bronchus falát teljesen uzuráló, czafatos szélű, szürkés-szennyes alappal bíró fekélyződés, mely az e helyen harántul beékelődött dinnyemag két végének felelhet meg.

Epikrisis. A 10 hónapos leányka dinnyedarabot és ezzel együtt dinnyemagot aspirált. A légcsőben még szabadon mozgó idegen test eltávolítása céljából tracheotomiát végeztünk, mely alkalommal három dinnyehéjdarabkát kiköhögött. Nem jött ki azonban a dinnyemag, mely erősen beékelődött a jobb bronchusba, ott decubitus is okozott. Bronchoskopia inferiorral sikerült ugyan az eltávolítás, de a gyermek a kifejlődött sepsises bronchopneumoniának és a mediastinitis anticának esett áldozatul. Kétségtelen, hogy a földről felvett dinnyedarab okozta a súlyos fertőzést.

XII. M. J.-né, 40 éves, kereskedő neje. Jelentkezett 1907 márczius 18.-án. Két nap előtt szilvamagot ropogtatott széjjel fogai-val, midőn köhögéshőroham lepte meg és állítólag valami a torkára ment. Erre még hevesebb köhögés és fuladás, valamint hányás következett be, melynek elmúltával folytonos köhögés és nehézlégzés maradt vissza, valamint vörös köpés is jelentkezett. Azelőtt sohasem köhögött, nehéz légzése sem volt. A baleset óta nagyon nyugtalan. A mellkas bal felében szűró fájdalokat érez.

A rendkívül kövér nőbeteg nagyon nyugtalan, légzése szaporább, hangos, sípoló, köhögése ércses csengésű. A tüdők felett kopogtatási eltérés nincsen, csak baloldalt kissé gyengültebb a légzés az alsó lebeny felett. A Röntgen-átvilágítás negatív; a mellkas bőrére ragasztott szilvamagvak sem adnak árnyékot az átvilágítás-kor. Láztalan. A gégetükri lelet negatív. Márczius 19. Egyébként változatlan állapot mellett a bal tüdő felett a lapoczká csúcsa alatt tenyérnyi kifejezett tompulat észlelhető. Ott a légzés gyengült. Láztalan. Márczius 20. A gégeinek 20^o/o-os cocainnal való érzéstelenítése után ülőhelyzetben laryngoskopia directa. Ez könnyen sikerül az első kísérletre. A gége és légcső szabad. A Killian-féle csöves spatulán át érzéstelenítjük a légcsövet és most a 9 mm.: 35 cm. tubust minden nehézség nélkül ugyancsak ülőhelyzetben bevezetjük a gégen át a légcsőbe. Mindkét bronchus lumene szabad. A sok nyálka gyakori kitörést tesz szükségessé. A beteg nyugtalan-kodni kezd, a miért a tubust kihúzzuk. Két további kísérletnél megint sikerül a tubussal a bifurcatióig, majd a jobb bronchus bemenetébe is jutni, de a beteg nyugtalan magatartása miatt a vizsgálatot eredménytelenül kell befejezni. Márczius 21. Az állapot változatlan. Hőmérsék 37·5—37·6. Tracheotomia sup. chloroform-narcosisban. A vastag zsírpárnával bíró, rövid nyakú betegnek a pajzsmirigye is meg van nagyobbodva. Ezután tisztán csak cocain-anaesthesiában bronchoskopia inf. Hosszas keresés után, meggyőződén, hogy a jobb bronchus és mellékágai szabadok, sikerül a bal bronchus alsó ágának egyik hátulsó mellékágában felfedezni az idegen testet. Abból az ágból állandóan genyes-nyálkás váladék ömlik, mely gyakori kitörést tesz szükségessé. A vizsgálatot a 7mm.: 25 cm. tubus-szal végeztük. A rendelkezésre álló Killian-féle fogók annyira elfogták a látóteret, hogy ezek bevezetésénél tisztán látni nem lehetett. Azért majdnem egy órai keresés után,

melyet a beteg nyugodtan tűrt, abbahagyjuk a műtétet és egy sokkal karesubb fogót készítettünk a Krause-féle kacs-nyélbe. Ez másnapra elkészülvén, mintegy órai keresés után sikerül az idegen testet a jelzett helyen ismét beállítani és egyetlen fogásra a tubussal együtt kihúzni. Az idegen test egyik végén feltört, kemény szilvamag volt, melynek beléből nem hiányzott semmi. A mag a tracheális sebtől 23 cm.-nyire volt beékelve; feltört vége állott felfelé és ezt fogta meg a fogó.

A beteg azonnal könnyebben érezte magát és bőséges genyes váladékot köhögött ki. Hőmérsék 37·4—38·0°. Márczius 23. Hőmérsék 37·5°. Tompulat a tüdő felett nincsen. A légzés szabad. A canulet eltávolítjuk. A következő napokon állandóan láztalan állapot mellett mindinkább kevesebb, kezdetben genyes, később csak nyálkás váladékot köhög ki. A nyak sebtét ragtapaszszal húzzuk össze. A trachea sipolya csak márczius 31.-én záródott. Április 6.-án felületes sarjadzó sebbel hazabocsátjuk. Azóta teljesen jól van.

Epikrisis. A szilvamag a bal főbronchus alsó ágának egyik mellékágában beékelődött és a megfelelő tüdőlebenyben atelektasiát, majd kezdődő pneumoniát okozott. Talán sikerülhetett volna ismételt kísérletre felülről is célt érni, de ezt kimerőszakolni a fenyegető pneumonia mellett nem volt tanácsos. Tracheotomia után a bronchoskopia inferior könnyen volt végezhető, de az extractióhoz sokkal vékonyabb fogót kellett készítenünk, mint a minő a Killian-féle instrumentariumban rendelkezésünkre állott.

Ha most eseteinket összefoglalva tekintjük át, érdekes tanulságokat vonhatunk le belőlük.

Betegeink korát illetőleg, egy esetet (XII.) kivéve, csakis gyermekekkel volt dolgunk. Ezek közül 3 még csecsemő (egy 6 hónapos, kettő 10 hónapos) volt, további 3 két évnél fiatalabb volt (1 egy éves, 1 tizenhat hónapos, 1 tizenhét hónapos), 1 betegünk két éves, 1 három éves, 2 négy éves, 1 hat éves volt. Feltűnt betegünk 40 éves volt. Fontosnak tartjuk a kort kiemelni, mert ha saját tapasztalatainkat másokéival egybevetjük, úgy látszólagos nagy halálozási arányunkat betegeink nagy részének zsenge kora magyarázza meg.

A mi az aspirált idegen testek minémiségét illeti, csak egy esetben (X.) volt fémtárggyal dolgunk, a többi 11 esetben szerves, többnyire duzzadó, bomló idegen testtel. Feltűnő, hogy 12 esetünk közül 5-ször áttört tuberculosus peribronchialis mirigyekről volt szó, köztük két esetben kívülről aspirált idegen testtel kombinálva. Három esetben tisztán a mirigyáttörés szolgáltatott okot a gyors beavatkozásra. Ezek közül egy esetben (VI.) nagy valószínűséggel kórismézhetők előre a peribronchiális mirigyáttörést, a mit a bronchoskopia igazolt. Feltűnő továbbá, hogy aránytalanul sokszor találkoztunk többszörös aspirációval és csak három olyan esetünk volt, melyben egyetlen darabból álló idegen test került a légutakba (IV., X. és XII. eset). A többi eset mind olyannak tekintendő, mint a melyben egyszerre több idegen testet aspiráltak a betegek. Különösen a mirigyáttörések mintegy típusát alkotják a többszörös aspirálásnak. Eme körülmény adja másik okát aránytalanul sok kedvezőtlen eredményünknek.

Ha halálozási arányunkat tekintjük, az túlmagasnak látszik. Mig Gottstein¹ gyűjtőstatistikájában 113 eset közül 97 gyógyult, vagyis 86^o/o, addig saját 12 esetünk között csak 7 gyógyulunk van, a mi 58·3^o/o-nak felel meg. Ha azonban Gottstein statistikájából kihasítjuk azon eseteket, melyekben a bronchoskopiát két éves és két évnél fiatalabb gyermekeken végezték, akkor halálozási arányunk alig különbözik a másokétól. Gottstein gyűjtőstatistikája szerint az első életévben a sikerült extractio után is 50^o/o a halálozási arány. A későbbi életévek eredményei fokozatosan javulnak; míg az első két életévben átlag 33^o/o hal meg, addig a második életéven túl a halálozási arány csak 8^o/o. A 113 eset összes halálozási aránya 14^o/o.

Tekintetbe véve, hogy eseteink fele két évnél fiatalabb volt, továbbá 5 esetben peribronchiális mirigyáttörésekkel volt dolgunk és többnyire rosszabb prognosist adó szerves, széteső idegen

¹ G. Gottstein: Über die Diagnose u. Ther. d. Fremdkörper in den unteren Luftwegen, mit besonderer Berücksichtigung d. Bronchoskopie u. Radioskopie. Mitteil. aus d. Grenzgebieten der Med. u. Chir. III. Suppl.-Band.

testekkel és többszörös aspirációval állottunk szemközt, halálozási százalékunk érthetővé válik és a Gottsteinétől alig különbözik. Míg egyrészt eseteink fiatal kora és többnyire igen súlyos állapota miatt nem érthetők el mindig a kívánt eredményt, addig másrészt a bronchoszkopia mint vizsgálati és műtéti eljárás kiváló szolgálatokat tett.

A 12 eset közül a bronchoszkopia segítségével 9 esetben kétségtelenül megállapíthattuk az idegen test, illetőleg a mirigy-átörés jelenlétét. Egy esetben (VIII.) negatív leletet adott a bronchoszkopia, jöllehet a beteg utólag kiköhögött egy darabka babbüvelyt, egy másik darabot pedig a boncsoláskor találtunk a bal főbronchusban; egy esetben (V.) sem idegen testet nem találtunk, sem a mirigyátörést nem láttuk meg a jobb bronchusban, hanem csak a mirigynagyobbodás okozta szűkületet konstatáltuk a trachea alsó részében. A mirigyátörés elkerülte figyelmünket a VII. esetben is. Egy esetben (IX.) negatív volt a bronchoszkopiai lelet mindkét vizsgálat alkalmával, bár valószínű, hogy a 10 hónapos gyermek az aspirált tojáshejdarabkákat észrevétlenül kiköhögte.

A 9 eset közül a tényleges extractio 7-szer sikerült; ezek közül két esetben (II. és IX.) egyes idegentest-részek még utólag távoztak. Egy esetben (I.) az idegen test a bronchoskop tubusán át röpiült ki, egy esetben (X.) pedig (ruhakapocs) a felülről a gégeben meglátott és megfogott idegen test annyira be volt ékelve, hogy tanácsosabbnak látszott laryngotomia útján eltávolítani.

Míg első három esetünk még magán viseli az eljárás technikai nehézségeivel való küzködés jeleit, addig a többi esetben az extractióra irányuló törekvéseinket — ha az idegen testet beállítani sikerült — mindig a kellő siker koronázta. Nem eszálunk azonban elvet abból, hogy minden áron bronchoszkopia superiorral érjünk célzt, sőt eseteinkben alig lettek volna ily módon jó eredményeink.

Magától a bronchoskopiától kárt nem láttunk, bár egy esetünkben 4 izben, egy esetünkben 3 izben és több esetünkben 2 izben végeztük a vizsgálatot, néha egy óránál is tovább keresve az idegen testet.

TÁRCZA.

Amerikai kórházakról.

Utazásom jegyzeteiből.

(Vége.)

Az eddig említett, a városi administratio fennhatósága alá tartozó kórházakkal szemben vannak magánjellegű közkórházak, melyeket e célra alakult, jótékony társulatok alapítottak és tartanak fenn. Ezek tökéletes, modern berendezésű, gazdagon felszerelt intézmények, melyek minden tekintetben teljesen megfelelnek hivatásuknak. Csak egynehányat fogok közülük a következőkben ismertetni, melyeket alkalmam volt több izben meglátogatni és főleg sebészgynaekologiai működésükben megfigyelni.

New-York Hospital. 1771-ben, „III. György, Isten kegyelméből Nagy-Britannia, Francia- és Írország királya, a Hit Védelméje stb.” szentesítette alapító okirattal, három new-yorki orvos kezdeményezésére alakult, az akkor még angol provinciában, a „The Society of the New-York Hospital”, mely e kórházat felállította és fenntartja. A kórházat egy, a társulat tagjaiból egy évre választott, 26 tagú kormányzó-bizottság vezeti, ez intézi az adminisztratív és az összes személyi ügyeket. E bizottság választja meg a Consulting Physician-eket és Surgeon-eket, a kik tetszésük szerinti időn át tartják meg hivatalukat; ezek nincsenek állandó szolgálatban, hanem tanácsadóknak tekintik őket és magánbetegeiket látják el a külön szobákban. Az Attending (=Visiting) Physician-eket és Surgeon-eket évenként választják; ezek legfeljebb még csak egy másik kórházban lehetnek hasonló állásban, és senki sem választható meg, a ki elérte a 65. életévét. A bizottság osztja szét a szolgálatba a főorvosokat. A Medical Board tagjai e kórházban gyakorlati és elméleti előadásokat tarthatnak hallgatók számára. A kórház-társaság a következő intézményeket tartja fenn: I. a tulajdonképeni *New-York Hospital*, az V. és a VI. Avenue és a 15. és 16. utca között; a legnagyobb tökéletességgel berendezett, négyemeletes épület két belbeteg- és két sebészgynaekologiai osztálylyal (szülészet nincs) és egy gyermek-osztálylyal, két nagy műtőterem-

mel, melyekben egy időben végeznek műtéteket, mindegyikben kettőt-hármat egymás után; a szomszéd szobában mossák meg a beteget és kezdik el a narcosist, mialatt az előző műtét a vége felé közeledik, úgy hogy a műtők és segédek csak épen az operáló-keztüiket váltják fel ujjakkal s mindjárt hozzáfognak a másik műtéthez. Kórtermek tagasak, világosak, mindenütt villanyvilágítás van, s kitűnően szellőztetik olyképen, hogy minden egyes ágy alatt van egy-egy szabályozható nyílás a friss levegő számára. Minden szoba képekkel, virágokkal és zöld növényekkel van díszítve, sőt egyik-másikban kanárimadarat is tartanak, a lámpán függő kalitkában. Az épület egyik oldalszárnyában vannak a külön betegek szobái. E kórháznak van saját kórboncsoló főorvosa, megfelelő segédlettel, gyógyszerész és egy külön, állandó altatóorvosa (anaesthetist). A kórház főorvosainak száma 35, a House Staff pedig 12 tagból áll; a külön betegek épületében három orvos van. A kórházban van még egy Training School ápolónők kiképzésére. E főkórháztól félórnyira délnyugatra, a város szélén, a Hudson Street-en van 2. a *House of Relief* nevű kórház, a sürgős esetek számára, 5 belakó orvossal. Ebből a betegeket, mihielyt állapotuk megengedi, a Hospitalba kell szállítani. Itt semmiféle ápolási díjat sem fizetnek a betegek. New-Yorktól északkeletre, vasúttal két órányira, White Plainsben (Westchester County) van 3. a *Bloomingtondale* nevezetű kórház elmebetegek számára, három bentlakó orvossal és egy főorvossal; a legtokéletesebb berendezéssel és a lehető legnagyobb kényelemmel ellátva; többek közt van gazdagon felszerelt könyvtára és olvasóterme a betegek számára. A rendes kirándulásokon kívül a betegek Ryebe, az Oakland Bathing Beach-be nyári kirándulásokat is tesznek, a hol a kórház-társaság egy pavillont bérelt a Long Island Soundban való tengeri fürdők használatára. Ezenkívül a férfibetegek ápolóikkal kirándulásokat szoktak tenni villamos vasúton Mamaroneck-be s innen naptaesolnakon a Soundon hajókáznak. Mindenféle multság, gyakorlatozás, tennis, baseball, golf, s egyéb játék is szórakoztatja a betegeket, a kik nagy örömmel és nagy haszonnal is vesznek ezekben részt. Az elmebetegek e kórházában van egy orvos-felügyelő is (Medical Superintendent), a kinek nős embernek kell lennie. Ez a kórház fő végrehajtó hivatalnok; fennhatósága alá tartoznak a House Staff, az ápolók, az alkalmazottak stb. s a kórház összes osztályai és egyéb intézményei az ő ellenőrzése alatt állanak. Itt is van egy Training School, melyben férfi- és nőápolókat képeznek ki. A Bloomingtondale-hez csatoltan van 4. a *Convalescent Home* a Hospitalból ide át tett lábadozók számára, a tavaszi, nyári és őszi hónapokban van nyitva. Itt 77 férfit és 74 nőt láttak el 2262 napon át (1903-ban) átlag egy dollár napi költségen. Végül a kórház-társaság fenntart 5. két *Out-Patient Department*-t, a betegeknek lakásukon való díjtalan kezelésére, 37 orvossal.

Mindez intézetekben 1903-ban összesen 50,279 beteget ápoltak, kik közül 52% semmiféle ápolási díjat sem fizetett és egy nagyobb részük kevesebbet fizetett, mint a mennyit az ápolás tényleges költségei kitétek. A N. Y. Hosp.-ben 7256, a H. of Rel.-ben 2581, Bloom.-ben 456 beteget ápoltak. A két Out-Pat.-ben összesen 39,986 beteget láttak el, 124,270 látogatással. Ezeken kívül az Ambulance Surgeonok még 3413 esetben nyújtottak segítyt.

St. Luke's Hospital: a város északnyugati negyedében, a X. és a Morningside Avenue, a 113. és 114. utca között, egy magas dombon épült, gyönyörű, 4 emeletes palota, fehér márványból és préselt fehér téglából, toronnyal a főbejárat felett; számos risalite, mansard és kupola díszíti. Köröskörül sűrűn, lombos fák övezik s mellette húzódik el (a 110.-tól a 123. utcaig) a Morningside Park. Rev. William Augustus Muhlenberg, protestáns lelkész 1850-ben alapította e kórházat fentartó társulatot; a rendes tagok évenként legkevesebb 10 dollárt, az alapító tagok egyszer s mindenkorra 100 dollárt fizetnek be. A kórházban van egy belbeteg-, két sebész-gynaekologiai, egy phthisikus- meg egy gyermek-osztály. Csak heveny, gyógyítható és nem fertőző betegeket vesznek fel. A betegfelvétel csak délelőtt 10 órától délután 5 óráig történik, kivéve, természetesen, a sürgős eseteket. Olyan városbeli lakost, a kinek állapota annyira súlyos, hogy személyesen nem jelentkezhetik felvételre, a kórház orvosa a lakásán vizsgálja meg előbb. A városon kívül lakók irás-

belileg kell hogy folyamodjanak felvételért, betegségük minéműségét leíró orvosi bizonyítványt mellékelve; de ilyen belbeteget nem vesznek fel rendszeresen; ellenben műtéti beavatkozást kívánó eseteket az ország minden részéből is felvesznek. A közös kórtérmekekben az ápolási költség felnőtteknek 10.50 dollár hetenként, gyermekeknek (12 éven alól) 6 dollár, a külön betegek 3—6 dollárt fizetnek naponként és külön orvosi honoráriumot az Attending Phys.-vagy Surg.-öknek, melyre nézve azonban már felvételek előtt meg kell állapodniuk egymással. Kellőleg igazolt szegények részleges vagy teljesen ingyen kezelésben részesülnek. Ismeretes az amerikaiak nagy előszeretete a mértéktelen köpködés és bagózás iránt (chewing-tubacco); erre vonatkozólag érdekes ez intézet házi rendjének 5. pontja, mely szerint csak a House Phys. vagy Surg. engedelmével szabad a betegeknek bagóznok! A kórtérmekek szép nagyok, világosak, rendkívül tiszták, mindegyikben 26—26 ágy áll; minden ágy fehér függönnyel van körülvéve, az ágy fejeve felett a falba erősített villanylámpa áll. A nagy amphitheater-műtőterem fehér email-lapokkal fedett, számos villanyesillárral és reflektorral; külön műtőterem van a privát betegek számára. A Medical Staff (= Board) 34, a House Staff 9 tagból áll. Van külön Pathologist, 3 segéd, kiknek több szobából álló, fényesen felszerelt laboratórium áll rendelkezésükre. A Training Schoolban, mely 3 évi tanulmányidőre van berendezve, 79 tanuló, és 12 próbaszolgálatos ápolónő volt 1903-ban. A tanulmányidő alatt havonként 10 dollárt kap minden egyes ápolónő; évenként 3 heti szabadságot, azonkívül naponként 2 órát, hetenként egy délutánt és fél vasárnapot. A tanítást főleg a Directress of Nurses és a kórtérmekek főápolónői végzik; előadásokat és felolvasásokat pedig a kórház orvosai tartanak. A szülészeti kiképzésüket (mivel e kórházban nincs szülészeti) a Sloane Maternity és a New-York Lying-in Hospital nevű szülőintézetekben nyerik, hová 3 havi cursuskra 4—4 tanulónőt küldenek a kórház költségén. E kórházban 2642 beteget ápoltak 1903-ban, átlag 2.08 dollár költséggel fejenként. Az Out-Patient Depart.-ben 11,601 belbeteget, 13,017 sebészeti és 6249 nőorvostani beteget kezeltek 30,912 látogatásban. E munkát 3 főorvos végezte 8 segéddel. A lábadozó felnőtteket az Isabella Heimath, a St. Andrew's Convalescent Hospital és a St. John's Guild nevezetű intézetekben, a lábadozó gyermekeket pedig Sea Cliff-ben helyezték el. A gyermekek kórtérmeiben tanítónőt is alkalmaznak, a ki az ápolásban levő kicsinyek unalmát csökkenti, különböző foglalkozásokkal szórakoztatva őket s közben némi nevelésben és tanításban is részesülnek ilyképen. Időnként pedig nagy, omnibus-szerű kocsiban, ápolónők őrzete alatt, sétakocsizásra viszik őket a Morningside Parkba. E kórház protestáns felekezeti jellegét erősen kidomborítja a sok istentisztelettel, biblia-olvasással és imádkozással, melyet a kórházépületben levő díszes kápolnában és minden egyes kórtéremben naponként tartanak. Nagy ünnepeken a Holy Trinity Church chorusa énekelőadásokat is tart a kórtérmekekben. Különböző alkalmakkor pedig egy Madame Berger látogatja a kórtérmekeket, cziterajátékával gyönyörködtetve a betegeket!

Mount Sinai Hospital: a város északkeleti negyedében, a $2\frac{1}{2}$ mértföld hosszú és $\frac{1}{2}$ mértföld széles Central-Park északi felének keleti szélé mellett fekszik, az V. Avenue-n, a 100. és 101. sz. utca között. A zsidó hitközség 1852-ben alapította a kórházat fenntartó társulatot. A kórház 1855-ben nyílt meg s 1872-ig a 28. sz. utcában volt elhelyezve, 1904-ig pedig a 66. és 67. utca között, 225 ágygyal. Ekkor fejezték be az 1901-ben megkezdett új épületesoport felépítését és berendezését a fent említett helyen. Az egész telep 10 épületből áll, melyek 4—6 emelet magasságúak; mindnyája — az elkülönítő pavillon kivételével — fedett folyosókkal van a földszinten egymással összekötve. A középpont elhelyezett adminisztrációs épület egyik oldalán van a belbetegek épülete, másikan a sebészeti betegeké. Ez utóbbi mellett áll a külön betegek épülete 50 ágygyal, melyekért hetenként 25—100 dollárt fizetnek; mögötte pedig a gyermekek pavillonja. Az adminisztrációs épület mögött van a konyha s e mellett, teljesen külön, az izoláló pavillon. A belbetegek épülete mellett van a Dispensary, nagy váróteremmel és ambulanciával; mögötte pedig a pathológiai pavillon és az ápolók épülete, ezek lakásaival és iskola-termével. A kórházban van 7 műtőterem (melyek közül az egyik, teljesen fehér márványból, 25,000 dollárba került s egy adakozónak, Stern Benjaminsnak az alapítványa); van laboratórium, gyógy-

szertár, elkülönítő szoba, egy-egy solarium a belorvostani és sebészeti osztály s a külön betegek épületének tetején. Van 4 belorvostani osztály, 2 sebészeti osztály, 2 gynaekológiai osztály, 1 szemészeti és fülészeti osztály, 1 idegbeteg-osztály, 1 bőrbeteg-osztály, 1 gégeszeti osztály, 1 gyermekbelorvostani és 1 gyermeksebészeti osztály. Külön termek vannak a sérültek, a tuberculosisosok, a lábadozók számára; megfelelő helyiségek a hydrotherapiái procedurák számára stb. stb. Ez óriás telep oly pazar kényelemmel van beosztva és berendezve, hogy csak 456 ágy van benne a betegek számára. Az építő és fölszerelő bizottságnak főtörekvése volt, hogy értékesítse mindazt, a mit hasonló intézményekben eddig tapasztaltak és összegyűjtve minden hasznos adatot, bekebelezze ez új kórházba a tudomány haladásának és a modern gyakorlatnak a legjavát. Ezt az elvet követték nemcsak az épületek tervezésénél és fölszerelésénél, hanem hasonlóképen jártak el a különféle osztályok organizációjában is, mely ily nagykiterjedésű intézmény megfelelő vezetésére szükséges. E mű rendkívül nagy volta és az organizatio komplikáltsága nem engedi meg e helyen a teljes leírást, mely szükséges volna az összes részletek ismertetésére. Ezért csak röviden említem meg az egyes alkotó részeit ez intézménynek, néhány számadattal illusztrálva a működését. A kórházbeli Medical and Surgical Staff áll 44 főorvosból, köztük 2 pathologus (csak ezeknek van fizetésük), 2 radiografista és 2 anaesthesista; a House Staff pedig 20 bent lakó (al- és segéd-) orvosból. Minden kórtéremben 3 nappali ápolónő van és egy külön éjjeli. A kórháznak van saját betegápoló kiképző iskolája: „The Mount Sinai Training School for Nurses“, olyan alap- és házi szabályokkal, mint a már eddig említett kórházakéi. A tanulók száma 73. A tanfolyam időtartama 3 év, mely idő alatt az ápolónők az összes osztályokon váltakozva nyernek elméleti és gyakorlati kiképzést; azután még szülészeti cursust is kapnak a Sloan Maternity Hospital-ben (mert maguknak nincs szülészeti osztályuk); végül kiképezik még őket a massageban és a betegek számára való főzésben. Az első évben 8 dollár havi pénzt kapnak, a másodikban 12, s a harmadikban 15 dollárt; azonkívül lakást, teljes ellátást és ha betegek, ingyen ápolást. Szabadság is úgy kijár nekik is, mint más kórházakban. A kórházba rendelésre és kezelésre bejáró, ambulans betegeket, vagyis a Dispensary ügyeit 26 főorvos látja el, 63 assistenssel. A városban, saját lakásaikon fekvő betegek ellátására, vagyis az Out door Department-ben 9 orvos működik. Még néhány más, egyéb orvos-alkalmazottal (pl. felügyelő, betegfelvevő [ez csak zsidó lehet] stb.) együtt összesen 168 orvost foglalkoztat ez az egész intézmény. 1903-ban az ápoltak száma a kórházban 3540, a Dispensaryben 33,800, az Out door Departmentben 193 volt, balesethez 533-szor hívták, összesen tehát 38,066 beteg részesült ápolásban, fajra és vallásra való tekintet nélkül. Az Out door Departmentben 185 beteg kapott a kórház költségén ápolónőt is és 1107 receptet készítettek el a kórház költségén, részben a kórház gyógytárában, részben más gyógyszer-tárban. A közös termekben a benszültöket ingyen ápolják; a ki teheti, hetenként 7 dollárt fizethet; de több mint 90%-a a betegeknek ingyen ápolásban részesül. A kórházbeli betegek ápolási költségei fejenként és naponként 1 dollár 76 centet tettek ki, szemben az előző évi 1 dollár 65 centtel. Az ápolási költségek különben az összes kórházakban évről évre növekednek, a mit főleg a tápszerek, a fűtőanyag és egyéb szükségletek magasabb ára okoz, de egyszersmind a szolgáltatásban levő mind nagyobb-számú személyzet is okozza, mely a betegek kényelmére és javára szükséges.

Nádory Béla dr.

IRODALOM-SZEMLÉ.

Könyvismertetés.

Das Wesen des Genies. Von Dr. K. A. Gerhardi. Dritte Auflage. Verlag von Oskar Hellmann. Janer-Leipzig. 1908. 150 lap. Ára 2 марка 40 f.

Gerhardi a lángész mibenvoltát tanulmányozza és arra az eredményre jut, hogy „a lángész alkotó szellem“, míg a vele gyakran összetévesztett talentumot utánzásra képesítőnek tartja. A lángész azonban pontosan nem határolható el, mert az átlagember és

a genialis ember között egész skálaszerű fokozatokban vannak átmenetek. A genialis alkotóképesség alapja a szenvedély, a fantázia és a helyes ítélet. A szenvedély köti le az embert a munka mellé, a fantázia adja meg a feltalálóképességet és a helyes ítélet megakadályozza a ferde útra való térést. Gerhardi ezeket a tulajdonságokat egyenként részletesen tárgyalja. Azután a férfiak és nők képességeiről szól és azt állítja, hogy nagyjában inkább az atyától öröklődik az itélőképesség és az anya részéről a fantázia és érzés. Nagyon olvasásra méltó fejezete a könyvnek a függeléke, a melyben a szerző kimutatja, hogy a klasszikai ónyelvek tanulása nem segít meg okos emberek képzésében, sőt rámutat arra, hogy egyes genialis íróknak műveiben a legrosszabb részek azok, a melyekből az úgynevezett klasszikai műveltség tükröződik vissza.

Kollarits Jenő dr.

Új könyvek. *L. Brandt*: Chirurgie für Zahnärzte. Berlin, A. Hirschwald. 14 m. — *L. Bürgerstein*: Zur Schulbankfrage. Leipzig, W. Engelmann. 1.50 m. — *Kanasugi*: Beiträge zur topographisch-chirurgischen Anatomie der Pars mastoidea. Wien, A. Hölder. 8.60 m. — *Apollant und Ehrlich*: Über die Genese des Carcinoms. Jena, G. Fischer. 1 m. — *H. Trendelenburg*: Verletzungen und chirurgische Krankheiten des Gesichts. 2. Hälfte, I. Teil. Stuttgart, F. Enke. 4 m. — *L. Peiser*: Angina pectoris. Stuttgart, F. Enke. 2.80 m.

Lapszemle.

Gyógyszertan.

A gyógyszertermelés visszasságai, különös tekintettel a pyrenol-kérdésre ezimen *Harnack* hallei tanár azokkal a visszaélésekkel foglalkozik, a melyek egyes német vegyi gyárak részéről újabb időben tapasztalhatók. Régen ismert gyógyító anyagokat összekeverve, szerencsés synthesis útján előállított új vegyületekről beszélnek. A vegyületnek nevet adva, annak (drága pénzen) árúsítására engedélyt nyernek. Nagyhangú reklám jelenik meg ezután, a mely a szer előállításának burkolt leírása, valami lehetetlen szerkezeti képlet s tudományoskodó elnevezés közlése mellett arról értekezik, hogy az új vegyület azon régi szerek sajátosságos egyesülése folytán különös gyógyhatásokkal bír, míg káros mellékhatásai egyáltalában nincsenek. Megküldik a szert orvosoknak, klinikáknak azzal a kéréssel, hogy kísérletezzenek vele. A kísérletezés eredményeképpen az új gyógyszer különféle jótékony hatásait tárgyaló közlések jelennek meg, melyek megindítják az üzletet. Hogy valaki az új vegyület vegyelemzése alapján nyert pontos mennyiségi adatok szerint előállított, a gyáros által „utánzat“-nak nevezett anyagot ne hozzon forgalomba, már eleve kijelenti a gyáros, hogy az új vegyület meg nem elemezhető oly műveletek útján keletkezett, a melyeket az elemzés föl nem deríthet, nevezetesen az előállításához használt anyagok ki nem mutatható szennyezéseket tartalmaztak, a melyek azonban rendkívül fontosak a gyógyhatás tekintetében. Ha igazi szakértő a készítmény pontos elemzését közöl, bevonzítja, hogy az egyszerű keverék, akkor sem adja meg magát a derék gyáros. A nélkül, hogy az elemzés helytelenségét vegyelemzési adatokkal bizonyítaná, gyanúját fejezi ki annak helyessége iránt, mindenféle mellékes dolgokba kapaszkodva, kicsavart okoskodással, költött érvekkel védekezik, elismeri, hogy a szerkezeti képletet ezen elemzés után kevésbé meg kell változtatni. (A képlet így is megtartja a tudományos látszatot s a hozzá nem értő még mindig azt hiszi, hogy nem keverék, hanem vegyület.) Végül hivatkozik az orvosi gyakorlatban a készítménnyel elért sikerekre s esetleg pert akaszt az elemző szakértő nyakába. Végző szükségben, ha minden tudományoskodás daczára sem tudja fenntartani a szerző a készítmény vegyület-voltának látszatát, akkor azzal védekezik, hogy a készítmény ugyan „egységes“, de nem „vegyileg egységes“, a mely kijelentés természetesen minden, csak nem tudományos.

Szép példánya ennek a lelkiismeretlen gyógyszergyártásnak a pyrenol, a mely körülbelül 5 éve van forgalomban mint expectorans, nervinum, pertussis-, asthma- és lázellenes szer; a veséket, szívet, beleket állítólag nem károsítja. A gyáros az ajánló iratban ezifra szerkezeti képletet közöl s benzoylthymyl-natriumbenzoyloxybenzoicumnak mondja. Az előállítás leírásában bizonyos „hőmérsék“, „bizonyos kautelák mellett“ stb. burkolt kifejezések szerepelnek. Zerniknek a berlini gyógyszerertani intézetben végzett

gondos elemzése szerint a pyrenol nem egyéb, mint 49—49% natrium benzoicum és natrium salicylicum keveréke, a maradék pedig részben szabad benzoësav, részben pedig (0.2%) más elemzés szerint 0.3%) thymol. Benzoylthymylestert, a melynek nagyobb mennyiségben kellett volna jelen lennie, a legnagyobb gonddal sem lehetett kimutatni. Zernik ugyanakkor a pyrenol egy utánzatát megvizsgálván, ugyanazokat az alkotórészeket találta, de más mennyiségi viszonyban. A miért kijelentette, hogy a pyrenollal nem azonos. A gyáros ezt a kijelentést a legnyugodtabb szemtelenséggel a maga javára fordította, azt mondván, hogy a pyrenol bonyolult szerkezeténél fogva nem utánozható, másrészt azzal védekezik, hogy nem tiszta, hanem empyreumás anyagokkal kevert benzoësavat használt, a mit mennyiségileg kimutatni nem lehet, de rendkívül fontos a hatás tekintetében. Érvei súlytalan voltát érezve, minduntalan azt hangoztatja, hogy az elemzőnek számolnia kellett volna a gyógyításban elért sikerekkel. A pyrenol-kérdésben különben gyönyörűen kompromittálta magát a gyáros a maga akarata ellenére. T. i. valami utánzattal való összehasonlítás czéljából Aufrecht vegyszessel megvizsgáltatta a pyrenolt. Ezen vizsgálat szerint a pyrenol vízben tisztán feloldódik, holott a gyáros szerint az empyreumás anyagok miatt zavarosan oldódik. De ez a tény egyúttal a mellett is bizonyít, hogy nagyon kevés thymol lehet a készítményben, mert ez vízben nem oldódik. A legérdekesebb pedig az, hogy Aufrecht 39% hamut mutatott ki, holott a gyáros által szerkesztett képlet szerint csak 10% hamut kellett volna találni.

A pyrenol szerzője még több ilyen készítménnyel gazdagította a világot. Ilyen az arhovin, a melyről Anselmino elemzése kimutatta, hogy thymol, benzoësavas aethylester és diphenylamin keveréke; a jodofán (jodoformot pótló szer), a mely monoiod-dioxybenzoformaldehyd állítólagos szerkezettel bír s melynek e szerint 47.75% jodot kellene tartalmaznia, holott csak 4% van benne. Legérdekesebb szülötte az említett gyárosnak az „eglatol“, a mely „méregtelenített chloralhydrat“ gyanánt került forgalomba. Ez tulajdonképpen nem egyéb, mint chloralhydrat, antipyrin, coffein, menthol és urethan keveréke. Az előállítását és szerkezetét tárgyalva, a gyáros az említett alkotórészeket nem a közönséges, hanem vegyi nevükön említi, mert esetleg feltűnnék az, hogy altató szer izgató szerrel van együtt. A hirdetésben egyébként a megszokott ellenmondások, homályos kifejezések: „az eglatol nem vegyileg egységes test, hanem egységes folyadék; szilárd vegyi összetétel, de talán kettős kötésben“. Ezenkívül azt állítja, hogy szerencsés összetétel útján sikerült a chloralhydratot és antipyrin mérgező sajátosságaiktól megfosztani. Hogy az orvosok mennyire felülnek az ilyen tudományosnak látszó hirdetéseknek, mutatja az, hogy maga a „Deutsche Ärzte-Zeitung“ egyik szerkesztője, Boltensern, cikket irt „Eglatol, entgiftetes Chloralhydrat“ ezimen, a melyben neveltségesen komoly tudományos apparátussal ismerteti az eglatol gyógyszerhatásait, folyton phenyldimethyl-pyrazolonról (antipyrin), methylcarbaminsavról (míg a gyáros methylurethanról beszél) és trimethylxanthinről (coffein) írván, a mely utóbbinak tulajdonságait úgy ismerteti, mintha egészen új anyag volna a gyógyszerkincsben.

Mindenki beláthatja e példákból, hogy meg kell szüntetni ezt az áldatlan állapotot, mely lehetővé teszi, hogy az orvosi tudományhoz egyáltalában nem értő gyárosok lelkiismeretlen módon terjeszsenek az említettekhez hasonló szereket. A cél elérésére a szerző egyrészt a patenstörvény javítását (a titkos szerek elleni tilalom kiterjesztése azon szerekre is, a melyek pontosan elemezve nincsenek), másrészt az újonnan kibocsátott készítmények megvizsgálására szolgáló hivatalos központi állomás felállítását tartja szükségesnek. Természetes, hogy a vegyi és kísérleti gyógyszerertani vizsgálat mellett mégis a betegágnál tett tapasztalatnak kellene első sorban döntenie a készítmény használhatósága felett. E tekintetben azonban szokják meg az orvosok, hogy valami új készítménnyel elért sikereket ne közöljék mindjárt, figyeljenek elfogulatlanul hosszabb ideig, mert az első lelkesedés lelohadása után tisztábban látva, gyakran lehet kellemetlen mellékhatásokat tapasztalni. Minthogy a hivatalos központi vizsgáló állomás felállítása manapság még gyakorlati nehézségekbe ütközik, azt ajánlja a szerző, hogy az új készítmények vizsgálatát a berlini gyógyszerertani intézetre, gyógyszerhatástani vizsgálatát pedig a királyi egészségügyi hivatalra bizzák. Az orvosok azután óvakodnának oly szerektől, a melyeket ezen intézetek meg nem vizsgáltak s az új készítmények gomba-

szerű felburjánzása magától megszűnnék. (Deutsche med. Wochenschrift, 1908. 36. sz.)

Belorvostan.

Az arteriosclerosis klinikai formáiról tárgyaltak a francia belorvosok ez évi congressusán.

Huchard, az egyik referens, a sokat emlegetett vérnyomás-emelkedés kérdésével kezdte fejtegetéseit. A tensioemelkedés az arteriosclerosisban következményes jelensége egy alimentáris eredetű mérgezésnek (autointoxicatio), mely végig halad az arteriosclerosis egész klinikai képén. A vérnyomás-emelkedés nem magyarázza az arteriosclerosis jelenségeit, melyeknek főtenyezői a szívtünetekkel együtt a mérgezésből eredő zavarok. Hogy ez az intoxicatio alimentáris eredetű, arra az mutat, hogy megfelelő, azaz tej- illetve tej-vegetarianus-étrendre szorítva a beteget, a mérgezésből eredő nehézlégzés, a sclerosisos szívba j domináló tünete elmarad.

Az arteriosclerosis járhat nyomásesökkenéssel is oly esetekben, melyekben nyomás-emelkedés van a vena portae rendszerében következményes máj- és tüdőbővérűséggel, bronchitissal és dilatált szívvel. A megváltozott máj nem tudja a mérges anyagokat megkötni s ezek a véráramba jutva az erek falát izgatják. Az ily beteget massage-zsal kell kezelni s akkor emelkedik a nyomás is, a diuresis is.

Josué vizsgálatai szerint az atheromatosis supareninnel lehet előidézni. Huchard szerint a kísérlet nem ad felvilágosítást az arteriosclerosis keletkezéséről, mert bár lehet laesiót kísérletileg előidézni, de nem a betegséget minden következményével együtt.

Huchard statistikája szerint a gyakoriság szerint való sorrendben a következő aetiologiai momentumok szerepelnek: kőszvény, csúsz, syphilis; étrendhiba, dohányzás; infect. betegségek, diabetes, alkohol, malaria, menopause; legritkábban neurosis.

Hornowski és Novicki, tekintettel arra a feltevésre, hogy az arteriosclerosis aetiologiájában a gland. suprarenalis szerepet játszik, arteriosclerosisban szenvedő emberek mellékveséit vizsgálták meg, de a normálistól való eltérést nem találták.

Az a nagy összevisszaság, a mely az arteriosclerosis kérdésében tapasztalható, onnan van, hogy a kutatók nem határozzák meg pontosan annak fogalmát. Az arteriosclerosis generalizált és disseminált betegség, csupán néha helybeli, de mindig van terjeszkedési hajlama. Anatomiailag jellemzik az arteriák laesiója folytán keletkezett zsigeri sclerosisek, klinikailag pedig toxikus jelenségekből áll, melyek az erek feszességét és a tensio deviatióját, a dyspnoét, álmatlanságot, tachycardiát és szédülést okozzák.

A cardiosclerosisnak három formája van: 1. cardiorenalis forma, 2. „cardiosclérose à forme myo-valvulaire“ és 3. „sclérose à forme cardiobulbaire“ (Adam-Stokes-féle betegség). Klinikai fejlődésében négy szakát ismerhetjük fel a cardiosclerosisnak; az első, az „arteriális“ vagy praesclerosis szakot jellemzi az intoxicatio folytán keletkezett vérnyomás-emelkedés; a második szak („cardio-arteriális“) a szívizom elfajulásával jár; a harmadik az úgynevezett mitroarteriális szak és a negyedik szakot, mely néha hiányzik, jellemzik a cardiectasiával járó jelenségek.

A praesclerosis szakának főjelensége a vérnyomás emelkedettsége, mely valószínűleg renális eredetű, ez okozza az erek romlását, az arteriosclerosis; ebben a szakban még csak minimális elváltozás van az erek falában, esetleg nincs is, s mint a klinikai tapasztalás bizonyítja, e szakban gyógyítható is a betegség. Huchard ellenében Chantemesse, Hayem, Lancereaux elsődlegesnek nem a vérnyomás emelkedését, hanem az érfalak elváltozását tartja. Huchard azonban fenntartja véleményét. A mérgezési jelenségek a veseműködés elégtelenségéből származnak, ez megvan még akkor is, ha nincs is fehérjévezetés; a mi a fájdalmat illeti, főként az angina pectorist, legjobban a rheumatoid fájdalom jellemzi, mely a tagokban s az oldokban, a bordaközökben székel, s melynek oka az erek spasmusában keresendő, mint ezt az értágító szerek kedvező hatása bizonyítja.

A praesclerosis folyamán vagy vége felé jön azután a szív-arythmia és tachycardia. A tachycardia renális eredetű lehet, mert antitoxikus kezelésre megszűnik, míg az arythmia a cardiosclerosisból származik s nem segít rajta semmiféle kezelés. A cardiosclerosisban ezen a tachy-arythmián kívül nehézlégzést is észlelünk; hogy ez nem uraemiás, hanem toxialimentáris eredetű, azt bizo-

nyítja az, hogy az uraemiás nehézlégzés soha oly gyorsan el nem tűnik a húsételek és a só megvonására, mint ez.

A megbetegedésnek myovalvuláris formájában az erek laesiójához az aorta- vagy mitrális-billentyűk hibája is járul. A sclerosist okozó folyamat localisatiója a mitrális billentyűzetre okozhat insufficienciát és stenosiszt. Ez a sclerosisból származó mitralstenosis gyakoribb, mint a hogyan sok orvos gondolja, csak gyakran nem ismerik fel, mert fizikális jelei vagy hiányoznak, vagy elmosódottak s egyéb tünetek helyettesítik. Nem kell várni pl., hogy gyakran lehessen kettőzött második hangot hallani. A második hang kettőzöttségét tudvalevőleg úgy magyarázzák, hogy a mitralstenosisban nagyobb lévén a nyomás a kis vérkörben, nem záródna egyidejűleg az aorta és pulmonalis billentyűi. De mivel egyúttal, ha arteriosclerosis is van a betegnek, a nagy vérkörben is nagyobb lesz a nyomás, így arteriosclerosisos mitralstenosis esetében is egyszerre záródhatnak a billentyűk és csak egy második hangot hallunk. A mitralstenosis egyéb jelei pedig szintén el lehetnek takarva vagy legalább nehéz észrevenni őket a tachyarythmia miatt; ha tehát azt akarjuk, hogy a sclerosisos mitralstenosis tünete előjöjjene, szükséges, hogy az étrend szabályozása és hypotensiv szerek által az aortabeli nyomást lefokozzuk és a szívösszehúzó-dások szaporaságát digitalissal csökkentjük. A functionális zavarok igen nagy jelentőségűek. A mitralstenosis önmagában véve is nagyfokú nehézlégzést okoz, s annál nagyobb lesz a nehézlégzés, mivel arteriosclerosis is járul hozzá. Az arteriosclerosisos nehézlégzésnek két oka van: mechanikai, a véráram útjában levő akadályok fokozódása által, és toxikus, a vesék átjárhatatlansága folytán, következőleg a toxikus anyagok felhalmozódása miatt.

Az aorta billentyűiről folytatódólagosan a mitralisra is ráterjedhet a sclerosis és mitralis insufficienciát okozhat; ilyenkor úgy a mitrális billentyű felett, mint a szív bázisán systolés zörejt lehet hallani („souffle mitro-aortique“ Huchard). Az arteriosclerosisból eredő ezen mitrális insufficienciát az endocarditisből eredőtől (rheumástól) meg lehet különböztetni a nyomás-emelkedésen és mérgezési jelenségeken kívül a galopparythmus és az angina pectoris által, a melyek a rheumás eredetű mitrális insufficienciában hiányoznak. Nem szabad azonban megfeledkeznünk arról, hogy az arteriosclerosisban szenvedő emberek aortainsufficienciája maga nem minden bajnak az okozója, hanem a vesék is szerepet visznek, melyeknek hiányos működése a toxikus anyagok képződését elősegíti. „A betegség a szívben székel, de a veszély az erekben és a vesékben (Huchard)“.

Az arteriosclerosis kezdete lehet az aortában, mint azt Huchard kimutatta a syphilises aortitisre nézve. Ez 10 vagy akár 30 évvel az infectio után jön meg, egy ideig minden tünet nélkül látszólag egyszerű helybeli elváltozás marad, míg egyszerre megjelennek a cardiosclerosis jelenségei: a toxialimentáris nehézlégzés, az acut tüdőoedémás rohamok s állandóan toxi-asystolia fenyeget. Az aortitis belépett a renális szakba: a betegség az aortában van, a veszély pedig a vesében.

A mi a terapiát illeti, a praesclerosis szakában egyrészt a renális eredetű mérgezés ellen, másrészt pedig a hypertensio ellen kell valamit tenni. A mérgezés ellen tej- vagy lactovegetarianus étrenddel, a veseimpermeabilitás ellen diureticumokkal küzdünk. Hypertensio ellen a massage és torna, húgyhajtó vizek és szénsavas fürdők, a trinitrin és natrium nitrosum jók. A második, cardioarteriális periodusban szigorú tejdiéta és diuresis a követendő eljárás. A harmadik, vagyis mitroarteriális szakban theobromin, szigorú tejdiéta és digitalis van javalva, míg cardiectasia esetében az elfogyasztandó folyadék mennyiségét is csökkentenünk kell. Jód csak az első időszak végén és a másodikban van javalva.

A másik referens, Jaquet (Basel), az arteriosclerosis extracardiális formáival foglalkozik. Négy typus ismeretes legjobban; ezek: „type cardiaque, type nerveux, type rénal, type abdominal“.

Közönségesen a megbetegedett aorta tágult szokott lenni (tompulat a sternum jobbszélén túl a 2. és 3. bordaköz magasságában), a balszív túltengett, mit emphysema vagy cardiectasia esetén néha nehéz kimutatni. Bittorf szerint az aorta 2. hangjának ékeltsége jellemző a diffus aortitisre nézve. A nyaki verőerek láthatóan lüktetnek s az esetek $\frac{1}{5}$ -ében a vérnyomás is emelkedett. Gyakran a pupillák is egyenlőtlenek a n. sympathicus bántalmazottsága folytán. A beteg szegycsontmögötti fájdalomról panaszkodik s a szíve táján nyomást érez, mely járás, lépcsómászás közben foko-

zódik. A szegycsont felső része és a bordaközök nyomásra fájdalmasak. Ha az arteria subclavia eléggé szűkült, a felső végtagon oly jelenségeket észlelünk, melyeket Charcot claudicatio intermittens néven írt le. A claudicatio intermittensben az érzészavarok rendszerint megelőzik a mozgási zavarokat; a beteg hangyamászást érez tagjaiban, hideg- vagy melegérzésről panasz-kodik, azután a lábai elkékülnek, egyik-másik lábujja vértelen, mások meg sötétkékek lesznek, majd elgyöngülnek a lábai, úgy hogy a beteg kénytelen megállni; egy idő múlva azután ismét tudja tagjait mozgatni. A leírt állapot alatt az arteria pedica, poplitea, sőt femoralis pulsatióját nem tapintjuk, ez azonban nem jellemző, mert például Erb ugyanezt észlelte egy 69 éves teljesen egészséges emberen, paresis minden tünete nélkül.

Az idegrendszer arteriosclerosis a neurasthenia képével sok hasonlatosságot mutat, miért is ennek tüneteit senilis neurasthenia néven lehet csoportosítani. Ez az állapot a 40—65 évek közt a jellem megváltozásával kezdődik; a beteg ingerlékeny, már kis szellemi munka után is elfárad; emlékezőtehetsége és intellectuális munkaképessége csökken. Egyúttal fejfájás és szédülés is társul a kórképhez, de a betegek ítélőképessége érintetlen marad s állapotuk felett aggodnak. A halál vagy gutaütés, vagy coronar-sclerosis, vagy valamely közbejövő betegség folytán következik be.

Hasonlít ez az állapot a Grasset-féle cerebrosclerosis lacunaris képéhez, melynek tüneteit Pierre Marie és tanítványai írták le. Ez a betegség hemiplegiával kezdődik, mely tökéletlen s részleges lehet. Néha a bénulás a nélkül jön létre, hogy a beteg eszméletét elveszítene; az eszméletlenség különben is csak órákra terjed. Ezeknek a betegeknek a járása jellemző: előre hajolva kis lépésekkel mennek, mint a pseudo-bulbaer paralysises betegek, a nélkül, hogy lábukat a földről felemelnék. Az inreflexeik fokozottak a bénult oldalán, a nélkül, hogy a contractura nyomait észlelnék. Siró illetve nevető göresöt is észleltek ily betegen. A psyche viselkedése hasonlít az előbb tárgyalt kórképhez: a beteg ingerlékeny, újabb eseményekre nem jól emlékezik, nehezen tud figyelni valamire. A szellemi zavarok rendszerint fokozódnak és újabb vérzések támadnak. Ezek a sclerosisos göczok leginkább a központi szürke magvakban vagy a fehér állományban székelnek; falaik csipkézetek, szabálytalanok, tartalmuk pedig a tönkrement idegelemek félig folyós tömegéből áll. A lacuna közepében állandóan találunk egy átjárható belvilágú verőerecskét, melynek fala azonban igen megváltozott. A lacunák helye szerint a kórkép más és más; a pseudo-bulbaer paralysisek nagy száma például úgy jön létre, hogy ily lacunák képződtek bilaterálisan a motoros pályák útjában.

Az agyerek sclerosis ily módon a Naunyn által leírt pseudosclerosis multiplex senescentium képét hozhatja létre, mikor is a bonczoláskor számos kis vérzéses és lágyulós göczot találunk.

Többen a senilis epilepsiát az agyerek sclerosisával magyarázzák. Jaquet is észlelt egy beteget, kin egy valamivel bőségesebb étkezés epilepsiás rohamot idézett elő s mikor a beteget valami borbaj miatt tejdiatára fogták, a rohamok elmaradtak.

A felsoroltakon kívül az agyerek sclerosisa nyilvánulhat csupán az intelligentiában észlelhető defectusoknak is (Alzheimer, Binswanger). A gerinczvelő-erek sclerosisa az öregek spasmusos paresisben nyilvánul. Kis lépésekkel s kezdetben spasmusosan mennek, úgy, mintha nehezükre esnék lábukat emelni. Azonkívül találni izomhypertoniát, contracturát, az inreflexek fokozottságát és epileptoid remegést. Az intelligentia rendesen csökkent, némely beteg szédül, spasmusos sirásra vagy nevetésre hajlik.

Az arteriosclerosis a perifériás idegek működésében is okozhat zavarokat (neuritis). Kevés jól észlelt eset ismeretes, hogy ezekről bővebbet lehessen mondani.

Az arteriosclerosis renalis complicatiói eléggé ismeretesek s sokat vitatkoztak a vesebajosok arteriáiról. Prym és Jores tagadja, hogy Bright-kórban speciálisan volnának az erek megváltozva; azt állítják, hogy a Bright-kóros érelváltozás azonos az arteriosclerosisossal. Jaquet is észlelt egy esetet, melyben a halál utáni görcsövi vizsgálat Prym és Jores állítását igazolta.

Klinikai szempontból úgy látszik, hogy a fiatal arteriosclerosisos emberekben a nephritis okozta az érelváltozásokat, míg az öregekben valószínű, hogy a vesebaj az arteriosclerosis következménye. A fiatal arteriosclerosisos vesebajosok uraemiában halnak meg, míg az öreg arteriosclerosisos emberek, kiknek veséje majd mindig meg-

betegedett, szívgyöngeség, pneumonia vagy valamely közbejövő betegség folytán halnak meg.

A hasi erek sclerosisa igen heves fájdalmakat okoz. Ortner ezt dyspragia intermittens angiosclerotica intestinalis néven írta le. Igen nagy köldöktáji vagy epigastriális fájdalomban nyilvánul meg a baj, s a fájdalom teljesen független az étkezéstől, előidézésére elégséges az erősebb izommunka vagy akár a lelki emotio.

Meg kell még emlékezni a senilis vagy physiologiás arteriosclerosisról (Edgren), melyet különben relativ egészséges öreg emberekben észlelünk, kiknek tapintásra rigid erek vannak és gyakran magas a vérnyomásuk. Ezek vagy marasmusban halnak meg, vagy pedig pneumonia vagy szívgyöngeség következtében, de hosszú idő múlva. Ez azért érdekes, mert azt mutatja, hogy az arteriosclerosis lassan fejlődhetik, a nélkül, hogy egyéb jele volna, mint a gyors megöregedés. Maga az erek laesiója nem minden az arteriosclerosis processusában s nem elegendő az arteriosclerosis bizonyos formáiban jelentkező tünetek magyarázására.

A vérnyomásról is kell még néhány szót szólni. Hypertensiót nem találunk minden esetben; lehet a vérnyomás normális, sőt csökkent is az arteriosclerosisban. Jaquet ép úgy mint Dunin azt hiszi, hogy oly egyéneknél csökkent a vérnyomás, kiknek csupán a nagy arteriái változtak meg. Van állandó és időszakos hypertensio; ez utóbbi az arteriosclerosisos fájdalomrohamok alatt észlelhető, de még ott se minden esetben; Jaquet egy esetében angina pectoris roham alatt sem változott a vérnyomás.

Hogy hogyan jön létre a vérnyomásemelkedés az arteriosclerosisban, még nem világos; Jaquet szerint maga az intoxicatio nem elegendő az állandó hypertensio magyarázatára; valószínű, hogy több tényezőnek egyidejű működése következtében emelkedik a vérnyomás. A chronikus aortitisben lehet, hogy a nervus depressor — melynek az aortával benső összeköttetése van — izgatása folytán lesz magasabb a tensio.

Az arteriosclerosis állandó tüneteinek kívül van néhány időszakos is, mint az angina pectoris, hasi fájdalmak, claudicatio intermittens, ictus, szédülés, melyet nem lehet az erek megsűküléséből magyarázni. Bonczoláskor néha majdnem átjárhatatlan arteria coronariákat találnak, a nélkül, hogy a beteg angina pectorisban szenvedett volna, máskor meg alig látni valami kis arteriosclerosisot s a beteg meghalt az anginás roham alatt. Az idegrendszer bizonyosan nagy befolyást gyakorol ezeknek a paroxysmusos jelenségeknek létrejöttében, de tudományosan beigazolvva ez még nincsen. (La Semaine Médicale, 1908. 37. sz.)

Szinnyei József dr.

Idegkórtan.

Gyógyulhat-e az izomdystrophia? Ezt a kérdést veti fel A. Marina (Triest). Mindeddig az izomdystrophiát olyan bajnak tartottuk, a mely állandóan előrehalad, a míg a beteg elpusztul. Marina munkája gondolkozóba ejt a fölött, hogy nincsenek-e gyógyuló esetek is, ámbár ő maga is csak kérdésképen veti fel ezt a nézetét. Gyakorlati szempontból fontos a közleményben az is, hogy kevés izomra kiterjedő, mintegy esonka alakokat ismertet. Ezek között van egy beteg, a kinek baja főleg a vállöv izmaira szorítkozott, hosszú ideig nem változott és a kinek alsó végtagjai jó állapotban voltak ahhoz, hogy nagyobb hegyi utat is meg tudott tenni. Ez az út azonban nagyon kárára volt, mert utána az izomsorvadás hirtelen előhaladt. Látszik ebből, hogy a munka az ilyen betegnek mennyire kárára van és hogy ha a beteget baja nem is kényszeríti rá, nyugodtan kell őt tartanunk.

Érdekesebb és fontosabb ennél a következő eset. 8 1/2 éves leány izmai részben sorvadtak, míg a medenczöv izmai hypertrophiásak, scoliosis is van és ezenkívül kiskora óta hamar fárad, karjait csak rövid időre tudja felemelve tartani. Az alsó végtagok aránylag épek. A sorvadt izmokban a fáradós ingerlékenység csökkent. A felső végtag inreflexei nem válthatók ki, az alsó végtagéi rendesek. A beteg 14 éves korában jelentkezik újból, nagyon megerősödött, a gyengesége elmúlt. A scoliosis kis fokban most is megvan. Az izomerő nagyon javult, a beteg karjait hosszú ideig is magasan tudja tartani, csak a felkar egynehány izma gyenge, a medenczöv izmai hypertrophiásak. A felső végtag izom-reflexei gyengék, periostreflexei nincsenek meg. A fáradós ingerlékenység a gyenge izmokban csökkent. A farizmain jobboldalt

egyalában nincs villamos ingerlékenység. Ez az eset tehát körülbelül 6 évvel az első vizsgálat után a dystrophiából nem gyógyult ugyan meg, de kétségtelenül lényegesen javult. Olyan izmok, amelyek előbb gyengültek voltak, most megerősödtek. Így nem lehet arra sem hivatkozni, hogy a baj egyszerűen megállt volna. A javulás gyógyítás nélkül állott elő.

Mint hogy *Marina* hasonló javulásról nem tudott, levélben *Erb*-hez fordult. *Erb* azt felelte, hogy azok az esetek, amelyekben egyes izmok defectusa fordul elő, esetleg megállott dystrophiák lehetnek. E felvételt azonban csak fellevésnek minősíti. *Erb* egynehány esetet látott, amelyekben a baj megállott és a későbbi korban sem lett rosszabb és egyetlen egy esetet, amelyben a kétségtelenül dystrophiás fiatal leány lassan kigyógyult.

Az az eshetőség e gyógyuló esetekben azonban fennállhat, hogy később valami alkalmi ok, például fárasztó mozgás után a kóros folyamat újra feléledhet. (Deutsche med. Wochenschrift, 1908. 25. sz.)

Kollarits Jenő dr.

Sebészet.

A splenectomiáról ír *G. B. Johnson*. Hat esete kapcsán összeállítja Bessels Hagen és Johnston statistikáit, kombinálva az idevonatkozó irodalmat, mely összesen 708 ilyen esetre vonatkozik. Ezekből gyógyult 514, meghalt 194 (27.4%). 1900—1908-ig 355 splenectomiáról van említés: 289 gyógyulás, 66 = 18.5% halálozás. A trauma miatt végzett splenectomiáktól eltekintve, 242 eset marad, 210 gyógyulással és 32 = 13.2% halálozással. Ha a leukaemiás eseteket kizárjuk, a hol a splenectomia nyilvánvalóan contraindikált, 235 eset marad, 208 gyógyulással és 27 = 11.5% halálozással. A betegségek szerint a gyógyulási arány a következőképpen oszlik meg:

Idiopathiás léphypertrophia	74	meghalt	21
„ „ vándorlóp	60	„	6
„ „ kocsányesavarodással	27	„	8
Malariás léphypertrophia	149	„	38
„ „ vándorlóp	40	„	1
„ „ kocsányesavarodással	12	„	2
Anaemia splenica	61	„	12
Lépechinococcus	23	„	4
Lépcysta	19	„	0
Leukaemia	49	„	43
Léptuberculosis	10	„	2
Lépsarkoma	12	„	3
Léptályog	9	„	1
Sérülések	150	„	51
Egyebek	13	„	2

(Annales of surgery, 1908, július.)

Pólya.

Venereás bántalmak.

A syphilis ellenében használt kénésös kenőkúra történetéről tartott előadást *P. Richter* a berlini dermatologiai tarsulat egyik idei ülésén. A régi egyptomiak nem ismerték a kénésöt, bár *Virchow* az ellenkezőt állította. A görögök az egyptomiaktól csak jóval később, a Hippokrates utáni időben tanulták el a kénéső ismeretét. A görögök révén később az arabok is megismerkedtek vele. Az utóbbiak voltak azok, akik a kénésöt először használták gyógyításra. Az arab nyelvet ismerő *Const. Africanus* révén azután tudomására jutott a fém használata a nyugati orvosoknak is, akik gyenge kénésőkenőcsöket nagy mennyiségben használtak a lepra ellen. A leprás betegeket akkoriban vastagon bekenték s így hagyták napokon át. Hogy a betegek a melléktünetektől, főként a stomatitisztől mennyit szenvedtek, az nem lehet kétséges. A mikor 1494-ben „az új hallatlan betegség” — a syphilis — Spanyol-, Francia- és Olaszországban feltűnt és az egész művelt világot borzalomba ejtette, az orvosok és kuruzslók egyszerűen a régi kénésös kenőcsöt vették elő és a megszokott formában rendelték. A kénéső rendelése minden rendszer nélkül történt és *Almenar*-nak 8 évvel később megjelent művében az egyetlen haladás csak az, hogy jó tanácsokat adott, a melyeknek betartásával a nyálfolys megakadályozható. De az orvosok ennek ellenére nem ügyeltek arra, hogy a kénéső kellemetlen mellékhatásait kiküszöböljék, sőt ezentúl még csaknem három századon

keresztül a nyálsurgásban látták a kénésös kúráknak igazi hasznát. Ez a nézet a 13. századbeli *Cervia*-tól eredt, aki a kénésővel kezelt betegségek gyógyulását csak a nyálsurgás kifejlődésével vette fel. A különböző „nyálkúrák” elvéte jóformán a 19. század elejéig divatban voltak, a mikor *Louvrier* (Bécs) és *Ruet* (Berlin) alatt tetőfokukat érték el. Főleg *Sigmund*-nak az érdeme, hogy a múlt század közepén rendszeres észlelések és vizsgálatok alapján sikeresen leküzdötte a nyál- és koplalókúrákat, a melyekkel a lueses betegeket oly hosszú időn keresztül kínozták. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, 90. k. 3. f.)

Guszmán.

Orr-, torok- és gégebajok.

Az orrlégzés tartós akadályozottsága mellett támadó összeeséses keményedéséről (Kollapsinduration) a tüdőcsúcsoknak s ezen állapotnak a tuberculosistól való elkülönítő körjelzéséről ír *Blümel* (Weicker görbersdorfi sanatoriumából). Gyakorlatilag nagyfontosságú közleményében a szerző nagy beteganyagon szerzett tapasztalatait közli a tüdőnek azon típusos kóros állapotára vonatkozólag, melyet Krönig ismertetett legelőbb s a mely a tüdőben, különösen a jobb csúcsban áll elő az orrlégzés tartós akadályozottsága esetén; az orrnak, mint a légzőszervek védőkészülékének kikapcsoltságakor porbelégzés s hasonló káros hatások következtében a garatban, gégeben, légesőben és hörgőkben beálló hurutos állapot folytán a tüdőcsúcsban atelektasia, atelektasiás összeesés (collapsus) áll be, a kollabált lobulusokban kötőszövetfejlődés indul meg, mely a lobulusokat tömött, pigmentált, légtelen tömeggé változtatja (Kollapsinduration). Ezen állapotot nem ritkán összetévesztik tuberculosissal, a melytől az anamnesis, a klinikai tünetek s a diagnostikai segéd eljárások (tuberculinreactio, bakteriologiai lelet stb.) alapján megkülönböztethető. A tárgyalt megbetegedése a tüdőnek is nyomós bizonyítékát szolgáltatja annak, hogy a felső légutak állapotára igen nagy súly helyzendő. (Münch. med. Wochenschrift, 1908. 30. szám.)

Safranek dr.

A chronikusan gyuladt, de nem hypertrophiás tonsilla-szövet klinikai jelentőségéről ír *Muck* (Essen-Ruhr). A tonsillaris csapoknak jelentőségét s a pharyngitishez való vonatkozását tárgyalja s e csapoknak, valamint a mandolák egyéb kóros tartalmának eltávolítására egy szívókészüléket, exhaustort ajánl, különösen nem hypertrophiás s így tonsillotomiára nem alkalmas tonsillák számára. Nem csekély jelentőségű *Muck*-nak azon észlete, hogy chronikus tonsillitis eseteinek mintegy 25%-ában gümőkóros természetű tüdőcsúcsfolyamat volt, a mi bizonyítékát szolgáltatja azon tételnek, hogy a mandolák különböző kórokozó mikroorganizmusoknak s a gümöbacillusoknak is behatoláskapuja lehetnek. Az anginának a húgysavas diathesishez és a csúszos megbetegedésekhez való vonatkozását kórtörténetekkel támogatja. (Münch. med. Wochenschrift, 1908. 20. szám.)

Safranek dr.

A köszvényesek angínájáról értekezik *Costa*. Jellegzetesnek tartja a hirtelen megjelenést és gyors eltűnést; rázóhideg, láz, általános rosszullét, nyelési nehézség s erős fájdalom támad, a mely nem áll arányban a pharynxban található csekélyebb fokú elváltozásokkal; exsudatio sohasem észlelhető, a száj kinyitása gyakran nagyon bajos, de trismus nincs, a nyaki nyirokmirigyek duzzanata hiányzik, a betegeken a köszvény stigmái kimutathatók. (Il Morgagni, 1908 június.)

Safranek dr.

Kisebb közlemények az orvostudományra.

Phosphachit elnevezéssel a *Korte*-czég (Hamburg) új phosphoros csukamájolajkészítményt hoz forgalomba. Hosszas kísérletezés után ugyanis azt találták, hogy 1% limonen hozzáadására a phosphoros csukamájolaj nagyon jól eltarthatóvá válik, phosphortartalma 6—7 hónap múlva is csaknem változatlan, még világos üvegben tartás esetén is. Az 1:10,000 arányban phosphort tartalmazó ezen csukamájolajkészítmény 100 grammjának az ára 1 márka. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1908. 41. szám.)

Myositis ossificans hat esetében nagyon jó eredménnyel használta *Groskurth* a fibrolysin. A könnyebb esetekben 14—18 nap alatt (4—5 ampulla fibrolysin befeeszkendezésére), a legsúlyosabb esetben pedig 5 hét alatt (12 ampulla) következett be a

gyógyulás. A kezelés második felében még masszázst, valamint activ és passiv mozgást is használtak. (Deutsche militärärztl. Zeitschrift, 1908. 18. szám.)

Az idült székszorulást nagyon sokszor az enteroptosis okozza. Ilyenkor aztán *Liebmann* szerint jól illő hasköttővel feltűnő jó eredményt érhetni el. A bismuthummal megtöltött bélnek Röntgen-vizsgálatával ki lehetett mutatni, hogy az enteroptosis miatt súlyos colan transversum a hasköttő alkalmazása után feljebb kerül, ennek folytán végeinek erősebb megtöretése kiegyenlítődik s ezzel a bél-tartalom továbbhaladása megkönnyebbül. (Wiener klinische Wochenschrift, 1908. 39. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1908. 42. szám. *Bauer Lajos*: Az úgynevezett scarlatinus „utóházak” okairól. *Schüchter Miksa*: Az életmentő aether-injectio.

Orvosok lapja, 1908. 42. szám. *Tóvölgyi Elemér*: A hangzavarok okairól és nyilvánulásáról.

Budapesti orvosi ujság, 1908. 42. szám. *Kortsák Rezső*: Adatok az áthatoló hasi sérülések kezeléséhez.

Vegyes hírek.

Jubileum. *Neugebauer Dávid* dr. 6- és újszívácsi körorvost orvosi működésének 40. évfordulója alkalmából e hó 17-én élénk ünneplésben részesítették.

Farkas László dr.-nak, a Rókus kórház főorvosának, a Vöröskereszt-egyesület körül szerzett érdemei elismeréséül a király az udvari tanácsosi címet adományozta.

Lorx Sándor dr. szepesvármegyei főorvosnak a közegészségügy terén szerzett érdemei elismeréséül a király *ruszkini* előnévvel a magyar nemességet adományozta.

Egyetemi alkalmazások a budapesti egyetem orvosi karán. Megválasztottak: Az I. sz. belklinikához: *Királyfi Géza* dr. és *Kern Tibor* dr. díjazott és *Fogarasi Imre* dr. díjtalan gyakornoknak. A II. sz. belklinikához: *Torday Árpád* dr. első és *Tornai József* dr. második tanársegédnek. Az I. sz. sebészeti klinikához: *Gyömörey Oszkár* dr. műtőnővendéknek. A II. sz. női klinikához: *Brósz Sándor* dr. díjazott és *Toldy Loránt* dr., *Berecz János* dr. és *Fischer Jenő* dr. díjtalan gyakornoknak. A II. sz. kórbonecolástani intézetéhez: *Soproni József* díjtalan gyakornoknak. Az általános kórtani intézetéhez: *Szili Sándor* dr. második tanársegédnek és *Verzár Frigyes* díjtalan gyakornoknak. A tanártestület ugyanazon gyűlésben a Woga-féle ösztöndíjat *Szűts Pál* gyógyszerészet-hallgatónak ítélte oda.

Moravcsik Ernő dr. egyetemi tanárt a párisi „Société de Psychiatrie” kiáltójává választotta.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület a következő pályázati hirdetéseket teszi közzé:

I. A Budapesti Kir. Orvosegyesület a kezelésében levő Budapest-Józsefvárosi Orvostársaság *Bókay János-Emlék-alapítvány kamataiból* 200, azaz kétszáz koronát tűz ki eredeti, önálló, magyar nyelven megírt, a gyermekkorban és gyógytan köréből vett dolgozat jutalmazására, amely 1908 január hó 1-étől 1909 december hó 31.-éig magyar szakfolyóiratban vagy önálló monografia alakjában megjelent vagy meg fog jelenni. A jutalomdíj az egyesület 1910. évi október hó 14.-én tartandó nagygyűlésén fog kiadani.

II. A Budapesti Kir. Orvosegyesület a kezelésében levő dr. *Szenger Ede-féle orvostudományi pályadíj-alapítvány kamataiból* Magyarországon érvényes oklevéllel bíró orvosok részére 1600, azaz ezerhat száz korona pályadíjat tűz ki a következő pályakérdés megoldásának jutalmazására: „A budapesti typhus epidemiológiája.” (A typhusjárvány felépítésének okai és körülményei, terjedésének újai és módjai, tekintettel az ivóvíz, élelmiszerek és egyéb közvetítők szerepére.) A magyar nyelven írt pályamunkák 1910. évi május hó 31.-éig az orvosegyesület I. titkáranak a pályázat világos megjelölésével küldendők meg. A pályamunka mellé zárt, jelíges borítékban a pályázónak sajátkezű névalírása, állása és lakáscíme melléklendő. A megjelölt lejáratú időn túl beadott dolgozatok tekintetbe nem vétetnek. Pályázatra benyújtott pályamunka a pályázat elintézése előtt vissza nem vonható. A pályázat elintézése után a pályázatra beadott kéziratokat igazolt tulajdonosaik visszakapják. Jelen pályázat eredménye az 1910. év október 14.-én tartandó évforduló nagygyűlésén hirdettetik ki, a pályázaton nyertes munkához tartozó jelíges boríték ez alkalommal bontatik fel és a pályadíj a nyertes pályamunka szerzőjének jelentkezésekor azonnal kiadatik.

III. A Budapesti Kir. Orvosegyesület a kezelésében levő *Balassa-díjalap kamataiból* két, egyenként 600, azaz hatszáz korona pályadíjat tűz ki az orvostudomány bármely szakmájából szabadon választott, önálló kutatások alapján készült, befejezett, még sehol nem publikált, magyar nyelven írt dolgozat megjutalmazására. A pályamunka mellé zárt, jelíges borítékban a pályázónak sajátkezű névalírása, állása és lakáscíme melléklendő. Ezen pályázaton résztvevő dolgozatok 1909. év május 31.-éig a Budapesti Kir. Orvosegyesületbe a beküldés czéljának megnevezése mellett beküldendők. Az ezen határidőn túl benyújtott művek tekintetbe nem vehetők. A pályázat eredménye az 1909. évi

október 14.-én tartandó évforduló nagygyűlésén hirdettetik ki, a nyertes pályamunkához tartozó jelíges boríték ez alkalommal bontatik fel. A pályadíj a nyertes pályamunka szerzőjének jelentkezésekor azonnal kiadatik.

IV. A Budapesti Kir. Orvosegyesület kezelése alatt álló „*Orvosi Hetilap*” díjalap kamataiból 200, azaz kétszáz koronát tűz ki a kör- vagy gyógybuvárlat körébe vágó legjobb eredeti czikk jutalmazására, mely magyar állami illetőségű szerzőtől az „*Orvosi Hetilap*” hasábjain 1904 június hó 1.-étől 1910 május 31.-éig terjedő 6 év alatt megjelent vagy meg fog jelenni. A jutalomdíj az egyesület 1910. évi október hó 14.-én tartandó nagygyűlésén fog kiadani.

V. A Budapesti Kir. Orvosegyesület kezelésében levő dr. *Szenger Ede-féle alapítvány* 1200 koronát tevő egyévi kamatjövendéből a) 400 korona nyomorral küzdő gyakorló orvosoknak, b) 400 korona valamely elhalt gyakorló orvos segélyre szoruló és ezt megérdemlő fiúárvajának, c) 400 korona valamely elhalt orvos szegényen maradt özvegyének és árvaának segélyezésére fordítatik. A segélyezendők közül absolute elsőbbséggel bírnak a gyakorló orvosok és azok hátramaradt családtagjai, mindazon orvosok fölött, kik valamely rendes fizetéssel járó hivatalos állásban vannak vagy voltak, pl. hatósági orvosok, egyetemi tanárok stb. Elkerülhetetlen feltétel — a hagyományozó akarata értelmében —, hogy a segélyt elnyerő római katolikus, ág. evangélikus vagy ev. református hitvallású legyen. A kérvényezők közül csak azok vehetők tekintetbe, kik hiteles okmányokkal igazolják, hogy a kívánt feltételeknek megfelelnek. A folyamodások f. évi november hó 10.-éig a Budapesti Kir. Orvosegyesület igazgató tanácsához intézendők és az egyesület első titkárnak, *Lévai József* dr., Budapest, VI., Gyár-utca 1. címére bérmentett és ajánlott levélben küldendők. A borítékra irandó, hogy tartalma folyamodvány dr. *Szenger Ede-féle* segélyezéséért.

Megjelent. *Schuschny Henrik* dr.: Toldy Ferencz mint orvosi író. Különlenyomat a Beöthy-émlékkönyvből.

Meghalt. *Gundobin N.* dr., a gyermekorvostan tanára a szt.-pétervári egyetemen (katonaorvosi akademián), 48 éves korában. — *W. Th. Eckley* dr., az anatomia tanára Chicagóban. — *I. Laudenbach* dr., a gyógyszerstan tanára Kiewben. — *Ch. Harrington* dr., a közegészségstan tanára a bostoni Harvard-egyetemen, szeptember 11.-én. — *Dubuisson* dr., ismert francia elmeorvos, számos szakközlemény szerzője, 60 éves korában Párisban. — *E. Rondot* dr., a belorvostan magántanára Bordeaux-ban, 59 éves korában. — *I. Eichberg* dr., a belorvostan tanára a cincinnati Miami Medical College-on. — *A. Tauber* dr., valaha a sebészet tanára a szt.-pétervári női egyetemen, 61 éves korában. — *P. Berger*, a sebészet tanára a párisi egyetemen. — *M. Luzzatto*, a kórtan tanára a római egyetemen e hó 15.-én öngyilkossá lett.

Kisebb hírek külföldről. A prágai német egyetemen gégeszeti tanszéket rendszerezitettek. A gégeszet tanára *Harmer L.* dr. magántanár lesz. — *Schmiedeborg* tanár Strassburgban, az ismert pharmacologus, 70. születésnapját ünnepelte. — *Andogsky* dr., a természetrendes tanára a szt.-pétervári női egyetemen, nyugalmába vonult. — *S. W. Ransom* dr.-t az anatomia rendkívüli tanárává nevezték ki a chicagói egyetemen. — A philadelphiai női orvosi egyetemen *Th. Le Bontillier* dr. a gyermekorvostan tanára lett. — *L. Hermann*, a physiologia tanára a köningsbergi egyetemen, e hó 21.-én ülte 70. születésnapját.

A **hydropyryn** vízben oldható acetylsalicylsav. Oldhatóságánál fogva hatásában felülmúlja az aspirint.

Dr. MÜLLER VILMOS a tátra-házai tüdőbeteg-sanatorium igazgató főorvosa **SAN-REMOBAN** rendel.

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

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

SAN-REMO Téli klimatikus gyógyhely az olasz Rivierán. Mindennemű felvilágosítás-sal szolgál *Hasenfeld Oszkár* dr., San-Remoi magyar gyakorló orvos.

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

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

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

RÁDIUM fürdő és ivókúrák, csúsz, közsvény, neuralgiáknál. Hévízi iszapkúrák. Lipótvárosi vízgyógyintézet V., Báthory-utca 3. Dr. *Farkas Márton*.

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Budapesti kir. Orvosegyesület. (LXXI. évforduló nagygyűlés 1908 október 14.-én.) 791. l. — A budapesti kir. orvosegyesület dermatologiai és urológiai szakosztálya. (Rendes ülés 1907 március 21.-én.) 791. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya. (XVI. szakülés 1908 október hó 10.-én.) 792. l. — Biharmegyei orvos-gyógyász- és természettudományi egyesület. (1908 évi május 15.-én tartott XL. évi közgyűlés.) 793. l. — Személyvények külföldi tudományos társulatok üléséből. 795. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(LXXI. évforduló nagygyűlés 1908 október 14.-én.)

Elnök: **Bókay Árpád.** Jegyző: **Lévai József, Blaskovics László.**

Az elnök a következő megnyitót mondja:

Mai alapítási évfordulónk a Balassa-érem ünnepi adományozásának napja is. Mikor ezt a kitüntetésre szánt érmet alapítottuk, s ezzel hosszú időkre biztosítottuk Balassa nevének emlékeztetőt, azt is czéloztuk, hogy megismétljék lelkünkben az aranymondás: Becsüld meg azt, a mi a tied! Balassa a mienk volt, s a kinek az érmet nyújtjuk, a mienk. Az imént idézett mondást, a mely oly nagy fontosságú, nem lehet eleget hangoztatni nekünk. Nagy nemzetek, mint a gazdag emberek is, elvesztegethetik multjuk emlékeit, vagyonukat, tulajdonukat, marad még nekik elég; de kis nemzetek, úgy mint a szegény ember is, féltve kell hogy őrizze örökségét s azt a kis vagyont, a melyet összerakosgatnia sikerült. Fájdalom, mi most az ellenkező végletben vergődünk, mint a mult század derekán, a mikor a világot még alig látott kisvárosi nyárspolgár módjára, annak a szemével, mindent a legjobbnak láttunk, a mi itthon volt, s minden kissé jobbra való emberből, a kinek ma nevét is elfelejtettük már, nagy embert csináltunk; akkor keletkezett külföldön a „magyar globus“ gúnynév, melyet reánk akasztottak.

Ma pedig az a magyar, a ki csak egy kicsit is beletekintett a nagyvilág kulturájának fényébe, annak elkáprázott szeme itthon mindent sötétnek lát, vagy legalább is csak az árnyékot látja meg, mindent a legnagyobb mértékkel mér, nem becsüli meg intézményeinket, nem ismer el senkit és semmit. Szinte divattá lett nálunk az utóbbi időben ócsárolni mindent és mindenkit, lebecsülni hazafias lelkesedéssel és nehéz viszonyok között megalkotott intézményeinket, s a porban hentergetni meg jeleseink tekintélyét. Ez nincsen jól így! A mint helytelen a mindent jónak, helyesnek, nagy-nak látó nyárspolgári megelégedés, mely útját állotta a haladásnak, úgy helytelen és káros, ha igazságtalanok vagyunk, s nem ismerjük el, nem becsüljük meg azt, a mit hasznosat, jót, jeleset a magunkénak mondhatunk. S hála a sorsnak, van megbecsülni valónk a multunkban is, a jelenünkben is. A multat persze a történelmi kritika mértékével kell mérnünk, a jelent pedig a kisebb művelt nemzetek mértékével.

Ha a hozzánk legközelebb álló orvosi viszonyainkat a multban vizsgáljuk, láthatjuk, hogy nem voltunk oly kulturátlanak, mint azt a mai fiatalság képzele. Itt van mindjárt egyesületünk, mely 1837-ben keletkezett, akkor, a mikor külföldön is még csak alig volt itt-ott egy orvosi associatio. Egyetemünknek szemklinikája volt már 1801-ben, akkor, a mikor még a világ egyetemeinek nagy részében a szemészetet külön nem is tanították; gyógyszer-tani és közegészség-tani tanszékei és intézetei egyetemünknek előbb voltak, mint a legtöbb külföldinek. Kor szerint a világ 4. gyermekkórháza a pesti szegénygyermekkórház volt. Jenner a vaccinatiót 1798-ban fedezte fel, s nálunk 4 évvel később már védoltottak; a legöregebb Lenhossék 1802-ben már cikket ír a tehénhimlőnyirok hasznáról s 1892-ben már egy egész könyvet. Semmelweis és Balassa, bár óriásian magasnak ki kortársaik sorából, nem az egyedüli jelek; az érdemeihez képest még kevésbé méltatott Schöpf-Merey Ágoston, a legöregebb Lenhossék, Kitaibel, Schordann, Sauer jelek voltak volna minden nemzet kultúrtörténelmének alakjai között is, nem szólva a közelmúlt kiváló embereiről, a kikkel együtt éltünk és dolgoztunk, s a kik még nem egészen a multéi. Becsüljük meg hát multunkat s azokat, a kik akkor tiszteletreméltóan dolgoztak a haladásért.

A jelenünket, mondám, kis művelt nemzetekével kell összemérnünk. Ne hasonlítsuk össze orvosi kulturánkat Németországnak, Franciaországnak vagy Angliának, sőt az európai műveltség bölcsejének, Olaszországnak kulturájával sem, hanem Svédország, Nor-

végia, Holland, Spanyolország és Portugál legyen a mértékünk, s ekkor észre kell hogy vegyük, hogy nemcsak lépést tudtunk tartani velük, hanem némelyiköket el is hagytuk már. S mindezt annál többre kell becsülnünk, mert szegény létünkre annyit áldoztunk, s mert nyelvi izoláltságunk dacára be tudtunk illeszkedni a jelenkor orvosi kulturájába. De ne csak orvosi intézményeinket becsüljük meg és szeressük, hanem azokat is, a kik ezeket létrehozták, fenntartják, fejlesztik, s a kik ezen kulturmunkát életük feladatává tették. Nem tekintélyimádásra hívom fel Önöket t. Tagtársaim, hisz a 20. század nem kedvez a tekintélyeknek, hanem arra, hogy becsüljük meg azokat, a kik a miénk, a kik nekünk, a hazának, a magyarságnak becsülettel dolgoznak, s a kik egyik-egyikének évenként a Balassa-érmet átnyújtjuk.

Ezeket a gondolatokat keltette fel bennem a mai ünnepi ülés, melyet ezennel megnyitottnak nyilvánított.

Lévai József I. titkár előterjeszti jelentéseit: A Budapest-Józsefvárosi Orvostársaság 200 koronás Bókay János-jutalomdíját Bókay János „A tubus-bevezetés technikája az O'Dwyer eljárásnál“ és „1559 intubált croup-esetem statisztikai átnézete“ című dolgozata nyerte.

A 200 koronás „Orvosi Hetilap-díjat“ Liebermann Leó „A haemagglutinációról és haemolysiról“ szóló dolgozata nyerte, míg Tóth Imre „Küzdelem az ipari ólommérgezés ellen“ című tanulmányáért elismerést kapott.

Meddők maradtak a Szenger Ede-féle titkos pályázat, a Szenger-Ede-féle nyílt pályázat és a Balassa-pályázat.

Blaskovics László másodtitkár az új pályázatokat hirdette ki. Végül **Dollinger Gyula** tartotta meg Balassa-előadását „Balassa János és a gümös esont- és izületi gyulladások mai konzervatív kezelése“ czímen. Az előadást egész terjedelmében fogjuk közölni.

A budapesti kir. orvosegyesület dermatologiai és urológiai szakosztályának ülései.

(Rendes ülés 1907 március 21.-én.)

1. **Remete Jenő:** *Ulcus penis, phlegmone penis et seroti, abscessus periurethrales, septico-pyæmia, műtét és gyógyulás.* Rendszeren a húgyvesőnek akadályozott átjárhatósága az elsődleges, a vizeletretentio és az abscessus periurethralis pedig a másodlagos, illetőleg harmadlagos mozzanat; az ellenkező lefolyást, vagyis az abscessus periurethralist mint elsődleges, a húgyvesőbeli akadályt és a retentiót mint másodlagos illetőleg harmadlagos tünetet csak kivételesen észleljük.

Egy ilyen esetet van szerencsém most bemutatni, a melyben leginkább az köti le a figyelmünket, hogy a kórtörténetben az elsődleges folyamatot teljes homály fedi. Sem a betegnek a vallo-mása, de még a helyi lelet sem derítette ki a kezdő tünetet, mondjuk a fossa navicularisban székelő fekélyt, a melyet legfeljebb csak gyanítottunk, avagy a gáton ülő furunculust, a mely a külső ivarszerven olyan sepsises phlegmonet indított meg, a melyből viszont egyrészt a számos periurethralis abscessus, a thrombosis és a pyæmia, másrészt pedig a húgyrendszer kapesán az egészen határozottan toxikus jellegű veselob mint az általános fertőzésnek, és a bakteriuria mint a speciális mikrobabevándorlásnak a tünete eredt.

2. **Emödi Aladár:** *Periodusos incontinentia vesicae ritkább esete.* A 15 éves, meglehetősen fejletlen fiú, a ki 7 éves kora óta masturbál, ugyanazon idő óta az ágyba is vizele. Három hónap óta azonban a vizelete még nappal és üres hólyag mellett is csepeg (incontinentia vera). Úgy gondolom, hogy ebben az esetben a korai abusus (onania) előidézte beidegzési zavarokkal van dolgunk. Három év előtt két egyént mutattam be, a kiken hasonló okokból a sphincter izgatása következtében acut retentio jött létre.

3. **Remete Jenő** a **Freudenberg-féle kombinációs cystoskopot** mutatja be. Előnyei a következők: 1. A műszert külön-

bőző célra, úgymint egyszerű hólyagtükrözésre, irrigációs cystoskopiára egy avagy két lefolyással, evacuatióra, egy avagy mind a két ureternek a pöcsapolására használjuk a nélkül, hogy e közben a külső csövet a húgycsőből ki kellene húzni. 2. A látókészülék és a lámpa kivételével az eszköznek minden részét forró vízben jól kifőzhetjük. 3. A hólyagot előzőleg nem kell kiöblíteni, mert ezt a húgycsőben maradó külső csövön át bármely műtét előtt mindig megtehetjük. 4. A mikor a műszert kihúzzuk, vele együtt nem csúszik olyan könnyen ki az ureterkatheter is és az utóbbival, főképen ha az ovális alakút használjuk, a vesemedenczét jól kiöblíthetjük és drainezhetjük is. 5. Az eszköznek harántmetszete kör és noha a műszer olyan sok célra szolgál, hogy vastag ureterkathetert enged magán keresztül és hogy nagy látóeret ad, mégis csak 23 Ch.-nek felel meg. A lámpát a műszer ormányának úgy az alsó convex, mint a felső concav felületére csavarhatjuk a szerint, a mint ureter-katheterezésre vagy egyéb tükrözésre akarjuk használni. Az ureter-katheterek az alsó — convex — felületen lépnek ki.

4. Török Lajos: Vizsgálatok a haematogen bőrlobról ezímen tart előadást.

Egy a múlt évben (1906 január havában) az orvosgyógyaságban tartott előadásának végconclusiója az, hogy az angioneurosis elméletét fel kell cserélnünk a haematogen bõrgyulladás felvételével. Kiemelte ugyanakkor, hogy ennek nemcsak a diagnosis és therapia szempontjából van fontossága, hanem hogy bizonyos betegségek aetiologiáját illetőleg is új perspectivákat nyújt a kutatásnak. Világosan következik ugyanis ezen álláspontból, hogy azon betegségekben, a melyeknek bõrelváltozásai haematogen úton keletkeznek, a kórokozót a vérerek ürterén belül kell keresnünk és nem látszott lehetetlennek, hogy ez az áramló vérben kimutatható lesz. Ilyen irányú vizsgálatokat végzett több ízben az elmúlt év folyamán és ezekről kíván a szakosztálynak referálni.

a) Bakteriumleletek erythema nodosum és erythema multiforme eseteiben.

Az idiopathiás erythemákban (e. multiforme et nodosum) eddig végzett bakteriologiai vizsgálatokról *Jadassohn* a következőket mondja (Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und path. Anatomie von Lubarsch u. Ostertag. IV. Jahrgang. 1897. Wiesbaden 1899. S. 767.): „Die bakteriologischen Befunde bei diesen Krankheiten sind bisher noch ausserordentlich spärlich und keiner von ihnen hat eine wissenschaftliche Bedeutung.“

Ha közelebbről tekintjük az eddigi vizsgálatokat, teljes mértékben igazságosnak kell mondanunk *Jadassohn* véleményét. Az esetek egy része, egész megjelenése és lefolyása nagy mértékben eltér az erythema nodosum et multiforme klinikai képétől, úgy hogy az utóbbiakkal való azonosítása teljesen lehetetlen. Az ezekre vonatkozó bakteriologiai leletek tehát nem érvényesíthetők a *Hebra*-féle erythema multiforme et nodosumra nézve. Az említett leletek értéktelenségének egy másik oka pedig az, hogy oly vizsgálatokról van szó, a melyekben a bakteriumokat pikkelyekben, hólyagokban vagy a hulla vérében mutatták ki, vagyis oly körülmények között, a melyek nem ébreszthetnek bizalmat a vizsgálat eredménye iránt.

Az előadó a bakteriumokat az áramló vérből tenyésztette ki. A vért a vena medinából vette és bouillonnal keverve, 37° C.-on tartotta. Az esetek típusos erythema nodosum- és multiforme-esetek voltak. Öt eset közül három esetben járt a vizsgálat pozitív eredménnyel. A negatív vizsgálat azonban nem vonatkozott egészen friss esetekre. Úgy az erythema multiforme-ban, mint az erythema nodosumban egy igen apró szemeséjű csoportokat alkotó coccus fejlődött ki, a melynek kulturája agaron 37° C.-on vékony, szürkés, igen lassan növekedő lepedék volt, a bouillont egyenletesen tette zavarossá, szobahőmérséken sem bouillonban, sem gelatinán, sem agaron, sem vérszerűen nem fejlődött. Nem tartozhatik ezek szerint az ismert staphylococcus-fajtákhoz. A további vizsgálatok fogják még eldönteni, hogy a kétféle kóresetekben található coccus-fajták különböznek-e egymástól valamely irányban, a mit eddigi klinikai tapasztalatai alapján nem igen tart valószínűnek. Mindenesetre az következik a vizsgálatokból, hogy ez a baj klinikai szempontokból is különálló betegségnak tekinthető. A *Hebra*-féle erythema kóroktanilag is különbözik egyéb erythema-fajtáktól. Még külön

kiemeli, hogy ez a coccus fehér egerekre nem bizonyult pathogénnek.

b) Vervizsgálatok pemphigus vulgarisban.

Hasonló vizsgálatokat végzett egy malignus lefolyású, körülbelül négy hónap alatt halálra vezetett pemphigus-esetben. A vérből nem sikerült bakteriumokat kitenyészteni. A mi természetesen nem zárja ki, hogy ily irányú kísérletek máskor eredményesek lesznek. *Philippson* már foglalkozik ezzel a kérdéssel, a melynek végleges eldöntésére az előadónak, nem rendelkezvén a megfelelő fekvő anyaggal, alig nyílik alkalma. De ha nem is sikerült valamely bakteriumot a vérből kitenyésztenie, azt mégis sikerült kimutatnia, hogy ezen pemphigusos beteg vére a házinyúlra és fehér egérre toxikus anyagot tartalmaz. Akár a bouillonnal kevert vért, akár ennek filtratumát fecskendezte házinyúl bőre alá, ez több napra étvágytalan, kedvetlen lett. Így kezelt öt fehér egér közül pedig három megdöglött, kettő életben maradt, de ezek közül is az egyik két napig leverte és étvágytalan volt.

Ezek a vizsgálatok tehát igen biztatók és azzal a kilátással kecsegtetnek, hogy ezen az úton végre sikerülni fog a pemphigus, eddig teljesen homályos lényegét felfedni.

c) Az antipyrin kimutatása bõrhólyagok tartalmában antipyrinküítés esetében.

Az említett kísérletekkel kapcsolatban végül még egy vizsgálatról kíván beszámolni, a melyet egy hólyagos antipyrinküítés esetében végzett. Ebben az esetben is sikerült az antipyrinkimutatás a hólyagok tartalmában. Az eredmény közlését azért tartja érdekesnek, mivel eddig csak két ilyen vizsgálat végeztetett és így újabb adattal rendelkezünk a lobos természetű gyógyszerkiütések angioneurosisos eredete ellen és haematogen eredete mellett.

Havas: Ama bõrelváltozások, melyeket angioneurosisosnak fogunk fel, mind oly anatomiai elváltozásokat tüntetnek fel, melyek lob mellett szólnak. Ezen anatomiai rokonság alapján szintén azon nézetet van, hogy haematogen úton mennek végbe. A medicamentosus erythemákban különös az, hogy az összszervezet szenved; prodromás stadium van; lázzal jár és feltűnik, hogy az egyes esetek bizonyos localisatiohoz vannak kötve. Ezt úgy magyarázzák, hogy bizonyos helyeken locus minoris resistentiae van. A pemphigusra nézve szintén egy véleményen van *Török*-kel. A pemphigus elnevezés gyűjtőfogalom; okát illetőleg valószínű a toxikus eredet. Erre nézve tud egy esetet: Egy mérnök három évvel ezelőtt, midőn gyermeke diphtheritisben megbetegedett, szintén kapott praeventív injectiót. Az apán három hét után teljesen hirtelen pemphigus jelentkezett és ennek következtében el is pusztult. Tudvalevő dolog, hogy a serumok alkalmazása kiütéssel járhat; így *Gerlőczy* diphtheria-serum után többször látott hólyagos kiütést.

Csillag felemlíti, hogy *Róna* osztályán az erythema multiforme Hebra-esetekben végeztek 6—7 év előtt vervizsgálatokat és találtak is diplococcusokat, de mivel nem bíztak maguk sem a lelemben, abbahagyták a további vizsgálatokat. A vizsgálatokat az összes kautelák szigorú betartásával végezték, a venából pungált vérrrel.

Havas kérdezi, vajjon talált-e eosinophiliát a vervizsgálat alkalmával

Török: A vérelet mindig igen változó volt.

Beck: A pemphigus neonatorumban volt alkalma haematogen toxikus eredetet felfedezni. Sikerült a hólyagtartalomban és a vérben diplococcusokat találni, melyek a vér leukocytáiban intracellulárisan is voltak találhatók.

Török: A pemphigusban jelentkező bõrelváltozásoknak a diagnosis megállapításakor nincs az a nagy fontosságuk, a melyet nekik általában tulajdonítanak. Igen fontos volna a kórokozó kikutatása; szükséges a vér megvizsgálása bakteriologiai vagy toxikus szempontból. Mint hogy a *Csillag* említette vizsgálatok nem közöltettek, azt következteti, hogy az eredménynek maguk a vizsgálók sem tulajdonítottak nagyobb fontosságot.

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(XVI. szakülés 1908 október hó 10.-én.)

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

1. *Kanitz Henrik* nagy kiterjedésű fejtetörákot mutat be, mely Röntgen-kezelésre javult.

2. *Sándor István*: „A csonttörések *Bardenheuer*-féle extensió kezelése” ezímen tart előadást betegek és x-sugaras képek bemutatásával.

3. Szabó József: Familiáris gerinczvelőmegbetegedés esete. Rövid időközben két testvér jelentkezett klinikánkon felvételre, kik közül az idősebben inkább tabes dorsalis, a fiatalabban inkább a paralysis spinalis spastica tünetei voltak kifejezettebben jelen, azonban mindkét esetben a tünetek bizonyos atypiáját találjuk, a mely már az első eset észlelésekor felkeltette a familiáris megbetegedés gyanúját.

Az idősebb testvér, 38 éves, elég jól fejlett férfi, előadja, hogy sem nagyszülői, sem szülői rokonok nem voltak. Anyja él és egészséges, atyja 63 éves korában agyszélhűdés következtében halt el. Atyja bőven élt szeszest itallal. Atyjának két nejétől összesen 19 gyermeke volt, kik közül egy, az ifjabb betegünknek iker-testvére, halva született, kettő fiatalon elhalt, egyik torokbajban, a másik valamely szívbántalomban. Alkoholot kis mértékben élvezett, venereás bántalma sohasem volt. 16 éves korában mellhártyagyuladása volt, azóta egészséges pár évvel ezelőttig, mikor nyilaló fájdalmak jelentkeztek alsó végtagjaiban, szorító övérzése, székrekedése, vizelésnehézsége volt és a járása nagyon megromlott. Egy élő, egészséges, öt hónapos gyermeke van, neje többször nem is volt teherben.

A vizsgálat az alsó végtagok hypalgésiáját, csökkent izomérzését, ataxiáját állapította meg. Feltűnő, hogy az alsó végtagok paresisese, hogy az Argyll-Robertson-tünet hiányzik, és hogy jobboldalt az Achilles-inreflex és a patellaris reflex is kiváltható. A beteg járása nagy fokban ataxiás és paresises.

Az ifjabb, 35 éves, jól fejlett férfi, a szülőkre vonatkozóan megerősíti bátyja adatait; úgy emlékszik, hogy már gyermekkorában széles alapon, nehezen járt. Pár évvel ezelőtt kettős képeket látott, 1907-ben is hosszasan voltak kettős képei, ekkor járása romlani kezdett, nyilaló fájdalmak jelentkeztek alsó végtagjaiban; övérzése, vizelésnehézsége és székrekedése van.

A betegen az érzéssphaerában ugyanazon eltérések állapíthatók meg, mint testvérén; azonban az alsó végtagok nemcsak paresisese, hanem, főleg jobboldalt, rigidek is. Az Achillesin- és patellaris reflexek pedig excessive fokozottak; a beteg járása spastico-ataxiás.

A szemfenék vizsgálata mindkét esetben Förster-féle chorioretinitist és kezdődő opticus-atrophiát állapított meg.

Alkalmunk volt még két nőtestvérüket is megvizsgálni, kik szintén ugyanazon szülőkötől származnak. Egyiken kifejezett Förster-féle kór volt és patellareflexe nem volt kiváltható; a másikon is felmerült a Förster-kór alapos gyanúja. Ez a két testvér, valamint az összes többi élő testvér is különben jól érzi magát.

A fenn vázolt két kórkép alapján mindkét esetünkben kombinált systemás megbetegedés diagnózisát állíthattuk fel, bár be kell vallanunk, hogy teljesen egyik sem illik bele a Goll-Burdach- és a pyramispályák megbetegedésének kombinációjából származó kórképbe.

Ez a bántalom főleg a családi dispositio alapján fejlődik. Jendrassik tanár hangsúlyozza, hogy a familiáris megbetegedéseket nem lehet szigorúan körülírt kórfarmákba osztani, azonkívül kiemeli azt is, hogy az egyes családtagok rendszeren hasonló életkorban betegednek meg. Mindkét tapasztalatot beigazolja esetünk is, bár Jendrassik tanár főleg gyermekeken és más familiáris betegségekben (Friedreich-kór, dystrophiák) tette azon észleleteit, melyekből fent idézett tanulságait levonja.

Érdekes esetünkben még az, hogy a családi degeneratio okát is sikerült megtalálni, a mennyiben a Förster-kór öröklött lues eseteiben fordul elő és így a négy testvér szemtükri vizsgálata feljogosít arra, hogy az egyik szülőben fennállott lues tekintsük az észlelt megbetegedésekre dispositio okának.

A kórtünetek létrejöttét Edinger tanár azon elméletével véljük magyarázhatni, hogy az idegrendszer, jelen esetünkben annak a Goll- és Burdach-kötegekhez és a pyramispályához tartozó idegelemei, már eleve gyengébb ellenálló és regeneráló képességgel bírtak, mint rendszeren és az élet folyamán az idegrendszert ért ártalmaknak kevésbé tudtak ellenállani, hamarabb elhasználódtak, megbetegedtek, elkoptak és működésképtelenné váltak.

Biharmegyei orvos-gyógyszerész- és természettudományi egyesület.

(1908. évi május 15.-én tartott XL. évi közgyűlés.)

Az elnök a tagtársak igen nagy részvétele mellett nyitotta meg a 40. közgyűlést; az alapítók emlékének kegyelettel hódolva, nagy vonásokban esetelte az orvostudományok haladását a lefolyt 40 évben.

Bodor Károly dr., az egyesületnek egyik alapítója és első titkára megható emlékezés keretében ismertette a biharmegyei orvos-gyógyszerész- és természettudományi egyesület alakulását 40 év előtt, felolvasta első titkári jelentését, s a résztvevő közvetlenségével esetelte a kezdet nehézségeit; ő is a hála és kegyelet pálmájával áldozott immár megtért egykori munkatársainak. Ime a beszéd:

„Ti szellemek, kiknek porhüvelyei fölött tarka tavaszi virágok mosolyognak: jertek felénk, nézzetek le reánk szeretettel, rólatok emlékezünk!

Negyven év, egy emberöltő után, egészen új nemzedék közepette, mint egy fennmaradt jelző hiyak: lássátok, mint hajtja meg emléketek előtt zászlaját egy új generatio, a mit szerénységekben soha sem vártatok: a hálás utókor!”

Most nemcsak nehézségekkel nem jár, de sőt mondhatnám, szokásos, divatos az egyesületek alakítása. Akár a humanizmus, akár a kultura terén, üdvös hatásukat el kell ismernünk.

Ezelőtt negyven évvel az öreg urak tartózkodóbbak voltak. A 25 orvos között kivülem Guttmann Ede dr. és Pollák László dr. képviselték az ifjú generációt. Csatári (akkor Grósz) Lajos, Berkovits Zsigmond és Mayer Ágoston dr.-ok, bár még legszebb férfi-fiatalságukban, már tekintélyek voltak s erősen támogattak bennünket. Az öreg Zsugovits István dr., ki kissé kaczerkodott a homoeopathiával, s még agg korában is szenvedélyes és kitűnő zenész — hegedűs — volt, erős ellenzékot alkotott. Őket ne tanítsák semmiféle egyesületben! Mikor kijelentettem, hogy ellenkezőleg, hiszen mi *Senecával* tartunk, a ki így beszélt: „Nem tudok semmi egyebet, mint azt, hogy semmit sem tudok” — mosolyogva megadta magát. Ekkor lett azután vezérünk a vármegye felejtethetetlen főorvosa, a haladásért és szakmájáért semmi fáradságot sem ismerő Lukács János dr., az egyesület első elnöke.

Koller dr. a budapesti és Ixel dr. a miskolci orvosegyület — akkor ez a két egyesület élt — titkárának figyelméből megkaptuk alapszabályaikat, ezek összevetéséből készült a mienk és 1868 június hó 22.-én a „biharmegyei orvos-gyógyszerész- és természettudományi egyesület” megalakultnak nyilvánított. Tudom, hogy valamin az uralkodók koronájában legszebb gyöngy, úgy a művelt embereknek is legnagyobb ékessége a tudományok pártfogása. Szakmánkban tulajdonképen laikusok is beléptek, hogy támogassanak. Ezek között ma is él városunkban, mindenkitől nagyrabecsülve, Palotay László prépost Ő méltósága! Később azután évről évre jelentkeztek társadalmunk tudománykedvelő, művelt elemei. Így például az egyesület második évében különféle hitfelekezetű 14 lelkes — nagybárá tanári minőségben működő — lépett be. Erős támaszunk volt ezek között Barlonyky Adorján premontrai rendű tanár, ki több évig fennállott közönyünknek előttem első szerkesztője volt. Első évi közgyűlésünket a városháza nagy termében 1869 május hó 15.-én tartottuk meg.

Az Úr Isten megadta, hogy akkor felolvasott első titkári évi jelentésemot most újra felolvashatom.

A biharmegyei orvos-gyógyszerész- és természettudományi egyesület 1868/9. évi működéséről:

Mélyen tisztelt Közgyűlés!

Midőn anyagisággal vádolt korunkban, a különböző szak tudományoknak már is fényes haladását senki elfogulatlanul nem tagadhatja, ezt a természettudományokat magába ölelő gyógy tudomány egyes ágait illetőleg is be kell vallani. Az élet- és kórboncztan, kórszövet- és vegytan egyenként világítják meg a burkolt tantételeket, az ingó alapra épített hypothesisok megsemmisülnek a tárgyilagosság előtt, tisztul a körjelzés, s maga a szorosán vett gyógyítás — therapia — gyógyeszközökben nyer.

Hol tudna azonban a napi teendőkkal, kenyérkereseti gondokkal halmozott, főleg vidéki orvos vagy természettudós, minden részletet nyomon követni, s ha felleli is a messze kiemelkedőket,

el nem mellőzni a haladás szerényebb, de nem kevésbé jelentős nyomait? Eszmecsere, szóbeli megvitatás, társas találkozás, kölcsönös érintkezés az a hatalmas tényező, mely újabb és újabb kérdéseket hoz felszínre, régiakat felelevenít, összehasonlít, gondolatot gondolatot kölcsönöz, s így tovább fűzhetném e jelzőket, melyeknek összege ama hatalmas tényező, az egyleti élet.

Megyénk orvosai és természettudósai, soraikban műveltebb tudománybarátokkal, felfogták ezt, s midőn jelenlegi tisztelt elnökünk a gondolatnak hangot adva, egyesülésre hívott fel: élénk tevékenység állott be, s 1868. év június hó 22.-én a „Biharmegyei orvogyógyyszerész- és természettudományi egyesület” megalakultnak nyilvánított, immáron pedig munka közben észrevétlenül haladván a száznegyven év, egy évi működésének záróünnepét üli. Rosszul tenné, ki nagy követelésekkel lenne a kezdetől, mely mindig és mindenben nehéz. Ez azonban nem akar tán előleges mentegetődzés lenni, mert visszapillantásunk csak sikert mutat fel.

Egyletünk jelenleg 58 tagot számlál, ezek között vannak orvostudorok, sebészek, állatorvosok, gyógyszerészek, tanárok és egyes magánzó természettudománykedvelők. A körébe vágó magyar szakközlönyökön kívül, melyeknek tartása általános elvül mondatott ki, járatta: a „Wiener medizinische Wochenschrift”, „Prager Vierteljahrsschrift”, „Friedreich's Blätter für gerichtliche Medizin” és „Virchow's Archiv” című közlönyöket; látni való, hogy az egyesület a rendelkezése alatti összletet a maga nemében legjobb és legbecsessebbre alkalmazá. Alig merült fel egy egyleti muzeum eszméje s egyes pártfogók szívesességéből már csinos gyűjteményt mutat-hatunk fel. Ilyen a Zsugovits dr. tagtárs által ajándékozott ásványgyűjtemény 110 darabból, egy barlangi medvecsontváz részleteivel, melyeket Podhraczký Ferencz egy ily medve koponyájának ajándékával tödött meg, továbbá Ertsey Imre tudor ajándéka 12 darabból, Mocsáry testvéreké 34 darabból, ugyanezekből csinos tojásgyűjtemény, köztük, minálunk nevezetesség, szép tűzoktózással, néhai Bisztricsányi Károly ajándéka 3 darab és egy kisebb ásványgyűjtemény Pollák Hermann úrtól. Egyleti helyiségünk nem kis díszet képezi a felejthetetlen emlékü Balassa János tanár jól sikerült mellszobra, mely Fuchs József dr. ajándéka. A buvárkodni kívánók rendelkezésére jó górcső is van, Mayer Ágoston dr. tagtárs szíves-ségéből, ki saját górcsóját az egyesületnek bármikor használatra fel-ajánlá. Könyvtárunk, kivéve időszaki füzeteket, még nincs, de már több tagtársat tudunk, kiknél becses művek vannak az egy-letnek szánva. Hogy egyesületünk szem előtt tartá, miszerint műkö-dése az öntanuláson kívül a közegészségügyre vagy közművelődésre is kihasson, bizonyítják a ministeriumhoz küldött emlékiratai: 1. a titkos szerek elárúsításának megakadályozása és a titkos szere-lők működése meggátolása tárgyában; 2. a bujakór terjedésének meg-gátolása és a prostitutio szabályozása iránt; 3. egy emlékirat az egészségre káros kenderáztatásnak folyó- és állóvizekben megszü-n-tetését illetőleg; s végre a természettudományok megkedveltetése és terjesztését tekintve, a társulat által ez év virágvasárnapján, márczius hó 31.-én rendezett, köztetszéssel fogadott s a közönség minden rétegéből újra óhajtott „népszerű természettani felolvasás”. Tárgyai voltak: Pollák László dr. „A szem és látás”; Mocsáry S. „Az ember régisége”; Podhraczký Ferencz buzgó tagtársunk „A hangyák életmódjáról” olvasott fel. Meg kell még említenem, hogy a kiküldött bizottságban s a titkár távollétében mint helyettes Pollák S. tagtárs szorgalmas tollvivőként működött; számra kilencz szakülé-sünk volt, ezek között többeket igénybe vett az elősorolt emlé-k-iratok körüli eszmecsere, a „népszerű felolvasásokra” szánt dolgo-zatok előleges felolvasása, s egy s más tárgy körüli tudományos társalgás, ezek közül például érdekes vitát fejlesztett a Feldmann Mór dr. által felvetett kérdés a beteg közérzetét illetőleg a dia-rrhoea és oedema változó viszonyainál és Pollák Hermann tudor kórrajza egy 19 éves ifjú fehérvonali hassérveről.

A többi ülésben volt értekezés vagy felolvasás, részben beteg-bemutatással, számra 10 és pedig:

Feldmann Mór dr. fülgyógyászati eszközöket demonstrált betegbemutatással; genyes dobőrlob után a sziklacsont szúvaso-dása lett körjelvezve.

Fuchs József dr. „belső húgyesömettséssel” sikeresen műtött egyént mutatott be értekezéssel.

Kálmán Izidor dr. két külön ülésben bujak (syphilom) súlyos kórjeleiben szenvedett, általános bujakórból gyógyult nőbeteget mutatott be, továbbá 8 hónapos gyermeket jobb lába hüvelykujján vadgesztenyenagyságú rosszindulatú húsdaggal és e gyermek anyját jobboldali helyzetű szívvel.

Miskolczi Mihály dr. „Toroklob, viziszony, rezgőrz?” címén törvényszéki esetét olvasta fel.

Mocsáry Sándor dr. „A rovarok fejlődéséről” és „Városunk és vidékén előforduló puhányokról” értekezett csinos példányok bemutatásával.

Podhraczký Ferencz készüléket mutatott be jól sikerült kísér-lettel „Az arzén és kén” kimutatására s egy másik ülésben „Ásványtani tanulmányait” adá elő, közetek bemutatása mellett, továbbá olvasott a „Törvényszéki vegyvizsgálatokról”.

Pollák László dr. „Adalékok a gyomorbagok kórisméjéhez” című dolgozatát olvasta fel.

Részletezvé: volt egy értekezés a belgyógyászatból, kettő a sebészetből, egy fülgyógyászati, kettő a törvényszéki vegytanból, egy a törvényszéki orvostanból, egy bujakórtani, egy ásványtani és egy állattani.

Midőn így elősoroltam volna nyereséget és sikert, szomorú kötelességem megemlékezni a veszteségekről is. A mulandóság megsemmisítő érintése ifjú egyesületünket sem hagyá bántatlan: elhal-tak körünkben: Kovács Frigyes dr. orvostudor és id. Penkert Mihály székelyhídi gyógyszerész tagtársaink; legyen nekik könnyű a föld!

Üléseinket komolyság, ildom és igaz érdekesség jellemzé, a tudományok és művészetek őrszellemei tartásuk fenn így a leg-később korig!

Hogy a vidék, úgy mint ma, 40 év előtt is erős támasza volt egyesületünknek, felesleges is mondanom. Kis Ferencz dr. boldog emlékeztető volt megyei főorvosunk, míg a központba nem került, évek során át soha egy szakülésről el nem maradt, bejött Nagyszalontáról, úgymint az ősz Ujlaki Ferencz sebész-collegánk Tenkéről, pedig akkoriban még a közlekedési viszonyok is rosszabbak voltak!

Vidéken vannak még az élők között érdemes kartársaink Balog Elek dr. Nagyszalontán, Horváth József dr. Székelyhídon, Spitzer Henrik dr. Kerekiben.

Igazi barátaink és bajtársaink voltak a munkában és küzde-lemben, úgymint ma is a gyógyszerészek, a többivel együtt ők is, a nagy gárda, már mind, mind csendes ember!

A kik itt ültök ma közöttünk élő utódjaik: Berkovits Zsigmond-nak, Mayer Ágostonnak, Mayer Antalnak, Kovács Frigyesnek, Gelbstein Lipótnak, Kornstein Lajosnak, Molnár Józsefnek, Nyiri Györgynek fiai és unokái, a kartársak összességével együtt: szeretettel tegyük le 40 év után atyáitok és nagyatyáitok haló porához a megemlé-kezés myrtuságát. És mint akkor hirdetem az ifjú lelkesedésével, ismétlem ma az öreg ember meghatottságával; a tudományok és művészetek őrszellemei öröködjének fölöttetek és így egyesületünk felett is a legkésőbb korig!

2. **Fisch Áron dr.** titkári jelentésében a lefolyt egyleti év eseményeit ismertette a következőkben:

Ámbár arra leghivatottabb tagtársunk, egyesületünk egyik ala-pítója és első titkára, Bodor Károly dr. áldozott immár elődeink nemes emlékének, titkári jelentésem kezdetén hadd rójam le én is a hála és kegyelet adóját alapítóink emlékének és az elismerését és szeretetét veterán fegyvertársunknak, Bodor Károly dr.-nak, ki ifjúi hévvel és lelkesedéssel, rugalmas testtel és szellemmel dolgozik most is az első között sorainkban.

40 év, nagy idő egy egyesület életében, kétszeresen nagy és nehéz oly korban, midőn az orvostudományok haladásában minden esztendő szinte megannyi századot jelent. Mohó, intenzív munka az orvostudomány minden szakában, s a munka mindinkább növekszik. S miként a rohanó, a túlfejlett cultura minden téren, úgy az orvostudományban károkat is okozott, sőt e károk néha oly érzékenyek és jelentékenyek, hogy a gyengébb lelkiütkésekben szinte megingatni képesek a tudományba vetett hitet.

Valóban minden judiciumunkra szükségünk van, hogy a fel-fedezések, találmányok, újítások chaosában eligazodhassunk, s az értékeset a haszontalantól, a tartalmast az ürestől megkülönböztessük.

Igy volt ez egy életünk életének egész ideje alatt, de fokozottabb mértékben így van ez az utolsó években. Tülekedés a tudomány berkeiben, visszaélések egész sorozata a tudománynak aprópénzzé való convertálásában, jogosulatlan optimismus, még ki nem próbált fölfedezések sietős anyagi fructifikálása.

Az utolsó esztendő élénk hullámzása is sok fővényt vetett partra, de került közte sok igazgyöngy is.

Nincs jóformán betegség, melyben Bier áldásos methodusát meg ne kísérelnék. S mindenütt casuistikák, többnyire fényes eredményekkel. Van-e külső avagy belső baj, melyben a Röntgen- és radium-therapiát meg nem kísérelték volna?

Akad már sebész, ki az emphysemát is műtétrel gyógyítja. S a sebészet mellékágaiban mindenütt minő furor operandi. Szinte komikusan hangzik, midőn Sonnenburg atyamester ezen közben ricinusolajjal próbálja gyógyítani az appendicitist.

A serotherapiának minden fertőző betegségre akad biztosan ható seruma, s e serumok is kellő statisztikai kimutatásokkal, a gyógyult esetek egész sorozataival vonultak a küzdelembe.

(Folyt. következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Gyermekági láz esetét ismertette *Poenaru-Caplescu* a bukaresti sebésztársaság ez évi egyik ülésén. A nagyon súlyos esetben, a melyben a legkülönbözőbb eljárásokat eredménytelenül használták, $\frac{3}{4}$ — $\frac{1}{10}$ -os formalin-oldattal végzett méhölbtések után gyógyulás következett be. Minden egyes öblítésre két liter oldatot veszünk. Az esetleges mérgező hatás megismerése céljából állatkísérleteket is végzett a bemutató, a melyek azt mutatták, hogy az említett koncentrációban a mérgezés vesélyétől nem igen kell tartani. (Ref. Münchener medizinische Wochenschrift, 1908. 34. szám.)

A tetanus gyógyításáról *magnesium sulfuricum* befecskendezésével a gerincszaturnába tartott előadást *Griffon* és *Lion* a párisi „Société médicale des hôpitaux” július 24-i ülésén. A liquor cerebri-spinalis egy részének az ágyéktájon kibocsátása után *magnesium sulfuricum* 25%-os oldattal fecskendezzük a gerincszaturnába, még pedig 25 font testsúlyra 1 cm³-t számítva. Egy óra múlva az összes izmok elernyedtek, a görcs és fájdalom megszűnt. Másnap ugyan rendszerint ismétlődik a fájdalom és a görcs, noha enyhébb alakban; ekkor újabb befecskendezést végzünk. Öt befecskendezésnél többet nem szabad adni. Az eljárást eddig összesen kilenc esetben használták, három halálalással. Mellékütnetek légzésnehézség, cyanosis és bronchitis alakjában egy esetben jelentkeztek, de könnyen le voltak küzdhetők.

PÁLYÁZATOK.

6969/1908. sz.

Az üresedésbe jött **kisbecskereki községi orvosi állásra** pályázatot hirdettek. Az állással egybekötött javadalom:

1. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében 1600 korona törzsfizetés.
2. 200 korona lakbér.
3. Meggyezés szerinti látogatási díjak.
4. Húszszemledíjak.

Felhívom a pályázni óhajtokat, hogy képesítésüket, eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal, valamint születési anyakönyvi kivonattal felszerelt kérvényeiket hozzám **f. évi november hó 10.-ének déli 12 órájáig** annál is inkább nyújtsák be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

Személyes jelentkezés saját jól felfogott érdekből kívánatos.

Tájékoztatóul megjegyzem, hogy a községnek lélekszáma 3738, $\frac{2}{3}$ részben németek és $\frac{1}{3}$ részben szerbek és románok. Van vasúti állomása és gyógyszerháza. A választás napját később fogom meghatározni.

Temesvár, 1908. évi október hó 14.-én.

Főszolgabíró helyett:

Fábry Géza, tb. főszolgabíró.

135/1908. eln. sz.

A **pozsonyi m. kir. állami kórházban egy másodorvosi állás** megüresedésén, annak betöltésére a nagyméltóságú belügyminister úrnak f. évi október hó 10.-én kelt 122,983/VII. d. számú magas rendelete alapján pályázatot hirdettek.

Felhívom azon magyarhonon illetőségű orvos urakat, kik ezen 1600 korona fizetéssel, szabad lakással, fűtéssel, világítással és I. osztályú élelmezéssel javadalmazott ideiglenes jellegű, két évi időtartamra szóló állást elfoglalni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában megkívánt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt és a Belügyminister Úr Onagyméltóságához címzett folyamodványaikat **f. évi november hó 15.-éig** alulírottához nyújtsák be.

Pozsony, 1908. évi október hó 15.-én.

3—1

Pantoscs József dr., igazgató orvos.

4879/1908. kig. sz.

A lemondás folytán megüresedett **gilládi községi orvosi állásra** — melyre egy ízben már eredménytelenül pályázatot hirdettem — újból pályázatot hirdetek.

A községi orvos fizetése 1600 korona és az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. életbe léptével megfelelő lakbér, esetleg természetbeni lakás és a képviselőtestülettel szabad egyezkedés folytán megállapított látogatási díjak szedése.

A húszszemledíj és halottkémiai díjak az ezzel járó kötelezettségek elvégzésével az orvost illetik.

A községi orvos köteles az összes a törvényben és szabályrendeletben előírt községi orvosi teendőket végezni és a közegészségügygel kapcsolatos írásbeli teendőket ellátni.

A megválasztott orvos köteles a megyei jegyzői és orvosi nyugdíjintézetnek tagja lenni.

Végül megjegyzem, hogy a lakosság száma körülbelül 4000 és a község határában körülbelül 40 tanya és pusztá van.

A megválasztandó orvosnak a kézi gyógytár tartása ép úgy engedélyeztetni fog, mint elődjének.

A képzettséget és az eddigi alkalmaztatást igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvények hozzám tejesztendők **be f. évi november hó 15.-éig**.

A választás napját később fogom kiírni.

Csáková, 1908. évi október hó 13.-án.

2—2

Petkó Zoltán, főszolgabíró.

A selmeczbányai m. kir. bányagazgatóság kerületében a **besztercebányai m. kir. részörvolyhivatalnál elhalálozás folytán üresedésbe jött bányarvosi állásra** a X. fizetési osztály 3. fokozatában évi 1600 korona fizetéssel, 400 korona személyi pótlékkal, természetbeni lakással vagy ennek hiányában törvényszerű lakpénzzel, 54 ürköbméter tűzfajárándósággal, végül két szolgálati ló eltartására 56 méter-mázsa széná-, 61 hektoliter zab-járándóság vagy annak közpénzben való megváltása és 360 korona kocsi-startási átalánnyal pályázatot hirdettek.

Felhívom azokat az orvosdoktorokat, kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy egykoronás bélyeggel ellátott folyamodványukat előljáró hatóságuk, vagy ha állami szolgálatban nem állnak, az illetékes főispán vagy polgármester útján jelen hirdetemnek a „Budapesti Közlöny” illetve „Pénzügyi Közlöny”-ben való megjelenéstől számított két hét alatt a nagyméltóságú m. kir. pénzügyminisiteriumhoz intézve 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. megszokásánálküli előéletét (curriculum vitae);
3. nyelv és szakismeretét, netalán klinikai vagy kórházi szolgálatát;
4. erkölcsi magaviseletét;
5. hogy katonai kötelezettségének miképpen felelt meg;
6. hogy oly egészségi állapotban van, miszerint a szolgálattal egybekötött köteleességek teljesítésére teljesen képes.

A kinevezendő orvos ingyen gyógykezelésben köteles részesíteni a Besztercebányán és környékén lakó s a selmeczbányai bányagazgatóság alá s illetve a bányatársaságok kötelekebe tartozó, valamint az állami vasgyárak és állami erdészet s ezek társaságainak kötelekebe tartozó állandó és ideiglenes munkásokat, azok családtagjait, úgyszintén a már nyugberezettéket és azok családtagjait.

E végből köteles lesz kiszállani hetenként egyszer Ürvölgyre, ugyaneke a nyugalmobér fizetésekor havonta egyszer.

Öhegy és Alsóörökre hetenként kétszer, Dovalmesterhelyig kéthetenként egyszer, Bálinthelyre havonta egyszer, Kordéházára, Királyka, Tajó, Jabrikára esetenként. Ha komoly eset forog fenn, a társasági tag hívására szintén kötelező a betegnek vidéken való felkeresése. Megjegyzetjük, hogy a kiszállások esetén a nagyméltóságú m. kir. pénzügyminisiterium 31,146/897. számú magas rendeletében a bányánál alkalmazottak részére megállapított napidíjak felszámításának van helye.

Az állás a kinevezésről nyert értesülés után nyomban elfoglalandó lesz s 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. évi október hó 17.-én.

M. kir. bányagazgatóság.

A szabadalmazott osztrák-magyar államvasúttársaság Délmagyarországon Krasó-Szörénymegyében fekvő bányái, hutái és uradalmainak Stájerlakon egy **orvosi állás** üresedésbe jövén, annak betöltése céljából ezennel pályázatot hirdetünk, megjegyezvén, miszerint az állás a kinevezés megtörténte után mielőbb, lehetőleg azonnal lesz elfoglalandó.

A szóban forgó orvosi állás javadalmazása évi kettőezernekgyyszáz (2400) korona tiszteletdíj, évi hatszáz (600) korona utazási átalány, beleértve a rendelési iroda fűtésére szolgáló nyolcz ürméter, huszonhárom (23) ürméter fűtési faátalány és természetbeni szabad lakás Stájerlakon.

Megjegyezzük még, hogy az orvos magánygyakorlatot is folytathat.

A kellő okmányokkal felszerelt bélyegtelen kérvények legkésőbb **1908. évi november hó 30.-áig** az alulírt igazgatóságokhoz (Budapest, IV., Egyetem-utca 1) terjesztendők be és azokban azon időpont is jelzendő, melyben a pályázó, kinevezése esetén, az állást elfoglalhatná.

Budapest, 1908. évi október havában.

A szabadalmazott osztrák-magyar államvasúttársaság magyar bányái, hutái és uradalmainak igazgatósága.

2—1

3192/908. sz.

A lemondás folytán üresedésbe jött **A.-Kamarási körorvosi állásra** pályázatot hirdettek.

A körorvos javadalmazása (az 1908. évi XXXVIII. törvény életbeléptetéséig) 2000 korona törzsfizetés, 200 korona lakbér és 160 korona úti átalány.

A kör két községből A.-kamarás és N.-kamarás községből áll. A látogatási díj mindkét községben nappal 40 fillér és éjjel 80 fillér (az 1908. évi XXXVIII. törvény végrehajtásáig).

A körorvos kézi gyógytár tartására engedélyt kap.

Pályázni szándékozók felhívom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket hozzám **november hó 15.-éig** adják be.

Etelek, 1908. évi október hó 19.-én.

Mladin Miklós, főszolgabíró.

2516/1908. sz.

A lemondás folytán megüresedett **ugrai körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetnek.

Ezen kör 3 községből: Ugra, Nagyharsány és Rón községekből áll.

A körorvos javadalmazása:

1. Természetbeni lakás mellékhelyiségekkel és kerttel.
2. Kézpénzfizetés 1300 korona, a nagyszalontai m. kir. adóhivatal által évnegyedenként és pedig az évnegyed utolsó hónapjának 1.-én fizetve.
3. A köri községektől fizetendő 500 korona személyi pótlék mindaddig, míg a körorvosok fizetése rendezve nem lesz.

4. Látogatási díj a körorvosnak helyén és a hivatalos látogatási napokon:

a) a körorvos lakásán 40 fillér,

b) a beteg lakásán 80 fillér és éjjel e díjak kétszerese.

5. Hivatalos látogatási napokon kívül a köri községekben a fuvardíjon kívül:

a) nappal 2 korona,

b) éjjel 3 korona.

Ugra községben a húsvágatásért és halottkémlelésért megállapított díjak szedhetése.

Megjegyeztetik, hogy a volt körorvos a körhöz tartozó gazdaságoktól 800—900 korona tiszteletdíjat élvezett, a mire a megválasztandó körorvosnak is kifizetése lehet.

Felhívom a pályázni óhajtokat, hogy a képességüket és eddigi szolgálataikat igazoló okmányokat hozzám **f. évi október hó 23.-áig** adják be, mert a később beérkezett kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választást október hó 30.-án d. e. 10 órakor fogom Ugra községházánál megjelteni.

A megválasztandó körorvos állását 1908. évi november hó 15.-én tartozik elfoglalni.

Cséff, 1908. évi október hó 2.-án.

3-3

A főszolgabíró.

3232/1908. sz.

A **Kőrösladány** községnél megüresedett egyik **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetnek s felhívom a pályázni kívánókat, hogy orvostudori oklevéllel, szolgálati bizonyítvánnyal s születési anyakönyvi kivonattal felszerelt pályázati kérvényeiket **f. évi október hó 31.-éig** bezárólag adják be hozzám.

Az állás javadalma: 1200 korona (az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. életbe lépté után 1400 korona) fizetés, 400 korona lakáspénz. Látogatási díjak: az orvos lakásán 40 fillér, a beteg lakásán a község belterületén 80 fillér, a község külterületén fuvaron kívül 4 km.-ig 2 korona, 4 km.-en túl 3 korona. Éjjel e díjak kétszerese. Foghúzásért, érvágásért, orvosi bizonyítvány kiállításáért 1—1 korona, látletért könnyű testi sértés esetén 2 korona, súlyos testi sértés esetén 6 korona. A halottkémlelés s a szegények gyógykezelése ingyen teljesítendő.

A község lakosainak száma: 7134 lélek.

Szeghalom, 1908. évi szeptember hó 28.-án.

3-3

Csánki Jenő, főszolgabíró.

18,296/1908. sz.

Zemplén vármegye nagymihályi közpórházánál lemondás folytán megüresedett és évi 1200 korona fizetés, valamint a közpórházban természetbeni lakás és teljes ellátással javadalmazott **alorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetnek és felhívom a pályázni szándékozókat, hogy az 1879. évi XIV. t.-cz. 43. illetve az 1883. évi I. t.-cz. 1. és 9. §-ában előírt képesítettséget igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket Zemplén vármegye főispánjához címelve, hozzám **f. évi november hó 5.-éig** adják be.

Sátoraljaújhegy, 1908. évi október hó 19.-én.

2-1

Dókus, alispán.

2532/1908. sz.

Kolozs vármegye nagysármási járásában levő **Uzdizsentpéter** község székhelyével 11 községre kiterjedőleg szervezett **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetnek.

Javadalmazás.

1. Törzsfizetés	1000 korona
2. Lakbér.	300 "
3. Fuvarállomány	300 "

Megjegyzem, hogy a törzsfizetés az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. életbeléptése után 1600 koronára emelkedik, valamint a lakbér 350 koronára és az útiátalány 800—1000 koronára tervezetik, a látogatási díjak pedig nappal 1 korona, éjjel 2 koronában állapítatnak meg.

Felhívom ez állásra pályázni kívánókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a, illetve az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a értelmében felszerelt pályázati kérvényeiket **hozzám 1908. évi december hó 15.-éig** adják be.

A választás idejét utólagosan fogom megállapítani.

Az állás azon esetben, ha orvosdoktor pályázó nem akad, szigorlóorvossal is betöltetik azon kikötéssel, hogy az illető az orvosi oklevél elnyeréséig csak helyettesi minőségben lesz alkalmazva.

Együttal felkérem mindazon orvostudor és szigorlóorvos urakat, a kik cholerajárvány kitörése esetén Kolozs vármegye területén járványorvosi szolgálatra vállalkozni hajlandók, szíveskedjenek ezen szándékukat az igényelt fizetés meg-elölésével és pontos lakezmükkel együtt Kolozs vármegye alispánjához bejelenteni.

Nagysármás, 1908. évi október hó 16.-án.

Veszprémi Antal, főszolgabíró.

A **József-sanatoriumban** (Gyula, Lugoserdő) az **első segédorvosi állás** betöltendő. A segédorvosi állással 1600 korona évi fizetés, lakás és teljes ellátás jár. Azok az orvosdoktor urak, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, szíveskedjenek nagyméltóságú Lukács György dr. egyesületi elnök úrhoz intézett folyamodványukat a József-sanatorium igazgatóságánál (Gyula, Lugoserdő) mielőbb benyújtani, esetleg az egyesületi irodában (Budapest, IX., Lónyay-utca 47) személyesen is jelentkezni.

Budapest, 1908. évi október hó 20.-án.

A József kir. herceg sanatorium-egyesület
József-sanatoriumának igazgatósága.

2-1

1584/1908. eln. sz.

A Szabadka sz. kir. város tulajdonát képező „**Mária Valéria**” **közpórházban** üresedésben lévő és egyenként havi részletekben utólagosan fizetendő 1200 korona évi fizetés, lakás, fűtés, világítás és I. osztályú élelmezéssel javadalmazott **három körházi alorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

A főispán úr által kinevezendő alorvosok tartoznak a közpórházban lakni és magángyakorlatot — az első segélynyújtás esetét kivéve — nem folytathatnak; nős orvos pályázati kérvénye figyelembe vétetni nem fog.

A kinevezendő alorvosok állásukat csakis 2 hónapi felmondási idő letelte után hagyhatják el.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy megfelelően okmányait pályázati kérvényeiket **f. évi november hó 3. napjának d. e. 12 órájáig** Bezeredy István főispán úrnál Szabadkán annál is inkább nyújtsák be, mert az elkésztett benyújtott pályázati kérvények visszautasítottak.

A mennyiben az 1883. I. t.-cz. 9. §-ának 2. pontja értelmében kellően minősített pályázó nem jelentkeznek, egy évi gyakorlatra utasított, esetleg szigorló orvos pályázati kérvénye is figyelembe fog vétetni.

Szabadka, 1908. évi október hó 5.-én.

3-3

A polgármester.

A **Hernádvölgyi Magyar Vasipar Részvény-Társaság** munkástárspénztáránál rendszeresített **orvosi állásra** ezennel pályázat hirdetnek.

Járandóságai: 3200 korona nyugdíjra jogosító évi fizetés, évi 1200 korona lótarási átalány, körülbelül 500 korona jutalom, szabad lakás és szabályszerű fűtési illetmény élvezete.

Pályázóktól egyetemes orvostudori oklevéllel igazolandó képesítés kívánatik s kimutatható gyakorlattal, különösen pedig műtői képesséssel bírók előnyben fognak részesülni.

A kinevezendő orvos teendőit szolgálati utasítás szabályozza.

Kellően felszerelt folyamodványok **f. év október hó 31.-éig** alulírt címre intézendők.

3-3

Hernádvölgyi Magyar Vasipar R.-T.

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

6638/1908. fh. sz.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár Igazgatósága pályázatot hirdet a következő **kerületi kezelőorvosi állásokra**:

a) A főváros területén:

1. II. kerület. Hadapródiskola környékén	évi 1400 K fizetéssel
(Szép Ilona vagy Budagyöngye tájékán.)	
2. VI. " Angyalföld. Röppentyű-utca	" 2800 " "
3. VIII. " Külső Rákóczi-út	" 1400 " "
(Kenyérmező-u. és Baross-tér közti területen.)	
4. IX. " Mester-utca	" 1800 " "
(Ferencz- és Gyep-utca között.)	

b) Pestmegye területén:

1. Nagykovácsi községben	évi 600 korona fizetéssel
2. Ócsa " "	" 400 " "
3. Maglód " "	" 800 " "

Fenti állásokra a pályázati kérvények, melyekhez oklevélmásolat és egyéb orvosi működést igazoló okmányok csatolandók, **f. évi október hó 30.-áig** adandók be a fentnevezett pénztár főorvosi hivatalához (VII., Damjanich-utca 36. sz.), a hol hétköznapiokon délelőtt 10—12 óra között az állásokra vonatkozólag bővebb felvilágosítás is nyerhető.

Az állások f. évi november hó 1.-én foglalandók el.

Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár.

HIRDETÉSEK.



A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

kitűnő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

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

Ulcus ventriculi Rohitsi „Styria“-forrás
200—300 gm. langymelegen éhgyomorra 1 órával a reggeli előtt beveendő.
Meglepő gyogyeredmények.
Nagybani raktár Magyarország részére:
HOFFMANN JÓZSEF, Budapest, V., Báthory-utca 8. sz.