

ORVOSI HETILAP.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY ÉS SZÉKELY ÁGOSTON.

35 TÁBLÁVAL ÉS 144 RAJZZAL.

ÁLLANDÓ MELLÉKLETEK:

SZEMÉSZET.

(1—4. szám.)

SZERKESZTI: GRÓSZ EMIL.

GYNAEKOLOGIA.

(1—4. szám.)

SZERKESZTI: TÓTH ISTVÁN ÉS TEMESVÁRY REZSŐ.

ELME- ÉS IDEGKÓRTAN.

(1—4. szám.)

SZERKESZTI: BABARCSI SCHWARTZER OTTÓ ÉS MORAVCSIK ERNŐ EMIL.

UROLOGIAI SZEMLE

(1—4. szám.)

SZERKESZTI: ILLYÉS GÉZA EGYETEMI MAGÁNTANÁR.

RENDKIVÜLI MELLÉKLETEK:

Fáykiss Ferencz: A budapesti egyetemi 2. számú sebészeti klinikum betegforgalma az 1907. évben.
A budapesti királyi orvosgyesület 71. évfolyam közgyűlése.

~~F. L.~~
4/48.

1908

ÖTVENKETTEDIK ÉVFOLYAM.

BUDAPEST, 1908.

A PESTI LLOYD-TÁRSULAT NYOMDÁJA.

MÁRIA VALÉRIA-UTCA 12. SZ.

XV/52 F 46/1908

ORVOSI HETILAP

NYOLCZESZÉNYI KÖNYVTÁR



~~25~~

Leltári szám; F 46/189

TARTALOM.*



EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

	Oldal		Oldal
Egyetemi intézetekből, klinikákból és kórházakból.			
Budapesti egyetem élettani intézete.	Oldal	19. Holzwarth Jenő: Ki nem irtható nagy húsdaganat elhalása és kiválása a Röntgen-kezelés alatt	430
1. Klug Nándor: Miért nem emészt meg az élő gyomor és bél önmagát	1, 22	20. Gergő Imre: A proteolysis-reactio értéke sebészeti megbetegedésekben az elkülönítő körjelzés szempontjából	467
Budapesti egyetem I. sz. kórbonezolóstanai intézete.		21. Steiner Pál: Adatok az ajakrák sebészeti gyógykezeléséhez	6, 25
2. Halász Aladár: További adatok a czukorbetegségben található pankreaselváltozások ismeretéhez 311, 333, 355.	374	22. Steiner Pál: Adatok a szájüri rákok sebészeti gyógykezeléséhez	72, 91
Budapesti egyetem II. sz. kórbonezolóstanai intézete.		23. Steiner Pál: A vesegümőkórrol	478
3. Krompecher Ödön, Goldzieher Miksa és Ángyán János: A typhus exanthematicus kórokozója	171	24. Bakay Lajos: Az állkapocs központi hámdaganatjának származása	473
4. Goldzieher Miksa és Molnár Béla: Bonezolóstanai és kísérleti adatok a mellékvesék kórtanához	259	25. Dollinger Béla: Gümös eredetű tályogok és sipolyok gyógykezelése bismuthpastával E. G. Beck szerint	639
5. Neuber Ede: A rugalmas rostok viselkedése a bőrben, különös tekintettel a bőrrákra	69, 89, 108	26. Dumitreanu Viktor: Neuroglioma nervi optici	482
Budapesti egyetem bakteriologiai intézete.		27. Dumitreanu Viktor: Kettős vese az egyik vesefél, vesemedence és ureter megbetegedésével	U. 139
6. Benczur Gyula: Adatok a bakterium typhi és bakterium coli azonosságának kérdéséhez	404	28. Navratil Dezső: Adatok az x-sugarak diagnostikai értékéhez a rhino-laryngologiában	461
7. Gózonny Lajos: A lues serodiagnostikája	591, 610	29. Navratil Dezső: A körkörös trachearesectiókról. Újabb körkörös tracheavarrat	856
Budapesti egyetem I. sz. belklinikája.		Budapesti egyetem II. sz. sebkezikája.	
8. Kentzler Gyula: Az elkülönítő tuberculinreactiók értéke felnötteken	4	30. Kuzmik Pál: Adatok a sebészeti gümőkórnek Spengleroltással való gyógyításához	385
9. Kentzler Gyula: A typhus-coli bakteriumesort agglutinációja ieterusban	196	31. Borszéký Károly: Adatok a bőralatti bélsérülések pathogenesiséhez	833, 859
10. Kentzler Gyula és Ország Oszkár: A Porges-Meier-, Klausner- és Levaditi-féle syphilisreactiók klinikai értékéről	367	32. Verebély Tibor: A hyphomycosis pedis körképe	121, 140
11. Királyfi Géza: A klinikai és kórbonezolóstanai diagnosis	105, 125, 142, 159	33. Fáykiss Ferencz: A klinikum betegforgalma az 1907. évben	K. m.
12. Morelli Gusztáv: A Pirquet- és Calmette-féle tuberculinreactiókról	53	Budapesti egyetem I. sz. nőbeteg-klinikája.	
13. Ország Oszkár: A typhus-allergiapróbák diagnostikai értékéről	295	34. Bársony János: A fibromás méhek conservativ kezelésének egy módjáról	775
Budapesti egyetem II. sz. belklinikája.		35. Avarffy Elek: Scopolamin-morphiumbódulat a szülészetben	702
14. Kétyl Károly: Hevenyész álnyúltvelőbenulás és nyúltvelőbenulás egy-egy esete	907	36. Avarffy Elek: Méhszájtágítás a szülés alatt	835
15. Tornai József: Az oxygenes fürdők hatásáról	35	37. Bogdanovics Milos: A gyermekágyban végzett kaparrás egy következménye	54
16. Tornai József: Az emberen való vérnyomás-mérés módszerei, különös tekintettel az újabb eljárásokra 636, 655,	671	38. Bogdanovics Milos: A féregnyújtvány lobja és a fiatal méhenkivül való terhesség elkülönítő kórhatározásának nehézségeiről	496
17. Tornai József: A szívbetegek fizikai orvoslás-módjai	877, 894, 911, 930, 947	39. Bogdanovics Milos: Adrenalin használata császármetszéskor	813
Budapesti egyetem I. sz. sebkezikája.		40. Nádossy István: Rosszindulatú ovarialis daganat bélmetastasisal és bélezáródással 22 éves fiatal leányban	853
18. Dollinger Gyula: A Gasser-dúc kiirtásával és a háromosztatú ideg ágainak resectiójával elért eredmények	194	41. Wenczel Tivadar: A méhrákról tíz évi tapasztalás nyomán	587
		Budapesti egyetem II. sz. nőbeteg-klinikája.	
		42. Tauffer Vilmos: 25 év myoma-therapiája	G. 1
		43. Frigyesi József: Szülések scopolamin-morphin alatt	G. 65
		44. Frigyesi József: Az ébrényi életben keletkezett has-hártyagyuladással	G. 209
		45. Kubinyi Pál: Öt napos anuria gyógyult esete	G. 105

*Sz. = „Szemészet”, — G. = „Gynaekologia”, — E. = „Elme- és Idegkörtan”, — U. = „Urologiai Szemle”, — K. m. = „Külön melléklet”.

	Oldal		Oldal
46. Kubinyi Pál: Corpuscarcinoma fibromás uterusban; következményes haematometra; totalexstirpatio ... G.	109	Kolozsvári egyetem szemklinikája.	
47. Scipiades Elemér: Az ophthalmoblennorrhoea és az argentum aceticum ... G.	94	72. Hoor Károly: A keratitis parenchymatosa Sz. ...	109
48. Scipiades Elemér: Kimenetben álló fej mellett keletkezett complet uterusruptura gyógyult esete ... G.	128	Kolozsvári egyetem bőrbeteg-klinikája.	
Budapesti egyetem szemklinikája.		73. Marschalkó Tamás: A diphtheriás bőrgyulladásról (bördiphtheria) ...	683, 709
49. Grósz Emil: A szemklinika működése az 1905., 1906. és 1907. évben ... Sz.	1	74. Kanitz Henrik: A Moro-féle percutan tubereulinreactio értékéről ...	606, 624
50. Scholtz Kornél: Adatok a dohány- és alkoholneuritis előfordulásának ismeretéhez ... Sz.	45	75. Kanitz Henrik: A bőr argyrosisáról ...	797, 816
51. Vermes Lajos: Adatok a conjunctivitis vernalis aetiologiájához, kórszövettanához és terapiájához ... Sz.	34	76. Veress Ferencz: Új módszer lehetőleg természetű moulageok (színes viaszlenyomatok) előállítására ...	889
52. Biró Ödön: Az ophthalmoreactióról ... Sz.	53	Kolozsvári egyetem elmebeteg-klinikája.	
Budapesti egyetem elme- és idegkórtani intézete.		77. Zsakó István: Graphologiai diagnosis 727, 744.	761
53. Moravcsik Ernő Emil: Az elmebetegek egyes motoros sajátosságairól ... E.	1	Bécsi egyetem II. sz. szemklinikája.	
54. Moravcsik Ernő Emil: Ritkább tünet paralysis progressivában ... E.	43	78. Markbreiter Irén: Traumatikus cykloalysisek Sz.	201
55. Hudovernig Károly: Az arczideg környéki ágainak száma ... E.	145	Hallei egyetem nőbeteg-klinikája.	
56. Hudovernig Károly: Therapiás kísérletek az enesollal tabesnél és paralysisnél ... E.	148	79. Fromme Frigyes és Konrád Jenő: Adatok a terhes és gyermekágyas nők hüvelyében tenyésző streptococcusok differentialis diagnostikájához ... G.	86
57. Goldberger Márk: Az agyvelő jobboldali halántékkarélyának daganata ... E.	49	Heidelbergi egyetem sebkezikája.	
58. Reuter Camillo: Ájulásszerű hysteriás rohamok E.	45	80. Lichtenberg Sándor: A tüdő és szív viselkedéséről abdominális beavatkozások után ...	909
Budapesti egyetem ideg-klinikája.		Budapesti állami szemkórház.	
59. Kollarits Jenő: Tabesos gyomorkrízis vérhányással; boncsoláslelet ...	635	81. Blaskovics László: A ptosis megszüntetése a szemhéj hátulsó rétegének megrövidítésével és a szemhéj-emelő előrevarrásával ... Sz.	196
60. Kollarits Jenő: Újabb adatok az öröklött idegbajok ismeretéhez ... 699, 729,	741	82. Győry Bella: A trachomás kötőhártya bakteriumtartalma 100 vizsgált eset alapján ... Sz.	189
61. Kollarits Jenő: Újabb adatok a göresös torticollisról ...	873	Budapest-lipótmezei állami elmeegógyintézet.	
62. Herzog Ferencz: A központi idegrendszer megbetegedéséről polyneuritis degenerativában ... 757, 778.	801	83. Látrányi János Sándor: Hirtelen meggyógyult paranoid melancholia ...	840
63. Csiky József: A hypotonia méréséről ...	154	Állami gyógypaedagogiai-pszichológiai laboratorium.	
Budapesti egyetem diagnostikai tanszéke.		84. Ranschburg Pál: A kóros értelmi gyengétségűség elhatárolása a fiziologias korlátoltságtól ... E.	97
64. Morelli Gusztáv: Az arterionekrosisról ...	124	Szent Rókus-kórház.	
Budapesti egyetem fül-orvostani tanszéke.		85. Herczel Manó: Sacralis (coccygealis) úton végzett végbélrákműtétek és késői eredményeik ... 493,	513
65. Ziffer Hugó: Az idült genyes középfülgyulladás kórjelzése és gyógykezelése ... 279, 299, 316,	335	86. Navratil Imre: Adatok a gégeszűkületek operatív kezeléséhez ...	226
Budapesti egyetem stomatologiai klinikája.		87. Fischer Ernő: A typusos intercarpalis ficzamosodás töréséről ...	507
66. Major Emil: A stomatologiai klinika évi jelentése ...	730	88. Milkó Vilmos: A subcutan bélsérülésekről ...	451
Budapesti egyetem bőrkórtani intézete.		89. Steiner Miksa: Az ozaena tanának fejlődése ...	622
67. Guszman József: A szájüreg nyálkahártyájának leukoplakiája ... 653, 667,	687	Szent István-kórház.	
Állatorvosi főiskola élettani intézete.		90. Donath Gyula: Hysteriás álomszerű (lethargiás) állapotok ...	555
68. Zirkelbach Antal: A vizelet chemiai energiataralmának változása különféle betegségekben ... 814,	840	91. Róna Sámuel: Újból a syphilis abortív orvoslásának kérdéséhez ...	665
Kolozsvári egyetem ált. kór- és gyógytani intézete.		92. Keller Kálmán: Az adductorreflex jelentősége ... E.	156
69. Konrádi Dániel: Öröklődik-e a veszettség? Van-e a vérben veszettségi ragály? ... 571,	593	93. Körmöczy Emil: Adatok Budapest malariaviszonyaihoz és a koratavaszi malaria tanához ...	137
Kolozsári egyetem belklinikája.		94. Paunz Sándor: Adatok a petefészekdaganatok kocsányesavarodásának casuistikájához ...	463
70. Blumenfeld Sándor: A Pirquet-féle cutanreactióról és Detre-féle módosításáról ... 243,	263	95. Szabóky János: A Spengler-féle oltásokkal elért eredményeimről ... 511,	528
Kolozsvári egyetem sebkezikája.		96. Werner Sándor: Összehasonlító cutan-oltások ...	799
71. Félegyházi Ernő: Pangásos vérbőséggel kezelt sebészi gümős bántalmakra vonatkozó kórszövetteni vizsgálatok 685,	713	Szent János-közkezikája.	
		97. Gebhardt Ferencz: A gümőkór diagnosis a conjunctiva-reactióval ...	86
		98. Manninger Vilmos: A sérvhajlamosság boncsolástani alapja lágyéksérvekben ...	441

99. Vidakovich Kamill: Adatok az idült genymellüregek gyógyításához bismuthpastával E. G. Beck szerint ...	603
Szent László-kórház.	
100. Preisich Kornél: A kiütéses hagymáz kórokozója ...	172
Szent Margit-kórház.	
101. Fejér Gyula: A sinus cavernosus és a vena ophthalmicák thrombosisának kórképéről és az azt kísérő szemtünetekről ... Sz.	192
102. Pólya Jenő: A hernia epigastrica kapujának gyökerezéséről ...	448
103. Rihmer Béla: Magas hólyagmetszés útján eltávolított bolyhos hólyagrak esete ...	423
104. Rihmer Béla: Spontan gyógyuló vesegümőkór két esete ... U.	33
Székesfővárosi bakteriologiai intézet.	
105. Szabóky János: Az opsoninokról és értékesíthetőségükről a tuberculosis diagnózisában, prognózisában és terapiájában ...	210, 232, 247
Stefánia-gyermek-kórház.	
106. Bókay János: Adatok a gyermekkori appendicitis folyamán keletkező bradycardia ismeretéhez ...	18
107. Leitner Vilmos: A fiataalkori vakság okai és elhárítása ... Sz.	75
108. Paunz Márk: A rhinogen látóideggyulladás ... Sz.	177
109. Winternitz Arnold: A farkastorok műtétéről ...	434
110. Winternitz Arnold: Nagy vesedaganatok transperitoneális kiirtásáról ... U. 61, U.	117
111. Winternitz Arnold és Paunz Márk: A tracheobronchoszkopia directa gyakorlati értékéről ...	739, 759, 781
112. Vas Jakab: A geny proteolysises reakciójának értékéről ...	403
Budapesti poliklinika.	
113. Illyés Géza: A hypernephromákról ...	424
114. Illyés Géza: A vesetuberculosisról ... U.	1
115. Illyés Géza: A vesevérzésről ... U.	154
116. Terray Pál: Az asthma bronchialisról és atropinnal való kezeléséről ...	927, 943
117. Farkas Ignác: A heveny és idült hólyaghurut kezeléséről ... U.	38
118. Farkas Ignác: A férfihúgyvesőkankó kezelésének mai állása ... U.	91
119. Farkas Ignác: A here és a mellékhere gümös megbetegedésének gyógykezeléséről ... U.	107
Fehér-kereszt-gyermek-kórház.	
120. Berend Miklós: A Székely-féle tej kritikája ...	88
Ferencz József-kereskedelmi kórház.	
121. Wohl Mór: Oedema dorsi penis ... U.	115
Irgalmas-kórház.	
122. Heim Pál és John M. Károly: A tuberculinreactio a vörhenyhez és kanyaróhoz való vonatkozásában ...	620
123. Windisch Ödön: Kihordott interstitialis tubaris terheesség esete ... G.	101
Budapesti kerületi munkásbetegsegélyező pénztár.	
124. Friedrich Vilmos és László Gyula: A gümőkór diagnózis a kettős fertőzés szempontjából ...	651, 666
125. Wein Manó: A Marmorek-féle gümőkórelenes serumról ...	351, 369, 387, 406
126. Zoltán Elek: Adatok a húgyutak lobos megbetegedéseinek gyógykezeléséhez ... U.	151
Charité-poliklinika.	
127. Sellei József: A jodleicithinről ...	903
128. Sellei József: Esetek az ureterkatheterismus köréből U.	144

Jenner-Pasteur-intézet.	
129. Detre László és Brezovszky Emil: A syphilis szemreakciói ...	541, 557, 576
Mátrai Gábor orvosi laboratoriuma.	
130. Mátrai Gábor: A diabetesesek acidosisáról, különös tekintettel a tolerantiameghatározásra ...	929, 945
Bécsi poliklinika.	
131. Venus Ernő: Az almatein használatáról a sebészetben ...	575
Bajai köz-kórház.	
132. Róna Dezső: Adat a légemboliák ismeretéhez ...	42
Hódmezővásárhelyi Erzsébet-szemkórház.	
133. Imre József: Kimutatás a kórház működéséről az 1905., 1906. és 1907. évben ... Sz.	67
134. Genersich Margit: A collargol használatáról ... Sz.	70
Pécs városi köz-kórháza.	
135. Orsós Ferencz: A pécsi városi kórházban végzett splenectomiák ...	525, 545, 561
Pozsonyi bábaképezde.	
136. Limbacher Dezső: A magas fogóról ... G.	192
Szegedi bábaképző.	
137. Eisenstein Károly: Méhrepedés ritka esete ... G.	115
138. Eisenstein Károly: A hüvely körkörös leszakadása a külső nemi részekről ... G.	125
Szegedi köz-kórház.	
139. Erdélyi Jenő: Oesophagoszkopia útján a nyelvcsőből eltávolított idegen test nyelvcső-szűkület mellett ...	764

140. Arany S. Zsigmond: A diabetes pathogenesiséről ...	213
141. Auszterveil László: A prostatahypertrophia által okozott bajok nem operatív kezelésének jelen állásáról U.	120
142. Auszterveil László: A ritkábban előforduló gonorrhoea s a hozzá hasonló betegségekről ... U.	158
143. Bodon Károly: Érdekesebb esetek a magángyakorlatból ...	428
144. Bogsch Árpád: Adatok a tanúvallomások pszichológiájához ... E.	17
145. Deutsch Ernő: Megjegyzések Schütz Aladár dr.-nak „Újból a Székely-tej kritikája“ című cikkére ...	300
146. Deutsch Ernő: A „sterilac“ nevű készülék ismertetése ...	499
147. Déri J. Henrik: Teljes méhrepedés. A hasüregbe jutott magzat. Hasmetszés. Gyógyulás ...	640
148. Eisentein Jakab: A veleszületett szemhéj-colobomáról Sz.	84
149. Fialowski Béla: A részegség törvényszéki orvosi szempontból ...	230, 246
150. Fischer Ignác: Epilepsiás poriomania ... E.	33
151. Halász Henrik: Halállal végződött, önként létrejött fülvérzés esete ...	527
152. Hollós József: A gümőkór gyógyítása a Spengler-féle vaccinatióval ...	297, 313
153. Iberer János: A tüdőgümőkór orvoslása gyógyszerekkel ...	608
154. Kelen István: Az alimentaris laevulosuria diagnostikai jelentőségéről ...	283
155. Kopits Jenő: A skoliosis functionális gyógykezeléséről ...	431
156. Kopits Jenő: A mechanikai erőbehatások jelentősége a deformitások pathogenesisében ...	723
157. Láng Sándor: Sérvkizáródás képét mutató hasüri affectio esetei. Sérvet okozó peritonitis tuberculosa esete ...	450
158. Lenkei Vilmos Dani: A napfürdő hatása a test hőmérsékére ...	157, 179, 201
159. Móricz Ernő: A belényesi anyarozsmérgezés-esetek ...	543
160. Ónodi Adolf: Az orr és az orrgarat bántalmainak összefüggése a szembajokkal ...	331, 354, 372
161. Pesthy István: Az appendicitis balneoterapiája ...	445

	Oldal		Oldal
162. Petz Lajos : A phosphoros esontüszök terjedésének kérdéséhez	339	171. Székely Salamon : Észrevételek a Székely-féle tej kritikájához	55, 111
163. Picker Rezső : Klinikai tanulmány a gonococcusról	176, 198	172. Szigeti Henrik : Paramnesia ritkább esete	E. 161
164. Picker Rezső : Gonorrhoea és házasság	U. 71	173. Temesváry Rezső : A női betegségek baleseti megítélése	G. 177
165. Ráskai Dezső : A húgyeső sérüléseiről és a traumás eredetű húgyesőszűkekről	U. 22	174. Udvarhelyi Károly : Az idült haladó nagyothallás és modern gyógykezelése	39, 57
166. Sarbó Artur : Landry-féle hűdés két esete	102	175. Vidor Emil : A kiütéses hagymáz körlefolysáról és gyógykezeléséről	172
167. Schütz Aladár : Újból a Székely-tej kritikája	281	176. Vidor Emil : Kiütéses hagymáz a vörheny hámló szakában	262
168. Schütz Aladár : Válasz Deutsch Ernő dr. megjegyzéseire	317	177. Weisz Ede : Néhány szó a Marmorek-féle gümőkór-ellenes serumról	8
169. Seligmann Hugó : Adatok a Highmor-öböl genyedésének sebészeti kezeléséhez	460		
170. Szabó József : Esetek a gyakorlatból	573		

TÁRCZA.

	Oldal		Oldal		Oldal
Kammer Manó : A „Kaiserin Friedrich-Haus“ és a Bergmann-féle előadási ciklus	59	megalapításának félszázados jubileuma	318, 339	Móricz Ernő : A tüdővész elleni védekezés	691
Weyner Emil : Hypertrichosis-esetek	75	Törvényjavaslat a közegészségügy rendezéséről szóló 1876: XIV. t. cz. II. része I. fejezetének módosításáról	390	Nádory Béla : Amerikai kórházakról	746, 764, 784, 861, 914, 933
Ilyés Géza : Beszámoló a XIII. szüneti orvosi cursusról	143	Arany S. Zsigmond : Az angol orvosi viszonyokról	409	Grósz Emil : Az orvosok kötelező kórházi gyakorlati éve	818
Kammer Manó : Sebkezelés és sebészeti eljárások a Bier-féle berlini egyetemi sebklínikán	160, 181	Huber Alfréd : A fő- és székváros szent István kórháza újonnan berendezett Röntgen-laboratoriumának ismertetése	515, 530	Ónodi Adólf : Az olasz orr- és gégeorvosok 12. congressusa	842, 879, 896
Tornai József : Müncheneri levél	216, 233	Grósz Emil : A budapesti egyetem klinikáinak háztartása az 1907. évben	529	Blaskovics László : A budapesti m. kir. állami szemkórház	Sz. 62
Hosvay Lajos : Megnyitó beszéd	266	Phan Károly †	551	Grósz Emil : A budapesti egyetem I. számú szemklinikája	Sz. 221
Ország Oszkár : A 25. német belorvostani congressus	268, 285, 319, 341, 357	Weyner Emil : A „Papyrus Ebers“ kozmetikája	627	Id. Elischer Gyula : A bécsi egyetem új női klinikájának megnyitása	G. 215
Liebermann Leó : Húsvéti kirándulás Pöstyénbe	301	Tach Henrik : A keresetképtelenség megállapítása	642	Moravcsik E. Emil : A budapesti egyetem elmekórtani klinikája	E. 168
Grósz Emil : Továbbképző tanfolyamok orvosok számára	302			Temesváry Rezső : A gynaekologia halottjai	G. 52, G. 151
Ónodi Adólf : Az orr- és gégeorvostan				Mansfeld Ottó : Úti jelentés	G. 131

IRODALOM-SZEMLE.

	Oldal		Oldal		Oldal
Albert : Medizinisches Literatur- und Schriftsteller-Vademecum	595	Flügge : Die Verbreitungsweise und Bekämpfung der Tuberkulose	803	Krause : Chirurgie des Gehirns und Rückenmarks	897
Beck : Hippokrates' Erkenntnisse	547	Folia neuro-biologica	E. 67	Krehl : Kórélettan	183
Becker : Die Simulation von Krankheiten	518	Freund : Der Wahn und die Träume in Jensens „Gradiva“	93	Küster : Grundzüge der allgemeinen Chirurgie und chirurgischen Technik	950
Berend : A cseesemöbetegek orvoslása	61	Gerhardi : Das Wesen des Genies	785	Langstein : Die Albuminurien älterer Kinder	217
Binet-Sanglé : Les lois psychophysiologiques du développement des religions	342	Grashey : Atlas chirurgisch-pathologischer Röntgenbilder	483	Lassar : Dermatologischer Jahresbericht	412
Binet-Sanglé : La folie de Jesus	693	Grätzer : Der Praktiker	547	Lengyel : A vizelet kémiai és mikroszkopos vizsgálata	269
Bloch : Die Praxis der Hautkrankheiten	250	Hansemann : Über die Gehirne von Mommsen, Bunsen und Menzel	145	Liebmann : Vorlesungen über Sprachstörungen	547
Bonne : L'écorce cérébrale	303	Hérard : Traitement esthétique des fractures de la clavicule	577	Mac Donald : A plan for the study of man	E. 63
Bókay : Die Lehre von der Intubation	393	Hirsch : Der Aetherrausch	359	Marcuse : Luft- und Sonnenbäder	499
Bökelmann : Epilepsie und Epilepsiebehandlung	77	Hoffmann : Atlas der ätiologischen und experimentellen Syphilisforschung	9	Marton : Egészség-naptár	916
Bruck : Die Krankheiten der Nase und Mundhöhle, sowie des Rachens und des Kehlkopfes	9	Irsai : Dolgozatok a székesfővárosi szt. Margit-kórháznak 10 éves fennállása alkalmából	27	Mering : A belgyógyászat tankönyve	533
Brugsch und Schittenhelm : Lehrbuch klinischer Untersuchungsmethoden	731	Jacobsohn : Über die Kerne des menschlichen Rückenmarks	E. 205	Monti : Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen	644
Brüning : Geschichte der Methodik der künstlichen Säuglingsernährung	376	Jessner : Dermatologische Vorträge für Praktiker	303	Montier : L'aphasie de Broca	563
Burkhardt-Polano : Die Untersuchungsmethoden und Erkrankungen der männlichen und weiblichen Harnorgane	250	Kapsammer : Nierendiagnostik u. Nierenchirurgie	270	Muthmann : Zur Psychologie und Therapie neurotischer Symptome	250
Castillo y Quartiellers : Die Augenheilkunde in der Römerzeit	612	Karplus : Zur Kenntniss der Variabilität und Vererbung am Zentralnervensystem	145	Müller : A budapesti két új kórház	766
Claude : Définition et nature de l'hystérie	499	Kern : Das Wesen des menschlichen Seelen- und Geisteslebens als Grundriss einer Philosophie des Denkens	183	Nékám : A magyar bõrgyógyászat emlékeiből	287
Cohnheim : Die Physiologie der Verdauung und Ernährung	843	Kobert : Einiges aus dem zweiten Jahrhundert des Bestehens der medizinischen Fakultät zu Rostock	629	Nélaton et Ombrédanne : Les autoplasties	93
Cruchet : Traité des torticolis spasmodiques	499	Korányi u. Richter : Physikalische Chemie und Medizin	162, 824	Nicoladoni : Anatomie und Mechanismus der Skoliose	880
Czerny : Der Arzt als Erzieher des Kindes	303	Konschegg : Theoretische Grundlagen zum praktisch-chemischen Unterricht der Mediziner	93	Obersteiner : Die progressive allgemeine Paralyse	128, E. 58
Dollinger : A csipőizület gyuladása, merevsége és zsugorodása	235	Krarup : Physisch-ophthalmologische Grenzprobleme	Sz. 98	Okolicsányi-Kuthy : A gümőkór	715
Dreyfuss : Die Melancholie	E. 60			Orlowski : Die Behandlung der Gonorrhoe des Mannes	U. 59
Ebbinghaus : Abriss der Psychologie	E. 63			Ónodi : Das Gehirn und die Nebenhöhlen der Nase	675
Engel-Reimers : Die Geschlechtskrankheiten	644			Ónodi : Der Sehnerv und die Nebenhöhlen der Nase	Sz. 98
Fellner : Die Therapie der Wiener Spezialärzte	342			Pach : Magyar munkásegészségügy	111
Fischl : Therapie der Kinderkrankheiten	658			Pesti : Magyarország orvosainak évkönyve és czimtára	128
				Probst : Edgar Allan Poe	359

	Oldal
Quervain: Specielle chirurgische Diagnostik	145
Ranschburg: A gyermeki elme	E. 62
Ranschburg: Útmutató az eddigi környezetükben erkölcsi romlásnak kitett avagy züllésnek indult gyermekek megfigyeléséhez	E. 63
Rauber-Kopsch: Lehrbuch der Anatomie des Menschen	321
Reichardt: Leitfaden zur psychiatrischen Klinik	E. 58
Reichel: Lehrbuch der Nachbehandlung nach Operationen	915
Riegel: Die Erkrankungen des Magens	862
Rieger: Widerstände und Bremsungen in dem Hirn	E. 61
Roth: Klinische Terminologie	321
Rumpf: Vorlesungen über soziale Medizin	748
Saiz: Untersuchungen über die Aetiologie der Manie	E. 60
Salamon: Útmutató klinikai és laboratoriumi odontotechnikai munkálatokhoz	595

	Oldal
Schmidt: Fakire und Fakirtum in alten und modernen Indien	287
Schmidt: Compendium der Lichtbehandlung	675
Schwarz: Die medizinischen Handschriften der Universitätsbibliothek in Würzburg	533
Sellei: Általános urológiai diagnostika	950
Sellheim: Das Auge des Geburtshelfers G.	165
Sommer: Familienforschung und Vererbungslehre	43
Stekel: Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung	412
Tauszk: Tíz év a tüdővész elleni küzdelemből	934
Török: A bőrbetegségek felismerése és gyógyítása	76
Tucsek: Gehirn und Gesittung	377
Turán: Orvosi szervezkedési törekvések nálunk és külföldön	9
Vámossy, Fenyvessy és Mansfeld: Gyógyszertan	204

	Oldal
Veit: Handbuch der Gynäkologie ... G.	165
Verworn: Psychologie der primitiven Kunst	218
Vries: Der Mechanismus des Denkens	612
Weiss: Védekezés a ragályos nemi betegségek ellen	U. 138
Ziehen: Das Gedächtniss	518

A könyvismertetőket a szerkesztőségen kívül a következők írták: Benedict Henrik, Csordás Elemér, Dollinger Béla, Erdős János, Flesch Ármán, Fernet Elemér, Gebhardt Ferencz, Gergő Imre, Guszman József, György Tibor, Halász Aladár, Hári Pál, Hudovernig Károly, Kollarits Jenő, Koós Aurél, Kopits Jenő, Kössa Gyula, Lenkei Vilmos Dani, Lobmayer Géza, Marikovszky György, Maszák Elemér, Onodi Adolf, Péteri Ignác, Picker Rezső, Polyák Lajos, Pólya Jenő, Ráskai Dezső, Reuter Kamilló, Ringer Jenő, Róna Sámuel, Steiner Pál, Szana Sándor, Tangl Ferencz, Temesváry Rezső, Tihanyi Mór, Vermes Lajos, Winter Ferencz.

Lapszemle.

I. Általános kör- és gyógytan — összesen 21 közlés.
II. Gyógyszertan — összesen 21 közlés.
III. Belorvostan — összesen 108 közlés.
IV. Sebészet — összesen 156 közlés.
V. Szemészet — összesen 35 közlés.
VI. Szülészet és nőorvostan — összesen 117 közlés.
VII. Elme- és idegkörtan — összesen 84 közl.
VIII. Gyermekorvostan — összesen 52 közlés.
IX. Bőrkörtan — összesen 47 közlés.
X. Venereás betegségek — összesen 42 közl.
XI. Húgyászati betegségek — összesen 68 közlés.

XII. Orr-, torok- és gégebetegségek — összesen 16 közlés.
XIII. Fülorvostan — összesen 15 közlés.
XIV. Orthopaed sebészet — összesen 10 közl.
XV. Fizikai gyógyításmódok — összesen 23 közlés.
XVI. Közegészségtan — 1 közlés.
XVII. Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra — összesen 157 közlés.

A lapszemléket a szerkesztőségen kívül a következők készítették: Adler Oszkár, Alth Egon, Avarffy Elek, Bogdanovics Milos, Bókay Zoltán, Csordás Elemér, Drucker Viktor, Faludi Géza, Farkas Ignác, Flesch Ármán, Frigyesi

József, Fűrész Jenő, Gergő Imre, Goldberger Márk, Guszman József, Halász Aladár, Hudovernig Károly, Kollarits Jenő, Koós Aurél, Kopits Jenő, Laub László, Lenkei Vilmos Dani, Lichtenberg Sándor, Lovrich József, Mansfeld Ottó, Nádosy István, Ország Oszkár, Péteri Ignác, Pozsonyi Jenő, Pólya Jenő, Rejtő Sándor, Reuter Kamilló, Révész Margit, Safranek János, Scholtz Kornél, Schütz János, Scipiadés Elemér, Singer Hugó, Steiner Miksa, Steiner Pál, Stoszmann Rezső, Székely Zsigmond, Szilassy Aladár, Szili Jenő, Szinnyei József, Tóth Sára, Udvarhelyi Károly, Vas Jakab, Vermes Lajos, Weisz Ferencz, Winter Ferencz, Zoltán Elek.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

	Oldal
Magyar Tudományos Akadémia 133, 208, 363, 939	939
Budapesti kir. orvosegyesület 48, 66, 82, 98, 117, 133, 150, 167, 188, 208, 222, 241, 255, 292, 326, 363, 381, 399, 791, 809, 848, 867, 885, 902, 922, 939, 955, K. m.	939
Budapesti kir. orvosegyesület dermatológiai és urológiai szakosztálya 791, 809, 829, 850, 869, 887	887
Budapesti kir. orvosegyesület elme- és idegkörtani szakosztálya E. 77, E. 215	215
Budapesti kir. orvosegyesület gynaekológiai szakosztálya G. 154, G. 219	219
Budapesti kir. orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya 135, 169, 191, 662, 679, 736	736
Budapesti kir. orvosegyesület sebészeti	

	Oldal
szakosztálya 15, 32, 51, 151, 190, 223, 293, 327, 490, 583, 600, 941, 957	957
Közkórházi orvostársulat 14, 32, 50, 66, 84, 99, 118, 150, 167, 222, 257, 276, 293, 308, 347, 418, 491, 522, 538, 553, 568, 582, 600, 868, 886, 903, 955	955
XVIII. magyar balneológiai congressus 256, 275	275
Magyar orvosi könyvkiadó-társulat	240
Magyar sebésztársaság II. nagygyűlése 398, 416, 487, 504	504
Magyarország szemorvosai egyesületének IV. közgyűlése	Sz. 103
Biharmegyei orvos-gyógyszerész- és természet-tudományi egyesület 584, 601, 617, 633, 648, 663, 680, 721, 737, 755, 772, 793, 810, 831	831
Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya 16, 100, 119, 153,	

	Oldal
169, 192, 224, 294, 309, 329, 522, 539, 554, 569, 771, 792, 831, 851, 871, 904, 925	925
Szegedi orvos-egyesület	923
I. nemzetközi urológiai congressus .. U.	129
XXV. német belorvostani congressus 268, 285, 319, 341, 357	357
Német orthopaed-sebésztársaság VII. congressusa	720, 735
Német Röntgen-társaság IV. congressusa	753, 771
Német sebésztársaság XXXVII. congressusa	327, 347, 366, 382, 417, 488
Olasz orr- és gégeorvosok 12. congressusa	879
Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléséből 17, 34, 68, 85, 101, 153, 225, 242, 258, 278, 349, 383, 401, 419, 492, 540, 554, 585, 601, 618, 650, 737, 773, 795, 811, 832, 888, 905, 957	957

TÁRGYMUTATÓ.

	Oldal
Abducens-bénulás, izolált, aetiologiája E. 71	71
Abortus, művi, csillapíthatlan, hányás miatt	902
Abortus, művi, elmebaj miatt	E. 212
Acanthosis nigricans	188
Achilles-inreflex hiánya	E. 68
Achilles-inreflex körjelző értéke	577
Aene kór- és gyógytana	80, 396, 918
Acromegalia	755
Adductor-reflex jelentősége	E. 156
Adenoid vegetációk recidiválása	344
Adipositas dolorosa és dementia praecox	E. 212
Adrenalin-arteriosclerosis megakadályozása	809
Adrenalin használata császármetézkor	813
Adrenalin-konyhasóinfusio	253, 717
Aethergőzök meggyulladás	483
Aethernarcosis	64, 732
Aethylchloridnarcosis	45
Agaroma	549

	Oldal
Agraphia, baloldali, jobboldali bénulásban	E. 68
Agycysticercus eltávolítása	223
Agy- (halántékkarély-) daganat	E. 49
Agydaganatok kezelése	749
Agydaganatok körjelzése	413
Agyhártagyuladás — I. Meningitis	94
Agyorsorvadás, arteriosclerosis, kezelése	94
Agytályog felismerése	676
Agytályog operált esetei	257
Ajakrák sebészeti gyógyítása	6, 25
Akadémia, magyar tudományos 133, 208, 363, 939	939
Albino-szem látóképességének javítása Sz.	97
Albuminuria — I. Fehérjevizelés	245
Alexander-Adams-műtét	G. 306
Alexipon	306
Alimentáris intoxicációban a vesék megtartása	131
Alkohol mint tápszer	98

	Oldal
Alkohol-neuritis	Sz. 45
Alkoholisták pneumóniájának prognosisa	549
Alkoholisták szanatoriumi kezelése	83
Alkoholos peroneus-neuritis	E. 216
Almatein	575
Alopecia, thallium okozta	361
Alopecia areata gyógyítása	396
Altatószerek	242
Anaemia gyógyítása	165, 324
Anaemia perniciosa	94, 863, 955
Anatomiai nomenclatura fogyatékossága	772
Aneurysma a. brachialis	15
Aneurysma a. carotis communis	224
Aneurysmorrhaphia	750
Angolkór — I. Rachitis	163
Angulo-scapularis jel, Baccelli-féle	96, 846
Ankylostomiasis gyógyítása	96, 846
Anthrax — I. Lépfene	105
Anuria, öt napos	G. 105
Anuria pathogenesis és kezelése U. 163, U. 165	165

	Oldal		Oldal		Oldal
Anyagforgalom téli álmodó alvó emlősökben	939	Bélzavarok a klimakteriumban	413	Cholesteatoma	115
Anyagforgalomra a vér mennyiségének befolyása	939	Biceps brachii subcutan repedése	33	Cholesterin mint gyógyszer	258
Anyarozsmérgezés	543	Bier-kezelés	114	Chorea gyógyítása	220, 304
Aorta-szűkület	886	Biharmegyei orvos-gyógyszerész- és természettudományi egyesület 584, 601, 617, 633, 648, 663, 680, 721, 737, 755, 772, 793, 810,	831	Chrysoarobin hatása a vesére	220
Aperitol	695	Bismuthemulsio ürmenetek kimutatására	869	Colitis chronica sebészi kezelése	570
Aphasia hysterica	755	Bismuthmérgezés bismuthinjekciók után	867	Collargol	645, Sz. 78
Apomorphin	96	Bismuth-pasztával kezelés Beck szerint	603, 639	Conjunctiva bakteriumtartalma hályogműtét után asepsises kötés mellett Sz.	89
Appendix csonk ellátása	767	Blenorrhoea conjunctivae gyógyítása Sz.	89	Conjunctivitis vernalis	Sz. 34, 955
Appendixhez viszonya a McBurney-pontnak	206	Boldi folia	47	Corneahomályosodás feltisztítása	221
Appendicitis aetiologiája és pathogenesise	349	Bonatz-féle vastartalmú tehéntej	62	Corpus callosum daganatai	E. 71
Appendicitis balneotherapiája	445	Bordasarcoma	66	Coryfin használata orr- és gégebajokban	345
Appendicitis és gyomorfelekély összefüggése	219	Bosznia népének elfajulása	630	Creeping disease	536
Appendicitis és méhenkívüli terhesség megkülönböztetése	496	Botall-vezeték lekötése	29	Cutan-oltások, összehasonlító	799
Appendicitis és női nemi szervek	G. 244	Bottini-műtét	83	Cyclodialysis	Sz. 91, Sz. 201
Appendicitis és terhesség	G. 234	Bőr argyrosisa	797, 816	Cysta vesiculae prostaticae	U. 135
Appendicitis felismerésére új mód	273, 288	Bőratrophia, maculosus	809	Cystoskop, Freudenburg-féle	U. 57
Appendicitis (gyermekkori) folyamán bradycardia	18	Bőrbajok gyógyítása 12, 46, 253, 565, 615, 616,	677	Czombnyaktörés	360
Appendicitis, gyermekkori, megkülönböztetése gümös hashártyagyuladástól	491	Bőrbetegség, ipari	953	Családfák szerkesztése orvosi biológiai czélokra	E. 214
Appendicitis gyógyítása	78, 251, 659	Bőrbetegségek összefüggése belső bajokkal	536	Császármetszés 348, 491, 813, 900, G. 55, G.	56
Appendicitis, idült	63, 321, 864	Bördiphtheria	683, 709	Csecsemőacidosisban a szövetek festési reakciója	535
Appendicitis kapcsán haematuria	845	Bőrkiütés, menstruációs	289	Csecsemőgümőkór gyógyulása	848
Appendicitis megkülönböztetése adnexum-megbetegedésektől	659	Bőkiütés, veronal okozta	145	Csecsemők idiopsyncerasiája tehéntejjel szemben	11
Appendicitis műtét után gyomor-bélvérzés	882	Bőrlobok, haematogének	792	Csecsemőkori bőrbajok gyógyítása	615
Appendicitis utáni ileus	152, 293	Bőrnyoma	414	Csecsemőkori gyomorbelhurut gyógyítása sóoldat-befecskendezéssel	519
Appendicitisben a leukocytaszámlálás értéke	378	Bőrrák gyógyítása chininnel	99, 255	Csigolyagyulladás, gümös, gyógyítása	236
Appendicitisre jellegző fájdalmas pontok	344	Börtuberculosis taetoválás után	324	Csigolyatörés	583
Aranydrót mint varróanyag	565	Bőrtuberculosis gyógyítása	883	Csontgümőkór gyógyítása	221
Arczideg környéki ágainak száma	E. 145	Bőrben a rugalmas rostok viselkedése	69, 89,	Csonttörések ellátása cocainanaesthesiában	774
Arcznaevusok, symmetriások	188	Bradycardia, gyermekkori, appendicitis folyamán	18	Csonttörések, rejtettek, vizsgálata Röntgen-fénnyel	225
Arczplastikák	582	Bromkalium bőr alá fecskendezése	769	Csúz és pajzsmirigy	888
Argyrosis cutis	797, 816	Brommérgezés	E. 214	Csúz gyógyítása	273
Arsenferatin	846	Bromcollum solubile	883	Csúz összefüggése Basedow-kórral	85
Arsenmelanosis	101	Bromural	521, 938	Decubitus gyógyítása	485
Arsojodin	900	Bronchectasia gyógyítása	865	Deformitások pathogenesisében a mechanikai erőhatások jelentősége	723
Arterioneerbsis	124	Bronchitis gyógyítása	548, 769	Delirium tremens statistika	413
Arteriosclerosis klinikai alakjai	787	Bronchoskopia	904	Delirium tremens mesterségesen előidézett érzéscsalódások	E. 211
Arteriosclerosis korai felismerése	596	Bubo kezelése	96	Dementia infantilis	E. 76
Arteriovenosus anastomosis	29	Budapesti kir. orvosegyesület — I. Orvos-egyesület	92	Dementia praecox	E. 212
Arthrodesis értéke	219	Buphthalmia	Sz. 92	Dermatitis exfoliativa neonatorum	G. 171
Arthropathia tabetica	E. 85	Carboterpin	148	Diabetes insipidus gyógyítása	31
Aspermia	U. 55	Carcinoma és tuberculosis együttes előfordulása	152	Diabetes conjugalis	129
Asthma bronchiale gyógyítása 13, 225, 273, 580, 927,	943	Carcinoma gyógyítása	864	Diabetes-kenyér	207
Atlanto-occipitalis ficzamidás	646	Carcinoma gyógyítása fulguratióval	147, 864	Diabeteses acidosis és gyógyítása 68, 929,	945
Atoxyl	131, 733	Carcinoma gyógyítása Röntgen-fénnyel	522	Diabetes mellitus gyógyítása	273, 650
Azoospermia	U. 55	Carcinoma, inoperabilis, kezelése	290	Diabetes mellitus pathogenesise	213
Állesontból megnyitása	865	Carcinoma, Röntgen-fény okozta	46	Diabetes mellitus tanának haladása	811
Állkapocs központi hámdaganatának származása	473	Carcinoma sebészi kezelése a XX. század elején	820	Diabetes mellitusban pancreas-eltávolítások	311, 333, 355, 374
Állkapocs-resectio	113	Carcinoma serumreactioja	485	Diaphragma — I. Rekeszizom.	658
Ásitás prognosztikai jelentősége	207	Carcinomás láz	533	Digipuratum	658
Ásványvíz okozta ittasság	580	Carcinómák, nehezen diagnosztizálható elsődlegések	349	Diphallus	U. 106
Balesetek szerepe az idegbajok létrehozásában	767	Carcinoma cutis — I. Bőrrák.		Diphtheria gyógyítása 32, 165, 305, 551, 644,	716
Balesetbiztosító törvény és traumás neurosis	613	Carcinoma labii sebészi gyógyítása	6, 25	Diphtheria terjedése macskák útján	394
Balneologiai congressus, magyar	256, 275	Carcinoma laryngis — I. Gégerák.		Diphtheriás bőrgyulladás	683, 709
Banti-kór gyógyítása splenectomiával	378	Carcinoma mammae kiirtásának technikája	485	Diphtheriás vesebajok serumtherapiája	579
Basedow-kór gyógyítása 62, 77, 238, 258, 412, 567,	905	Carcinoma oris sebészi gyógyítása	72, 91	Diplophonia, akaratlagos	117
Basedow-kór összefüggése csúzzal	85	Carcinoma penis	288	Diplosal	715, 920
Basedow-kórban a lelki izgalom jelentősége	659	Carcinoma prostatae	583, 772	Dobhártya ecescalakú átfúródása	845
Bársingrepedés	46	Carcinoma recti műtévése	493, 513, 663	Dohány-neuritis	Sz. 45
Bársingszűkület diverticulummal	648	Carcinoma septi nasi	192	Dongaláb, benulásból származó, operatív kezelése	631
Bársingszűkület kezelése	113	Carcinoma uteri — I. Méhrák.		Dongaláb, veleszületett, gyógyítása 659,	918
Bársingtágulat cardiospasmus következtében	326	Carcinoma uteruli — I. Gyomorrák.		Douglas-tályog okozta anuria	U. 105
Beck-féle kezelés bismuth pasztával	603, 639	Carcinoma vesicae urinariae — I. Húgyhólyagrak.		Duhobori szekta	882
Bell tünet értéke	E. 207	Cardiospasmus okozta bársingtágulat	326	Dudenum-elzáródás, postoperatív	G. 243
Belorvostani congressus, német 268, 285, 319, 341,	357	Carotis-lekötés	62	Dudenum-fekély sebészi kezelése	659
Bélatonia megelőzése laparotomia után G.	168	Caseinok elemi összetétele	133	Dudenumműtétnek késői eredményei	696
Bélbajok gyógyítása	306, 567	Cataracta, lassan érő, operálása	Sz. 91	Dysenteria serumtherapiája	95
Bélbajok összefüggése orrbajokkal	733	Chloasma kezelése	536, 901	Dysmenorrhoea és gyógyítása G. 59, G.	243
Bélelzáródás (magas) után beálló halál oka	11	Chloreton használata gégebajokban	238	Dyspepsia, erjedéses	235
Bélműködés vizsgálata	898	Chlorkiválasztás vesebajokban	492	Echinococcus-betegségben praecipitin-reactio	644
Bél működése az öregkorban	596	Chlorosis gyógyítása	324	Eclampsia és vesedecapsulatio	29, G. 57
Bélsár vizsgálata parastapetékra	695	Choana-polypusok	937	Eclampsia gyógyítása	534, G. 55
Bélsérülés, subcutan	119, 348, 451,	Cholecystitis, kőnélküli	677	Eclampsia, terhességi	117
Bélsérülések, bőralattiak, pathogenesise	833,	Cholecystitis műtévéseinek javalatai	484	Eclampsziában a szülés gyors befejezése G.	160
Bélvérzés gyógyítása meleg gelatina-klysmákkal	62	Cholecystitis typhosa sebészi kezelése	899	Eczema és albuminuria	13
		Cholelithiasis retroduodenalis részében fekvő kövek eltávolítása	485	Eczema gyógyítása	148
		Cholelithiasis — I. Epekövettség.		Eglatol	503
				Elektrocardiogramm	934
				Elephantiasis auriculae	99

Higanymérgezés ...	953	Hysteriás aphasia ...	755	Kórházi gyakorlati év ...	818
Highmor-üreg csontthányai ...	208	Hysteriás álomszerű állapotok ...	555	Köhögés, orr- és garathurut okozta ...	718
Highmor-üreg genyvedésének sebészeti kezelése ...	460	Hysteriás fénymerevség ... E.	67	Köldökellátás ...	289, 806
Highmor-üreg rendellenes nyílása ...	679	Hysteriás rohamok, ájulásszerűek ... E.	45	Köldöksérv gyökeres műtétése ...	826
Highmor-üreg megnyitására műszer ...	679	Icterusban alimentaris galactosuria ...	676	Költségvetés, 1909. évi állami ...	770
Himlő kórokozója ...	862	Ideganyag elhasználódása ...	500	Köny- és nyálmirigyek együttes megbetegedése ... Sz.	214
Homloktekervény traumás kéregdefecusai ... E.	208	Idegbagok az orosz-japán háborúban ... E.	73	Könymirigy haemangioma ... Sz.	211
Homloküreg anatómiája, kór- és gyógytana ...	939	Idegbagok keletkezésében a baleset szerepe ...	767	Könyorrvezeték állandó drainezése ... Sz.	93
Homosexualitás felismerése ... 549, E.	208	Idegbagok, öröklöttek ...	699, 729, 741	Könyökfizamodás az orsócsont fejcsének törésével ...	224
Hormonok ...	916	Idegbagok, syphilisések, létrejöttére van-e befolyása a kénéső-kezelésnek ...	30	Könyökfizamodás a trochlea törésével ...	224
Hódmezővásárhelyi szemkórház 1905-1907. évi működése ... Sz.	67	Ideggek álmatlanság kezelése ...	534	Könyökfizamodás (hátulso) viszonya a myositis ossificans traumaticához ...	164
Húgy antiseptisessé tévése ...	288	Ideggek házasodása ...	360	Körömbajok kezelése Röntgen-fénnyel ...	920
Húgy kémiai energiátartalmának változása különféle betegségekben ...	814, 840	Idegrendszer, központi, betegségeiben a lues felismerése ...	951	Köröm harántirányú árkoltsága ...	579
Húgyban a fehérje mennyiségének meghatározása ...	218	Idegrendszer, központi, degenerált sejtjei ... E.	207	Körömvonal, csecsemőkori ...	165
Húgyban gümöbacillusok kimutatása ... U.	137	Idegvarrat ...	15	Köszvény gyógyítása ... 13, 17, 207,	361
Húgyösgonorrhoea, női, gyógyítása ... U.	57	Idiosyncrasia tojásfehérjével szemben ...	377	Köszvényesek anginája ...	789
Húgyeső multiplex polypusa ...	697	Idiotia amaurotica familiaris ...	118	Közegészségügy rendezéséről szóló törvény módosítása ...	390
Húgyeső sérülései ... U.	22	Ikercollisio ...	771	Közkórházi orvostársulat 14, 32, 50, 66, 84, 99, 118, 150, 167, 222, 257, 276, 293, 308, 347, 418, 491, 522, 538, 553, 568, 582, 600, 886,	903, 955
Húgyesőszűkület kezelése ...	29	Ikerterhesség ...	871	Krönlein-műtét monoculuson ...	118
Húgyesőszűkület, traumás eredetűek ... U.	22	Ileus ...	192, 327	Kryoskopia ...	130
Húgyesőtűkór, Goldschmiedt-féle ... U.	57	Ileus arterioenterialis ...	484	Labyrinth genyes gyuladása miatt végzett műtét ...	15
Húgyelválasztás fokozásának módjai ...	950	Immunizáló eljárások, újabbak ...	145	Labyrinth-nystagmus ...	768
Húgyhengerekre vizsgálat fontossága ...	10	Impotentia psychosexualis analisise ...	867	Laevuluria alimentaris ...	283
Húgyhólyagban idegen test 347, 491, ...	922	Ináttöltés gyermekbénulásban ...	305	Landry-hűdés és gyógyítása ...	102, 253
Húgyhólyagdaganatok diagnosztikája G. ...	59	Inhüvely-tuberculosis operált esete ...	51	Lábszár szilánkos nyílt törése ...	328
Húgyhólyagdaganatok műtétése 768, U. ...	52	Inflexió okozta gégeszűkület ...	415	Lábszárfekély, gümökóros ...	809
Húgyhólyagdiverticulumban képződött húgykő ... U.	52	Intelligencia vizsgálata tanulókon ...	45	Lágy fekély gyógyítása ... 96, 148,	414
Húgyhólyag-ectopia gyógyítása ...	550	Intercarpalis fizamodásos törés ...	507	Látásvizsgálás módszertana ...	189
Húgyhólyagfal áttörése ... U.	51	Intertrigo gyógyítása ...	415	Látóideg atypusos kivájlása Sz. 212, Sz. 213	213
Húgyhólyag gümökóros beszűródése és átfürdése ... U.	54	Intubatio okozta gégeszűkület ...	750	Látóideggyulladás, rhinogen ... Sz. 177	177
Húgyhólyaggyulladás, phospha-incrustatiók által okozott ... U.	100	Iontophoresis ...	219	Látóidegmegbetegedés, atoxyl okozta Sz. 93	93
Húgyhólyaghurut a csecsemőkorbán ...	95	Iridenkileis antiglaucomatosa ... Sz.	91	Látóideg neurogliomája ...	191, 482
Húgyhólyaghurut kezelése ... U.	38	Irisben köszilánkok ... Sz.	95	Látóideg-sorvadás és toronykoponya E. 206	206
Húgyhólyaghüvelysipoly műtétése ...	583	Irisből idegen test eltávolítása ...	255	Láz, egnapos ...	554
Húgyhólyagvizsgálat kezelése ...	920	Irisből vasdarab eltávolítása ...	381	Lepényi szak kezelése ...	79
Húgyhólyagkő mellett a húgyrendszer más részeiben található kövek ... U.	100	Irögörs gyógyítása ...	767	Leukaemia ...	533
Húgyhólyag-leukoplakia ... U.	50	Ischias gyógyítása ...	186, 306, 659	Leukaemia gyógyítása ...	324, 553
Húgyhólyag megtöltése levegővel a cystoskopii vizsgálatkor ... G.	60	Ischias némely fájdalmas és motoros jelensége ... E.	68	Leukoderma syphiliticum ...	905
Húgyhólyagnyalkahártya teljes lehámlása ... U.	99	Ischias összefüggése a csipőizület megbetegedésével ...	578	Leukoplakia oris ...	653, 667, 687
Húgyhólyagrak, bolyhos, műtett esete ...	423	Izomdystrophia gyögyulása ...	788	Levegőbefecskendezés, subcutan ...	186
Húgyhólyagrak eltávolítása magas hólyagmetszés útján ...	522	Izületcsúsz gyógyítása ...	715, 737	Légesömetszés végeredményei ...	324
Húgyhólyagrepedés, intraperitoneális ... U.	99	Izomgumma, multiplex ...	522	Légesövvarrat, új körkörös ...	856
Húgyhólyagsérüléssel kapcsolatos gymorduodenum-vezés ...	677	Izületgyulladások gyógyítása ...	275, 580	Légembolia ...	42
Húgykő patkóvesében ...	583	Izzófényfürdők veszélyei ...	718	Légmell — I. Pneumothorax ...	937
Húgyretentio helyi akadály nélkül ... U.	168	Jedjunum átfürdők fekélye ...	904	Légtak, felsők, Röntgen-therapiája ...	937
Húgyutak lobos bajainak belső kezelése ... U.	151	Jod okozta thyreoiditis ...	520	Légváltoztatás ...	379
Húsmérgezés aetiologiája ...	383	Jodcatgut ... G.	173	Légzés, mesterséges, új módja ...	270
Hüvely körkörös leszakadása ... G.	125	Jod-chloroform ...	238, G. 170	Lépfene gyógyítása ...	361, 549, 901
Hüvelysérülés, coitus okozta ...	85	Jod-glicin ...	954	† Liebmán Mór ...	G. 52
Hydrocele gyógyítása ...	698	Jodipin-tabletták ...	827	Linoval ...	826
Hydrocele inguino-praeperitonealis ...	153	Jodismus elkerülése ...	503, 536	Lipoma palato-buccale ...	51, 276
Hydrocephalus kezelése ...	749	Jodival ...	846	Lordosis és albuminuria orthotica ...	292
Hydronephrosis ...	578, U. 102	Jodleicithin ...	893	Lumbalanalgia 63, 113, 192, 305, 395, 663	663
Hydronephrosis az ureter és a vesetek keresztülvezetett lefutása mellett ...	237	Jodoformcsontplomb ...	11	Lumbalpuntio technikája ...	62
Hydronephrosis intermittens ... U.	44	Jodomenin ...	304	Lupus gyógyítása ...	276, 502, 646
Hydronephrosis korai felismerése és műtétése ... U.	101	Kaiserin Friedrich-Haus ...	59	Lysolmérgezés méhölblítés után ...	396
Hydronephrosis ureteratonia következtében ...	597	Kanyarós fertőzés megelőzése ...	551	Maculae coeruleae ...	677
Hydropyrim ...	218	Kanyaró korai felismerése ...	95	Magaslati kúra ...	598
Hymen fejlődési rendellenessége ...	292	Karell-kúra ...	377	Magzat mérése in utero ... G.	237
Hyperchlorhydria kór- és gyógytana ...	45	Kedélydepressio gyógyítása ...	695	Malaria, kora tavaszi ...	137
Hyperemesis gravidarum ... G.	172	Keratitis parenchymatosa ... Sz.	109	Malonal ...	E. 213
Hypernephroma ...	424, U. 101	Keraunoneurosis ... E.	84	Mandola — I. Tonsilla ...	291
Hypertrichosis-esetek ...	75	Keresetképtelenség megállapítása ...	642	Maniás-depressió elmezavarokban fájdalomak ... E.	76
Hypohomycosis pedis ...	121, 140	Kén használata bőrbajokban ...	12	Marmorek-serum 8, 10, 292, 351, 369, 387,	406, 939
Hypnobromid ... E.	57	Kényszer gondolatok és cselekedetek törvényszéki szempontból ... E.	74	Marpman-féle scarlatina-serum ...	63
Hypopharyngoskopia ...	679	Kényszerképzetek aetiologiája és kórtana ... E.	210	Massage levegővel ...	253
Hypophysis-daganat műtétése ...	10	Kényszerképzetek és téveszmék ...	150	Mastitis — I. Emlőgyulladás ...	568
Hypospadiasis glandis ...	830	Kézfertőtlenítés ... 185, G. 171, G.	245	Mayo-féle gastroenterostomia ...	129
Hypotonia mérése ...	154	Kéző sajkcacsontjának törése ...	288	Májbajok, syphilisések ...	129
Hysteria ...	645	Klimakteriumban bélzavarok ...	413	Májcirrhosis, hypertrophia, icterussal ascites nélkül ...	554
Hysteria, gyermekkori ...	10	Klinikai és kórbonecolástani diagnosis 105, 125, 142, 159	159	Májcirrhosis sajtáságos esete ...	848
Hysteria major és hemiplegia együttes előfordulása ... E.	79	Klinikák, budapestiek, 1907. évi háztartása ...	529	Májcirrhosis gyógyítása ...	616, 618
Hysteria újabb elméletei ... E.	73	Kopaszág — I. Alopecia ...	630	Máj- és veseechinococcus operált esete ...	328
		Koponyaalap-törések koponyaüregbeli szövödményei ...	15	Majsérülések kezelése ...	630
		Koponyadefectus pótlása autoplastikával ...	750	Máj szerepe a fertőző betegségeken ...	34
		Koponyasérülések, át nem hatolók, műtétése ...	360	Májszűrés ...	190
		Koponyaüregbeli vérzések újszülötkekben ...	914, 933	Meckel-diverticulum ...	50, 956
		Kórházak Amerikában 746, 764, 784, 861,			

	Oldal		Oldal		Oldal
Peritonitis gyógyítása	490, 659	Radiusnyaktörés, izolált	868	Siketnémák hallószerve	900
Peritonitis perforativa kezelése	732	Rák — I. Carcinoma.		Sinusthrombosis, otogen, tünet nélkül	290
Peritonitis tuberculosa gyógyítása	116, 207	Recurrentis hűdés	135, 188, 662	Sóoldat használata csecsemők heveny táplálkozás-zavarában	849
Pertussis aetiológiája	694	Rekeszizom atypusos légzésmozgásai	66	Spenger-féle oltás	297, 313, 385, 511, 528
Pertussis átvitele macskára	533	Resorcimmérgezés	717	Spermatocystitis	601
Pertussis gyógyítása	64, 81, 616, 845, 865, 900	Retina központi verőerek emboliája	326	Spirosal	62
Pertussis kapcsán halálos vérköpés	615	Retina pseudogliomája	956	Splenectomia	525, 545, 561, 789
Petefészek — I. Ovarium.		Retinaleválás műtéve	Sz. 92	Stefánia-gyermekkorház évi jelentése	397
Petroleum-gőz okozta mérgezés	205	Retinitis albuminurica prognostikai jelentősége	65	Stenocardia gyógyítása	29
Phalloplastika	851	Retinitis proliferans, traumás	903	Sterilac	499
Phimosis congenita	830	Részegség törvényszéki orvosi szempontból	246	Stomatologiai klinika évi jelentése	730
Phosphaturia	184	Rhachisan	250	Streptococcusok a terhes és gyermekágyas nő hüvelyében	G. 86
Phosphornecrosis	32, 48, 151, 339	Rhinophyma operatív kezelése	566	Streptococcusok megkülönböztetése véres táptalajok segítségével	535
Phosphorhachit	789	Ricinusolaj hatásának fokozása	678	Stridor inspiratorius congenitus	955
Phthiriasis gyógyítása	324	Riga-féle betegség	936	Strontiumbromid	306
Pirquet-oltás	484, 601	Rostasejtek megnyitására műszer	679	Strophantinkezelés, intravenás	129
Pirquet-reactio és Detre-féle módosítása	243, 263	Roux-féle oesophago-jejuno-gastrostomia módosítása	305	Styptol	G. 170, G. 172
Pityriasis lichenoides chronica	188, 554	Rovsing-tünet	273, 288	Subaqualis vizsgálómód	381
Pityriasis rosea	826	Röntgen-fény	17, 46, 47, 147, 169, 225, 272, 306, 381, 461, 553, 659, 732, 750, 849, 920, 937, G. 59, Sz. 96, U. 169	Subconjunctivás injectiók	Sz. 90, Sz. 96
Placenta praevia és kezelése	206, 733	Röntgen-laboratorium az István-kórházban	515, 530	Subfebrilis állapot, elhúzódó	750
Pleuraüregbeli felszívódásra a fizikai gyógyításmódok befolyása	905	Röntgen-társaság, német, congressusa	753, 771	Subphrenikus tályog	16
Pleura-műtétek alkalmával a pneumothorax elkerülése	272	Rüh és fehérjevizelés	919	Suspensiók fagyáspontesökkenése	363
Pleuritis diaphragmatica körjelzése	94	Sabromin	807, E. 204	Sycosis gyógyítása vaccinatióval	922
Pleuritis, recidiváló	278	Sachs-féle átvilágító lámpa	Sz. 97	Sympathicus-ganglionsejtek neurofibrillumai	E. 207
Pneumococcus okozta gyomormegbetegedés	629	Sachs-féle vakságos idiótáság	885	Syphilis abortív orvoslása	665
Pneumococcus okozta járvány	28	Sajodin	148	Syphilis átoltása állatokba	751
Pneumonia gyógyítása	186, 253, 379, 567	Salicylkészítmények, külsőleg használható	44	Syphilis cerebrospinalis	E. 217
Pneumonia prognosisa alkoholistákban	549	Salicylsav és fehérjevizelés	148	Syphilis congenita tarda esetében csont-elváltozások	751
Pneumothorax elkerülése pleuraműtétek alkalmával	272	Salimenthol	E. 204	Syphilis első nyilvánulása a női húgyvesében	903
Pneumothorax gyógyítása	163	Salomon-eljárás a gyomorrák körjelzésére	162	Syphilis és paralysis	827
Pneumothorax, mesterséges, tüdőbajok gyógyítására	10	Sanatogen	E. 57	Syphilis és tabes	827
Polyneuritis alcoholica	E. 86	Saponin-belégzés	251	Syphilis felismerése a központi idegrendszer betegségeiben	951
Polyneuritis degeneratívában a központi idegrendszer megbetegedése	757, 778, 801	Sarcoma corpus ciliaris	902	Syphilis-fertőzés, extragenitális	491
Polyneuritises nagyfokú izomsorvadás	E. 89	Sarcoma costarum	66	Syphilis, férjes nőké	919
Polyneuritises psychosis	E. 75	Sarcoma elhalása és kiválása Röntgenkezelés alatt	430	Syphilis gyrata	224
Poliomyelitis acuta	597, 646	Sarcoma epibulbare	209	Syphilis gyógyítása	12, 64, 148, 186, 272, 344, 345, 414, 415, 503, 567, 598, 660, 737
Poliomyelitis-járvány	272, 500	Sarcoma gyógyítása	401	Syphilis háziyulakon	566
Poliomyelitis mikrobája	344	Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum	418	Syphilis kór- és gyógytanának mai állása	378
Poliomyelitis posterior gangl. geniculi	E. 206	Sarcoma idiopathicum multiplex pigmentosum	294	Syphilis okozta elvérzés	277
Polyuria essentialis	632	Sarcoma prostatae	288, U. 48	Syphilis prostituáltakban	186
Poromania, epilepsias	E. 33	Scabies és fehérjevizelés	919	Syphilis pulmonum praecox	865
Pott-féle törés kezelése	360	Scarlatina — I. Vörheny.	827	Syphilis serodiagnostikája	96, 153, 306, 363, 367, 541, 557, 576, 591, 610, 696, 718, 885, 904, 919, 937
Pöstyénbe hűvési kirándulás	301	Scharlachrot-kenőcs	101	Syphilis-statisztika	64
Presbyophrenia bonczolástani alapja	E. 75	Scleroma neonatorum	662	Syphilis-vizsgálatok	501
Prostata-gümőkór	600	Scleroma elterjedése és gyógyítása	192, 662	Syphilisben a liquor cerebrospinalis vizsgálata	12
Prostata kétszakaszos kiirtása helybeli érzéstelenítéssel	484	Sclerosis multiplex, gyermekkori	E. 92	Syphilises csecsemőn radius-defectus	631
Prostata fiziologiája	U. 169	Sclerosis multiplex sacralis alakja	E. 69	Syphilises idegbajok létrejöttére van-e befolyása a kénesekezelésnek	30
Prostata-rák	583	Sclerosis tuberosa diagnostikája	E. 70	Syphilises kiütések maradványaival végzett oltási kísérletek	615
Prostata-rák operálása Freyer szerint	772	Scoliois functionális gyógyítása	431	Syphilises leukoderma	905
Prostata-sarcoma	288, U. 48	Scopolamin-morphium-bódulat a szülészetben	133, 702, G. 65, G. 246	Syphilises májbajok	129
Prostata-szívkezelése	U. 137	Scotoma, középponti, a tabesben	206	Syphilises nyelvguladás	224
Prostatatályog pathogenesis és gyógyítása	163	Scotoma napfoggyatkozás után	E. 92	Syphilises szivbaj	886
Prostata-túltengés kezelése	395, U. 49, U. 120	Sebészeti eljárás, magyar	398, 416, 487, 504	Syphilises tylosis	224
Prostata-túltengésben a prostata-váladék viselkedése	U. 98	Sebészeti eljárás, német, congressusa	327, 347, 366, 382, 417, 488	Syringomyelia és syringobulbia	E. 81
Prostata-vibrator	U. 56	Sebészeti gümőkór gyógyítása Spengler-oltással	385	Syringomyeliában hangszalaghűdés	662
Prostatára a Röntgen-fény hatása	U. 169	Sebészeti klinika, budapesti 2. számú, betegforgalma 1907-ben	K. m. 181	Szakáll hiányos fejlődése	850
Prostatectomia transvesicalis	16	Sebkezelés Bier klinikáján	160, 181	Számárhurut — I. Pertussis.	653, 667, 687
Prostatitis gonorrhoeica	830	Seminoma	U. 47	Szájüreg-leukoplakia	653, 667, 687
Prostatitis gyógyítása	U. 48	Sepsises fer. özekek gyógyítása	645, 661	Szájüreg-rák sebészeti gyógyítása	72, 91
Prostituáltak elmebetegségei	E. 89	Serumok antitoxintartalma és gyógyító értéke közötti viszony	694	Szárkapocsizominfeczió	209
Prostituáltak syphilise	186	Serumreakciók, súlyosak	394	Szembajok összefüggése fülbajokkal	Sz. 94
Proteolysis-reactio	467	Sérv, diaphragmás	98	Szembajok összefüggése orrbajokkal	331, 354, 372
Pruritus gyógyítása	114, 345	Sérv, epigastriumos, kapujának gyökeres zárása	448	Szembajokban a tuberculosis aetiológiai szerepe	Sz. 94
Pruritus leukaemia kapcsán	278	Sérv és kryptorchismus	844	Szembebeli idegen testek felismerése Röntgen-sugarakkal	Sz. 96
Pruritus tabesben	186	Sérv hasfalli, spontán repedése	84	Szembebeli nyomás múló fokozódása	Sz. 92
Pseudohermaphroditismus masculinus	G. 59	Sérv ipari baleset következtében	885	Szembebeli baktericid anyagok	Sz. 97
Psoriasis gyógyítása	12, 324, 361	Sérvkizáródás képét mutató hasfűri bajok	450	Szemenucleatiokor érzéstelenítés	Sz. 96
Psychoanalytikai módszer	255, 867	Sérv (köldök-) gyökeres műtéve	826	Szemgyulladás, sympathiás	292
Ptois-műtét	Sz. 196	Sérvműtét után funiculus-torsio	152	Szemhez az ormelléküregek viszonya	Sz. 218
Pyelitis	G. 61	Sérv, parainguinális	293, 490	Szemhéj-coloboma, veleszületett	Sz. 84
Pylorusszűkület gyógyítása	218	Sérv ugyanazonoldali kettős sérvtömlővel	152	Szemhéjrak kiirtása	Sz. 217
Pyocyanase	165, 305	Sérv visszahelyezése	131	Szemkészítmények előállítása	Sz. 219
Pyopneumothorax	633	Siketnémaság kanyarós meningitis után	96	Szemklinika, budapesti, működése 1905—1907-ben	Sz. 1
Pyrenol	786				
Quadricepsinszakadás	79				
Quarzlámpa	30, 185, 414, 520				
Rachitis összefüggése a szülők életkorával	883				
Rachitis ritka esete	67				
Rachitis, veleszületett és korán szerzett	550				
Radium-emanatio	846				

	Oldal		Oldal		Oldal
Szemklinika, budapesti új, leírása	Sz. 221	Terhesség megszakítása a terhesség végén	G. 166	Tüdőgümőkór korai szakában szív- és májmegnagyobbodás	935
Szemkórház, budapesti állami	Sz. 62	Terhesség megszakítása tüdővészben	242	Tüdőgyulladás — I. Pneumonia	
Szemkórház, hódmezővásárhelyi, 1905—1907. évi működése	Sz. 67	Terhesség, méhenkívüli 164, G. 56, G. 57, G. 158, G.	222	Tüdő lött sérülése	925
Szemorvosok (magyarok) egyesületének IV. közgyűlése	Sz. 103	Tetanus gyógyítása	113, 550, 795, 832, 917	Tüdőrepedés bordasérülés nélkül	485
Szempillák kevésbé méltatott bajai	Sz. 200	Tényállás lélektani diagnosisa	242	Tüdősebeszet	271, 395, 952
Szem takonykórja	Sz. 95	Térdízület-resectio	602	Tüdősér	51
Szemteke ereinek syphilises elváltozásai	Sz. 95	Térdkalács arthrodiesise	630	Tüdösyphilis	865
Szem-trypanosomás megbetegedésének kórszövevénye	Sz. 173	Thallium-alopecia	361	Tüdőüszök operált esete	491
Szemtuberculosis	Sz. 214	† Than Károly	551	Tüdőverőér-billentégek elégtelensége	553
Szemtünetek a sinus cavernosus és a venae ophthalmicae thrombosisakor	Sz. 192	Theophyllin kombinálása urotropinnal	752	Tüdővesz — I. Tüdőgümőkór	
Szemészetben az adrenalin használata	Sz. 96	Thermopenetratio	345	Tüdő viselkedése hasmítetek után	909
Szemészetben a collargol használata	Sz. 70	Thiopinol-fürdő	46	Tylosis syphilitica	224
Szemészetben a novocain használata	Sz. 96	Thiosinamin	131	Typhus abdominalis érdekes esete	617
Szeplő kezelése	901	Thymus-halál	883	Typhus abdominalis gyógyítása	581, 917
Székely-tej kritikája	55, 88, 111, 281, 300, 317	Thymus-kiirtás következményei	131	Typhus abdominalis ophthalmoreactioja	61
Székrekedés — I. Obstipatio		Thyreoiditis jodica	520	Typhus abdominalisban az epehólyag jelentősége	112
Szívarok szerepe a gümőkóros fertőzésben	644	Thyresol	937	Typhus abdominalisban a palmoplantaris jel értéke	519
Szív magatartása testmegeköltetés után	218	Tonsilla succenturiata	136	Typhus abdominalisban hámlás	565
Szív munkabírásának vizsgálata	658	Tonsilla kocsonyás daganata	721	Typhus abdominalisban vegyes fertőzés	251
Szív szűrt sebzése	11	Tonsilla sclerosis	169	Typhus abdominalis prognosisaiban a lép viselkedésének jelentősége	349
Szív viselkedése hasmítetek után	909	Tonsillák élettana és eltávolításuk javallata	46	Typhus abdominalis prognosisaiban a Widal-reactio használata	273
Szívbad, syphilis okozta	886	Torticollis, göresös	873	Typhus abdominalis után genyződ csontgyulladás	645
Szívbad (veleszületett) okozta cyanosis magyarázata	413	Továbbképző tanfolyamok	302	Typhusos bélátfürödés operatív kezelése	585
Szívbadok fizikai orvoslásmodjai	877, 894, 911, 930, 947	Törvényszéki orvosi társulat	808	Typhusos cholecystitis sebészi kezelése	899
Szívbadosok hirtelen halála	359	Tracheobronchoskopia	484, 739, 759, 781	Typhusos meningitis	658
Szívburrok-synechiában pericardiumos dörzsolés	500	Tracheovarrat, új körkörös	856	Typhus-allergiaproba	295
Szívdanóvítés felismerése	395	Trachoma keletkezése	Sz. 89	Typhusbacillus okozta tályog	395
Szívsebeszet	79, 164	Trachomás kötőhártya bakteriumtartalma	Sz. 189	Typhusbacillusok nem typhusosak vérében	518
Szízöreg, accidentalis, a terhességben	549	Trachomus pannus gyógyítása	14	Typhus-coli bakteriumcsoport agglutinatioja icterusban	196
Szoptatóképesség csökkenése	G. 239	Trigeminus-resectio, extracranialis	308	Typhus- és coli-bakterium azonossága	404
Szülés és ovariumdaganat	899	Trochanter-spinavonal	484	Typhus exanthematicus	171, 172, 262, 766
Szülés okozta halálozás	618	Trochanter viszonya a Roser-Nélaton-vonalhoz	95	Tyúktojás héjának változása a költés közben	133
Szülés scopolamin-morphium-bóvaltatban	133, 702, G. 65	Tropacocain-lumbalanaesthesia	130	Ujj, peczkelő	953
Szülés, szűkmedenczés	114	Trypanosoma Brucei-vel végzett kísérletek	554	Ujjporc-törés kezelése	484, 660
Szülőfájások fokozása	G. 172	Tubaterhesség operálása	164	Uraemiában psychés zavarok	U. 105
Szünidei orvosi cursus	143	Tuberculin	10	Uratkódiathesis gyógyítása	394
Tabes és lues	827	Tuberculin belső használata	916	Ureteratonia	U. 135
Tabes gyógyítása	379, 632, 825, E. 215	Tuberculin dermatologiai szempontból	936	Ureterek kimosása	G. 60
Tabes összefüggése szív- és érbajokkal	163	Tuberculin-kezelés	676, 831	Ureterkatheterismus	U. 144
Tabes súlyosbodása baleset folytán	E. 72	Tuberculin-oltás helyén támadt, gümős jellegű fekély	309	Ureterkövek, beékeltek	U. 103
Tabesben középponti scotoma	206	Tuberculinreactio a vörhenyhez és kanyaróhoz vonatkozásában	620	Urethrotomia	U. 104
Tabeses arthropathia	868, E. 85	Tuberculinreactiók	53	Urolithiasis kórtana	U. 170
Tabeses betegekben végzett káros műtétek	659	Tuberculinreactiók, elkülönítők, értéke	4	Urologiai congressus, nemzetközi	U. 129
Tabeses gyomorkrisis vérhányással	635	Tuberculosis bacillusok kimutatása a vizeletben	U. 137	Urticaria pigmentosa	810
Tabesek pruritusa	186	Tuberculosis cutis — I. Börtuberculosis		Uviollampa	565
Tachycardia paroxysmalis gyógyítása	28	Tuberculosis és anyatej	768	Újszülöttek koponyatérbeli vérzése	360
Tactoválás nyomán keletkezett törtuberculosis	324	Tuberculosis csecsemőkori, gyógyítása	848	Újszülöttek szemlobjának kezelése	G. 167
Talpa-műtét eredményei	101	Tuberculosis diagnosisa a kettős fertőzés szempontjából	651, 666	Úti jelentés	G. 131
Tanningaze-tamponade	G. 172	Tuberculosis és anyatej	768	Vaccina-infectio	46
Tannyl	250	Tuberculosis és carcinoma együttes előfordulása	152	Vacciniform gyógyszeres kiütés	615
Tanuvalomások psychológiája	E. 17	Tuberculosis és terhesség	G. 54	Vagina haematomája	G. 224
Tápcsatornában idegen testek	941, 957	Tuberculosis gyakorisága a gyermekkorban	677	Vagus sérülései	130
Tej gyomoremésztésének tartama	578	Tuberculosis gyógyítása	10, 153, 297, 313	Vakság, fiatalkori, okai és elhárítása	Sz. 75
Tej, homogemizált	677	Tuberculosis korai felismerése	804	Vakság megelőzése palliatív trepanatioval	Sz. 93
Tejválasztás befolyásolása gyógyszerrel	751	Tuberculosis pharyngis	721	Valisan	938
Tejválasztás elmélete	93	Tuberculosis prostatae	600	Várakozási neurosis	329, 732
Tejválasztás fokozása	253	Tuberculosis renum — I. Vesegümőkór		Vena cava superior hirtelen elzáródása	218
Tejválasztás, gyermekkori	414	Tuberculosis fertőzésben a szivarok szerepe	644	Veronal okozta bőrkiütés	145
Tejválasztásra a táplálkozás befolyása	G. 170	Tuberculosis lábszárfekély	809	Veronalnatrium	632
Tejkereskedés ellenőrzése	396	Tuberculosisus lábujjfehérítő	483	Vesebajok, idülték, a gyermekkorban	U. 44
Telefonozás hatása a hallószervre	165	Tuberculosisus sipolyjáratok kezelése	67	Vesebajokban a chlorkiválasztás magatartása	492
Teratoma ovarii	G. 231	Tussis convulsiva — I. Pertussis		Vesedaganatok prognosisa és kezelése	936
Terhes méh incarcerationiója hüvelylezakadással szövödvé	582	Tüdőbajok gyógyítása mesterséges pneumothorax-szal	10	Vesedaganatok transperitonealis kiirtása	U. 61, U. 117
Terhességben accidentalis szívöreg	549	Tüdőbajok sebészi kezelése	952	Vesedecapsulatio eclampsiaiban	29, G. 57
Terhességben a hüvelyben található streptococcusok	G. 86	Tüdőembolia műtéve	596	Vesediagnostika, functiós	578, 899, U. 133
Terhességben ovariotomia	G. 236	Tüdőgümőkór gyógyítása	220, 601, 608	Vesedystopia	11, U. 133
Terhességben a testsúly viselkedése	G. 235	Tüdőgümőkór Röntgen-diagnostikája	518	Vese- és hólyaggyümőkór nőkben	G. 168
Terhesség és epilepsia	G. 236	Tüdőgümőkór sebészeti kezelése	917	Vesegümőkór	47, 82, 147, 478, 649, U. 1, U. 33, U. 44, U. 102, U. 164, U. 165, U. 166
Terhesség és perityphlitis	G. 234, G. 237	Tüdőgümőkórban a terhesség megszakítása	242	Vesegyulladás, idült vérzéses	U. 45
Terhesség és tuberculosis	G. 54	Tüdőgümőkórban a terhenesség megszakítása	242	Vesegyulladás serumtherapiája	824
Terhesség és myoma	922	Tüdőgümőkórban a vérnyomás prognosztikai jelentősége	534	Vesegyulladásban a gyomornedv sósavtartalmának magatartása	394
Terhesség, iker	871	Tüdőgümőkórban a összehasonlító fizikai és Röntgen-vizsgálatok	381	Vese, kettős — I. Nephrolithiasis	329, U. 139
Terhességi fehérjevizelés aetiologiája	G. 55	Tüdőgümőkór elleni védekezés Bihar-megyében	691	Vesemedenczegyulladás	G. 61
Terhességi hányás	165, 273, 323, 519, 902, G. 172, G. 235			Vesemítetek	596
				Veserepedés, subcutan	957

	Oldal		Oldal		Oldal		Oldal
Sarbo Arthur	102, E. 77,	Steiner Pál	6, 16, 25,	Tauszk Ferencz	...	Vámosy Zoltán	...
	E. 84, E.		72, 91, 119, 478,	Temesváry Rezső	G. 52,	Venus Ernő	...
Sándor István	...		522, 540, 554, 569,		G. 151, G.	Verebely Tibor	121,
	792, 925		772, 851	Terray Pál	82, 927,		140, 957
Schaffer Károly	118, E.	Szabó József	...	Tezner Ernő	...	Veress Ferencz	101,
	81		573, 793		363		192, 224, 554, 569,
Schein Mór	...	Szabóky János	210,	Torday Árpád	...		889
	887		232, 247, 511,	Torday Ferencz	...	Vermes Lajos	Sz. 34, Sz.
Schiller Károly	...		100		364		219
	51, 152	Szász Béla	...	Tornai József	35, 216,	Verubek Gusztáv	E.
Schiller Vilmos	...		491		233, 636, 655, 671,	Verzár István	...
	Sz. 214	Szécsi Ernő	...		877, 894, 911, 930,		756
Scholtz Kornél	...		55, 111	Tóth István	922, G.	Veszprémi Dezső	17, 540
	Sz. 45	Székely Salamon	...		226		E. 92
Schönheim Lajos	278, 538	Szigeti Henrik	...	Tóvölgyi Elemér	117,	Vértés József	...
	281, 317		649		679		E. 17
Schütz Aladár	...	Szilágyi Imre	...	Török Lajos	...	Vidakovich Kamill	603, 867
	G. 94,		85		76, 792		603, 867
Scipades Elemér	G. 128	Szili Jenő	...	Turán Bódog	...	Vidor Emil	...
	460		220		9		172, 262
Seligmann Hugó	...	Szily Adolf	Sz. 214, Sz.	Tuszkai Ödön	...	Wein Manó	351, 369,
	893, 950		32		381		387, 406
Sellei József	...	Szontágh Félix	...	Udvarhelyi Károly	39,	Weiss Emil	U. 138
	189		133		57		U. 138
Siklóssy Gyula	...	Tangl Ferencz	...	Unterberg Jenő	...	Weisz Ede	...
	83, 241		1		98		8, 275
Stein Fülöp	...	Tauffer Vilmos	167, G.	Vas Jakab	...		727, 744,
	622		257		403		761
Steiner Miksa	...	Tausz Béla

ORVOSI HETILAP.

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

- Klug Nándor: Közlés a budapesti tudomány-egyetem élettani intézetéből. Miért nem emészt meg az élő gyomor és bél önmagát? 1. lap.
- Kentzler Gyula: Közlés az I. számú belorvostani klinikáról (Igazgató: Korányi Frigyes dr., egyet. ny. r. tanár.) Az elkülönítő tuberculinreakciók értéke felnőtteken. 4. lap.
- Steiner Pál: Közlés a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., udvari tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.) Adatok az ajakrák sebészeti gyógykezeléséhez. 6. lap.
- We sz Ede: Néhány szó a Marmorek-féle gümökörellenes serumról. 8. lap.
- Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Turán Bódog: Orvosi szervezkedési törekvések nálunk és a külföldön. — A. Bruck: Die Krankheiten der Nase und Mundhöhle, sowie des Rachens und des Kehlkopfes. — Erich Hoffmann: Atlas der ätiologischen und experimentellen Syphilisforschung. — Általános kór- és gyógytan. Forster: Mennyi fehérjére van szüksége az emberi szervezetnek? — Belorvostan. Schmidt: Tüdőgümőkór, bronchiectasia és aspirációs tüdőbaj esetében a mesterséges pneumothorax. — Umber: A végbélben át táplálás kivált e gyomornedvelválasztást? — Asch: Cylindruria és albuminuria. — Elsaesser:

A gümökörnak Marmorek-serummal és új tuberculinnel gyógyítása. — Idegkórtan. Frankl-Hochwart: Sikerült hypophysisdaganat-műtetés. — A. Schmidt: A gyermekkori hysteria. — Sebészet. Schaad: Szerzett ves-dystopiának hydro-nephrosissal szövődött esete. — Frangenheim: Csontképződés az emberi penisben. — Meerwein: Szívzúrási gyógyult esete. — J. W. O. Manoy: A magas bélobstrució által okozott halál oka. — Meurers: A Mosetig-Moorhof-féle jodoformsonitplomb alkalmazása. — Gyermekorvostan. L. F. Meyer: A csecsemőknek tehéntejel szemben tanúsított idiosyncrasiája. — Bőrkórtan. F. H. Barendt: A psoriasis kezeléséről. — E. Riecke: A kén therapiás alkalmazása. — Venerás bántalmak. F. Höhne: A syphilisnek „mergal“-lal való kezelése. — W. Kretschmer: Lues hereditaria tarda-ban szenvedő egyének liquor cerebrospinalisa. — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Lo He: Az ezemás gyermekek albuminuriája. — Szer köszvényrohamok ellen. — Monturiol: A hegkeloidok gyógyítása. — Strümpell: Asthma bronchiale gyógyítása. 9-13. lap.

Magyar orvosi irodalom. Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság 13. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 13. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 14-17. lap.

Melléklet. Richter Gedeon készítménye.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a budapesti tudomány-egyetem élettani intézetéből.
Miért nem emészt meg az élő gyomor és bél önmagát?

Irta: Klug Nándor tanár.

Azzal a kérdéssel, vajjon miért nem emésztik meg a proteolysises enzimák az élő gyomrát és beleit, a buvárok már régen foglalkoznak; azért aránylag sok, kisebb-nagyobb sikerrel támogatott magyarázata is van a tüneménynek.

A legrégebb nézet e tekintetben, ha nem tévedek, Hunter I.-től származik (1792). Szerinte az önmélesztést az élőben a vis vitalis — az élő erő — gátolja meg; ez azonban már régen túlhaladott álláspont. Bernard Claude¹ gyomorsipolyos kutya gyomrában élő béka lábát, lazacot tartott és ezek ott megemésztődtek. Hasonlót tapasztalt Pavy élő házinyúl fülén is, midőn azt sipolyon keresztül a kutya gyomrában tartotta.²

Bernard Cl.³ szerint a gyomornedv azért nem emészt meg az élő gyomorfallat, mivel a pepsin nem szívódik fel a gyomorban.

A nyálkahártyák felhámja általában, főképen pedig a gyomornyálkahártyáé, mondja Bernard, számos különböző szerves anyag felszívódásának, így az emésztő enzimák felszívódásának is akadálya. A gyomornyálkahártya rossz felszívóképessége ma általánosan el van ismerve. A gyomornedv a táplálékot felhígítja, emésztőképességével szétdarabolja s így jut a belekbe, melyekben a felszívódás orozslánrésze történik. Érdekes és ma is tanulságos módon támogatja Bernard állítását, azt, hogy a pepsin nem szívódik fel a gyomorban. Spallanzani óta ismeretes, hogy a gyomor nyálkahártyája emésztőnedv befolyása alatt gyakran meg-

lazul; gyomorfelekélyek, sipolyok széleit is emésztgeti a gyomornedv. Ennek oka Bernard Claude szerint az a körülmény, hogy a gyomor hámja az élőben könnyen elpusztul és megújul, mihelyt azonban az élet megszűnik, a gyorsan tönkremenő hám nem újul meg többé. A ragacsos nyálkával bevont gyomorrhám Bernard Claude szerint a gyomornedvet úgy zárja be, mint valamely áthatatlan porcellánedény a tartalmát. Hogy az élő béka lába, az élő lazac egész teste megemésztődik a kutya gyomrában, ha azokat sipolyon keresztül belétartják, azt Bernard Cl. épen a fedőhám különbözőségének tulajdonítja. A gyomornedv tudniillik savtartalmánál fogva a legtöbb hámot, így a béka és lazac testének felületi hámját is annyira elpusztítja, hogy az többé újból nem képződhetik; ezzel szemben az ember ujját ugyanazon kutya gyomorsipolyán keresztül, hosszú időn át a gyomorban bentarthatja a nélkül, hogy megtámadatnék, mondja Bernard.

Számos vizsgáló, közöttük Brücke,¹ Kühne,² Grützner,³ Stadelmann,⁴ Ewald⁵ és még mások, a vizeletben sósavval fehérjét emésztő enzimát mutattak ki. Mai ismereteink szerint azonban több mint kétes az a feltevés, hogy ezen erjesztő a gyomorban felszívódott pepsin volna. A gyomorban folyó felszívódás lényegtelennek bizonyult. Tiszta víz mondhatni nem szívódik fel benne, épen úgy nem 10 cm³-es nyomás alatt a gyomorba adott 0.6%-os konyhasóoldat.⁶ Mering szerint, sók, ezukor, peptonok is csak igen csekély mértékben szívódnak fel a gyomorban. Csupán 5-20%-os konyhasóoldatokból történik említésre méltó felszívódás.

Alkohol felszívódik a gyomorban, az az anyag tehát, mely zsugorítja, esetleg megalvasztja a gyomornyálkahártyát fedő nyálkát, esetleg a nyálkahártya hámsejtjeit is. A pepsin különben is diffusiora igen alkalmatlannak bizonyult; ha a gyomor emésztetében

¹ Sitzungsberichte d. K. Akademie d. Wissenschaften. Math. physikalische Classe. 43. k. 618. l. Wien 1860.

² Verhandlungen d. naturhist.-med. Vereins zu Heidelberg, 2. k. 5. l. 1877.

³ Breslauer ärztliche Zeitschrift. 17. sz. 1882.

⁴ Zeitschrift f. Biologie. 24. k. 226. l. 1887.

⁵ Zeitschrift f. Biologie. 26. k. 22. l. 1889.

⁶ v. Mering: Verhandlungen des Congresses für innere Medicin. Fünfzehnter Congress. Wiesbaden 435. l. 1897.

¹ Cl. Bernard: Leçons de physiologie experimentale. 1856. Tome deuxième. 408-409. l.

² L. Landois: Lehrbuch d. Physiologie des Menschen. 7. Auflage. 316. lap.

³ F. i. h. 407. stb. 1.

a peptonoktól, sóktól, sósavtól izolálva a pepsint, dialysisnek teszszük ki a gyomoremésztetet, visszamarad a pepsin. Vajjon peptonok, albumosok felszívódnak-e a gyomorban, még senkinek sem sikerült kimutatni.

Általában nincsen eljárásunk, melylyel a gyomorban folyó resorptiót az élő állaton és emberen kimutatni sikerülne. Valamely a gyomorba adott oldat töménységének változása épen nem bizonyítja a felszívódás mellett vagy ellen; elválasztás, a gyomorba jutott nyál, átömlés a vékonybelekbe, mind okai lehetnek az oldat töménysége változásainak.

Mering¹ eljárást ír le, melylyel vízben feloldott szőlőcukrot és tojássárgát ismert arányban elegyített és a gyomorba vitt. 2¹/₂ óra múlva a zsír és cukor arányos mennyiségét vizsgálta meg a kiszivattyúzott gyomortartalomban. Ezen vizsgálataiból következteti, hogy cukor a gyomorban felszívódik. Egészséges ember gyomrába ugyanis 250 cm³ tojássárgaemulsiót adott 29⁰/₀ szőlőcukor és 8⁰/₀ zsirtartalommal; 2¹/₂ óra múlva kiszivattyúzott 125 cm³ folyadékot, melyben 5¹/₀ cukor és 165⁰/₀ zsír volt. Míg tehát azelőtt 10 rész zsírra 36 rész cukor esett, addig 2¹/₂ óra múlva ugyancsak 10 rész zsírra 31 rész cukor jutott. Mering ezen kísérlete nem annyira a cukor felszívódása mellett szól, mint inkább az következtethető belőle, hogy a diffusiora igen alkalmas anyagok is, mint a cukor, csak minimális arányban szívódnak fel a gyomorban és így nem tehető fel, hogy a pepsin felszívódik; pepsin nélkül pedig nincsen gyomoremésztés.

A mirigyekben csupán propepsin lévén, az sincsen kizárva, hogy a propepsin csak a gyomor ürében lesz tömegesen pepsinné, úgy mint a pankreas zymogenje csak a bélben lesz trypsinné. A gyomornyálkahártya mirigyeiben a propepsin és sósav együtt készül ugyan, azonban minden chemiai reactionak időre van szüksége, azért az analogia a trypsinképződéssel nem valószínű. Természetes azonban, hogy Bernard Claude ismertettét következtetése, hogy a pepsinfelszívódás hiánya gátolja meg a gyomor önemésztését, sehogy se magyarázza meg azt, hogy miért nem emészt meg a trypsin a bélfalat. Itt azonban megjegyzendő, hogy a trypsin a húgyban iendes viszonyok között sem sikerült kimutatni, a mint azt Kühne² és mások vizsgálatai igazolják; a trypsin tehát igen valószínűen nem szívódik fel a bélben.

Bernard Claude közléseit követték Schiff M.³ vizsgálatai, melyek szerint a gyomrot nem a hám, hanem a nyálkahártya felületét bevonó nyálka védi az autodigestió ellen. Ez a nyálka, a hámsejtek secretuma, a pepsinre nézve áthatatlan. Schiff kísérletei alkalmával gyomorsipolyos kutyát jóllakított és az emésztés befejezte után, miután a nedv is eltűnt a gyomorból, a gyomorsipoly kanüljébe egy másik, jóval vékonyabb, 1—1¹/₂ centimeter átmérőjű henger- vagy kúp alakú kanült erősített be, melynek belső végét a külső kanül belső végénél kissé beljebb tolta a gyomorba. A belső kanül később némi czélszerű módosítást is szenvedett. Schiff ezen belső kanülon keresztül megemésztendő táplálékot vezetett az állat gyomrába, a végből, hogy ott újból gyomornedvelválasztást indítson meg. Ilyenkor a kanül belső végét két óra alatt nyálka vonta be, mire belé egy darabka húst vagy keményre főtt tojástehérjét adott, még pedig akkora darabkát, hogy a gyomorba be ne eshessék, melynek ürével különben a kanül belső nyílásán keresztül, eltekintve a fedő nyálkarétegtől, szabadon közlekedett. A kanül külső nyílásán keresztül meg lehetett győződni arról, vajjon nem esett-e véletlenül a gyomorba a hús vagy a tojásdarabka. 6—10 óra múlva a kanül belső nyílását ugyan gyomornyálka fedte, a fehérjén vagy tojásán azonban az emésztésnek semmi nyoma sem volt látható. A sav beivódott a húsba, ellenben a pepsin nem hatolt be; a nyálka tehát megakadályozta a pepsin áthatolását a húsba vagy a tojásba. Tekintve, hogy a gyomornyálkát a gyomorfall hámja választja el, Bernard Claude és Schiff M. felfogásai közt a különbség nem is olyan lényeges.

Ugyancsak Schiff⁴ és mások kimutatták kísérletileg Pavy

¹ F. i. h. 438. l.

² Verhandlungen d. naturh.-med. Vereins zu Heidelberg, 2. k. 5. l. 1877.

³ Schiff M.: Gesammelte Beiträge z. Phys., IV. k., 405. l., 1898.

⁴ F. i. h. 409—411. l.

felfogásának tarthatatlanságát is. Pavy szerint az élő gyomor azért nem emészt meg önmagát, mert falában hiányzik a sav; szerinte a vér alkaliya közömbösíti a gyomor beivódó savát.¹ Pavy kísérleteiben nem kapott önemésztést, hogyha a gyomornyálkahártyából egy darabkát eltávolított, lekapt, ellenben önemésztés állott be, mihelyt az emésztő gyomor ereit lekötötte. Nyúlón az élő gyomor ilyenkor annyira megemésztődött, hogy az állat, gyomrának perforatioja következtében, meghalt. Kutyán a véresek lekötése nem vezetett ugyan átfúródásra, hanem a gyomor autodigestiojának kezdetét okozta, a mennyiben a nyálkahártya szövete meglazult és részben el is pusztult. Hogy nem az aciditás hiánya okozza az ép, élő gyomor immunitását a gyomornedvvel szemben, ezt Schiff onnan következteti, hogy kísérleteiben a fehérje megmaradt, pedig sósavval beivódott; a fehérjét az a nyálkaréteg védte, mely belülről fedte.

A kivágott gyomor megemészteti önmagát, mihelyt elegendő benne a sav. Az emésztés közben leölt állat gyomornedve, ha az állatot melegen tartják, sokszor nemcsak a gyomor falát, hanem a szomszéd szerveket is megemészteti (Maly).² De ha ez a tünet Pavy felfogását támogatja is, annak okát teljességgel nem tudja adni, hogy a duodenumot miért nem emészt meg a pankreas nedve, mely utóbbi különben közömbös, gyengén lúgos és gyengén savi kémhatás mellett is emészt; ellenben védőnyálkaréteg a duodenumot is bevonja (Schiff). Schiff többször látott élő duodenumában pankreasnedv által okozott részletes autodigestiót akkor, ha előzetesen a duodenum nyálkahártyáját elég nagy kiterjedésben megsértette, a pylorust alakította, a nélkül, hogy a pankreassecretiót megzavarta volna.

Minden eddigi hypothesistól eltérő eredményre jutott az autodigestiót illetőleg Fermi Cl.,³ a ki szerint sem a gyomorból mint ilyen, sem a nyálka, sem a vér alkalicitása, sem a gyomornedv felszívódása (Gaglio), nem igazi védője a gyomornak; hanem védője az élő sejtek protoplasmájának az a tulajdonsága, mely szerint a proteolysises enzimák az élő protoplasma iránt inaktívak. Fermi észletei szerint a gyomornedv hypho- valamint blastomycetákat nem semmisít meg, sőt ezen mikroorganizmusok a gyomornedvben tovább fejlődnek. A trypsin a schyzomyceták iránt is inaktiv. Az amoebát a trypsin sem üvegben, sem a bélben nem emészt meg. Gramineák és leguminosák magvai sterilizált trypsinoldatban jól fejlődnek. A trypsin tehát a növények embrionális sejtjeire nem hat; ez azonban nyilván azért van, mivel emészthetetlen cellulosaréteg védi őket. A nyers keményítőt sem emészt meg a szájnyal. Fermi vizsgálatai szerint férgek és légyálcákat sem támad meg a trypsin. A bélférgeket sem emészt meg az emésztőnedvek. Ezen felhozott példák nagy részének az oka azonban, mint alább látni fogjuk, a sejteknek illetve burkuknak chemiai szerkezetében van és a gyomor s bél önemésztésével össze nem hasonlíthatók. Fermi tengerimalacz bőre alá trypsinoldatot fecskendezett, mely teljesen ártalmatlannak bizonyult és 5—10 óra alatt onnan eltűnt. Épen így eltűnt a friss szervek pépe közé, vagy a vérsavóba adott trypsin is 24 óra alatt, ellenben nem tűnt el, ha a szervek pépét vagy vérsavóját Fermi megelőzőleg felhevítette volt. Ezzel szemben disznóvérsavóba, mely 40⁰-on állott és thymollal védve volt a rohadás ellen. Grüber félé trypsin adtam s ez a vérsavó fehérjéit 24 órán túl is emésztette, tehát nem tűnt el a vérsavóban.

Fermi a felsoroltak alapján állítja, hogy a proteolysises erjesztők az élő állati vagy növényi sejtekre hatástalanok és következteti, hogy az önemésztés a gyomorban, bélben s pankreasban épen az élő protoplasma ellenálló képessége miatt nem következik be. Hogy azonban Fermi fent idézett tapasztalatai és hasonlók így nem általánosíthatók, azt a többi között fenti megjegyzéseim bizonyítják, valamint Bernard és Pavy senki által meg nem czáfolt azon tapasztalatai, melyek szerint a kutya gyomrában tartott élő békaláb, lazacz, nyúlful, ott megemésztődik. Fermi tapasztalataiból valósággal csak az következtethető, hogy vannak a gyomor-illetőleg pankreasnedvben emészthetetlen sejtek, alsóbbrendű élő lények; de vajjon emészthetőségüket a védőburkon

¹ F. Pavy: Recherches sur la digestion stomacale. Gazette medical. 220. l. 1864.

² Hermann L.: Handbuch d. Physiologie, V. k., 2. r., 112. l.

³ Centralblatt f. Phys., VIII. k., 21. sz. 1895.

kivül állományuk ellenállóképessége gátolja-e meg, nem tudjuk. mert amaz élő lényeket alkotó anyagok minden tulajdonságát sem ismerjük.

Fermi adatai, kiválóan pedig az erjesztőket illető ismeretek nem várt haladása a kérdést más irányban vitték tovább. *Gensel E.*¹ és utána *Weinland E.*² már egyenesen antitesteknek, illetve anti-erjesztőknek tulajdonítják az autodigestio elleni védelmet a gyomorban és bélben. *Danilewsky* szerint ugyanis a gyomorhártya anyagot választ el, mely a pepsin emésztőhatását s ezzel a gyomor önmérsztését meggátolja.

E tekintetben *Gensel* azt találta, hogy a disznógyomorhártya kivonatai a Grüber-féle pepsinre erősen anti-pepsin hatásúak. Sőt az anti-pepsin hatást a kivonat felfőzése által, a minek következtében a benne foglalt pepsin emésztőképességét elveszti, még tetemesen fokozni lehetett; a kivonat anti-pepsin hatása hosszas főzés által nem gyengül. Ezen anti-pepsin hatású anyag *Gensel* szerint nem válik ki alkoholra, ólomacetatra, phosphor-wolfram-savra. Szerves, de nem fehérjenemű anyag. A szerző az anyagot a kutya gyomrában is megtalálta. A gyomorhártya minden rétegében előfordul, legfőképpen azonban a gyomrhamban. Ezenkívül még a májban, vesében, lépben, szívben és izmokban is megtalálta *Gensel* ez anyagot. A trypsinhatást nemcsak nem gátolja, hanem inkább még sietteti. *Gensel* szerint tehát külön anyag, melyet anti-pepsinnek nevez, gátolja a gyomor önmérsztését. Ez anti-pepsin azonban nem anti-erjesztő.

Ettől lényegesen eltérő eredményre jutott *Weinland*, midőn anti-erjesztőknek, anti-pepsinnek és anti-trypsinnek tulajdonítja a védőhatást.

*Weinland*³ mindenekelőtt azt kutatta, vajjon miért nem emészt meg a gyomor és pancreasnedv a bélférgeket? Vizsgálataiból arra a következtetésre jutott, hogy azért nem emészt meg, mivel anti-erjesztőjük van, mely a pepsin és trypsin emésztőhatását megakadályozza. Az állatoknak quarzhomokkal összedörzsölt testéből pépet állított elő s ezt pepsin sósavat vagy trypsin és rostanyagot tartalmazó nedvbe adta. Az ascarisok pépével tett kísérletek eredményei szerint a rostanyag igen lassan és tökéletlenül oldódott, míg ezen pépnek hozzáadása nélkül tett hasonló kísérleteiben a fibrin 2—3 óra alatt megemésztődött. A taenia mediocanellata pépével tett kísérletek eredménye kétes volt. Minthogy azonban a quarzhomokos pép igen nehezen teszi a rostanyag állapotának felismerését, azért a szerző kisajtolta, szűrt ilyen kivonatokkal tett a fentiekhez hasonló kísérleteket s arra a következtetésre jutott, hogy „úgy az élő állat, valamint a kisajtolta tiszta kivonattal ellátott rostanyagcsofát véde van a proteolysisis enzimák ellen”. *Weinland* 95 C°-on 10 percig hevítette kivonatát, mire védőhatását elvesztette; a rostanyag, hevített kivonat jelenléte mellett, néhány óra alatt feloldódott. Ebből következteti *Weinland*, hogy a kivonat anti-fermentumokat tartalmaz, melyek az emésztő enzimák hatását többé-kevésbé gátolni tudják. *Weinland* az antifermantumot ismételt alkoholkezeléssel, aetherrel mosással és kénsav fölött szárítással elő is állította. Az így nyert ragacsos por vízben oldva habzott, a biuret- és Trommer-féle kémléseket adta, az utóbbit a szerző szerint nyilván szőlőcukor jelenléte miatt. Ezen por védőhatása lényegesen csekélyebb, azonban pozitív eredményű volt; úgy a trypsin, valamint a pepsin-sósav oldatának emésztőhatását csökkentette. Az anti-erjesztő *Weinland* szerint nem pusztítja el az erjesztőt, csak hatása kifejtésében gátolja meg. Minthogy pedig csak a második kivonatban található nagyobb mennyiségben, következik, hogy az anti-erjesztő az állat testét alkotó sejtekhez erősen tapad.⁴

Ezzel szemben — jóval *Weinland* vizsgálatai előtt — *Fredericq Leon*⁵ megfigyelte, hogy a kutya ascarisa pancreas-kivonatban napokig nem emésztődik meg, ha sértetlenül teszszük bele, míg ellenben szétmetszett állapotban csaknem teljesen

megemésztődik; a szétdarabolt ascarisból nem marad egyéb vissza mint a hyalinszerű burok, a cuticula. *Weinland* szerint ez a burok azért nem lehet azon állatok védője, mivel azok a táplálékkal a benne foglalt erjesztőket is magukba veszik. Azonban a nematodák bélfala is cuticulával van bevonva, mely legnagyobb részben széles, szerkezet nélküli részből és sűrűn egymás mellett álló porusok által perforált, a bél üre felé tekintő vékony szegélyből áll.¹ *Braun M.*² szerint a bél ürét kibélelő sejteknek úgy szabad felületükön, valamint alapjukon cuticulájuk van. *Orley László*³ szerint a testet fedő cuticula az állat száján a szájürbe betüremkedik s ennek chitinfalát alkotja. Ezen chitinboríték mint finom hártácska — chitinintima — a bélbe folytatódik és a végbélnyílás útján ismét a test külső cuticuláris rétegébe megy át. Ugyancsak cuticuláról, mely az oesophagust bevonja, tesz említést *Hertwig R.*⁴ zoológiai tankönyvében, melynek 205. ábráján ez a cuticula lerajzolva is látható. Lehetetlen be nem látni, hogy ilyen megemésztethetetlen réteggel az ascaris egész teste, kívül és belül, csak saját védelme céljából van ellátva, ez a védelem pedig első sorban, sőt kizárólag a megemésztés ellen irányul.

Weinland szerint az anti-erjesztő gátolja meg az ascarisnak tápcsatornájába jutott emésztők hatását s ez által védi meg az állatot a megemésztődés ellen. Ha ez így volna, akkor az ascarisból készült göröcsői keresztmetszeteknek vagy legalább azokban az anti-erjesztőt tartalmazó sejteknek nem volna szabad a gyomor- vagy pancreasnedvben megemésztődniök. E tekintetben felvilágosítást keresendő, *Grüber*-féle trypsin 0.3%-os oldatában, valamint 0.2% sósavat tartalmazó kutya-pepsinoldatban, melyek szárított rostanyagra igen jól emésztő nedveknek bizonyultak, emberből és lóbol származó ascarisoknak borotvával készített metszeteit tettem ki emésztésnek és pedig úgy nyers, valamint főtt állapotban. A gyomornedvbe azért adtam csupán 0.2% sósavat, mivel *Weinland* adatai szerint ilyen adagban nem gátolja meg a sósav az anti-pepsinhatást.

Mesterséges gyomornedvben 40 C°-on 6 óráig emésztve a nyers ascarismetszeteket, ezekből a cuticula, a petesejtek és részben bélhám-maradékok maradtak meg, a többi állatrész mind eltűnt 24 órai emésztés alatt a bélhám-sejtmaradékok is eltűntek. Az előzetesen megfőtt ascarisrészletek hajszálynira ugyanazt a változást szenvedték el.

A trypsinrel tett emésztési kísérleteket illetőleg ugyancsak 6 óra múlva az ascarismetszeteknek cuticulája maradt meg épen, ezenkívül petéi és kevés nyoma a bélhámnak; 1—2 napi emésztés közben a bélhám teljesen eltűnt.

A cuticula tehát sem nyers, sem előzetesen megfőtt állapotban nem emésztődött meg, nyilván mert emésztethetetlen anyagból áll. Ellentálltak még az emésztésnek a pete burkai is, sőt, ha a burok megmetszve nem volt, az egész pete ép megmarad. Ime oly sejt, mely emésztőnedvekben emésztethetetlen, azonban nem mert anti-erjesztő védi, hanem mivel burka emésztethetetlen anyagból áll. Sértett petében csak a burok és sok esetben a mag nyoma maradt meg; a többi sejtalkotórész megemésztődött, eltűnt.

Ezen vizsgálatok tehát nem tesznek tanúságot a mellett, hogy ez állatokat az emésztés ellen anti-erjesztő védi. Úgy a cuticula, mint a peték cuticuláris burkai emésztethetetlenek. Az utóbbi megegyezik *Liebermann Leó*⁵ azon tapasztalatával, mely szerint a tyúktojás sárgájának burka sem emésztődik meg. *Liebermann* a burok ezen tulajdonságát annak izolálására használta fel, a mennyiben a burkot 24 óráig gyomornedvben digérálta. Kivülre legnagyobb resistenciája még a bélhámnak volt, de ez az emésztőnedv hosszabb behatására szétmálott, nyilván mivel a göröcsői metszeteken az emésztő nedv a hámsejteknek felette vékony, cuticulától nem védett oldalain a sejt protoplasmájához hozzáfért. Ezek szerint az ascaris testállományát az emésztés ellen ezen bélférgeknek cuticuláris külső és belső burka védi. És ha *Wein-*

¹ Inaugural-Dissertation. St. Petersburg 1903. Referirt in Hermann's Jahresberichten d. Physiologie. 12. k. 212. l.

² Zeitschrift f. Biologie. 26. k. 1 és 45. l. 1903.

³ F. i. h. 1—15. l.

⁴ F. i. h. 14. l.

⁵ Bull. de l. Acad. Royale des Sciences des Lettres et des Beaux-Arts. 47-me année. 2. Serie. T. 46. 221—222. l. 1878.

¹ *Küchenmeister F.* és *Zürn F. A.*: Die Parasiten der Menschen. Leipzig. 387. l.

² *Braun Max*: Die thierischen Parasiten des Menschen. Würzburg 1888. 140. l.

³ *Orley L.*: Rhabditiden. Berlin 1886. 12—13. l.

⁴ *Hertwig R.*: Lehrbuch d. Zoologie. 1907. 266. l.

⁵ *Pflüger* féle Archiv f. d. g. Physiologie. 43. k. 72. l.

land Frédéricq-kel szemben azt hangsúlyozza, hogy az állatok szájukon át a tápcsőben foglalt anyagokkal az enzimát is szükségképpen magukba, bélesatornájukba, felveszik, a honnan szerinte felszívódik, úgy ez a cuticula jelentősége, mint felületi és belső védő ellen mit sem bizonyít Végre is Weinland megjegyzésével csak az eredeti kérdés elé vagyunk állítva, azon kérdés elé tudnillik, vajjon miért nem emésztik meg az állatot a bélesatornájában foglalt enzimek. Az ascarisban, mint láttuk, csakugyan hathatós védő a béleső cuticulája; másfelől azonban az sincsen kizárva, hogy a bélféreg által a bélesatornájukba bevitt enzimek ott, a féreg bélesővében, olyan változást szenvednek el, a milyen változást például a nyálmirigyek diastaseja a gyomorban, a pepsin a vékonybélben szenved el s végül a felszívó sejtekről ismeretes az is, hogy a bélesatornában, bizonyos határok között, kiválasztják azt, a mit felszívják és a mit a bélben visszahagynak.

(Vége következik.)

Közlés az I. számú belorvostani klinikáról. (Igazgató: Korányi Frigyes dr., egyet. ny. r. tanár.)

Az elkülönítő tuberculinreakciók értéke felnőtteken.¹

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

A különböző immunitási reakciók közé, melyeket fertőző bántalmakban a korai körjelzés céljából több-kevesebb eredménnyel felhasználtak, sorozható a tuberculosis diagnózisában legújabbán Pirquet által ajánlott cutan reactio is. E reactio, melyet Pirquet nem annyira felnőtteknél, mint gyermekeknél ajánlott, egyszerű kiviteli módja miatt szerepet követel magának a mindennapi orvosi gyakorlatban is.

A reactio értékét Pirquet közlése óta elég sokan vizsgálták, úgy gyermekek, mint felnőttek tuberculosisának korai megállapítása céljából, részben ugyanolyan, részben eltérő eredménnyel. Főleg a reactionak könnyű kiviteli módja és a diagnostikai tuberculininjekciókkal szemben tökéletes veszélytelensége csábított sokakat a reactio utánvizsgálására.

Legújabb időben Detre L. a Pirquet-reactio egy módosítását ajánlotta, mely nemcsak arról adott volna számot, hogy van-e tuberculosis a szervezetben vagy nincs, hanem egyúttal bevilágított volna a jelenlevő tuberculosis genesisébe is; megállapítani vélte vele a fertőzés mibenlétét és így mint egészen specifikus aetiologiai diagnostikai eljárás szerepelhetett volna. Ő maga elkülönítő cutan tuberculinreactionnak nevezte eljárását.

A reactio megértésére tudnunk kell, hogy Detre felveszi a tuberculosisban a kettős, és pedig a human és bovin típusú tuberculosisbacillusfertőzést. Mint tudjuk, ez a kérdés mai napig sincs tökéletesen tisztázva. Úgy az unitárius elméletnek, mely az emberben csak a human típusú tuberculosisbacillusfajnak tulajdonít pathogen hatásképességet, mint a dualistikus nézetnek, mely mindkét típus egyenlő fertőzőképességét vallja, sok képviselője van. Hiszen csak vissza kell emlékeznünk a londoni congressusra, a hol Koch nagy feltűnést keltő előadását tartotta az unitárius nézet mellett, a mely előadást követő discussioban mindkét nézetnek képviselői a legélesebb ellentétbe helyezkedtek egymással, hogy lássuk, hogy úgy az unitarius, mint a dualistikus nézetnek hatalmas érvei vannak, melyeket teljesen összegeyztetni nem lehet. Detre a kettős fertőzés hívének vallja magát, mely nézetnek jelenleg több képviselője is van és ezen alapon végzi is elkülönítő reactioját.

A reactio lényege a kettős fertőzés eshetőségének megfelelően abból áll, hogy ő a kétféle típusú tuberculosisbacillusok szűrletét olja be a bőrbe a Pirquet által leírt és már többször ismerttetett eljárás szerint, a melyet épen ezért részletesen ismertetni szükségtelennek tartok. Ezek mellett két controlt végez, az egyik a tuberculin Kochii vetus, a másik 1/2% os carbol beoltásából áll. Az első általában control gyanánt szolgál arra, hogy az esetleg jelentkező filtratreactio csakugyan tuberculosisistól feltételezett-e vagy sem és így tágabb értelemben a specificitás megállapítására szolgál; az utóbbi csak azért szerepel, hogy ez által a mechani-

kai behatás (szúrás) által előidézett, esetleg beálló reactiotól el lehessen a filtratreactiókat különíteni.

A beálló reakciók, épen úgy mint a Pirquet-oltáskor, 24--48 óra alatt jelentkeznek, a bovin típusú reactio valamivel később, mint a többi. Így 108 positiv tuberculinreactióból 93 az első, 11 a második 24 óra alatt állott be, míg 4 esetben csak 5 nap mulva jelentkezett torpid alakban kis bőrpír. A 33 positiv human filtratreactióból 26 az első, 7 a második, míg 17 bovin filtratreactióból 5 az első, 12 a második napon jelentkezett. Az összes 151 positiv reactióból 124 tehát az első napon, 29 a második és 4 az ötödik napon volt észlelhető. A beálló reactio nagysága és intenzitása különböző, a minek Detre különböző jelentőséget tulajdonított és a mire eseteim tárgyalásakor még vissza fogok térni. A legesekek élyebb fokú reactionál alig pár mm. széles és hosszú átmérőjű pirosas elszíneződés áll be a szúrás helye körül, kifejezettebb reakciókor a körülírt lobos bőrterület kissé beszűremkedett, még kifejezettebb reactionál papulaképződés állott be. A jelentkezett reakciók néha 1-2 nap mulva eltűntek, néha hosszabb ideig, 1-2 hétig is láthatók maradtak.

Az elkülönítő cutan reakciókat felnőtteken összesen 201 esetben végeztem. A vizsgált esetek legnagyobb része az I. sz. belorvostani, egy része az I. sz. sebészeti klinika beteganyagából származott, mely utóbbit az intézet igazgató-tanára, Dollinger Gyula dr. egyet. ny. r. tanár volt szíves átengedni, a miért ez úton is hálás köszönetemet fejezem ki.

A vizsgált anyagot több csoportba állítottam össze, hogy így az eljárás értékéről áttekinthető képet nyerhessünk.

I.

Tuberculosisra nem gyanus esetek.

Diagnosis	Esetek száma	Koch-tuberculin		Human filtrat		Bovin filtrat		1/2% carbol	
		+	-	+	-	+	-	+	-
Emphysema pulm.	1	1	—	—	1	—	1	—	1
Gangraena pulm.	1	—	1	—	1	—	1	—	1
Stenos. ost. ven. sin.	3	1	2	1	2	1	2	—	3
St. o. v. s. cum. emb. cer.	1	1	—	—	1	—	1	—	1
Insuff. aortae	1	—	1	—	1	—	1	—	1
„ bicusp. c. embol.	1	1	—	—	1	—	1	—	1
Insuff. bicusp., stenosis.	4	1	3	—	4	—	4	—	4
Aneurysma aortae	2	—	2	—	2	—	2	—	2
Gumma myocardii	1	—	1	—	1	—	1	—	1
Emp. streptococc. l. d.	1	—	1	—	1	—	1	—	1
Tumor hepatis	1	—	1	—	1	—	1	—	1
Lues	1	—	1	—	1	—	1	—	1
Cirrhosis hepatis	3	—	3	—	3	—	3	—	3
Atonia ventriculi	2	—	2	—	2	—	2	—	2
Hyperaciditas ventriculi	1	—	1	—	1	—	1	—	1
Carcinoma ventriculi	5	1	4	—	5	—	5	—	5
Ulcus ventriculi	3	—	3	—	3	—	3	—	3
Enteritis acuta	1	—	1	—	1	—	1	—	1
Ren migrans	2	1	1	—	2	—	2	—	2
Nephritis chronica	1	—	1	—	1	—	1	—	1
Graviditas	2	1	1	—	2	—	2	—	2
Cysta ovarii	1	1	—	—	1	—	1	—	1
Lymphosarcoma colli	2	—	2	—	2	—	2	—	2
Sarcoma ossis ischii	1	—	1	—	1	—	1	—	1
Tumor mediastini	1	—	1	—	1	—	1	—	1
Anaemia perniciosa	2	—	2	—	2	—	2	—	2
Leukaemia myeloid.	2	1	1	—	2	—	2	—	2
Diabetes mellitus	2	—	2	—	2	—	2	—	2
„ insipidus	2	1	1	1	1	—	2	—	2
Typhus abdominalis	5	2	3	2	3	—	5	—	5
Otitis med. post influenz.	1	—	1	—	1	—	1	—	1
Myxoedema	2	2	—	—	2	—	2	—	2
Tumor cerebri	2	—	2	—	2	—	2	—	2
Paralysis bulbaris	1	1	—	—	1	—	1	—	1
Tabes dorsalis	3	2	1	—	3	—	3	—	3
Myelitis transversa	1	—	1	—	1	—	1	—	1
Sclerosis multiplex	1	1	—	—	1	—	1	—	1
Polyneuritis alkohol.	1	—	1	—	1	—	1	—	1
Cretinismus	1	1	—	—	1	—	1	—	1
Összesen	69	20	49	5	64	1	68	—	69

¹ Röviden előadva a budapesti kir. Orvosegyesület 1907. november 9-i ülésén a Detre magántanár előadását követő discussioban.

A mint látjuk a táblázatból, a biztosan nem tuberculosus betegek között aránylag sok reagált általában (69-ből 20 = 29%) És pedig legtöbb a Koch-féle tuberculinra, sokkal kevesebb (7·2%) a human és igen kevés (1·4%) a bovin filtratra. A controlképen alkalmazott 1/20-os carbol szűrési helye körül sohasem mutatkozott reactio öv, így tehát összehasonlításra a control nagyon jó volt, egyúttal a mechanikai beavatkozástól eredő reactiót teljesen kizárta.

II.

Tuberculosisra gyanus esetek.

Diagnosis	Esetek száma	Koch-tuberculin		Human filtrat		Bovin filtrat		1/20 carbol	
		+	-	+	-	+	-	+	-
Tüdőfolyamatra gyanus	17	8	9	1	16	1	16	-	17
Anaemia	4	-	4	-	4	-	4	-	4
Scroph. hegek a nyakon	1	-	1	-	1	-	1	-	1
Tumor (tbc.) pleurae	1	-	1	-	1	-	1	-	1
Emphysema, tüdőgyulladás	1	-	1	-	1	-	1	-	1
Tumor (tbc.) abdominis	1	1	-	-	1	-	1	-	1
Vesetuberculosis	1	1	-	-	1	-	1	-	1
Cystitis tuberculosa	1	-	1	-	1	-	1	-	1
Spondylitis lumbalis	1	-	1	-	1	-	1	-	1
Myelitis e compressione	2	2	-	-	2	-	2	-	2
Paralys. infantilis	1	1	-	-	1	-	1	-	1
Meningitis	1	-	1	-	1	-	1	-	1
Monarthritus	2	-	2	-	2	-	2	-	2
Összesen	34	13	21	2	32	2	32	-	34

A gyanus esetekben valamivel nagyobb számmal (38·2%) találunk általában reactiót, itt is a filtrareactiók (mindkettőnél 5·88%) sokkal kisebb arányszámban mutatkoznak. Ha a két táblázatban foglalt eseteket összevesszük, akkor azon esetekben, a hol klinikailag nem állapítható meg valamely tuberculosus folyamat, csak gyanu áll fenn esetleg, vagy pedig még az is kizárható, a 103 esetből 33 = 32% Koch, 7 = 6·79% human filtrat, 3 = 2·9% bovin filtrat reactio volt positiv.

III.

Klinikailag biztos diagnosis.

Diagnosis	Esetek száma	Koch-tuberculin		Human filtrat		Bovin filtrat		1/20 carbol	
		+	-	+	-	+	-	+	-
Tüdőfolyamat I. szak.	27	26	1	2	25	2	25	-	27
" II. "	27	27	-	10	17	6	21	-	27
" III. "	23	3	20	-	23	-	23	-	23
Sebészi tuberculosus	11	10	1	6	5	3	8	-	11
Mirigy tuberculosus	5	5	-	5	-	2	3	-	5
Savóshártya tuberculosus	4	3	1	2	2	-	4	-	4
Börtuberculosus	1	1	-	1	-	1	-	-	1
Összesen	98	75	23	26	72	14	84	-	98

A biztos gümös folyamatok között a reactio sürűbben észlelhető. Így a Koch-tuberculin reactiót 76·5% ban, a human filtratét 26·5% ban, a bovin filtratét 14·2% ban látjuk keletkezni. A negativ esetek számát az igen előhaladt tüdőfolyamatok, egy kezdődő csücsfolyamat, egy operált sebészi tuberculosiselet (caries pedis) és egy súlyos empyemás eset adják; ha ezeket leszámítjuk, akkor elmondhatjuk, hogy a tuberculinreactio minden gümökóros esetben positiv reactiót ad, kivéve, ha a folyamat nagyon előhaladt, vagy ha operatio által a szervezetből a gümös gócz eltávolított. Ez utóbbira nézve e véleményemet azonban csak fenntartással adhatom, mert az 1 észlelt esetből ily következtetés megejtésére nincs jogosultságom. A kezdődő folyamatban egy probativ tuberculin-injectio positiv volt, a mit nem lehet annak rovására írni, hogy esetleg a cutan reactio után megejtett probativ subcutan oltás ezen

cutan reactio folytán állott be, mert negativ cutan oltások után végzett subcutan tuberculinra nem állott be reactio.

A mi a reactio öv nagyságát illeti, szintén számadatokkal állhatok elő, mert a reactio zónák hosszszanti és szélességi átmérőjét a reactio kezdetén és maximumán milliméterekben jegyeztem fel.

IV.

A reactio nagysága.

Reactio neme	2/2-5/5	5/5-10/10	10/10-15/15	15/15-20/20	20/20-23/27
Koch-tuberculin	20	46	31	10	1
Human filtrat	19	14	-	-	-
Bovin filtrat	14	3	-	-	-

* A felső számjegy a hosszúsági, az alsó a szélességi átmérő mm.-ben.

A mint a táblázatos összeállításból látható, a legkifejezettebb reactiókat a Koch-féle tuberculin adta, a mennyiben 77 esetben, az az 70·5% ban a reactio zóna nagysága 5/5-15/15 mm. között ingadozott, míg a human reactio közöl 19 esetben, azaz 60·6% ban, a bovin reactio közöl 14 esetben, azaz 82·3% ban maradt a reactio 2/2-5/5 mm. határok között. Azt pedig, hogy a filtrareactio egyik is a Koch-tuberculin nagyságát elérte, vagy épen meghaladta volna, eseteimben sohasem észleltem. Különbö a reactio nagysága és a folyamat nagysága illetve elterjedése vagy időbeli lefolyása között semmiféle összefüggés sem állapítható meg. Ha ki is zárhatjuk a mechanikai insultus okozta reactionak a reactio zóna nagyságára való befolyását, mert az összes behatások ugyanazon műszerrel, egyforma intenzitású sértés ejtésével végeztettek, úgy, hogy a bőrnek csak felső rétege sérült, de vérzés nem állott be a szűrési helyén, akkor is a fennálló tuberculosus gócztól oly függetlenül jelentkezett a reactio (enyhe és chronikus esetekben esetleg nagy, progrediáló esetekben kis fokú bőrreactio, azonkívül ugyanazon egyéneknél egyszer kisebb, másszor nagyobb reactio állott be), hogy ebből sem a folyamat tartamára, sem a folyamat súlyosságára következtetést vonni nem lehet, tehát prognostikai jelentőséget az oltást követő reactióból nem olvashatni ki.

Felnötteken a reactio diagnostikai jelentősége is sok körülmény egybehatása folytán kisebb értékű. A mint láttuk, oly esetek közöl, melyekben a tuberculosus gyanúja sem állott fenn, 29% ban állott be positiv cutan reactio. Ez a szám bár kisebb azoknál a számadatoknál, a melyekben a szervezetben valahol tuberculosus góczok jelenlétét 80-90%-ra téve találjuk, de körülbelül megfelel a sectiókban általánosan észlelhető azon adatnak, hogy körülbelül minden harmadik sectiora kerülő esetben találhatunk a szervezetben valahol egy esetleg teljesen eltokolódott, régi tuberculosus góczot. Úgy látszik, hogy a cutan reactio ezen góczok jelenlétében is positive keletkeznek, a mi ezen reactio érzékenységet bizonyítja, de épen ezen túlérzékenység egyúttal nagy hibája is, a mely használhatósága elé felnőtt egyének tuberculosusának megállapításakor erős korlátokat állít. Nem is mondhatjuk, hogy ezen nem tuberculosus esetekben a reactio öv kicsiny volna, mert itt is voltak és pedig nem is egy esetben 20-17, 14-20 mm.-es reactio zónák, tehát épen olyanok, mint a melyeknek a klinikailag megállapítható tuberculosusban fordultak elő. Épen ezért sem a reactio positiv voltából, sem a nagyságából, és hozzátehetjük, sem a reactio megjelenési idejéből nem következtethetünk másra, csak arra, hogy valahol a szervezetben tuberculosus gócz van jelen; de épen azért, mert a reactio nem lokalizál, oly esetekben, hol arról van szó, hogy a kérdéses elváltozás, a kissé rövidült kopogtatási hang, vagy a kissé hangosabb és érdesebb légzés, a diffus tüdőhurut tuberculosus természetű-e vagy sem, positiv választ még akkor sem kaphatunk, ha a reactio positiv értelemben üt ki. Ha a reactio negativ marad, akkor több-kevesebb valószínűséggel következtethetünk arra, hogy valóban nincs tuberculosus jelen, de a következtetés még ily esetekben sem absolut biztos, mert két oly esetben, a hol kifejezett klinikai tüneteket adó csücsfolyamat

volt jelen (az egyikben bacillusok is voltak a köpetben, a másikban köpet nem volt, s így ez utóbbi a gyanús esetek közé soroztatott) és a cutan reakciók negatívok voltak, az alkalmazott probatív tuberculinoltás úgy általános, mint lokális tüneteket okozott, bizonyítékul annak, hogy a cutan reactio kimaradása ez esetekben nem jelezte ezúttal a tuberculosis hiányát, sőt épen az ellenkezője állott fenn. Oly esetekben is negatív marad a cutan oltás, a hol meningitis tuberculosa áll fenn (ily esetem nem volt, egyetlen meningitis-esetem serosus meningitisnek bizonyult a boncoláskor és tuberculosis a szervezetben sehol sem volt jelen), melynek kórismézésére tehát még a cerebrospinal folyadék cytologiai vizsgálata is több támpontot szolgáltat mint a cutan reactio. Ily esetek tehát a negatív értelmű következtetések elé is határokat vonnak, de negatív következtetések megejtésére általában több jogunk van, mint pozitívokra.

Előrehaladt folyamatokban általában nem áll be reactio és így maradnak oly esetek, melyekben más vizsgáló módok, ezek között legfőképen a köpet bakteriologiai vizsgálata, a folyamat tuberculosos voltáról úgyis felvilágosítást adnak. Ily esetekben tehát a pozitív reactio mint a körjelzést megerősítő tünet fogadható el a nélkül, hogy körjelzési szempontból nagyobb súlya volna.

Ha a reakciókat az elkülönítő kórisme szempontjából vizsgáljuk, akkor a reakcióknak még kisebb az értékük. Ha elveszünk is, hogy kétféle fertőzési forrás van, akkor is ennek megfelelően a filtratreakcióknak összességükben ugyanolyan számmal kellene pozitív reakciót feltüntetni, a hány esetben a Koch-tuberculin pozitív. Ezt pedig eseteimben nem találtam. 108 pozitív Koch-reactioval szemben 59 filtratreactio, azaz, mivel 12 esetben mind a kettő egyugyanazon egyénen keletkezett, 47 filtratreactio áll. 61 esetben tehát a filtratreakciók az infectio természetét nem jelezték. Egy olyan reactio, mely 56 5/10-ban nem ad a meglevő fertőzés eredetéről számot, az elkülönítő körjelzés szempontjából értéktelennek mondható. Azonkívül még más szempontok szerint is kell a dolgot bírálunk. Tudjuk jól, hogy a human és bovin tuberculosisbacillusok igen közel állnak egymáshoz, igen sok tekintetben azonos morphologiai és biologiai sajátosságokkal rendelkeznek. Mind a kettő tartalmaz oly anyagot, mely a Koch régi tuberculinjában benne van, ezt már ezen reakciók is bizonyítják, mert minden filtratreactio mellett egyúttal Koch-tuberculinreactio is beállott. Elképzelhető tehát, hogy a kétféle, a diagnosis elkülönítésére használt antigennél a szervezetben jelenlevő egy antitest a csoportos reactionnak megfelelő alakban két reakciót hozott létre, a mi miatt oly esetekben, a hol mindkét, a human és bovin filtratreactio is beállott, tulajdonképen egy fertőzés és nem vegyes fertőzés áll fenn, a mely esetben azonban még a titer megállapításának módszere sem áll rendelkezésünkre. Általában a filtratreakciók értéke csak akkor volna bizonyító, ha egyúttal pontos bakteriologiai vizsgálatok végeztetnének, melyeknek eredménye a cutan reakciók eredményével teljesen megegyeznék. Emberben pedig, bár néhány esetben bovin typusú bacillusokat kitenyésztettek, általában a human tuberculosisbacillusalakok idéznek elő inkább fertőzést, és így tekintve, hogy oly bakteriologiai vizsgálatok, melyek a bovin fertőzést mutatták ki, csak igen csekély számúak, az elkülönítő reakcióktól már e miatt is csak csekély értékű felvilágosítást remélhetünk.

Összefoglalva: a cutan reakcióknak, főleg azok elkülönítő alakjának a felnöttek tuberculosis-körjelzésében alárendelt szerepet tulajdonítok. A felnőtt ember a tuberculosisfertőzésnek oly gyakran van kitéve, hogy mint a tapasztalat bizonyítja, sokkal többször inficiáltatik, mintsem arról tudomásunk volna. (A nem tuberculosos betegeken beállott pozitív cutan reakciók nagy része — 20 pozitív reakcióból 17 — 30 évesnél idősebb egyénen állott be.) És ha ezen elrejtett és a szervezetre semmi káros befolyással sem bíró eltolt vagy gyógyult gócz is ki tud váltani ily reakciót, akkor adott esetben, midőn oly fontos dolog felett kell döntenünk, vajjon az illető tuberculosos-e vagy sem, kivált ha tekintetbe veszünk, hogy a megadandó választól a kérdéses egyén egész életberendezése függ, könnyelműen járnánk el, ha a reactio pozitív voltából egyúttal meglevő tuberculosisra következtetnénk.

Közlés a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., udvari tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.)

Adatok az ajakrák sebészeti gyógykezeléséhez.

(Az I. sz. sebészeti klinikán elért eredmények.)

Irta: Steiner Pál dr., egyetemi tanársegéd.

Ama nagy mozgalomban, a mely világszerte a rákbetegség leküzdésére irányul, két momentum ragadja meg kiválóan figyelmünket: az egyik a korai műtét szükségének elismerése, a másik a radikális en bloc operatio jelszava. Ezen minden tekintetben jogosult törekvésnek megvan a maga kőrboncolástani alapja. Heidenhain¹ figyelmeztet arra, hogy a különböző szervek rákjának megvan a sajátos, törvényszerű terjedésmódja, a mely az illető szerv nyirokérrendszere szerint változik s egyúttal hangoztatja, hogy ezélszerű és hasznos műtési tervünk ezek ismerete mellett épülhet csak fel. Nem érhetjük be pusztán az elsődleges gócz eltávolításával, hanem számba véve a rák terjedését a nyirokutakon és a nyirokmirigyeken, ezútdatoson kell a megfelelő tájak kitakarítását végeznünk. Csak szűk korlátok közt fogadhatjuk el Virchow értelmében, hogy a rák kezdetben csak helyi megbetegedés, mert ha a kezdeti időt a betegnek bementására bizzuk, s ezen alapon állva csak lokális rákkiirtást végeznünk, csakhamar azon szomorú tapasztalatra jutunk, hogy műtétünk illusorius, beavatkozásunk eredmény nélküli. Ezért gyökeres műtétnek csak azon operatiót tekinthetjük, a mely az elsődleges gócz és a tájéki nyirokutak és mirigyek kiirtását tüzi feladatául. Ismerve az ajakrák terjedésének útjait, ismerve a tájéki nyirokutakat és -mirigyeket, okulva azon klinikai tapasztalaton, hogy az állalatti tájak gondos kitakarítása után a mély carotis mirigyekben támadt recidiva, nem érjük be eseteinkben a Kocher-féle gallérmetszéssel, hanem Dollinger szerint e metszést Z-alakúvá egészítjük ki, az egész nyaki tájéket, mint anatómiai praeparatumot feltárjuk s így módunkban áll gyökeres kitakarítást végeznünk. Sőt tovább megyünk, ismerve, hogy a contralaterális nyirokmirigyek és nyirokutak rákosan beszűrődhetnek, nem lehet elégséges a nyaki tájék egyoldali feltárása, hanem minden esetben a két nyaki tájék kitakarítását követeljük s méltán, mert klinikai tapasztalatok is igazolják, hogy a megfelelő nyirokmirigyek épsége vagy kis fokban való bántalmazottsága mellett az ellenoldali mirigyek szűrődtek be rákosan. Újabb vizsgálatok, a melyek az arcz, ajak és pofa nyirokérrendszerére irányulnak, így Most² alapos topographiai tanulmánya, csak megerősíthetnek ezen elvünk szigorú keresztülvitelében.

Az elmúlt 10 év folyamán 158 elsődleges és 42 recidiv ajakrák-műtétet, tehát összesen 200 műtétet végeztünk ajakrák miatt. Sebészi beavatkozásunk értékének elbírálásakor ugyanazon szempontokból indulunk ki, mint előbbi dolgozatunkban,³ a mennyiben kutatjuk azt, hogy eseteink milyen részében sikerül 3 illetve 5 évi recidivamentességet elérnünk. Ezen törekvésünkben a legnagyobb objectivitas vezet, nem lehet feladatunk csalóka számokkal hiú ábrándban ringatni magunkat, hanem reális alapon állva, igaz képet igyekszünk nyújtani. Nem vonjuk le sem az operatív halálozást, sem az intercurrens mortalitást, hanem ismert eseteinkre vonatkoztatva mindegyiket a megfelelő számmal illetjük. Az eredmény szemlélése mindenesetre a műtési beavatkozás és módszerünk helyessége és jogosultsága mellett szól, de egyúttal mutatja azt is, hogy ez irányban tovább kell dolgozni, hogy fogyatékoságunk, tökéletlenségünk még kisebb legyen. Az eredmény serkent a munkásságra, mondja Wölfler,⁴ de az eredménytelenség tanulmányozásán is okulunk. Dolgozatunk úgy a sikert, mint a hiányokat őszintén feltárva, ezen czél szolgálatába szegődött. Czélszerű a műtési eredmény elbírálása végett eseteinket

¹ Heidenhain: Ueber d. Ursachen der lokalen Krebsrezidive. Arch. f. klin. Chir., 1889., 39. k. 1. f.

² A. Most: Die Topographie des Lymphgefäßapparates des Kopfes und des Halses. Berlin, 1906.

³ Steiner Pál: Adatok a rák statistikájához. Orvosi Hetilap, 1905. 40—44. sz.

⁴ Wölfler: XXV. Chirurg.-Congress.

2 csoportban tárgyalni, úgymint 1. a primaer rákok, 2. a recidiv rákok csoportjában.

I. Elsődleges ajakrák.

Elsődleges ajakrákkal az utolsó 10 évben 158 esettel volt dolgunk, ennyi esetben avatkoztunk be operative. *Nemre* nézve 144 esetben fi, 14 esetben nő volt a beteg, vagyis eseteink 8·8% a volt nő, a mi *Wölfler*¹ 7·1%-ával eléggé egybevág. A rák *székhelye* eseteinkben 146 esetben volt az alsó ajk, 12 esetben a felső; érdekes és kiemelendő, hogy ezen 12 felsőajakrák közül csak 3 fordult elő nőn, vagyis 25%; 11 esetben az alsőajakrák nőn volt, vagyis az alsőajakrák eloszlása férfira a nőhöz úgy viszonylik mint 12·2:1, a felsőajakráké pedig mint 3:1. Ez utóbbi szám megdönti azon általában elfogadott nézetet, hogy a felső ajak rákos megbetegedése a nőn gyakoribb. *Wölfler* 8 felsőajakrák esetéből 3 esik férfira és 5 nőre, a mi 0·6:1 viszonyt felel meg.

A rák 42 esetben a bal, 40 esetben a jobb ajakfélen, 62 esetben a középén és 14 esetben az egész ajakon ült, úgy hogy az alsó ajak egyik részletének sem tapasztaltuk különös praedispositioját a rákos megbetegedésre. A 12 felsőajakrák közül ellenben 10 a középén, 1 a bal, 1 a jobb ajakfélen ült, tehát felsőajakrák-eleteink 83·4%-a volt a középén.

A mi a kor szerint való eloszlást illeti a 158 esetben

20—30 év közt	1 beteg
31—35 " "	3 "
36—40 " "	6 "
41—45 " "	17 "
46—50 " "	28 "
51—55 " "	24 "
56—60 " "	36 "
61—65 " "	26 "
66—70 " "	5 "
71—75 " "	11 "
76—80 " "	1 "

158 beteg

vagyis azt látjuk, hogy eseteinkből 131 esik a 41—65. év közé, a mi 82·9%-nak felel meg. Leggyakoribb az ajakrák az 56—60. év közt és ezen tapasztalatunk *Fricke* és *Wölfler* hasonló megfigyelésével megegyezik.

A mai korban, a mely a korai műtét szükségét hangoztatja, még mindig azt látjuk, hogy eseteinknek körülbelül fele az első éven túl keresi fel a klinikát, sőt mi több, eseteink 40—45%-a a klinikán nyeri az első orvosi segítyt. Ha ezen nemtörődöm-séget látjuk, a nagyközönség bevonását a rák elleni küzdelemben még a canerphobia növelésének árán is jogosultnak kell tartanunk Nézzük csak, mennyi ideje állott fenn a rák ama 158 betegre, midőn a klinikát felkereste.

6 héten belül jelentkezett	6 beteg
6 hét—3 hón belül jelentkezett	22 "
4 hó—6 " " " " " " " " " "	33 "
7 hó—1 éven " " " " " " " " " "	27 "

vagyis az első éven belül 88 beteg

1—2 év közt	30 beteg
2—3 " "	19 "
3—4 " "	11 "
4—5 " "	2 "
5—6 " "	2 "
6—7 " "	4 "
7—8 " "	1 "
16 " után	1 "

70 beteg

Tehát eseteink 55·6%-a jelentkezik az első éven belül; *Wölfler* 199 esete közül 70% jött az első éven.

Ha eseteinkben keressük, mi volt a rák fejlődésének oka, nem zárkozhattunk el azon tény elől, hogy a rák keletkezé-

¹ *Ebel*: Zur Statistik des Carc. der Unterlippe (Klinik *Wölfler*). Beitr. z. klin. Chir. 40. k. 3. f.

sére helybeli dispositio kell. E dispositioiban mint causa movens szerepelnek 1. a különböző *izgalmak*, a melyeket a pipázás tart fenn. Betegeink leginkább a földművesosztályból kerültek ki s csak a legkritkább esetekben, alig 10 esetben, halljuk, hogy nem pipáztak, nem dohányoztak; a többiek határozott abusust követtek el a nicotinnal s mi sem bizonyítja jobban az állandó pipázás káros hatását, mint ama 5 esetünk, a melyben a betegek az egyik ajakfélen tartották állandóan pipájukat s a rák a megfelelő oldalon fejlődött.

A dispositio második csoportjába az előrement *gyuladások* tartoznak, a melyeknek, mint a rákot megelőző betegségeknek, *Bergmann* nagy szerepet tulajdonít. S itt eseteinkben halljuk, hogy láz kíséretében keletkezett *herpes* fajult el rákosan, majd az alsó ajakon rég fennállott *psoriasis* alkotta a rák kiindulását, majd az ajkon ülő *leukoplakiás* folt volt a rák első megjelenési formája. Újabbán miad nagyobb szerepet tulajdonítanak épen a leukoplakiának, s itt figyelmeztetnünk kell arra, hogy ennek fontosságára már *Schwimmer* is utalt „Ueber die idiopathischen Erkrankungen der Schleimhaut der Mundhöhle“ dolgozatában és *Schuchardt*¹ is elismeri fontos szerepét.

A dispositio 3. formáját a *jóindulatú daganatokban* látjuk, a melyek az alsó ajkon mint verrucák, szemölcs, bibires jelennek meg és később rákos átalakulásba jutnak. Ide tartoznak a *hegek* is, a melyek később évek multán a határtalan burjánzás, az infiltratív növekedés jellegét veszik fel. Így 2 esetünkben harapás után visszamaradt heg alkotta a rák kiindulását.

Ezen helybeli dispositión kívül kisebb szerep jut az általánosnak, a melyet az *átöröklés*, a rákos constitutio alatt foglalnak össze. Három esetben hallottuk, hogy a családban rákos megbetegedés fordult elő, egy esetben az anyának emlőrákja, egy esetben az apának pofarákja, egy esetben az egyik fítestvérnek alsőajakrákja volt.

Ezen lokális dispositión kívül nagy szerep jut a kiváltó oknak, a melyet a betegek olyan előszeretettel visznek *egy* traumára vissza. Általában elfogadott igazságnak kell tekintenünk, hogy *egy* trauma nem vált ki rákot, hanem az idült, ismételt behatások azok, a melyek a dystopiás sejtekben a rákos burjánzást megindítják. Tövisnek egyszери karczolás, a melyet egyik betegünk mint kórokozót jelez, alárendelt szerepű azon sok kenegetés, flastromozás, edzés és kuruzslással szemben, a melyet alsó néposztályunkban oly magas fokra fejlődve találunk. Napnap után hallottuk, hogy a kezdődő bibireset, foltot, szemölcsöt, pattanást, pörsenést, hólyagesát fagygyúval, szőlőszirral, pókhálóval, szurokkal, paradicsommal, útifülevéllel borította, sőt saját vizeletével mosogatta a beteg, s hogy mint észlelte ezen kezelés (!) mellett bajának propagálását, tájéki nyirokmirigyek beszűrődését. Így érthetővé válik, hogy 158 eset közül 125 esetben a rák már kifejelyesedett szakban került hozzánk, vagyis eseteink 79%-a és hogy eseteink 70%-ában már tapintással is a tájéki mirigyek rákos infiltratiojáról győződhattunk meg. Hogy ezen körülmény a műtét távolabbi eredményére lényegesen befolyik, azt a priori is elfogadhatjuk. S ha még tekintetbe vesszük, hogy eseteinknek körülbelül 10%-ában a rák már nem szorítkozott az ajakra, hanem a gingivára, a mandibulára is reaterjedt, érthetővé válik, miért nem ideális az ajakrák sebészi gyógykezelésével elért eredményünk. De viszont ezen számok, a melyek nem szük korlátok közé szorított operabilitási elven épülnek fel, hanem tágkörű indicatio mellett végzett műtéteken alapulnak, igazabb képét nyújtják sebészi tudásunknak.

Még röviden néhány szót a műtéti technikáról. Elvünk mindig előbb a nyaki tájak kitakarítása s ettől csak azon esetekben térünk el, a melyekben nagyobb ajakplasztika ezt kívánatossá teszi; ilyenkor az elsődleges gőcz eltávolítását később követi a mirigyek feltárása. Ertérünk a fenti elvtől azon esetekben is, midőn a nyaki mirigyekben a rákos folyamat annyira előrehaladt, hogy a nyakon már fekély ül; ilyenkor az első műtét, analog a fekélyes emlőrák műtevésekor követett eljárásunkkal, kizárólag a fekély eltávolításában áll, így elkerüljük a mély nyaki szövetek befertőzését.

(Vége következik.)

¹ *Schuchardt*: Beiträge zur Entstehung der Carcinome... Leipzig 1885.

Néhány szó a Marmorek-féle gümőkórellenes serumról.

Közli: Weisz Ede dr. (Pöstyén).

Marmorek dr. lumbagoja miatt szeptember havában hosszabb ideig időzvéen Pöstyénben, bőven volt alkalmam a problémáról beszélgetni, melynek megoldásán immár 11 év óta, kezdetben mint a Pasteur-intézet egyik osztályfőnöke, később mint egy párisi magánlaboratórium vezetője szüntelen fáradozik.

Nyilván nagy merészség volt felvenni a zászlót, mely Koch kezéből kihullott volt.

Mikor Marmorek évek előtt mint fiatal ember díszes állását a Pasteur-intézetben otthagya, a Koch-mámor után az egyéni felelősség szinte elviselhetetlen súlyát magára vállalta, sejtünk kellett, hogy az eredmény bizalmatlanság és kétkedés lesz, itélet helyett előítélet.

Marmorek eleinte kizárólag súlyos eseteken vélte eljárásának tűzpróbáját kiállhatni. Más baj is volt. Kezdetben még nem ismerhette az *anaphylaxia* fogalmát. Nem sejtette, hogy a serum, a mennyiben az idült betegséggel szemben huzamosan kellett befecskendezni, mint idegen fehérje nagyon kellemetlen s kumuláló mellékhatásokat szül, főleg a beszúrás helye körül kiterjedt duzzanatot, pír, fájdalmasság stb. alakjában.

Nem esoda, hogy ilyen körülmények között az orvosok, a kik kedvetlenül fogtak az oltáshoz, azt csakhamar abbahagyták. A balsikert igazán nem lehetett volna jobban előkészíteni.

Marmorek ma is azon az állásponton van, hogy a gümőkórellenes serumnak a legtöbb esetben tudnia kell a gyógyulási lehetőségek szerint befolyását érvényesíteni, incidensektől (haemoptoë, meningitis stb.) természetesen eltekintve.

A kezelés prognosisa Marmorek szerint annál jobb, minél rövidebb keletű a megbetegedés és minél fiatalabb maga az egyén, mert nem oly súlyosak az elváltozások és mert az éltesebb szervezet kevésbé rendelkezik a termelőképeség azon fokával, mely az ellenmérgek elég bő és elég élénk produkálásához szükséges.

Ha Marmorek feltevései közül akárcsak ez bizonyulna igaznak, hogy tudniillik épen fiatal egyénekben lehet a betegséget csirájában elfojtani, a mi tudvalevőleg eddig a legnehezebb feladat volt, gyógymódjának jelentősége így is megbecsülhetetlen.

Alkalmam volt két ilyen ellentétes prognosissal esetet látnom is. A 2 beteget személyesen mutathattam be Marmoreknek.

Az egyik 40 évhez közel álló nőbeteg, 5 éves, progresszív folyamattal, tetemes cavernákkal, lesoványodással stb. A halál Marmorek tapasztalatai szerint 1 éven belül várható.

A másik beteg egyik szolgám volt. 19 éves fiatal ember, lapoczkái közti gyakori szúrással, 4-5 hó óta köhög, esténként borzong, éjjel izzad, súlyából 3-4 kilót veszített, gyengeségről panaszkodik. Mindenek szerint oly eset, mely tekintve a tél közelségét, a kedvezőtlen hygienikus viszonyokat, szintén gyors végre látszott praedestinálnak, noha a esúcsok felett csak csekély, de kifejezett tompulat és érdes légzés volt hallható.

(A betegeknek vizsgálata közben Marmorek figyelmeztetett, hogy a kezdő tünetek legelején gyakran rheumatoid fájdalmakkal találkozni. Egy másik nem eléggé ismeretes tünetet is demonstrált a betegekben: a vagusnak nyomásra való érzékenységét a sternocleidomastoideus beloldalan. Az érzékenység azon oldalon szokott nagyobb lenni, a hol a folyamat régebb és előrehaladottabb.)

Marmorek az első esetben kizárta a gyógyulást, csak relatív javulást vár, az életnek talán 2-4 évvel való megnyúlását. Annál meglepőbb volt Marmorek ama kijelentése, hogy a másik beteg néhány heti kezelésre teljesen meg fog gyógyulni.

A két betegről, a kinek kezelését elutazásom folytán egyik kartársam volt szíves Marmorek előírása szerint magára vállalni, nem egész 2 havi kezelés után a következőket jelenthetem:

A súlyosabb esetben a javulás csak alanyi, a beteg közérzete jobb.

A másik beteg, a 19 éves fiatalember, a ki parasztszüléinél nem épen lege artis élt, ma gyógyultnak tekinthető. Megerősödött, jól néz ki, éjjel nem izzad, nem köhög.

Megjegyzendő, hogy Marmorek a serum használata mellett nem fektet súlyt a beteg erőltetett táplálására.

Nem lehet természetesen e helyen 1-2 eset kapcsán a Marmorek-féle serumról véleményt nyilvánítanom. De a szerző-

vel folytatott eszmecsere és az újabb irodalom adatai arra indítanak, hogy a hazai körök figyelmét, a mennyiben nálunk tudtommal behatóbb kísérletek még nem történtek, ezen serumra felhívjam.

Marmoreknek ez év május havában Berlinben tartott előadásából kitűnik, hogy az állatkísérletben a védoltás kérdése matematikai biztossággal meg van oldva. Azonban a védoltás sikerének még a kísérletben is vannak bizonyos kautelái.

Természetesen a betegnél még több a nehézség. Mindenekelőtt az anaphylaxiát, a szervezetnek a következetes befecskendés elleni ellenszenvét kellett legyőzni. Kísérleti alapon megállapíthatta Marmorek, hogy a cumulatio bizonyos idő múlva éri el tetőpontját és hosszabb kezelési szünet után teljesen eltűnik. A kezelésnek azért periodusosnak kell lennie.

Újabb technikai haladást ért el Hoffa, Manheim és Frey a per rectum való adagolás útján, miáltal a subcutan módszer összes kellemetlenségei egy csapással megszűntek.

A kezelés ez idő szerint kétféle séma szerint történik, különböző változatokkal illetve combinációkkal:

a) Tetszés szerinti időig naponként 5-10 cm³ serum befecskendése bélszondával vagy magasan felvezetett Nélaton-katheterrel rectalis úton, természetes defaecatio vagy beöntés után, kevés (10 cm³) langyos vízzel a szondában maradt serumot is kimosva.

b) Két heti periodusokban másodnapos subcutan injectiók — 5 cm³ serum — teljesen asepsises eljárás mellett, megfelelő szünetekkel.

Mielőtt az újabb statistikába betekintünk, nem szabad megfeledkeznünk, hogy rendkívül bajos dolog, akármilyen eljárásról van szó, a tuberculosis terén pontos javulási s gyógyulási arányt megállapítani. Nem rendelkezünk oly egyszerű kulcsal, mint a Behring-féle serumnál. A diphtheriában csak exitus van vagy recidivamentes gyógyulás. Tertium non datur. Ámde a tuberculosis kaleidoskopszerű változatainál miben leljük a biztos fokmérőt? Hiszen még gyógyulás esetén ezer az ártalom, mely évek múltán is újabb infectiót s recidivát okozhat. Még inkább lehetséges ez természetesen a javulás stadiumában.

Van még több momentum, mely a tuberculosis-statistikára nézve kedvezőtlenebb. A diphtheriában még igen súlyos epidemiákban is közel 30% a spontán gyógyulás, enyhe járványokban talán 70%-nál is nagyobb. A mellett elég gyakran egyéb anginák s pseudocroupok is szerepelnek a gyógyultak rovatában. Kétségtelen, hogy a tuberculosisban is létezik spontán gyógyulás, de a deklarált tüdőesetek gyógyaránya vajmi csekély. Ismerőseim s betegeim körében — évek előtt télen át Meránban is gyakoroltam — időközben jóformán minden tüdőbeteg halál fia lett. Más jelentősége van tehát ezen a téren a 25-30% gyógyulásnak és a 25-50% javulásnak.

A gümőkórellenes serum statistikáját még az is igen nagyon rontja, hogy jórésben anatomicé s functionaliter gyógyíthatlan állapotok tehetik a kezelés substratumát. Néha csekély incidensek, haemoptoë, meningitis dönthetik romba a gyógyulásnak nehezen összehordott épületét.

Vége van még egy körülmény, mely a statistikára rontólag kellett hogy hasson. Az esetek nagy számában, főleg a súlyosabb esetekben, a fertőzés vegyes, streptococcusokkal párosult. Tiszta dolog, hogy ilyenkor az egyszerű gümőkórellenes serum, a mit az első években alkalmaztak, nem használható. Marmorek ilyen esetek, számára most duplaserumot készít — a forgalomban levő serum jelenleg mindig kettős hatású —, a mennyiben a serumot szolgáltató lovakat a phthisikus köpetben előforduló streptococcusok ellen is immunizálja.

Ime a különböző momentumok egész sora, melyek a kezdeti actio nehézségeit és ki nem elégitő voltát bőven magyarázzák.

Mint látjuk, Marmorek maga ilyenformán elég élesen vonja meg azokat a határokat, a meddig várakozásaink terjedhetnek. Ha ezen határokat meg gondolatlan vérmességgel túlságosan kitoljuk, ez az ügy érdekében épen oly végzetes hiba, mint a negatív kényelmes álláspontja.

M. Charles Monod az utolsó 3 évből 43 közleményt állított össze. Ezek közül 5 közlemény 43 eset kapcsán nem kedvező, ellenben 39 közlemény 592 eset kapcsán kedvező véleménnyel zárul. A szerencsés esetek közül akárhánynak gyógyulása egye-

nesen meglepő. Főleg a *sebészi* tuberculosisban elért eredmények annyira kielégítőek, hogy egyes szerzők lelkesedéssel beszélnek a serumról.

Marmorek a statistika alapján a következő következtetésre jut: a kezelt betegeknek mintegy $\frac{1}{4}$ része teljesen meggyógyult, $\frac{1}{4}$ része lényegesen javult, $\frac{1}{4}$ -ére a serum kedvezően foly be, míg az utolsó $\frac{1}{4}$ -re nem volt befolyással.

Ha figyelembe vesszük, a mit a tuberculosisstatistikáról általában mondottunk, nevezetesen azon körülményt, hogy az esetek válogatás nélkül kerültek a statistikába illetve kezelés alá és hogy jelentékeny részük súlyos jellegű volt, az 50% lényegesen javulás s gyógyulás mindenestre oly fényes arányszám, melynek megközelítése a serum alkalmazása nélkül lehetetlennek látszik.

Ezek után talán hazánkban sem lehet többé — a mulasztás vádjánál — a *Marmorek*-féle serummal való alapos kísérletet kerekén visszautasítanunk.

A serum teljesen ártalmatlannak bizonyult; tengerimalaczkának 10 cm³-t lehet még intravenosusan is minden baj nélkül befeccskendezni.

Egyébként utalunk a külföldi irodalom utolsó dolgozataira.

Irodalom. *M. Charles Monod*: Sur la serothérapie dans la tuberculose. Extrait du bulletin de l'académie de médecine. (Irodalmi összefoglalás az utolsó 4 évről, 1907 január 15.-éig.) — *Faraggi*: Tuberculose subaiguë guérie par le serum antituberculeux de *Marmorek*. Progrès Médical, 1907. 14. szám. — *Pfeiffer u. Trunk*: Über die Behandlung von Lungentuberkulosen mit *Marmorek's* Antituberculose-serum. Zeitschrift für Tuberculose, XI. kötet, 4. füzet. — *Brauer*: Beiträge zur Klinik der Tuberculose, V. kötet. — *Marmorek*: Weitere Untersuchungen über den Tuberkelbacillus und das Antituberculose-serum. Berliner klin. Wochenschrift, 1907. 20. szám. — *Weil*: Essais sur le traitement de la tuberculose laryngée par le sérum de *Marmorek*. Progrès Médical, 1907. — *Wohlberg*: Über Versuche mit dem Antituberculose-serum *Marmorek*. Berliner klin. Wochenschrift, 1907. 46. szám. — *Frey*: Meine Erfolge mit dem Antituberculose-serum *Marmorek*. Deutsche med. Presse, 1907. 21. szám. — *Weil*: Presse Médicale, 1907. november 16. — *Hymans-Pollak*: Über die Behandlung der Tuberculose mit *Marmorek's*chem Serum. Berliner klinische Wochenschrift, 1907. 48—49. sz.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Turán Bódog dr.: Orvosi szervezkedési törekvések nálunk és a külföldön. Budapest, 1907. 93 l. Ára füzve 1 kor. 50 f.

Bőséges és ügyesen csoportosított, megbízható statisztikai adatok alapján *Turán* dr. híven ismerteti hazánk, valamint Ausztria, Németország, Svájc, Olasz-, Francia-, és Angolország orvosügyi viszonyait. Összehasonlító módszerrel részletesen szemlélteti az orvosi rend küzdelmeit az utolsó évtizedekben és jelenlegi, válságosnak mondható helyzetét hazánkban, a melyet a közegészségügy rendezetlensége, az orvosoknak ezzel kapcsolatos aránytalan eloszlása az országban és túlszűfolttsága a városokban, továbbá a különféle betegsegélyező egyesületek meg pénzintézetek és a nagyszámú ingyenes rendelő intézetek mellett a munkásbiztosító-pénztári intézmény nagymérvű kiterjesztése idézett elő. Kétséget kizáró módon bebizonyítja, hogy az orvosi rend társadalmi helyzete mindenütt az illető állam általános gazdasági állapotától függ és ezért orvosoknak tisztán ethikai alapra helyezhető szervezkedései, milyenek az orvosi szövetségek és kamarák, az orvosi rend nyomasztó és mindinkább rosszabbodó anyagi helyzetét lényegesen nem javíthatják. Kimutatja, hogy egyedül az orvosoknak gazdasági alapon való szervezkedése szeresheti meg az orvosi rendnek a műveltségének meg munkásságának megfelelő erkölcsi és anyagi posztitót. Az orvosok solidaritása és kitartó, céltudatos tevékenysége a gazdasági szervezkedés terén meg fogja teremteni a szükséges anyagi előfeltételeket arra, hogy az orvosi rend kivívhatta a munkájának megfelelő díjazását, az önművelődését gátló túlterheltségének megszűnését, közvetve pedig az orvosi rend tudományos niveaujának emelkedését és a közegészségi állapotok javulását.

Turán dr. volt az első, a ki hazánkban az orvosokat a gazdasági szervezkedés czélszerű és nélkülözhetetlen voltára figyel-

meztette, már évek óta szóval meg írásban küzd az égető orvostársadalmi kérdések sikeres megoldása érdekében és valóban érdemes férfiut ért a jutalom, midőn a budapesti orvosi kaszinó, a mely dícséretes módon igyekszik fejleszteni a magyar orvostársadalmi irodalmat, *Turán* dr.-nak ezt az értekezését négyszáz koronás pályadíjjal tüntette ki.

Melegen óhajtom, hogy mennél több kartársunk olvassa el a mindvégig érdekes és tanulságos tüzetet. *Tihanyi Mór* dr.

A. Bruck: Die Krankheiten der Nase und Mundhöhle, sowie des Rachens und des Kehlkopfes. 1907. Urban und Schwarzenberg. Berlin-Wien.

A szerző 457 lapon 217 ábrával vázlatos, de világos foglalatban tárgyalja az orr, a száj, a torok és a gége bántalmait. Tapasztalatai alapján a gyakorló orvos álláspontján áll és nagy súlyt fektet a vizsgálati módszerekre, a műszerekre, a kór- és gyógytanra, tanulságos ábrákkal. A könyvnek hibája, hogy vademeumnak bő, tankönyvnek pedig rövid. Az aránylag nagy terjedelem mellett szembetűnik az egyes fejezetek és kérdések rövid vázlatos foglalatja és bár a sok jó gyakorlati útmutatás és helyes felfogás előnyére válik a könyvnek, nem találjuk szerencsés és célravezető gondolatnak, ilyen nagy terjedelem mellett a vázlatos feldolgozást. A munka, minthogy mindent felölel és az egyes kóralakok és kérdések rövid foglalatja világos, áttekinthető és a gyakorlati tapasztalatok tömör tanulságos képét nyújtja, ajánlható. *Ónodi.*

Erich Hoffmann: Atlas der ätiologischen und experimentellen Syphilisforschung. Verlag von Julius Springer. Berlin, 1908.

A szerző *Schaudinn*-nak, a tragikus véget ért bűvárnak akart ezen atlaszszal emléket emelni. Dülöre vitte ezen törekvését *Neisser* kezdésével a Deutsche Dermatologische Gesellschaft, a midőn a kiadás nem csekély költségeit *Hoffmann*-nak rendelkezésére bocsátá.

Az atlasz és a magyarázó szöveg magvát *Hoffmann*-nak a berni congressuson (1906) a syphilis aetiologiájáról tartott referatuma és az ahhoz készített rajzok alkották, melyeket azután külföldi autoroktól kapott készítmények rajzaival és szöveggel egészített ki.

A kísérleti állatok képeit *Landsberg* állatfestő, a parasitológiai és histológiai képeket pedig *Helbig* tudományos rajzoló készítette, a minnek tetemes költségeit *Simon E.* dr. juris-nak a syphilisbűvárlatra szánt alapítványa fedezte. A képek sokszorosítását *Werner* és *Winter* hires lithographiai intézete végezte.

A munkának 55 oldalnyi magyarázó szövege, 30 színnyomatos, 4 fotografált táblája van. Ebből 7 színnyomatos tábla a kísérleti állatok (anthropoid és alacsony rendű majmok, nyúl és juh) oltási eredményeit, 23 színnyomatos és 4 fotografos tábla pedig a syphilis mikrobiológiájának mai állását és az eddig ismert és a syphiliséhez hasonló mikroorganizmusokat tárja elénk. A könyv elejét *Schaudinn* arezmása díszíti. Alig kell a fentiek után külön kiemelnem, hogy a rajzok élethűek és a lehető leg-tökéletesebbek, és hogy a szöveg is világos, kimerítő, úgy hogy ezen atlasznak minden orvos, laboratórium és bűvár kitűnő hasznát veheti.

Hoffmann ezen munkájával ismét nagy szolgálatot tett a syphilis aetiológiai kutatásának, mert el kell ismernünk, hogy *Schaudinn* felfedezésének ő volt a gyakorlati életben első érvényesítője, lelkes és fáradhatatlan terjesztője ismerős szaktársai és a publicistika körében. A munka nyomása és külső kiállítása is díszes; ára nincs jelezve, de úgy tudom, hogy nem nagy.

Róna Sámuel.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Mennyi fehérjére van szüksége az emberi szervezetnek? Azon anyagcserevizsgálatok alapján, a melyek szerint aránylag kevés fehérjével is fenntartható az úgynevezett nitrogeneqyensúly, általában felveszik, hogy a szervezetnek nagyon kevés fehérjére van szüksége s ezt a fehérjeminimumot meg is szabták. *Forster*

strassburgi tanár szerint azonban a kérdés nem ilyen egyszerű. Az ember szerveinek felépítéséhez és fenntartásához a fehérjén, zsíron és szénhidrátokon kívül még elegendő mennyiségű más anyagot, például hamualkotórészeket is szükségel. Ezek a tápszerekben fehérjenemű anyagokhoz vannak kötve, vagy legalább is vonatkozásban állanak a fehérjével. Félő tehát, hogy kevés fehérje bevitele esetén a hamualkotórészek hiányossága miatt a táplálkozás csorbát szenved. Tekintetbe veendő továbbá az is, hogy a szervezetre nélkülözhetetlen bizonyos anyagok, így az emésztőfermentumok, a belső secretio termékei, védőanyagok stb. tulajdonképpen a fehérjeszételéskor képződnek. Ezen anyagok némelyikéről már ki is mutatták, hogy termelődésük arányban áll a fehérjeszételéssel. Hiányos fehérjebevitel esetén tehát ezek az anyagok is kisebb mennyiségben termelődve, a szervezet megkárosodhatik. Mindezeket tekintetbe kell venni, a mikor a szervezet részéről megkívánt fehérjeminimum megállapításáról van szó s nem szabad megelégedni a nitrogengyensúly figyelembe vevésével. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1907. 49. szám.)

Belorvostan.

Tüdőgümőkór, bronchiectasia és aspiratiós tüdőbaj esetiben a mesterséges pneumothorax-szal tett tapasztalatairól számol be *Schmidt A.* hallei tanár. A mi először is a tüdőgümőkórosokat illeti, aránylag kevés eset alkalmas erre a kezelésre, egyrészt mert nagyon sok esetben a meglévő mellhártyaösszenövés megakadályozza a pneumothorax keletkezését, másrészt sokszor nem szorítkozik a baj az egyik mellkasfélre. Vannak esetek, a melyekben a gümőkóros folyamat az egyik félre szorítkozónak látszik, noha a másik tüdőfélben is van latens gócz, a mely rohamosan rosszabbodik, ha a másik mellkasfélben nagyobb fokú pneumothoraxot létesítünk. Cél szerű azért eleinte inkább gyakrabban, de mindig csak kevés levegőt bevinni (500 cm³). Vég-eredményképen oda nyilatkozik a szerző, hogy alkalmas esetekben hosszú időn át következetesen végezve az eljárást, jó eredmény érhető el. Bronchiectasia eseteiben teljesen eredménytelen volt a szóban forgó eljárás. Nagyon kedvező volt azonban az eredmény úgynevezett aspiratiós tüdőbaj három esetében (1. aspiratiós pneumonia torokrák mellett; 2. bronchitis foetida anthracosisos hörgőmirigy áttörése következtében; 3. ismeretlen okból támadt bronchitis foetida pneumoniával szövődve); mind a három beteg meggyógyult. A mi az eljárás technikáját illeti: a szerző tompa troicart-ját használja, a melynek az éles tüvel szemben az az előnye, hogy a pleura átdőfésekor jellemző érzést nyerünk és hogy a fokozott ellentállásból összenövésre következtethetünk. A behatolás legcélszerűbben a hátulsó hónaljvonalban, a 9. bordaközben történik, helyi érzéstelenítés mellett; cél szerű előzően morphiomot is befecskendezni a beteg megnyugtatása és az összenövések esetén támadó fájdalmak mérséklése céljából. Az összenőtt pleuralemezeken át a tüdőbe jutás veszélye nem kerülhető el; ez az esemény azonban az esetek többségében nem okoz bajt. Kellemtlen szövödmény a punctio helyén támadó subcutan emphysema, a mely azonban többnyire körülírt marad és néhány nap alatt eltűnik. Forlanitól és Brauertól eltérően, a kik tiszta nitrogennel létesítik a pneumothoraxot, a szerző közönséges steril levegőt használ. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1907. 49. sz.)

A végbélen át táplálás kivált-e gyomornedvelválasztást? *Umber* tanár kifogástalan kísérlettel kimutatta, hogy a tápláló klymsma gyomornedvelválasztást vált ki, a minek — eltekintve attól, hogy a végbélnyálkahártya és a gyomornedvelválasztás közötti reflexösszeköttetés létezését bizonyítja — némi gyakorlati jelentősége is van, a mennyiben arra utal, hogy erősebben vérző gyomorfekély eseteiben az első napon még a tápláló klysmától is tartózkodni kell; legjobb ilyenkor csak physiologiai konyhasó-oldatot vinni a bélbe vagy még helyesebben a bőr alá. (Berliner klinische Wochenschrift, 1907. 48. szám.)

Cylindruria és albuminuria. *Asch* strassburgi docens nagyszámú állatkísérletben vizsgálta a bakteriumok és bakteriumtermékek hatását a vesére s tapasztalatai alapján arra az eredményre jutott, hogy a vizeletben akárhányszor nem mutatható ki fehérje, noha a vesék súlyosan betegek, cylinderek pedig talál-

hatók. Vesebetegségre gyanú esetén tehát nem szabad megelégednünk a fehérjére való vizsgálattal, hanem fehérjehiány esetén cylinderekre is pontosan meg kell vizsgálni a vizeletet. Megjegyzendő azonban, hogy néha kifejezett vesebaj esetén a cylinderek is hiányoznak. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1907. 50. szám.)

A gümőkórnak Marmorek-serummal és új tuberculinnal gyógyításáról ír *Elsaesser*, a mannheimi tüdőbeteg-kórház főorvosa. A Marmorek-serumot 25 esetben használta, még pedig 5—20 cm³-es adagokban a végbélen át; a bőr alá fecskendezés a velejáró kellemetlenségek miatt nem volt huzamosabb ideig folytatható. A 25 beteg közül 12 csupán Marmorek-serumot kapott, 13 pedig a serummal gyógyítás előtt vagy után új tuberculint is. Ez utóbbiak közül nyolcban javulás nem mutatkozott, ötben pedig a javulás nem a serum, hanem az új tuberculin használata után következett be. A csupán serummal kezelt 12 beteg közül 7 nem javult, 5 pedig javult; a javulást azonban a szerző nem annyira a serum hatásának, mint inkább a kórházi ápolásnak tudja be. Egy esetben határozottan kedvező hatású volt a serum a láz és a rázóhidegek megszüntetése szempontjából; ezt a szerző annak tulajdonítja, hogy a Marmorek-serum egyúttal streptococcus-antitoxint is tartalmaz s ez utóbbi hatása folytán szűnt meg ebben az esetben a láz, a mennyiben ezt az illető esetben streptococcusok okozták: maga a gümőkóros folyamat feltartóztathatlanul haladt s nemsokára halálra vezetett. A kórház sebészeti osztályán is használták sebészeti gümőkór hét esetében a Marmorek-serumot; öt esetben teljesen eredménytelen volt a kezelés, két esetben a sipolyok záródása talán a serum hatásának tudható be.

Határozottan kedvezőbbek az új tuberculinnal (bacillus-emulsio) végzett gyógyítás eredményei. Ezen a módon kezelt 56 ambulans betegről számol be a szerző; közülök 21 a betegségnek első, 33 a második és 2 a harmadik szakában volt. Az első szakban volt 21 beteg közül 11 gyógyult, nyolcban a betegség megállapodott és csak 2 beteget kellett sanatoriumba küldeni. A második szak 33 betege közül 20-ban megállapodott a baj, 1—1-et sanatoriumba, illetve kórházba kellett küldeni, kettő abbahagyta a kezelést, hat csak keveset javult, és három nem javult. A harmadik szakban volt két beteg állapota nem javult. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1907. 51. szám.)

Idegkórtan.

Hypophysisdaganat műtévése sikerült *Frankl-Hochwart* és *Eiselsberg* esetében. A 20 éves betegnek már évek óta fájt a feje és gyakran volt hányása, később a testsúly gyarapodásnak indult és előbb a bal, majd a jobb oldalon gyengült meg a látás. Ekkor a jobb oldalon szemidegsorvadás, a balon halántéki hemianopsia derült ki. A beteg annyira hájas volt, hogy a penis a zsírszövetből alig látszott ki. A pajzsmirigykezelés némi fogyást hozott és a többi tünetekben is javulás állott elő. De ezt nemsokára újból rosszabbodás váltotta fel. A szerzők szerint ez az eset annak bizonyosságára szolgál, hogy az akromegalia hiányakor támadó gyors kőeredés és a bőrnek myxoedemához hasonló külseje a hypophysis megbetegedésére tereli a gyanút.

A fejfájás fokozódásakor *Eiselsberg* az orr felől hatolt a hypophysishez és sikerült azt eltávolítania. A fejfájás szűnt, a látás javult, a látótér tágult. A beteg megerősödött. (Neurol. Centralbl. 1907 november 1.) *Kollarits Jenő* dr.

A gyermekkori hysteria kóroktanában *A. Schmidt* (Tübingen) összeállítása szerint, a melyet *Romberg* belklinikája anyagán eszközölt, feltűnő ritka a trauma. Szerinte traumás neurosis azért nem fejlődik a gyermekekben, mert ennek a felnőttön többnyire az életjáradék elérése a legfőbb oka, a mi pedig gyermekekben nem jön szóba. Sokkal nagyobb az ijedtség szerepe és nagyon gyakran szervi bajok indítják meg a hysteriát, pl. diphtheriás polyneuritis után abasia, vakbélgyulladás után hemihyperaesthesia és valamely végtag bármilyen megbetegedése után a végtag bénulása következik. Öröklött terheltségnek a szerző sokszor nem tudott nyomára jutni. Nagyon fontos, hogy a szülők miképp viselkednek a gyermekkel szemben a baj kezdetekor. A tünetek többnyire egyszerűek,

az esetek többsége monosymptomás. Ez a gyermek jellemének megfelel. A fiúk hysteriája ritkább, mint a leányoké (33:55) és enyhébb szokott lenni. Koraérett, értelmes gyermekek, az iskolai jó tanulók inkább hysteriások, bár ez a baj a gyengébb képességűeken sem ritka. A gyógyítást Schmidt „Überrumplungstherapie“-nak nevezi, határozott suggestio a villamos áram segítségével. A prognosis többnyire jónak látszott annyiban, hogy a gyógyulás ritkán késett, de hogy állandó volt-e, nehezen állapítható meg. 7 évvel a baj kitörése után 48 gyermek közül 28 egészséges volt, 16 munkaképes, de fejfájós és álmatlan, 2 változatlan maradt, 2 más bajba esett. (Inaug.-Dissert. Tübingen, 1907.)

Kollarits Jenő dr.

Inreflexhiány kimutatható idegrendszer megbetegedés nélkül cím alatt Kölpin 16 éves leány esetét közli, a kinek nem volt sem patella-, sem Achilles-inreflexe. A leányon, a ki több ízben gyujtogatott, ezen kívül semmi kóros tünet sem volt található. Elmebaj nem volt határozottan felvehető, de mégis impulsív tébolyodottságra (Kraepelin) állott fenn gyanú. Kölpin azt gondolja, hogy világrahozott anomaliáról van szó. Sommer hasonlót észlelt és az ilyen inreflexhiányt degenerációs jelnek tartja. E nézethez csatlakozik a szerző is és arra a végeredményre jut, hogy egyes kivételes esetekben a patella-inreflex az idegrendszer megbetegedése nélkül is előfordulhat. Ez a következtetés azonban eléggé hibás, minthogy a gyujtogatás miatt elméje ép voltának bizonyítására szoruló leány nem tekinthető egészséges idegrendszerűnek. (Deutsche med. Woch. 1907 október 31.)

Kollarits Jenő dr.

Sebészet.

Szerzett vesedystopiának hydronephrosissal szövődött esetéről referál Schaad a baseli sebészeti klinikáról. A beteget acut féregnyújtványgyulladás tüneteivel szállították a klinikára; a narcosisban megéjtett vizsgálat a kis medence beemefénél a promontoriumtól jobbra ülő daganatot mutatott. A has felmetszésekor ép féregnyújtványt találtak a transperitoneális úton egy dystopiás hydronephrosissal vesét távolítottak el. A hydronephrosis oka az ureternek derékszőgű megtörése volt a vesemedenczéből való kilépésének helyén. A lefolyásban egy vékonybélkacsnak a retroperitoneális seb drainezése folytán keletkezett sövénynyel való összenövése miatt ileustünetek jelentkeztek, a mi ileocolostomiát tett szükségessé. Később még súlyos angina hányással zavarta a lefolyást, a mely a visszamaradt vesének gyuladása folytán jött létre. A beteg meggyógyult. Ezen esetben a vesedystopia szerzett volt, még pedig traumás eredetű. A vesedystopia lehet veleszületett, lehet szerzett; az irodalomban eddig Israel-en kívül kevés súlyt fektettek a szerzett vesedystopiákra, a melyek traumához, vándorvese fixálásához és skoliosishoz szoktak társulni. Ezen eset alapján, a melyet pontosan észleltek, bár a diagnózis a műtét előtt hibás volt, a vesedystopia kérdését figyelemre méltó módon tárgyalják; a részletekre nézve azonban az eredeti közlésre kell utalnunk. (Deutsche Zeitschrift f. Chir., 1907. 90. k. 3—4. f.)

Steiner Pál dr.

Csontképződésről az emberi penisben értekezik Frangenheim és az irodalomban ismertett 6 boncolási lelethez (egyik Lenhossék-tól származik, Virchow's Archiv 60 k.) és az operált 4 esethez egy újabb esettel járul, a melyet Lexer königsbergi tanár operált. Az 56 éves beteg penisén 8 hó óta fejlődött a dorsalis felszínen egy lapszerű csontszerű képlet, a mely eltávolítása után 4.5 cm. hosszú és 1.5 cm. széles volt, alkalmasint directe a kötőszövetből képződött és nem analog az állatokon (kutya stb.) észlelt os priapival. (Deutsche Zeitschrift f. Chir., 1907. 90 k. 3—4. f.)

Steiner Pál dr.

Szívűrés gyógyult esetét ismerteti Meerwein a baseli sebészeti klinikáról. A bal szívfülese szűrt sebe miatt 16 órával a sérülés után a 3. bordaközben behatoltak; a tüdő erősen kollabált volt, a mellürben 1 1/2 liter folyékony vér, a szívburokban 50 cm³ sötétvörös vér. A vérzés a bal szívfüleéből eredt, a vérző fülését előhúzza, alapján a vérző helylyel együtt alakították, mire a vérzés megszűnt. A 3. napon punctióval még 800 cm³ vért távolítottak el, a 7. napon pedig véres-savós, staphylo-

cocust tartalmazó izzadmányt a bal mellürből, mire csakhamar teljes gyógyulás állott be. (Münchener med. Wochenschrift, 1907. 36. szám.)

Steiner Pál dr.

A magas bélobstructio által okozott halál okát az epefelszívódásban keresi J. W. O. Mauvy. Kísérleteinek kiindulási pontját azok a tapasztalatok tették, melyeket az ú. n. „twine triangular stitch“-sel végzett gastroenterostomiákon tett. Ezen varrattal a communicatio a gyomor és bél között csak 70—100 órával a műtét után jö létre. Ha így operált állatokon a duodenum folytonosságát megszakította oly módon, hogy harántul átvágta és a csontokat elzárta — az állat elpusztult még az anastomosis létrejötte előtt és csak akkor maradt meg, ha a bél continuitásának megszüntetése 35 cm.-rel a pylorus alatt történt; a halált tetaniás jelenségek előzték meg. Azon körülmény, hogy az állat éhez volt vagy jóllakott, nem birt befolyással a halálos kimenetelre, tehát a halált nem lehetett a gyomorban lefolyó rothadásból magyarázni. További vizsgálatok azt mutatták, hogy ha nem a duodenumot, hanem a pylorusnál magát a gyomrot vágjuk át harántul és zárjuk el, az állat életben marad; ez azt bizonyítja, hogy nem a pylorus közelében történt bélátmetszés okozta nervosus shock vezet halálra. Ép úgy életben marad az állat akkor is, ha a 35 cm.-nyi területen belül zárjuk el a duodenumot, de nyílt gastroenterostomiát készítünk, mely a gyomor drainageát az első perctől kezdve biztosítja. Hasonlóképpen életben maradtak az állatok akkor, ha a gastroenterostomiára használt jejunumkacs és az elzárt duodenumkacs közt az epevezeték benyílási helye alatt történt az összeköttetés. Épen úgy kikerülték a tetaniát az állatok, ha az epevezetéküket lekötötték és átvágták, vagy ha az epevezeték lekötése után cholecystenterostomiát végeztek, az epehólyagot egy mély ileumkacsba implantálták. Ilyenkor az állatok kibírták a duodenum magas elzárását az anastomosis létrejötteig. Mauvy ezekből arra következtet, hogy az epét a bélnedv fosztja meg mérgező hatásától azáltal, hogy hígítja és colloidalis suspensióba hozza, s ha a bél oly magasan záródik el, hogy a bélnedv kevés az epe kellő hígítására, epemérgezés folytán áll be a halál. (Annals of surgery, 1907.)

Pölya.

A Moseg-Moorhof-féle jodoformcsontplomb alkalmazásáról számol be Meurers (Aachen). 45 eset közül (9 osteomyelitis, 1 lues, 35 tuberculosis) 34-ben ért el gyógyulást, 25-ben per primam intentionem, 9 esetben a plomb kis részének ellökődése után. A sikertelen plombálások legnagyobb részben a kísérletek első periódusára esnek. Legjobbák voltak az eredmények csontüregek plombálásakor, kevésbé jók ízületi resectiók után, mikor a plomb részben a lágyrészek közé volt ágyazva. Osteomyelitisben 9-szer plombált, 6-szor eredménynyel, csonttuberculosis 14 esete közül 12 gyógyult, ízületi resectiók után 21 esetben alkalmazta az eljárást, 5 esetben sikertelenül. Izületi resectiókban a plombálás lehetővé teszi, hogy kiméletesebben járjunk el a csontvégék eltávolításakor, a mennyiben többnyire elegendő a porcz eltávolítása és a csontgöczök kikaparása. Jodoformintoxicatio kisebb fokát két esetben látta. Jó szolgálatot tett ezen esetekben a sulfanil sav (5:200) adagolása. A plombhoz használt jodoform mennyisége 30—150 gm között ingadozott. 1/2—3/4 órával a műtét után már kimutatható jód a vizeletben. A mint azt Röntgen-felvételekkel ellenőrizhetni, a plomb lassan kisebbedik és újdonszerű csontszövet által pótoltatik. A vizeletből kiválasztott jód napi mennyisége az első héten átlag 0.06 gm-ot, azután 0.07 gm-ot, a 10—14. naptól kezdve 0.06—0.05 gm-ot tett ki. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie, B. 56, H. 1.)

Li.

Gyermekorvostan.

A csecsemőknek a tehéntejjel szemben tanúsított idiosyncrasiájával foglalkozik L. F. Meyer, Finkelstein intézetéből. Ismeretes, hogy Schlossmann, Finkelstein, majd mások is újabban oly csecsemőket észleltek, kik a legóvatosabb elválasztási kísérletkor is tehéntej minimális adagaira a legsúlyosabb mérgezési jelenségeket mutatták (láz, hányás, hasmenés, stb.). Rendesen oly gyermekekről volt szó, kik előzetesen mesterséges tápláláskor megbetegedtek, és ezért az emlőre helyezték őket. Szoptatáskor jól fej-

lödtek, majd elválasztani akarták őket, de erre a jelzett, mérgezéshez hasonló súlyos tünetek jelentkeztek, sőt *Finkelstein* egy esete halálosan végződött.

E rejtélyes jelenséget különbözőképpen magyarázták. Míg *Finkelstein* szerint egyelőre a tehéntejnek egy alkotórészével sem hozható biztosan összefüggésbe, hanem az idegenszerű tápláléknak, mint egésznek mérgező hatását kell okolnunk, addig *Schlossmann* biológiai alapon a fajidegen fehérje hatásában keresi a magyarázatot. Az erre irányuló kísérletek azonban nem támogatták *Schlossmann* felvételét. A kérdés megfejtése többek közt azért is okoz oly sok nehézséget, mert szerencsére nagyon ritkák a tehéntej iránt idioszinkrasiával viselkedő ilyen csecsemők.

Meyer most két esetet közöl *Finkelstein* intézetéből, melyekben a kísérletek menetének egy részét annak idején a referensnek is volt alkalma észlelni. Az első reactio íróra jelentkezett, s ennek alapján a zsír kártékony hatása kizárható volt. Kutatták most, hogy a nativ iró, vagy a cukoroldat váltja-e ki. Tiszta cukoroldat azonban reactiót nem váltott ki, s így a cukor káros hatását is ki lehetett zárni. Minthogy a klinikai tapasztalatok alapján (*Czerny, Finkelstein*) a nativ iró hatása azonos a sovány tejjel, sovány tejet adtak, mire a csecsemő súlyos mérgezési jelenségekkel felelt. Az ok tehát a soványtej-componensben rejlik. Most már az volt a kérdés: a savóban-e vagy a caseinben. Tiszta casein adagolása azonban hatástalan volt, míg a savóra reactio jelentkezett, de csak azon esetben, ha vagy közvetlenül szopás előtt, vagy után adta azt, de sohasem látott hatást, ha a csecsemőt órákig éhezettette, s azután adott minimalis adag savót.

Ha azonban ugyanazon mennyiségű tehéntejsavó anyatejjel egyidejűleg adva, kifejezett reactiót vált ki, de üres bélben hatástalan, akkor lehetetlen, hogy a tehéntejsavó maga legyen a mérge. Ellenben következtetnünk kell, hogy csak a kétféle tejfésülés összetalálkozásakor van meg a mérgezés bekövetkezésének feltétele. *Meyer* szerint a kis mennyiségű tehéntejsavó a bélepithelt működésében valamely módon megzavarja, a miként erre már más alkalommal végzett kísérletei is utalnak, s épen e miatt nem tudja a bélhám a bevitt zsírt és cukrot normálisan feldolgozni. Ha tehát az anyatejből ekkor nagyobb mennyiségű zsír és cukor van a bélben, akkor ezen két alkotórész megzavart feldolgozása toxikus jelenségeket idéz elő. Természetes, hogy nagyobb mennyiségű tehéntej adására az ebben tartalmazott cukor és zsír maga is ártalmas lehet, úgy hogy ez esetben a tehéntej nemcsak a primaer bélártalmat idézi elő, hanem a secundaer mérgezési jelenségeket is. Így érthető csak meg a kis adagok káros hatása és az éhezés jótékony befolyása. (Berlin. klin. Woch., 1907. 46. szám.)

Flesch dr.

Bőrkórtan.

A psoriasis kezeléséről ír *F. H. Barendt* (Liverpool). A szerző a psoriasis gyógyításában három szakaszt különböztet meg. Fontos az első stadium, mely a kezelés előkészítésében áll. Szükséges ugyanis, hogy a gyógyszerek a pikkelyektől már megszabadított bőrre jussanak. A hatás csak így biztos. A pikkelyek leválasztására a sapo viridissal való bekenést és bedörzsölést ajánlja; másnap meleg fürdő következik, a melynek hatását homokszappan és kefe használatával fokozni kell. A hajzatos bőrrészek pikkelyeinek eltávolítására a spiritus saponatus ajánlja. A psoriasis igazi gyógyszerének a szerző a chrysarobint tartja, melynek 90%-os kenőcsét alkalmazza. A reggeli és esti bekenést e szerrel addig kell folytatni, míg a psoriasisos plaque-ok teljesen elmúltak és az ép környéken a bőr lobos reactiót mutat. A kenőcsös területeket hintóporral fedi be (zink oxyd, talemum venet., amyllum aa.) főleg azért, hogy a szomszédos ép bőr ne szenvedjen. Makacs esetekben a chrysarobinos kenőcshez 2-4%-ban naphthol-β is adható. Különösen makacsul ellenálló inveterált plaque-okat eugallol-lal (pyrogallolmonoacetat) kezel. Ezt egyszer vagy többször kell bedörzsölni, a mire rendszeren erősebb reactio jelentkezik. Jó ha ennek a szernek használatakor is használjuk a főnti hintóport. A kezelés harmadik szakaja akkor jön sorra, ha a psoriasis-tünetek mind elmúltak. Ilyenkor a tennivaló a recidivák ellenében irányul. A szerző ilyenkor arsen ad különböző alakban és hol fel, hol meg lefelé haladó adagokban. Az arsenkezelés

orvosi felügyelet mellett 6 hónapig tartson. Lokálisan a bőrre 2-3%-os naphthol-β kenőcsöt használtat. E kenőcs jól bedörzsölve hetenként háromszor használandó. Szükséges továbbá hetenként egyszer-kétszer langyos fürdőt venni. Ilyenkor ajánlatos valamely túlzsirosított naphtholos szappant is használni. (Therapeutische Monatshefte, 1907. 11. f.)

Guszman.

A kén therapiás alkalmazásáról közli tapasztalatait *E. Riecke*. Az eddig szokásos kén készítmények és főleg kenőcsök, melyek sulfur praecipitatummal és s. depuratummal készülnek, a bennük foglalt kénnek változó arányú elosztódása miatt összetételükben és hatás dolgában nem állandók. Magas százaléktartalmánál és a kénnek finom elosztódása folytán kiváló készítmény az olyan 30%-os kén kenőcs, mely úgy állítható elő, hogy még nedves, frissen praecipitált ként dörzsölünk össze megfelelő kenőcsalappal. Ily kenőcs, melyet helyesen pasta sulfuris pultiformisnak lehet nevezni, mindazon bőrbajokban, a melyekben a kén készítmények javulva vannak, kitűnően és kivétel nélkül beválnak. A pasta sulfuris pultiformisban a kénrészesek oly finoman vannak elosztva, hogy a bőrön mindentűl teljesen egyforma a hatás. Egyenletes hatása miatt indikált esetekben mindig számíthatunk e paszta hatására. A kén készítményt rendeletre agyógyszerész állítja elő, szükséges azonban, hogy jóságát mikroszkopos úton az orvos ellenőrizze. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1907. 50. sz.)

Guszman.

Venereás bántalmak.

A syphilisnek „mergal“-lal való kezeléséről ír *F. Höhne* (Breslau). Franciaország kivételével a syphilisnek belső kénkezelése sehol sem talált lelkes hívőkre. *Welandner, Neisser, Neumann* és még sokan mások kimutatták, hogy a belső kezelés csak igen esékély kénkezeléssel jut felszívódásra. A kezelésmód e miatt tehát legtöbbször megbízhatatlan. De vannak a belső kezelésnek bizonyos előnyei is, így első sorban a kényelmes és discret alkalmazásmód. Ezért jó kénkezeléskészítménynek belső adagolása néha mégis használható, főleg ha a tünetek enyhék. Elégé dicsért ilyen készítmény a mergal. A szerző e készítmény hatását 41 lueses betegen vizsgálta. E mellett a kénkezelésnek a vesék útján történő kiválasztását is kutatta quantitative. A napi adag 3-15 mergal-capsula között ingadozott: egy-egy tokocska 0.05 gm. cholsavas kénkezelőoxydot és 0.1 gm. albuminum tannicumot tartalmaz. Kellemetlen mellékhatásokat a szerző még több heti magas adagok (15 tokocska) mellett sem észlelt. A hatás azonban gyenge volt, a lueses tünetek ugyanis csak igen lassan multak. A 41 beteg közül 5 már a kúra folyamán kapott újabb recidivákat, 9 pedig a kezelés után már 1-2 hónapon belül friss tüneteket mutatott. A szerző vizsgálatai alapján a következő nézetét állítja fel: A vesék általi Hg-kiválasztás nem jelentéktelen, de nem is állandó. Ugy látszik azonban, hogy a kúra folyamán lassanként emelkedik. A kiválasztás nagysága függ a resorptio egyéni változataitól. Ugy látszik továbbá, hogy a klinikai tünetek lassú múlása a resorptio esékély voltával függ össze. A mergal, mint valamennyi belső kezelésre való kénkezeléskészítmény, nem ajánlatos erőlyes kúrákra. Ellenben jól alkalmazható az úgynevezett chronikus-intermittáló syphiliskezelés folyamán akkor, ha a tünetmentes időben végeztetünk kezelést. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, 87. k. 2-3 f.)

Guszman.

Lues hereditaria tarda-ban szenvedő egyének liquor cerebrospinalisát vizsgálta *W. Kretschmer* (Wiesbaden) és lymphocytosis talált. A szerző vizsgálataihoz az iniciatívát *Tobler* kutatásai szolgáltatták, a ki lues hereditariában szenvedő újszülöttek és fiatal gyermekek cerebrospinalis folyadékában mutatta ki a lymphocytosis. A szerző vizsgálatait 4 betegen végezte, a kik mindnyájan részben régi lueses maradványokat, részben friss manifestatiókat mutattak. Koruk 10 és 19 év között váltakozott. A 4 eset közül a liquor cerebrospinalis analízisa 2 izben positiv eredményt nyújtott, 2 izben pedig kétséges, illetőleg negativ leletre vezetett. Az első esetben a lymphocytosis igen erős volt (100-150 lymphocytá egy látóterben). Nyilvánvaló ebből, hogy a lymphocytosis épen úgy jelen lehet felnöttek hereditaer lues eseteiben, mint az újszülöttek veleszületett syphilis-eseteiben. A további kuta-

tások feladata már mostan az volna, hogy megállapítsuk, hogy mily gyakori lues hereditaria tarda eseteiben a liquor cerebrospinalisnak lymphocytosisa és hogy mennyiben bír befolyással az antilueses kezelés a lymphocytosis eltűnésében. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1907. 46. sz.) *Guszman.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Az eczémás gyermekek albuminuriája. *Lo Re* 27 eczémás gyermek vizeletét vizsgálta és 12-ében (57%) talált fehérjét. Feltűnő volt azonban, hogy ezen 12 gyermek mindegyikében többé-kevésbé hosszú idő óta fennálló emésztészavarok voltak. A szerző ezért fölveszi, hogy úgy az eczema, mint az albuminuria többnyire a bélzavar következménye. Az albuminuria gyakoriságát dyspepsiás gyermekekben már többen kimutatták. A szerző szerint eczema eseteiben tehát nem szabad csak a bőrelváltozások gyógyítására szorítkozni, hanem a gyomorbéluhumra gyakorolt hatással (tejdiaeta, calomel stb.) iparkodnunk kell eltávolítani azokat a mérgeket (illetve megakadályozni képződésüket), a melyek úgy az eczema, mint az albuminuria létesítésében szerepet játszanak. (Pediatria, 1907. szeptember.)

Köszvényrohamokat a Maragliano-féle klinikán feltűnő jó eredménnyel gyógyítanak formaldehid-belégzéssel és 2%-os vizes formaldehidoldat-borogatásokkal. (Ref. Münchener medizinische Wochenschrift, 1907. 43. sz.)

A hegkeloidok gyógyítására Monturiol az ichthyolt ajánlja. 10%-os ichthyol-vasogent naponként háromszor kell 1—1 perczig erősen bedörzsölni. Ő esetben ezen eljárás mellett néhány hónap alatt teljesen eltűnt a keloid. (Ref. Münchener medizinische Wochenschrift, 1907. 46. szám.)

Asthma bronchiale eseteiben *Strümpell* tanár nagyon jó eredménnyel használja a villanyos fényfürdőt, a melyet azonban nem a rohamban ad, hanem utána 5—10 percznyi tartammal 50—60° hőmérsékkel. Néha már 3—4 alkalmazás után feltűnő az eredmény. (A boroszlói orvostársulatnak október 18-i ülésén tartott előadás.)

Magyar orvosi irodalom.

Klinikai füzetek, 1907. 12. füzet. *Gebhardt Ferencz:* A chlorosisban szenvedők szívmegegyobbodásáról és az anaemiás zörejekről. *Farkas Benő:* Adatok a tüdővész elleni küzdelemhez.

Gyógyászat, 1907. 52. szám. *Velits Dezső:* További kísérletek adrenalinallal osteomalaciánál. *Tausz Béla:* Újabb irányelvek a diabetes mellitus terapiájában. *Felletár Emil:* Állítólagos kámformérgezés.

Orvosok lapja, 1907. 52. szám. *Schlesinger Miksa:* A heveny fertőző láz hydatikus kezeléséről. *Rottenbiller Ödön:* Adatok az idült rheumás ízületi gyuladások klinikai fellépéséhez és lefolyásához. *Pozsonyi Jenő:* A terhesek pyelitise.

Budapesti orvosi újság, 1907. 52. szám. *Póór Ferencz:* A fény szerepe a bőrbetegségek kóroktanában. „Gyermekeorvos” melléklet, 4. szám. *Grósz Gyula és Bán Iona:* Adatok a Pirquet-féle bőrreakció értékéhez a gyermekkori tuberculosos korai felismerésében. *Alapy Henrik:* Neococcalis invaginatio 8 hónapos csecsemőnél. *Hirschsprung-féle eljárás.* *Laparotomia.* *Gyógyulás.* *Ranschburg Pál:* Téveszmés vegetarianismus és önéheztesése 10 éves korban. *Adler Zoltán:* Gyakorlati apróságok.

Vegyes hírek.

Kérjük tisztelt előfizetőinket, hogy lejárt előfizetésüket mielőbb újítsák meg, nehogy a lap megküldésében zavarok támadjanak. Budapesti előfizetőink is postautalványon szíveskedjenek az előfizetés árát beküldeni.

Jubileum. December 28.-án fényes ünnepségekben részesítették Óbecsén *Milkó Ignác* dr. tisztelt tbeli megyei főorvost abból az alkalmából, hogy járásorvosi szolgálatának 40. évét betöltötte. Az ünnepélyen résztvettek a járás orvosai, az Országos Orvosszövetség elnökségének megbízásából *Rényi József* dr., mint a bács megyei főköszövetség elnöke, a megyei alispán vezetésével, a hatóságok és még sokan a jubiláns tisztelői közül. A nap emlékére 500 koronás alapítványt is tettek szegény orvosözvegyek és árvák segélyezésére; ezt az összeget az ünnepelt családja még 300 koronával öregbítette. Az ünnepély fényes tanubizonyossága, hogy a jó és lelkiismeretes orvos a mai korban is számíthat megbecsülésre és hála. A szegényekről megemlékezés ilyen alkalmakkor pedig nagyon is követésre méltó példa gyanánt állítható oda.

Kitüntetés. *Dreiszer József* dr. községi orvosnak a közegészségügy terén szerzett érdemei elismerésül a *Ferencz József-rend* lovagkeresztjét adományozta a király.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület november havában 659 esetben nyújtott első segítséget. Ezenkívül 567 szállítását végzett, 93 esetben mint mozgóórszék szerepelt és 17 esetben vakárma miatt vonult ki. A november havi működési főösszeg tehát 1336.

Meghalt. *Becher J. dr.*, a berlin-brandenburgi orvoskamara elnöke, december 20.-án. — *R. de Bettencourt-Pita*, a belorvostan tanára Lissabonban. — *Hoffa A.* berlini tanár, az ismert orthopaed, 49 éves korában.

Kisebb hírek külföldről. *Neumann H.* (gyermekorvos), *Bendix B.* (gyermekorvos) berlini, *Kuester F.* (sebész) charlottenburgi és *Keller A.* (gyermekorvos) boroszlói docensek a tanári címet kapták. — *Ficker M. dr.-t.*, a berlini egyetemi közegészségtani intézet egyik osztályfőnökét rendkívüli tanárra nevezték ki. — *Schultze B.* tanár, a hirneves gynaekologus, december 29.-én ülte 80. születésnapját. — *Rendes tanárok* lettek: *Gr-noble-ban Ternier dr.* (élettan), *Montpellier-ban Rauzier dr.* (általános kórtan), *Kasanban Timofejew dr.* (szövettan), *Odessában Walter dr.* (belorvostani diagnosztika), *New-Yorkban Cabot dr.* (urologia), *Michigan-ban Cramp dr.* (idegkórtan). — *Szent-Pétervárott* nemrég nyílt meg a *Bechterew* tanár vezetése alatt álló psycho-neurologiai intézet. — A baseli kórboncolástani tanszékre *E. Hedinger* tanárt nevezték ki. — *Meyer H.* bécsi tanár nem fogadja el a meghívást a berlini egyetem gyógyszer-tani tanszékére.

A német dermatologiai társulat 10. congressusát 1908 pünkösdjén tartják meg a Majna melletti Frankfurtban Herxheimer elnöklésével.

Az orvosi pályáról Németországban *Prinzing dr.* (Ulm) érdekes adatokat közöl a Deutsche mediz. Wochenschrift legutóbbi számában. Három év előtt, 1904-ben épen 30,000 orvos volt Németországban; 1907-ben 31,416-ra emelkedett a számuk. — Az orvostanhallgatók száma, a mely 1895-től 1905-ig lassan apadt, néhány semester óta rohamosan emelkedik; 1905-ben 6000 volt, 1907-ben már 7500. Mivel ez a növekedés leginkább az első évfolyamok hallgatóira esik, az orvosok számát csak 4—5 év múlva fogja befolyásolni. — Az orvosi specialismus mindinkább uralomra jut, kivált a nagy városokban. 1906-ban az orvosok 20-20% a volt specialista, s ezeknek 2/3-a a nagy városokban úzi gyakorlatát. A specialisták között általában legtöbb a nőorvos, utána következnek a szemorvosok, majd a gégeorvosok, negyedik helyen a sebészek. Ha külön vesszük szemügyre a nagy városokat s a kisebb városokat, a sorrend más. A nagy városokban a sorrend a következő: nőorvosok, oto-rhinolaryngologusok, szemorvosok, sebészek, a 10—100ezer lakosú városokban: szemorvosok, oto-rhinolaryngologusok, sebészek, a 10,000-en aluli városokban a specialisták közül leginkább az elmeorvosokat találjuk mint intézeti és sanatoriumi orvosokat.

Uj francia orvosi szaklap indult meg január 1.-én a következő címen: Archives des maladies du coeur, des vaisseaux et du sang. A lap főszerkesztője *Dr. H. Vaquez*, párisi professeur agrégé, kiadója *J. B. Bailliére et Fils*, előfizetési ára 17 fr.

Mai számunkhoz a Richter Gedeon vegyészeti gyára gyógyszerkészítményeiről szóló prospectus van mellékelve.

Vizgyógyintézet

a „Fasor” (Dr. Herczel-féle) sanatoriumban, Budapest, VII., Yárosligeti fasor 9. Egész éven át nyitva bejáró és bennlakó betegek számára. Vizgyógykezelés, massage, elektrotherapia, villanyos fényfürdők, szénsavas fürdők. Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospectus. Telefon. Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.** 2513

Budapesti Orvosi Laboratorium IV., Koronaherczeg-utca 18, I. em. Mindennemű ép és kóros váladék (ú. m. vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum stb.) vegyi, gócsöl és bakteriológiai vizsgálata. Klinikai diagnosztika. Tulajdonos: **Arányi Gusztáv dr. karlsbadi gyakorló fürdőorvos** (Sprudelstrasse, Goldener Helm). 49-2

JUSTUS Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete.

Budapest, IV., Károly-körút 14. 4327
Fürdők, sugaras gyógyítás, fizikális gyógy módok.

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

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

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

SZÉCHENYI-TELEPI SANATORIUM az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál ideg- és kedélybeteg, alkoholisták, morfinisták számára. Vezető orvos **Salgó Jakab dr.**, egyet. m.-tanár, ki városi rendelőjén is szorgal felvilágosítással. Prospectus. Sörgöny: Budapest. Telefon 79—72. Posta Rákospalota. 4895

Dr. WIDDER BERTALAN operateur testgyógyintézet (orthopédiai intézete csont- és ízületi (tuberculotikus, angolkóros, rheumás, elgöbűlt) betegeknek. Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 19. Magyar-utca sarok. Rendel: délelőtt 11—12-ig, délután 3—5-ig. Szegényeknek díjlanul.

ERDEY Dr. Budapest, IX., Bakács-tér 10. 4153 SANATORIUMA. Nőbetegek és szülők részére.

Dr. Gara Géza, Meran. Sanatorium Prospectus.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom. Közkórházi orvostársulat. (XII. bemutató ülés 1907 november 6.-án.) 14. l. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (VI. rendes ülés 1907 november 8.-án.) 15. l. — Erdélyi Muzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya. (1907. november hó 9. én tartott XVIII. szakülés.) 16. l. — Személyvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 17. l.

Közkórházi orvostársulat.

(XII. bemutató ülés 1907 november 6.-án.)

Elnök: Medvei Béla. Jegyző: Török Béla.

A pannus trachomatosus gyógyítása blennorrhoea beoltásával.

Goldzieher Vilmos: Az előadó a trachomás pannus ellen alkalmazott különféle módszereket teszi megbeszélés tárgyává. A klinikusok között többen azt a nézetet vallják, hogy a kiskökű, épen fejlődésben levő pannus ellen nem szükséges külön beavatkozni, mert a trachoma, az alapbaj helyes kezelésére a pannus úgyszólván eltűnik. Ez az állítás azonban csak korlátolt értelemben helyes, legtöbbször épen a pannusnak kezdetlegesebb szaka szorul különös kezelésre, mert csak úgy akadályozható meg némi biztossággal a továbbfejlődése. A pannus ugyanis az előadó véleménye szerint nem a trachoma fajlagos terménye, hanem a sokszor túlságosan izgató módszerek által előidézett keratitis superficialis vasculosa, mely csak akkor tűnik el nagyobb kár nélkül, ha az étető szerekkel való kezelést abbahagyjuk és figyelmünket direkte a corneára irányítjuk. A kiterjedt pannus gyógyítása mindig nehéz feladat, mert a baj hosszadalmas, makacs, mindig a cornea szövetének megkárosodásával jár, igen sok a szövődmény (felületes fekélyek, görbületváltozások, a szembenyomás emelkedése, iritis), melyek a gyakorlott szemorvos egész művészetét igénybeveszik.

A hatásos módszerek közül említendőek mindenekelőtt a sebészi és pedig: 1. A galvanocauterezés, mely abban áll, hogy a corneális limbus átlépő minden érágat az izzó kacsasal átvágunk, vagy ha az érhálózat igen sűrű, ívszerű égetést végzünk a limbussal párhuzamosan a cornea területén. Az előadó ezt a módszert régebben előszeretettel használta és igen szép eredményeket ért el vele. De rendkívül finom, sok türelmet igényel, mivel sűrű pannus mellett többszörös beavatkozás szükséges.

2. Az úgynevezett circumcisio, mely abban áll, hogy a conjunctiva bulbiból egy a limbussal párhuzamosan futó övet kivágunk, mert ily módon a pannusban feloldódó értörzseket át- vagy kivágjuk és így remélhető, hogy a corneális érhálózat elszárad. Elméletileg nem tehető kifogás ezen eljárás ellen, a gyakorlatban azonban nem igen vált be, úgy hogy csak igen ritkán alkalmazzák.

Az operatív és a gyógyszeres eljárások elégtelensége főleg a pannus legsúlyosabb alakjaival (úgynevezett pannus crassus, carnosus v. sarcomatosus) szemben, egy időben, és pedig a múlt század 80-as éveiben, a közfigyelmet a jequirity-főzet hatására irányították. Wecker párisi szemorvos véletlenül tudomást szerzett arról, hogy a jequirity-főzet a kötőhártyára jutva, heves genyesrostonyás lobot idéz elő, melynek lefolyása után a pannusos cornea feltisztul. Ezt az eljárást akkoriban mindenütt alkalmazták és sokszor igen szép sikerrel. E módszer azonban megint feledésbe ment, mert rossz következményekről panaszkodtak, egyes esetekben a cornea teljesen elpusztult.

A jequirity-therapia azonban az utolsó években megint új életre ébredt, mióta Roemernek sikerült a jequirity hatásos anyagát tisztán előállítani és négy különféle erősségekben az orvosok kezébe adni, úgy hogy most pontosan adagolható, ellentétben a főzettel, melynek hatása a conjunctivára mindig bizonytalan volt. Azonkívül egy serumot is adott az orvosok kezébe, melylyel állítása szerint a jequirity által előidézett túlságos lobot mindenkor meg lehet szüntetni.

Azonban a jequirityhoz fűzött remények sem mentek minden tekintetben teljesedésbe. Kétségtelen, hogy sok esetben sikerült a pannust meggyógyítani vagy legalább javítani; az alkalmazása azonban igen nehézkes, a conjunctiva reactioja nem egyforma, egyszer túlságos, máskor meg teljesen elmarad és csak többszörös

alkalmazás után érhető el némi hatás. Az sem áll, hogy teljesen veszélytelen volna. Mindenesetre azonban a Roemer-féle jequirityol-kúra nagy haladást jelent.

Az előadó ezután áttér egy régi, jelenleg teljesen elhagyott módszerre, melynek legalább is az az érdeme, hogy a vele hajdan elért sikereken alapszik a jequirityol-módszer tudományos értéke. Már régen, az elmúlt évszázad első évtizedeiben, abban az időben, a mikor a napoleoni hájratokban elterjedt egyptomi szemgyulladás a nemzeteket rettegésbe ejtette, az orvosok azt tapasztalták, hogy ha egy pannussal bíró szemteke fertőzés folytán blennorrhoeás lett, az érdús cornea nemcsak hogy jól tűrte a borzasztó genyedés viharát, hanem a genyedés lefolyása után feltisztult, megint átlátszó lett, az erek eltűntek és a látás visszatért. Ezekre a tapasztalatokra fektette Jaeger Frigyes módszerét, mely abban állott, hogy a pannusos szemteke kötőhártyájára blennorrhoeás genyedet oltott, hogy ily módon blennorrhoeát idézzen elő a pannus eltűntetése céljából. Ha a régebbi irodalomnak hitelt adunk, azt kell mondanunk, hogy Jaeger és tanítványai ezt a módszert csakugyan számos esetben sikerrel alkalmazták, a mi mellett még megemlítendő, hogy az alkalmas esetekben állítólag mindig veszélytelen volt. A módszert azonban már az ötvenes években elhagyták állítólagos veszélyei miatt még Ausztriában is, a hol megszületett, és csak Európa nyugoti határán, Belgiumban említik egyes kiváló szemorvosok dícsérettel.

Az a körülmény, hogy a Rókus-kórház szemészeti osztályát sokszor igen súlyos, elhanyagolt betegek keresik fel, olyan betegek, kik máshol felvételt nem találnak, igen nehéz feladat elé állítja az előadót; ide tartozik a pannus crassus gyógyítása is. Több esettel állott szemben, a hol mindenféleképpen próbálkozott. A galvanocautert, a jequirityt használta, de nem ért el eredményt. Ismervén a régi trachoma-literaturát, ilyenkor feljogosítva érezte magát a Jaeger-féle blennorrhoeás oltásokhoz nyúlni, annál is inkább, mert a betegek gyakorlati értelemben úgyis már megvakultak és hosszú időn át folytatott állandó kezelés ellenére a szembajuk folytonosan rosszabbodott.

Egy beteget mutat be, kinek a kórtörténete rendkívül érdekes, mert kitűnően illusztrálja az előadottakat, valamint a súlyos feladatokat, melyek előtt állunk.

A 25 éves, különben erős, egészséges ember 1905-ben állítólag ép szemekkel katona lett.

Mint katona fertőzte magát és 3 hónapig ambulánsan kezelték.

1905 július 19.-én a nyitrai katonai kórházba jutott, a hol 11 hónapig maradt. A kórházban mindenféle gyógymódon keresztülment, míg végre 1906 június 20.-án a Rókus-kórházba vették fel a következő állapotban:

Legnagyobb fokú fénykerülés, bő nyálkás-genyes conjunctivális váladék; a conjunctiva tarsi erősen megvastagodott, nagy papillaris túltengéssel; a papillák között számos szürke göbese, az átmeneti redő duzzadt, rajta sorban álló sok áttetsző granulom. Legnagyobb fokú conjunctivális és ciliáris injectio. A cornea egész terjedelmében sötétvörös érhálózattal van fedve, mely oly sűrű volt, hogy csak a limbuson voltak egyes vastagabb értörzsek láthatók. A látás fényérzésre volt redukálva. A lelet mindkét szemem egyenlő volt. Az előadó felsorolja a kezelés menetét, a mely mellett főleg a bal cornea állapota annyira rosszabbodott, hogy ultimum refugiumként a blennorrhoea beoltásához nyúlt. 1906 szeptember 28.-án egy gonorrhoeás szemből származó váladékot oltott be. A blennorrhoea a 3. napon tört ki. A beteg egy hónap mulva elhagyta a kórházat, gyógyult blennorrhoeával, hogy otthon bevárja a cornea feltisztulását. Mikor f. é. szeptember 12.-én megint látták, a bal szemem örvendetes változást találtak: a szaruhártya szépen feltisztult, érmentes, a szemtekén semmi lob, és a mi a legmeglébb: a conjunctivális tractus absolute ép, az előzetes trachomának nyoma sincs.

A jobb szemem azonban a régi lelet volt meg: Pannus crassus, a succulens vegyes trachoma kórképe, a látás fényérzésre redukálva. A jobb szem váladékának bakteriologiai vizsgálata után, a mely gonococcusokra negatív, e szembe egy gonorrhoeás szemből oltunk. Az incubatio-szak 3 napig tart, majd nagyfokú blennorrhoea tör ki. A kezelés a tisztántartásra szorítkozik.

Jelenleg ez a cornea is tetemesen feltisztult, a conjunctiva beszűrődése nagy mértékben csökkent, váladék már nincs.

A jelen esetből, valamint két más hasonlóképen kezelt esetből az előadó azt a következtetést vonja, hogy a régen elhagyott Jaeger-féle blennorrhoea-beoltás legalább mint ultimum refugium alkalmazható és hogy egyáltalában nem veszedelmesebb, mint a jequirity-ophthalmia. Indicatiojának tere kizárólagosan a pannus crassus. De mindenestre említésre méltó, hogy a beoltott blennorrhoea lezajlása után nemcsak a cornea tisztult fel, hanem — ellentétben a jequirittal elért eredményekkel — a conjunctivális tractus is visszanyerte az épségét. Az előadó tovább folytatja a kísérleteket és a végleges eredményekről annak idején referálni fog.

A labyrinthnak genyes gyuladás miatt történt felvése.

Fleischmann László: A labyrinthgenyedések nemcsak a hallásra, hanem a beteg életére is kiható súlyos következményeik miatt a nem szakorvosok érdeklődésére is érdemesek. Mindig másodlagos eredetűek és legtöbbször genyes középfülgyuladásnak praeformált (vérerek, canalis facialis) vagy nem praeformált (a külső labyrinthfal áttörése) utakon a labyrinthra való átterjedéséből származnak. A fertőzés minősége, a virulencia foka, a constitutionális viszonyok, de főleg az átterjedés helye lesz befolyással arra, hogy körülírt vagy diffus labyrinthgenyedés jön-e létre. Mindkettőben szövetbeolvastó és szövetképző folyamat szerepel egymás mellett. Kedvező esetekben ez gyógyulásra vezet, az esetek nagyobb részében azonban spontán gyógyulás nem áll be, hanem a folyamat terjed, a körülírt megbetegedésből lassanként diffus lesz, a diffus lob pedig idővel elhagyhatja a labyrinth területét és koponyabeli szövödményekre (agytályog, sinus thrombosis, meningitis) vezet.

A labyrinthgenyedés tünetei izgalmiak és kiesésiek. Az előbbiek közé tartozik a szédülés, az émelygés, a hányás, az egyensúly-zavar, a nystagmus és a fülzúgás. Az utóbbiak közé a sükettség és az egyensúly-zavar. Kifejezett genyedésekben e tünetek kisebb-nagyobb mértékben mindig megtalálhatók, latens genyedésekben azonban hosszú intermissiók lehetnek, melyek alatt a tünetek teljesen hiányozhatnak és csak az exacerbatiók alkalmával jelentkeznek, vagy pedig az izgalmi tünetek nem is jutnak kifejezésre és csak kiesési tüneteket találunk.

A körjelzés megállapításakor ezen labyrinth-tüneteken kívül segítségünkre van a Neumann és Bárány által ajánlott módszer a labyrinth ingerlékenységének vizsgálatára. Ha a labyrinth hő-ingerre $\frac{1}{2}$ (25 C.^o os hideg és 45 C.^o-os meleg víz) nem reagál, ez az idegvégkészülék teljes elpusztulását jelenti és diffus labyrinthgenyedés mellett szól. Ha reactio áll be, ez a diffus labyrinthmegbetegedést kizárja, de nem szól körülírt megbetegedés ellen. Ilyenkor a gyökeres műtét alkalmával meggyőződhetünk arról, hogy nincs-e valahol sipoly a labyrinth külső falán. Ha találunk sipolyt, ez a körülírt lob bizonyítéka, de nem indicatio a labyrinth felvése, mert a gyökeres műtéttel a körülírt labyrinthbántalmak meggyógyulhatnak. Ha nem találunk sipolyt a reagáló labyrinthon, még kevésbé van megengedve a labyrinth felvése, mert a labyrinth-symptomákat a labyrinthbeli nyomás fokozódása is kiválthatja lobos elváltozások nélkül. A labyrinth megnyitása tehát csak diffus labyrinthgenyedésekben és olyan körülírtakban javult, melyek a gyökeres műtét ellenére nem javulnak, sőt terjednek. A műtétet a Neumann által ajánlott úton végezzük, t. i. a labyrinthot hátulról nyitjuk meg a hátulsó függélyes és a horizontális ívjárat felől és innen megyünk a pitvarba. A csigát a promontorium levésével tárjuk fel. Fontos az arezideg megkimélése.

Az egyetemi fülgyógyászati tanszék beteganyagában az utolsó 1 $\frac{1}{2}$ év alatt 5 labyrinthgenyedés volt, köztük 2 körülírt

és 3 diffus. 4 eset meggyógyult, egy diffus labyrinthgenyedés pedig, melyben halántéklebanyi tályog és sinus thrombosis is volt, halálosan végződött meningitis következtében. A bemutatott két eset diffus labyrinthgenyedés volt, melyet a középfülből áttört cholesteatoma okozott. Az egyikben már meningitis serosa is fejlődött. A műtét után a labyrinth tünetek mindkét esetben visszafejlődtek és a betegek teljesen meggyógyultak.

Autoplasticával operált koponyadefectus.

Milkó Vilmos: A 60 éves asszonyt másfél év előtt baltával fejbe ütötték. Két héttel később a Rókus-kórház első sebészeti osztályán trepanatiót végeztek rajta, eltávolították a jobb falesont behorpadt részletét és a roncsolt agyrészeket, mire tenyéryni esontheány maradt vissza. Két hóval később epileptiform göresök jelentkeztek a bal felső végtagban. A göresök 6, majd 2 hetenként, az utóbbi időben hetenként egy-kétszer jelentkeztek. Az előadó főnöke, Herczel tanár megbízásából f. é. szeptember hóban a tenyéryni esontdefectust Müller-König osteoplastikai módszerrel zárta. Per primam gyógyulás, a esontdefectus helyén jelenleg szilárd, ellenálló csont van. Epileptiás rohamok a műtét óta is voltak, de az egyes rohamok közötti intervallumok nagyobbak.

Lexer-féle orrsövényplastica.

Milkó Vilmos: A 15 éves leányon lupusos folyamat az egész septum cutaneum nasit, sőt a septum cartilagineum egy részét is elroncsolta. A felső ajak bőréből való lebenyképzés újabb külső sebzéssel jár, s az ily módon nyert lebeny rendszerint igen vaskos. Az előadó az új orrsövényt Lexer módszere szerint a felső ajak nyálkahártyájából képezte oly módon, hogy a nyálkahártyalebenyt az orr tövén készített kis metszéssel át kihúzta és a felrészített orrsücsőhöz hozzávarrta.

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(VI. rendes ülés 1907 november 8.-án.)

Elnök: Dollinger Gyula. Jegyző: Winternitz Arnold.

A budapesti kerületi munkásbiztosító pénztár I. sebészeti osztályának beteganyagából vett bemutatások.

Lévai József: 1. Aneurysma arteriae brachialis esete. Sz. F. 18 éves malommunkás 1906 június 18.-án jobb felkarja alsó harmadának belső oldalát zsákvarrótúval megszurta. A szúrás helyén nagy diónyi értágulat keletkezett, melyet bemutató a jobb felkar verőérének több napon át való rendszeres leszorítása után a munkáspénztár kórházában 1906 augusztus 11.-én az oda és elvezető erek leköttése után kiirtott. A sebzés zavartalanul gyógyult, a jobb felső végtag használhatósága teljes. A kiirtott értágulat aneurysma venosum volt, és érdekes annyiban, a menyében a vena brachialisnak az aneurysmába szájadzó peripherikus része sclerotikus elváltozást mutat. A bemutató 1901 márczius 9.-én az orvosegyesületben demonstrált egy általa operált könyökhajlati aneurysma venosumból származó bonczani és szövettani készítményeket, a melyek a periphéria felől az értágulatba szájadzó vénáknak nagyfokú sclerotikus átalakulását tüntették fel. Az arteriosclerosis keletkezésének az okát az újabb vizsgálatok az ereknek ismételt vagy hosszas váltakozó túlfeszítéséből magyarázzák. Ha a gyűjtőerekben túlfeszítés jö létre, ez rendszeren állandó természetű és a vena engedékeny fala kitágul, phlebectasia jö létre. A szóban levő két esetben a váltakozó túlfeszítés és elernyedés volt az, mely a gyűjtőér falának sclerotikus átalakulását létrehozta. Így mindkét eset nyomós bizonyíték az arteriosclerosis keletkezése újabb magyarázatának helyessége mellett.

2. Idegvarrat két esete. a) L. J. 24 éves műszerésznek bal felkarját 1907 márczius 1.-én megszurta ott, hol az orsóideg a felkarsontot hátulról kifelé megkerüli. A sérültet 1907 szept. 10.-én Sarbó Arthur dr. magántanár küldte a bemutatóhoz teljes orsóideghüddel műtét végett. A műtétet a bemutató 1907 szept.

14.-én ejtette meg és az a heg kimetszéséből, az orsóideg két csonkjának a hegből való felszabadításából, felfrissítéséből és selyemvarratból állott. Az orsóideg csonkjainak felfrissítése után keletkezett kb. 3 cm.-nyi hézagot sikerült eltüntetni az által, hogy a végtagot erősen hajlított tartásba hozta. Műtét után ily tartásban gypssin segélyével rögzítette a végtagot. A sebész per primam gyógyult. Az idegvezetés helyreállításának első jele október 23.-án mutatkozott abban, hogy bal hüvelykujját megmozgatni tudta, azóta a vezetés az ideg területén helyreállott, a működésképeség még hiányos, de minden feltételt megvan arra, hogy helyreálljon. A teljes működésképeség helyreállítására olykor hónapok szükségesek. Igaz, hogy friss idegvarrat esetén biztosan lehet számítani rögtönös eredményre, de a bemutató tapasztalata szerint annál gyorsabban áll helyre a működésképeség, minél hamarabb történik az ideg folytonosságmegszakításának művi egyesítése.

b) Sp. M. 25 éves gyári munkás 1907 július 1.-én ablakba esett, jobb alkarja hajlító oldalának alsó és középső harmadának határán megsérült és ennek következtében a nervus medianus átmetszett részletétől beidegzett területen teljes hűdés keletkezett. Ferenczi Sándor dr. ideg orvos műtét végett küldte a sérültet a bemutató osztályára, a hol a műtét (az idegesonkoknak felkeresése, felfrissítése és selyemvarrat) 1907 október 5.-én ejtett meg és sima sebgyógyulással járt. Ebben az esetben az idegvezetés gyorsan állott helyre és a gyógyulás igen gyorsan haladt előre.

Ferenczi Sándor: Az eset többek között azért érdekes, mert gyorsan bekövetkezett az elváltozás. Pár nappal a műtét után megváltozott a villamos reactio. A bénulás kiterjedt a medianus alsó ágával ellátott izmokra, kivéve az adductort és I. és II. lumbrialest. Ezenkívül az érzés ki volt esve a volának külső harmadában és a mutatóujjnak körömpérczén. Most szépen kezd visszatérni a functio, 6 hét alatt nem csak a galvanikus reactio javult, de a faradikus ingerlékenység is visszatért, a mi a javulásnak nagy foka, az érzés is javult. Felhívja a figyelmet a közleményekre, melyek újabban jelentek meg. Ha nem lehet a nagy távolság miatt az idegvegeket összevonni, megpróbáltak más idegágot átvarrni: greff nerveux, pl. a VII. ideg bénulásánál a II. ideget. Erdemes volna facialisbénulásnál megpróbálni.

Borszék Károly: Tavaly szeptemberben 16 éves parasztlégyent verekedés közben késsel megsérült. A sebet bőrvarrattal egyesítették, de a kezét nem tudta használni. 5 hó múlva került a klinikára a median oldalon 2 centiméternyi heggel, typosos ulnaris bénulással. A műtétnél kiderült, hogy a n. ulnaris teljesen át van vágva, a centrális csonk a felkarsont callosus hegébe van beágyazva. Ki- és felszabadítás után a peripherikus részszel egyesítették és 3 hét múlva valamivel javult állapotban távozott. Ez évi június havában jelentkezett újból határozottan javult állapotban, de teljesen meggyógyultnak nem volt mondható. Az első alkalommal az idegben elfajulási reactio volt, a mi később sokkal kisebb fokú lett.

Kuzmik Pál: Egy esetében a n. ulnaris műtét alkalmával sérült; rögtön egyesítették, semmiféle kiesés nem mutatkozott, félév múlva is teljesen munkaképes, csak a két ujjá zibbad egy kissé. Korai egyesítés esetén a functio nem szenved.

Manninger Vilmos: Érdekes a Kuzmik esete. Nem hitték a Luer közlését, hogy egyesítés után az átvágott ideg vezetése helyreáll. Azóta szaporodtak ezen esetek. Szerencsésnek tartja Ferenczi megjegyzését a greff-nerveux-ről. A sérült ideg rögtön egyesítése és a későbbi egyesítés között a különbség az, hogy az utóbbi esetben különösen greff nerveux esetén sokkal később áll helyre az ideg vezetésképesége. 4-5 esetet operált. Az esetek nem fényesek, de azért látott eredményt, t. i. a betegek nehezen tanulták meg az új ideg által való beidegezést. Látott Berlinben ilyen beteget, a ki, mikor az arcát akarta összehúzni, előbb a vállát húzta fel. Hasonló az eset, ha más ideget transplantálunk. Friss esetek jól gyógyúlnak, míg a későbbi esetek vagy a greff nerveux-zók kevésbé jól; a régi esetekben a durva munkaképeség helyreáll, de a finomabb innervatio nem, az-rt lehetőleg frissen kell az eseteket operálni.

c) A bemutató említést tesz egy 23 éves gyári munkáson 1904 január 26.-án a jobb alkar felső részén a nervus radialis megsérült radialis profundusán végrehajtott idegvarratról, a mely szintén eredményre vezetett. A beteg nemrégiben kivándorolt Amerikába.

3. Subphrenikus tályog két esete. a) St. L. 45 éves munkás recidiváló appendicitisre valló panaszokkal küldetett a bemutató osztályára 1907 január 5.-én rossz erőbeli állapotban, magas hőemelkedéssel. A hőmérsék másnapra normálissá vált, ilyen maradt két napig. A harmadik napon jelentkező hőemelkedés miatt az appendixet kiirtotta. Az appendix álhártyákkal magasán a rekeszhez odanőtt, csúcsán nem régi átfúródás nyoma volt látható.

A has sebszéle zavartalanul gyógyult, azonban a hőemelkedés intermittens alakban újra jelentkezett, a beteg erőbeli állapota rosszabbodott. A hát jobb oldalán, a VII. bordától lefelé terjedő tompulat, mely felett a mellrengés gyengült és a melynek felső széle mély belégzéskor egy bordaközszel lejjebb szállott. Az előzményekre való tekintettel subphrenikus tályogra irányult a gyanú, a mely próbapunctióval beigazolódott. A subphrenikus tályog megnyitása és kiürítése a X. borda egy 6 cm.-nyi darabjának a hátulsó hónaljvonalban való resectiója után 1907 június 15.-én történt meg. A gyógyulást a műtét után két héttel támadt köhögés és nehézlégzés két hétig megzavarta. Ekkor a beteg hirtelen nagyobb mennyiségű genyet köhögött ki. Ezen idő óta a gyógyulás zavartalanul folyik.

b) M. S. 23 éves lakatos 1905 június 26.-án észlelés végett került a pénztár kórházába rendkívül leromlott állapotban, magas lázakkal. A körelözmény, köpetvizsgálat semmi támpontot sem nyújtott a kórisme felállítására. A mellkas jobb oldalában, hátul a VIII. bordától lefelé a physikális vizsgálat tompulatot derített ki, mely fölött a mellrengés rendes, a légzés határozottan hörgi jellegű volt, a tompulat határa mély belégzéskor nem változott. Azon körülmény, hogy a beteg betegsége kezdetén hasában fáj-dalmakat érzett és hasa puffadt volt, azóta széke rendetlen és hashajtó adagolása után is a vakbél felett bélsárpangás mutatkozott, a bemutató figyelmét az appendixre és innen kiinduló subphrenikus tályogra irányította. Probapunctio a mélyből genyet hozott ki és midőn a műtétkor a tályog csakugyan rekeszalattinak bizonyult, rögtön eltávolított az appendix is. Zavartalan gyógyulás, a beteg hamarosan 19 kgm.-ot hizott. A subphrenikus tályog szokatlan klinikai tüneteit a tüdőnek a fali pleurához való odanövése és a tályog által való összenyomatása okozta.

Winternitz M. Arnold: A subphrenikus tályog transpleuralis megnyitására nem rajong, mert azt tartja, hogy még azon esetben is, ha a tályog hátrább, a scapularis vonalban van, meg lehet közelíteni a nélkül, hogy az ember a pleurát megnyitná. A bordákat a tompulatnak megfelelőleg resekáljuk, a vékony pleurát meghagyjuk és ha nincs összenövés, akkor a pleura áthajlasi redőjét leválasztjuk tompán és ott nyitjuk meg a subphrenikus tályogot.

Dollinger: Az eljárás hasonló a Lannelongue által leirt bordaresectiohoz, a mikor a pleurazsákot elül felemeljük.

Pólya Jenő: A pleura tompa leválasztása felett előnyt ad a táj transpleuralis megnyitásnak. Ha a pleuralapokat egymáshoz nyomjuk, megakadályozhatjuk a levegő behatolását a mellüregbe és azután varratokkal rögzítve a pleura parietalist a rekeszpleurához, a mellüreg kielégítő biztossággal megvédhető az infectio ellen.

Manninger Vilmos: Három felnőtt subphrenikus tályogja esetében sikerült a pleurát letolnia, egy gyermek esetében kénytelen volt transpleuralisan eljárni, mert már áttört volt. Ha a megnyitást el tudjuk kerülni, jobb, mert a védelem lehetséges, de nem biztos.

Winternitz: A pleura nem egyformán tapad a rekeszen, a centrum tendineumon legerősebb a tapadás, a sinus pleurocostalisok alatt laza kötőszövet van és e helyen a pleura könnyen leemelhető. A Pólya által ajánlott varrat, ha a beteg köhög, kiszakadhat és pleuritis jöhet létre.

Pólya: A pleura tompa leválasztása a szőlőnek is sikerült úgy elől álló subphrenikus tályognál, mint subphrenikus májehinocoeusnál a Dollinger által említett Lannelongue-féle eljárás szerint. A pleuravarrat kiszakadását nem tapasztalta. A retentio elkerülése végett lehetőleg hátul operál és ilyenkor a transpleuralis eljárást tartja a legcélszerűbbnek.

Lévai: Hátul a nyolczadik bordától lefelé volt a tompulat, nem lehet helyesen mást tenni, mint ott csinálni a bordaresectiót, a hol a tályog van, és akkor a többi magától adódik; lehetőleg a tüdőszéltől minél lejjebb kell menni. A pleurán való áthatolás ott történt, hol összenövések voltak; transpleuralis műtét volt a pleura megnyitása nélkül. (Folyt. következik.)

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(1907. november hó 9.-én tartott XVIII. szakülés.)

Elnök: Udránszky László. Jegyző: Konrádi Dániel.

1. Purjesz Zsigmond: Mellúri álképletben szenvedő beteget mutat be kiterjedt thrombosisokkal, de oedema nélkül.

2. Steiner Pál: Freyer szerint operált transvesicalis prostatektomia gyógyult esetét mutatja be. A 75 éves betegen 3 hét előtt végezte lumbalis analgesiában a műtétet, a melyet az 5 év óta fennálló vizeletkiürítési nehézségek, a gyakori vizelés

(éjjel 20-szor), az időnként jelentkező teljes retentio s a cystitis javaltak. A residuális vizelet 200 gm. A cystoskopi vizsgálat kismogyorónyi középlebenyt mutatott. A prostata tokját késsel nyitotta meg, a hólyagsebet teljesen zárta, az állandó kathetert 5 napon át alkalmazta. Eltávolítása óta a beteg 4—5 óránként, éjjel legfeljebb egyszer vizelet, residuumma nincs, az egyszer ürített vizelet mennyisége 200—220 gm. Az eltávolított prostata szöveteileg egyes mirigyes és rostos-izmos túltengés képét adta. Tártyalja a műtét javait és technikáját, s az utóbbira nézve *Kümmell* eljárását ajánlja, míg az indicatióban *Kümmell* javait túlzottan gyökeresnek tartja.

3. **Blumenfeld Sándor** halálos kimenetelű tüdővérzés esetéről számol be és ez esetről kórbonczatani készítményt mutat be. A jobb tüdő alsó lebenyében részleges hörgőtágulat, melynek környezetében két kis czafatos falú barlangocská van, ezek egyikéből történt a vérzés.

4. **Vértes Oszkár** a forrólégkezelésnek a gynaekológiában való alkalmazásáról értekezik. Az előadást eredeti közléseink során egész terjedelemben hoztuk.

Hozzászól: *Ákótz Károly, Elfer Aladár, Szabó Dénes.*

5. **Kenyeres Balázs** a drezdai kongressusról referál.

(1907. november hó 16.-án tartott XIX. szakülés.)

Elnök: **Purjesz Zsigmond.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

1. **Veszprémi Dezső** bemutatja a) egy 3 $\frac{1}{2}$ napig élt újszülöttnek nyaki szerveit, a melyek egy aránylag ritkán előforduló fejlődési hibát mutatnak. Ugyanis a bárzsing felső része vakon végződő, az alsó résztől elkülönült tasakot alkot, míg az alsó rész a gégevel közlekedik egy nyíláson át, a mely a gége hátulsó falán a bifurcatio felett van.

b) Bemutat továbbá egy heveny hashártyagyulladás miatt elhalt elmebetegtől származó vastagbél-készítményt, a melyen egy chronikus fekély található, középen átfúródással. A bélben ezen a helyen több idegen testet (kavics, szíjdarabok, őszibarackmag stb.) lehetett találni; az átfúródást a barackmag igen hegyes vége okozhatta, mert ez volt erősebben beékelődve a fekély alapján.

2. **Kanitz Henrik** a syphilis atoxylos kezeléséről tart előadást. Az előadást eredeti közléseink között egész terjedelemben hoztuk.

Hozzászól: *Marschalkó Tamás, Potocky Dezső, Elfer Aladár és Purjesz Zsigmond.*

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A halál megállapítása Röntgen-fénnyel. *Vaillant* szerint élő egyén hasának átvilágításakor Röntgen-fénnyel a gyomor és a belek határa nem látszik. A halotton ellenben, feltéve, hogy az illető élt és táplálkozott, a Röntgen-felvétellel élesen láthatók a gyomor és a bélszakok. Az előadó szerint ugyanis a gyomorban és bélben a halál után képződő gázok nagyjából részben olyanok, hogy a Röntgen-fény behatására phosphoreskálóvá válnak és árnyékot adnak. (Académie de médecine, 1907. november 26-i ülés.)

A köszvénynek sósavval való gyógyításáról tartott előadást *Falkenstein* a „Berliner medizinische Gesellschaft“ november 6-i ülésén. Véleménye szerint a köszvény tulajdonképpen a gyomornyálkahártyának örökölhető betegsége, a melynek következtében a sósavtermelés csökkent s a nucleinanyagcsere zavart. Elmélete alapján sósavat ajánl a köszvényes betegeknek, még pedig nagy mennyiségben, hosszú időn át (50 cseppig pro die tiszta sósav t). Ezen orvo-lásmodra betegeknek (szám szerint 390) egyharmada gyógyult, egyharmadának javult az állapota, a rohamok azonban nem maradtak el teljesen, egyharmadában pedig semmiféle eredmény sem mutatkozott. A sósav elvonja az alkálit s azért a húgsav nem csapódik ki a szövetekben mononatrium-urat alakjában. Ennek megfelelően a sósavval gyógyított köszvényes betegeknek nem is tiltja meg a nucleintartalmú diétát (hús).

Az előadáshoz csatlakozott vitában *Kraus* tapasztalatai alapján szintén kedvezően nyilatkozik a köszvénynek sósavval való gyógyításáról, a nucleintartalmú diéta használatát azonban ellenzi. Szerinte a köszvényben legnagyobb fontosságú a nucleinmentes diéta.

Brugsch szerint a köszvény nem a gyomornyálkahártyának a megbetegedése, hanem anyagcsere-rebaj. A sósav hatása nem specifikus, hanem csak alkálit elvonó hatása alapján javít az állapotot. Ilyen alkálivonást olyan módon is el lehetne érni, hogy intermediaer acidosiszt létesítsünk szénhidratmentes diétával.

PÁLYÁZATOK.

4229/907. sz.

Aradszentmárton községben megüresedett községi orvosi állásra pályázatot hirdetnek.

A községi orvos évi fizetése 1800 korona és természetbeni lakás.

Látogatási díjak 40 és 60 fillér. Éjjel ezek kétszerese.

Pályázni szándékozók felhívtnak, hogy az 1876. évi XVII. t.-cz. 151. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket hozzám január hó 28.-áig terjesztsek be. E l e k, 1908. évi január hó 2.-án.

Mladin Miklós, főszolgabíró.

5544/907. sz.

A Kőrösladány községben megüresedett egyik községi orvosi állásra pályázatot hirdetek s felhívom a pályázni kívánókat, hogy orvostudori oklevéllel, szolgálati bizonyítvánnyal s születési anyakönyvi kivonattal felszerelt pályázati kérvényeiket az 1908. évi január hó 15-éig bezárólag adják be hozzám, mert a később érkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

Az állás javadalma: 1200 korona fizetés, 200 korona lakáspénz, a mely azonban a legnagyobb valószínűség szerint 400 koronára fog felemeltetni. Látogatási díjak: az orvos lakásán 40 fillér, a község belterületén a beteg lakásán 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, látleletért könnyű testi sértes esetén 2 korona, súlyos testi sértes esetén 6 korona.

A halottkémlés s a szegények gyógykezelése ingyen teljesítendő.

A község lakosainak száma: 7134 lélek.

S z e g h a l o m, 1907. évi december hó 25.-én.

2—1

Csánki Jenő, főszolgabíró.

524/907. sz.

Talpas községben az orvosi állás megüresedvén, erre az 1200 korona évi fizetéssel, 40 fillér nappali és 80 fillér éjjeli látogatási, 40 fillér halottkémlési és 40 fillér hússzemleddel egybekötött állásra pályázatot nyitok, s felhívom mindazokat, kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előírt minősítést és eddigi gyakorlatokat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám 1908. évi január hó 31.-éig adják be.

K i s j e n ő, 1907. évi december hó 18.-án.

3—2

Csukay Gyula, főszolgabíró.

11,662/907. alisp. sz.

Alsófehér vármegyében az újonnan alakított tövisi járás orvosi állása betöltendő lévén, arra pályázatot hirdetnek.

Felhívom ennél fogva mindazon orvostudorokat, a kik ezen 2000, azaz kétezer korona kezdő évi fizetéssel, 600 korona, azaz hatszáz korona évi úti általánnyal és 350 korona, azaz háromszázötven korona évi lakpénzzel javadalmazott állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának 1. pontjában körülírt és a tisztiorvosi vizsga letételét igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket Alsófehér vármegye főispánja báró Kemény Árpád ő méltóságához czímezve 1908. évi január hó 10.-éig, a mennyiben már valamely törvényhatóság szolgálatában állanak, az illető törvényhatóság első tisztviselőjénél, a mennyiben pedig községben nem állanak, azon törvényhatóság első tisztviselőjénél nyújtsák be, a mely törvényhatóság területén állandóan laknak. A később beadott vagy kellően fel nem szerelt kérvények figyelembe vételét nem fogják.

N a g y e n y e d, 1907. évi december hó 19.-én.

2—2

B. Bánffy, alispán-helyettes.

HIRDETÉSEK.



A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

kitünő 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 7 0'50% Extr. Thymi és Extr. Tillae-t tartalmaz.

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

Antithermikus hatású.

Gyermekek is rendkívül jól tűrik.

Ára 2 korona 50 fillér.

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

„Phosphatine Falières“
 fölülmulhatatlan tápszer.

Név védve. **Extractum** Név védve
Chinae „Nanning“

(A jelenkor legjobb stomachicum.)

Rendelése a berlini betegpénztárnál megengedve.

Javallatok:

1. Sápkörosok étvágytalansága (Dysmenorrhoe eltűnt e szer hosszabb használatánál).
2. Ömökösök és tüdőbeteg étvágytalansága.
3. Heveny és idült gyomorkatarrhus.
4. Lázak és sebkezelés.
5. Lábadóznál.
6. Terhes nők hányásánál.
7. Szesz italok élvezése által előidézett idült gyomorkatarrhus.
8. Hg- és jodkali-dyspepsia.

Eredeti üvegek
 a 2 kor.
 osakis gyógy-
 tárakban.

Egyedüli gyáros:

Dr. H. NANNING, gyógyszerész, s'Gravenhage.

Minták és irodalom ingyen.

Málnási
Mária-
forrás

Természetes alkalikus
 sós savanyúvíz.

A légzési szervek bántalmánál és emésztési zavaroknál páratlan hatású. Gyomorégést azonnal megszüntet.

Főraktár: **ÉDESKÜTY L. BUDAPEST.**

Budapesti képviselő: 4486

Nádas Márton.

4486 Kútkezelőség: Brassó.

TÁTRA-SZÉPLAK MAGASLATI
 GYÓGYHELY
 tali sanatoriuma és pensionátusa nyitva december elejétől.

Ideg-, Basedow-betegeknek; tüdőlést, edzést, hízoló- vagy fogyasztó-kúrát keresőknek; tüdőesűshurutokra hajlamosoknak, valamint az ez utáni reconvalescenseknek ajánlatos. Bronchiális asthma fiatalabb korban. Álmatlanság, malária, vérszegénység. — Gyógytényezők: fekvő kúrák, vízgyógyászat, szénsavas, törp-fejű-fürdők. Svéd gyógy-gymnastika és massage. Villanyos kezelés. Diéta- és terrain-kúrák. — Orvos: dr. Gühr Mihály. — Központi fűtés. — 55 vendégszoba. — Házilag kezelve. — Téli sportok — Egy napi ellátás 6-8 korona. Bővebbet Fürdőigazgatóság Tátra-Széplak.

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

A légzőszervek hurutjai ellen
 házi kúrákra orvosilag ajánltatnak:

gleichenbergi

Konstantin-forrás

gleichenbergi

Emma-forrás

Gleichenberg gyógyforrásai idült bajok esetében is enyhítőleg, nyálkaoldólag és gyógyítólag hatnak! Nem okoznak emésztési zavarokat!

Rendelhető minden ásványvízkereskedésben és a fürdőigazgatóságnál Gleichenbergben.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. D. EGGER

Indicatió: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhaachitis. Kapható mind-n gyógyszerárban.

SALIMENTHOL és SAMOL.

A **Salimenthol** a menthol salicylsavestere, világossárga, majdnem szagtalan és íz nélküli folyadék; **belsőleg** cseppekben vagy gelatintokokban adandó (0.25-0.5, naponta többször), **külsőleg** tisztán, vagy spiritus vini (96%) aether, olajok, zsírok stb. anyagokkal keverve. A **Samol** a kereskedelemben használatra készen kapható kenőcs 15% Salimenthollal.

Ugy a **Salimenthol**, mint a **Samol** egyéb salicylsavkészítményekkel szemben abszolút ártalmatlanság és izgalommentesség által tűnik ki, valamint az által, hogy a salicylhatás szerencsésen van a menthol fájdalomcsillapító hatásával egyetve.

A készítmények klinice ki vannak próbálva és kitűnő hatásúak: **arthritus urica, arthritus gonorrhoeica, ischias, neuralgia, izom- és izületi csúz, dysenteria, gastroenteritis, meteorismus, továbbá pruritus, combustio és fogfájás ellen.**

VÉNYFORMULÁK:

I. Rp. Salimenthol 5.0 gm.	III. Rp. Samol 1 eredeti tubus. S. bedörzsölés.	V. Rp. Salimentholi 4.0 Ol. Menthae pip. 0.5 Spir. vini abs. ad. 100.0 S. Szájvíz. Néhány cseppet 1 pohár vízre.
S. naponta többször 15 cseppet.	IV. Rp. Salimentholi 5.0 Ol. lini Aque Calcis aa 40.0 Mf. linimentum. S. Borogatások égéseknél.	VI. Rp. Salimentholi 3.0 Chloroform. ad. 10.0 S. Gyapottal a fájó fogra viendő.
II. Rp. Caps. Salimentholi 1 eredeti doboz. S. többször naponta 2 szemét.		

I. és II. **belsőleg**: arthr. urica, csúz, dysenteria, gastroenteritis, meteorismus ellen. III. **külsőleg**: arthr. urica, ischias, zsábák, csúz ellen. IV. **Combustiónál**. V. **Szájvíz** mindennapi használatra. Odontalgia ellen.

SALIMENTHOL a recepturához

SALIMENTHOL gelatintokocskákban a 0.25 gm., egy doboz ára a 20 capsula 1.60 korona } a gyógyszerárakban kaphatók.
 SAMOL tubusokban a 1.50 korona és 2.50 korona.

Magyarországi főraktár: **FILÓ JÁNOS** gyógyszerész, Budapest, VIII., Mátyás-ter 3.

Minták, kimerítő prospectusok és irodalom az orvos urak részére költségmentes.

Ez irányú érdeklődések alulirt címhez intézendők:

Chemisch-pharmaceutisches Laboratorium, Arnau (Csehország).

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 Babarcai Schwartzer Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3-4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Bókay János: Adatok a gyermekkori appendicitis folyamán keletkező bradycardia ismeretéhez. 18. lap.

Klug Nándor: Közlés a budapesti tudomány-egyetem élettani intézetéből. Miért nem emésztí meg az élő gyomor és bél önmagát? 22. lap.

Steiner Pál: Közlés a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., udvari tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.) Adatok az ajakrák sebészi gyógykezeléséhez. 25. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismeret. Irsai Artur: Dolgozatok a székesfővárosi szent. Margit-kórháznak 10 éves fennállása alkalmából. — *Lapszemle. Gyógy-szer-tan.* Zernik: Újabb gyógyszerek és titkos szerek. — *Belorostan.* Doll: Vérzés a vese zsíros tokjába. — *Baccelli:* Szer tachycardia paroxysmalis ellen. — *Beck és Stokes:* Pneumococcus okozta járvány. — *Ventura:* A vérköpés alakjában jelentkező vikariáló havi vérzés. — *Noorden:* Stenocardia gyógyítása. — *Sebészet. T. Goldenberg:* Paraffinprothesisek alkalmazása katonaszabadtítás céljából. — *C. Franck:* A vesedecapsulatio eredményei eklampsiában. — *H. Lang:* Hügyesstricturák kezelése fibrolysinel. — *Leggett és Mawry:* Merre

ürül ki a gyomor tartalma gastroenterostomia után. — *Gaston Towance:* Arterio-venosus anastomosis. — *Munro:* A ductus arteriosus Botalli leköltése. — *Gyermekorvostan.* *Stoeltzner:* Menstruatio praecox esete. — *Bucura:* A gyógy-szerek átmenete az anyatejbe. — *Börkörtan.* *R. Pürckhauer:* Kísérletes vizsgálatok a Kromayer-féle kvarzlámpa (kénesögfény) hatásáról. — *M. Hirschberg:* Pyocyanus-fertőzés okozta heveny herelob. — *Venerás bántalmak.* *M. Möller:* A gonorrhoeás prostituáltak helyes ellenőrzésének lehetősége. — *P. Schuster:* Bir-e befolyással a syphilis kéneső-kezelése a metasyphilitis ideg-bajok létrejöttére? — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.* *Fontana:* Diabetes insipidus gyógyítása atropinnal. — *Gellhorn:* Az inoperabilis méh-rák kezelése. 27-31. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság 31. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 31. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 32-34. lap.

Melléklet. F. Hoffmann La-Roche & Cie cég „Thephorin“ készítménye. — *Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst a.M. cég „Gyógyszerüjdon-ságok“ című prospectusa.*

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Adatok a gyermekkori appendicitis folyamán keletkező bradycardia ismeretéhez.¹

Irta: **Bókay János** dr. egyet. nyilv. rendes tanár, a „Stefánia“-gyermekkorház igazgatója.

Ha az appendicitis óriási irodalmát áttekintjük (l. *Sprengel* monographiáját²), majdnem azt a benyomást nyerjük, mintha a féregnyújtványlob klinikai képe minden irányban kellőképp tisztázott volna. A részletes tanulmány azonban csakhamar meggyőz bennünket arról, hogy a betegágy melletti észlelés még mindig akad oly körülményekre, melyek az észlelők figyelmét a multban elkerülték, vagy kellőképpen le nem kötötték.

1906 óta foglalkozom a *bradycardia semiotikai jelentőségével appendicitisben*, s gyűjtöm ezen irányú tapasztalataimat. Tanulmányaim folyamán meglepetéssel láttam, hogy az irodalom ezen irányban alig nyújt valamit, pedig, mint látni fogjuk, a bradycardia a gyermekkori appendicitis folyamán³ nem ritka jelenség s a bradycardia keletkezési módzatainak kellő ismerete e korban klinikai szempontból úgy látszik *különösebb* fontossággal bír.

Különösen áttanulmányoztam e szempontból az appendicitis-irodalom három legjelesebb német termékét, *Nothnagel*,⁴ *Sonnenburg*⁵ és *Sprengel*⁶ nagyrértékű monographiáját, de ide vonatkozólag a felsorolt munkákban érdemleges feljegyzéseket csak igen gyéren találtam. Így *H. Nothnagel* 1898-ban „*Die Erkrankungen des Darmes und des Peritoneums*“ cz. monographiájában az appendicitis tárgyalásában a pulsusra vonatkozólag csak a következőket

¹ Minden jog fenntartva. Előadta a budapesti kir. orvosgyógyászati társaság december 7.-i rendes ülésén.

² Appendicitis. Deutsche Chirurgie. Lieferung 46. Stuttgart, 1906.

³ Észleléseim kizárólag gyermekekre vonatkoznak.

⁴ Specielle Pathol. u. Therapie. XVIII. k. 1898.

⁵ Pathologie und Therapie der Perityphlitis. Fünfte Auflage. Leipzig, 1905.

⁶ l. e.

irja: „*das Verhalten des Pulses bietet keinerlei für die perityphlitische Entzündung bemerkenswerthe Eigenthümlichkeiten, hängt vielmehr von den allgemeinen Bedingungen ab, welche in concretem Falle zur Geltung kommen. Wir haben wenigstens niemals gefunden, dass irgendwelche durch die Perityphlitis als solche veranlasste Pulsalterationen auftreten, so lange dieselbe als localer beschränkter Process besteht.*“

Sonnenburg (1905) bár behatóan foglalkozik a pulusszám felszaporodásának klinikai jelentőségével, a bradycardiát egyáltalán nem említi. *Sprengel* nagy terjedelmű, kitünő művében pedig csak a következő néhány sor megjegyzést találjuk: „*Offenbar ist das lange Verweilen eines krankhaft veränderten Wurmfortsatzes im Körper, die häufig sich wiederholenden Attacken, die immer von neuem zur Resorption septischer Stoffe Veranlassung geben, gerade für die Herzthätigkeit nicht ohne Belang. Auch die Beobachtung, dass man nach einer Exstirpation eines chronisch veränderten Wurmfortsatzes, oder nach Abklingen der acuten Erscheinungen nicht ganz selten eine Periode von ganz auffällender Pulsverlangsamung, selbst bei jugendlichen Individuen mit intakter Circulationsorganen beobachtet, dürfte in dieselbe Sphäre zu rechnen sein.*“

Az újabb gyermekorvostani gyűjtőmunkák hasonlóképpen alig nyújtanak érdemlegeset tárgyunkra vonatkozólag. Így a francia *Grancher-Comby*-féle nagy „*Gyermekorvostan*“¹ terjedelmes appendicitis fejezetében, melyet *Felix Brun* és *Victor Veau* irt meg nagy tudással, a bradycardiáról nem tétetik említés, míg a *Pfaundler-Schlossmann*-féle „*Handbuch für Kinderheilkunde*“²-ban *Selter*, az appendix-irodalomban ismert író, a következő rövidke megjegyzést teszi: „*Kleinheit, Verlangsamung oder Beschleunigung des Pulses bei Appendicitis im Kolikanfall, oder bei einer sich vorbereitenden Perforation sind beim Kinde oft als Shockwirkung, nicht nur als septische Erscheinung zu beobachten.*“

Az összes appendicitis-irodalomban az óriási számú önálló czikk között a bradycardiával *directe* tudtommal csak egy

¹ Traité des maladies de l'enfance. Paris, 1905. 5. v.

² 1906. II. k. 1. f. 201. lap.

rövidke közlés foglalkozik, mely 1906-ban jelent meg az amerikai litteraturában, M. Kahn tollából,¹ mely cikkben a szerző hat észlelete alapján (az esetek mind felnőttekre vonatkoznak) azon nézetének ad kifejezést, hogy a bradycardia appendicitis gangraenosára utaló jelenség s ptomainoknak felszívódása által okoztatik, épen úgy, mint a hogy icterus vagy idült emésztési zavarok kapcsán is észlelhetjük. Kahn cikkében két esete kórtörténetét közli, melyekben a pulszszám 64 illetve 66-ra szállott alá s a műtét által az appendicitis gangraenosa jelenléte kétségen felül beigazolódott. Hogy a bradycardia a műtét előtt mennyi ideig állott fenn, miként ingadozott s az appendix kiirtása után eltűnt-e, a nagyon vázlatosan közlött két kórtörténetből — fájdalom — nem tűnik ki.

Az irodalomban a felsoroltakon kívül még csak alig néhány adatot találunk.

A. Schönwerth 1907-ben a „Münchener mediz. Wochenschrift“ október 15.-i számában (42. sz.) egy cikkében, melyben 100 vakbélgyulladás műtétéről referál, korai műteti eseteiben tett megfigyelései között a következőket említi: „Die hohe diagnostische Bedeutung der Pulsbeschaffenheit ist eine anerkannte That-

sache; ich möchte hier nur die Disharmonie von Puls und Temperatur betonen . . . ; es fanden sich hohe Temperaturen bei langsamen Puls; auch direkte Verlangsamung des Pulses bei normaler oder fast normaler Temperatur ist mir aufgefallen.“ Egy kikezdéssel alább cikkében a következőket írja: „Obwohl die geringe Anzahl meiner Fälle weitergehende Schlüsse verbietet, so glaube ich doch, dass die erwähnte Disharmonie im Allgemeinen auf die Börsartigkeit eines Falles hinweist, wenn auch aus dem Fehlen derselben nicht auf Gutartigkeit des Prozesses geschlossen werden kann.“ Ezen disharmonia magyarázatát a szerző a következő sorokban adja: „Die Disharmonie ist bedingt durch die Infektion des Peritoneums; dies geht schon daraus hervor, dass nach Entfernung des kranken Wurmfortsatzes die normalen Verhältnisse sich sehr rasch wieder herstellen; bei Fällen mit Pulsverlangsamung scheint auch Shockwirkung mit im Spiele zu sein.“

Vaquez egy esetéről, melyben a szerző úgy látszik fejnött egyéneken látott appendicitis folyamán bradycardiát, alább leendő szó.

* * *

Észleleteim táblázatos áttekintése.

Szám	Kor	A periappendic. lobtermék nagysága	A periappendic. lobtermék lefolyása	A bradycardia tartama	A minimális pulszszám	A minimális hőmérséklet	Appendix kiirtás utólag végeztetett-e?	Jelentkezett-e újlag bradycardia	Mily tartammal?
1.	13 éves	középnagy	tályogáttörés a colon ascendensbe	több napon át	58	37.0	igen	?	?
2.	16 éves	középnagy	eléggé gyors felszívódás	napokig	70	36.0	nem	—	—
3.	10 éves	középnagy	eléggé gyors felszívódás	napokig	66	37.0	igen	?	?
4.	11 éves	kisebb	tályognyitás	több napon át	60	36.0	igen	igen	több mint két hétig
5.	9 éves	kisebb	felszívódás	több mint két héten át	52	36.5	igen	igen	körülbelül 10 napig
6.	13 éves	kicsiny	eléggé gyors felszívódás	több napon át	56	36.0	igen	igen	egy héten át
7.	13 éves	kisebb	lassú felszívódás	tartósan	66	35.5	igen	igen	több napon át, de nem túlalacsony pulszszámmal
8.	13 éves	egész kicsiny	gyors felszívódás	rövid ideig	80	36.4	nem	—	—
9.	9 éves	középnagy	eléggé gyors felszívódás	egy héten át	66	36.0	igen	igen	néhány napon át, de nem túlalacsony pulszszámmal
10.	7 éves	kisebb	eléggé gyors felszívódás	több napon át	76	36.5	nem	—	—

Egyes eseteinkre vonatkozó megjegyzéseimet a következőkben foglalhatom össze:²

1. esetemben (13 éves), hol kiterjedt appendiculáris tályog volt jelen, a pulszszám alig 3 nap alatt 126-ról 80-ra szállott alá (a hőmérsék 38 C^o-ról 37 C^o-ra esett). A kórházi tartózkodás 3. napján 3 izben bő gyenes székletét jelentkezik, mire a közérzet jelentékenyen megjavul s a tompulati terület s a palpálható daganat feltűnőleg visszafejlődik (áttörése a tályognak a colon ascendensbe). A további napok alatt a pulszszám még tovább esik 70—60—58-ra, mi mellett a hőmérsék állandóan 37.0 C^o körül ingadozik s a közérzet fokról fokra javul. Hogy később miként viselkedett a pulsus, nevezetesen miként módosult a processus vermiformis excisioja után, annak megfigyelése, fájdalom, elmulasztatott.

2. esetemben (16 éves), hol eléggé kiterjedt periappendiculáris lobtermék volt jelen, a tompulat, illetőleg palpálható daganat feltűnő visszafejlődésével egyidejűleg a pulsus 108-ról illetőleg 116-ról (39.4 maximális hőmérséklet) 72—76—70-re szállott alá s

napokig maradt ezen fokon nagyon jó közérzet mellett, a nélkül, hogy a hőmérséklet 36.0 C^o alá süllyedt volna. Az appendix kiirtása ezen esetben későbbre halasztatott s a beteg a kórházból elbocsáttatván, az észlelés megszakt.

3. esetemben (10 éves), hol ugyancsak eléggé intenzív periappendiculáris lobtermék volt jelen, a bradycardia szintén a tompulat s resistentia esökkenésével parallel köszöntött be s a pulsus 120-ról (38.9 C^o maximális hőmérséklet) fokozatosan 54-re szállott alá 37.0 C^o hőmérséklet s jelentékenyen megjavult közérzet mellett.

A pulsus későbbi megfigyelése, nevezetesen az appendix kiirtása után, fájdalom, elmulasztatott.

4. esetemben (11 éves) a lúdtájánál is nagyobb tályog már a felvételt követő napon megnyitott. A tályognyitás után már másnapra kifejezett bradycardia keletkezett (miként a mellékelt hő s pulsusgörbe mutatja, a pulszszám 114-ről 72-re esett alá) s a pulsus gyűrűlése 72—84 között ingadozva, körülbelül 10 napig állott fenn fokról fokra megjavult közérzet mellett. A tályog feltárása utáni 16. napon végeztetett az appendix kiirtása, melyet megelőzőleg 3 napon át a pulsus fokozatosan 120-ig emelkedett, a nélkül, hogy kifejezett lázas mozgalom lett volna jelen. A pulsus szaporább volta, 120—124 között ingadozva, a műtét után még 2 napig fennállott, utána gyorsan újból beállott a bradycardia s a

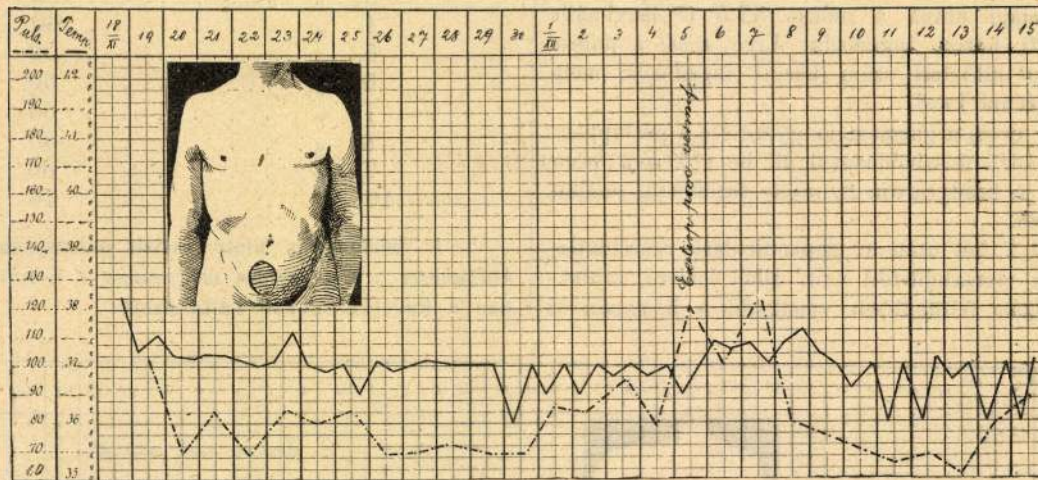
¹ The Journ. of the American Medical Association, december 15.

² A kórtörténetek részletes közlésétől, valamint az összes hő- s lázgörbék mellékelésétől helyszűke folytán el kellett tekintennem.

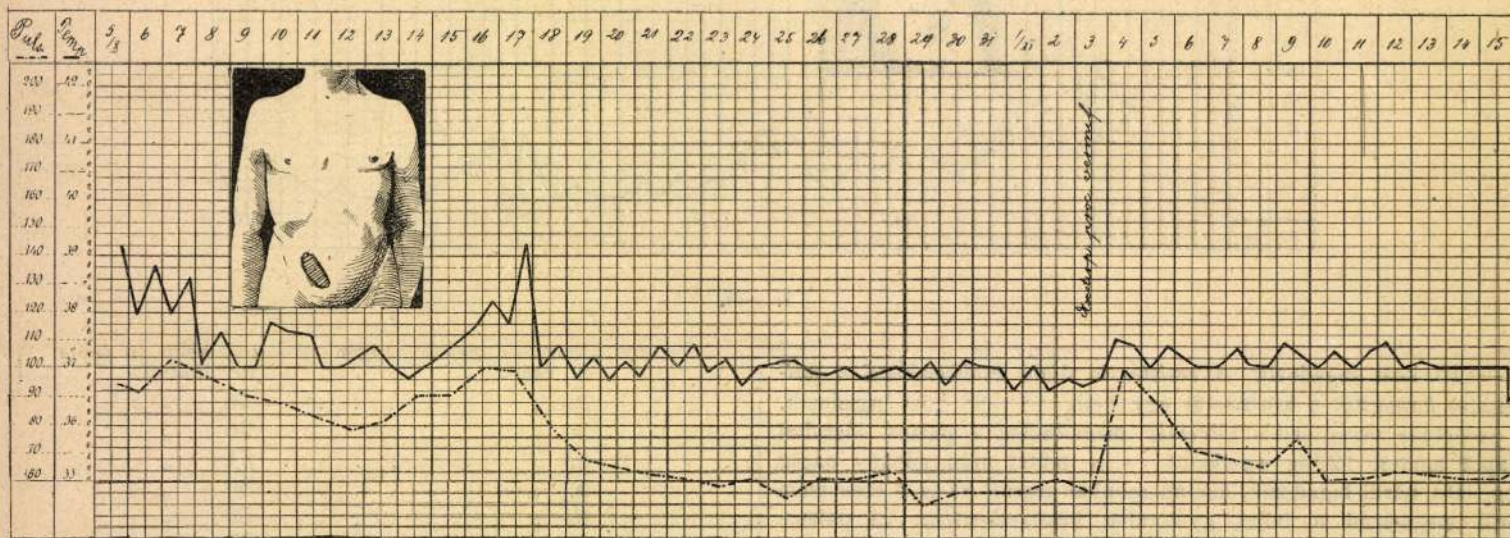
pulsus minima 60 lett. A bradycardia tartama ezúttal több mint két hét.

5. esetben (9 éves) a periappendiculáris lobtermék mér-

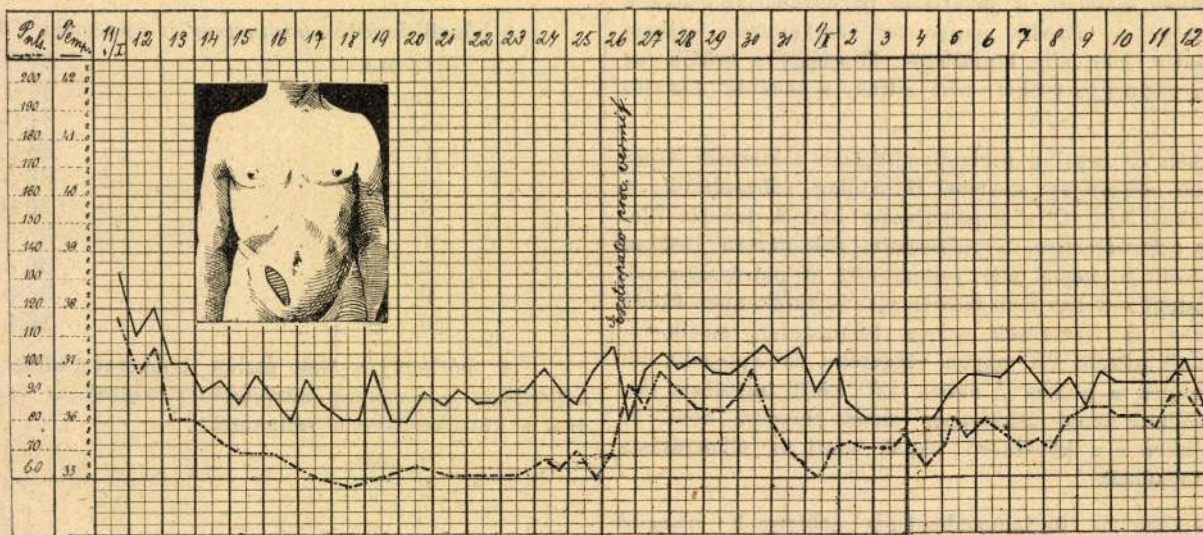
A november 3. án végzett appendixkiirtást követően a pulsus 2 napra emelkedik 96-ig, de csakhamar újból süllyed s november 9.-étől fogva körülbelül 10 napig észlelhető kifejezetten a brady-



4. eset.



5. eset.



6. eset.

sékelt s a felszívódás bekövetkeztével körülbelül *parallel* jelentkezett a bradycardia s a pulszszám 102 ről 64-re szállott alá; a következő 2 hét alatt *állandóan* alacsony niveau marad meg 52 minimális lüktetési számmal, 36,6 C° minimális hónaljhőmérsék mellett.

cardia 60 minimális lüktetéssel. (Lásd a mellékelt hő- s pulszgörbét).

6. esetben (13 éves) a *kisebb terjedelmű* periappendiculáris lobtermék felszívódásának előhaladásával *parallel* esik a pulsz-

szám (lásd a mellékelt hő- s pulsusgörbét) és pedig 116-ról 7 nap alatt 56-ra, 36.0 C° minimális hónalj hő mellett. A bradycardia több napig kifejezetten fennáll. A felvételt követő 15. napon végzett appendixektomiát a pulusszám emelkedése követi, mely 4 napon át fennáll, majd utána a pulsus 37.3 C° maximális hónalj hő mellett 82—96 között ingadozik. Erre újból a pulsus gyérülése áll be 60—80 lüktetési szám között ingadozva, mely 1 heti fennállás után szünni kezd.

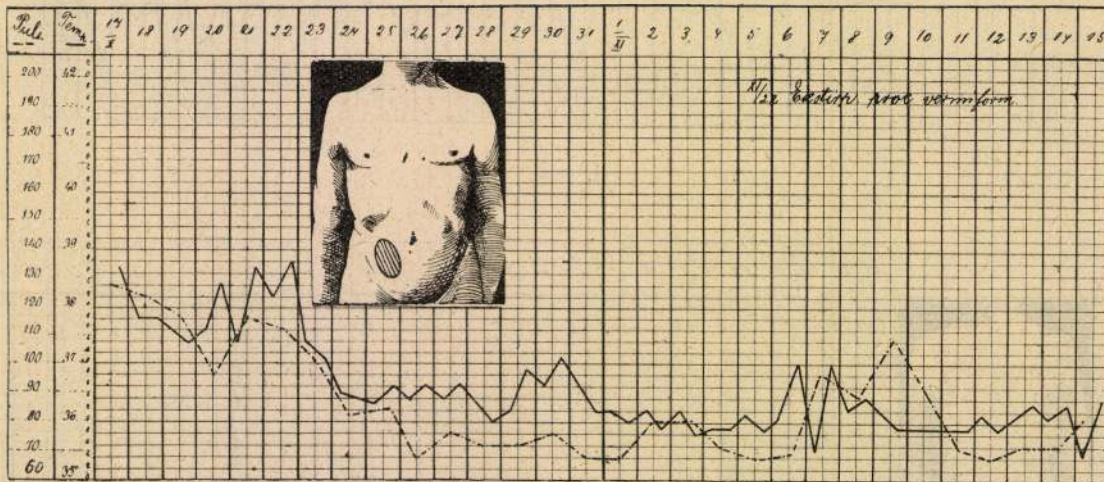
7. esetben (13 éves) a pulusszám gyérülése a periappendiculáris lobtermék kezdődő felszívódásával áll be s 7 nap alatt 128-ról 68-ra esik alá. A bradycardia 10 napig észlelhető, mialatt a lüktetési szám 68—88.

A felvételt követő 2 hét után az appendiculáris resistentia, mely már jelentékenyen visszafejlődött volt, újból jobban tapintható s ekkor a pulusszám feltünőbben emelkedik s 3 napon át

A pulusszám *minimuma* tehát 10 esetben a következő volt :

1. eset	58 pulusszám
2. "	70 "
3. "	54 "
4. "	60 "
5. "	52 "
6. "	60 "
7. "	66 "
8. "	80 "
9. "	66 "
10. "	76 "

A kórlefolys alatt észlelt pulusszám-differentia, vagyis a *különbözet a pulusszám maximuma s minimuma közt* 10 esetben a következőképen váltakozott :



7. eset.

90—110 közt ingadozik. A resistentia újabb csökkenésével a pulusszám hanyatlak s körülbelül egy hétig 68—88 közt ingadozik. A processus vermiformis kiirtását megelőzőleg a pulsus láztalan állapot mellett 120-ig emelkedik, s a műtét után néhány napig még 100 körül ingadozik, azután azonban leszáll 84-ig s ezen szám körül megmarad a teljes gyógyulás bekövetkeztéig. (A pulsusgörbe ezen utolsó szakasza a mellékelt táblán hiányzik.)

8. esetben (13 éves) az appendicitis által adott tompult hang *alig kis gyermektényérnyi* terjedelmű. A tünetek általában enyhék s a lefolys láztalan. A javulással párhuzamosan csökken a pulusszám 80-ig. A hatodik napon az érzékenység teljesen eltűnt és resistentia már alig tapintható. Minthogy a szülők az appendixkiirtásba beleegyezésüket nem adták, a további észlelés megszakad.

9. esetben (9 éves) a periappendiculáris lobtermék *eléggé kiterjedt* s a jobb alhas tájék szemmel láthatólag *előreboltosul*. A hónalj hő felvételkor 37.8 C° s a pulusszám 120. A javulás illetőleg *felszívódás bekövetkeztével a pulusszám fokozatosan csökken* s a felvételt követő 8. napon eléri *minimumát* 66 pulusszámmal, midőn is a resistentia a has jobb felében már jelentékenyen *kisebb* lett. Ettől kezdve az érverések száma fokozatosan emelkedik 100-ig. A felvételt követő 25. napon végeztetik az appendix kiirtása. Ezt követőleg a pulsus 2 napon 120 körül ingadozik láztalan állapot mellett, majd csakhamar ismét súlyedni kezd, de 84 alá nem csökken s a következő napok alatt az elbocsátásig 84—100 közt ingadozik.

10. esetben a periappendiculáris lobtermék *nagyobb gyermektényérnyi*. A hőmérsék felvételkor 36.5 C°, a pulusszám 132. A felvételt követő három napon át a beteg mérsékeltén lázas (38.5 C°) s ezen idő alatt a pulusszám mérsékeltén szapora (>120). A következő időszak állandóan láztalan s a resistentia *tűnésével a pulusszám 76-ig súlyed alá, bár csak rövid időre*. Ezután a pulusszám 80—96 között ingadozik. Appendixkiirtás a szülők ellenkezése folytán nem végeztetett.

1. eset	68 lüktetés
2. "	46 "
3. "	66 "
4. "	64 "
5. "	50 "
6. "	60 "
7. "	62 "
8. "	32 "
9. "	60 "
10. "	58 "

A hónalj hőmérsék *minimuma* tíz esetben a következő volt :

1. eset	37.0 C°
2. "	36.0 "
3. "	37.0 "
4. "	36.0 "
5. "	36.5 "
6. "	36.0 "
7. "	35.5 "
8. "	36.4 "
9. "	36.0 "
10. "	36.5 "

A kórlefolys alatt észlelt *temperaturadifferentia*, vagyis a *különbözet a hőmérsék maximuma s minimuma között* 10 esetben a következőképen váltakozott :

1. eset	1.3 C°
2. "	3.4 "
3. "	1.9 "
4. "	2.2 "
5. "	2.7 "
6. "	2.6 "
7. "	3.2 "
8. "	0.6 "
9. "	1.6 "
10. "	2.0 "

Tíz gyógyult esetemben szerzett klinikai tapasztalataimból levont következtetéseimet mindezek után az alábbiakban összegezem:

1. A *periappendiculáris lobtermék felszívódási időszakában a bradycardia majdnem szabályszerűleg beáll s több napig, esetleg 2 héten túl is fennállhat.*

2. *Bradycardia appendiculáris tályognak műtét által történő kiürítése után is észlelhető, esetleg napokon keresztül.*

3. *A periappendiculáris lobtermék felszívódása, illetőleg az appendiculáris tályog megnyitása után a nyugalmi időszakban utólag végzett appendixkiirtást követőleg hasonlóképpen beállhat a bradycardia s esetleg tartósan is fennállhat.*

4. *A pulsus szám középkorú (7—16 év) gyermekeken 52-re is alászállhat, eseteimben a bradycardiás időszakban 52—80 közt ingadozott.*

5. *A pulsus- és hőgörbe parallelizmust a bradycardiás időszakban nem mutat, hypopyrexia a pulsusnak minimumra való lezállásakor nem észlelhető.*

6. *A fenti körülmények mellett beálló bradycardia a prognosis szempontjából nem tekinthető kedvezőtlen jelnek, sőt periappendiculáris exsudatio esetén egyik jele lehet a felszívódási folyamat bekövetkezésének.*

Mindezek után úgy látszik, hogy a bradycardiának az appendicitis bizonyos alakjaiban *semiotikai jelentősége* van s nem lehetetlen, hogy idővel, ha közlött tapasztalataimat mások is megerősítik, sőt kibővítik, ezen jelenség a féregnyújtványlobban *körjelzési* fontosságot nyer.

Hogy a bradycardia eseteimben *extracardiális* vagy *ideges eredetű* volt-e, avagy *intracardiális*, tehát *organikus* szívizomváltozás által feltételezett, arra a felelet eléggé könnyen megadható, mert míg egyrésztől betegeim *jó közérzete* s a *pulsus teltsége* az organikus szívbántalmazottságot úgyszólván eleve kizárta, addig másrésztől *Vaquez* esete, melyről a „*Société médicale des hôpitaux*” mult évi július 26.-i ülésén referált,¹ direct bizonyítékát teszi annak, hogy hasonló esetekben *csak vagusingerlésről* lehet szó, esetében ugyanis az atropinpróba végzésekor a bradycardia alig 40 percz után prompt eltűnt s tág értelemben vett tachycardiába ment át.

Hogy mindezen esetekben mi az izgalom, annak magyarázatába ezúttal nem bocsátkozom. Mindenesetre feltűnő, hogy a bradycardia rendszerint a *periappendiculáris lobtermék felszívódása* alatt jelentkezett, bár futólag appendixtályog megnyitása után is mutatkozott, sőt jelentkezett, bár kevésbé tartósan s kevésbé kifejezetten, a nyugalmi időszakban végzett appendixkiirtás után is.

Közlés a budapesti tudomány-egyetem élettani intézetéből.

Miért nem emésztí meg az élő gyomor és bél önmagát?

Irta: Klug Nándor tanár.

(Vége.)

Weinland² disznó vékonybeléből és gyomrának nyálkahártyájából épen olyan módon készített kivonatokat, mint az ascarisokból. A nyálkahártyát quarzomokkal, kevés Na_2HPO_4 -oldat hozzáadása után, összedörzsölte és pépet állított elő, melyből nedvet sajtoló ki. A maradékhoz 1%-os konyhasóoldatot és kevés Na_2HPO_4 -ot adott és ismételtén kisajtolta. A másodizben nyert kivonat hatékonyabb volt az elsőnél. 1½—2 térfogat 96% alkoholra a kivonattól hatástalan üledéket nyert. Ez üledék szüredékében további két térfogat alkohol egy második üledéket adott, melyet alkohollal, aetherrel való mosás után kénsav felett megszáritott. Ez a fehér, kissé ragacsos por vízben könnyen oldódik, rázva habot tart. Weinland a porból 0.2—0.01 gm. trypsin tartalmú oldathoz adott s ez ott antitrypsines hatást fejtett ki.

A gyomornyálkahártyából nyert ilyen kivonat pepsint is tartalmaz, melyet Weinland 1½ térfogat alkohollal kiválasztott. Ezután a szüredékből, további két térfogat alkohol hozzáadására finom fehér por alakjában kivált az „antipepsin”. Ez a por is vízben könnyen oldódott, rázásra oldata habzott, a pepsinémésztést meggátolta, hogyha a gyomornedv 0.1—0.2%-nál több sósavat nem tartalmazott. Így 0.1 gm. antipepsint tartalmazó 5 cm³

vízhez adva 5 cm³ vizet, rostanyagot, 0.01 gm. Merc-féle pepsint és 0.02 gm. sósavat, a fibrin ezen keverékben hónapok mulva sem duzzadt és oldódott fel. 0.4—0.6% sósavtartalom Weinland szerint megsemmisíti az antipepsin védőhatását; de ha így áll az ügy, a védőhatás felette tökéletlen, a legtöbb állatra értéketlen. Az ember gyomornedvében 0.2—0.3% a sósav, a kutyaéban pedig 0.58% sósavat találtak, ezekben tehát az antipepsin keveset illetőleg semmit sem használ és a gyomrot mégsem emésztí meg a saját nedve; kell tehát hogy a gyomor másként is védve legyen. Weinland maga vizsgálatai alapján, melyeket trypsinoldattal, valamint Merc-féle pepsinnel 0.1—0.2% sósav hozzáadása után tett, következteti, hogy a gyomor és bél antierjesztők által védik magukat a proteolysises erjesztők ellen; sőt mivel bélférgekben is találni vélt ilyen antierjesztőket, mint védőket, mindannyi állati szervezetről felteszi, hogy saját emésztő rendszerét antierjesztőkkel védi a termelt proteolysises enzimák ellen.

Vajjon általában léteznek-e antiproteolysises erjesztők, eddigelé még senkinek sem sikerült teljes biztossággal kimutatni. Állítólag sokfelé, így a vérsavóban is, van antitrypsin, melynek jelenléte miatt a vérsavó fehérjéit trypsin nem lehet megemészteni (Landsteiner, Glaesner és mások).¹ Ezzel szemben azonban megemlítjük, hogy ha tiszta lóvérsavóba Grüber-féle trypsin adunk, abban néhány óráig, egészen 1 napig tartó digestio alatt a trypsinémésztésnek hatalmas előhaladása mutatható ki. Michaelis és Oppenheimer-nek² sikerült így több hónap alatt a genuinserumot trypsinrel maradék nélkül, a biuretkemlés eltűnéséig megemészteni. Abból, hogy valamely anyag nem emésztődik meg, még nem következik, hogy antierjesztő gátolja az emésztést. Lehet, hogy maga az anyag emészthetetlen, mint például a mucin, és lehet, hogy a használt trypsin nem mindig egyaránt jó; a legelsőrendű gyárakból is igen eltérő hatású, sőt néha hatástalan trypsin kap az ember.

Hogy az élő sejtek a trypsin ellen az antitrypsin által védve volnának, ez ellen nemesak Bernard Cl. és Pavy fent idézett tapasztalatai szólnak, hanem azon meglepően szép vizsgálatok eredményei is, melyeket Pólya Tangl tanár intézetében végzett. Pólya kutya pankreasának főkivezetőcsövét 36 esetben trypsin tartalmú és 8 esetben csak zymogent, de semmi trypsin sem tartalmazó pankreasnedvet fecskendezett. A jól emésztő, trypsin nedv injectioja vérzést, nekrosist okozott és rövidesen halálra vezetett; gyengébb emésztőképességgel bíró vagy fehérjékre hatástalan, egyedül zymogent tartalmazó pankreasnedvek az állatot kevésbé súlyosan vagy egyáltalában nem betegítik meg. Épen így hatástalannak bizonyult Pólya kísérletei közben a felmelegítés által fehérje-emésztőhatásától megfosztott trypsin tartalmú pankreasnedv.³ A trypsin tehát a pankreas élő szövetét megtámadja, csak úgy a mint gyomorsipolyos kutyán a sipoly külső nyílása környékét is a gyomornedv esetleg igen kiterjedten arrodálja.

Mindezek arra indítottak, hogy Weinland adataiból kiindulva tovább vizsgáljam a gyomornedv és trypsinoldat hatását az élő gyomor és bélfalra.

Kutyagyomor nyálkahártyájából, mely a legjobban emésztő pepsinneknek egyikét választja el, 0.2% sósavat tartalmazó mesterséges gyomornedvet készítettem, valamint Grüber-féle trypsinből, 0.15 gm. trypsin oldva 30 cm³ vízben, trypsinoldatot állítottam elő. A trypsinoldathoz ez esetben semminemű anyagot, szódát sem adtam; tudvalevőleg szóda hozzáadására sok alkalialbuminat képződik s ez csak zavart okoz az emésztés megítélésében, különösen ha fibrinpolyhet teszünk a trypsinoldatba s ennek „duzzadásából”, kisebb-nagyobb fokban eltűnéséből akarjuk az emésztést megítélni, mint azt Weinland tette. Magam az emésztés előhaladásának megítélésére úgy jártam el, hogy az emésztetet előzetesen megfőztem, esetleg közömbösítettem (gyomornedvvel való emésztés esetén) s a szüredéket a más helyen⁴ leirt spectrophotometeres eljárás céljaira használtam fel. Az egytűthetők (E) a fehérjék — albumosok, peptonok — viszonylagos tömény-

¹ Centralblatt f. Bakteriologie I. k. 357. I. 1900. Archiv f. Physiologie 1903. évf. 39. I. Beiträge für chem. Physiologie und Pathologie. 4. k. 79. I.

² Archiv f. Physiologie. 1902. évf. szeptember, 350. I.

³ Orvosi Hetilap. 1907. évf. 9. sz. 174. I.

⁴ Magyar Orvosi Archivum 1894. évf. 363. I.

¹ La semaine médicale, 1907. 31. szám, 370. lap.

² Zeitschrift f. Biologie. 44. k. 45. I. 1903.

ségének legegyszerűbb kifejezői lévén, vizsgálataimban ezek jelzésére szorítkozom. Az emésztést 40 C°-on, 5, ritkán 24 óráig folytattam; az emésztésnek kitett anyagból mindig többet vettem alá az emésztésnek, mint a mennyit a nedv emészteni tudott. A rothadás gátlására thymol szolgált.

Mindenek előtt disznógyomornyálkahártyát vízszintesen vezetett metszéssel külső és belső félre osztottam és ezeket, valamint vékonybélnyálkahártyát is kitétem a fenti nedvekben öt óráig tartó emésztésnek. Ezekon kívül kontrollképen 30 cm³ nedvben 1 gm. száraz, porrá tört rostanyagot is emésztettem. A kísérletek eredménye a következő két (I. és II.) táblázatból tűnik ki.

I. táblázat.

Szám	Emésztés gyomornedvben	E
1.	Gyomornedv	0 5348
2.	Száraz rostanyag emésztete	1 9028
3.	Disznógyomornyálkahártya <i>külső fele</i> , nyersen	1 9628
4.	" " " <i>főzve</i>	1 7128
5.	" " " <i>belső fele</i> , nyersen	0 8718
6.	" " " " <i>főzve</i>	0 8162
7.	Disznóvékonybélnyálkahártya nyersen	0 8162
8.	" " " " <i>főzve</i>	0 9319
9.	Vékonybélnyálkahártyapép és száraz rostanyag keveréke	0 6567

II. táblázat.

Szám	Emésztés trypsinoldatban	E
1.	Trypsinoldat	0
2.	Száraz rostanyagot emésztte	2 7216
3.	Disznóvékonybélnyálkahártya nyersen	0 5615
4.	" " " " <i>főzve</i>	0 6020
5.	Vékonybélnyálkahártyapép és száraz rostanyag keveréke	1 8282

Ha az első táblázat eredményeit egymással összehasonlítjuk, mindenekelőtt feltűnik, hogy a gyomornedv a gyomornyálkahártya külső felét (I. tábl. 3., 4. sz.) sokkal jobban emésztí mint a belsőt (I. tábl. 5., 6. sz.), mondhatni több mint még egyszer olyan jól, és pedig tekintet nélkül arra, vajjon nyers (3., 5.), vagy főtt (4., 6.) volt-e a nyálkahártya. Mindkét esetben a főtt részlet valamivel rosszabbul emésztődött a nyersnél; nyilván mivel a nyers nyálkahártyából pepsin is került oda. Ez a különbség egyébiránt csekély. A gyomornedv emésztésének kitett vékonybélnyálkahártyából közel annyi emésztődött, mint a gyomornyálkahártya belső feléből.

Ezekből következik, hogy a gyomornyálkahártya belső fele, mely a gyomornyálkahártya felületi hámsajtjeit és nyálkáját is tartalmazza, ép úgy mint a vékonybélnyálkahártya a gyomornedvben sokkal rosszabbul emésztődik meg, mint a gyomornyálkahártya külső fele vagy a tiszta rostanyag, még pedig tekintet nélkül arra, vajjon a nyálkahártya nyersen, vagy előzetesen megfőzve kerül-e emésztés alá.

Ha a rostanyagot összezúzott vékonybélnyálkahártyapéppel keverten teszszük ki emésztésnek (I. tábl. 9. és II. tábl. 5.), a különben jól emésztődő rostanyag igen rosszul emésztődik meg. A trypsinoldatról, mely a rostanyagot kitűnően emésztí (II. tábl. 2. sor.), szintén kiderült, hogy a disznóvékonybélnyálkahártya igen rosszul emésztődik benne, akár nyersen, akár főve tettük ki emésztésnek. Vékonybélnyálkahártyapéppel összekevert rostanyag trypsinoldatban is sokkal rosszabbul emésztődik meg, mint a rostanyag magában, ha nem is annyira rosszul mint a gyomornedvben, mely utóbbi különbségnek az oka nyilván a gyomornedv hatásában a bélnyálkahártya mucinjára van.

Nem szenved tehát kétséget, hogy a gyomornyálkahártya belső fele, valamint a vékonybélnyálkahártya oly anyagot vagy anyagokat tartalmaz, melyek a gyomornedv- és trypsinemésztést erősen korlátozzák; főzésre ezen anyag vagy anyagok az emésztést korlátozó hatásukat nem veszítik el.

A továbbiakban Weinland eljárását követve, disznóvékony-

bél ismételtén jól kimosott nyálkahártyáját lefejtés után homokkal lehetőleg összeörölttem, azután hozzáadtam 0.1% NaCl-t és 0.1% dinatriumhydrophosphatot tartalmazó vízből egy litert s ezzel jól összekeverve, kisajtoltam. A kisajtott folyadékhoz 1.5 térfogat borszeszt adva, a folyadékot átszűrtem; a szüredékből keveset eprouvettába téve, ez néhány csepp híg eczetsavra, alkoholra megzavarodott. Ezután az egész szüredékhez két térfogat alkoholt adva, fehér színű zavarodás állott elő. Ezt a 24 órai állás után kivált második üledéket keményített filteren gyűjtöttem, alkohollal, majd aetherrel mostam és kénsav felett megszáritottam. Porrá törve a száraz maradékot, kitűnt, hogy párolt vízben oldódik, rázva a vizet, erősen tartó habot ad. Vízben való oldékonyságát nagy mértékben csökkenti, ha előzetesen kevés vízben főzzük a port a víz teljes elpárolásáig. Legkönnyebben akkor oldódik a nyers por vízben, ha lúggal kissé alkalizáljuk a vizet; ilyenkor kiülelhető néhány csepp 1% os eczetsav hozzáadására. Hevítésre a lúgos oldat nem válik ki. A lúgos vízben oldott anyag megzavarodik ammoniulfattal telítésre, cersavra; néhány csepp híg kénsav hozzáadása után főzve opaleskáló oldat áll elő, mely lúg hozzáadására teljesen feltisztul. Ez a lúg oldat rézsulfatoldat néhány cseppjével a biuretreactiót adja s hevítve cukor mutatható ki benne. Ha előzetesen savval nem főzzük az oldatot, reductio sem következik be; a redukáló anyag tehát eredetileg nem volt a porban, hanem a savval történt főzés alatt képződött belőle. Mindezen sajátságok a sárgásszürke színű port kiválóan mucinból állónak tüntetik fel.

Ezt a port használtam fel gyomornedvvel és trypsinoldattal tett kísérleteim céljaira. Gyomornedvnek a fent említett kutya-gyomornedvet használtam. A trypsinoldat 190 cm³ vízben 0.3 gm. trypsinből (Grübler-féle) és 0.5 gm. Na₂CO₃-ból állott. Az emésztés 5 óráig tartott. Az emésztés befejezte után az átszűrt folyadékot felforraltam, közömbösítettem s szüredékével határozottam meg a spectrophotometeres eljárás segédelmével elnyelési együtthatóját (E). Az e tekintetben tett kísérleteim eredményét a következő III. és IV. táblázatban foglalom össze. A IV. táblázat első kísérleti sorozatának kísérleteit más trypsinrel és más bélnyálkahártyakivonattal hajtottam végre, mint a 2. és 3. kísérletét; innen a feltűnő különbség a kísérleti eredmények adatai közt, bár az értékek viszonylagos nagyságában lényeges eltérés nincsen.

III. táblázat.

Szám	Emésztés gyomornedvvel	1. kísérlet		2. kísérlet	
		E	különbség	E	különbség
1.	Gyomornedv	0 5348		0 5348	
2.	15 cm ³ nedv + 2 gm. rostanyag	3 8663	} 3 3315	3 5143	} 2 9795
3.	15 cm ³ nedv + 0.25 gm. bélkivonat pora nyersen	0 8835		0 8835	
4.	Mint 3, és 2 gm. rostanyag	3 4258	} 2 5423	1 6833	} 0 7998
5.	15 cm ³ nedv + 0.25 gm. bélkivonat főtt pora	0 8718		0 8718	
6.	Mint 5, és 2 gm. rostanyag	3 7846	} 2 9128	2 3037	} 1 4316

IV. táblázat.

Szám	Önemésztés trypsinoldattal	1. kísérlet		2. kísérlet		3. kísérlet	
		E	különbség	E	különbség	E	különbség
1.	Trypsinoldat	nem ad biuretkehlést					
2.	15 cm ³ oldat + 2 gm. rostanyag	3 5143	3 5143	2 4796	2 4796	2 1362	2 1362
3.	15 cm ³ oldat + 0.25 gm. bélkivonat pora nyersen	1 1299	} 3 1795	0 1680	} 2 084	0 1680	} 1 4562
4.	Mint 3, és 2 gm. rostanyag	4 3094		2 1764		1 6242	
5.	15 cm ³ oldat + 0.25 gm. bélkivonat pora főtt állapotban	0 9925	} 3 4789	0 1432	} 2 1954	0 1432	} 1 6632
6.	Mint 5, és 2 gm. rostanyag	4 4714		2 3386		1 8064	

Közelebbről tekintve a III. táblázatnak gyomornedvvel tett mind a két kísérletét, azok a mellett tanuskodnak, hogy az emésztés a legrosszabb a nyers nyálkahártyakivonat porának jelenlétében volt, tehát a 3—4. számú kísérlet esetében. Kevésbé rosszul sikerült az emésztés akkor, ha az emésztőnedvhez adott nyálkahártyakivonatot előzetesen megfőztem (5—6. számú kísérlet). A port úgy főztem meg, hogy kevés vízben addig forraltam, míg a víz teljesen el párolgott, forralás után pedig a nyálkahártyakivonat pora még gyengén alkalis vízben is tökéletlenül oldódott. A legtöbb rostanyag természetesen a tiszta gyomornedvben emésztődött, a mint ez a III. táblázat 2. kísérletében látható. A számok tehát nyálkahártyakivonat hozzáadása esetében általában jóval kisebbek. Úgy a nyers, mint a főtt nyálkahártyakivonat hátráltatja a gyomornedv emésztését, a nyers azonban a főttnél jóval nagyobb mértékben; ezen utóbbi tünevény oka egyedül a szárazra főtt kivonat felette csökkent oldhatóságában van.

Egészben véve a IV. táblázat eredményei megegyeznek a megelőző táblázat (a III. tábl.) eredményeivel. Mind a három kísérlet adatai egyező értékeknek mondhatók, a mennyiben a nyálkahártyakivonat jelenlétében nyert eredmények kisebbek a tiszta rostanyaggal kapott értékeknél, valamint kisebbek a nyers, mint a főtt bélkivonat hozzáadása esetében nyert értékek is.

Az összbnyomás ezekből az, hogy a bélnyálkahártya kivonata úgy a gyomornedv, valamint a trypsinoldat emésztését zavarja csökkenti, s ezt nagyobb mértékben teszi a nyers, mint az előzetesen megfőtt nyálkahártyakivonatot.

Rendes viszonyok között a hámsejtek mucinja bevonja a gyomor és bél belső falát s alig elegendik a gyomor- és bél-tartalommal, legalább nem a fenti kísérletek töménységében, azért rendes viszonyok között nem is korlátozza a nyálka az élőben lényegesen az emésztést.

Ha, mint az előadottakból kitűnik, a bélnyálkahártya mucinja védőhatású, akkor hasonló eredményhez kell hogy vezessenek a fentiekhez hasonló kísérletek az epe mucinjával is.

E végből disznópehólyagepéből alkohollal, centrifugálással és aetherrel való mosással állítottam elő a mucint. Szárítás után finom porrá törtem s ezzel tettem a következő kísérleteket (V., VI. táblázat).

V. táblázat.

Szám	Emésztés gyomornedvvel	I. kísérlet		II. kísérlet	
		E	különb-ség	E	különb-ség
1.	Gyomornedv	6.5126	2.2888	0.4616	3.0199
2.	15 cm ³ nedv + 2 gm. rostanyag	2.8014		3.4815	
3.	15 cm ³ nedv + 0.25 gm. nyers mucin	0.6207	0.9765	0.6316	0.1528
4.	Mint 3 + 2 gm. rostanyag	1.5972		0.7847	
5.	15 cm ³ nedv + 0.25 gm. főtt mucin	0.5994	1.1290	0.5139	0.4035
6.	Mint 5 + 2 gm. rostanyag	1.7284		0.9174	

VI. táblázat.

Szám	Emésztés pepsinnel	I. kísérlet		II. kísérlet	
		E	különb-ség	E	különb-ség
1.	Trypsinoldat	0	—	0	—
2.	15 cm ³ natr. + 2 gm. rostanyag	3.5939	3.5919	3.5939	3.5939
3.	15 cm ³ trypsinoldat + 0.25 gm. nyers mucin	0.3441	3.1530	0.3679	2.0377
4.	Mint 3 + 2 gm. rostanyag	3.4971		2.4056	
5.	15 cm ³ trypsinoldat + 0.25 gm. főtt mucin	0.2361	3.3411	0.1320	2.6053
6.	Mint 5 + 2 gm. rostanyag	3.5772		2.7373	

Ez értékeket összehasonlítva a bélből előállított mucinnal nyert értékekkel, az eredményekben teljes összhangzást találunk:

A legjobban emésztette a rostanyagot úgy a gyomornedv, valamint a trypsinoldat magában, rosszabbul folyt az emésztés,

ha főtt mucint kevertünk az emésztet közé és a legrosszabbul, ha az emésztetbe nyers mucint adtunk. Ezen kísérleti eredmények minden tekintetben megerősítik a vékonybél kivonatával nyert eredményeket és így a belőlük vont következtetéseket is.

Embernyállal és ehhez adott trypsinnel is tettem hasonló emésztési kísérleteket. A nyálban általában kevesebb a mucin mint a minő arányban kísérleteimben használtam. Egy ilyen kísérletemben a tiszta trypsinoldatban emésztett rostanyag együtt-tartója a kísérlet végén E = 3.1476 volt. Ugyanannyi trypsin tartalmú nyers nyálban emésztve rostanyagot, E = 1.7691 és főtt nyálhoz adva megfelelő mennyiségű trypsin és rostanyagot, a kísérlet végén E = 1.4835 értéknek felelt meg. Tagadhatatlan tehát: a trypsinemésztést még a szájnyal is hátrálja. Végül cysta folyadékából pseudomucint állítottam elő és ezzel hasonló emésztési kísérleteket tettem. Itt is az tűnt ki, hogy a pseudomucin jelenlétében a rostanyag rosszabbul emésztődött, kiválóan rosszul gyomornedvben, kevésbé rosszul trypsinoldatban.

Hogy valamely magában emészthetetlen és az átszivárgást gátló anyag, mint milyen a nyálka, azt a fehérjét, melyet bevon, az emésztés ellen megvédi, annyira természetes, hogy a dolgot másképen el sem képzelhetjük. Ha meggondoljuk, hogy a gyomor falat sejtek bélelik ki, melyek nyálkát készítenek s hogy ez a nyálka alkalmilag kilépve a sejtől, a gyomor falhoz oda-tapad, hogy a vékony- és vastagbél protoplasmahámsejtjei között sűrűn kehelysejtek fordulnak elő, melyek tartalma, épen midőn a bélben emésztés foly, a sejtekből többé-kevésbé kiszorulva, a bél falát sűrűn fedi, akkor lehetetlen ama sejtektől, illetve váladékuktól a védőhatást elvitatni. Külön antierjesztők jelenlétét ezek a vizsgálatok nemcsak nem igazolják, hanem azok jelenléte ellen bizonyítanak. Az epe s a szájnyal mucinjának, sőt a cysták pseudomucinjának is hasonló korlátozó befolyása van az emésztésre, mint a gyomor- és bélnyálkahártyából elő-állított kivonatnak. *Hedin I. G.* az antitestnek a trypsinhatásra gyakorolt közömbösítését adsorptionnak tulajdonítja. Ilyen kitűnő antitestnek a többi közt a csontszén mondja, mely a trypsin magához ragadja és fixálja. Az egyszerűen felvett trypsin a casein a széntől el tudja vonni, ellenben a fixáltat nem. Ez alapon igen valószínűnek tartja *Hedin*, hogy az antitestek hatása úgy jön létre, mint a szén: adsorptio útján.

„Az a körülmény, hogy casein a szén által adsorbeált trypsin a széntől elvonni tudja, kétségtelenül támogatja azt a felfogást, mely szerint az enzimeket azok az anyagok veszik magukba, melyekre hatni tudnak és nem valószínűtlen, hogy ez is adsorptió folyamat.”² A szén, antitestek és casein hatása közt *Hedin* szerint a különbség onnan lehet, hogy a trypsin az antitest és a szén fixálja, mivel ezeket digerálni képtelen; a casein a trypsin azért nem tudja megkötni, mivel a trypsin elpusztítja a caseint. A mucin igen valószínűleg ilyen értelemben antitest. Sem a pepsinsósav, sem a trypsin nem tudja megemésztetni a mucint, ez ezért a pepsint és trypsin adsorptio útján magához köti.

Összefoglalás.

1. Az *ascaris*-t a bélhuzamban való megemésztése ellen a felületét és béltractusát bevonó emészthetetlen cuticula védi meg, valamint nincsen kizárva az sem, hogy a bél enzimek megsemmisülnek, mihelyt a bélféreg bélsatornájába bejutnak, esetleg olyan módon, a mint a gyomornedv elveszti emésztőhatását, mihelyt a vékonybélbe jut. Bizonyára mucin is fedi az *ascaris* béltractusa belső felületét; *Weinland* nak *ascaris* kivonatból nyert porát vízben oldva, a víz rázva habozott.

2. Emészthetetlen az *ascaris* petének a burka is; ha megemésztett petét emésztésnek teszünk ki, végül csak a burka és magjának némi nyoma marad meg emészthetetlenül, sokszor az utóbbi sem.

3. A gyomornyálkahártya belső fele, valamint a vékonybél nyálkahártya tetemesen korlátozza, sőt csaknem megszünteti a gyomornedvnek, valamint a trypsinnek emésztőképességét; főzésre ezt a gátló hatást nem vesztik el. Mindezekből következik, hogy a nyálkahártyákban, nevezetesen belső részükben az emésztést

¹ Hoppe-Seyler: Zeitschrift für physiologische Chemie, 50. k., 496. l.
² F. i. h. 503—506. l.

gátló anyag vagy anyagok foglaltatnak, melyek azonban nem lehetnek antierjesztők a Weinland által használt értelemben, mivel hatásukat főzésre nem vesztik el.

4. A disznóvékonybél nyálkahártyájából Weinland eljárása szerint előállított kivonat főleg vagy egészen mucinból áll. Ezen kivonat úgy a gyomornedv, valamint a trypsinoldat emésztését zavarja, gátolja és ezt nagyobb mértékben teszi a nyers, mint az előzetesen megfőtt nyálkahártyakivonat, mely különbségnek az oka onnan van, hogy forralás után a nyálkahártyakivonat sokkal rosszabbul oldódik.

5. A vékonybelet és gyomrot az önemésztés ellen a nyálkahártya secretumának mucinja védi, a mint azt Schiff M. vizsgálatai már valószínűvé tették.

6. A disznóepehólyag epéjéből előállított mucin az emésztést hasonlóan befolyásolja, mint a vékonybélnyálkahártya mucinja.

7. A szájnnyállal jól összekegyített, porrá tört rostanyagot a hozzáadott trypsin rosszabbul emészteti, mint hasonló mennyiségű trypsin vizes oldata.

8. A cysta folyadékából előállított pseudomucin is csökkenti az emésztőnedvnek rostanyagot emésztő képességét.

9. Külön antierjesztők jelenlétét kísérleteim nem igazolják. A mucint sem a pepsinsósav, sem a trypsinoldat nem tudja megemésztetni, diffusiora a mucin alkalmatlan, a pepsint és trypsin visszatarthatja és ez elegendő arra, hogy a gyomrot és belet az önemésztés ellen megvédi.

Közlés a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., udvari tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.)

Adatok az ajakrák sebészeti gyógykezeléséhez.

(Az I. sz. sebészeti klinikán elért eredmények.)

Irta: Steiner Pál dr., egyetemi tanársegéd.

(Vége.)

Ezek előrebocsátása után lássuk most eredményeinket, nézzük, hogy eseteink milyen részében sikerült 3 illetve 5 éven túli recidivamentességet elérnünk; az előbbi szám a Volkmann értelmében vett definitív gyógyulás mértéke, az utóbbi a Winter től eredő postulatum.

A 3 évi recidivamentességet illetőleg az első 7 éven belül operált 90 eset jöhet számba; ezek közül sikerült 74-nek, vagyis 82%-nak további sorsát megtudnunk.

Operatív halálozásunk radikális, mindkét nyaki tájék kitakarásával egybekötött műtétünk mellett sem volt. Ezen tény hangsúlyozandó, mert mutatja, hogy mindkét nyaki tájék feltárása szigorú asepsis mellett közvetlen veszedelemmel nem jár. Bruns¹ klinikáján 62,9% (Wörner statistikája), illetőleg 0,4% (Loos statistikája) operatív halál volt; legújabban Heidenhain² 28 esetben végzett műtete közül egyet sem vesztett el operációs halál folytán.

Az ismert 74 esetből 3 éven túli recidivamentességet 46 esetben, vagyis az esetek 62,16%-ában értünk el; 43 beteg jelenleg is él és teljesen munkaképes. Három esetben 7¹/₂, 6, 4 év után a halál recidiva nélkül apoplexia, traumás gépsérülés utáni elvérzés és tüdővész következtében állott be. A 43 esetben a műtét óta eltelt idő

10 év	3 esetben
9 "	5 "
8 ¹ / ₂ "	3 "
8 "	4 "
7 ¹ / ₂ "	5 "
7 "	2 "
6 ¹ / ₂ "	3 "
6 "	3 "
5 ¹ / ₂ "	7 "

¹ Loos: Zur Statistik des Lippenkrebses. Beitr zur klin. Chir., 27. kötet.

² Armknecht: Heilungsergebnisse beim Lippenkrebs. Deutsche Zeitschrift f. Chir., 1906. 85. k.

5 év	2 esetben
4 ¹ / ₂ "	3 "
4 "	3 "

összesen 43 esetben,

vagyis a 43 eset közül 35 esetben a recidivamentesség túlhaladja az 5 esztendőt.

Recidivált az ismert 74 esetből 23; ezek közül 22 meghalt, 1 pedig a recidiva műtete után jelenleg is él és munkaképes. A recidiva keletkezésének idejére, tekintve, hogy ezen esetek elhaltak, pontos adatokkal nem szolgálhatunk, azonban az esetek túlnyomó részében ez az első éven belül támadt. A recidiva az esetek túlnyomó részében tájéki volt; azon egy esetben, melyben a recidiva műtete végleges gyógyulással járt, a recidiva lokális volt és az I. műtét után 2 héttel jelentkezett, valószínűleg nem is valódi recidivával, hanem visszahagyott daganatrészlettel volt dolgunk. Két esetben rákos áttétel okozta a halált, egyik esetben gyomorrák, a másik esetben gégerák; ezen esetekben kiemelik, hogy sem helybeli, sem tájéki recidiva nem volt jelen. A recidiva illetve metastasis halálra vezetett a műtét után

2 hóval	1 esetben
5 "	3 "
6 "	4 "
9 "	3 "
1 évvel	5 "
1 ¹ / ₂ "	4 "
2 "	3 "
2 ³ / ₄ "	1 "

összesen 24 esetben,

vagyis 16 esetben egy éven belül állott be a halál, a mi a 24 halálra vonatkoztatva 66%-nak felel meg, vagyis a recidiv halál az esetek 2/3-ában az első évben mutatkozott.

Tekintsük most, hogy van-e bizonyos határozott viszony és állandóság az ajakrák korai kiirtása és a végleges gyógyulás közt. E kérdésre választ a következő adatok szolgáltatnak:

A recidiva- illetve metastasis-esetekben a rák fennállása a jelentkezéskor

1—3 hó	6 esetben
4—6 "	7 "
7—9 "	6 "
10—12 "	2 "
2 év	4 "

25 esetben

volt, vagyis a recidivált esetek 52%-a (13 eset) az első 6 hóban, 84%-a (21 eset) az első évben jelentkezett a baj észrevezésétől számítva

A nem recidivált esetekben a jelentkezéskor a rák fennállása volt

1—3 hó	11 esetben
4—6 "	9 "
7—9 "	5 "
10—12 "	8 "
1 ¹ / ₂ év	2 "
2 "	5 "
3 "	1 "
4 "	3 "
6 "	1 "
7 "	1 "

46 esetben,

vagyis a nem recidivált esetek 43,4%-a (20 eset) az első 6 hóban és 71,7%-a (33 eset) az első évben jelentkezett. Ezen adatok összehasonlításából kiviláglik, hogy a betegek által bemondott rákfennállási időből a prognosist helyes következtetést nem vonhatunk; a prognosist függ a rák állítólagos fennállási idejével, hanem a rák propagáló tendenciája szerint változik. Noha így számokkal kimutattuk, hogy a korai jelentkezés nem arányos a távolabbi eredménnyel, mégis jogosnak kell tartanunk, hogy az ajakrák korai felismerésére s gyógyíthatóságára hívjuk fel a figyel-

met, mert ceteris paribus mégis csak jobban progrediál a rák hosszabb idő után, mintha röviddel az észrevevés után kerül elénk. Ha pedig az ajakrák átterjedt a foghútra vagy a pofanyálkahártyára, a prognosis, a mint azt az alábbiakban kimutatjuk, a már sokkal rosszabb.

Mielőtt a sebészi kezeléssel elérhető eredményt százalékban kifejeznők, még egy körülményt kell kiemelnünk. 74 ismert esetünkben 9 esetben a rák már nem kizárólag az ajakra szorított, hanem a környezetre is átterjedt, még pedig a foghútra 3, a foghútra és pofára 2, az alsó állcsontra 2, a foghútra és alsó állcsontra 1, a pofára 1 esetben. Midőn mi szorosán vett ajakrák-ról beszélünk, akkor nem sorolhatjuk ezekkel egy csoportba azon eseteket, a melyekben az elsődleges gócz ugyan az ajkon ült, de a műtétkor már olyan tájakra terjedt át, a melyek a gyógyulást illetőleg köztudomás szerint a legrosszabb eredményt adják. E 9 eset is mind recidivált, s a recidiva okozta a halált. Így az ajakrák sebészi kezelésének értékét csak akkor ismerjük meg valójában, ha kizárólag ajakrákot teszünk mérlegelésünk tárgyává, tehát nem 74 esetből, hanem 65 esetből vonunk következtetést. A következő táblázat mutatja a sebészi kezeléssel tisztán az ajakra szorított rák-esetekben elért eredményeinket:

3 éven túl recidivamentesen él	43 = 66.1%	70.7%
3 " " " meghalt	3 = 4.6%	
3 " belül recidivában meghalt	13 = 20.2%	21.7%
3 " " recidivált, újabb op. után él	1 = 1.5%	
3 " " metastasisban meghalt	2 = 3.0%	3.0%
Meghalt, pontosabb adatokat nem tudunk.	3 = 4.6%	4.6%

65

Vagyis azt látjuk, hogy 3 éven túli recidivamentességet ajakrakeseteink 70.7%-ában értünk el.

Öt évi recidivamentességet véve a gyógyulás mértékeül, 74 eset értékesíthető, ezek közül 62-nek ismeretes a további sorsa, vagyis 83%-nak. Ha itt is ama 9. a környezetre átterjedt rákot az ajakrakesetekből levonjuk, 53 eset teszi számításunk alapját.

Ezen esetekből:

5 éven túl recidivamentesen él	35 = 66.0%	69.6%
5 " " " meghalt	2 = 3.6%	
5 " belül recidivában } meghalt	15 = 28.6%	30.4%
5 " " metastasisban }		
5 " " egyéb bajban }		
5 " " belül recidivált, újabb operatio után recidivamentes		

53

Tehát ajakrakeseteink 69.6%-a recidivamentes 5 éven túl.

Ezen eredményt úgy értük el, hogy tekintetbe véve a rák propagálását a nyirokutakon és nyirokmirigyeken, céltudatosan mindig elvégeztük a nyaki tájak kitakarítását.

Ennél jobb eredményt csak Heidenhain¹ (1906) mutat fel, a kinek 14 műtett esetéből 13, vagyis 93% recidivamentes 3 éven túl; ezen nagy gyógyulási százalékszámot aránylag csekély számú esetének tudjuk be.

Másrészt még figyelembe veendő azon körülmény is, hogy Heidenhain összes eseteit személyesen operálta, míg a mi eseteink jelentékeny részét a tanársegédek és a műtönövendékek operálták.

II. Recidiv ajakrák.

Az operatív eredmény elbírálásakor az első 7 év alatt végzett 28 recidiv ajakrákműtét teszi további tárgyalásunk alapját. Az első műtét 10 esetben a klinikán, 18 esetben másutt történt. A rák 26 esetben az alsó, 2 esetben a felső ajkon ült. A mi a recidivák elhelyezését illeti, tisztán lokális volt 6 esetben, kizárólag tájéki 3 esetben, helyi és tájéki 11 esetben, helyi és tájéki s a gingivára reáterjedő 1, a pofára terjedő 2, az alveolusra terjedő 3 esetben, tájéki és az alsó állkapocsra terjedő, de lokális recidiva nélküli 2 esetben, vagyis 22 esetben volt tájéki recidivával dolgunk, azaz 78.5%-ban. Kiemelendő, hogy felső

ajakrák-eseteinkben is a recidiva tájéki volt, még pedig a megfelelő áll alatti táj középső és hátulsó nyirokmirigyekben jelentkezett, azon mirigyekben tehát, a melyekbe a felső ajak submucosus nyirokereit ömlenek.

Ezen betegek korát a következő táblázat mutatja:

31—35 év közt	1 esetben
36—40 " "	2 " "
41—45 " "	2 " "
46—50 " "	6 " "
51—56 " "	4 " "
56—60 " "	5 " "
61—65 " "	6 " "
71—75 " "	1 " "
76—80 " "	1 " "

28 esetben,

vagyis a 46—65 év közt 21 eset, azaz eseteink 75%-a volt.

Tekintsük most ezen recidiv ajakrakesetekben:

1. minő régi volt a rák az első műtétkor?
2. mily régi recidivát operáltunk?
3. hányadik recidivával jött a beteg?
4. hány recidivoperatió mentek keresztül a betegnek?

Ezen adatok ismeretére szükségünk van, hogy elbírálhassuk sebészi beavatkozásunk reális értékét; ezen adatokat továbbá még egybe kell vetnünk a recidivák minemiségével is, mert csak így alkothatunk ítéletet a száraz számokról, statistikánkról.

ad 1. A rák fennállása az első műtétkor volt:

3 hó	3 esetben
4 "	2 " "
5 "	1 " "
6 "	3 " "
7 "	1 " "
8 "	1 " "
9 "	2 " "
1 év	3 " "
1 1/4 "	1 " "
2 "	4 " "
3 "	3 " "
5 "	1 " "
6 "	1 " "
8 "	1 " "
12 "	1 " "

28 esetben,

tehát eseteink felében a primaer gócz eltávolításakor a rák fennállása már 1 éven túl volt.

ad 2. Az operatióra került recidiva fennállott

2 hét óta	2 esetben
3 " "	2 " "
2 1/2 hó "	1 " "
3 " "	2 " "
4 " "	5 " "
5 " "	1 " "
6 " "	1 " "
7 " "	1 " "
9 " "	1 " "
1 év "	6 " "
2 " "	4 " "
2 1/2 " "	1 " "
3 " "	1 " "

28 esetben,

tehát a recidiva az esetek 43%-ában már egy év óta állott fenn.

ad 3. Hányadik recidivával került műtetre a beteg?

E kérdésre a következő táblázat adja meg a választ:

Első recidivával jött	24 beteg
Második " "	2 " "
Harmadik " "	1 " "
Negyedik " "	1 " "

28 beteg

¹ Armknecht: Heilungsergebnisse beim Lippenkrebs. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 1906. 85. k., 641. lap.

ad 4. Hány recidiva-műtéten estek át a betegek?

1	recidiva-műtét történt	17	esetben
2	" " " " " " " " " " " "	8	"
3	" " " " " " " " " " " "	2	"
4	" " " " " " " " " " " "	1	"
		28 esetben,	

tehát 28 beteg 43 recidiva-műtéten ment keresztül; de ha tekintetbe veszszük (l. ad 3 táblázat), hogy a 28 betegünk, mielőtt recidiváját operáltuk, már 35 műtéten ment keresztül, úgy 28 betegünk összesen 78 műtétet állott ki, vagyis egy betegre 2·7 műtét esik átlagos számításban.

Szükségesnek tartottuk ezen adatok előrebocsátását, mielőtt a végleges eredmény elbírálásába fogunk. A fenti 28 esetből 25-nek ismerjük a további sorsát. A 25 közül jelenleg 4 eset él recidivamentesen, míg 21 esetben a halált a rák tovaterjedése okozta, 2 esetben közülük nyelvrák illetve gyomorrák szerepel a halál oka gyanánt. A halál az utolsó recidiva műtete után beállott

2	hó után	2	esetben
3	" " " " " " " " " " " "	1	"
5	" " " " " " " " " " " "	4	"
7	" " " " " " " " " " " "	2	"
8	" " " " " " " " " " " "	2	"
9	" " " " " " " " " " " "	2	"
10	" " " " " " " " " " " "	3	"
1	év " " " " " " " " " " " "	1	"
1 ^{1/2}	" " " " " " " " " " " "	2	"
2	" " " " " " " " " " " "	1	"
6	" " " " " " " " " " " "	1	"
		21	

A 6 év után beálló késői halálban lokális és tájéki kiújulás nem volt, hanem rákos áttétel a gyomorban okozta a halált.

A jelenleg is élő 4 eset műtete óta 9^{1/2}, 9 (2 esetben) és 4^{1/2} év telt el. E 4 esetben a rák az alsó ajkon ült; a rák fennállása az első műtétkor 3 hó volt 1, 1 év 2, 1^{1/4} év 1 esetben; a recidiva mind a 4 esetben első recidiva volt, a mely a műtétkor 3 hó óta 2 esetben, 1 év óta 2 esetben állott fenn. Mind a 4 esetben az I. recidiva műtete után értük el a fenti eredményt.

Tehát ha eredményünket százalékban fejezzük ki, a 4 esetet az ismert 25 esetre vonatkoztatva

3 éven túl recidivamentes	16%
recidivában meghalt	84%

Ha ezen 16%-os végleges gyógyulási eredményt egybevetjük a közel 70%-ot elérő definitív gyógyulási számmal, a melyet az elsődleges ajakrákműtétekkel felmutathatunk, azt látjuk, hogy eredményünk a recidiv műtétekben közel 4^{1/2}-szer rosszabb. Ennek magyarázatát adja a fenti táblázatokból folyó tények sorozata. Eseteink felében a primaer rákműtétkor a rák már 1 éven túl állott fenn, a recidiva műtétekor eseteink közel felében a recidiva már egy éves volt, továbbá, hogy csak 22·5%-a a recidivának volt kizárólag lokális, míg a többi tájéki volt, sőt 28%-ban nemcsak tájéki, hanem még a környezetre (gingiva, pofa, állkapocs) is áttérjedő; olyan tények, a melyek feljogosítanak annak kijelentésére, hogy recidivarák-műtéteink már olyan szakban történtek, midőn a priori kevés kilátásunk lehetett a végleges gyógyulás elérhetésére.

* * *

Dolgozatunk összefoglalása a következő:

1. Az ajak rákja 10-szer oly gyakori férfiban mint nőben. Az alsó ajak rákja 12-szer, a felső ajak rákja 3-szor gyakoribb férfiban, mint nőben.
2. Az alsó ajak rákja 12-szer gyakoribb, mint a felső ajak rákja.
3. Az alsó ajakon sem a jobb, sem a bal ajakfél nem alkot praedilectiós helyet, míg a felső ajkon leginkább a közepén ül a rák.
4. A földműves-néposztályban és a pipás emberek közt gyakoribb az ajakrák.
5. Átlagosan leggyakoribb az ajakrák az 55-60 év közt.
6. Előző gyuladások, psoriasis, leukoplakia, hegek a rák fejlődésére mint causa movens szerepelnek.

7. Recidivált eseteink 84%-a, nem recidivált eseteink 71·7%-a az első évben jelentkezett a rák állítólagos keletkezésétől számítva.

8. Elsődleges rákeseteink 55%-a az első éven belül jelentkezett; 76%-ban a rák már fekélyes volt és 67%-ban tájéki mirigybeszűrődés volt jelen.

9. Elsődleges rákműtéteink 70·7%-a 3 éven túl, 69·6%-a 5 éven túl recidivamentes.

10. Recidivált eseteink ²/₃ részében a halál az első évben következett be.

11. Recidiv-rákműtéteink 16%-a recidivamentes 3 éven túl.

12. Recidiv-rákműtéteink ³/₄ részében a halál az első évben következett be.

IRODALOM-SZEMLÉ.

Könyvismertetés.

Dolgozatok a székesfevárosi szt. Margit-kórháznak 10 éves fennállása alkalmából. Szerkesztette Irsai Artur dr. egyetemi rk. tanár, a kórház főorvosa.

Az óbudai szt. Margit-kórház ezen jubiláris kötete mindenképen figyelmet érdemel. Adatából kiténik, hogy ez intézmény minden tekintetben hivatása magaslatán áll. Aránylag csekély ágyszám mellett a fekvő betegek száma az elmúlt esztendőben elérte az 1800-at; a sebészeti műtétek száma ugyanekkor 609, a nőorvostaniaké 215, a szemészetieké 220 volt. Az ambulancia terjedelme évről évre növekszik: működése első évében 2200, utolsó évében 5300 volt azoknak a száma, kiknek a gyógyintézet orvosi tanácsot és segínyt nyújtott. A kötet egynehány dolgozatóból az látszik kitűnni, hogy a kórház egy egész nagy kör, a pilisi hegyvidék orvosi centrumává fejlődött és igazat kell adnunk a bevezető czikk írójának, ki ilyen ambulancia mellett a már-már meglevő 120 ágat elégtelennek mondja. De nemcsak a főváros és környéke északnyugati sectorán lakó szegényebb néposztálynak volt a kórház áldás, hanem hajlékot és munkakört adott számos kiváló orvosi erőnek is. Irsai Artur tanár vezetése alatt idősebb és fiatalabb orvosi gárdánk sok jelesét találjuk a kórház szolgálatában és a kötetben egyesített tudományos dolgozatok megmutatják, hogy mennyire tudja dolgozni vágyó és tudó orvosi kar aránylag egyszerű viszonyok közt, a klinika gazdag segédeszközei és segédszemélyzete nélkül is a kórházi anyagot tudományosan értékesíteni.

Már Irsai Artur főorvos két dolgozata „A thiosinaminnak gyógyértéke esetei kapcsán” és „Adat a skleroma elterjedéséhez és gyógykezeléséhez” betekintést enged az aránylag bő anyag egységes és czéltudatos feldolgozási módjába. Az első értekezés 11 lügmérgezés után támadt bárzsingszűkülletnek thiosinaminkezeléséről számol be, melynek gyógyhatásáról Irsai nagy fenntartással nyilatkozik. Második közleményében 15 skleroma eset kapcsán Rónának 1899-ben a skleroma magyarországi elterjedéséről vázolt térképét kiegészíteni igyekszik. Róna 16 esetével együtt tehát az egész kartographice értékesített anyag 31 eset. Bár e szám következtetések levonására még túlságosan csekély, mégis — a baj esetleges epidemias vagy endemias voltára való tekintettel — a szerzőnek e kísérlete figyelmet érdemel és az adatoknak nagyobb körben való gyűjtésére buzdít. A körjelzés minden esetben kórszövettani, a therapia eklektikus volt. Ezekon kívül Irsainak még két érdekes casuistikai közleményét találjuk. Salgó Jakab, az intézet volt rendelő idegorvosa, szokott luciditásával „A neurasthenia egy-két okáról”, nevezetesen a praecensurális és praematrimonialis neurastheniáról értekezik.

Dirner Gusztáv, 1898 ig a nőorvostani főosztály vezetője, „A méhrákreidiva operálásáról” irt tanulmányában azon conclusiora jut, hogy a recidivaműtétek helyet kérnek és helyet is foglalnak majd a méhrák eseteiben, épen úgy mint az emlő és más szervek rákjaiban. A legfőbb nehézség természetesen az alkalmas esetek kiválasztásában rejlik. Széles alapon tárgyalja Neumann Szigfrid, a kórház jelenlegi nőorvostani rendelőorvosa „A medencebeli szervek lobos megbetegedésével szövődött méhfibromák gyógykezelését”. 24 esetben várokozó, palliatív eljárásokkal, 29 esetben individualizáló operatív beavatkozásokkal igyekezett cél-

hoz jutni. Az operatív esetek esélyeit klinikai pontossággal vezetett kórtörténetekben vezet az olvasó elé. Az elért eredmények általában igen kedvezők. A nő- és belorvostan határterületén mozog Balogh Ernő közlése „*A puerperalis osteomalacia gyógyításáról, 21 eset kapcsán*“. 6 esetben phosphort adtak, 8 esetben castratio, 4 esetben hysterotomia történt. A műtétek (Neumann dr.) többnyire meglepő sikerrel jártak. Két esete therapiai beavatkozás nélkül halálosan végződött. Makara Lajos egyetemi tanár Kolozsvárt, mint a kórház volt sebészeti rendelőorvosa egy igazi ritkaságról, „*A glandula carotica daganatáról*“ számol be, míg Pólya Jenő Sándor, a kórház jelenlegi sebésze „*A gyomor- és duodenumfekélyek átfürödése által okozott körülírt intraperitoneális tályogokat*“ tárgyalja, három operált esete kapcsán. Sebészeti témákkal foglalkozik még Prochnov József volt rendelőorvos „*A helybeli érzéstelenítés*“ ről irt rövid, de minden fontost felölelő cikkében és Rihmer Béla, ki „*Spontan gyógyuló vesegümőkór két esetét*“ tárgyalja. Közös sajátosságuk az, hogy 1. a gümős vese gyógyulása hegesezés útján állt be, 2. a gyógyulás tökéletlen volt, 3. a vese működése a gyógyulással párhuzamosan tönkrement, 4. a gyógyulás ureterelzáródással kapcsolatosan állt be.

Érdekes olvasmány Fejér Gyulának, a kórház rendelő szemorvosának értekezése „*A terhesség és szülés befolyásáról a szem-bajokra*“. A nagy kérdéscsoport teljes feltárására nem tart igényt: jobbra csak a művi abortus vagy koraszülés esetleges jogosultságával foglalkozik, ha az erősen myop szemek látóképessége a terhesség folytán veszélyeztetve van. Ezenkívül közli még „*Tuberculosis conjunctivae*“ esetét.

Gyermekorvostani közleményt kettőt találunk: Berend Miklós, a most létesülő Fehérkereszt-gyermekkorház főorvosa „*A mai gyermekkorházak építéséről és feladatairól*“ értekezvén, főképen a tervbe vett orvosi tejkönyha perspektíváját tárja elénk. Bauer Lajos rendelőorvos „*Staphylococcus pyogenes aureus által okozott belfertőzés két esetét*“ ismerteti, melyben a bakteriologiai diagnózis és a fertőzés forrása (emlősebzések) minden kétséget kizáró módon megállapított.

Az említettekén kívül találunk még casuistikai közleményeket Barla-Szabó József és Politzer József dr.-októl.

A szépen kiállított könyv Ludvik Endrének, a székesfevárosi jobbparti közkorházak igazgatójának van ajánlva, kinek a kórház alapítása és fejlesztése körül a terhek és az érdemek oroszlanrészé jutott. *Benedict.*

Lapszemle.

Gyógyszertan.

Az újabb gyógyszereket és titkos szereket ismertető cikkének 12.-ében Zernik a következőkről számol be:

1. *Ambruns vízkórelenes szere.* Szürkés-sárgás, zavaros, utálatos ízű, megsavanyodott csirizszagú folyadék. Alkalmasint nem más, mint romlott buzalisztesziriz.

2. *Boran-szeptöcream.* Nem csupán ártalmatlan boraxot illetve bórsavat tartalmaz, hanem 5—5% hydrargyrum praecipitatum albumot és bismutum subnitricumot is.

3. *Dana tanár asthmaellenes szere.* Füstölő por, a mely 50% salétromon kívül strammoniumot, lobeliát és thea nigrát tartalmaz.

4. *Epileptol* elnevezéssel egy berlini gyógyszerár epilepsiaellenes szert hoz forgalomba. Kévs hexamethylentetramint tartalmazó formamid és formaldehyd 30%-os oldata. A szerrel elért eredményekről eddig csak előállítója számolt be. 100 gramm ára 7 márka.

5. *Filodentol*, fogfájás elleni szer, a melyet a tenyérre öntve, a fájós fogtól távolabb eső orrlikba kell felszívni! A vizsgálat szerint aetheres olajoknak (ol. menthae et cinnamomi) vörösré festett gyenge oldata.

6. *Keller-féle ideg- és véroróstitó tea.* Összetétele a következő: 10 rész radix valerianae, 8 rész kalium bromatum, 5 rész cortex chinae, 4 rész fructus papaver. matur. és 1—1 rész radix liquiritiae, folia sennae és folia menthae piperitae. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1907. 51. szám.)

Belorvostan.

Vérzés a vese zsíros tokjába („*Apoplexie des Nierenlagers*“). Ezen bajnak, melyről csak Wunderlich emlékezik meg tankönyvében, két esetét közli Doll. Az egyik eset 60 éves, kifejezetten arteriosclerosisos egyénre vonatkozik; a halál az 5. napon következett be. A második esetben 41 éves egyénről van szó, a kinek érrendszerét a syphilis és az alkohol rontotta el; betegségének 6. napján halt meg. A halál oka nem a belső elvérzésben keresendő, a mennyiben a boncoláskor nem találtak olyanfokú vérömlést, a mely okvetlen halálos lett volna. A halált azzal magyarázza a szerző, hogy a nagy vérömlés nyomást gyakorol a környezetre, a rekeszt erősen felfnyomja, az alsó tüdőlebenyt összeszorítja, mellüri izzadmányképződésre vezet s ily módon a légzést és a vérkeringést tetemesen akadályozza. Mindkét esetben nagyon feltűnő volt az erős meteorismus, a mely fokozta a rekesznek feltolását és ezzel a légzés és keringés zavarát; oka a vérömlésnek a bél ereire és idegeire gyakorolt nyomásban keresendő. A betegség a szerző szerint a következő főbb tünetekből ismerhető fel. Rövid időközökkel ismétlődő kólikarohamok; a fájdalmak a vese táján székelnek, tompa fűró jellegűek, türeltelenné válnak s hátra az ágyéktájba, lefelé pedig a csípőtáraj felé sugároznak ki, a scrotumba és a penisbe pedig nem. A fájdalom székhelye nemsokára nyomásra is érzékenynyé válik. A vese táján, a colon mögött, mind jobban kimutathatóvá válik egy nyomásra érzékeny, feszesen rugalmas, a légzéskor helyét nem változtató, hosszúkás, elmosódott szélű daganat. Mérsékelt remittáló láz, a betegség vége felé magasabb hőemelkedések, helylyel-közvetlen erős hőcsökkenés. Mérsékelt anaemiás tünetek, az erő gyors hanyatlása, az érverés gyors megrosszabbodása. A rekesz magas állása, a tömülés tünetei az alsó tüdőlebenyben és mellüri izzadmányképződés. Gyorsan fokozódó meteorismus, a mely miatt később a daganat mind kevésbé tapintható. Az ágyéktáj térszertüri megduzzad, ugyanitt és a scrotumon kékesfekete suffusio jelentkezik. A mi a gyógyítást illeti, a vérzés megszűntetése operatív beavatkozással volna helyén, a mi azonban nagy technikai nehézségekbe ütközik, a mint azt az említett két esetben a boncoláskor talált viszonyok is bizonyítják. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1907. 49. sz.)

Tachycardia paroxysmalis ellen Baccelli a strophantint ajánlja intravenás befecskendezés alakjában. Volt esete, a melyben az érverések száma percenként a 250-et is meghaladta s három befecskendezésre (1/2 milligram pro dosi) 80-ra szállott le a pulsus. Mindaddig, a meddig az érverés még hajlamosságot mutat a rendellenességre, folytatni kell a befecskendezést. A szerző szerint tachycardia paroxysmalisban nem a vagusnak neurosisával állunk szemben, mint a hogyan általában felveszik, hanem azon ganglionok neurosisával, a melyek magában a szívben, főleg pedig a jobb pitvarban, a vena cavák beszájadzása helyének szomszédságában vannak. Véleménye szerint tulajdonképen ezek a szív működést szabályozó központok. (Gazzetta degli ospedali, 1907. 80. szám.)

Pneumococcus okozta járványt ismertet Beck és Stokes. Az 56 esetből 46 tizenhárom családban fordult elő. A betegeknek több mint fele 7 éven aluli volt. A kórkép nagyjából a következő: Mérsékelt láz kíséretében nátha jelentkezik, a hang rekedté válik, göresös köhögés áll be, a mely kisebb gyermekeken oly fokú lehet, hogy asphyxiát okoz. Az eseteknek több mint harmadában conjunctivitis purulenta észlelhető és nagyon gyakori a nagyfokú herpes-eruptio is. Az eseteknek 12.5%-ában az orrban és a torokban alhártyák képződtek, a melyek sárga színűek, könnyen leemelhetők voltak és rendkívül sok pneumococust tartalmaztak. A betegség 7—10 napig tartott, pneumonia sohasem társult hozzá. 33 esetben megvizsgálták a szem, a torok és az orr váladékát és csaknem mindig sok pneumococust találtak. Megjegyzendő még, hogy a járvány tavasszal folyt le. (Journ. of the Amer. Med. Association, 1907 szeptember 14.)

A vérköpés alakjában jelentkező vikariáló havi vérzés esetei elég gyakoriak. Ventura esetében azonban érdekes az a körülmény, hogy egy család 3 generációjának 5 tagján volt meg. Az első generatióban 3 nővér közül 1-nek volt vikariáló havi vérzése vérköpés alakjában, a második generatióban 5 nővér közül 2-nek,

s a harmadik generatióban 4 nővér közül szintén 2-nek. Megjegyzendő, hogy ezen esetekben gümőkórra, syphilisre, haemorrhagiás diathesisre vagy neurosisokra utaló tünet nem volt található. (Gazz. degli ospedali, 1907 október 27.)

Stenocardia eseteiben *Noorden* szerint rendkívül fontos a nyugalom, még pedig úgy a testi, mint a lelki. A rohamoknak rövid időközökkel ismétlődése esetén nagyon jól szokott hatni az ágynyugalom 1—2 hétre; ennek a hatása az ágy elhagyása után is hosszabb ideig megmarad. Főleg hosszabb elhúzódó rohamban alig nélkülözhető a morphiom bőr alá fecskendezés alakjában; a fecskendőt azonban nem szabad a beteg kezébe adni, ezen óvatosság elhanyagolása már sok stenocardiás beteget tett morphinistává. A jodkészítményeket *Noorden* is ajánlja; a hatás módjukat ugyan még nem ismerjük, az azonban bizonyos, hogy huzamosabb használatuk sokszor megakadályozza a további rohamokat. Legalább is ugyanolyan jó hatású a dinretin, 0,5—0,6 grammos adagban háromszor naponként; nagyobb mennyiség adása felesleges, sőt úgy látszik kevésbé hatásos; a diuretin alkalmasint a szív koszorúereit tágítja és ezzel elősegíti a szív izomzatnak vérrel bővebben ellátását. A diuretint, melynek hatása sokszor már 2—3 nap alatt megnyilatkozik, legalább 2—3 hétig kell használtatni; a gyomor az említett kis adagokat csaknem kivétel nélkül jól tűri s egyébként sem mutatkoznak kellemetlen mellékhatások. Egyidejűleg meglevő vesebaj esetén azonban a diuretin salicylkomponense a vesét izgathatván, célszerű helyette az agurint használni. (Medizinische Klinik, 1908. 1. szám.)

Sebészet.

Paraffinprothesisek alkalmazása katonaszabadtás czéljából. *T. Goldenberg* (Breslau) három betegén tett észleléseiről számol be, kiknek kuruzsló katonaszabadtás czéljából paraffint injeciált a nyak subentan szövetébe; a befecskendezés oly ügyesen történt, hogy még gyakorlott diagnostának is a képletek első látásra gümös lymphomának, illetve tumornak tetszettek. G. szerint fontos jel ezen úgynevezett paraffinomák körjelzésében, hogy ezen tumorkok a bőrrel szorosan összefüggnek, a nélkül, hogy lobosodásnak bármely jelét látnók; azonkívül a malignus tumor egyéb tünetei is hiányzanak.

A közleménnyel kapcsolatban G. két kérdést vet fel:
1. Jogosult-e az orvos az ilyen paraffintumor eltávolítására?
2. Nem ellenkezik-e az orvosi titoktartással az ilyen esetek publikálása?

Az első kérdést illetően G. szerint az orvosi beavatkozáshoz feltétlen jogunk van, mivel ily paraffintumorkok mégis csak abnormitást, pathológiás elváltozást képviselnek. Tekintettel azonban az ily betegnek immorális eljárására, ahhoz is kétségtelenül jogunk van, hogy a műtői beavatkozást — úgy a mint az *Tietze* boroszlói osztályán történik — megtagadjuk.

A mi az észlelt esetek tudományos közlését illeti, ezzel nem vétünk az orvosi titoktartás ellen, ha az eseteket név említése nélkül hozzuk nyilvánosságra és a fényképeket diskret módon közöljük; G. ezen czélból a betegeket szemköztől látja el és így fényképezteti le. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1907. 46. sz.)

Gergő.

A vesedecapsulatio eredményeiről eklampsiában ir O. Franck (Flensburg). Az irodalomban közzétett kilencz esethez egy tizediket fűz és ezekből vonja le conclusioit. Dolgozatának veleje: két esetben Edebohls műtete eredménytelen volt, kétszer az eklampsiát kedvezően befolyásolta, míg hat esetben feltűnő gyors gyógyulás állott be. Hogy a műtét mellett az uterus előzetes kitarításának van-e nagyobb szerepe, még nem dönthető el biztosan. Annyi azonban Fr. szerint már az eddigi észlelésekből is kiviláglik, hogy olyankor, midőn az uterus kitarítása után is fennáll az eklampsia, mindkét vesének mjelőbbi decapsulatioja indikált. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1907. 50. sz.)

Gergő.

Húgycsöstricturák kezelése fibrolysinnel. *H. Lang* (Erfurt) húgycsöstrictura két esetében intramuscularis fibrolysinjectiókkal tett kísérletet. Egyik esetben húgycsöruptura után, a másodikban gonorrhoeás alapon fejlődött a szűkület. Állítólag néhány heti

kezelés után az eddigieknél jóval vastagabb bougiek is szinte játszva voltak bevezethetők. L. azt hiszi, hogy könnyű szerrel elért szép eredményei tartósak. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1907. 48. sz.)

Gergő.

Merre ürül ki a gyomor tartalma gastroenterostomia után: a pyloruson-e, vagy a műveleg készített nyíláson (stoma)? Ezen kérdéssel foglalkozott *Leggett* és *Maury*. *Cannon* és *Murphy* Röntgen-fényvel végzett vizsgálatok alapján arra az eredményre jutott, hogy nyitott pylorus esetén a táplálék csakis ezen halad át és a stomán semmi sem jut keresztül. L. és M. kísérletei nagyjában megerősítik e tételt, de mutatják azt is, hogy a gyomortartalom útját a stoma felé is veheti. Ők háromféle úton próbálták megoldani a problémát. Először hosszú spárga végére sörétet erősítettek, ezt lenyelették a már előzőleg 1—2 héttel gastroenterostomizált kutyával s a spárgát a lig. pterygomaxillarehoz varrták. 1—2 nap mulva leölték az állatot. Kitént, hogy a sörét egyes esetekben a pyloruson, máskor a stomán ment át. Különösen érdekes az az eset, melyben a golyó először a stomán ment át a bélbe, innen vissza a pyloruson át a gyomorba, azután ezt az utat még egyszer megtette. Más kísérletekben az ileumot kötötték össze a gyomorral s nézték 1 órával a zsíros ételek adása után a nyirokerek megtelődését. Ezen vizsgálatok azt mutatták, hogy a nyirokerek a duodenumtól kiindulólág telnek meg, a stoma táján pedig és alatta üresek maradnak. Végül azt vizsgálták, hogy nem szenved-e súlyvesztést az állat, ha a gyomrot az ileum végével vagy a colonnal kötik össze. Azt tapasztalták, hogy az első héten hízik, a második héten rohamosan fogy s a második-harmadik hét végén inanitióban elpusztul; a sectio a stoma feletti bélrészlet teltségét és tágulását mutatta. (Annals of surgery, october 1907.)

Pólya.

Arteriovenosus anastomosist készített Gaston Towance. Nyílt bokatörés alkalmával az a. tibialis antica és a vena saphena el volt szakítva, a láb és lábszár alsó része jéghideg volt. Az arteriát behúzták a venába (invaginatio) s a vena szélét az arteriához varrta tovaftató selyemvarrattal. A sebet nyitva kezelte. A műtétet követő napon gyenge pulsatio volt az érben, a 11. napon azonban thrombus keletkezett, mely néhány nap alatt teljesen kitöltötte az eret, s ez később elhalt. A láb megmaradt, azonban 4 hó mulva a csontok beteg volta miatt amputálták. (Annals of surgery, 1907. szept.)

Pólya dr.

A ductus arteriosus Botalli lekötését ajánlja Munro annak veszületett nyitvamaradása esetében. Hullakísérletei alapján ama véleményét fejezi ki, hogy ez a sternum kettéhasítása s a pericardium megnyitása után könnyen megy, a mennyiben az ér ekkor felületesen fekszik, s minthogy 10—15 mm. hosszú, könnyű köréje fonalat vinni s lekötni. (Annals of surgery, 1907. szept.)

Pólya dr.

Gyermekorvostan.

Menstruatio praecox esetét ismerteti *Stoeltzner* tanár. A jelenleg 2 éves és 10 hónapos gyermek első vérzése két éves korában jelentkezett és két ízben 8 hetes, azóta pedig 5 hetes időközökben ismétlődött. A leányka rendkívül erősen fejlődött, 102 centimeter magas, 19,510 gramm súlyú. Emlői olyanok, mint egy jól fejlődött 14 éves leányéi. Vulvája nagy, rendkívül succulens, a vagina bemenete tág, úgy hogy egy ujját könnyen lehetne bevezetni. A végbélen át végzett bimanuális palpatio a méhet rendkívül nagynak mutatja. Születésekor a gyermek nem volt nagy, 3250 grammot nyomott. A nemi fejlődés első jelei az emlők növekedésében nyilvánultak; ezt csak meglehetősen hosszú idő mulva követte az első menstruatio. Még nem tudunk sokat róla, hogy mi a sorsa az ilyen korán menstruáló gyermeknek; aggodásra azonban úgy látszik nincsen ok, ha az egészségi állapot egyébként jó. Ajánlatos azonban az ilyen gyermeket időről időre megvizsgálni, nem fejlődik-e a petefészkek rosszindulatú megbetegedése, a mely esetben haladéktalanul végzendő a sebészeti beavatkozás. (Medizinische Klinik, 1908. 1. szám.)

A gyógyszerek átmenetéről az anyatejbe ir Bucura. A Chrobak-féle klinikán kiterjedt qualitativ vegyi vizsgálatokat

végzett az iránt, hogy a szoptató nőnek adott gyógyszerek közül melyek mennek át az anyatejbe. Összesen 40 gyógyszerrel végzett vegyi vizsgálatokat. Az eddig ismert s kimutatott jód-kálium, natrium salicylicum, aether, antipyrin és higanyon (suppositorium alakjában alkalmazva) kívül még az aspirin, calomel (belsőleg), arsen és bromra nézve sikerült átmenetelüket a tejbe biztosan kimutatni, míg az urotropin átmenete valószínű. Ezen eredményei alapján *Thiemich*-hel szemben óvatosságot ajánl a gyógyszerek alkalmazásakor szoptató nőn; igaz ugyan, hogy az átmenő mennyiség minimális, de mégsem teljesen hatástalan. Feltűnő, hogy a calomelen kívül a hashajtók nagy csoportjából (rheum, senna, phenolphthalein, karlsbadi só stb.) egy sem ment át a tejbe. Érdekes, hogy higanybedörzsölések és injectiók után a tejben még nyoma sem voltak kimutathatók a higanynak. (Zeitschrift f. exper. Pathologie und Therapie 1907. 2. füzet.)

Faludi Géza dr.

Bőrkiórtan.

Kísérletes vizsgálatokat végzett a **Kromayer-féle kvarzlámpa** (kénesöngőfény) hatásáról *R. Pürckhauer* (Breslau). A szerző kísérleteiben a fűsúlyt a kvarzlámpának a mélybe való hatására (penetráló képesség) fektette. Ezt normális élő bőrön való vizsgálattal óhajtotta kideríteni, főleg a histológiai leletekre támaszkodva. Vizsgálatait albinoházinyulak fülén végezte. A kísérleti berendezés hasonló volt azon vizsgálatokéhoz, melyekkel a Finsen-fény hatását tanulmányozták. A fület üvegnyomással anaemizálta és a kvarzlámpával direct összeköttetésbe hozta. A kísérletek felében a lámpa hűtővizéhez igen kevés methylenkék (1 : 7500 arányban) adott. *Kromayer* adatai szerint ezáltal sikerült az egészen felületesen ható rövidhullámú, ultraviolet sugárakat kirekeszteni. A megvilágítás egy teljes óráig tartott. A megvilágítást 3½ Amp. áramerősség és 110 Volt feszültség mellett végezte. A szövettani vizsgálat a legkülönbözőbb stadiumokra vonatkozott, a szerint, hogy a megvilágítást követően milyen időben történt a vizsgálat. A vizsgálatokból elsőben is kiderült, hogy a megvilágítás hatásában nagy különbség forog fenn a szerint, hogy a hűtővíz tartalmazott-e methylenkék, vagy sem. Az első esetben inkább a reactiv-lobos folyamatok a szembetűnők, az utóbbiban pedig jellemző a destructiv hatás. Nyilvánvaló, hogy a fénytherápia sikere a reactiv-lobos folyamatoktól függ, nem pedig a destructiotól. Kiderül továbbá, hogy a kvarzlámpa alkalmazásakor a szövetek károsodása még methylenkék és hűtővíz használatakor is nagyobb és hosszabban tartóbb, mint a *Finsen-fény*nél. A további vizsgálati eredmények a következők: methylenkék nélkül a kvarz-lámpa fénye direct érintkező megvilágításkor nekrosist létesít. Ez a nekrosis méreteiben túlesap azon a határon, a melyen belül a fényt kezelés céljából használjuk. A regenerációs folyamat nagyon későn indul meg s néha nem tudja a nekrosist elmulasztani. A szövetek bántalmazása oly nagy fokú, hogy azok csak igen lassan erősödnek meg ismét. A stimuláló és a regeneratiót felidéző hatás tehát nagyon háttérbe szorul. Ezzel szemben a kvarzlámpának methylenkés fénye más hatású. A hatás csaknem azonos a *Finsen-fény*ével, a mennyiben felületes, bár kissé később jelentkező nekrosist okoz. A szövetek mélységében lefolyó destructiv és reactiv-lobos folyamatok igen hasonlóak a *Finsen-fény* által létrejöttökhöz. Bizonyos azonban, hogy a regeneratív jelenségek kissé később jelentkeznek. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis., 87. k. 2—3. f.)

Guszman.

Pyocyaneus-fertőzés okozta heveny herelob esetét közli *M. Hirschberg* (Berlin). A bacillus pyocyaneus pathogen voltát az utóbbi időben sokszorosan bizonyították. Ezen esetekben rendszeren súlyos általános tüneteket létesített az infectio s így a bacillusoknak igen erős virulentiája volt felveendő. Aránylag kevésbé súlyos helyi tünetekkel járt a szerzőnek következő esete. A férfitbetegnek két nap alatt bal heréje erősen megdagadt és fájdalmassá vált. Lues, gonorrhoea, tuberculosis, valamint parotitis ki volt zárható. Trauma sem érte a herét. A tünetek a szokásos lobellenes kezelés ellenére hamarosan fokozódtak. A hőmérsék 38° volt. A betegség hatodik napján a legnagyobb fájdalom helyén a here elülső felszínén 3 cm.-es incisiót kel-

lett végezni. A bemetszés alkalmával a vaginális üregből sűrű zöldes geny ürült. A sterilen végzett oltások, melyeket a szerző glycerinagaros táptalajon végzett, a bacillus pyocyaneusnak tiszta kulturáját adták. A genyből frissen előállított készítmények methylenkékkel festve finom pálczikákat mutattak, melyek Gram-negativok voltak. Az infectio kapuját nem lehetett kimutatni. A húgyeső és egyéb genitális szervek teljesen normális képet nyújtottak. A bemetszés után a beteg hamarosan meggyógyult. (Deutsche med. Wochenschrift, 1907. 43. sz.)

Guszman.

Venereás bántalmak.

A gonorrhoeás prostituáltak helyes ellenőrzésének lehetőségét vizsgálta egy értékes tanulmányban *M. Möller* (Stockholm). Bizonyos, hogy a női gonorrhoeának jelenlétét vagy hiányát egyedül klinikai vizsgálattal nem lehet mindig megállapítani. A pontos vizsgálat a gonococcusnak jelenlétét vagy hiányát is kutatja, ez pedig csakis bakteriologiai vizsgálattal érhető el. Hiszen *Neisser* már mintegy 20 évvel ezelőtt hangzott, hogy a klinikailag gyógyultnak látszó betegek 20%ában gonococcusokat sikerült kimutatni. A szerző ezután rátér a legtöbb kórházban dívó helytelen vizsgálati és kezelési eljárások ismertetésére. A kontinensnek sok kórházi prostituációs osztályán egyedül klinikailag állapítják meg a betegek gyógyulását. Ez az eljárás nem egyéb tapogatódzásnál. De sajnos, korántsem biztos a bakteriologiai diagnosis sem, t. i. negativ értelemben. Kimutatja, hogy 4—5 negativ gonococcuslelet után sem lehet minden esetben bizonyosra venni, hogy a gonorrhoeás nő csakugyan meggyógyult, mert egy esetleges 5—6. vizsgálat ismét gonococcusok jelenlétéről tehet tanúságot. Tehát a mikroskopi vizsgálat alapján elbocsátott prostituáltakról sem állítható bizonyosan, hogy igazán meggyógyultak. Kifogást emel továbbá *Möller* a prostituáltaknak általában túlrövid kezelése ellen is. Személyes tapasztalása bizonyítja, hogy a legtöbb kórházban a kezelés átlagos tartama 30 nap, a mi a teljes gyógyuláshoz a priori elégtelen. A stockholmi kórházban a görcsövi vizsgálat igen szigorú. A méhkankóban szenvedő prostituáltak csakis egymásután 6 negativ gonococcuspróba után bocsátatnak el. A hat vizsgálat 14 nap alatt történik, mely idő alatt a kezelés szünetel. S mindezek ellenére a szerző mégsem hiszi, hogy a gonorrhoeások kontrolljának sok haszna volna és e tekintetben teljesen abolitionista elveket vall. A prostituáltak ellenőrzésének csakis akkor volna némi értéke, ha lényegesen szigorubbá válnék. Ennek kivihetősége azonban mindenütt nagy akadályokba ütközik. A kontrollsystema mint félrevezető, megbízhatatlan rendszer egészen bátran elhagyható. Ennek a kijelentésének helyességét a christianiai példával is illusztrálja. Ott ugyanis 1888 óta a prostituáltak ellenőrző rendszerét elhagyták és az eredmény mégsem rosszabb. Mindezek tehát a szerző álláspontja szerint azt bizonyítják, hogy a mai ellenőrző rendszer a kankó körül értéktelen s így szükségszerű, hogy más fegyvert keressen az orvos. E célra pedig a legjobb fegyvernek a felvilágosítás lehetőleg tágkörű terjesztése bizonyul. (Zeitschrift f. Bekämpfung d. Geschlechtskrankheiten, VI. k. 7—8. f. 1907.)

Guszman.

„Bir-e befolyással a syphilis kéneső-kezelése a metasymphilises idegbajok létrejöttére?“ ezímen közli erre vonatkozó nézeteit *P. Schuster* (Berlin). A szerző, a ki vizsgálataiban úgy saját gyakorlatára, mint bőséges irodalmi adatokra támaszkodik, a következő pontokban foglalja össze kutatásának eredményeit: 1. A tabes és paralysis klinikai, átlagos kórképe mindig ugyanaz, tekintet nélkül arra, hogy kezelték-e a (régente syphilises) beteget kénesővel, vagy sem. 2. Az idegrendszerbeli metasymphilises utóbajok előzetesen kénesővel kezelt betegeken sem támadnak, később mint a nem kezelt egyéneken. 3. A syphilis kénesős terapiájának valamely kedvező befolyása nem mutatható ki az idegrendszerbeli utóbetegségek elhárítása dolgában. 4. Bizonyos körülmények, melyek serologus vizsgálaton alapulnak, arra engednek következtetni, hogy a syphilisnek idegrendszerbeli utóbajai nem a syphilises mérég behatása alatt, hanem a luesnek antitestei által jönnek létre. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1907. 50. sz.)

Guszman.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Diabetes insipidus gyógyítása atropinnal. Fontana 4 éves gyermek kórtörténetét ismerteti. A gyermek naponként 7–8½ liter 1002–1006 fajsúlyú, fehérje- és cukormentes vizeletet ürített. Atropin használatára (0.06 gramm atropin 100 gramm vízre; pro die egy cseppen kezdve, 18 cseppig emelkedve) 2 hónap múlva a vizelet mennyisége már csak 1200–1400 cm³ volt, fajsúlya pedig 1010–1013. A gyógyítás kezdetén jelentkezőt kisfokú kiütéstől eltételezve, az atropinnak káros hatása nem mutatkozott (Ref. Medizinische Klinik, 1907. 49. szám.)

Az inoperabilis méhrák kezelésére Gellhorn néhány hónappal ezelőtt az acetont ajánlotta. Tapasztalatai azóta bővültek és ezek alapján most újból felhívja a figyelmet az eljárásra, mint a mely a büzt, a folyást és a vérzést megszünteti vagy legalább is erősen mérsékeli és ezzel a betegek szenvedését csökkenti, életüket meghosszabbítja. Az eljárás a következő: Narcosisban alaposan lekaparjuk a rákos fekélyt, gondosan megszáritjuk és felpolcolt medencze mellett csöves speculum segítségével 1–2 evőkanálnyitiszta acetont öntünk a sebbe. 15–30 perc múlva a speculumon át a krátert gaze-csikkel tamponáljuk. Most már megszüntetjük a felpolcolást, a speculumot eltávolítjuk s a vaginát és vulvát steril vízzel kiöblítjük és megszáritjuk. A gaze-csiket 24 óra múlva távolítjuk el s a beteg a 2. vagy 3. napon elhagyja az ágyat. A további kezelés ambulánsan történik az 5. naptól kezdve. A medenczét ismét felpolcoljuk, a sebüregebe csöves speculumot tolunk, a melyet a beteg maga rögzít ½ órára s a melyen át tiszta acetont öntünk be. Ez az eljárás, melyet eleinte hetenként 3-szor, később mind ritkábban végzünk, teljesen fájdalommentes; csak arra kell ügyelni, hogy a mikor ½ óra múlva az acetont a speculumon át kifolyatjuk, a vulva és a perineum védve legyen. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1907. 51. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Orvosok lapja, 1908. 1. szám. *Schlesinger Miksa*: A heveny fertőző láz hydriatikus kezeléséről. *Rottenbiller Ödön*: Adatok az időült rheumás ízületi gyulladások klinikai fellépéséhez és lefolyásához.

Gyógyászat, 1908. 1. szám. *Salgó Jakab*: Kényszerképzetek és téveszmék. *Kallós Jenő*: Serumkezelésre gyógyult súlyos tetanus traumaticus.

Budapesti orvosi újság, 1908. 1. szám. *Szontagh Félix*: A diphtheria serumtherapiájának néhány kérdéséről.

Vegyes hírek.

Kérjük tisztelt előfizetőinket, hogy lejárt előfizetésüket mielőbb újítsák meg, nehogy a lap megküldésében zavarok támadjanak. Budapesti előfizetőink is postautalványon szíveskedjenek az előfizetés árát beküldeni.

Kinevezés. *Vogel József* dr. kapuvári orvost Sopron vármegyei tisztifőorvosává nevezték ki Ajkay Endre dr. helyébe, a ki nyugalmába vonult. — *Winter Mór* dr.-t és *Alth Egon* dr.-t a budapest-balparti kórházakhoz segédorvossá, *Parché József* dr.-t pedig az érsekújvári kórházhoz másodorvossá nevezték ki.

Az „Országos védőegyesület a nemi betegségek ellen” január 13-án, hétfőn este 6 órakor tartja közgyűlését az Újvárosi úti közgyűlési termében. A közgyűlés után folytatják a sexual-paedagogiai szaktanácskozást; *Hahn Dezső* dr. „Sexual-paedagogia és társadalomegészségügy” czímen tart előadást.

A budapesti egyetem I. sz. női klinikáján december havában a szülések száma 144 volt (először szülő 67, többször szülő 77). A született magzatok száma 145, még pedig élő 132, halott 11, macerált 2; érett 117, kora 19, éretlen 9; fiú 71, lány 68, kérdéses nemű 6; törvénysenyes 61, törvénytelen 84. A gyermekágyasok és szülők között haláleset nem fordult elő. A nőbeteg-osztályon 66 beteget ápoltak, a kik közül 1 halt meg. A klinikával kapcsolatos poliklinika segélyét 103 esetben vették igénybe; a műtétek száma 97 volt.

A szabadkai önkéntes tűzoltó-testület mentő-osztálya december havában összesen 96 esetben működött.

Tátrafüredet a téli idényben január 4-éig 201 személy kereste fel.

Meghalt. *Manninger Gusztáv Adolf* dr., Sopron vármegyei volt főorvosa, 60 éves korában a hó 2-án — *Róth-Schulz Vilmos* dr., az újabb orvosgeneráció egyik legszorgalmasabb és legtehetségesebb tagja, a kinek a vese kórtanára és a tuberculosisra vonatkozó irodalmi dolgozatai általános elismerésben részesültek, hosszas betegség után

34 éves korában. — *J. v. Mering* báró, a nagyhírű klinikus, a bel-orvostan tanára a hallei egyetemen, folyó hó 6-án, 59 éves korában. *Th. Annandale* dr., a sebészet ny. r. tanára az edinburghi egyetemen, december 19-én 69 éves korában. Annandale tanár 1877-ben mint Lister közvetlen utódja került tanszékére, melyet haláláig töltött be. — *Sir P. H. Watson*, ismert skót sebésztanár, az edinburghi Royal College of Surgeons-on a sebészet tanára s e College-nak több ízben elnöke, december 21-én 75 éves korában. — *Sir A. B. Garrod*, valaha a bel-orvostan tanára a londoni King's College-on, december 28-án 88 éves korában.

Kisebb hírek külföldről. *Riedinger J.* dr.-t Würzburgban, *Neu-meyer K.*, *Weinland E.* és *Jodlbauer A.* dr.-okat Münchenben, továbbá *Kutschner F.* dr.-t Marburgban rendkívüli tanárrá nevezték ki. — *Wandel O.* dr. Kielben és *Sachs H.* dr. Frankfurtban a tanári címet kapta. — A berlini egyetem gyógyszerészeti tanszékére *W. Straub* freiburgi tanárt hívták meg. Straub tanár 34 éves. — A jeni egyetemen *K. Wittmaack* dr. greifswaldi magántanárt a fül-orvostan rendkívüli tanárává s a fül-orvostani klinika vezetőjévé nevezték ki. — *Pierre Marie* tanárt, az ismert ideggyógyost, a kórboneczolástani tanárává nevezték ki a párisi egyetemen.

A 10. francia orvosi congressust (Congrès français de médecine) f. é. szept. 3–5-én fogják tartani Genfben A. d'Espine genfi tanár elnöklésével. Tárgyalásra a következő témák vannak kitűzve: Az arteriosclerosis klinikai alakjai (Ref. Huchard és Jaquet), a neurastheniás állapotok keletkezése (Dubois és Lépine), az epeköbetegség gyógyítása (Gilbert, Carnot és Mongour).

Orvostörténelmi emlékek kiadása. Több mint 80 éve, hogy a berlini kir. tudományos akadémia megkezdte az aristotelesi iratoknak s commentaraiinak gyűjtését. Most pedig elhatározta az ókori orvosi tudomány hasonló corpusának kiadását. A kopenhágai akadémiaival szövetségbe a berlini akadémia 1901-től 1906-ig az antik orvosok munkáit összeíratta, hogy ily módon áttekinthet nyeltesen az anyag, valamint a költségek felől. E közben azonban a lipsei egyetem orvostörténelmi intézete (Sudhoff dr. prof.) elhatározta a „Medici latini” összeállítását és megjelentetését, minek következtében a berlini akadémia által tervezett kiadásból ezek kihagyatnak. A görög anyagot azonban az akadémia már is egy vaskos katalogusba foglalta, az akadémia nemzeti szövetkezete pedig megengedte, hogy „a szövetkezet auspiciuma alatt” a corpus medicorum megjelenhessen. A kiadás munkáját három akadémia vállalta el: a berlini, a kopenhágai és a lipsei. A Medici graeci megjelentetésére 32 kötetet terveznek. A költségeket — a nyomás költségein kívül — 150 ezer márkára praelimináltak.

Jelen számunkhoz a F. Hoffmann-La Roche & Cie. czég „Tephorin” című prospektusa van csatolva.

Mai számunkhoz a Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst a/M. czég „Gyógyszerújdonások” című prospectusa van mellékelve.

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

Budapesti Zander-gyógyintézet

VIII., Múzeum-körút 2. Teljes physikális gyógyberendezés.

Főbb javallatok: Idült gyomorbelátónia, székrekedés, elhízás, köszvény, csúsz, idegszabák (ischias stb.). Törések és egyéb sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Érelmeszesedés, szívbajok, bronchialis asthma-neurasthenia, bémúlások. Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése. Gyermekekgyógyintézet.

JUSTUS Dr. borbajosokat gyógyító intézete. Budapest, IV., Károly-körút 14. 4327. Fűrdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógyimódot.

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

Dr. Gara Géza, Meran. Sanatorium. Prospectus.

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete, Budapest VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle koncentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Röntgentherapia. — Átvilágítás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kívánatra bővebb értesítés.

Orvosi laboratórium: Vezető: Dr. Vas Bernát, Poliklinika. (Szövettség-uteza 14–16.) Telefon sz. 90–46.

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

ERDEY Dr. Budapest, IX., Bakaocs-tér 10. 4153 SANATORIUMA. Nőbetegek és szülők részére.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom. Közkórházi orvostársulat. (XIII. bemutató ülés 1907 november 20.-án.) 32. l. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (VI. rendes ülés 1907 november 8.-án.) 32. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 34. l.

Közkórházi orvostársulat.

(XIII. bemutató ülés 1907 november 20.-án.)

Elnök: Dirner Gusztáv. Jegyző: Török Béla.

A diphtheria serumtherapiájának néhány kérdéséről.

Szontágh Félix: Kéri, hogy előadását úgy tekintsék, mint a mely kiegészíti azon előadását, melyet 4 év előtt „Az antitoxinos immunitás és therapia“ címen tartott volt. Kórházi osztályának gazdag anyagán kívánja demonstrálni, hogy a diphtheria serumtherapiájával a gyakorlatban mit lehet elérni. A bevezető részben indoklja, hogy miért viseltetett kezdetben, mielőtt még átadták az antitoxinos serumot a gyakorlatnak, skepticismussal a serum olyanfokú hatásossága iránt, mint a minőt az antitoxin felfedezője, Behring, neki megjósolt. A szerhez fűzött reményeket túlvérmesnek kellett minősítenie azért, mert nem oszthatta azon sokak által vallott hitet, hogy a legsúlyosabb diphtheriának vészes jellege egyedül a végyes fertőzésből volna magyarázandó; véleménye szerint a súlyos diphtheriában megbetegedett gyermek sorsa már az első három napon belül eldőlt. Skepticismusa nem táplálkozott azokból a tapasztalatokból, miket annak idején a tuberculinnal tettek volt. Ellenhezőleg azt vallja, hogy a tuberculinterapia kérdését továbbra is tanulmányozni kell. Skepticismusa akkor változott meg, a mikor alkalma nyílt az első, különösen súlyos torokdiphtheriaeseteket, melyeket serummal kezelt, észlelnie. Figyelmét különösen a súlyos esetekben élénken felöltő, jellegzetesnek mondható elváltozások a helybeli folyamaton ragadták meg; a lokális hatás emlékébe idézte a tuberculinnal kezelt lupus képét. Valamelyes analogiát kénytelen supponálni a két szer lokális hatása között. A serummal kezelt diphtheria klinikai lefolyása eredményezte, hogy nem tudta magát többé az antitoxin hatásosságában való hit alól kivonni.

Véleményét az antitoxin gyógyító értékéről a következőkben foglalja össze: Elismeri, hogy a serum a diphtheria therapiájában értékes fegyverünk, mely minden egyéb helybeli gyógyítást — a larynxdiphtheriától eltekintve — feleslegessé tesz. Mindazonáltal figyelmeztet, hogy a serum általános antitoxikus, a toxint paralyzáló avagy inactiváló ereje kevésbé elégti ki; az antitoxinos hatás nem látszik arányban lenni az állatkísérletek alapján joggal feltételezett erős, mérget inactiváló hatással. Továbbá valószínűnek tartja, hogy bizonyos határon túl a serum hatásossága ninesen arányban a bevitt serum antitoxintartalmával. Bizonyosnak tartja, hogy az antitoxinos hatás a súlyos esetekben elégtelen, bármilyen koncentráltan s nagy adagban, s bármilyen korán alkalmaztassék is a serum. Ezek után behatóan fejtegeti, hogy miért nem lehet gyógyító ereje az antitoxinnak a diphtheriás benuulások therapiájában. Kifejti az okokat, különösen az oldal-lánczelméletet tartva szem előtt, a melyek miatt a serum a benuulások gyógyításában csak mint szívtstimuláns gyakorolhat hatást. Ezekkel szemben kiemeli, hogy ha a serumnak nem is tulajdoníthat nagyobb erejű, a betegágyon is megállapítható általános antitoxinos hatást, mégis közvetett úton létrejövő antitoxinos hatást kénytelen megengedni azért, mert a serumnak a helybeli folyamatra gyakorolt üdvös, siettető hatásánál fogva a mérget termelő forrás gyorsabban bedugul. Csak igen ritka esetben állapíthatta meg, hogy az antitoxinnak a helybeli folyamatra gyakorolt hatása is elmaradt. Azon tényezők közül, melyek a serum hatás-talanságát okozzák és magyarázhatják, első sorban is a tuberculosist említi, a mely bántalom manifest avagy rejtett alakjában is a szervezet activ hozzájárulását a diphtheria leküzdésében paralyzálni tudja. Állítását példákkal illusztrálja. Állítja továbbá, hogy a kanyarós diphtheriának rossz természete a serummal szemben is érvényesül. Ezt a tételt is oly esettel bizonyítja, melyben a serum teljesen hatástalannak bizonyult. Ezen eset kapcsán egyszersmind kifejti azon okokat, melyek miatt a diphtheria gravissimában a serumtól életmentő hatás nem is remélhető. A

legsúlyosabb diphtheria-esetek elpusztulnak csak úgy, mint a hogyan menthetetlenül kénytelenek elpusztulni a legrosszabb természetű vörhenyesetek is.

A kanyaróéhoz bizonyos fokig hasonló hatást tulajdonít a vörhenynek is, ha a diphtheriát megelőzte. Egy esetben, mely még számárhuruttal is komplikálódott, a másodlagos légesömetszés bőrsebének szélei is utólag diphtheriás lepedékkel vonódtak be.

Azon esetek elbirálásakor, a melyekben korai alkalmazás ellenére a serum hatástalan marad, magyarázó támpont pedig nem fedezhető fel, arra figyelmeztet, hogy a kórjelzésben is tévedhetünk. A torokdiphtheriában az elsődleges eredetű tonsilláris gangraenára, mely hasonlíthat a diphtheria úgynevezett gangraeneskáló alakjához, és a laryngitis crouposában a gégebemenet genyedékes phlegmonés gyuladására hívja fel a figyelmet. Ezen utóbbi betegség ismerete azért is fontos, mert bár heveny sepsis képében halálra szokott vezetni, a gégeszűkület elhárítása céljából elsődleges légesömetszést, nem pedig intubálást kellene végezni.

Ezek után oly torokdiphtheria- és gégecroupeseteket ismertet, a melyekben a serum hatástalan maradt, noha okát még a bonczolás-kor sem találták. Több oly gégecroupesetet ír le, a melyben a helybeli folyamat enyhése, csekély fokú kiterjedése és intenzitása semmikép sem látszott összhangban lenni a rohamos lefolyással, a hirtelen felszökkenő igen magas lázzal és a halálos kimenetellel.

Ilyen fajtájú, leginkább zsenge korú gyermekeket illető eseteinek magyarázatában egyéni momentumokhoz folyamodik úgy a serum hatástalanságát, mind pedig az enyhe folyamat toxicitását illetőleg. Nem gondol azonban a serum toxikus hatására, annál kevésbé, mert saját anyagából vett két igen tanulságos esettel is tudja bizonyítani, hogy a nem serummal kezelt esetek is ép oly gyorsan, sőt még gyorsabban pusztulhatnak el.

Különbben azt tartja, hogy a serumnak a gégediphtheriára gyakorolt üdvös befolyása nem oly prompt és kifejezett, mint a torokdiphtheriában. Figyelmeztet, és erre bizonyító példákat is említi, hogy az álhártyáknak leválásra hajlamossága nem írható mindenkor a serumhatás javára.

Előadásának befejező részében idézetet olvas fel Kolle cikikéből, a mely idézet véleménye szerint nagyon helyesen praecizirozza a serum gyógyító erejét. Hangsúlyozza, hogy a diphtheria antitoxinos gyógyításának fontos problémáját nem mondhatja véglegesen megoldottnak. Utal rá, hogy ezen nagy kérdésben még elég pont van, melyben nem látunk tisztán. A serumhatás módjának magyarázatában, megállapítva az aránytalanságot a helybeli üdvös és ki nem elégtő általános (antitoxinos) hatás között, kénytelen feltételezni, hogy a serumban nemcsak egy a toxint inactiválni tudó antitoxint, hanem ezenfelül egyszersmind oly potentiát is visünk a beteg gyermek szervezetébe, mely csakis a helybeli folyamaton lép activitásba. Hypothesisekbe nem bocsátkozik, mindazonáltal nem tartja kizártnak, hogy a helybeli hatás mégis csak baktericid hatás. Ezen suppositio helyességének esetében a serum hatása a szervezetnek activ, biológiai tevékenységét jelentené, mint a hogyan minden fertőző betegség gyógyulása is biológiai folyamatot jelent, mely bonyolult folyamatban már eddigi tudásunk szerint is az antitoxin egymaga csak egy alkotó elem, egy lánczszem.

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(VI. rendes ülés 1907 november 8.-án.)

Elnök: Dollinger Gyula. Jegyző: Winternitz Arnold.

A budapesti kerületi munkásbiztosító pénztár I. sebészeti osztályának beteganyagából vett bemutatók.

(Folytatás.)

4. Phosphornekrosis hat esete. A bemutató a phosphornekrosisról 1899-ben irt tanulmányára hivatkozva kifejti, hogy a

phosphornekrosis saját vizsgálatai szerint a csont ereiben a chronikus phosphormérgezés által előidézett kórboneztani elváltozástól van feltételezve. A csontelhalásra az indító okot külső körülmény, legtöbbször fertőzés adja meg. Az elhalás az állkapcsokon jelentkezik, mert itt van a legtöbb alkalom arra, hogy az arra hajlamos csontba a rossz fogak útján fertőzés jusson. Olykor az elhalást csak egy érágban létrejött thrombus okozza, az elhalás kis terjedelmű, de ha a munkás már régen dolgozik gyufagyárban és a véreire megbetegedtek, a genyedés egyszerre nagyobb területen okoz az erekben thrombotizálást, nagy terjedelemben hal el a csont. A bemutató kifejti, hogy phosphornekrosis esetén hibás eljárást követ el, a ki a csontláda-képződést várva késlekedik a műtéttel. Csontláda sok esetben nem is képződik, mert az elhalt csont termelte váladék elpusztítja a csonthártyát. Az evesedés és vele járó rossz táplálkozás tönkreteszi a betegeket, míg a primaer resectio az ép csontban az esetek legnagyobb részében a szájujregegen át csekély vérzéssel és a gyógyulásra való jó kilátással eszközölhető. A bemutató felhívja a Szakosztály figyelmét a phosphornekrosis gyakoriságára. Bemutatott hat betege mind egy körülbelül 50 munkást foglalkoztató gyárból való.

a) Sch. W., 30 éves munkás, 12 éves kora óta dolgozik gyufagyárakban phosphorral, négy hét előtt megfájult a jobb alsó I. praemolaris, kihúzatta, a fogfészkek kúpalakban elhalt. A bemutatót betegen a phosphornekrosis kezdeti szakát lehet látni. Minden jel szerint az arteria alveolaris inferiorinak azon ága obliterálódott, mely az említett fogfészkekhez vezet.

b) D. J., 38 éves napszámos, 9 éve dolgozik gyufagyárakban phosphorral, 9 hét előtt megfájult a bal alsó II. praemolaris. Foghúsa után elhalt a megfelelő alveolus. Midőn a bemutató 4 nap előtt az elhalt csontrészeket eltávolította, kitünt, hogy a vérkeringési zavar áterjedt a bal alsó állkapocs egy nagyobb részletére, a mely azóta elhalt. Az elhalt rész minél előbb az épen eltávolítandó.

c) K. J., 35 éves napszámos, 12 éve dolgozik gyufagyárban phosphoros gyufákkal, 3 hó előtt bal alsó I. zápfoga körül fájdalmas duzzanat keletkezett, mely néhány nap múlva az állkapocs alatt feltört. 1907. október 25.-én a bal alsó állkapocs testének fele elhalt és Schleich-féle helyi érzéketlenítéssel eltávolított. Jelenleg a seb tisztán sarjadzik; az állkapocs szilárd.

d) F. S., 48 éves raktárnok, 9 évig foglalkozott phosphoros légkörben. 1906 végén bal alsó állkapoca hirtelen megdagadt, foghúsa genyedt. Három mozgó fogát kihúzatta, később a bal alsó állkapocs alatti tájék felfakadt. 1907. február 18.-án a bemutató a bal alsó állkapocs elhalt vízszintes ágát a szájon át eltávolította. Zavartalan gyógyulás után kosmetikailag is kifogástalan az eredmény.

e) E. M., 28 éves napszámos, 13—23 éves koráig foglalkozott gyárban phosphorgyufákkal, 1900 április hava óta ténnygyárban dolgozik. Sorsát nem kerülhette el. Ha phosphor már megcsinálta a csont ereiben az állandó elváltozást és őket thrombosisra hajlamossá tette, csekély alkalmi okra váratlanul beáll a thrombosis és elhalás. 1907 elején baloldali felső állkapcsában a II. praemolaris megfájult, nemsokára egész bal arca megduzadt. A bemutató 1907 márczius 19.-én a beteg elhalt bal felső állkapcsát a szájon át eltávolította. Néhány héttel ezen műtét után a jobb felső I. zápfog körül keletkezett gyökérhártyalob és ebből úgyszólván a bemutató szemei előtt fejlődött ki a jobb felső állkapocs elhalása, a mely miatt két hét előtt ugyancsak a szájon át a jobb felső állkapocs is eltávolított.

f) B. J., 50 éves munkás, 30 éve foglalkozik gyufagyártással. 1903 április havában a bal felső állkapocs I. és II. praemolarisának gyökérhártyájából kiindulva elhalt a bal felső állkapoca, melyet a bemutató 1903 május 12.-én Schleich-féle helyi érzéstelenítés mellett távolított el. 1904 januárjában elhalt a jobb felső állkapoca, a melyet a bemutató 1904 június 3.-án távolított el. 1905 október havában elhalt az egész alsó állkapoca, melyet 1906 május havában a bécsi Allgemeines Krankenhaus-ban távolítottak el ugyancsak a szájon át. Ámbár mindkét állkapocs

hiányzik és az alsó állkapocsban — nyilván mert az elhalás után későn operáltatott — nem képződött új csont, a kosmetikai eredmény elég jó és a beteg táplafelvétele teljesen kielégítő.

Dollinger: Kérde, hogy a munkáspénztár nem tesz-e jelentést a phosphornekrosis-esetek felől az iparhatóságnak vagy a belügyministernek?

Lévai: 8—9 évvel ezelőtt megtekintett egy gyufagyárat, a hygiénés viszonyok a lehető legrosszabbak voltak. A belügyminister rendelete is helytelen. A phosphort vízzel lemosni nem lehet, legfeljebb zsíros olajjal lehetne. A Bókay által ajánlatba hozott kali hypermangan-mal való szájmosások nem vihatók kereszttül, mert — szóló megpróbálta — nagyon kellemetlenek. Az iparfelügyelővel is tárgyalt a szőlő. Nincs más tenni való, mint hogy megtiltsák a sárga phosphorból való gyufagyártást.

Dollinger: Néhány phosphornekrosiseset alkalmával jelentést tett a belügyministernek, a ki egészségügyi felügyelőt küldött ki a gyárba, a hol elhanyagolt hygiénés viszonyokat találtak. Azt ajánlja, hogy a szakosztály tegyen javaslatot ezen ügyben az igazgató tanácsnak, mely az Orvosegyesület nevében a belügyministerium figyelmét felhívna a kérdésre. Erre a szakosztály felkéri Lévait, hogy foglalkozzék e kérdéssel és alkalomadtán tegyen jelentést a szakosztálynak.

Lévai: Köszönettel veszi a megbízást.

II. Lobstein Leó bemutatásai:

1. A musculus biceps brachii subcutan repedése. Az eset 38 éves munkásra vonatkozik, a ki folyó évi július 15.-én nehéz tehernek hirtelen emelése alkalmával jobb felkarjában hirtelen fájdalmat érzett. Munkáját rögtön abba kellett hagynia, mert alkarját a fájdalom miatt nem tudta mozgatni. Midőn a munkáspénztár sebészeti osztályán jelentkezett, a következőket találták: Az elég jól fejlett izomzatú férfibeteg jobb felső végtagját flexio és extensio közötti helyzetben tartja. A felkar már rátekinésre is feltűnő alakváltozást mutat. Alsó harmadában a bőrt félgömbszerűen felemelő kisökönyvi térfogatnagyság van, a mely fölött harántul futó barázda vonul el. A sulcus bicipitalis körvonalai eltűntek, a biceps izomtömege által normálisan kitöltött hely üres. Gyenge ütögetésre ezen térfogatnagyság a bőrön át jól kivihető fibrillumos rángásokat mutat. Tapintáskor ezen duzzanatot kétségtelenül izomnak érezzük. A jobb felkar hajlító ereje majdnem teljesen eltűnt, a beteg az alkarját csak a másik karja segítségével tudja behajlítani. Ezek alapján a körjelzést a musculus biceps subcutan repedésére tették. A haematoma hiányából azt következtették, hogy a repedés vérszegény helyen, tehát az inhoz közel történt. Minthogy eleinte a beteg a műtétbe nem egyezett, karját hajlított helyzetben rögzítették. Ezen kötésben a fájdalmasság megszűnt ugyan, de a kar nem volt használható, úgy hogy a beteg végre mégis csak beleegyezvén a műtétbe, Lévai főorvos megbízásából a bemutató elvégezte a műtétet chloroformnarcosisban. Hosszmetszés a duzzanat legnagyobb domborulatán és kikészítése a leszakadt izomhasnak. Ezután meghosszabbították a metszést fölfelé és megkeresték a felső csontot. A hosszú fej típusos helyen, az in és az izom átmeneti helyén teljesen, a rövid fej izomrostjainak pedig jó része volt elszakadva. A csontokat összehúzták és esomós varratokkal egyesítették. Azután a végtagot behajlított helyzetben rögzítő kötésbe tették. Három hét múlva kezdték a végtagnak óvatos mozgatását és masszálását. Jelenleg az izomerő már annyira visszatért, hogy az illető a jövő hét folyamán ismét munkába állhat.

Kuzmik Pál: Hasonló esetet említ. A vidéki kolléga alatt hid deszkája szakadt le s 30 cm. magasságból leesett. Főlkelve folytatta a praxisát, de bicegett. Később észrevette, hogy az Achilles-inán két ujjnyira a sarok fölött harántirányú bemélyedés van. A Röntgen-képen látszik az Achilles-in szakadása; az in csupán 1 mm.-nyi résszel függött össze az izommal. A műtétkor az Achilles-inon 1.5 cm.-nyi diastasis volt, de már heges szövet képződött; az alsó csont alatt kiskökü vérömleny. A gyógyulás zavartalan.

Hollós István. Két biceps-szakadást látott elmebetegeken a lipótmezei elmeegógyintézetben. Az aetiologira világot vetett ez a két eset, mert az irodalomban a traumán kívül egyéb okok ritkák. Fertőző betegség, lues, alkohol szerepelhet mint ok. Egyik esete 40 éves paralysises férfi, a kit szeptemberben vettek fel és három hónappal később bal felkarjának homokóraalakja lett, melynek okául csak később gondoltak biceps-szakadásra. A másik eset mult év márcziusában jött az intézetbe; öt nappal ezelőtt meghalt. Nyugtalan beteg volt, furibund, és lehet, hogy mikor az ápoló megfékezte, történt a biceps-szakadás. Mindkét eset bonczolásra került és a szőlő bemutatja a készítményeket. Az

idegyógyászati szakosztályban történt bemutatás alkalmával azon nézetének adott kifejezést, hogy a paralysis is lueses eredetű lévén, lehet, hogy miként a csontokban osteoporositas jön létre, az izmok is szakadékonnyabbak.

Dollinger egy huszárhadnagy esetét említi, kio a musculus rectus szakadása jött létre egy arasznyira a patella felett. A szülő összevarrta. Ugyanazon trauma folytán a fascia femoralis is elszakadt, s a szakadáson át izomhernia képződött. Ezt is összevarrta.

(Vége következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A máj szerepéről a fertőző betegségekben tartott előadást Vincent a párisi „Académie de médecine” egyik utóbbi ülésén. Kísérleteiben phosphoros olajnak a bőr alá, különböző bakterinok gyengített toxinjainak a májba feekendezésével, vagy hepatotoxikus serumnak használatával állatokon májbajt okozott s azt tapasztalta, hogy az ilyen állatok sokkal hajlamosabbak voltak a tetanuszal szemben. A májnak azonban nem csupán a tetanuszal szemben van többé-kevésbé védőhatása. Így például ismeretes, hogy májbajt egyéneken az erysipelas nagyon súlyos lefolyású szokott lenni s az előadó azt tapasztalta, hogy a pneumonia prognosist is erősen rosszabbítja az egyidejűleg fennálló májbajt. Ilyen módon érthető az a régi tapasztalat is, hogy idült alkoholizmusban szenvedők is fogékonyabbak fertőzésekkel szemben s a fertőzések súlyosabb lefolyásúak bennük, noha az alkoholizmus a máj megbetegítésén kívül a szívre gyakorolt károsító hatása, a védőanyagok képződésének megakadályozása stb. útján is rosszabbíthatja a fertőző betegségek prognosistát.

PÁLYÁZATOK.

5544/907. sz.

A Körösladány községben megüresedett egyik községi orvosi állásra pályázatot hirdetek s felhívom a pályázni kívánókat, hogy orvostudori oklevéllel, szolgálati bizonyítvánnyal s születési anyakönyvi kivonattal felszerelt pályázati kérvényeiket az 1908. évi január hó 15-éig bezárólag adják be hozzám, mert a később érkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

Az állás javadalma: 1200 korona fizetés, 200 korona lakáspénz, a mely azonban a legnagyobb valószínűség szerint 400 koronára fog felemeltetni. Látogatási díjak: az orvos lakásán 40 fillér, a község belterületén a beteg lakásán 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 halottkémlés s a szegények gyógykezelése ingyen teljesítendő.

A község lakosainak száma: 7134 lélek.

Szeghalom, 1907. évi december hó 25-én.

2-2

Csánki Jenő, főszolgabíró.

524/907. sz.

Talpas községben az orvosi állás megüresedvén, erre az 1200 korona évi fizetéssel, 40 fillér nappali és 80 fillér éjjeli látogatási, 40 fillér halottkémlési és 40 fillér bússzemledíjjal egybekötött állásra pályázatot nyitok, s felhívom mindazokat, kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előírt minősítést és eddigi gyakorlatokat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám 1908. évi január hó 31.-éig adják be.

Kisjenő, 1907. évi december hó 18.-án.

3-3

Csukay Gyula, főszolgabíró.

2303/1907. sz.

Bihar vármegye beéli járásában üresedésben lévő ökrösi körorvosi állásra pályázatot hirdetek és mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják felhívom, hogy képesítésüket, eddigi alkalmaztatásukat és nyelvismereitüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám 1908. évi január hó 24-ének d. u. 5 órájáig annyival is inkább nyújtsák be, mert a később érkező kérvényeket figyelmen kívül fogom hagyni.

A román nyelvet bírók előnyben részesítetnek.

Javadalmazás:

1. Kézpénz-fizetés 1600 korona.

2. Úti átalány 400 korona.

3. Természetbeni lakás, mely áll 3 szoba, konyha, kamara, 1 külön rendező szobából és konyhakertből.

4. Ökrös és Bogy községekben a szabályrendeletileg megállapított halottkémlési átalányok.

5. Ökrös községben, hol a körorvos a vágatási biztos teendőket is ellátja, a szabályrendeletileg megállapított díjak.

6. Hivatalos látogatások alkalmával, valamint a székhelyen 80 fillér beteglátogatási és 40 fillér vényirási díj.

7. A megválasztandó körorvos részére kézi gyógyszerár tarthatása kiállításba van helyezve.

A választást a beéli körjegyzőség tanácstermében 1908. évi január hó 30.-án d. e. 10 órakor fogom megtartani.

Beéli, 1907. évi december hó 29.-én.

3-1

Éder Géza, főszolgabíró.

6192/907. sz.

A megüresedett váli körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazokat, kik ezen állásra pályázni kívánunk, hogy kellően felszerelt kérvényüket nálam f. évi január hó 27. napján a délutáni 5 órájáig beadják, mert a később érkező kérvényeket figyelembe vétetni nem fognak.

A körorvosi székhely: Váli és a körhöz Váli, Tabajd, Gyuró, Kuldő községek tartoznak. Az összes lakosság száma 6000 lélek.

A körorvos fizetése, a körhöz tartozó községek által előleges negyedévi részletekben fizetendő évi 1600 korona és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak, és Váli községben a halottkémlésért esetenként fizetendő 50 fillér.

A körorvos tartozik hetenként egyszer, a községi előljáróságokkal együttesen megállapítandó napon, a körhöz tartozó községekben, szükség esetében a pusztaán megjelenni.

A választás 1908. évi január hó 30. napján d. e. 9 órakor fog Váli községhezánál megtartani.

Váli, 1908. évi január hó 4.-én.

Tarafás, főszolgabíró.

115/908. sz.

Gömör és Kishont t. e. vármegye tornaljai járásában lemondás folytán megüresedett ragályi körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

A körhöz 13 község tartozik. A kör székhelye Ragály, gyógyszerár helyben.

A körorvos fizetése évi 2600 korona.

Ezen fizetése ellenében körorvos tartozik körének összes községeit havonként egyszer meglátogatni, és a körhöz tartozó községek minden lakosát mindenkor díjtalanul gyógykezelni. Műtétekért a m. kir. belügyminisztérium 135,000/900. számú rendeletében foglalt IV. fokozatu díjak szedhetők.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket f. évi január hó 27. napjának d. u. 5 órájáig hivatalomhoz annál is inkább adják be, mivel a később beérkezetteket figyelembe venni nem fogom.

A választás Ragály községhezánál január hó 29.-én d. e. 10 órakor fog megejtetni.

Okleveles pályázó hiányában az állás esetleg szigorló orvossal hosszabb időre is behelyettesíthetik. A megválasztott körorvos állását február hó 1.-én tartozik elfoglalni.

Tornalja, 1908. évi január hó 9.-én.

2-1

Szentmiklósy, főszolgabíró.

391/1908. sz.

Baja város közkórházánál újonnan rendszeresített, évi 1200 korona fizetéssel, szabad lakás, fűtés, világítás és élelmezéssel javadalmazott alorvosi állásra ezennel pályázatot nyitattik.

Folyamodni óhajtók felhivatnak, hogy kellő minősítettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket legkésőbb f. évi február hó 7. napjáig méltóságos dr. Ambrozovics Lajos városi főispán úrhoz czimezve nyújtsák be.

Csakis orvosdoktorok pályázhatnak.

Baja, 1908. évi január hó 7.-én.

A polgármester h.

Erdélyi, főjegyző.

3-1

HIRDETÉSEK.



A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

kitünő 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-Lipóci Salvatorforrás-Vállalatnál
Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

EGGER EMULSIÓ

KITÜNŐ CSUKAMÁJOLAJ KÉSZÍTMÉNY

LEGTÖKÉLETESEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

LYSOFORM

OLDATBAN SZAGTALAN NEM MÉRGES BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT

ANORRHAL Suprarenalis-Hamamelis-Sozodol-suppositoria haemorrhoidalis esomók és következményei ellen.

10 darab 3 korona.

VAGINOL Hydrargyr-Oxicyanat-Sozodol-Alumnol-hüvelykúpok. — Infectio elleni prophylacticum és antisepticum nők számára.

10 darab 3 korona.

RHOME Yohimbin - Strychnin - Phosphor - tabletták.
25 darab 6 korona.

GELATIN -készítmények: Globuli vaginales, bougies urethrales et nasales, Tubuli, Suppositoria et Amygdalae aurium.

„Apotheke zur Austria“ Wien, IX., Währingerstrasse 18.

Főraktár Magyarország részére: 4846

Richter Gedeon, Sas-gyógytár, Budapest, IX., Üllői-út 105.

Kitűnő hatással vannak rheumatikus, csúzos, neuralgikus bajoknál, továbbá kólika, enteritis, meteorismusnál a

SALIMENTHOL és SAMOL új, érdekes készítmények.

Minden magyar gyógyszerárban raktáron.

Bővebbet e lap 1. számában közölt nagy hirdetésben.

Irodalmat és mintákat az orvos urak részére díjmentesen küld a Chemisch-Pharmac. Laboratorium Arnau a. E. (Csehország). 3999

Tinctura Ferri Athenstaedt

alkalimenes vassaccharatum borszerű oldatban: 0.2% Fe. Valamennyi világrészben, mint az anaemia és chlorosis souverain gyógyszerere ismeretes.

Eredeti 1/2 és 1/4 kg.-os üvegek ára 1.60, illetve 3 korona.

Mintát és irodalmat díjmentesen küldenek a gyárosok:

Athenstaedt & Redeker, Hemelingen bei Bremen.

Kapható a gyógyszerárakban vagy a főraktárban: Dr. Rosenberg Sándor, gyógyszerész, Budapest.

A „MAGNET” név és gyári jegy törvényesen védve.

MATTONT FÉLD
GISSHÜBLER
legisírták gyógyszer
SAVANYUKÚT

Mint gyógyforrás évszázadok óta bevált légző- és emésztőszervek bajainál, köszvénynél, gyomor- és hólyaghurutnál. Kitűnő gyermekeknél, üdülőknek és a terhesség alatt. 4905

Antisclerosin

javalt minden kezdődő anyagcserebántalomnál, különösen

arteriosclerosis-nál.

Legjobb prophylacticum.

Bebató experimentális és sokszoros klinikai kísérletek után a legjobban megokolt gyógyítómód.

Terjedelmes irodalom ingyen rendelkezésre áll.

Adagolás: naponként 3-szor mindig 2 tablettát. Eredeti csomagolás 25 tablettát üvegenként; kapható a gyógyszerárakban.

Orvos urak számára kísérleti mennyiség mérsékelt áron.

Fabrik pharmaz. Präparate Wilh. Natterer, München II.

SANATOGEN

fehérnye és phosphor bevitele

a testbe. Az oxydációs energiát

fokozza. Az anyagcserét elő-

mozdítja és ezért a leghatható-

sabb erősítőszer egyike. Orvos

uraknak kísérleti anyagot és

irodalmat kívánatra ingyen és

♦ ♦ ♦ bérmentve küld ♦ ♦ ♦

BAUER & C^{IE.}

Sanatogenwerke,

Berlin SW. 48.

4601

Málnási

Mária-

forrás

Természetes alkalikus
— 56s savanyúvíz. —

A légzési szervek bántalmánál és emésztési zavaroknál páratlan hatású. Gyomorégést azonnal megszüntet.

Főraktár: **EDESKUTY L. BUDAPEST.**

Budapesti képviselő: 4486

Nádas Márton.

4486 Kútkezelőség: Brassó.

SYRHYPHOSPHIT.COMP.D^rEGGER

Indicatiót: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.
Kapható minden gyógyszerárban.

„Bayer” **CONTRATUSSIN** „Bayer”

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a
VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR
Budapest, VI., Andrásy-út 84.

Minden gyógyszerárban kapható.
Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

4056

Idegbetegek családi jellegű otthona.

Dr. Batizfalvy-féle
SANATORIUM és VIZGYÓGYINTÉZET
Budapesten, VII., Aréna-út 82.

Alapított 1859-ben.

GYÓGYESZKÖZÖK: Vizgyógyász. Szénsavas fürdők. Villamosítás (galvan-, faradikus- és Franklin-áram). Massage (diätetikus és orvosi). Vibrációs és rotációs massage. Svédgymnastika. Hízaló- és soványító gyógymódok. Kifünő ellátás mérsékelt árak mellett. Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kiváló tisztaság.

Vizgyógykezelésre bejáró betegek is felvétetnek.

Telefon 15-35.

Kívánatra prospektus.

Dr. Ullrich Gyula, vezető-főorvos.

4364

FLUINOL

egy kiválóan antiseptikus fürdőjavító fluorescentiával bíró

fenyőtűkivonat,

mely kiválólag esúz, köszvény, tüdő-, torok-, bőr- és női bajokban szenvedőknek hat kitűnően.

A Fluinolfürdő egy csodálatosan megnyugtató, erősítő szer szív- és idegbetegeknek.

Készítője: **SCHMIDT ALFRÉD** gyógyszerész,
BASEL (Schweiz).

Magyarországi főraktár: **Zoltán Béla** gyógyszerháza, Budapest, hol irodalmi ismertetés és minta az orvos uraknak díjtalanul áll rendelkezésre.

4634 **1 eredeti üveg, mely 10 fürdőre elég, 3,50 korona.**

Kérjük az orvos urakat, hogy az ismert és kedvelt

kaliforniai füge-szörp

hashajtó rendelésénél határozottan a

„Califig“

szóvédjegyet írják elő, mert ezen néven csak a

California Fig Syrup Company, San-Francisco

készítménye nevezhető.

Használati utasítás minden gyógyszer-tárbar kapható.

1/1 üveg 3 korona, 1/2 üveg 2 korona.

California Fig Syrup Co.,

London, E. C. 31-32, Snow-Hill.

Főraktár Magyarország részére:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszerháza BUDAPESTEN, Király-utca 12.

4364

Orvosi minták ingyen és díjmentve.

„Helfenberg jelzésű“

Liquor ferromangani peptonati
Liquor ferromangani saccharati

A jelenkor legizletesebb és legemészhetőbb, elismert hatású vaskészítménye

REGULIN

természetes szer a székletét szabályozására.

VALOTIN

egy kellemes ízű idegerősítő szer, a baldriangyökér új medicatioja.

A. Kremel, Adlerapotheke,

Wien, XIV., Märzstrasse 49.

4976

TÁTRA-SZÉPLAK MAGASLATI GYÓGYHELY

téli sanatoriuma és pensionátusa nyitva december elejétől.

Ideg-, Basedow-betegeknek; tüdő-, edzést, hízaló- vagy fogyasztó-kúrát keresőknek; tüdőveszélyesek hajlamosoknak, valamint az ez utáni reconvalescenseknek ajánlatos. Bronchiális astma fiatalabb korban. Álmatlanság, malária, vérszegénység. — Gyógytényezők: fekvő kúrák, vizgyógyászat, szénsavas, törp-fenyő-fürdők. Svéd gyógy-gymnastika és massage. Villamos kezelés. Diäta- és terrain-kúrák. — Orvos: dr. Gúhr Mihály. — Központi fűtés. — 55 vendégszoba. — Házilag kezelve. — Téli sportok — Egy napi ellátás 6-8 korona. Bővebbet Fürdőigazgatóság Tátra-Széplak.

4943

Szabadalmazva. Gyorsan ható puha salicylszappanok.

Rheumasan Dr. Reiss tubus K. 2.50; tégely K. 1.50.	Rheuma, esúz, ischias, migrain, influenza, tylosis.
Ester-Dermasan tubus K. 3.—; tégely K. 1.80.	Szintén makacs esetekben, továbbá psoriasis-, pityriasis ellen.
Kátrány-Dermasan Chrysarobin-Dermasan Chrysarobin-kátrány-Dermasan kis tubus K. 1.50; nagy tubus K. 3.—	Idült eczemák, pityriasis, psoriasis, prurigo és scabies ellen.
Ester-Dermasan	Para-, peri-
Vaginal-Kapsulák 10 darab K. 2.50.	metritis, Irodalom és minták ingyen. oophoritis.
Chemische Werke FRITZ FRIEDLAENDER, G. m. b. H., Berlin N. 24. Képvisező Ausztria részére: Alex. Harkner, Wien, XVIII/2. — Magyarország részére: dr. Rosenbergszándor, Budapest.	

Sanatorium Grimmenstein

2888 **Gyógyintézet tüdőbetegek részére.**

Edlitz-Grimmenstein az Aspangbahn állomása, Alsó-Ausztria, 2 1/2 órányira Wien-től, posta, távirda. Telefon. Rendelés 4-5-ig.

Adm. vezető: **Th. Bachrich.** Vezetőorvos: **Dr. O. Frankfurter.**

Serravallo

China-bor vassal.

Üdülőknek és vérszegényeknek orvosi szaktekintélyek által legjobban ajánlva.

Kifünő 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.**

Sanatorium REKAWINKEL WIEN mellett (nyugati vasút).

Ideg- és kedélybetegek részére.

4122 Pavillonrendszer, valamennyi gyógytényező, a Wienerwald legszebb helyén.

Helyközi telefon: Rekawinkel 2. Egész éven át nyitva

Mint kitünő béladstringens a diarrhoea minden alakja ellen felnőtteknél és gyermekeknél egyaránt kitünő sikerrel alkalmaztatik a szabad és védjegyzett

Honthin

keratinált, a gyomornedvben majdnem oldhatatlan albumintannat.

NB. Dr. Hainiss tanár gyermekorvos, a Szt. Rókus-kórházban Budapesten, több mint 1500 diarrhoeában szenvedő gyermeket kezelt és a Gyógyászat 1906. 51. és 52. számában megjelent közleménye szerint a Honthin-nal a legjobb sikereket érte el s azért e szert az összes cseresavkészítmények között előnyben részesítette. A Honthin hatását megmagyarázza annak vegyi magatartása az emésztő nedvvel szemben.

A Honthin-ból a gyomornedvben Dr. Sztankay szerint csak 14%, a Tannalbin-ból 58% oldódik.

Adagolás: Felnőtteknél pro dosi 1—2 g. 5—6-szor naponta, legcélszerűbb egy 25 g.-os eredeti dobozból késhegynyi adagokban; gyermekeknél pro dosi 0.5—1.0 g. 3—4-szer naponta; csecsemőknél pro dosi 0.3—0.5 g. Decoct. Salep-ben. Gyermekek részére 0.3 g.-os Honthin-tabletták is kakaóval igen ajánlatosak; egy 50 db.-ot tartalmazó doboz ára 1 korona 20 fillér.

— Honthin és Honthin-tabletták minden gyógyszerertárban kaphatók. —

Gyár: G. HELL & COMP., Troppau és Wien.

Lecithin-Perdynamin

Jöizü és könnyen türhető.

Haemoglobin- és Lecithin-tartalma által biztos hatású

neurasthenia, hysteria és egyéb idegbajoknál, továbbá rossz tápláltság és rachitis ellen.

Adag: Felnőtteknek 3-szor naponta 1 evőkanállal, gyermekeknek 3-szor naponta 1 teáskanállal.

Idegbetegek számára reggeli italnak

ajánlatos

LECITOGEN

(Lecithin-Kakao).

1 eredeti doboz tiszta kakao mellett 3.0 gm. lecithint tartalmaz.

Szabadalomtulajdonos:

K. Barkowski, Berlin D. 27, Alexanderstrasse 22.

Képvisező Ausztria-Magyarország részére:

Mr. Camillo Raupenstrauch, kiérd. gyógyszerész,
Wien, II/1. Castellezgasse 25. 3172

• LABORATOIRES CLIN-PARIS •

Elektromos Colloid-Érczek.

A Clin-féle Laboratorium által elektromos úton előállított Colloid-érczek finom szemesék, melyek legmagasabb fokát nyújtják a tisztaságnak, katalitikus erőnek és ép úgy physiologiai mint therapiái hatásúak.

Szemben némelyeknek azon állításával, mely elektromos colloidok hosszabb tartós és hatásos voltát kétségbe vonja, a Clin-féle laboratorium nyújtotta colloid-rendszerek még több hónap mulva megóvják teljes fermenthatásukat (a mi a katalitikus erő mérése által kimutatható), valamint therapeutikus hatásukat is, a miről nagyszámú klinikai tapasztalat tanuskodik.

1* Ampullákban à 5 cm³, intramuscularis befecskendezésekhez.

1* **Electrargol** elektromos colloid-
ezüst finom szem-
csékben.

2* Az Electrargol azonkívül tisztán is 100 cm³-nyi üvegekben sebészeti célokra.

2* **Electrauro** elektromos colloid-
arany finom szem-
csékben.

3* Collyrium Electrargol, fokmérővel és cseppentővel ellátott üvegesékben.

3* **Electroplatinol** elektromos colloid-
platina finom szemcsékben.

4* **Electropalladiol** elektromos colloid-
palladium finom
szemcsékben.

Therapeutikus alkalmazás: Fertőző betegségek általában, tüdőgyulladás, kanyaró, genyes mellhártyalob, hagymázos láz, orbáncz, septicaemia, meningitis cerebrospinalis, infektiosus endocarditis, melltyogok, gonococustól eredő fertőzések, cystitis, gyermekágyi láz, szembetegségek.

4988

Főraktár: Török József gyógyszerertára, Budapest, VI., Király-utca 12.

Főképviselő Ausztria-Magyarország részére: M. Marcus, Mag.-Ph., Wien, VI., Magdalenenstrasse 60.

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Hőgyes Endre.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR,
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarcsi Schwartzert Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3-4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Tornai József: Közlés a budapesti m. kir. tud.-egyetem II. számú belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr., udvari tanácsos, egyetemi nyilvános rendes tanár.) Az oxygenes fürdők hatásáról. 35. lap.

Udvarhelyi Károly: Az idült haladó nagyothallás és modern gyógykezelése. 39. lap.

Róna Dezső: Adat a légembóliák ismeretéhez. 42. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismeretelés. Robert Sommer: Familienforschung und Vererbungslehre. — Lapszemle. Gyógyszertan. Külsőleg használható, a bőrön át felszívódó salicylkészítmények. — Belorostan. Bickel: A hyperchlorhydria kör-

és gyógytana. — Idegkórtan. Klieneberger: Az intelligentiavizsgálatok tanulókön. — Sebészet. Herrenknecht: 3000 aethylchloridnarcosisról. — Porter és White: A Röntgen-sugár okozta rák. — F. Cohn: Oesophagusruptura. — Bőr-kórtan. P. Heubach: A thiopinol-fürdők. — Eichhoff: Vaccinainfectio esete. — Orr-, torok és gégebetegségei. Barth E. A tonsillák élettana és eltávolításuk javallatai. — Kisebbségi közlemények az orvostudományról. Bircher: A vesegümőkör gyógyítása Röntgen-sugarakkal. — Fedeli: A folia boldi használata. 43-47. l.

Magyar orvosi irodalom. Magyar Orvosi Archivum. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 47. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 47. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 48-52. lap.

Melléklet. Goedeke et Comp. cég Leipzig „Pyrenol“ készítménye.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a budapesti m. kir. tud.-egyetem II. számú belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr., udvari tanácsos, egyetemi nyilvános rendes tanár.)

Az oxygenes fürdők hatásáról.

Irta: Tornai József dr., klinikai gyakornok.

A siker, melyet a rövid néhány év óta általánosan használt mesterséges szénsavas fürdő, különösen a szívbeteg terápiajában, oly rohamosan vívott ki, több újabb kutatást arra indított, hogy oxygenes fürdőkkel végezzen kísérleteket. S bárha, mint a kutatások eredményeiből kitűnik, e kétféle fürdő indicatioi némely tekintetben fedik is egymást, tagadhatatlan, hogy az oxygenes fürdő hatása a szénsavasétól még egyrészt sok tekintetben eltér, addig másrészt egyazon indicatio alapján az oxygenes fürdő sokkal előnyösebben alkalmazható.

Tudvalevő ugyanis, hogy a mesterséges szénsavas fürdőnek több, sokszor igen kellemetlen mellékhatása van. Így általánosan ismert dolog, hogy a fürdőben rendszeren bőségesen fejlődő szénsav legnagyobb része a vízből kiszabadul, és bárha a kádat le is takarjuk, el nem kerülhető, hogy a beteg a fürdés közben vagy utána (mert hiszen az ártalmas gáz nemcsak a kádat, de sokszor az egész fürdőszobát is telíti) szénsavat leheljen be; a mi különösen szívbetegre igen ártalmas lehet, s a minek következménye gyanánt igen sokszor fejfájást, szédülést, bágyadtságot, szívdobogást, nehézlélekzést, émelygést, sőt néha hányást is tapasztalunk. Némely szerző (Winternitz H.¹) szerint a fürdő szénsavának egy (bár csekély) része a bőrön át is felszívódik. A fejlesztéshez használt sav — ha t. i. nem természetes szénsavfürdőt használunk —, mivel a fürdő némely részén többnyire meglehetősen erős concentratio van, a bőrön sokszor kellemetlen izgalmi tüneteket okoz, sőt némely érzékenyebb testrészen (anus, scrotum, vulva)

valósággal maró hatást gyakorolhat. Sok beteg a szénsavas fürdőben és néha utána is igen nyugtalan, izgatott. A sav maró hatása miatt a szénsavas fürdő csak festetlen fakádban készíthető.

Ezzel szemben az oxygenfejlődés a vízben sokkal egyenletesebben megy végbe; az előállításához nem szükséges ártalmas anyagot használni; a fürdő vizéből kiszabadult oxygen belégzése a betegre csak hasznos lehet.

A mint Salomon² és Zuelzer³ vizsgálatai igazolják, a fürdő vizéből a bőrön át ugyan csak igen kevés oxygen jut a szervezetbe, de az oxygenes fürdők hatása bizonyára nem (vagy nem csupán) az élenyabsorptioban leli magyarázatát. Bőrünk a legkedvezőbb körülmények között is egész oxygenszükségletünknek legfeljebb csak 5%-át tudja felvenni.

Salomon kísérleteit oxygenes vízfürdőkkel és tiszta oxygen-gázfürdőkkel végezte és úgy találta, hogy a vízfürdőből a bőrön keresztül a szervezetbe jutott oxygenmennyiség alig számbavehető, de az oxygen-gázfürdőből még ennél is kevesebb gáz hatol át a bőrön, holott benne az oxygenel való érintkezés sokkal intenzivebb. A hibát e kísérletben Löwy és Zunz abban keresi, hogy a gázfürdőben a bőr hőmérséke jóval alacsonyabb, mint a vízfürdőben, a hol a víz melege a bőr hyperaemiáját, ez pedig annak lehetőségét idézi elő, hogy a tágult capillarisok vére nagyobb mennyiségben veheti fel az oxygent. (Csakhogy, mint később látni fogjuk, az oxygenes fürdőkben a bőr hyperaemiája igen ritka jelenség.)

Az oxygenes fürdőt a legtöbb beteg igen jól tűri és általában mindenkire igen megnyugtató hatást gyakorol.

Az oxygenes fürdő készítésének (épen úgy, mint magának az oxygenfejlesztésnek) igen sok módja van. Csak megemlítem, hogy úgy a hydrogenhyperoxyd, valamint minden fém hyperoxydja, ha katalysator gyanánt ezüstöt vagy mangant használunk, alkalmas arra, hogy belőle oxygent fejlesszünk. Így például, ha a fürdő vizéhez hydrogenhyperoxydot öntünk és azután kevés

¹ Deutsches Archiv f. klin. Medicin, 72. kötet.

² Zeitschrift für diätetische u. physikalische Therapie, 7. köt.

³ Zeitschrift f. klin. Medicin, 53. köt.

kaliumhypermangant adunk, csakhamar igen élénk oxygenfejlődés indul meg és a fejlődő gázhólyagocskák a víz alatti testrészt és a kád falát (mint zuzmára a fát) egészen belepik. Az egyenletesen lerakódó, rendkívül apró (a szénsavhólyagocskáknál jóval kisebb) gyöngyök a bőrön igen kellemes bizsergést okoznak. A gázhólyagocskák folytonos pezsgése a bőrön levő érző idegvégződésekre jelentékeny ingert gyakorol és reflectorius úton a szív munkáját is előnyösen befolyásolja.

Az oxygenes fürdő előállításának egyik kevésbé czélszerű módja, a mikor a már fejlesztett, kész oxygent a tartályból erre a célra készített csőrendszer útján juttatjuk a kád vizébe. Hogy az ily fürdőnél sokkal hatásosabb az, a hol az oxygen magában a fürdő vizében fejlesztetik: a mi próbafürösztéseink is igazolták.

Ma már csaknem általánosan elfogadott nézet, hogy az oxygenes fürdő leginkább az által fejt ki hatását, hogy a vízben fejlesztett, erős oxydáló és desinficiáló képességgel bíró *activ* oxygen számtalan apró (csaknem mikroszkopi) hólyagocskák alakjában, *in statu nascendi* lepi be a testet.

Azon néhány gyógyintézetben, a hol oxygenes fürdővel kísérleteket végeztek és a hol azt ma már mint igen használható gyógytényezőt rendszeresen alkalmazzák, leginkább a *Sarason* által készített és „Ozet-Bad“-nak elnevezett készítményt használják a fürdő előállítására. *Sarason* 1904-ben hozta először szóba a superoxydoknak katalysises felbontásából előállítható *pezsgő* oxygenes fürdőt, de „Ozet-Bad“ készítményét csak alig egy éve hozta forgalomba. Egy-egy fürdő előállítására szolgáló bádogdobozba egy nagyobb és egy kisebb csomag van zárva. A nagyobb 300 gm. natriumperboratot (fehér szemcsés-kristályos por alakban) és a kisebb 20 gm. manganboratot (sárgásfehér por alakban) tartalmaz. A fürdő vizébe először a nagyobb csomag tartalmát keverjük, azután a kevesebb manganboratot hintjük a vízbe és pedig egyenletesen (mintegy besózzuk vele a víz egész felszínét). A natriumborot legnagyobb része nyomban oldódik, kis része pedig a kád aljára száll. A második por behintése után már egy perc múlva (miközben a beteg a kádban elhelyezkedik) igen élénk oxygenfejlődés indul meg és a rendkívül apró (de csaknem egyenlő nagyságú) gázhólyagocskák a beteg bőrét, de még a kád falát is ezüstös réteggel vonják be. Az igen kiadó, egyenletes gázfejlődés 15—20 percig (sokszor tovább is) eltart és a kiszabaduló hólyagocskák a víz felszínén szétpattanva, egyenletes seregezést idéznek elő. A víz színéhez közel tartott gyufa lángja felélénkül. *Sarason* azon állítását, hogy e fürdőben ozontartalmú oxygen fejlődnek, *Schnütgen*² egyszerű kísérletével megdöntötte. Az oxydatio terméke gyanánt képződő mangansuperoxyd a fürdő vizét csakhamar csokoládébarnára festi, a mi némely beteget az első alkalommal kissé kellemetlenül érint, de azután csakhamar megszokja, annyival is inkább, mert meggyőződött, hogy a bőrét nem szennyezi és az esetleg képződő vékony barnás csapadék réteg úgy a testről mint a kádról igen könnyen lemosható. Ha a gázfejlődés nem volna elég élénk (a mi leginkább akkor szokott történni, ha a víz 32 C° nál hűvösebb), czélszerű a beteggel a vizet, főleg a kád alján, időnként gyengén felkavartatni, miáltal a pezsgés feltűnően megélénkül. *Sarason* szerint egy-egy „Ozet-Bad“ 22 liter *activ* oxygent fejleszt.

A beteg lehetőleg úgy helyezkedjék el a kádban, hogy a víz a nyakáig érjen, hogy így a gázhólyagocskák bőrének csaknem egész felületét belepjék. Természetesen a víz alatt mindenféle fürdőruha mellőzendő.

Az irodalom az oxygenes fürdőre vonatkozólag bár nagyon értékes, de kevés adatot szolgáltat.

Winternitz W. az „Ozet“-fürdővel különféle irányban, szokott pontossággal végzett kísérleteiről és vizsgálatairól igen kimerítő, értékes beszámolót ad közre.³ Az oxygenes fürdő az ő nézete szerint is (épen úgy, mint a szénsavas fürdő) leginkább a fejlődő *activ* oxygen (illetve szénsav) által előidézett *physikai* és *chemiai inger útján válik hatásossá*. Kísérletezésekor az oxyge-

nes fürdőnek a vérnyomásra, pulusszáma és testhőmérsékre gyakorolt befolyását különös gonddal tanulmányozta és ezekre vonatkozólag igen érdekes feljegyzéseket közöl. Így azt találta, hogy a 30 C°-ú „Ozet“-fürdő a vérnyomást jelentékenyen leszállítja és a nyomássüllyedés a fürdés után 20 perc múlva is kimutatható. 20 C°-ú Ozet-fürdő 18 mm.-rel szállítja le a vérnyomást, a mely 40 perc múlva a fürdő után újból eredeti magasságára emelkedik. 35°-os Ozet-fürdőben 25 mm.-rel száll le a vérnyomás, a mely azonban *Winternitz* kísérlete szerint még a fürdés alatt nemcsak hogy eléri eredeti niveauját, de még 10 mm.-rel a fölé emelkedik.

További megfigyelése, hogy 30°-os Ozet-fürdő a pulusszámot 12-vel apasztotta, míg a 35°-os csak 8-czal.

Winternitz összehasonlító fürösztéseket végeztetett oxygenes, szénsavas és közönséges, tiszta vizű fürdőkkel és azt hiszi, hogy a vérnyomás változását jórészt a hőhatás idézi elő, a mihez a gáz pezsgésének mechanikai és talán chemiai hatása is társul.

Általánosan tapasztalt dolog, hogy szénsavas fürdőben a fürdőző bőre kipirul és még a fürdő után is rövid ideig piros marad. Oxygenes fürdőben ezt nem tapasztaljuk. *Winternitz* szerint még 35°-ú oxygenes fürdőben is tartós összehúzódásba jutnak a bőr erei és azt hiszi, hogy az oxygenhólyagocskák ingere a bőr izomelemeit is tartós összehúzódásra készíteti és abban, hogy oxygenfürdő után a bőr hosszabb ideig halvány marad fázás érzése nélkül, bizonyítékot talál azon feltevésre, hogy a bőrerek szűkülésével ilyenkor az izomzat véreinek compensatorius kitágulása jár együtt. És ezen, a hőszabályozás szempontjából is fontos felvételt azon körülmény is támogatja, hogy a vérnyomás a bőrerek contractioja ellenére süllyed. De ez összehúzódás *Winternitz* szerint nem tonusos, hanem inkább clonusos, és az Ozet-fürdőben érzett kellemes bizsergés és a vele egyidejűleg, fázás nélkül keletkező ú. n. „lúdbőr“ a legfelületebb bőrizmoknak az oxygenhólyagocskák ingere által előidézett *rythmusos* összehúzódásából származik. A bőrizmok ezen *rythmusos* összehúzódását *Winternitz* a *Hutchinson*-féle „bőr szív“ (*Hautherz*) dobogásának mondja. A peripheriás „szív“ ezen fokozott tevékenységével a centrális szív munkáját hathatósan támogatja.

Winternitz az oxygenes fürdő alkalmazását első sorban azon esetekben ajánlja, a melyekben az erek hypertensioja tapasztalható. Sikeresen alkalmazható továbbá ideges és organikus szívbetegségekben, szívhypertrophiában, ideges szívdobogásban, az aorta bajaiban, arteriosclerosis eseteiben, veseaffectiókban, neurastheniában, továbbá álmatlanság, fejnnyomás stb. ellen. Ellenjavalt a vérnyomás jelentékeny csökkenésével járó betegségekben.

A *Sarason*-féle „Ozet“-fürdővel igen tüzetes kísérleteket végzett *Schnütgen*¹ is, a ki egy egészséges és 14 beteg egyénen figyelte meg a fürdő hatását. Valamennyien már a fürdés kezdetén bőrükön kellemes bizsergést tapasztaltak, a fürdőt általában igen jól tűrték és utána a legtöbben elálmósodtak. *Schnütgen* úgy tapasztalta, hogy a pulus száma, a mely a fürdő kezdetén gyakran kissé emelkedett, a fürdő után a fürdés előtti számához képest 16, 18, sőt 20 lökessel apadt; tapasztalta továbbá, hogy kicsiny, rendetlen pulus a fürdő után erélyessé és *rythmusossá* vált. A vérnyomás egyes esetekben emelkedett, néhány esetben változatlan maradt, de a legtöbb esetben csökkent. *Schnütgen* nézete szerint az oxygenes fürdő neurosisokban (első sorban hysteriában és neurastheniában), továbbá különféle szívbetegségekben sikerrel alkalmazható.

Laqueur A.² kísérletei is igazolták, hogy az oxygenes fürdők általában igen megnyugtatólag hatnak, a pulusszámot csökkentik, de a vérnyomást alig változtatják meg, vagy csak nagyon jelentéktelen mértékben emelik. *Laqueur* arteriosclerosis eseteiben, tachycardiában és egyéb szervi vagy ideges szívbetegségeknél Ozet-fürdőkkel szép eredményt ért el. Épen úgy hatásosnak mondja a fürdőt tabes, neurasthenia, ideges álmatlanság eseteiben és izgalmi állapotokban is.

Franze P. és *Pöhlmann* L.³ ideges szívbetegségeknél, tachycardiá-

¹ Deutsche med. Woch., 1904. évfolyam, 45. sz.

² Therapie der Gegenwart, 1907. évfolyam, 4. f.

³ Blätter für klinische Hydrotherapie, 1907. évfolyam, 1. sz.

¹ l. c.

² Deutsche medicin. Wochenschr., 1907. évf. 1. sz.

³ Berliner klin. Wochenschr., 1907. évf. 20. sz.

val járó myodegeneratióban, billentyűbajban illetve neurastheniában szenvedő betegeket fürdetett Ozet-fürdőben és csaknem minden esetben a pulszszám csökkenését és ezzel együtt rendszeren vérnyomáscsökkenést tapasztalt. Polyneuritis egy igen makacs esetében feltűnő javulást tapasztaltak; de két arteriosclerosissos betegük az Ozet-fürdőt nem jól tűrte, a miért is e két szerző az arteriosclerosist contraindicationnak állítja fel.

Zuelzer G.¹ úgy véli, hogy az oxygenes fürdőben in statu nascendi érvényesülő éleny oxydáló és desinfiáló tulajdonsága a bőr anyagcseréjét is kedvezően befolyásolhatja. Zuelzer oxygenes fürdővel neuralgiákban és tachycardiával járó szívbetegségekben szép sikert ért el.

Sajátságosnak tűnik fel Ekgren E. azon feljegyzése, hogy az oxygenes fürdők után pulszszámcsökkenés mellett többnyire vérnyomásemelkedést látott, bár — mint megjegyzi — ez emelkedés elenyészően csekély a szénsavas fürdők után megszokott emelkedéshez képest.

Mi klinikánkon, a hol különben egyéb physikai eljárások mellett a szénsavas fürdő különösen a szívbjak terapiájában már évek óta nagy gonddal alkalmaztatik s a hol e gyógymódok rendszeres keresztülvitelére már évekkal ezelőtt jól felszerelt külön hydrotherapiás intézet rendeztetett be, az oxygenes fürdőkkel is több hónap óta tüzetes vizsgálatokat végeztünk. Mi is legtöbbször a Sarason-féle „Ozet-Bad“-készítményt használtuk, de kísérleteztünk más úton előállított oxygenes fürdőkkel is. Így alkalmaztuk fürdőinkhez egy ideig a gyárilag előállított, kész oxygent is, a melyet a tartályból, szabályozható csapon át és a lübecki Dräger-féle gyár által e célra készített, a kád alá helyezendő, finoman átlukasztott csőrendszeren keresztül engedtünk a vízbe. A betegek a fürdő ezen alakját is igen kellemesnek találták, de ennek hatása jóval mögötte maradt a kádban fejlesztett activ oxygen hatásának, nem is említve, hogy egy-egy fürdő vagy 50—60 liter kész élenyt fogyaszt. Talán egyedüli előnye e fürdőnek, hogy vize természetesen egészen tiszta marad és hogy élénk bugyborékolása a legtöbb (neurastheniás) betegre suggestiv is igen kellemesen hat. Ennél ugyanis a csövek apró nyílásain kiszabaduló gáz legnagyobb része a vízből rögtön elillan; a gázhólyagcsák jóval nagyobbak és nem lepik be a bőrt oly sűrűen, mint azt a másik oxygenes fürdőben látjuk.

Elkészítése is — az említett eszközök beállítása miatt — igen körülményes. A tökéletes csapszerkezet segítségével azonban a gázömlés tetszés szerint szabályozható és a vizen percenként átáramló oxygenmennyiség a szerkezet feszülés-mérőjének óralapján pontosan leolvasható. A gázömlés bármely pillanatban megszakítható. Ha a Winternitz említette „bőrszív“-re ezen oxygenes fürdők is ingert gyakorolnak, akkor ezen inger mértékesebben, az oxygenáram váltogatott indításával és szakításával talán még inkább fokozható.

A nálunk alkalmazott oxygenes fürdő hőfoka legtöbbször 33°-ú, tartama 15—20' volt; benne a beteg félig fekvő helyzetet foglalt el úgy, hogy a víz a nyakáig ért. A fürdőnek leginkább a vérnyomásra, a pulszra, a hőmérsékre, a légzésre, egyes esetekben a vér összetételére és a vizelet napi mennyiségére gyakorolt befolyását figyeltem meg. 12 beteg és 3 egészséges egyén adta vizsgálataim anyagát.

Vizsgálataim eredményeképpen közölhetem, hogy az oxygenes fürdőt a mi patientsink is általában igen kellemesnek találták; bőrükön, főleg hátukon és végtagjaik alsó (hátsó) felületén pezsgés okozta kellemes bizsergést éreztek. Némelyik egyén a 32—33°-ú vizet az első pillanatban kissé hűvösnek találta, de a pezsgés intenzívebbé válásával valamennyi úgy érezte „mintha a fürdő hirtelen kissé felmelegedett volna“.

Nekünk is feltűnt, hogy az oxygenes fürdőben a bőr nem pirul ki, holott a szénsavas fürdőben a bőr pirja szinte elmaradhatlan; így például 38°-ú, teljes pezsgésben levő oxygenes fürdőben átmenetileg sem lesz pirosabb a beteg bőre, a mely körülmény némileg igazolja Winternitz azon nézetét, hogy oxy-

genes fürdőben a felületes bőrizmok, bőrcapillarisok összehúzódnak.

A fürdőnek általában igen kellemes, megnyugtató hatása van. A fürdőzők közül többen jelentették ki, hogy „akár órákig szívesen elüldögélnének benne“. Soknak étvágyát is fokozta és valamennyinek álmát is igen kedvezően befolyásolta.

Sok egyént, mint tudjuk, még egészségest is, nyakig érő vízben, rövidebb-hosszabb idő múlva nehézlégzés lep meg; ebben a fürdőben pedig olyanok, a kik dyspnoeal ültek bele, nehézlégzésüktől szinte egyszerre megszabadultak. Két betegünkön (organikus szívbjakkal), a kik a fürdőzés előtt antidyspnoicummal éltek s álmukat többször légszomjúság zavarta meg, a fürdőzés kezdetétől fogva a légzési nehézség megszűnt, minden éjszakát nyugodtan aludtak végig. A fürdő ezen üdvös befolyását bizonyára első sorban a belélegzett oxygenmennyiség kedvező hatása idézte elő.

Több szívbetegünk kifejezett cyanosissal ült a fürdőbe, a hol az ajkak, körömök lila színe, rendszeren már néhány perc múlva, szinte szemlátomást változott át rózsaszínűvé. Két, az incompensatio kezdetén levő betegünk hirtelen megcsappant vizelete is a fürdők használatával (az egyiknél feltűnő módon) újból megszaporodott. Talán felesleges is megjegyezni, hogy a fürdőzés alatt diuretikumot vagy szívre ható szert egyik beteg sem használt. Egy fiatal leányon (insuff. valv. mitral. cum stenosis. ost. venos. sin.) már 6 fürdő után az óriási szívtompulat határozott megkisebbedése volt úgy az rendes, mint az auscultatiós percussio útján kimutatható. Ugyanezen leány, a ki ismételtelen fekiült a klinikánkon, egy izben már rendszeres szénsavas fürdőzést használt ugyanitt. Az akkori fürdők után néha fejfájása, szédülése is volt, s mint mondja, nem erősödött meg azoktól úgy, mint a mostaniaktól, a mit különben az is igazol, hogy aránylag rövid távollét után súlyos incompensatiós tünetekkel újból felvételre jelentkezett, most pedig, annak ellenére, hogy mindössze csak 10 oxygenes fürdőt kapott (az utolsót 6 héttel ezelőtt), az incompensationnak nyoma sincs, a beteg egészen meglegedett, s elevenségével, kedélyességével az egész kórtérmet mulattatója.

A mi pedig az oxygenes fürdőnek a vérnyomásra való hatását illeti, én is igazolhatom, hogy a fürdő a vérnyomást a legtöbb esetben meglehetősen fokban és meglehetősen tartósan lecsökkenti.¹ Voltak ugyan esetek, melyekben a vérnyomás a fürdő kezdetén 3—5 mm.-rel magasabbra szökött, de a legtöbbször már az első 5 perc után mélyebbre szállt és innét a fürdő végéig még néhány millimeterrel süllyedt, azután pedig fokozatosan, lassan emelkedett eredeti niveaujára. Sok esetben a fürdő után 1, sőt 2 óra múlva is még valamivel alacsonyabbnak találtam a vérnyomást a fürdő előtti mérés adatánál. Közöséges 33—35°-ú fürdő szintén lecsökkenti a vérnyomást (Winternitz), de nem annyira és nem oly tartósan, mint az oxygenes fürdő.

Egy előrehaladt arteriosclerosissos szenvedő egyénen az oxygenes fürdő a vérnyomást és pulszust semmiféle irányban sem befolyásolta, de azért kellemetlenséget ezen egyénnek sem okozott.

Az oxygenes fürdő betegeinken épen úgy, mint a vérnyomást, a pulszszámot is lecsökkenti. Itt is előfordult ugyan, hogy az első pillanatokban a pulsz száma hirtelen némi emelkedést mutatott, de ezt csakhamar határozott esés követte. Csaknem minden egyénen tapasztaltam, hogy pulszusa már a fürdés elején teltebbé, olyanokon pedig, a kiken azelőtt szabálytalan volt, rhytmusossá változik. Két patientsünkön a pulsz száma a systole száma mögött 2—4, de néha akár 20 lökessel is elmaradt; ezeken a fürdés alatt és után e differentia is csökkent.

A légzési aktusra, a légzés számára, dyspnoés betegeinknél

¹ Az egyöntetűség kedvéért méréseimnél a Gaertner-féle legújabb mintájú tonometert alkalmaztam. Eleinte ugyan ellenőrzés gyanánt a Riva-Rocci-féle készülékkel is eszközöltem méréseket és bár a kétféle eszköz adatai — ismert okokból — kissé különböztek voltak, de a fürdő előtti és utáni adatok differentiája mindkét eszközön a legtöbbször egyező volt. Leginkább technikai nehézségek (a fürdés alatt való mérés) miatt voltam kénytelen a különben igen használható Riva-Rocci-féle készülék alkalmazásáról lemondani.

¹ Zeitschrift für Ärtzl. Fortbildung, 1907. évf. 4. sz.

eltekinve, az oxygenes fürdő valami feltűnő befolyást nem gyakorolt.

Hőmérsékelnél azt tapasztaltam, hogy az oxygenes fürdő a fürdés alatt 1—3 tizedfokkal emeli a test hőmérsékét, a mi azonban a fürdés után percek alatt ismét a rendesre, sőt néha $\frac{1}{2}$ —2 tizedfokkal az alá száll.

Anaemiások vérét az oxygenes fürdőzés mint valami vérképző szer szépen javítja, bár csekély számú vizsgálatomból e dologra nézve határozott következtetést vonni még nem lehet.

Nézetem szerint az oxygenes fürdőben egy a szivbajok terapiájában ma általánosan követett modern iránynak, a sziv kímélésének és kíméletes gyakorlásának szempontjából is igen megfelelő és használható gyógyeljárást nyertünk.

Egy-egy kúrához az eset súlyosságához mérten 15—20 fürdő alkalmazandó, és pedig vagy úgy, hogy 5—5 napon át naponta fürdik a beteg és minden 5-ös cyklus után 4—5 napi pihenőt tart, vagy pedig az egész idő alatt másodnaponként kapja a fürdőt. A fürdés után 1—2 óráig ágyban tartjuk a beteget (ez idő alatt rendszeren üde álmomba merül), de azután, ha állapota megengedi, sétálhat. Legcélszerűbb a délelőtti órákban fürösztetni, ha csak nem *hypnosisos* czélből adjuk a fürdőt, mely esetben este felé fürdetjük a beteget.

Véleményem szerint az oxygenes fürdővel szemben ma még jóformán csak tüneti indicatiókat állíthatunk fel. Leginkább ajánlanám az alkalmazását az *incompensatio* kezdetén, különösen ott, a hol *nehézlégzés, cyanosis, tachycardia, arhythmia* nyomul előtérbe, de elég szép sikerrel alkalmazható előrehaladt *incompensatióban* is. Itt megemlítem, hogy egy *morb. Basedowiban* szenvedő fiatal nőbetegünk *tachycardiája* (mint azt az egyik táblázat is mutatja) és *ideges álmatlansága* is igen szépen javult oxygenes fürdőkre. Jól alkalmazható e fürdő a *functionális neurosisok* terapiájában is.

Már ebből is látható, hogy e fürdőnek már ma is elég széles alkalmazási köre van és hihető, hogy rövid idő múlva használata épen oly általánosan elterjedt lesz, mint a szénsavas fürdőé, különösen, ha előállításának ára (a mi elterjedésének ma úgyszólván az egyedüli akadály) a mostanival jóval olcsóbb lesz, a mint hogy jóval olcsóbb is lehet. Vegyészaink valóban hasznos (a saját szempontjukból is hasznos) feladatot teljesítenek, ha az oxygenes fürdő jutányosabb előállításáról gondoskodnak.

E helyen pedig hálás köszönetet mondok főnökömnek, Kéty tanárnak és *Matócsy* magántanárnak, a kik kísérletezésemkor jóindulatukkal hathatósan támogattak.

Azt hiszem, nem lesz egészen érdektelen, ha végül méréseim néhány idevágó adatát egy-két táblázatba foglalva közreadom.

I. D. Balázs, 33 éves urasági inas (egészséges).

A fürdő ideje	A fürdő neve, hőfoka és tartama	V é r n y o m á s								Pulsus száma								Hőmérsék a fürdő			A légzés száma fürdő	
		fürdő előtt	fürdő alatt			fürdő után				fürdő előtt	fürdő alatt			fürdő után		alatt	előtt	után	előtt	után		
			5'	10'	15'	15'	30'	1 ó.	2 ó.		5'	10'	15'	15'	30'						1 ó.	2 ó.
1907 szept. 25.-én délelőtt	Oxygen, 35 C°, 15'	115	95	98	85	98	98	105	112	70	68	69	68	65	66	70	70	36.65	37.00	36.60	17	16
1907 szept. 27.-én délelőtt	Tiszta víz, 35 C°, 15'	120	88	90	85	100	105	118	—	78	76	78	77	78	—	77	—	36.50	36.70	36.45	18	17
1907 szept. 29.-én délután	Oxygen, 33 C°, 15'	113	98	95	88	98	102	110	—	80	78	76	75	70	76	77	—	36.80	37.15	36.40	17	17
1907 szept. 30.-án délután	Oxygen, 34 C°, 15'	118	90	85	88	—	90	88	105	74	78	80	77	—	73	74	75	—	—	—	16	16
1907 okt. 1.-én délután	Oxygen, 33 C°, 15'	112	114	92	88	—	95	102	110	72	72	73	76	—	68	68	70	36.75	37.15	36.80	18	17

II. V. Etel, 21 éves varrónő (insuff. valv. bicusp. et stenosis. ost. venos. sinistr., uncompensatio tünetei).

A fürdő ideje	A fürdő neve, hőfoka és tartama	V é r n y o m á s							Pulsus (illetve systole) száma						Vizeletmennyiség cm ³ -ben	Vérvizsgálatok	
		fürdő előtt	fürdő alatt			fürdő után			fürdő előtt	fürdő alatt			fürdő után				
			5'	10'	15'	15'	30'	1 ó.		5'	10'	15'	15'	30'			1 ó.
1907 aug. 17.-én délelőtt	oxygen, 33 C°, 15'	105	100	98	95	105	—	100	78	—	76	—	74	—	—	1700	Augusztus 16. vérfajsúly: 1059 haemoglobin: 63.5% vörösvérsejtsz.: 4.100.000 fehérvérsejtszám: 4300
1907 aug. 18.-án délelőtt	oxygen, 33 C°, 15'	100	98	90	88	—	95	96	70	75	—	74	—	73	72	1400	
1907 aug. 19.-én délelőtt	oxygen, 33 C°, 15'	98	100	96	95	102	—	100	70	—	76	—	80	—	78	1400	
1907 aug. 20.-án délelőtt	oxygen, 33 C°, 15'	100	95	92	90	98	—	102	80	78	—	76	75	—	74	1100	Augusztus 24. vérfajsúly: 1065 haemoglobin: 68.3% vörösvérsejtsz.: 4.450.000 fehérvérsejtszám: 5600
1907 aug. 21.-én délelőtt	oxygen, 33 C°, 15'	96	90	90	95	93	95	—	86	82	—	78	—	80	—	1200	
1907 aug. 26.-án délelőtt	oxygen, 33 C°, 15'	96	92	83	90	—	95	95	76	78	76	—	—	74	—	1800	
1907 aug. 27.-én délelőtt	oxygen, 33 C°, 15'	103	90	80	94	96	—	105	76	70	77	80	78	78	—	1600	Augusztus 31. vérfajsúly: 1068 haemoglobin: 71.0% vörösvérsejtsz.: 4.680.000 fehérvérsejtszám: 5500
1907 aug. 28.-án délelőtt	oxygen, 33 C°, 15'	98	88	78	95	—	96	—	80	72	74	—	90	—	81	1500	
1907 aug. 29.-én délelőtt	oxygen, 33 C°, 15'	98	85	84	—	95	100	—	76	72	72	74	—	86	—	1300	
1907 aug. 30.-án délelőtt	oxygen, 33 C°, 15'	97	85	83	—	98	—	—	78	82	85	—	—	77	—	1600	Jegyzet: vizelet 22-éről: 1100, 23.: 1300, 24.: 900, 25.: 1350.

III. Sz. Antal, 31 éves gépapoló (insuff. valv. semilun. aortae, anaemia).

A fürdő ideje	A fürdő minősége, hőfoka és tartama	V é r n y o m á s								Pulsus száma								Vizelet mennyisége cm ³ -ben	Vérvizsgálatok
		fürdő előtt	fürdő alatt			fürdő után				fürdő előtt	fürdő alatt			fürdő után					
			5'	10'	15'	15'	30'	1 ó.	2 ó.		5'	10'	15'	15'	30'	1 ó.	2 ó.		
1907 aug. 10. délelőtt	Oxygen, 33 C°, 15-18'	140	122	118	130	—	128	140	—	70	68	70	69	—	68	68	—	Augusztus: 5.-én: 900 6.-án: 1000 7.-én: 800 8.-án: 900 9.-én: 750 10.-én: 1100 11.-én: 900 12.-én: 1550 13.-án: 1200 14.-én: 1400 15.-én: 1200 16.-án: 1400 17.-én: 1300 18.-án: 1200 19.-én: 1500 20.-án: 2000 21.-én: 1600 22.-én: 1750 23.-án: 1600	Augusztus 3. vérfajsúly: 1055 haemogl.: 56.8% vörösvérsejtszám: 2.480,000 fehérvérsejtszám: 12,300
1907 aug. 11. délelőtt	Oxygen, 33 C°, 15-18'	133	118	—	125	120	130	—	135	68	70	—	69	68	70	70	69		
1907 aug. 12. délelőtt	Oxygen, 33 C°, 15-18'	130	115	110	—	—	120	—	128	70	67	66	—	—	64	—	70		
1907 aug. 13. délelőtt	Oxygen, 33 C°, 15-18'	135	120	118	115	123	130	—	—	70	66	65	66	64	67	—	—		
1907 aug. 14. délelőtt	Oxygen, 33 C°, 15-18'	128	117	110	—	115	120	—	120	75	71	70	—	68	70	—	70		
1907 aug. 19. délelőtt	Oxygen, 33 C°, 15-18'	135	122	125	120	—	120	133	—	70	67	64	68	—	65	68	—		
1907 aug. 20. délelőtt	Oxygen, 33 C°, 15-18'	140	115	—	125	—	135	130	—	68	70	—	66	—	66	64	—		
1907 aug. 21. délután	Oxygen, 33 C°, 15-18'	133	130	112	110	—	128	—	135	71	64	66	70	—	67	—	70		
1907 aug. 22. délelőtt	Oxygen, 33 C°, 15-18'	135	120	117	—	120	—	135	—	72	68	67	67	68	—	68	—		
1907 aug. 23. délután	Oxygen, 33 C°, 15-18'	130	115	120	—	125	—	120	125	69	68	64	—	64	—	67	68		

IV. O. Zsófia, 20 éves szobalány (morb. Basedowi).

A fürdő ideje	A fürdő minősége, hőfoka és tartama	V é r n y o m á s								Pulsus száma							
		fürdő előtt	fürdő alatt			fürdő után				fürdő előtt	fürdő alatt			fürdő után			
			5'	10'	15'	15'	30'	1 ó.	2 ó.		5'	10'	15'	15'	30'	1 ó.	2 ó.
1907 augusztus 22.-én délelőtt	Oxygen, 33 C°, 15-18'	98	85	—	83	—	90	95	—	112	100	—	90	84	86	90	—
1907 augusztus 23.-án délelőtt	Oxygen, 33 C°, 15-18'	95	90	85	—	—	88	93	94	98	85	86	—	—	78	80	80
1907 augusztus 24.-én délután	Oxygen, 33 C°, 15-18'	94	—	84	85	—	—	92	96	88	—	82	78	—	—	77	79
1907 augusztus 25.-én délelőtt	Oxygen, 33 C°, 15-18'	100	85	—	83	—	92	—	98	85	80	—	77	—	78	—	81
1907 augusztus 26.-án délelőtt	Oxygen, 33 C°, 15-18'	105	88	94	—	90	—	95	—	92	88	84	—	88	—	86	—

Az idült haladó nagyothallás és modern gyógykezelése.

Irta: Udvarhelyi Károly dr. műtő, fülorvos.

A hallószerv egyes szakaszai között hasonlíthatatlanul leggyakrabban betegszik meg a középfül. A mi, tekintve annak az Eustach kürtje által fenntartott egyenes összeköttetését az annyira exponált és oly gyakran beteg orrgaratüreggel, természetes. A leginkább ezen az úton bejutó sokféle fertőző anyag a legkülönbözőbb megbetegedéseket okozhatja a dobüregben, az egyszerű huruttól kezdve a legsúlyosabb, esontelhalásokkal, sinus-thrombosisal vagy agytályoggal szövődött középfülgyenedésekig. Ezen könnyebb vagy súlyosabb, sőt legsúlyosabb dobüregbetegségek azonban a legtöbb esetben a kellő, esetleg operatív beavatkozás mellett meggyógyulnak még akkor is, ha például elhanyagolt állapotban évekig vagy évtizedekig tart a gyenedés vagy a hurut. A nyálkahártya duzzadása és belőveltsége megszűnik és annak nagy része ismét visszanyeri normális alkatát, leszámítva természetesen a gyuladást vagy hurut residuumaként visszamaradó hegesedéseket. Ép ezen okból visszatérhet a jó hallás is, még azon esetekben is, a hol a genyes gyuladás nagyobb

roncsolásokat vitt véghez; mert a lelohadt és most már rendszeren secernáló nyálkahártya ismét puhán, nedvesen tartja a labirinth-ablakok hártályait és ezek rezgőképessége visszatér.

Ezen gyógyulási hajlam azonban nincs mindig meg. Elég alkalmunk van látni olyan egyéneket, a kiknél az egyik fülcatarrhus a másikat éri, a nélkül, hogy módunkban állana megakadályozni annak chronikussá válását és néha a chronikussá vált vagy az eredetileg is annak indult fülcatarrhus többé gyógyulási hajlamot nem mutat. Láthatunk továbbá olyan chronikus középfülgyenedéseket, a hol a gyenedést sikerül ugyan megállítani, de a nyálkahártya nem nyeri többé vissza könnyedén nedves, finom puha karakterét, hanem megvastagodott marad vagy a hol nem is volt az, megvastagszik és szárazzá, merevvé válik mindentűt. E mellett fokozatosan szenved a hallási functio s azon állapot áll elő, melyet *Lucae August* berlini egyetemi tanár nyomán *chronikus progressiv nagyothallásnak* nevezünk.

Lucae szerint a chronikus progressiv nagyothallás alatt — a hallóideg primaer megbetegedéseit kizárva — a középfülben székelő és évek, sőt évtizedek alatt igen lassan, progressive fejlődő azon chronikus folyamatot értjük, melyben „a hallási functiozavart az okozza, hogy a különböző okból létrejött pathologiás processzusok lassanként a hangvezető készüléket rögzítik,

rugalmasságát többé-kevésbé elrabolják; e mellett a labyrinthablakok hártája is megmerevedik, sőt az ablakok teljesen befalaztathatnak, s épen ez utóbbi állapot okozza a nagyothallás magasabb és legmagasabb fokát. Karakteristikus még, hogy a dobüreg nyálkahártyája, a mint úgy a klinikai, mint a körbontani vizsgálat mutatja, a tökéletesen szabad tuba és igen különböző dobhártyaület mellett szabály szerint semmit sem secerál, ellenkezőleg száraz és meg van vastagodva.⁴

A chronikus progressiv nagyothallásnak fentebb vázolt többé-kevésbé egységes képe, mint láttuk, többféle középfülmegbetegedés után fejlődhet ki. Ép azért származása szerint megkülönböztetjük 1. a *postcatarrhalis*, 2. a *postotitises*, 3. az *adhaesiv* és 4. az *otosclerosis* alakot.

1. A *postcatarrhalis* alak a sokszor ismétlődő acut és subacut vagy hosszú ideig tartó chronikus középfülcattarrhusok után szokott kifejlődni. Az egész dobüreg, tehát a hallócsontocskákat, azok szalagait, izületeit, a dobhártyát, a labyrinthablakokat is bevonó nyálkahártya a hurut következtében megduzzad; ezen megduzzadás ha sokszor ismétlődik, vagy ha sokáig tart, *Schwartz*e szerint már maga is táplálkozási zavart okoz az alatta fekvő, addig normális képletekben; így a csontocskák függesztő szalagai, izületeiknek tokszalagai, sőt az izületi végeket bevonó finom porcretegek is sorvadnak, ellenállási képességükből veszítenek. Ezen bántalomban pedig a megvastagodott nyálkahártyában mindinkább túlsúlyra vergődnek a kötőszöveti elemek, melyek később zsugorodnak, sőt e mellett a nyálkahártya el is veszíti eredeti karakterét s rigiddé, szárazzá válik; nem csuda, ha ilyen körülmények között a csontocskák izületei mozgékonyágukat apránként elveszítve ankylosissá válnak, a szalagok elveszítik nyújthatóságukat, a labyrinthablakok hártájának és a dobhártyának a rezgő képessége pedig alászáll s beáll a hangvezető készülék kisebb-nagyobb fokú és folyton fokozódó működésképtelensége.

2. A *postotitises* alakot hosszú ideig, esetleg évtizedekig tartó középfülgennyedések előzik meg, a mikor is a nyálkahártya normális sejtjei között képződött kereksejtlerakódások változnak zsugorodó kötőszöveté s ehhez társul rendszeren a genyedés gyógyulása után hosszú idő múlva a nyálkahártya azon elfajulása, mely a *postcatarrhalis* alakhoz sokszor annyira hasonló elváltozásokat okoz, hogy néha, ha a genyedés alatt a normális képletek, mint a hallócsontocskák, vagy a dobhártya el nem pusztultak, alig ismerhető fel annak származási oka.

3. Az *adhaesiv* alakot a *catarrhalis* alakhoz teljesen hasonló nyálkahártyaelváltozások mellett az jellemzi, hogy sok alszalag és redő képződik, melyek a hallócsontocskákat és a dobhártyát abnormisan a dobüreg falaihoz rögzítik. Ezen alszalagok és alredők sokszor a dobüreg kupoláját (*Kuppelraum*, *attic*) teljesen kitöltik, a dobhártyát a kalapácsnyéllel együtt a *promontorium*-hoz erősítik, s így a dobhártya és a csontocskák minden mozgását teljesen megakadályozhatják.

4. Az *otosclerosis* alakban a nyálkahártya teljes szárazsága mellett a labyrinthablakokat szűkítő, sőt kitöltő csontnövedékek, illetve csontosodások képződnek, mely folyamat következtében a kengyel lapja is csontosan odanő az ovális ablak falához. E mellett a labyrinthot körülvevő, rendes körülmények között elefántcsontkeménységű és consistentiájú csonttok is változásokat szenved, a mennyiben spongiosussá lesz. A labyrinth tokját a dobüreg felől bevonó nyálkahártya, főleg annak belső, a csonthártya szerepét vivő belső rétege pedig annyira belövelté válik, hogy annak a pirossága a rendszeren látszólag ép és jól áttetsző dobhártyán keresztül pirosas színárnyalattal tűnik át. Ezen alakban nincs még teljesen eldöntve, hogy a csont megbetegedése az elsődleges-e, mint a hogy *Politzer* és mások állítják, vagy itt is a nyálkahártya betegszik-e meg előbb, mint a hogy *Lucae* hajlandó felvenni, több ő általa, továbbá *Toynbee*, *Schwartz*e stb. által pontosan észlelt és boncsolás útján is pontos histológiai vizsgálatnak álvett esetre hivatkozva, hol a beteg labyrinthok felett, sőt *Hartman*-nak egy esetében még olyan helyen is, hol a csontnak még semmi baja sem volt, a nyálkahártya is jelentékenyen meg volt vastagodva. Valószínű, hogy itt a nyálkahártyának a csonthártya szerepét játszó belső rétegének a megbetegedése az elsődleges és innen indulnak ki a csont táplálkozási zavarai. Az bizonyos, hogy az orr nyálkahártyájának

ozaena nevű megbetegedésével kapcsolatban sokszor találunk *otosclerosis*-t. Az *otosclerosis* alakban, a mennyiben a csontnövedékek a kerek és az ovális ablakon át néha hehatolnak a labyrinthba is, gyakran van alkalmunk tapasztalni másodlagosan keletkezett labyrinthbeli nyomást és az idegelemek elsorvadását.

Az *otosclerosis*-ra nézve már régen elfogadott tény az, a mit *Lucae* a chronikus progressiv nagyothallás minden alakjáról kimutat, hogy tudniillik kifejlődéséhez bizonyos *dispositio* szükséges a beteg részéről. Ezen *dispositio* létrejövételében fő szerepet játszik az öröklékenység. Pontos anamnesis mellett legtöbbször rá is jövünk, hogy az illető beteg családjában többször fordult elő nagyothallás vagy siketség. Néha az öröklékenységet már a külső fül és az orr fejlődéséből is következtethetjük, a mennyiben azoknak nyílásai, járatai a rendesnél szűkebbek, kisebbek. Ezenkívül valószínű, hogy némely általános megbetegedés is szülője a *dispositio*-nak, és pedig a húgysavas *diathesis*, *syphilit*, *skrophulosist*, *rhachitist* kell annak tartanunk; néha acut megbetegedések, mint *typhus*, *vörheny*, *kanyaró* és *influenza* is maguk után látszanak hagyni ezen *dispositio*-t. A chronikus progressiv nagyothallást, bár a 10. életéven túl bármely korban is kifejlődhetik, mégis a 20-tól 50-ig terjedő kor betegségének lehet mondani, a mennyiben az eseteknek majdnem 80%-a ezen időszakra esik. A mi annál szomorubb, mert ezen korban már vagy pályát választott mindenki, vagy plane annak zenithjén áll. A hallás csökkenése pedig sok egyént hivatása teljesítésére képtelenné tesz s pályaváltoztatásra kényszerít. A baj kifejlődésére a nemnek semmi befolyása sincs.

A mi ezen bántalom tüneteit illeti, mindegyik alakban a jól ismert fokozatos halláscsökkenésből — mely főleg és legelőször a beszéd hallására vonatkozik, és csak később a zenei hangok hallására is —, továbbá fülzúgásból és csengésből (*subjectiv zörejek*) áll. Ez utóbbi tünet azonban, bár ritkán, hiányozhat is. Ha jelen van, sokszor igen nagy kínokat okozhat a betegnek. Jelentőségére nézve a mélyebb hangú és az éjjel-nappal egyaránt jelenlevő, úgynevezett *continuus zörejek* többnyire rosszabb a prognosisa, mint a magasabb hangú vagy félbezakításokkal jelentkező zörejek. Sok esetben a *subjectiv zörejek* évekig az egyedüli tünete a kezdődő progressiv nagyothallásnak, melyhez csak később társul a többi. Jellemző a hangvezető szervek chronikus megbetegedéséből származó *subjectiv zörejekre* az, hogy zajban (erős zene, lármás társaság, utcai zaj) intenzitásában gyengül vagy meg is szűnik. Míg ha ezen körülmények között erősödik, akkor már *acusticus hyperaesthesia* van jelen. A nagyothallás sokszor javul külső zaj mellett, ezen tünetet *paracusis Villisii*-nek nevezzük. Ennek magyarázata úgy *Politzer* mint *Lucae* szerint az, hogy a megmerevedett, de alkalmasint még a labyrinthablakhoz csontosan oda nem nőtt hallócsontláncolat a zaj hangjától rázkódásba jöve, alkalmasabbá válik a hangvezetésre. Ezen tünet különben a labyrinthbetegségből származó nagyothallásban feltétlenül hiányzik. A *paracusis Villisii*-nek már a fentebbi magyarázata is ellentmond *Toynbee* azon állításának, hogy a kengyel lapjának a csontos odanövését jelenti, de ellentmond ennek az is, hogy néha sikerül az ilyen betegek hallását javítani, a mi a stapes csontos odanövése esetén alig sikerülne. Ilyen javulással számolok be én is alább közlendő 1. számú esetemben.

Mellesleg felemlíthető a nagyothallás eredetének a felismerésére azon jelenség is, hogy ha a fülkagyló mögé tett tenyér segítségével több hanghullámot juttatunk a fülbe, akkor a hangvezetés megbetegedése mellett mindig javul a hallás, míg változatlan marad akkor, ha idegmegbetegedés okozza a nagyothallást. Természetes, hogy ez utóbbi esetben rosszabb a prognosisa. A chronikus progressiv nagyothallásban szenvedők rendszeren halkan beszélnek, ellentétben az idegmegbetegésből származó nagyothallók kiabáló beszédével. Ezen utóbbi tünet azonban csak akkor bír jelentőséggel, ha ezen hanghordozásról a betegek maguk nem tudnak és ha ezen tünet az egyéb vizsgálat eredményével megegyezik.

A chronikus nagyothallásban szenvedő betegek megvizsgálásakor a következő sorrendben járunk el: 1. Az *objectiv* vizsgálattal a hallójárat és a dobhártya, továbbá a hallócsontocskák

állapotáról győződünk meg, melyhez járul az orr és az orrgarat-üreg megvizsgálása. 2. A hangvillavizsgálattal a hangvezetési viszonyokat, 3. a beszéd, hallás vizsgálatával a nagyothallás fokát állapítjuk meg, melynek megtörténtével 4. a tuba átjárhatóságáról győződünk meg.

1. Az objectív vizsgálatkor az igen változatos dobhártyaület mellett legnagyobb fontosságú a kalapácsnyél mozgási képességének a megismerése, melyet a pneumatikus vizsgálat olyanformán dönt el, hogy a Siegle-féle pneumatikus tölesérrel a hallójáratban létrehozott ritkított illetve sűrített levegő segítségével a dobhártyát s vele a kalapács nyelét kifelé vagy befelé mozgadjuk. A kalapácsnyél mozgásának a hiányossága — melynél a befelé való mozgás a fontosabb — a csontocskák láncolatának a merevségét bizonyítja. Itt mindjárt megjegyzendő, hogy maga a kalapácsfixatio csak akkor okoz nagyobb fokú nehézhallást, ha a dobhártya nagyon meg van vastagodva.

2. A hangvillavizsgálatot ma a régi módtól eltérőleg végezzük, a mennyiben most a hangvillát, *Lucae* ajánlatára, egy hozzá erősített kalapácsszerkezettel mindig egyenlő erővel ütjük meg, úgy hogy az mindig ugyanannyi ideig hangzik. Azon időt, a meddig az így megütött hangvilla hangját az egészséges fül hallja — úgy a csonton át, mint a levegőn át vezetve a hangot —, normálisnak véve, ehhez hasonlítjuk a beteg fül hallási idejét; ezen viszonyt törtszámmal jelöljük, felül írva a vizsgált egyéntől nyert, alól pedig a normálisnak ismert hallási időt; külön megjegyezve, hogy az eredmény csonton át vagy légen át vezetett hangra vonatkozik-e. A közönséges vizsgálatához 2 hangvilla elég, tudniillik egy mély és egy magas hangú. Mély hangvillául használhatjuk a c hangvillát (128 rezgés); magas hangvillául általában a c₄ hangvillát (1048 rezgés). A közbeeső hangok hangvilláit, vagy a még magasabbakat vagy mélyebbeket, csak igen pontos hallásvizsgálatkor kell használni, melyre ritkán van szükség. A mély hangvilla hangjának az erősítésére esetleg resonator is használunk. A kisebb alakú c hangvilla normális viszonyok között 18"-ig hallatszik a csecsnyúlványra helyezve, tehát csontvezetéssel, míg légvezetéssel a külső hallójárat elébe helyezve jóval tovább: 50"-ig. A c₄ hangvillát mindig légvezetésre használjuk, ezt — a birtokomban levőt — 60"-ig hallja jó hallású egyén.

A hangvillavizsgálatkor fősúlyt helyezünk a légvezetésre, míg a csontvezetés jelentősége, mint alább látni fogjuk, alárendelt. A hangvezető szervek bántalmaiban (középfülbetegségek) főleg a mély hangvillahangok hallása van megrövidülve, míg a magas hangok elég hosszú ideig hallatszanak; a hangfelfogó szervek bántalmaiban (labirinthbetegségek) ellenben a magas hangok hallása rövidül meg, míg a mély hangok relative jól hallatszanak.

A régi rendszerű *Weber*-féle kísérleti módszer ma már elveszítette jelentőségét. Ez abban állott, hogy a fejtető közepére tett mély hangvillát, melyet egészséges egyének a fejtető közepén hallanak, az egyoldali vagy különböző fokú hangvezetési megbetegedésekben (pl. középfülbántalmakban) a beteg vagy betegbb oldalon, míg a rendszeren egyoldalú acusticus-megbetegedésekben az egészséges oldalon hallják erősebben (lateralisatio). *Lucae* helyesen jegyzi meg, hogy a lateralisatio nemcsak a csontok játszanak szerepet, hanem befolyásolja azt az összes üregek levegőjének a resonantiája is. Ha tehát az egyik oldali melléküregek el vannak tömődve vagy rosszabbul vannak kifejlődve, mint a másik oldaliak, akkor már a fülre nézve hamis eredményt ad ezen kísérlet. Legújabbán *Belgrad* Kopenhágában 366 vizsgálat alapján mondja ki a *Weber*-féle kísérlet értéktelenségét. Ezen nézet helyességét igazolja az alább közölt 2. számú esetem is, melyben a *Weber*-féle lateralisatio az ép jobb fülre esett, holott a másik oldalon, mint látni fogjuk, nem a hallóideg, hanem a középfülbelti hangvezetési szervek voltak a betegek. A hangvillának a csontvezetés közvetítésével való hallásának az időtartamára sem fektetünk ma már nagy súlyt (*Schwabach*-kísérlet). Ezelőtt az a nézet volt elfogadva, hogy annak megrövidülése a hallóideg percipiáló képességének a hiányosságával egyenes arányban áll, erős megnyúlása pedig a kengyel lapjának csontos odanövését jelzi.

A tapasztalat azonban azt mutatja, hogy tisztán a hangvezetésben székülő anomaliák is befolyásolhatják, sőt fel is füg-

geszthetik a csontvezetést; a mit sok olyan középfülmegbetegedés igazol, a melynek javulása után a csontvezetés is változik és közeledik a normálshoz. Ezeket tudva, a *Bezold*-féle trias is veszt jelentőségéből. Ez ugyanis a kengyel lapjának, az ovális ablakhoz való csontos odanövését volna hivatva teljes bizonyossággal jelezni, és abból áll, hogy: 1. a csontvezetés nyújtott; 2. a legmélyebb hangok nem hallatszanak; 3. a Rinne-féle kísérlet negatív. Valóban ismeretes *Siebenmann*-nak egy közölt esete, a hol a csontvezetés meg volt rövidülve, holott a boncoláskor az ablakok csontos elzáródása mellett ép labirinthot és ép acusticus-találtak. *Lucae*-nak egy esetében pedig, hol a *Bezold*-féle trias kifejezetten jelen volt, a stapest az ovális ablakhoz rögzítő körhártya teljesen ép volt, csupán a kerek ablak volt csontnövedékekkel elzárva. A véletlen az én észlelésem alá is hozott egy olyan esetet, a hol kifejezett *Bezold*-féle trias és paracusis Villisii ellenére szépen javult a hallás, mint alább látni fogjuk.

A mondottakból következik, hogy a régi Rinne-féle kísérlet eredménye sem feltétlenül biztos. Ez abban áll, hogy a csecsnyúlványra helyezett mély hangvillát azon pillanatban, a mikor ezen a helyen többé már nem hallja a vizsgált egyén, a nélkül, hogy újra megütnék, a külső hallójárat elébe tartjuk úgy, hogy a hangot a levegő vezesse a dobhártyához. Ha ez utóbbi helyzetben újra hallja a beteg a hangvilla hangját, akkor ezt úgy fejezzük ki, hogy a Rinne-féle kísérlet positiv. Ha pedig a csecsnyúlványon elhangzott hangvillát a légvezetésen át sem hallja többé a vizsgált egyén, akkor a Rinne negatív. Egészséges fülü egyénekben a Rinne mindig positiv, de ha nagyothallókon positiv a Rinne, akkor ez labirinthmegbetegedésre, ha negativ a Rinne, akkor ez a hangvezetési szerv megbetegedésére gyanus. Itt is a magas hangnak, a c₄-nek a hallási ideje dönti el a diagnoszt. Ezen vizsgálati módszert, bár a fentebbiekből világos, hogy nem tökéletes, mert például kisebb fokú középfülmegbetegedésekben is legtöbbször positiv a Rinne féle kísérlet, mégis ott, a hol nincs időnk a *Lucae* által meghonosított precíz és pontos eredményeket adó, de kissé hosszadalmas vizsgálati módot végrehajtani, tájékoztatásul elég jól használhatjuk.

3. A beszéd hallási vizsgálatát ma is a sűgva mondott szavakkal mérjük; mivel azonban a különböző mássalhangzók különböző távolságról hallhatók, a feljegyzett eredmény mellé zárójelben mindig odateszszük a vizsgálatkor használt szavakat vagy számokat, hogy ismételt vizsgálatkor ugyanazon szavakat használhassuk megint. Ép hallású egyén a rendes városi zaj mellett 6—7 meterről meghallja és megérti a sűgva mondott beszédet.

Lucae és a berlini iskola tapasztalásai szerint általában mondható, hogy „a hol a mélyebb hangvillák légen keresztül rosszul vagy sehogy, a c hangvilla azonban resonatorral még jól percipiálattik, ott a hangvezetés beteg, illetve a hallócsontocskák láncolata van fixálva; ha ehhez nagyfokú nehézhallás is járul, akkor a labirinthablakok is be vannak falazva, feltéve, hogy a c₄ hangvilla még jól, legalább $\frac{20-25''}{50''}$ -ig hallatszik, ha ennél kevesebb ideig hallja a beteg a c₄-et, akkor a labirinth beteg“.

A prognosztisra nézve pedig *Lucae* a következő szabályt állítja fel: „A positiv Rinne mellett, hogy ha a c hangvilla légen át vezetett hangjának az ideje megfelel a sűgöbeszéd hallása hosszának és a c₄ a körülményekhez képest elég jól hallatszik, még akkor is várható javulás, ha a sűgöbeszéd hallása 1 meter nyire van csökkenve. E mellett a csontvezetés hallásának a hossza nem játszik nagy szerepet. Jó prognosztisúak azon esetek, a melyekben a c hangvilla csonton át egyenlő ideig hallatszik mint a légen át, kevésbé jó a prognosztis, ha a légvezetés sokkal rövidebb mint a csontvezetés, kedvezőtlen a prognosztis, hol a magasabb hangok, kivált a c₄ hallása kiesik vagy erősen meg van rövidülve.“

4. A tuba átjárhatóságát a katheteren keresztül a dobüregbe fűjt levegővel vizsgáljuk. A beáramló levegőnek a hangját az otoskop segítségével magunk is halljuk. Ez a progressiv nagyothallásban szenvedők száraz nyálkahártyája miatt feltűnő kemény, mély hangot ad.

(Vége következik.)

Adat a légemboliák ismeretéhez.

Irta: *Róna Dezső* dr., műtőorvos, kórházigazgató, Baja.

Levegő a vénákba vagy sérülések alkalmával nagyobb gyűjtőerek megnyitása, vagy műtétek végzésekor a vena-törzseknek véletlen megsértése következtében jut. Az illetén módon támadt légemboliák az esetek legnagyobb százalékában súlyos következményekkel járó complicatiót jelentenek, bár nem minden esetben halálra vezetők. Greennek régi, 1864-ből származó statisztikája szerint 64 eset közül 24 végződött halálosan vagy rögtön a sérülés után, vagy órák múlva, legkésőbb 13 órával a venafal megnyitása után. 27 esetben súlyos, de nem halálos tünetek voltak észlelhetők s csak 9 esetben nem okozott a véráramba jutott levegő semmiféle bajt sem.

A légembolia halált okozó ereje nem egészen ismeretes. Több theoria küzd a kérdés megoldásán. Az egyik szerint, a melynek hirdetője Panum, a véráramba került légszlop a tüdőarteriákba lépve, azokat rövid időre vértelenné teszi, nem jut vér a bal pitvarba, agyanaemia áll be és a halál megfúlás által jő létre. Más theoria szerint a bal kamarába jutott levegő azt kitágítja és szívbénulást okoz. E két elmélet között foglal helyet Senn felfogása, mely szerint egy esetben szívbénulás, más esetben a tüdővérérekbe került levegőnek a tüdőre közvetlen gyakorolt delecter hatása a halál okozója. Delore és Duteil szerint a véráramba jutott levegőnek úgy a szívre és tüdőre, mint az agyra is gyakorolt kártékony behatása lehet a halál direct oka.

Sem emberen megejtett bonczolások, sem az elég nagy számmal végzett állatkísérletek a légemboliák hatásának lényegét megmagyarázni nem tudják, már csak azért sem, mert a különböző emlős állatoknak a véráramba jutott levegővel szemben való viselkedése és ellenállóképessége különböző, az emberben pedig, mint azt a tapasztalat sokszorosan bizonyítja, már kis mennyiségű levegő is halált okozhat. Az bizonyosnak lászik, ebben a legtöbb szerző megegyezik, hogy minél gyorsabban és minél nagyobb tömegben jut levegő a megnyitott vénába, annál súlyosabb zavarokra vezethet, s minél kisebb a levegő mennyisége és minél lassabb a bejutása, annál csekélyebb a lesz következménye.

Vinay és County kutyákon, Canveau lovakon végzett kísérletekben azon tapasztalatra jutottak, hogy egész 100 gm. levegőnek valamely vénába egyszerre vagy részletekben való befecskendezése az állat halálát nem okozta; épen úgy Labord, Mourron is azt találta, hogy lassú befecskendezéssel lovak vena jugularis externájába igen nagy mennyiségű levegőt préselhettek be s csak gyors befecskendezéskor okozta 100—200 gm. levegő a kísérleti állatok halálát. Godridge és Senn szerint kis légemboliákat úgy az ember, mint az alacsonyrendű emlősök baj nélkül elviselnek. Ezen felfogást tagadásba veszi — nem egészen indokoltan — Hare kutyákon nagymennyiségű levegővel végzett kísérletei alapján. Uhrhardt a szívtől távol eső vénákba nagy mennyiségű levegőt juttatott be baj nélkül, Fischer pedig azt tapasztalta, hogy nyulak vena jugularis internájának megnyitásával a levegő hallható zajjal surran a vénába és rögtön halált okoz, továbbá, hogy minden vena felől levegőnek úgy egyszerre, mint lassan a vérkörbe való jutása halálra vezethet. Ezen utóbbi theoria mellett szólnak különben Sick és Kohn esetei is.

Sick 60 éves öreg ember vérző hólyagrákját akarván megoperálni, Trendelenburg fekvésben feltárva a Retzius-féle tért, a hólyagba vezetett Nélaton-katheteren át a hólyagot ballon segítségével levegővel akarta megtölteni. A hólyag azonban nem tágult, ellenben füttyülő hang volt hallható, a beteg cyanosisos lett és megszűnt lélekezni. A mentési kísérletek eredménytelenek maradtak, az egyén meghalt. A megejtett bonczolatkor a jobb pitvar telve volt levegővel. Sick úgy magyarázza a dolgot, hogy a Nélaton vége a vérrögök közé jutva, valamely vérző érbe nyomta a levegőt, a mely a vena cava ascendensén át direct a jobb pitvarba jutott.

Kohn pedig művi abortushoz társult légembolia esetét írja le.

A múlt év elején nekem is volt alkalmam egy szerencsére gyógyulással végződött légembolia esetét észlelni, melynek részletei a következők.

T. E. 19 éves nő múlt év május 7.-én azzal keresett fel,

hogy nyakának bal oldalán levő daganatja fél év óta növekszik és azt operáltatni akarja.

A közép-termetű, egyébként normális szervezettel bíró nő nyakának bal oldalán a fül alatt a processus mastoideustól előre az áll alatti tájra és a fejverőéri háromszög felé terjedő, jó 1 1/2 ökölnyi, ép bőrrel fedett, kevésbé mozgatható, nyomásra kissé fájdalmas daganat látható. Pontosabb vizsgálatkor kiderül, hogy a daganat tagozott és a fejbicc-centőizom alatt terjed a nevezett tájékokra. Ezen mirigy-paqueten kívül a nyak összes regioiban a kulcsfeletti tájékgig mogyorónyi mirigyek láncolata érezhető.

Május 10. Chloroformnarcosisban műtét. Az összes mirigyek eltávolítására a módosított Küttner-féle metszést használtam. A fejbicc-centő mentén fel, majd hátra a processus mastoideus felé vezettem a metszést, ehhez egy elülső, az állkapocscsal párhuzamos metszést csatoltam, úgy hogy nagyjában T alakú metszést kaptam, melynek felső vízszintes szára 2 ujjnyira vonult az állkapocs alatt, függélyes szárát pedig a fejbicc-centő felett, közel az oldalsó széléhez a nyak alsó harmadáig vezettem. A fejbicc-centőt a recurrens felett teljesen átmetszettem és lefelé egy bőrizomlebenyt készítve, azt visszahajtottam. Az összes tájak, még a mély cervicális mirigyek mediális, laterális és alsó csoportja is (Most-féle beosztás) ezen metszéssel hozzáférhetővé váltak s úgy a vena jugularis internával összekapaszkodott felső nagy paquetet, mint a szerte levő megnagyobbodott mirigyek láncolatát eltávolítottam. Végre a nagy erek mentén a bőrsebnek lefelé és a mirigyeknek felfelé való húzásával tovább dolgoztam a kulcsfeletti tájékba, teljesen megfelelkezve a vena subclaviáról, csak a vena jugularist respectálva. Így is baj nélkül hámoztam ki a mirigyeket, ezen a francziák által région dangereuse-nek nevezett sarokból azonban egy 6 cm. mély tasakot kaptam. Ezt drainezendő, belülről alul kiszúrtam, hogy gummicsövet vezethessek belé. E közben kellemetlen süstörgő hang ütötte meg fületem (legjobb a német Schlürfton), olyan, mint mikor félig telt hordót mozgatunk. Első pillanatban azt hittem, hogy levegőnek a mediastinumba hatolásával állok szemben, a mi Zimmermannal is megtörtént, azonban a beteg beállott változások felvilágosítottak arról, hogy légembolia történt. A legmélyebb narcosisban egyszerre rendkívüli nyugtalanság vett erőt a betegre, fájdalmasan nyögött, legmagasabb fokban cyanosisos lett, a szív olvashatlan tempóban kezdett dolgozni, a szív felett oly hangokat hallottam, mint mikor a vizet csapkodja valaki, a jobbszív felett a kopogtatási hang határozottan dobos volt. A sebzés pillanatában a műtési tér alsó részét sötét venosus vér öntötte el, de rögtön comprimáltam, úgy hogy levegőből nem sok juthatott a megsértett vénába. A sebet alul comprimálva felfelé tágitottam és akkor láttam, hogy a musculo-cutan lebeny alatt a jugularis és subclavia közé jutottam. A sebet alul a subclavia keresztezte, melynek felső fala megsérült. E helyet több pince-be befogva lekötöttem. A vérzés prompt megszűnt, a cyanosis valamivel javult, a szív galoppeja azonban állandóan egyforma maradt. A pulsus filiformis alig olvasható, mire néhány aether-injectio adása után a műtétet befejeztem. Az izomlebenyt még praecis egyesítettem, alul és felül drainsövel. A beteget ágyában melegítettük, mire csakhamar magához tért. Ekkorra a cyanosis elmúlt, a pulszszám 150, a szív felett a csobogó hang még mindig hallható egész estig. Este a pulsus 140, a szívhangok tiszták, gyengék, a beteg elég jól érzi magát.

Május 11. A pulsus telt, a szívhangok tiszták, a szívtempulat normális.

Május 12. A pulsus 90. A hőmérsék 37.5—38. A közérzet jó. A drainsöveket eltávolítottam.

Május 13. A pulsus 78. A hőmérsék normális, a közérzet teljesen jó.

Május 22. Gyógyultan kis sarjadzó sebbel távozik.

Két dolog tűnt fel az egész lefolyásban: az egyik a levegőnek a szívből a műtét napjának estéjére való eltűnése, a másik az első napokban fennállott elég magas láz. Azt hiszem a levegő ez esetben vagy felszívódott, vagy talán valami chemiai bomlási processus tüntette el, a mi viszont a láznak lehetett az oka. Az bizonyos, hogy a beteg a műtétet követő harmadik napon semmi rendellenest sem mutatott.

A légemboliák keletkezését venatörzsek közelében való műtétek végzésekor vigyázattal elkerülhetjük. A nyaki erekkel erő-

sen összenőtt sok gümös mirigyecsmót irtottam ki már baj nélkül. Ez esetben a venafal megsértését az okozta, hogy a fejbicezentő mögött a mélységben dolgozva, nem gondoltam arra, hogy a vena subclavia a scalenusokat borító mély és a kulcsosonhoz tapadó felületes nyaki pólyákkal erősen összefügg és az alkotott lebeny megfeszítésével a venát is megemeltem.

A rrár létrejött légembolia esetében nem sokban befolyásolhatjuk a beteg sorsát. Nagyon kétes értékű a Delore és Duteil által ajánlott venaesectio és meggondolandónak tartom, hogy emberen alkalmazza valaki a másik ajánlott módszerüket, a mely a jobb pitvarnak a III. bordaközben 1¹/₂ cm.-rel a sternum széle mellett való punctiojában és a levegőnek a pitvarból való kiszívásában áll, bár Senn-nek állítólag sikerült ezen eljárással állapotok jobb pitvarából az odajuttott levegőt kiszívni. Mindenesetre legelső teendőnk a seb kompressioja legyen, hogy a további légbehatolásnak útját álljuk. Treves jelenti, hogy két esetben a mellkast kilégzéskor erősen comprimalta, a venasebet pedig egy pillanatra a nyomás alól felszabadította és ezen eljárással betegeit meggyógyította. Bizonytalan azonban, hogy a levegő a venafal nyílásán csakugyan eltávozott-e, és hogy ez volt-e a gyógyulás oka, mert spontán gyógyulás is lehetséges.

Addig tehát, míg a kifejlődött bajjal szemben ily tehetetlenek vagyunk, a prophylaxis, a venafal sértésének elkerülése az egyedüli biztos eljárás.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Familienforschung und Vererbungslehre. Von Prof. Dr. Robert Sommer (Giessen). Verlag von J. A. Barth, Leipzig, 1907. 232 lap.

Sommer az öröklés és variatio jelenségeit teszi kutatás tárgyává. Az egyén öröklött tulajdonságainak megismerésére szükséges a család kutatása. A kiindulópont az egyén jellemének meghatározása. Jellem alatt Sommer a tulajdonságok bizonyos magvát érti, a mely az egyénnek a külső ingerekre való reactiómódját törvényszerűen megállapítja. Ez világrahozott tulajdonság, a mely magában foglalja az erkölcsi, kedélyi és szellemi tulajdonságokat. Az ember cselekvése, talentuma, egyénisége, esetleg kriminalitása endogen jelenség és sokszor csak akkor lesz érthető, ha a szülők vagy ősök valamelyikén hasonló már észlelhető volt, a külső körülmények csak elősegítő vagy akadályozó szerepet vihetnek. Valamely tulajdonság vagy képesség egy generációt átugorhat, vagy oldalágon is öröklődhetik. A családi kutatás a népfaji kérdések ismeretét is elősegítheti, mert a népfajokat ma az adott egyéneken sem a közös nyelv, sem az állami összetartozás alapján nem határozhatjuk meg.

A család tanulmányozására szükséges a családfát és az atyai és anyai ősök sorozatát összeállítani. A psychopathiás terheltség alapján támadó betegségek példája Sommer szerint a világrahozott gyengeelméjűség, adementia praecox, az erkölcsi rendellenesség, a kriminalitás, az öngyilkosság stb. Az alkoholismusként is van endogen alapja, a mely az egyént hajlamosítja az alkohollal való visszaélésre. Viszont az alkohol és lues a csírákat károsítva, „annak endogen variatioját kóros irányba vezeti“. A dementia paralytica a luesből származik ugyan, de itt is van endogen hajlam, a mely lehetővé teszi, hogy a lues dementiát okozzon. Sommernek az öröklött elmebajokról 8 pontba szedett összefoglalásából kiemeljük azt, hogy ha az elmebeteg szülő gyermeke elmebeteg lesz, a két psychosis tünetképe és lefolyása hasonló. Ez egyezik Jendrassik tételével. Egy másik kiemelendő pont az, hogy ha több nemzedékben támad a psychosis, gyakran rosszabb a későbbi nemzedék baja. Ilyenkor degeneratiós irány áll fenn. Az ellenkező eset is előfordul, a regeneratiós irány példája. A második nemzedék öröklött bajának súlyosabb voltát mint tételt Heilbronner állapította meg a Huntington-kórra. Egy dolgozatomban rámutattam, hogy ez a tétel általános érvényűnek látszik az idegbajokban.

Olvasásra érdemes a könyvnek „Individuelle Anlage und Geisteskrankheit“ című fejezete. E szerint szükségesnek látszik

annak kiderítése, hogy a kóralakokban mivé lesz a beteg egyénisége. E czélból össze kell hasonlítani az élettani és kóros psychologiai adatokat. Ki kell továbbá deríteni, hogy a psychosis képében mennyire ismerhetők fel az illető egyén előbbi jellemének vonásai és hogy az úgynevezett egészségesek egyéni tulajdonságai közül mi a kóros.

Az ezirányú vizsgálatoknak összes adatait nem adhatjuk elő, de kiemeljük belőlük azt, hogy Sommer felfogása szerint sok bajban, különösen a neurosisokban a betegség nem egyéb, mint az egész életben uralkodó jellemalaptypus fokozott alakja, tehát tulajdonkép nem is betegség. A constitutiós különlegességek pedig, mint az euphoriás, indifferens, bizalmatlan jellem halvány sémái egyes elmebajoknak, a mániának, elmeengedésnek, paranoiának. Ilyen jellemű emberek gyakran találhatók ez elmezavarban szenvedők vérokonságában.

A „Kriminalität und Vererbung“ című fejezet megbeszéli azt az ellenszenvet, a melylyel sokan a bűnösség öröklékeny voltát fogadják. Fel szokták hozni, hogy a bűnösök szülei és testvérei sokszor tisztességes emberek, továbbá, hogy a bűnbe a külső körülmények viszik az embert és hogy bizonyos bűntettek szaporodása vagy eszökkenése a gazdasági válságok és társadalmi átalakulások kapcsán félreismerhetetlen. Ezzel szemben Sommer rámutat arra, hogy némely ember bizonyos fajú bűnökre inkább hajlik, azaz megfelelő külső körülmények között azokat inkább követi el, mint más és továbbá arra is, hogy a bűn oka sokszor világrahozott erkölcsi defectus, valamint arra, hogy ez az állapot a világrahozott gyengeelméjűséggel rokon. Társadalmi szempontból e felfogás nem káros, mert a bűnös, ha nem büntetendő, „egyéni és társadalmi paedagogiára“ mégis szorul, tehát körülbelül ugyanolyan elbánásban részesülhet e nézet szerint is, csak hogy más a név és más indicatio szerint helyesebben történhetik a gyógyítás. A világrahozott bűnösségek bizonyos típusokra oszlanak. Ilyen typus a suggerálható család, a melynek tagjait ép oly könnyű a büntető törvénnyel összeütközésbe hozni, mint esetleg közérdekű jó tette csábítani. A motoros ingerlékenységű család tagjai hirtelen haragban testi sértéseket követhetnek el, de motoros izgékonyágukban lángeszű munkát termelhetnek. Az aggodalmas engedékenység typusa alázatos, engedelmes, határozatlan jellemű, kóros változatában hypochondriás és depressziós kedélyű. A pedanteria a tudományos munkában pontosságra vezet, de aggodalmaskodó kényszer gondolatokat is szül. A bizalmatlanság typusát magán viselő család egyes tagjai számító okosságúak, mások üldözési mániában szenvednek Sommer egynehány szép példáját ismerteti is e családi típusoknak.

A „Vererbung, Entwicklung und Züchtung“ című fejezetben Sommer kifogásolja, hogy a variatiót sokan csakis külső körülmények behatására vezetik vissza, a mire a növénytanból hoznak fel példákat. Ezzel szemben áll az, hogy a variatióképesség endogen faji tulajdonság. Ha a külső körülmények egyenlők maradnak, az endogen alapon variatiora nem képes fajok tovább fennállanak, de ha számukra kedvezőtlenek lesznek, az ilyen fajok elpusztulnak. A hol az endogen variatióképesség megvan, ott lehetséges a faj további megmaradása a megváltozott viszonyok között, mert megvan az alkalmazkodás lehetősége. Az emberiség fejlődése azon alapszik, hogy az egyéni endogen variatio típusai között némelyek fajemelő jelentőségűek. Az ilyen csírákból az eddiginél jobb szervezetű egyének is keletkezhetnek. A szerzett tulajdonságok örökléséről Sommernek az a nézete, hogy a kizárólag külső körülményekből keletkezett tulajdonságok nem öröklődnek. Némely egyén azonban akaratlagosan képes alkalmazkodni külső körülményekhez. Minthogy pedig ezen akaratból folyó mozgások és cselekvések ismétlések után automatamódon jönnek létre, „közelfekvő a következtetés, hogy azon psychikai tulajdonságok öröklődnek, a melyek a folytonos gyakorlat közben mozgás-automatassággá alakultak“. E szerint valamely szerzett agyvelőállapot képes volna a csírára hatni, persze csak azon határok között, a melyeket a csíra szervezeti tulajdonságai megengednek. (A szerzett agyállapot is csak olyan lehet, a melyenre az agynak endogen képessége van.)

Az öröklés törvényeinek és a családi kutatás módszereinek ismertetése után a szerző 100 oldalt szentel egy családnak, a melyet a XIV. századtól a XX.-ig követ és a mely sok érdekes

észleletet tartalmaz, foglalkozik még Zola Rougon-Macquart regény-csoportjával és egynehány kevésbé jelentékeny szépirodalmi művel és végül annak a reménynek ad kifejezést, hogy a degeneratív jelenségeken kívül regeneratív is van, a mely a testi egészség és szellemi nemesség kifejlődésével és a nép körébe való hatolásával javítani fogja az emberi nemet. Sommer azt is gondolja, hogy pszichológiai módszerekkel lehetséges lesz meghatározni, hogy ki milyen életpályára való. Kollarits Jenő dr.

Lapszemle.

Gyógyszertan.

Külsőleg használható, a bőrön át felszívódó salicylkészítmények.

1. 10%-os salicylvasogen.

2. Mesotan. A salicylsav metoxymethylestere, a mely ugyanannyi vagy 2—4-szeres mennyiségű oleum olivarummal elegyítve ecsetelendő a bőrre. Bedörzsölés, guttapercha-papírral való fedés, nagyon melegen tartás kerülendő. Nedves bőrfelületre sem alkalmazandó. A bőrnek erősebben kipirosodása esetén használata megszüntetendő. Legjobb 4—5 napi használata után 1—2 napig szünetelni. Ügyelni kell arra is, hogy a mesotant teljesen száraz palacskaiban szolgáltassák ki, jól eldugaszolva álljon s a higitásra használt olaj lehetőleg vízmentes legyen. A mesotan okozta bőrkiütés ellen legjobb a következő kenőcs: Menthol 0.5, Salol 1.0, Ol. olivarum 2.0, Lanolin ad 50.0.

3. Salokreol. A creosot salicylsavestere, mely higitatlanul ecsetelhető a bőrre, a bőrt nem izgatja.

4. Salit. Salicylsavbornylester, a mely félannyi oleum olivarummal keverve, főleg este dörzsölendő be 1/2—1 kávéskanálnyi mennyiségben. A bedörzsölt helynek légmentesen fedése kerülendő. Érzékeny egyének részére egyenlő mennyiségű olajjal higitandó.

5. Glykosal. Monosalicylsavglycerinester. Fehér kristályos por, mely a következő módon rendelhető: Rp. Glykosali 20.0—30.0, Spiritus vini ad 100.0, Glycerini 10.0—20.0. Ecsetelésre vagy borogatásra. Az illető bőrterület áthatlan anyaggal és vattával fedendő.

6. Salicyl-sapen. 10—20%-os készítménye kapható. 20—30 csepp addig dörzsölendő a kóros helyre, míg a bőr meglehetősen száraz lesz.

7. Spirosal. A salicylsav monoglykolsavestere. Izgató hatása nincs. Egyforma mennyiségű alkohollal elegyítve még hatásosabb, a mennyiben gyorsabban szívódik fel. Naponként 3—4-szer használandó.

8. Rheumasan. 10% szabad salicylsavat tartalmazó túlszírosított kenőcsszappan. A fájdalmas rész felett levő, teljesen száraz bőr naponként 1—2-szer bedörzsölendő.

9. Esterdermasan. 10% salicylsavat tartalmazó, phenyillel és benzoylsalicylsavesterral telített túlszírosított kenőcsszappan. Ugy használandó mint a rheumasan.

10. Salen. Salicylsavester. Használható tisztán, avagy chloroformmal és oleum olivarummal egyenlő mennyiségben keverve.

11. Salimenthol. Rp. Salimentholi 4.0, Spir. vini concentr. ad 100.0. M. D. S. Bedörzsölésre.

12. Antirheumol. Salicylglycerinsavester 20%-os oldata glicerinben és alkoholban. (Medizinische Klinik, 1908. 1. szám.)

Belorvostan

A hyperchlorhydria kór- és gyógytanáról tartott előadásában Bickel (Berlin) először is utal a müncheni belorvosi congressuson közölt vizsgálataira, a melyeket egy felnőtt egészséges leányon végzett, a kin bárzsingszükület miatt gyomor- és bárzsingsipolyt készítettek, mi által emberen létesült oly kísérleti berendezés, a melyt Pawlow teremtett kutyáin. Vizsgálatainak eredménye: 1. A tiszta emberi gyomornedv 2—3-szor több sósavat tartalmaz, mint eddig felvették: 0.4—0.55%-ot vagy még többet; 2. az egyes időközökben elválasztott nedvpróbák sósavtartalma eléggé állandó s körülbelül 0.35—0.55% közt ingadozik; 3. a

gyomornyalkahártya szívósan ragaszkodik ezen sósavconcentratiohoz, de könnyen változtatja a gyomornedv mennyiségét. Részint ezen és kutyákon végzett kórtani kísérleteire, részint a saját és mások klinikai megfigyeléseire támaszkodva, az előadó arra a meggyőződésre jutott, hogy a tiszta gyomornedv százalékos sósavtartalma talán sohasem változik s hyperchlorhydriában a gyomortartalom (a mely a gyomornedven kívül a bevitt táplálékból, lenyelt nyálból, a gyomornyalkahártyából és transsudatumból áll) százalékos sósavtartalma nem azért nagyobb, mert sósavban gazdagabb gyomornedv választatik el, hanem azért, mert a *rendes vegyi összetételű, de nagyobb mennyiségben elválasztott gyomornedvet a gyomortartalom többi része nem hígítja kellőképpen*, vagy oly mozgékonyt zavar van jelen, mely a gyomornedv és gyomortartalom többi része közti viszonyban ugyanazt az aránytalanságot eredményezi. Hogy gyomormozgékonyt zavar is okozhat hyperchlorhydriát, bizonyítják Kreidl és Müller vizsgálatai, a melyekben kutyákon lefejtették a gyomor izomrétegét, a mire a gyomornyalkahártya hyperchlorhydriával illetve hypersecretioval felelt. A gyomortartalom látszólagos minőségi elváltozásához, a hyperchlorhydriához vezető mennyiségi elválasztási rendellenességeket Bickel supersecretio név alatt foglalja össze s az elválasztás időtartama s a gyomormozgáshoz (kiürüléséhez) való viszonya szerint következőképpen osztályozza: I. Supersecretio transitoria, a fokozott elválasztás csak a digestív ingerek hatása alatt történik; a) digestiva simplex (= egyszerű hyperchlorhydria, superaciditas) akkor, ha a fokozott nedvelválasztás a gyomor kiürülésével arányosan csökken s vele véget is ér; b) digestiva prolongata, ha az elválasztás a gyomor kiürülése után a digestív ingerek hatása alatt még egy ideig tart (régebbi digestív alak); c) periodica (= gastroxynusis némely alakjával), ha emésztés közben bizonyos időközben mutatkozik fokozott elválasztás. II. Supersecretio continua esetén folytonosan van nedvelválasztás; a) simplex, ha mindig egyforma intenzitású; b) exacerbans, ha időközönként fokozott intenzitású az elválasztás. A folytonos supersecretio alakjait variálhatja az, hogy az emésztés közben elválasztott gyomornedv a rendesnél több, ugyanannyi vagy kevesebb, mely utóbbi esetben az éhgyomorra történő vizsgálatkor lehet csak manifest a supersecretio.

A supersecretio gyógykezelésének első sorban aetiologiainak kell lennie. Tehát kezelnünk kell az esetleg jelenlevő neurastheniát vagy bélbántalmat; ha mozgékonyt zavar a fokozott elválasztás oka, ezt kell javítanunk kis mennyiségű több étkezésre felosztott táplálék nyújtása, gyomormosás, massage stb. által. Az általános kezelés mellett főképpen a *supersecretiót kell befolyásolnunk*, mert tapasztalat szerint ennek csökkenésével elmúlnak a hyperchlorhydriát kísérő kellemetlenségek is. Mindaddig csak a sósavat igyekeztek közömbösíteni alkálival vagy fehérjével, azt gondolván, hogy ennek túlproductioja a hyperchlorhydria lényege. A gyomornedvelválasztást csökkenthetjük gyomorsipolyos kutyákon végzett kísérletek tanúsága szerint atropinnal és euphtalminnal. E mérgek szereket azonban nem alkalmazhatjuk sokáig, legfeljebb a kúra kezdetén vagy kivételesen később is. A szervezetre nézve közömbösek s ezért sokáig alkalmazhatók az alkáliák. A vizsgálok egy része elválasztáscsökkentőnek, másik része elválasztás-fokozónak mondja az alkáliákat. Az ellentétes nézeteket megmagyarázzák a Pawlow és Bickel intézetében végzett vizsgálatok, melyek szerint az alkáliák a vékonybél faláról kiváltott reflex által erősen csökkentik a gyomornedvelválasztást. Hatásuk kifejtéséhez tehát szükséges, hogy változatlanul hagyják el a gyomrot; egyébként fokozzák az elválasztást egyrészt a gyomornyalkahártyával való direct érintkezés által, másrészt azért, mert a sósav által felszabadított széndioxid is izgatja a nyálkahártyát. Hogy eredményt érjünk el, 1/2 órával az étkezés előtt éhgyomorra vétetjük az alkali, leginkább natriumhydrocarbonat alakjában, a melyet, ha fokozott bélmozgást akarunk előidézni, natrium- vagy magnesiumsulfattal keverünk. Hypersecretio continua esetén sok alkali adjunk, hogy elegendő jusson változatlanul a belekbe. Étkezés után csak egy esetben adunk alkali, ha pyrosis van jelen, a mely erre csakugyan eltűnik. A zsír hatása teljesen analog az alkali hatásával, tehát szintén arra kell törekednünk, hogy könnyen jusson a belekbe: folyékonyan nyújtjuk oleum oliv., csukamájolaj stb. alakjában. Az ásványvízkúrák ellenjavaltak gyomormozgási elégtelenség esetén, az atonia nem alkot ellenindiciót.

Egyébként is csak oly vizektől várhatunk eredményt, melyek csökkentik a gyomornedvelválasztást, ilyenek a lúgos sós (karlsbadi víz, friedrichshalli és Hunyadi János keserűvíz) és különösen a lúgos vizek (Vichy, Fachingen, Neuenahr). Az ideges alapon fejlődő supersecretioban az alkaliás vizektől, az atonia vagy gyomorfekély miatt támadó supersecretioban pedig a lúgos-salikus vizektől látunk jobb eredményt. Legfontosabb a supersecretio kezelésében oly diaeta, a mely kellő táplálás mellett lehetőleg csekély mértékben izgat s másrészt a beteg egyéb kellemetlenségeit is javítja. A két tulajdonság ugyanis nem jár mindig együtt; pl. a cukor nem izgatja a gyomrot, de sok emberben gyomorégést okoz. Általános elvek mellett az egyéniséget is mindig tekintetbe kell vennünk a diaeta megválasztásakor. Fizikai tulajdonságait tekintve legkevésbé izgat a táplálék akkor, ha vagy elkészítés, vagy rágás folytán lehetőleg homogén, kásás összeállású, hogy jól keveredjék a gyomornedvvel s gyorsan távozzék a gyomorból. Mozgási elégtelenség esetén csekély térfogatú s elosztott legyen a táplálék, a tej, tejszín, olaj a legtöbb esetben nélkülözhető. Többször, de egyszerre keveset kell ennie annak is, ki supersecretio continuában szenved s rosszul érzi magát, ha üres a gyomra. A mi a táplálék vegyi összetételét illeti, az egyszerű tápanyagok, tojásfehérje, zsír (ol. olivarum, tejszín), tiszta oldható keményítő csak kevésbé izgatják a gyomor nyálkahártyáját, de ezeket a tapasztalatokat nem használhatjuk fel a valódi viszonyok mérlegelésekor, minthogy a rendes táplálék ezen anyagok combinatioján kívül még sokat tartalmaz, azonkívül izgató anyagok képződnek a táplálék emésztése közben is. Bickel ezért a leggyakrabban használt táplálékokat és fűszereket megvizsgáltatta izgató hatásukra nézve. E vizsgálatok szerint erőyes gyomornedvelválasztást okoznak: Italok közül az alkoholos és a szénsavtartalmúak, tiszta vagy coffeintartalmú babkávét, malátakávét, zsírban szegény cacao vagy tej, húsleves, Liebig-féle hús kivonat vagy a Maggi-féle levesfűszer oldata, pepton és húsoldatok. Fűszerek közül a mustár, fahéj, szegfű, bors, paprika, konyhasó (kivéve a physiol. oldatot). Szilárd ételek közül: Nyers, sült vagy gyorsan főtt hús, kenyér és a fehérjét és keményítőt hasonló arányban tartalmazó anyagok. Csekély mértékben izgatnak: italok közül a közönséges víz, lúgos vizek, tea, zsíros cacao, zsíros tej, tejszín, tojásfehérje. Fűszerek közül: 0.9%-os konyhasós oldat. Szilárd ételek közül: kifőtt hús, burgonya, a kelkáposzták különböző fajai, spenót, fehér- és sárgarépa, keményítő, cukor. Kiténik mindezekből, hogy növényi diaetát ajánlani az ilyen betegeknek nagyon észszerű. Természetesen nem kell kizárólagosan növényi táplálékot tartani betegeinket. Az előadó a kifejtett elvek szemmel tartása mellett étrendjét állított össze, a melyen szükség szerint az eset sajátosságainak megfelelően változtatni lehet. Ez a következő: 7 órákor fél pohár lúgos sóoldat 7¹/₂ órákor első reggeli: tea tejszínnel és cukorral vagy zsíros cacao, vajaskenyér. 10 órákor második reggeli: egy csésze tejszín vagy cukrozott habart tojásfehérje, esetleg vajaskenyér. 1 órákor fél pohár lúgos sóoldat. 1¹/₂ órákor ebéd: vízzel főtt burgonya, főzelék vagy zabkeves; sokáig főtt, gyengén sózott, leginkább zsíros és fehér húsfajták; ezekből készített ragout-k zsíros, nem fűszerezett mártással; főzelék kása alakban: burgonya, rizs, kelkáposzták, spenót, zöldborsó, zöldbab, répa, főtt saláta; édes gyömlöcsfajták kása alakban és édes tészták, ha nincs hajlam gyomorégésre; utóételnek vajból, rizsből, keményítőtől habart, fehérjéből álló ételek. Négy órákor oszonna: édes tea tejszínnel vagy zsíros cacao, esetleg vajaskenyér. Nyolcz órákor fél pohár lúgos sóoldat. 8¹/₂ órákor vacsora: hideg vagy meleg hús és főzelék; fehérkenyér, könnyű tejfölös sajt; italul tea vagy egyszerű víz. Mindig jól kisült, fehér kenyeret egyék a beteg. A supersecretio kezelésében e diaeta alkalmazásától nagyon szép eredményeket lehet látni, nyilván azért, mert élettani alapon nyugszik, a betegnek semmiféle kellemetlenséget nem okoz és sokáig alkalmazható, a mi pedig nagyon szükséges, mert az eddigi tapasztalat szerint az ismeretlen aetiologiájú supersecretiók gyökeresen le nem küzdhetők, hanem folytonos észszerű kezelésre szorulnak. Meggyógyíthatók azon supersecretiók, melyek neurostheniának, bélbántalomnak következményei, a mi arra ösztönöz, hogy a supersecretio kezelése mellett ne hanyagoljuk el az egész ember gyógyítását. (Deutsche med. Wochenschr., 1907. 30. sz.)

Idegkórtan.

Az intelligentiavizsgálatok tanulókon, melyeket *Klieneberger* Giessenben végzett, érdekes eredményeket adtak. A kérdések részben a tudásra, részben az ítélőképességre vonatkoztak. A szerző egyetemi hallgatókat és az elemi és polgári iskola felsőbb osztályaiba járó növendékeket vizsgált meg. Nehéz dolog ilyen célból helyes kérdéseket összeállítani. *Klieneberger* a vizsgált egyén nevét, vallását, korát, születéshelyét, atyja foglalkozását, kiválasztandó életpályáját, eddigi iskolázatásidejét kérte. Azután megkérdezi egy zsemle, egy öltözet, egy meghatározott közeli kirándulás árát, a vasúti osztályokat, az Amerikába való utazás módját, a kenyér és liszt készítését, az aratás és a karácsony idejét, a hét, hónap, év napjainak számát és nevét, a tallér értékét márkában és fillérben, a 10 filléres bélyeg színét, szorzásokat és összeadásokat. Összetettebb kérdés az, hogy mi a különbség a fa és bokor, a folyó és tó, a tévedés és hazugság, a láda és kosár között. Mi a hála és irigység, mi a bátorság ellentéte. A vizsgált egyén mondjon egy rövid elbeszélést, a mely a hálátlanságot illusztrálja; ismétlje az előmondott számsort, az első feladott kérdéseket, mondja meg a rektor, a dékán, illetve az iskolaigazgató és osztálytanító nevét, a hét napot és a hónapokat visszafelé, mondja el, hogy mit ábrázol egy kép, ismétlje egy elmondott rövid történet tartalmát. Ehhez csatlakozik az *Ebbinghaus* módszere, a mely abban áll, hogy a lenyomatott mondat egyes szavaiból egy-egy szótag kimarad és a vizsgált egyén azokat pótolja. A *Masselon* féle vizsgálati móddal 3 szót adunk fel, a melyből mondatot kell összeállítani.

Klieneberger vizsgálatait mindig délelőtt, pihent tanulókon végezte. Ezek nagyjából munkások és kézművesek gyermekei voltak 13—15 év között. A 39 elemi és 39 polgári iskolai tanuló közül 1 nem tudta, hogy milyen vallású, 15 nagyon hibázott *Greifswald* lakossága számában. Volt köztük, a ki azt 2000 és a ki 2¹/₂ millióra becsülte (a 23—25,000 számot helyesnek fogadták el). A ruhaárak általában jól ismertek voltak. 3 tanuló nem tudta, hogy egy hónapban hány nap van, azt mondták, hogy 14, 24, 28—35. Sok a hibás felelet arra a nem jól választott kérdésre, hogy a cserebogárnak hány lába van (4—16). Az egyik számtani feladatban 32 tanuló követett el hibát, a másikban 37. Két tanuló nem tudott különbséget találni a kosár és láda között. Egy karácsonyi képet sokan nagy fantáziával ítélték meg. Az *Ebbinghaus*-módszerrel csak 21 hibátlan feleletet sikerült elérni, a *Masselon*-félével 9 volt hibás. Az összes hibákat összegezve: az elemi iskolai tanulók 329, a polgári iskolaiak 221 hibát követtek el.

58 önként jelentkezett egyetemi hallgató vizsgálatában a következő feltűnőbb hibás feleletek fordultak elő. Egy hallgató nem tudta a dékán nevét. Hárman nem tudták, hogy a vonaton hány osztály van. A számtani feladatot öten hibázták el. A hónapokat visszafelé 3 nem tudta elmondani. A tallérban az egyik hallgató szerint 30 fillér van. A különbségi kérdésekre 28 felelet pontatlan és 10 hamis volt. Az *Ebbinghaus* módszerre 15 felelt rosszul stb.

Az egyetemi hallgatók gyorsabban mondták el a hónapok és napok neveit, vizsgálatuk ideje egészben rövidebb volt, mint a tanulóké.

Klieneberger szerint e kérdésekkel különféle egyének intelligenciáját össze lehet hasonlítani. Egy régebbi közleményben a szerző ugyanezzel a módszerrel katonákat vizsgált. Összehasonlítva az adatokat kiderül, hogy elemi iskolai tanulók gyorsabb és jobb feleleteket adnak. A különbség egyik oka abban rejlik, hogy a tanulók megszokták ezeket a kérdéseket, a katonák pedig bizalmatlanul felelnek.

Mindazok, a kik rosszul feleltek, hosszabb ideig is gondolkodtak. A gyors feleletek helyesek voltak. A kik e vizsgálatokkor helyesen feleltek, az iskolában is jó tanulók voltak. (Deutsche med. Woch., 1907 október 31.) *Kollarits Jenő dr.*

Sebészet.

3000 aethylchloridnarcosisról számol be *Herrenknecht* (Freiburg i. B.). *Herrenknecht* az aethylchlorid alkalmazásakor *Esmarch*-féle chloroformmaszkot használ olyan módosítással, hogy a flannel fölé gummiszövetet helyez és a gummiszövetnek körül-

belül 5 filléryi nyílásán át fecskendezi az aethylchloridot a flanelle. Kilégzés alkalmával a maszknak ezen nyílását ujjal elzárja, nehogy az exspiratio alkalmával aethylchlorid kárba vesszen. Többnyire 2—3, legfeljebb 5 gm. aethylchlorid szükséges egy narcosishoz. A narcosisnak ára az aethylchlorid nagybani beszerzése mellett 5—25 pfennig. Herrenknecht súlyos tüdő- és szívelváltozásokban (például acut bronchitis, asthma, szívbillentyűbántalmak, arteriosclerosis) végezte így az altatást minden kellemetlen utóhatás nélkül. *Krönig* tanár tapasztalatai szerint morphinocopolamin combinatioja aethylchloriddal szintén gyors és mély álmot idéz elő minden utólagos kellemetlenség nélkül. Herrenknecht úgy is altatott, hogy aethylchloriddal vezette be és chloroformmal folytatta a narcosist.

Herrenknecht négy szakát különbözteti meg az aethylchlorid-narcosisnak: I. a praenarcosisos szak vagy az analgesia szaka, II. az excitatio szaka, III. a mély álm- és IV. a postnarcosisos szak.

Az első szakban a légzés és a pulsus száma csökken, a légzés mélyebb lesz, majd analgesia következik be. Rövid műtői beavatkozások, a melyek $\frac{1}{2}$ —1 perczig tartanak, igen könnyen végezhetők keresztül az első szakban is. Így például fogextractiók, tályognyitások stb.

A második vagy excitatio szak rendszeren alig észlelhető, többnyire a harmadik szak már $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ percz mulva bekövetkezik. Az excitatio csak alkoholistákon vagy ideges egyénken kifejtettebb, itt azonban morphin vagy morphinocopolamin együttes alkalmazásával elkerülhető.

A harmadik szakban a beteg nyugodtan alszik; álmai azonban gyakran erotikus tartalmúak.

Az altatás negyedik szakában a betegek ismét az első szak képét nyújtják; megszólításra reagálnak, de fájdalmat nem éreznek. Ha a narcosisnak 5 percznél tovább kell tartania, Herrenknecht aethylchloriddal kezdi meg az altatást és aetherrel vagy chloroformmal folytatja.

Oly halálesetről, melyet pusztán az aethylchloridnak lehetne tulajdonítani, Herrenknecht-nek csak egyről van tudomása, itt azonban 3 percz alatt 10 grammot adtak, szóval túlsók narcoticumot adtak. Herrenknecht maga sem mesterséges lélekzésre, sem excitantiákra sohasem szorult. Véleménye szerint az aethylchlorid óvatos alkalmazás mellett és az előirt technika betartásával a legkevésbé veszedelmes anaestheticum, a melylyel rendelkezünk. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1907. 40. sz.)

Gergő.

A Röntgen-sugár okozta rákról ír *Porter* és *White*. Az irodalomból 10 (ebből 4 eset szóbeli közlés) ilyen esetet állítanak össze, melyekből 5 metastasisok folytán halálosan végződött, saját maguk pedig egy fiatal orvos esetét közlik, ki a Röntgennel való foglalkozása második évében kapott makacs dermatitist, mely a legkülönbözőbb kezelések és a Röntgennel való foglalkozás teljes abbanahagyása ellenére immár 10 év óta áll fenn, s a melynek alapján 5 év óta a kezek 10 különböző helyén képződött rák. Az illetőt 25-ször kellett aethernacosisban megoperálni, ujjainak nagyobb részét különböző magasságban amputálni s a megmaradtak egy része is merev és még mindig vannak ulceratioi (köztük egy nyilvánvalóan rákos) a kézen. Azonfelül egy másik Röntgen-dermatitis esetét is közlik, melyből az egyik ujjon sarkoma fejlődött. A szerzők tapasztalataik alapján igen ajánlják a Röntgen-dermatitis kapcsán jelentkező hypertrophiás, keratosisos helyek, szemölcsök, valamint ismétlődő ulceratioiok kimetszését és Thiersch-lebenyekkel való transplantatioját, a mely gyökeres gyógyszernek bizonyult a kiújulás és a malignus elfajulás ellen. Mindazokat a fekélyeket, melyek megfelelő kezelés mellett 3 hónapon belül nem gyógyulnak meg, ki kell metszeni és mikroszkopice megvizsgálni s a szerint a sebfeületet transplantálni, vagy újlagos kimetszést és transplantatiót eszközölni, esetleg amputálni az ulceratio helye és kiterjedése szerint. (Annals of surgery, 1907 november.)

Pólya.

Oesophagusruptura esetét közli *F. Cohn* Ercklentz tanár (Boroszló) osztályáról. Gyomormosás közben, midőn a gyomorban körülbelül $\frac{3}{4}$ liter folyadék volt, a beteg hirtelen nagy erővel hányni kezdett, a gyomoresővet kihányta s vele együtt véres

folyadék ürült; rögtön collapsus, súlyos epigastriális fájdalmak, $2\frac{1}{2}$ órával utóbb böremphysema a nyakon, 14 óra mulva meghalt. Néhány órával halála előtt jejunostomiát végeztek rajta. A boncolás 4 cm. hosszú hosszanti, a bázisig összes rétegein áthatoló repedést mutatott a cardia közelében. Úgy a boncoló, mint a törvényszéki szakértők véleménye az volt, hogy a repedést nem a szonda, hanem a hirtelen támadt erős hányás idézte elő, az egyén különben potator volt és a bázisingszakadás helye körül régi erős pleurális adhaesiók voltak, melyeknek talán a bázisig hosszirányban való kiterjedésének megakadályozása által lényeges szerep jutott a repedés létrejöttében. A szerző azért az esetet a spontán bázisingsrupturához számítja s illet 40-et állít össze az irodalomból, melyekből 22 biztosan spontán bázisingsrupturának tekinthető. (Mitth. aus den Grenzgeb. der Med. und Chir.)

Pólya.

Börkórtan.

A thiopinol-fürdőkkel tett tapasztalatairól számol be *P. Heubach*. A thiopinol oly kénes készítmény, a melylyel könnyű szerrel kénes fürdőt állíthatunk elő. Gyártja a Braunschweig melletti vecheldei chemiai gyár. A szerző a thiopinol-fürdőket syphilises, scabieses, psoriasisos és prostatitis betegein kísérte meg. Syphilises betegein úgy a kénesökúra közti fürdők alkalmával, mint a kúra utáni időben alkalmazta. A thiopinolos fürdők állítólagos haszna abban rejlik, hogy nagy mértékben megakadályozzák a kúra alatt különben gyakran előforduló stomatitiseket. Nagyon elharapódzott scabies-esetekben állítólag szintén igen jól hatnak a thiopinolos fürdők. Más kezelés nem is kell, de sokszor 12—15 fürdőre van szükség. A psoriasisos betegeknek két harmada ily fürdőtől szintén meggyógyult. A prostata bántalmak közül főleg az acut prostatitis gyógyultak feltűnő módon a thiopinolos fürdők hatása alatt, idült esetekben a hatás sokkal gyengébb. A szerző e fürdőket $\frac{1}{2}$ —1 órai ülőfürdő alakjában alkalmaztatja. Sajnos, hogy a kezelt esetek száma és részletesebb leírása hiányzik. Mindazonáltal a szerző kijelenti, hogy a thiopinolos fürdők már is „nélkülözhetetlenek” a syphilis és a bőrbetegségek therapiájában (?). (Medizinische Klinik, 1907. 49. sz.)

Guszman.

Vaccinainfectio esetét közli *Eichhoff* (Elberfeld). E bántalomról szóló esetek az utóbbi időben meglehetősen szaporodnak. A szerző esetében a baj 2 éves fiúcskára vonatkozik, a ki eddig még nem volt beoltva. Félvételkor az egész fejen és nyakon százával voltak typosus oltási pustulák. A szemek beragadva, $39^{\circ}20$ hőmérsék. A fej és nyak nyirokmirigyei erősen meg voltak duzzadva. A baj úgy látszik úgy keletkezett, hogy a kis fiú már hosszabb idő óta arczczemében szenvedett. A pustulák bőséges elterjedését tehát alkalmasint a vakaró körmök okozták. A pustulaanyag első beoltása valószínűleg a gyermek két játszó pajtása révén történt, a kik nem régen részesültek vaccinatióban és a kiknek karjain az infectio idejében még friss pustulák voltak észlelhetők. Ily esetek is mutatják, hogy eczemás gyermekek betegségük tartama alatt az oltás alól felmentessenek, másrészt pedig azt is kívánatosnak teszik, hogy minden oltott egyén helyes védőkötést kapjon az oltás helyére. (Hasonló, de súlyosabb esetet volt alkalma referálónak is észlelni 1904-ben. 12 éves, igen súlyos prurigóban szenvedő fiú újraoltatott. A keletkező pustulák nem voltak fedve védőkötéssel. A prurigo által kiváltott heves viszketés következtében a fiú egész testét állandóan vakarta. A pustulákat ily módon százával tovább oltotta egész testén, főleg pedig a fején, nyakán, karjain és törzsén. Az esetben a hőmérsék. állandóan 40° körül volt s 1—2 hétig a legsúlyosabb tünetekkel, sopor stb.-vel járt. A gyógyulás végül mégis beállott, természetesen számtalan heges folt hátrahagyásával.) (Medizinische Klinik, 1907. 49. sz.)

Guszman.

Orr-, torok- és gégebjajok.

A tonsillák élettanáról és eltávolításuk javalatairól ír *Barth E.* (Berlin). A tonsillák védőszervek, épen úgy, mint a nyirokmirigyek, a mennyiben a bennük keringő nyirokban foglalt idegen testeket, ártalmas anyagokat visszatartják; de ezenfelül még fajlagos védőhatást is gyakorolnak úgy, hogy a felületükre

folyton lymphocyták áramlanak ki, melyek az ide jutó ártalmas anyagokat ártalmatlanná teszik. A hypertrophia a fokozott functio kifejezése és magában véve nem javalja az eltávolítást. A tonsillák műtévének, ha nem is hypertrophiasak, akkor van helye, ha bennük váladékvisszatartás vagy kisebb tályogok vannak, a melyekben foglalt fertőző csírák alkalomadtán helyi lobosodásra vagy általános fertőzésre vezethetnek. Ezen góczokat a szokásos módokon: a megbetegedett részlet felhántásával sít., esetleg az illető mandolareszlet resectiojával távolítsuk el. A hypertrophias tonsillák eltávolítására az ad jogos okot, ha vagy helyi zavarokat okoznak, pl. a hallószerv részéről, vagy a lélekezést annyira akadályozzák, hogy ezen légzészavar az általános állapotra káros. A garatmandolát úgy kell eltávolítani, hogy ne keletkezzen a helyén hegyszövet, hanem a nyálkahártya jellege megmaradjon, tehát tartózkodnunk kell a túlságosan mélyre hatoló kürettezéstől.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A vesegümőkór gyógyítása Röntgen-sugarakkal. *Bircher* vesegümőkór 2 esetét ismerteti, a melyben a beteg vese tájékák hosszabb időn át folytatott röntgenézése után tetemes és már 2 éve tartó javulás következett be. A szerző azonban nem akarja ezzel az eljárással a sebészi beavatkozást kiszorítani. Az ő véleménye is az, hogy vesegümőkór minden esetében a korai gyökeres sebészi beavatkozás van helyén, másféle gyógyítási módok megkísérlésével nem szabad időt vesztegetni. Azokban az esetekben azonban, a melyek már inoperabilisak, vagy a melyekben a beteg semmiképen sem akar a műtétbe beleegyezni, kísérletet kell tenni a röntgenézéssel. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1907. 51. szám.)

A folia boldi használatáról ír *Fedeli*. A Délamerikában honos fa leveleit az ott lakók már régóta használják májbjokban, a mennyiben állítólag a májsejtek működését fokozzák, az epét hígabban folyóvá teszik és megnyugtató hatást is fejtenek ki. Amerikai és francia orvosok már 2 évtized óta alkalmazzák főleg tinctura alakjában 20—50 cseppes adagban. A szerző szintén kedvező tapasztalatokat tett a tinctura boldival epeköbajban és és szövődményeiben. Az állatokon végzett kiterlező vizsgálódások szintén megerősítették az epét folyósabbá tevő és elválasztását fokozó hatását. (Il polielinico, 1907 június.)

Magyar orvosi irodalom.

Magyar orvosi archívum, 1907. 6. füzet. *Ráskai Dezső:* Az agkori prostata-megnagyobbodás okairól. *Kentzler Gyula* és *Királyfi Géza:* A complementkötés diagnostikai értékéről a hasi hagymáz körisméjében. *Kentzler Gyula:* Typhusbacillusok véroldó hatása. *Rottenbiller Ödön:* Adatok a gümős esont- és ízületi bántalmak klinikai megjelenéséhez és lefolyásához. *Fenyvessy Béla:* Idegen zsírok kimutatása vajban. *Goldzieher Miksa:* A phagocyták szerepe a senilis agysorvadásban.

Orvosok lapja, 1908. 2. szám. *Schlesinger Miksa:* A heveny fertőző láz hydriatikus kezeléséről. *Rottenbiller Ödön:* Adatok az idült rheumás ízületi gyulladások klinikai fellépéséhez és lefolyásához.

Gyógyászat, 1908. 2. szám. *Steiner Pál:* A subcutan bélstérülésekről. *Salgó Jakab:* Kényszerképzetek és téveszmék.

Budapesti orvosi ujság, 1908. 2. szám. *Flesch Ármin:* A mesterséges csecsemőtáplálás kérdésének jelen állása.

Vegyes hírek.

Kérjük tisztelt előfizetőinket, hogy lejárt előfizetésüket mielőbb újítsák meg, nehogy a lap megküldésében zavarok támadjanak. Budapesti előfizetőink is postautalványon szíveskedjenek az előfizetés árát beküldeni.

Kinevezés. *Nagy Pál* dr.-t a nagyszombati kórház igazgató-főorvosává nevezték ki. — *Braun Gyula* dr.-t a székesfővárosi közpórházhoz segédorvossá nevezték ki. — *Dávid János* dr.-t Háromszék vármegye főispánja tiszteletbeli megyei főorvossá nevezte ki. — *Hegyi Mózes* dr.-t a máramarosi törvényszék területére törvényszéki orvos-helyettesnek nevezték ki. — *Jékel László* dr. nagykarolyi orvost a m. kir. államvasutak egészségügyi tanácsadójává nevezték ki. — *Weisz Aladár* dr.-t a szolnoki közpórházhoz segédorvossá nevezték ki.

Horváth Mihály dr.-nak a budapesti egyetem orvosi karán az orthopaediából magántanárrá történt képesítését a vallás- és közoktatásügyi miniszter jóváhagyóan tudomásul vette és megerősítette.

Egyetemi alkalmazások. A budapesti egyetem orvosi tanár-tisztületének 1908 január 14.-én tartott ülésében a következők választották meg: Az I. sz. belklinikához: *Morelli Gusztáv* díjas gyakornoknak. *Benczur Gyula* díjtalan gyakornoknak. Az I. sz. női klinikához: *Nádasy István* laboratoriumi segédnek. A gyógyszerintézethez: *Király Jenő* díjas gyakornoknak. Az idegklinikához: *Eisler M. József* díjtalan gyakornoknak. A II. sz. anatómiai intézethez: *Hets Endre* díjtalan gyakornoknak. Ugyanezen ülésben 200 koronás Csasz-féle szorgalmi díjat nyertek: *Kiss Béla*, *Marton Jenő*, *Müller Ferencz*, *Kalapos József*, *Krausz József*, *Padl Gyula*, *Somogyi Rezső*, *Tóth Pál*, *Zelenka Lajos* orvostanhallgatók, A Mária Terézia és Koháry-féle ösztöndíjakra a következők jelöltettek: *Ujj Ilona Sára*, *Klesitz Tódor*, *Gaintinger László*, *Verzár Gyula*, *Tasnády Béla*, *Szabados Sándor*, *Potyondy László*, *Kőszegi Antal*, *Eisenmann Oszkár*, *Butean Miklós*. A kincstári Mária Terézia-féle ösztöndíjra: *Eckerdt Lajos*. A Bésán József-féle 600 koronás ösztöndíjra: *Rosenthal Félix*, *Pollák Henrik*, *Nádor Henrik*, *Nemeszányi László*, *Lengyel Béla*. A határvidéki ösztöndíjra: *Hentz Győző*. A horvátországi ifjak részére hirdetett ösztöndíjra: *Kozsanovics Milutin*.

A budapesti orvosi kör országos segélyegylete folyó hó 20.-án este 1/27-kor tartja évi közgyűlését a Bristol-szállóban. (IV., Ferencz-József-rakpart.)

A budapesti egyetem II. sz. szülészeti klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum segélyét december hóban 115 esetben vették igénybe. A műtétek száma 83 volt.

A budapesti poliklinikán december havában 3297 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 10,232 volt.

Meghalt. *Gebhardt Lajos* dr. e hó 12.-én 72 éves korában Budapesten. 1836 július 28.-án született Pesten s ugyanott végezte orvosi tanulmányait. Több évig volt tanársegéd a belklinikai tanára, *Sauer Ignác* mellett. Alig 28 éves korában a szt. Rókus-kórház belbeteg-osztályának főorvosa lett, 1877-ben pedig ugyanezen kórház igazgatójává választották, a mely állását 10 esztendő múlva Budapest tiszti főorvosi állásával cserélte fel. A múlt század 90-es éveinek közepe táján ment nyugalmába. Az egyetemi oktatás terén is működött: 1862/63-ban magántanári képesítést nyert a „Mellkórisme és gyógytan“ című tanból, 1868/69-ben pedig a rendkívüli tanári címet kapta; a 60-as években mint helyettes tanár a sebészhallgatóknak az elméleti orvostant és a belorvostant adta elő. Irodalmi dolgozatai főleg a mellkasi szervek betegségeire, továbbá a fertőző betegségekre és a kórházügyre vonatkoznak. — *Geiger József* dr., a budapest-angyalföldi elmeorvosintézet osztályorvosa 53 éves korában. — *Derekassy László* dr. székesfővárosi gyakorló orvos e hó 11.-én 47 éves korában. — *Vogt A.*, valaha a hygiene tanára a berni egyetemen. — *K. Schwaing* dr., a prágai esch egyetem nyugalmazott tanára. — *N. Biagi* dr., a sebészet tanára a firenzei Instituto di Studi Superiori-n, 32 éves korában.

Kisebb hírek külföldről. *Mering* tanár helyettesítésével a hallei egyetem belklinikai tanszékén *Schmidt A.* ta nárt bízták meg. — *Kümmel W.* dr., a filorvostan rendkívüli tanára a heidelbergi egyetemen, a rendes tanári címet kapta. — *Stoffela E.* tanár, a bécsi poliklinika belorvostani osztályának vezetője e hó 5.-én ülte 50 éves orvosdoktori jubileumát. — *Leitz*, az ismert wetzlari mikroszkop-készítő-cég 100,000. mikroszkopiumját *Koeh Robert*nek ajánlotta fel. — *Straub* tanár Freiburgban nem fogadta el a meghívást a berlini gyógyszerintézet tanszékére. — Rendes tanárok lettek: *Streeter* dr. *Mic higan* d'Ann Arborban (anatomia), *Mysch* és *Tichow* dr.-ok Tomskban (sebészet).

Jelen számunkhoz a Goedecke et Co. cég, Leipzig „Pyrenol“ című prospectusa van csatolva.

Vizgyógyintézet

a „Fasor“ (Dr. Herczel-féle) sanatoriumban, Budapesten, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva bejáró és bennlakó betegek számára. Vizgyógykezelés, massage, elektrotherapia, villamos fényfürdők, szénsavas fürdők. Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospectus. Telefon. Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.** 2513

Reiniger, Gebbert & Schall

Budapest, VII., Rákóczi-út 19. Villamos orvosi műszerek különlegességi gyára.

JUSTUS Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete.

Budapest, IV., Károly-körút 14. 4327
Fürdők, sugaras gyógyítás, fizikális gyógykezelések.

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

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

SZÉCHENYI-TELEPI SANATORIUM az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál ideg- és kedélybeteg, alkoholisták, morfinisták számára. Vezető orvos **Salgó Jakab** dr., egyet. m.-tanár, ki városi rendelőjén is szolgál felvilágosítással. Prospectus. Sürgöny: Budapest. Telefon 79—72. Posta Rákospalota. 4895

Dr. Gara Géza, Meran. Sanatorium Prospectus.

ERDEY Dr. Budapest, IX., Bakács-tér 10. Nőbetegek és szülők részére. 4153 SANATORIUMA.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom. Budapesti kir. Orvosegyesület. (I. rendes tudományos ülés 1908 január 4.-én.) 48. l. — Közkórházi orvostársulat. (XIV. bemutató ülés 1907 december 4.-én.) 50. l. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (VI. rendes ülés 1907 november 8.-án.) 51. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(I. rendes tudományos ülés 1908 január 4.-én.)

Elnök: Bókay Árpád. Jegyző: Kiss Gyula.

Az ülésen mint vendég vesz részt Téglássy István ministeri tanácsos, báró Kruchina Károly dr. ministeri fogalmazó, Péterffy Oktáv kir. iparsegédfelügyelő és Méri Sándor dr. Zentáról.

Haemangioma cavernosum hypopharyngis esete.

Zwilling Hugó. Az eset fölötté ritka, az irodalmat átkutatva hasonló esetet nem találtam.

F. A. 22 éves fodrászegéd 1907. november 27.-én jelentkezett azon panaszszal, hogy rekedtsége, mely néhány év óta tart, az utolsó időben fokozódott; nyeléskor soha akadályt nem érez, vért nem köpött, nem köhög, étvágya jó, lélekzetvétele néha nehezebb, lüesse nem volt. A jól táplált beteg nyelvének erős lenyomásakor közvetlenül a jobb tonsilla alsó polusa alatt helyenkint sötétvörös, helyenkint kékes-fekete, mintegy 2 cm. széles, egyenetlen felületű daganat látható. A nyelvgyök jobb oldalán, a jobb valleculát elfödve, szintén ugyanilyen külsejű lapos terimenagyobbodás van s a nyelvgyökön tágult gyűjtőerek, egész borsónagyságú kékes-fekete helyek láthatók.

A jobb fossa pyriformisban, ezt egészen kitöltve, a plica ary-epiglotticának csak felső részét hagyva szabadon, az áhlangszalag egy részét is elfödve s a gége felső ürét kissé szűkítve, diónagyságú, göbös felületű, részben sötétvörös, részben kékes-fekete színű daganat van, mely a nyelvgyök felé az epiglottis mögé a jobb vallecula irányában terjed s a jobb pharyngo-epiglottikus redőt fűdi. A pharynx-izomzat összehúzódásának kiváltásakor a diónagyságú daganat elhagyja helyét a jobb fossa pyriformisban s a nyelvgyök jobb oldala mellett lesz látható, s ekkor állapítható meg, hogy a daganat egy lebenyszerű képleten szélesen ül, a mely képlet a jobb tonsilla alól indul ki, s a nyelvgyökön a jobb valleculát elfödve, az epiglottis mögött végződik; midőn a daganat a helyét ismét elfoglalja, a lebenyszerű, sötétvörös, kékes-fekete képlet kötényszerűen elfűdi a leirt részeket.

Digitális vizsgálatkor a daganat egyenetlen felületűnek, puhának s kissé összenyomhatónak bizonyul, köhögésre, nyomásra változás nem állapítható meg. Megjegyzendő még, hogy a nyakon s a bázisban sem található oly elváltozás, mely pangást idéz elő.

Haemangioma cavernosummal van dolgunk. A haemangiomák e helyen felette ritkák, Mikulicz 1899-ig csak két esetet tudott találni. Az irodalmi adatok is nagyon gyérek, a leirt esetek közül egyik sem hasonlít a miénkhez, s nem lehet elzárkózni azon gondolattól, hogy veleszületett bronchiogen eredetű újképlettel van dolgunk. Nevezetes azon körülmény, hogy a tumor alakja s nagysága ellenére nyelészavarok nincsenek, a mi a compressibilitásából és a megszokásból magyarázható, továbbá, hogy — noha rendkívüli módon tágultak a véredek s felületes fekvésűek — vérzés nem volt megállapítható. A gégében idült hurut jelenségei vannak. A therapia tekintetében ily esetekben a legkonzervatívabb álláspont a helyes, ez esetben a galvanocautikai kacs és égő alkalmazása volna megfelelő.

Dollinger Gyula: Egy angioma cavernosum-esetet említ, mely 16 éves fiú nyakának egyik felét foglalta el. A kiirtás alkalmával a nyelv hirtelen hátraesüszott és előhúzása ellenére elállott a légzés. Benyúlt és a gégében puha tumort tapintott. Tracheotomiát végzett, mire a beteg lélekzeni kezdett.

Tehát a gégébe és a légsűbe belógó angioma tüneteket nem okozott.

Donogány Zakariás: A diagnosis kétségtelen. A therapia nézve a veszélyessé válható vérzések miatt eltávolítást ajánl, ha nem megy endolaryngeális úton, akkor oldalsó garatmetszéssel.

A phosphornekrosisról.

A sebészeti szakosztály megbizásából referens Lévai József. Az igazgató tanács megbizásából referens Friedrich Vilmos.

Lévai József: A phosphornekrosis lényege az, hogy gyufagyári munkásoknak többször az alsó, mint a felső, olykor mindkét állkaposa előzetes fájdalommal és lobosodás után elhal. A csontelhalás, ha idejekorán alkalmazott szakavatott sebészi beavatkozás nem hártja el, rendszerint a megbetegedett egyén halálára vezet. Elég gyakran kiújul és mivel a szakavatottan gyógykezelt eseteknek is 3% a mortalitása, a betegséget súlyosnak kell tekinteni.

Azon hatás, a melylyel a phosphor a gyufagyártás alkalmával a csontelhalást létrehozza, még nincs véglegesen kiderítve, az azonban már bizonyos, hogy nem helybeli izgató hatás és nem csupán rossz fogak útján jó létre az elhalás. E mellett szólnak az előadó észleletei is. A tapasztalatok másrészt a mellett szólnak, hogy a phosphorgőz hosszabb behatás esetén a gyufagyári munkásoknak egész csontrendszerében kóros elváltozást hoz létre és pedig az előadónak 1899-ben a phosphornekrosisról irt dolgozatában közölt szövettani vizsgálatai alapján olyképp, hogy a chronikus phosphormérgezés a csontok véreibeiben oly kóros elváltozást hoz létre, a mely által ezek thrombotizálva és ennek folytán csontelhalásra hajlandóvá válnak. Az elhalásra az indító okot külső körülmény, legtöbbször fertőzés, a mire az állkapcsokban a rossz fogak bőven nyújtanak alkalmat, adja meg. Arra, hogy ilyen kóros hajlam előálljon, 4—5 évig phosphoros légkörben való rendszeres foglalkozás elegendő és ha egyszer megvan a hajlam, a gyufagyári munkás sorsát el nem kerüli, ha káros foglalkozását abbahagyja is. A phosphornekrosis gyakori megbetegedés és az ipari betegségek legveszedelmesebb fajtái közül való.

A phosphor két úton jut a gyufagyári munkások szervezetebe, t. i. belégzés útján és a szájon át való bekebelezés útján. Az előbbire alkalmat adnak a phosphorgőzök, a melyeket szellőzés útján sohasem lehet teljesen eltávolítani a dolgozóhelyiségekből. Az utóbbira azon körülmény, hogy a phosphorrészecskék rendkívül tapadnak és a munkások kezéről való távoltartásukat semmiféle prophylaxisos intézkedés sem tudja elérni. A phosphoros gyufák gyártásával foglalkozó munkások egészségét fenyegető veszély elhárítására az egyedüli biztos eszköz a sárga phosphor feldolgozásának törvényes eltiltása. Lényeges akadály közgazdasági szempontból sem foroghat fenn a tilalom behozatala ellen, mert az európai államok sorban behozták a tilalmat.

A sebészeti szakosztály mindezek alapján azon előterjesztést teszi, hogy az egyesület kérje meg a kereskedelemügyi m. kir. ministeriumot, hogy a sárga phosphor ipari feldolgozásának törvényes eltiltása iránt sürgősen intézkedjék.

Friedrich Vilmos: A bántalom aetiologiáját illetőleg ma már kétségtelen, hogy okozója a phosphorgőz, melynek a phosphoros gyufát gyártó munkások munka közben folytonosan ki vannak téve. Egyes szerzők felveszik, hogy a gőzök hatásához hozzáveendő a levegőben keringő és a kezekre tapadó phosphormolekulák is. Hogy a gözalakú phosphor, vagy annak savas összeköttetései, avagy mindkettő okozója-e a bántalomnak, még nincsen végérvényesen eldöntve; a megbetegedés pedig létrejöhet úgy ép, mint kóros állapotban levő fogazat esetén, mindenesetre az utóbbi mint locus minoris resistentiae elősegíti a bántalom keletkezését és kifejlődését.

A tünetek, a kóróktan, a kórjósolat és a kórboncztan fejtegetése után áttér ama nézet magyarázatára, mely szerint a régebbi szerzők még a mellett voltak, hogy a baj lokális jellegű, míg újabban az általános, az egész csontrendszerre terjedő kihatás látszik beigazoltnak, korántsem azonban oly értelemben, mint azt a francia iskola vallja, mely „phosphorisme“ gyűjtőnév alatt a

phosphorgőzők hatása folytán az egész szervezet megbetegedését veszi fel, melyben a csontok bántalma csak mint kiegészítő, másodrangú tényező szerepel. A „phosphorisme“ létezését az iménti értelemben a vizsgálók legtöbbje tagadja és saját észleleteim s az érvek egész sorozata, valamint a megbízható kórboneztani jegyzőkönyvek is ellene szólnak. Tapasztalatai során arról győződhetett meg, hogy a phosphor a csontrendszeret vonja a megbetegedés körébe; ezt támogatják a Wegner kísérleteiből levont következtetések, az irodalomban közölt bonczolati leletek, továbbá számos szerző és a magam észlelte az a jelenség, hogy az egyes gyufagyári munkások csontjai a bennük végbement elváltozások folytán felette törékenyek; míg a megejtett vér- és vizeletvizsgálatok negatív eredményt mutatnak.

Az újabb szerzők, főleg Stubenrauch vizsgálatai szerint a véráramban keringő phosphornak a csontra gyakorolt hatása két momentumban nyilvánul: kezdetben a csont sclerotizál, később beáll a csont lacunáris resorptioja; a mi ezenkívül még van: a genyedés s végül a csontelhalás, az főleg infectiora vezethető vissza; újabban már a csont táplálkozásavarai is lényeges mozzanatként szerepelnek; ezt, valamint a kórboneztani elváltozások részleteit Lévai dr. dolgozta fel.

A mi a phosphornekrosis elterjedését illeti, a baj mindenhol előfordul, a hol phosphorgyufát gyártanak; e helyütt csupán a hazai viszonyokra szorítkozom. A kérdés alapos tanulmányozhatása végett 10 hazai gyufagyárat néztem és vizsgáltam meg a helyszínén, hogy meggyőződést szerezsek a gyárakban uralgó viszonyokról, a gyárak berendezéséről, óvó felszereléseiről, hygiénés viszonyairól, a munkások egészségi állapotáról, a munkás-elem mineműségéről, az egyes nekrosis esetekről és létrejöttüknek körülményeiről, végül mennyiben és hogyan hajtották végre a törvényes rendelkezéseket a bántalom elhárítására. Vizsgálataim és tapasztalataim lesújtóan szomorú tényeket állapítottak meg minden vonalon; a gyárak építkezése, berendezése és felszerelése egészségügyi, speciálisan iparegészségügyi szempontokból a legenyhébb kritikát sem állja ki s ugyanilyenek a viszonyok vajmi csekély kivétellel a munkás-elem mineműségére vonatkozólag is.

A kis gyárak munkásait a nagyobbakból kiselejtezték, rossz fogazatú, már megbetegedett, vagy lefolyt nekrosistól eltorzult munkásokból toborozták össze, de a nagyobb gyárak munkásai sem sokkal megfelelőbbek.

A megvizsgált 10 gyárban phosphorral, illetve feldolgozott alakjával közvetlenül dolgozott 476 munkás került észlelés alá. Közülük teljesen ép fogú munkás volt 100
Gingivitisben szenvedett 15
Periodontitisben szenvedett 5 } 36
Periostitisben szenvedett 16
Phosphor-nekrosisban (kifejezetten) szenvedett 4 } 32
Lefolyt nekrosissal dolgozott 28
Gyáron kívül találtam nekrosis-esetet 13
Megbízható értesülés alapján nekrosis-esetet 24
Kórházakból vett értesülés alapján nekrosis-esetet 53

Kórházakból vett értesülés alapján meghalt 122
Megbízható értesülés alapján meghalt 9
Megbízható értesülés alapján meghalt 7
Főösszeg 138

nekrosis eset.

Míthogy a 16 hazai gyár közül a megvizsgáltakra vonatkozólag 69 kifejezett esetet észleltem, 36 munkáson pedig a kezdődő tüneteket volt alkalmam tapasztalni, következtetve a meg nem vizsgált gyárakra, melyekben a viszonyok ugyanilyenek lehetnek (e számból kivendő a Szombathelyen működő, hol állítólag csak svéd gyufákat készítenek), feltehető, hogy ezekben sincs aránylag kevesebb megbetegedés; tekintve továbbá, hogy az iparfelügyelőségnek nem jelentik be az eseteket, hogy az orvosok közül többen hangoztatják, hogy a munkaadók eltitkolják a megbetegedéseket s nem a közeli, hanem a távolabbi kórházakba (gyakran Bécsbe) küldik a betegeket, továbbá, hogy számos kórház nem adta meg eddigelé a beküldött kérdőívekre a feleletet: e szám kétszerese sem haladja túl a valóságnak megfelelő esetek számát.

Ennélfogva a létező és feltehető esetek száma a következő:
Észlelt és tudomásra jutott phosphornekrosis-esetek száma 69
„ kezdődő tüneteket mutató „ „ 33
összesen 102;

ha felteszszük, hogy a többi gyárban előfordult és a ki nem derített esetek összege a fentiek két harmada, akkor az esetek száma 166 ra rug

hozzáadva a kórházakból vett esetek számát 50
a meghaltak számát 16
a főösszeg legalább 232 esetre tehető, de nem tévedek, ha évente 250 esetet vennék fel, azaz évente 250 nekrosis-eset fordul elő hazánkban.

A nekrosis ily nagy száma nem a törvényes intézkedések híjának vagy elégtelenségének tudható be; sőt a jelenleg érvényben levő 24,929/898. sz. belügyministeri rendelet igen sok tüdő- és hasznos intézkedést tartalmaz, a melyeknek végrehajtása azonban súlyosan szenved. Egyrészt a fogyatékos ellenőrzés, másrészt a hygiénés szempontok alárendelése kelti fel a gyárosok bátorságát a rendelet intézkedéseinek figyelmen kívül hagyására; nem kis részben járul azonban mindehhez, hogy a gyári orvost a munkaadóktól függő helyzete szabad cselekvésében gátolja.

A visszás és kárhóztatandó állapotok gyökeres megszüntetése csak egy úton-módon volna lehetséges: a phosphortilalomnak törvényben kimondásával; addig azonban, míg ez bekövetkezik, szükséges volna az illetékes körök figyelmét felhívni, hogy a törvényes intézkedések pontos és lelkiismeretes végrehajtására a legnagyobb gond és kérlelhetetlen szigor fordíttassék.

Dollinger Gyula: Egy vidéki gyufagyárból egymásután egymásután néhány phosphornekrosis jelent meg a vezetése alatt álló sebészeti klinikán, a miről a belügyministerium egészségügyi osztályán jelentést tett. Haladéktalanul közegészségügyi felügyelőt küldtek ki, a ki megtette azon intézkedéseket, a melyekre öt törvényeink felhatalmazták. A kellő ellenőrzésnek egyik alapfeltétele, hogy az ilyen esetek szabályszerűen bejelentessenek. Ezt a kórházaknak nem szabadna elmulasztaniok. Fájdalom azonban, a mi viszonyaink között a phosphornekrosis esetek mindaddig nem fognak megszűnni, a míg egy hozandó speciális törvénnyel el nem tiltjuk a sárga phosphor használatát a gyufagyárakat. Angliában a phosphor használata ellenére is nagyon ritkák a phosphornekrosisok, de ez az angol általános műveltségben és a közegészségügy fejlettségében leli magyarázatát. A míg mi Angliát e téren utólrénünk, addig a munkások légiói pusztulnának el. Tekintve tehát az évenkénti megbetegedések ije-ztő nagy számát, mai viszonyaink között a legnagyobb szükség van a phosphortilalom követelnünk, mert csakis ettől várhatjuk a baj sikeres elnyomását. Ezen meggyőződésből kiindulva hozta az ügyet az Orvosegyesület plenuma elé és kéri most az egyesületet, tegyen az Igazgató tanács útján felterjesztést a magas kormányhoz, kérve, hogy készítsen törvényjavaslatot, a mely a sárga phosphor használatát a gyufagyárakban eltiltja és terjeszse azt mielőbb az országgyűlés elé. Egyúttal felkéri az Igazgatótanácsot, hogy az ügyet tovább is figyelemmel kísérje, nehogy ezen felterjesztés is, mint az ezen ügyben tett két régebbi, elintézetlenül érje meg az akták között a negyed, illetőleg fél századot. A nagyobb figyelem, a melylyel ma munkásaink védelmére vagyunk, különben is kedvez ezen felterjesztésünk gyors elintézésének. A mi ezen kérdés kórtani és gyógykezelési oldalát illeti, mindenekelőtt nagyon kívánatos volna, hogy Lévai felfogása a véretek szerepléséről a nekrosis létrejöttelében behatóbb vizsgálat tárgyává á tétessék. Tekintve, hogy az erre vonatkozó vizsgálatok egyáltalában gyérek, ez a kérdés megérdemelné a behatóbb vizsgálatot. Egyelőre figyelembe kell vennünk, hogy ha a behelt phosphorgőzők a véretekre olyan nagy befolyással vannak, hogy bennük thrombosis támad, akkor alkalmasint a test egyéb részeinek csontvázán is jelentkezne hasonló elhalások, a mi pedig nem szokott megtörténni. Sokkal valószínűbb, hogy a nyállal kevert phosphorgőzők fekélyedő gingivitist okoznak és ez által megnyílik a kapu a genykeltő bakteriumok számára, a melyek úgy, mint az alsó állkapocs közönséges osteomyelitisében, a csont elhalására vezetnek. A Friedrich által említett esetben, a melyben egy kőműves a szabadban olyan helyen dolgozott, a merre phosphorgőzők áramlottak és három hét után phosphornekrosist kapott, nem látja bebizonyítottnak a phosphorbehatás és nekrosis közötti összefüggést. Ilyen esetek megítélésakor ne téveszszük szem elől, hogy az alsó állkapocs osteomyelitisés elhalása phosphorbehatás nélkül elég gyakori. A fertőző bakteriumok itt is többnyire odvas fog helyén vagy gingivitis által megnyitott résen át vándorolnak be a csonthoz. Többnyire a fogorvosokat vádolják meg, hogy ők okozták a fertőzést szennyes foghúzóval, holott a fertőzés többnyire már megtörtént a foghúzás előtt.

Fájdalom, vannak még most is sebészek, a kik a phosphornekrosis gyógykezelésében a várakozó álláspontra helyezkednek, meg akarván várni, a míg jó erős csontláda képződött, a mely hivatva lesz az elhalt és eltávolított csontrészt pótolni. Ezen eljárás több okból helytelen. Először a beteg a jelentékeny és hosszas genyedés következtében leromlik, másodsor a szájába ömlő rothadó váladék aspira-

tioja folytán tüdőgyuladást vagy tüdőüszkösödést kaphat, végre pedig a várakozástól várt eredmény nem biztos, mert a foszphor-gyök által befolyásolt szervezetben a csontláda is elég sokszor elhal, utóbb kiküszöböltetik és így a várakozás nemcsak veszélyes, hanem még hiábavaló is. A beteget ezen bajból csak a gyors beavatkozás mentheti meg. Igaz ugyan, hogy a korai műtét után, ha nem távolítunk el a kellenél többet, néha azon részek, amelyek a műtét alatt egészségesek voltak, utólag elhalnak és újabb beavatkozásokat tesznek szükségessé, de akkor is az a haszna a betegnek a korai műtétből, hogy a genyedés nagyon mérsékelt és a beteg nem kénytelen hónapokig dögbűzt terjesztő sequesterét magában hordania.

Vámosy Zoltán: A foszphor-mérgezés a toxicológiának egyik legszebb fejezete. Az elemi elváltozásokat nem ismerjük, csak az eredményeket látjuk és nem tudjuk magyarázni sem az idült, sem a heveny foszphor-mérgezést. Állatkísérlettel nehéz megközelíteni a dolgot. A szőlő azt hiszi, hogy direct foszphorhatás folytán periostitis ossificans jön létre és ez hozza létre a genyedést, a melyről még kérdéses, nem másodlagos-e mikroorganizmusokkal történt fertőzés következtében. Ez valószínű, mert a szájban elég mikroorganizmus van. Idült foszphorismus mellett szól a kötőszöveti elváltozás a májban, vesében, mirigyekben. Ezek hasonlítanak az idült alkoholismusban talált elváltozásokhoz. Krönig az intimában talált elváltozást, ez magyarázná a thrombust, de miért éppen az állapotok ereiben fejlődnek ki? Friedrich-hel szemben azt hiszi, hogy van idült foszphorismus és ez kötőszöveti túltengéssel jár, bár erre nézve kevés a kórboncolási és még kevesebb a mikroszkopos lelet.

Legfontosabb volna a sárga foszphor használatának betiltása, de az bizonyos gazdasági szempontok miatt nehezen vihető keresztül. Ausztriában már két évvel előbb jelezték a betiltását és még egy évre meghosszabbították a terminust.

Egy szabad lyceumi előadásomnak hallgatója névtelenül azt a tanácsot adta, hogy a mérges anyagokat gyártó gyáraknak egy más foglalkozási ágat is be kellene rendezni, melylyel munkásai felváltva foglalkozhatnának. Például egy gyárnak volna kertészete, vagy gazdaszata, melyben, mint például Fürthben a kéneseivel foglalkozó munkások, felváltva bizonyos ideig dolgoznak. A kénese-mérgezések számát e rendszer 5 év alatt 0-ra szállította le. A gyufagyárakban is lehetséges volna ilyenforma intézkedés.

A foszphor fő veszedelme a heveny mérgezésekben rejlik. Hogy mennyi heveny mérgezés-eset van és hányan halnak bele, a szőlő a vidéki és fővárosi kórházakból szerzett adatokat. Kérdőíveire 70% választ kapott. A foszphor-mérgezés a lúgmérgezéssel együtt vezet. Legtöbb az alkohollmérgezés. A többi összes mérgezés között 1900—1905-ig a kórházakban 3389 mérgezés fordult elő és ezek közül 1997 volt lúgmérgezés = 58.9%, utána következett az acut foszphor-mérgezés 628 esettel = 18.5%. Ezután a savak következnek 250 esettel: Tehát legalább olyan lelkesedéssel kell ellene fordulni, mint a gümőkór és a rák ellen, sőt még szigorúbban kell vennünk. A lúgmérgeztettek közül 318 = 16% meghalt, a foszphor-mérgezések közül pedig 152 = 24%, összesen 40% halt meg. A gyógyult esetek közül a legnagyobb szám relative gyógyul, mert esetleg későbbi elváltozások ölik meg.

Ezen adatok hathatósan fogják támogatni az orvosgyógyászat feliratát, hogy a sárga foszphor eltiltassék, a mint az a külföldi államokban már meg is történt.

Vas Bernát: Röviden szól azokról a vizsgálatokról, melyeket gyufagyári munkások vizeletével végeztek. Ily vizsgálatok szorosan összefüggnek azzal a kérdéssel, vajon létezik-e csakugyan chronikus foszphormérgezés vagy sem.

Erre nézve a szerzők véleménye még nagyon szétágazó.

Vizsgálatai a gyufagyártással hosszú ideje foglalkozó 26 munkásra vonatkoznak, kik közül öt szenvedett foszphornekrosissban.

Vizsgálataiban először is oly anyagokat keresett a vizeletben, amelyeknek jelenlétéből valószínűséggel lehetett volna a foszphornak a szervezetre gyakorolt specifikus hatására következtetni. Modern fellegés szerint a foszphor mérgező hatása a fokozott autolysissal magyarázható, mely a szervezet különböző részeiben, főképen pedig a májban megy végbe. Ezen folyamatban különböző anyagok képződnek, különösen aminosavak, tejsav, albumose, stb., melyek a vérbe és onnan a vesék útján a vizeletbe jutnak. Ily irányú vizsgálatai, melyeket nagyobb mennyiségű vizelettel végeztek és a melyekben az aminosavak kimutatására a Fischer-Bagell-féle naphthalin-sulfochlorid-eljárást használták, ezideig még negatív eredménnyel jártak. Vizsgálatainak további folyamán a vizeletet 24 órai mennyiségében az anorganikus sók közül a P_2O_5 -t és CaO -t határozta meg. A talált értékek a normális határokon belül mozognak és nem látszanak támogatni azt a felvételt, hogy a foszphor hosszas behatása folytán a csontokban élenkebb demineralisatiós folyamat megy végbe. Nem tagadja azonban, hogy ily következtetésekre csak pontos anyagcsere-vizsgálatok eredményei jogosíthatnának fel, melyekben nemcsak a vizeletben, hanem a bélsárban, valamint a táplálékban foglalt szervesen sókat is meghatározzuk és a talált értékek egybevetéséből állítjuk fel a helyes mérleget.

Még röviden megemlékezik a gyufagyári munkásokon észlelhető albuminuriáról. Francia szerzők szerfelett gyakran találak fehérjét a vizeletben, így száz eset közül csak ötben mutatkozott a vizelet fehérjementesnek, 95 esetben pedig fehérjét tartalmazott. Megjegyzendő azonban, hogy pl. Arnaud túlérzékeny kémszereket használt és a fehérjének legkisebb nyomait is tekintetbe vette. Vizsgálataiban az igen érzékeny

fehérjepróbatokat szántszándékkal mellőzte és csak a kifejezett eredményt vette pozitívnak. Így eljárva, a vizsgált 26 eset közül csak kettőben talált fehérjét, az egyikben quantitative is kifejezhető mennyiségben és a vizelet üledékében oly alakelemekkel, melyekből a vesék szerkezetének elváltozására lehetett következtetni. Ezek tehát oly csekély számok, hogy belőlük a foszphornak a vesékre gyakorolt káros hatására alig lehet következtetni.

Vizsgálatai megerősíteni látszanak azt a felvételt, hogy chronikus foszphormérgezés tulajdonképen nincs, hanem a gyufagyári munkásokon észlelhető tünetek csak a hiányos táplálkozás és a rossz hygienés viszonyoknak következményei; a foszphornekrosist a foszphor által előidézett helybeli megbetegedésnek lehet tekinteni.

Maszák Elemér: A javaslat nem új, már többször fölvetették, de nem volt keresztülvihető kereskedelmi és ipari szempontokból. Ma talán szerencsésebb viszonyok között eredmény is kecsegtet.

A hazai gyufagyárakról elhangzott vélemények nagyon általánosítanak, mert vannak jól berendezett gyufagyárak is. A magyar gyufagyárak a magyar gyárak mosto ha sorsában osztoznak.

Szólt talált olyant is, mely munkáshiány folytán nem dolgozott. Ilyen helyen hygienés viszonyokat teremteni nem lehet, az bizonyos. A belügyministeri rendelet felőlel mindent, a mit a sárga foszphor ellen tenni lehet, de minden nem hajt ható végre. Munkáshiány van a kivándorlás folytán, a hatóságok nin esenek a gyárak iránt jóindulattal, jóra való munkás gyufagyárba nem megy. A ki 20 évig dolgozott ott, az sem egyfolytában dolgozott, hanem megszakításokkal.

Az iparfelügyelőkről elhangzott a vád, hogy inkább a technikai berendezések iránt érdeklődnek, mint az élők iránt. Nem értesítik előre a gyárakat érkezőkről, ezt a törvény tiltja is, de míg az irodában jelentkeznek és míg a gyárba jutnak, már rendbe hoznak mindent. Egy helyen a porszivót vizsgálta a szőlő, rendben volt, de előbb bizonyosan nem működött, mert túlságosan sok port szivott fel. A munkásokat hiába kérjük, kitérő válaszokat adnak. Az iparfelügyelők sok munkával vannak megterhelve. A munkások még indolensnek és a szellőztetők nyitvatartását nem tűrik, inkább kilépnek a munkából.

Vermes Mór: Friedrich nyílt kérdésnek tekinti, hogy a foszphormérgezés baleset vagy ipari megbetegedés. Szőlő szerint e kérdés el van döntve: nem baleset, a mint Thieme, Kaufmann már megállapította, hanem ipari megbetegedés. Lévai felfogása mellett van, hogy az idült foszphormérgezés nem helyi, hanem általános megbetegedés. Lokálisan jelentkezik, de az egész csontrendszer törékeny, bár a fragilitas oka nincs kiderítve. Analog eset a syphillisben az érrendszer intimájának megbetegedése és a csontok törékenysége, mit a trophias zavarok is okoznak. Talán a foszphormérgezésben is ez játszik szerepet.

Lévai József. A foszphortilalom pénzügyi és nem tudományos kérdés. Az az egy pár gyár a világon, mely magát a foszphort termeli, nem ismeri a foszphornekrosist, mert olyan nagy tőke van a kezében, hogy minden lehető óvintézkedést meg tud tenni. Nálunk nem a hatóság indolentiája a hibás, hanem az, hogy tőkészegény emberek kezében van a gyufagyártás és részben majdnem házi ipar. Nekünk orvosoknak a foszphortilalmat követelnünk kell.

Helybeli hatást a foszphor-gyök nem idéztek elő az állatkísérletben. Stubenrauch 1898-ban éppen az ellenkező eredményt érte el, mint Wegener. 1899-ben közöltem, hogy elhalt csontokban thrombosis-t találtam, de következtetéseimet nem ebből, hanem onnan vettem, hogy két esetben az ép csontban is megtaláltam a vérekek endotheljének megbetegedését. A foszphornekrosissban szenvedő munkások más szerveit is meg kellene ezen irányban vizsgálni és ha ily munkáson utólag jelentkeznék nekrosis, ez megdönthetetlenül bizonyítana felvételem helyesége mellett.

Friedrich Vilmos: A baleseti törvény humanistikus szempontból tekinti az idült foszphormérgezést balesetnek.

Az iparfelügyelőket a szőlő nem támadta, csak az indolens hatóságokat, melyek előre értesítik a gyárat a megejtendő vizsgálatról. A munkásokkal nem a gyárban, hanem a gyáron kívül kell beszélni, a hol közlékenyebbek.

Foszphorismus a szőlő véleménye szerint nincs, mert a jeni bonczolatok a májban, vesében, szívben, izmokban nem találtak elváltozást. A berlini Charitében az apo physisekben osteoplasias felrakódások voltak.

Dollinger felszólását köszöni, különösen mert elveti az expectativ eljárást.

Közkórházi orvostársulat.

(XIV. bemutató ülés 1907 december 4.-én.)

Elnök: Medvei Béla. Jegyző: Török Béla.

Meckel-gurdély okozta bélelzáródás.

Milkó Vilmos: A 49 éves, előbb mindig egészséges férfi hirtelen a bélelzáródás tünetei jelentkeztek. Négy nappal később a Herezel-féle sebészeti osztályra szállítottán, a kórkép a következő: Elestet beteg, facies abdominalis. Puffadt has, jobboldalt alul erősebb érzékenység és tompulat, bélsárhányás. Az előadó főnöke, Herezel tanár megbízásából laparotomiát végzett. A has-

ürben kb. $\frac{1}{4}$ liternyi vörhenyes, dögbüzi savó. Kiderült, hogy az elzáródást Meckel-féle gurdély okozta. Az alapján 360°-nyira megcsavart és már teljesen üszkös nyúlvány a csúcsával a vékonybélhez odanőtt. Az így képződött gyűrűben strangulálva volt az ileum utolsó kacsá. Minthogy az a vékonybélrészlet, melyhez a gurdély odanőtt, szintén üszkös volt, az előadó a két elhalt részlet közé eső, 110 cm. hosszú vékonybélrészletet resekálta s a csomókat end to end-varrattal egyesítette. A bélpassage mindjárt a műtét után helyreállott, de a beteg a következő napon szívgyengeség tünetei között meghalt. A sectio kimutatta, hogy a varratok jól tartanak. Általános peritonitis nincs, s így a halál főleg a stercoraemiára vezethető vissza. A Meckel-gurdély okozta ileusok roppant gyorsan vezetnek bélüszkösödéssre és elhalásra, s így ha valahol, itt javult a legsürgösebb műtét beavatkozása.

Lipoma palato-buccale esete.

Balás Dezső: A bemutatásom tárgyát tevő eset, tekintettel a daganat szövettani jellegére és elhelyeződésére, méltán sorozható a ritkán előforduló esetek közé. Ezt igazolja Kusche és Krausnick statisztikai kimutatása, mely szerint az irodalomban közölt 39 szájrü lipomaeset közül a lipoma csak egy esetben indult ki a légyszájpadból.

A beteget, minthogy a műtét nagyobb technikai akadályokba ütközni úgy sem fog, érdemesebbnek tartom a műtét előtt demonstrálni, igérve, hogy a daganat szövettani vizsgálatáról és a műtét eredményéről referálni fogok.

V. Julia, 48 éves cselédet f. évi november 24.-én tették át Hirschler osztályáról Janny osztályára.

A beteg a szájában levő daganatának keletkezésére csak homályosan emlékszik. Tudja, hogy a daganat már gyermekkorában megvolt, 16 éves korában kb. datolyanagyságú és alakú volt, s már ekkor beszédzavart okozott (selypített). Daganata ez időtől egyenletesen növekedett s ezzel kapcsolatban a beszéd és táplálkozás nehézségei annyira fokozódtak, hogy állapota kb. 3 hó óta már türethetlenné vált. A 48 éves, mérsékelten táplált beteg csukott szájjal csak rövid ideig tud lélegzetet venni és tátott szájjal erősen horkolva alszik. Beszéde alig érthető, erősen dunynyogó. Táplálkozása hiányos, mert szilárd eledelt apróra rághva és csak kis falatokban tud nagyobb erőlködéssel lenyelni.

A száj feltárásakor kitűnik, hogy a szájnak több mint $\frac{2}{3}$ -át gyermekökölnél nagyobb daganat tölti ki, melynek rövid, vaskos kocsánya a lágy szájpad bal feléből, az utolsó zápfog mögötti gingivából és a határos pofafélből indul ki oly módon, hogy a daganat voltaképpen a gingiva és pofa nyálkahártyáját inkább csak magára húzza; az a benyomás támad, hogy csak a lágy szájpadból veszi az eredetét. A daganatot halványrózsaszínű nyálkahártya fedi, melyen hosszant futó tágult vérerek láthatók. A daganat karélyozott, helyenként tömöttebb, helyenként puha, csaknem hullámzó tapintatot adó és teljesen fájdalomtalan. Nyitott szájjal belégzéskor a daganat elfedi a garatot és közte s a jobb oldali ívek között csak keskeny rés marad, tehát a daganat akadályozza a légzést és nyelést és ez a légzés és táplálkozás zavarát kellőképpen megmagyarázza. Továbbá megátolja a hangképzést, a minek következtében a beszéd érthetlenné válik, s a légyszájpad feltolásával s így az orrüreg elzárásával a beszédet dunynyogóvá teszi. Tekintettel a daganat lassú, egyenletes növekedésére és említett morfológiai tulajdonságaira, lipomára tettük a diagnosist. A daganat eltávolításával e nehézségek kétségkívül egy csapásra meg fognak szűnni.

(Folytatása következik.)

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(VI. rendes ülés 1907 november 8.-án.)

Elnök: Dollinger Gyula. Jegyző: Winternitz Arnold.

(Vége.)

2. Tüdősérv esete. P. H. 34 éves tüzoltó. Jelen bajáig mindig egészséges volt. Szeptember közepén, tehát körülbelül hat

hét előtt jobb vállára esett és felkarja erősen odanyomult a mellkas falához. Még aznap heves köhögéssingere keletkezett és vért is köpött. Csakhamar azt vette észre, hogy köhögés alkalmával jobb mellkasfelén diónyi csomó jelenik meg, mely a köhögés megszűntekor kisebbedik, de teljesen el nem tűnik. Ezen csomó lassanként megnagyobbodott, úgy hogy félkönyvre megduzzad és a hónaljra annyira kitölti, hogy felkarját nem tudja egészen a mellkashoz közelíteni. A mióta ezen térfogatnagyságát észleli, ismételten vérköpése volt és pedig rendszerint akkor, ha a csomó jobban megduzzadt és hosszabb ideig künn volt. A midőn a beteg a kerületi pénztár I. sebészeti osztályán jelentkezett, a következő jelenállapotot találták: Megtekintéskor feltűnik, hogy a jobb mellkasfél a légzésben kissé visszamarad, a jobb kules feletti árok kevésbé kitöltött, mint a baloldali. A kopogtatási hang mindenütt teljes éles, nem dobos, csak a jobb tüdőcsúcs felett, mely 2 cm.-rel mélyebben áll, kissé rövidebb. Az abszolút szívtoppulát a bal tüdőnek nyilván vikariáló emphysemája miatt megkisebbedett. Hallgatódzaskor a légzés a jobb tüdő felett kissé gyengült, a szívhangok tiszták. A jobb középső hónaljvonalban, a harmadik bordaköz magasságában kismányi, laposan elődomborodó térfogatnagyságú érzék, mely rugalmas tapintatú, kissé érzékeny és koncentrikus nyomással megkisebbedhet. A bordák közé kocsanyszerű nyúlvány folytatódik. Köhögés, erőlködés alkalmával férfőkölönyire is megduzzad. Ilyenkor megkopogtatva duzzanatot, léghangot kapunk. Nyomásra ezen duzzanat ismét eltűnik.

A mint az előadott tünetek mutatják, a tüdő a traumás behatás után a csontos részek kimutatható sérülése nélkül az intercostalis izomzat hézagain át kilépett a thoraxból a bőr alá, tehát tüdőszérvvel, pneumatokeléssel van dolgunk, a mely azelőtt teljesen egészséges emberen subcutan sérülés folytán támadt. Hogy bordatörés történt-e vagy sem, most már nem tudjuk eldönteni. Lehetséges — a mint azt mások is leírták —, hogy a sérv bordatörés nélkül tisztán az intercostalis izomzat elszakadása folytán jött létre. A mi a további eljárást illeti, a bemutató először pelottás kötést próbál szerkeszteni, hogy a tüdőt visszatartsa. Ha ezzel nem lehetne érnei és a tünetek is esetleg súlyosbodnak, az operatív-beavatkozás jöhet szóba.

Kuzmik Pál: Prolapsus pulmonumot 20 év alatt nem láttam. A beteg nálunk is megjelent és Bradách dr. tüdőherniára tartotta gyanusnak. Mindenekelőtt az anamnesisben van egy kis hiba, már 1905-ben beteg és 1906-ig munkaképtelen volt, szolgálaton kívüli helyzetben. Izzadt, vért köpött, köhögött, majd jobban lett és egy évvel ezelőtt ismét betegeskedni kezdett. Jobb hónaljában terimenagyobbodást érzett. 10 hónapig ismét jól érezte magát, bár haemoptoéja van ismét egy év óta. A jobb mellkasfele lélekzésekor visszamarad, a Röntgenkép nem mutat köros elváltozást. A jobb hónaljban van egy puha térfogatnagyságú, mely elődomborodik, de én ezt tüdőherniának nem tartom, ez nagyobb lokális elváltozást idézett volna elő: a haemoptoé nem volna állandó és lokális reactio lenne. Lehet, hogy lymphangioma, kis lipoma egy egyébként tuberculosisban szenvedő egyénen. Positív diagnosist csak akkor lehet csinálni, ha operative beavatkozunk. Kérjük, ha megoperálta, mutassa be újra.

Bradách Antal: Ilyen tüdőherniák létezéséről alig tud valamit az orvosi irodalom. A 60-as években operáltak Dumreicher klinikáján tévedésből tüdőszérvet lipoma-diagnosissal. Pólya egy esetében veleszületett rés volt a bordán. A csontvázon nincs elváltozás. A lapoczkán levő lipoma talán összefügg a herniával (?), mely talán szintén lipoma. A magam részéről tumornak tartom.

Pólya Jenő: Két szék között, ha a beteg leereszkedik, a serratus megfeszül és előretolódik a tumor. A szóló esetében congenitalis tüdőszérv volt, 2 borda s a serratus anticus hiányzott, azonkívül syndactylia is volt. A foetalis életben jobb karja alkalmasint bele volt szorítva a jobb mellkasába.

Mohr Mihály emlékezetbe hozza, hogy a 90-es években György Tibor mutatott be az Orvosegyesületben egy traumás eredetű tüdőszérvet.

Lobstein Leó: Az anamnesist illetőleg csak a beteg bemondására volt utalva, míg Bradáchnak az apja is elmondott egyet-mást. Fontos dolog, hogy a beteg baját balesetnek tulajdonítja. A bemutató is említette, hogy a csontvázon nincs elváltozás, hanem a tüdő egy bordaközi résen jött ki. Ha a beteg két szék között leereszkedik, jobban kidudorodik a daganat és felette léghangot kapunk. Teljesen nem megy vissza. Az összes körülmények tüdőhernia mellett szólnak.

III. Schiller Károly.

1. Ínhüvely-tuberculosis miatt végzett izominresectio, tendo-musculo-anastomosis. Teljes functionális gyógyulás. R. I.

23 éves munkásnak egy év óta mindinkább növekedő daganata keletkezett bal alkarján, mozgáskor fájdalmai voltak. A bal alkar alsó harmadától a kézhat közepéig húzódó, körülbelül 13 cm. hosszú, orsóalakú, ép bőrrel fedett, álhullámzást mutató, éles határú, a kéztőizület felett behorpadt térfogatnagybodás látható a radialis szél felé közelebb; a daganat a hüvelykujj feszítése alkalmával feszesebb lesz, nyomásra kissé fájdalmas. Tendovaginitis tuberculosa miatt 1907 május 6-án operáltam Lévai főorvos osztályán chloroform-narcosisban. Az inhiively kiirtásán kívül egy 9—10 cm. hosszú izom-indentarabot kellett az épen resekálnom. Hetero- és autoplastica helyett ezélszerűbbnek láttam a tuberculosus fertőzés lehető elkerülése végett az izom-in-anastomosist, úgy hogy az extensor pollicis longus izomcsontját az extensor indicis proprius izomhasához varrtam selyemfonállal, s az extensor pollicis longus periferiás insonkját az extensor indicis proprius inához varrtam. Láztalan, per primam egyesülés. Gyps-sinkötés, 4 hét múlva a kötés levétele. 8 hét múlva még több, összesen 6 genyes gócz és sipoly támadt, melyeket ki kellett kaparni. Ezek is begyógyultak. A beteg teljes functioval gyógyult és teljesen munkaképes.

2. Osteomyelitis, bacteriaemia, gyógyulás. A 30 éves péken lobos talp-clavus következményképen támadt phlegmone után periostitis és osteomyelitis keletkezett a bal láb 5. láb-középsontjában rázóhidegek, 39,6 fokig emelkedő intermittáló és remittáló lázak kíséretében. 1906 augusztus 6-án első műtét: bemetszés a talpon. Augusztus 20-án bemetszés a láb-középsont felett a csontthártyán keresztül. Mindezek ellenére a láz továbbra is fennállott, majd pedig a Lisfranc-izületnek savós-genyes lobja támadt. Ezért szeptember 10-én chloroform-bódulatban kiizelték az elhalt 5. láb-középsontot a lábujjal együtt. A láz azonban ezen műtét után sem szűnt meg, ismételt hidegrázás, roseolaszerű sepsis kiütés, erős hasmenés, száraz nyelv, lépdaganat, szapora kicsiny érverés volt kimutatható. Az augusztus 30-án végzett vérvizsgálat staphylococcus citreus mutatót ki. Az állapotnak folytonos rosszabbodása miatt már amputálást akartak végezni, a melyről azonban lemondtak, mert a szeptember 25-én megejtett újabb bakteriologiai vizsgálat alkalmával már nem találtak bakteriumot a vérben. Ezért az illető végtagnak gyps sinben rögzítésére szorítottak, mire a láz csakhamar megszűnt s az illető november 16-án gyps-sínnel s egy felületen kis sarjadzó sebbel elhagyhatta a kórházat. A lábmerőség utóbb fürdők használatára csökkent s később teljes gyógyulás következett be.

PÁLYÁZATOK.

Lemondás folytán üresedésbe jött Kis-Küküllő vármegye hosszúaszói járásához tartozó **Bolkácsi községi orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

1. Ezen községi orvosi állás 1600 korona törzsfizetéssel, 100 korona ötöd-éves pótlékkal van javadalmazva s egyszersmind nyugdíjogosultsággal is egybekötte. Az ötödéves pótlék is beszámíttatik a nyugdíjba.

2. Továbbá a község az orvosnak természetbeni lakást, 4 öl hasított és 2 öl vesszőtüzfát ad a házhoz szállítva, melynek ellenében köteles az orvos a halottkémlést és hűszemlét ingyen teljesíteni.

3. Látogatási díjul éjjel, nappal a beteg lakásán 1 korona van megállapítva, az orvos lakásán végzett rendelésért pedig 60 fillér, s végül műtét beavatkozásoknál az 1900. évi 135.000. sz. B. M. rendelettel kiadott szabályzat IV. fokozatában megállapított díjak szedhetők.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a és illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket f. évi január hó 23-áig hozzám nyujtsák be.

A választás 1908. évi január hó 27-én fog Bolkács községnek községi irodájában megejtetni.

Megválasztott orvos állását február hó 1-én köteles elfoglalni.

Hosszú a szó, 1907. évi december hó 30-án.

Fazakas Géza, főszolgabíró.

33/908. sz.

Pozsony vármegye nagyszombati közpórházánál megüresedett **osztály-orvosi állásra** (belgyógyászat) pályázatot hirdetek.

A pályázóktól belgyógyászati szakismeret megkívántatik.

Az állás a X. fizetési osztálynak megfelelő javadalmazással jár (2000 korona kezdő fizetés és lakbér) és nyugdíjra jogosít.

A pályázni szándékozók az 1876. évi XIV. t.-cz. 63. §-ában előirt képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket méltóságos dr. Bittó Dénes, Pozsony vármegye főispánjához czimezve, f. évi január hó 25-éig hozzám nyujtsák be.

Nagyszombat, 1908. évi január hó 9-én.

Nagy Pál dr., kórházi igazgató-főorvos.

83/908. sz.

Körmöcbánya szab. kir. r. t. főbányaváros tanácsa ezennel közhírré teszi, hogy a város tulajdonát képező **stubbyafürdői fürdőorvos** az e részben érvényben lévő városi szabályrendelet alapján 1908. évi május hó 1-én kezdődő és egymásután következő 3 (három) évre választandó és illetve szerződészerűleg alkalmazandó.

A megválasztandó, illetve szerződészerűleg alkalmazandó fürdőorvos a fentjelzett három évnél május hó 1-től szeptember hó 30-áig terjedő időszakban feltétlenül Stubbyafürdőben lakni köteles.

A fürdőorvos minden évben, illetve fürdőévadban utólagos havi részletekben folyósítandó 1000 (egyezer) korona tiszteletdíjat élvez.

A fürdőorvos ezenkívül, míg Stubbyafürdőben lakik, a városi tanács által kijelölendő két bútorozott szoba ingyenes átengedésére tarthat igényt.

A megválasztott fürdőorvos állomását legkésőbb 1908. évi május hó 1-én elfoglalni köteles.

Egyebekben a vonatkozó szerződés rendelkezései irányadók.

Pályázóktól megkívántatik, hogy Magyarországon érvényes orvostudori oklevéllel bírnak, a fürdőismében és fürdőgyógyászatban jártasak legyenek és a magyar és német nyelvet szóval és írásban teljesen bírják.

A köllően felszerelt és pályázók eddigi alkalmaztatásait, nemkülönben nyelvismereit is kitüntető folyamodványok a város tanácsához f. évi február hó 29-éig annál inkább benyújtandó k, mert elkészetten beérkezett vagy köllően fel nem szerelt kérvények tekintetbe nem vétetnek.

Körmöcbánya, 1908. évi január hó 9-én.

A polgármester.

2303/1907. sz.

Bihar vármegye beéli járásában üresedésben lévő **ökrösi körorvosi állásra** pályázatot hirdetek és mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, felhívom, hogy képesítésüket, eddigi alkalmaztatásukat és nyelvismereit igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám 1908. évi január hó 24-ének d. u. 5 órájáig annyival is inkább nyujtsák be, mert a később érkező kérvényeket figyelmen kívül fogom hagyni.

A román nyelvet bírők előnyben részesítettnek.

Javadalmazás:

1. Kézpénz-fizetés 1600 korona.

2. Uti átalány 400 korona.

3. Természetbeni lakás, mely áll 3 szoba, konyha, kamara, 1 külön rendelő szobából és konyhakertből.

4. Ökrös és Bogy községekben a szabályrendeletileg megállapított halottkémlési átalányok.

5. Ökrös községben, hol a körorvos a vágatási biztosi teendőket is ellátja, a szabályrendeletileg megállapított díjak.

6. Hivatalos látogatások alkalmával, valamint a székhelyen 80 fillér beteglátogatási és 40 fillér vényírási díj.

7. A megválasztandó körorvos részére kézi gyógyszerár tarthatása kiállításba van helyezve.

A választást a beéli körjegyzőség tanácsstermében 1908. évi január hó 30-án d. e. 10 órakor fogom megtartani.

Beéli, 1907. évi december hó 29-én.

3-2

Eder Géza, főszolgabíró.

391/1908. sz.

Baja város közpórházánál újonnan rendszeresített, évi 1200 korona fizetéssel, szabad lakás, fűtés, világítás és élelmezéssel javadalmazott **alorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitattik.

Folyamodni óhajtók felhívattak, hogy köllő minősítésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket legkésőbb f. évi február hó 7. napjáig méltóságos dr. Ambrozovics Lajos városi főispán úrhoz czimezve nyujtsák be.

Csakis orvosdoktorok pályázhatnak.

Baja, 1908. évi január hó 7-én.

A polgármester h.

Erdélyi, főjegyző.

3-2

115/908. sz.

Gömör és Kishont t. e. vármegye tornaljai járásában lemondás folytán megüresedett **ragályi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A körhöz 13 község tartozik. A kör székhelye Ragály, gyógyszerár helyben.

A körorvos fizetése évi 2600 korona.

Ezen fizetése ellenében a körorvos tartozik körének összes községeit havonként egyszer meglátogatni, és a körhöz tartozó községek minden lakosát mindenkor díjtalanul gyógykezelni. Műtétekért a m. kir. belügyministerium 135.000/900. számú rendeletében foglalt IV. fokozatu díjak szedhetők.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy köllően felszerelt kérvényeiket f. évi január hó 27. napjának d. u. 5 órájáig hivatalomhoz annál is inkább adják be, mivel a később beérkezettek figyelembe venni nem fogom.

A választás Ragály községénél január hó 29-én d. e. 10 órakor fog megejtetni.

Okleveles pályázó hiányában az állás esetleg szigorló orvossal hosszabb időre is behelyettesíttetik. A megválasztott körorvos állását február hó 1-én tartozik elfoglalni.

Tornalja, 1908. évi január hó 9-én.

2-2

Szentmiklósy, főszolgabíró.

A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!
Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóczi Salvatorforrás-Vállalatnál
Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

„GUAJATIN JENCS“

Sulfo-Guajacol-készítmény, mely 100 részben 7% Kal. Sulf. Guaj. és 7-0.50%
Extr. Thymí és Extr. Tiliae-t tartalmaz.

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

Gyermekek is rendkívül jól tűrik.
Ára 2 korona 50 fillér.

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

A rationalis phosphor-therapia problémája csak
a „Phytin“ felfedezése által lett megoldva.

Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel (Schweiz)
Czím Németország és Ausztria számára: Leopoldshöhe (Baden).

SALEN könnyen felszívódó szagtalan,
ingermentes.

Salicylsavester rheumatikusok külső kezelésére.
Rp. Salen. Spir. aa pt. s.
S. külsőleg.
Rp. Salen pur. 20.
S. Esetelésre.

SALENAL

UNGT. SALENAE

33 1/2% Salen. pur. tartalmaz, a Salen
legelősebb és legkényelmesebb alkalmazási
módja, tehát igen alkalmas a pénztári gyakorlat számára.
Rp. 1 eredeti tuba Salenal 1.40 korona kősziben.

Mintát és irodalmat küld: E. Weyrich, Mag. pharm. Wien, IX., Mariannen-
gasse 10. W. Wolf, k. k. Hoff., Adler-Apotheke, Komotau (Böhmen).

Hunnia-forrás természetes, alkalikus,
sós savanyúvíz. 3602

Ezen gyógyvízben az uralkodó alkatrészek mennyisége (19-6794
gm. egy literben), aránya olyan, hogy mellette úgyszólván
eltörpül a csoport többi kiváló vize. Konyhasótartalma (7 gm. egy liter-
ben) valamennyi vizet felülmulja. Nagy előnye a víznek hygienikus
tisztasága. Nagyon kellemes ízű és könnyen emészthető. 4489

Főraktár: Édeskúty L., Budapest. — Kútkezelőség: Brassó.

Név védve. **Extractum** Név védve
Chinae „Nanning“
(A jelenkor legjobb stomachicum.)
Rendelése a berlini betegpénztáraknál megengedve.

Javallatok:

1. Sápókórosok étvágytalansága (Dysmenorrhoe eltűnt e szer hosszabb haszná-
latánál).
2. Gümőkórosok és tüdőbetegek étvágytalansága.
3. Heveny és idült gyomorkatarrrhus.
4. Lázak és sebbezés.
5. Lábadóznál.
6. Terhes nők hányásánál.
7. Szeszies italok élvezése által előidézett idült gyomorkatarrrhus.
8. Hg- és jodkali-dyspepsia.

Egyedüli gyáros:
Dr. H. NANNING, gyógyszerész, s'Gravenhage.

Minták és irodalom ingyen.

EGGER EMULSIÓ

KITÜNŐ CSUKAMÁJOLAJ KÉSZÍTMÉNY

Collargol Kitünő gyógyszer septikus
megbetegedéseknél, gyer-
mekági folyamatoknál,
stb. Oldatban intravenosus (káros hatás nélkül!), rectalis és
belső alkalmazásra, mint „Unguentum Credé“ bedörzsölésre. Seb-
és fertőző szembetegségek kezelésére és hólyagöblítésre is.

Creosotal Creosotal „Heyden“ a leg-
kiválóbb antiphthisicum,
kiváló belső antiscrophu-
losum és nagy adagokban biztosan és gyorsan ható szer a légző-
utak minden heveny megbetegedésénél (pneumonia stb.).

Xeroform Teljesen méregtelen, szárító,
szagtalanító sebhintő por.

Dr. Hirsch-féle injectio a syphiliskezelés-
hez az egyedüli
teljesen fájdalommentes Hg-készítmény subcutan és intra-
muscularis befecskendezésekre.

4931 Mintákat és irodalmat küld

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

LEGTÖMÉLETESEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

LYSOFORM

OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT

KELETI J. orvos-sebész, mű- és kötszer-gyáros

BUDAPEST, Főútlelet: IV., Koronaherczeg-utca 17.

Gyár (villanyüzemre berendezve) IV., Koronaherczeg-utca 14.

Gyáram különlegességei:

Teljes kórházi berendezések, orvossebészeti műszerek, cs. és kir. szab. sérvkötők, orthopaediai gépek, villamos orvosi készülé-
kek, kapcsoló táblák (külföldi gyártmányoknál 30%-kal olcsóbbak), műszerszekrények, műtő- és vizsgáló-asztalok, mosdók, irrigator-
állványok, gőz-sterilizátorok köt- és műszerek részére, stb.

Kezdő orvos uraknak teljes műszerberendezéseket szállít részletfizetés ellenében.

Műszerjavítások, dynamo-nikkelezések, angol műköszörülések jutányos áron elvállaltatnak.

Nagy képes árjegyzék ingyen és bérmentve.

VITA FORRÁS

SÓSKÚT VASMEGYE

ALKALIKUS NATRON-LITHION GYÓGYVIZ
 orvosilag ajánlva, húgysavas diathesis, köszvény, cukorbetegség,
 gyomor, vese- és húgyhólyag-bántalmaknál stb.
MINT ÜDÍTŐ ÉS BORYIZ PÁRATLAN
 Központi iroda: Budapest, V. Váci-körút 54.
 Főraktár Édeskúty L. urnáé Budapest, Erzsébet-ter 8. szám.

„Bayer” CONTRATUSSIN „Bayer”

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

Gyakorló orvosok előszeretettel rendelik a

Demeter solut. kalisulfogujacol-t,

mert kitiűő összetételénél fogva **tüdő- és rokonbajoknál elsőrendű gyógyszer.** A készítmény szerencsés összeállítása és technikai tökéletessége biztosítja sikeres alkalmazását.

Javallatok: Tuberculosisnál és a tüdő rokon heveny és idült bajainál. Vérbányásnál, katarrhalis bajoknál, idült légeső és gégefő-katarrhusoknál, valamint asthmában szenvedőknél. A lázt és éjjeli izzadást megszünteti. Pertussisnél, influenzás tüdőgyulladásoknál és typhusos tüdőinfiltrationál. Antithermikus hatása.

Adagolás: gyermekek naponta 1—2, felnőttek 4 teáskanálnyit vesznek be. — Ára 2 kor.

Kapható minden gyógyszerárban.

Készítési főraktár:
DEMETER KORNÉL gyógyszerésznél, Szászváros.

TÁTRA-SZÉPLAK MAGASLATI GYÓGYHELY

téli sanatoriuma és pensionátusa nyitva december elejétől.

Ideg-, Basedow-betegeknek; üdülést, edzést, **hizlaló** vagy fogyasztó-kúrákat keresőknek; **tüdőcsúshurutokra** hajlamosoknak, valamint az ez utáni reconvalescenseknek ajánlatos. Bronchiális asthma fiatalabb korban. Almatlanság, malária, vérszegénység. — Gyógytényezők: fekvő kúrák, vízgyógyászat, szénsavas, törpefenyű-fürdők. Svéd gyógy-gymnastika és massage. Villanyos kezelés. Diéta- és terrain-kúrák. — Orvos: dr. Gühr Mihály. — Központi fűtés. — 55 vendégszoba. — Házilag kezelve. — Téli sportok. — Egy napi ellátás 6—8 korona. Bűvebbet Fürdőigazgatóság Tátra-Széplak.

Málnási Mária-forrás
 A légzési szervek bántalmainál és emésztési zavaroknál páratlan hatású. Gyomorégést azonnal megszüntet.
 Főraktár: ÉDESKUTY L. BUDAPEST.
 Budapesti képviselő: 4486
Nádas Márton.
 Természetes alkalikus sós savanyúvíz. — 4486 Kútkezelőség: Brassó.

SYR.HYPOPHOSPHIT.COMP.D^rEGGER

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



Téli fürdőkúra
 a Szt.-Lukácsfürdőben

Természetes forró-meleg kénforrások. Iszapfürdők, iszapborogatások, mindennemű thermális fürdők, vízgyógykezelés, massage. Lakás és gondos ellátás **Csúsz, köszvény, ideg-, bőrbajok** gyógykezelése és a téli fürdőkúra felől kimerítő prospektust küld ingyen a Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága, Budapest-Budán 5043

LEGTÖKÉLETESEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

LYSOFORM

OLDATBAN SZAGTALAN NEM MÉRGES BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT



„Califig”

a sanfranciscói
 California Fig Syrup Co. czég
 kaliforniai
füge-szörpjének
 szóvédjegye.

Enyhe és biztos hatású **hashajtó**, mely főleg a női- és gyermekgyakorlatban örvend nagy kedveltségnek.

Használati utasítás minden üveghez csatolva.

Minden gyógyszerárban kapható.

1/1 üveg 3 korona, 1/2 üveg 2 korona.

California Fig Syrup Co.,
 London, E. C. 31—32, Snow-Hill. 3464

Főraktár Magyarország részére:
TÖRÖK JÓZSEF gyógyszerár BUDAPESTEN, Király-utca 12.

Rodagen

Uj specifikus gyógyszer

2 grammos tablettákban vagy por alakjában.

Morbus Basedowii ellen

3222

(V. ö. Burghart & Blumenthal, Festschrift für E. v. Leyden, 1902, pg. 251.)

Irodalom
 ingyen.

Vereinigte Chemische Werke Aktiengesellschaft, Charlottenburg, Salzufer 16.

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Hőgyes Endre.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR,
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLÓGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarcsi Schwartzter Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Morelli Gusztáv: Közlés az I. sz. belklinikáról. (Igazgató: Korányi Frigyes egyet. ny. r. tanár.) A Pirquet- és Calmette-féle tuberculinreactiókról. 53. lap.
Bogdanovics Milos: Közlés az I. számú női klinikáról. (Igazgató: Bárszony János dr. egyetemi ny. r. tanár.) A gyermekágyban végzett kaparás egy következménye. 54. lap.
Székely Salamon: Észrevételek a Székely-tej kritikájához. 55. lap.
Udvarhelyi Károly: Az idült haladó nagyothallás és modern gyógykezelése. 57. lap.
Tárca. Kammer Manó: „Kaiserin-Friedrich-Haus“ és a Bergmann-féle előadási ciklus. 60. lap.
Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Berend Miklós: A csecsemőbetegségek orvoslása. — Lapszemle. Általános kör- és gyógytan. Kraus, Luxenburger és Rusz: Használható-e a Chantemesse-féle ophthamoreactio a typhus körjelzésére? — Gyógyszertan. Gardemin: A spirósal. — Schnütgen: A Bonatz-féle vastartalmú tehéntej. — Belorvostan. Erb: A Basedow-kór gyógyítása. — H. Curschmann:

Adat a lumbal punctio technikájához. — Michaelis: Meleg gelatina-klysmák bélvérzés ellen. — Sebészlet. Wieting: A carotisl kötés haszna és veszedelme. — Flüster: Novocainnal végzett lumbalis analgesia. — Bary: Az ismétlődő epididymitisek pathogenesis. — Haberer: Az appendicitis chronica adhaesiva latens formája. — Hagenbach: Kísérletek a thyreoidea és epitheltestek functiójára vonatkozólag. — Orthopaedia. A. Schanz: A gerinczafajás egy típusa. — Gyermekorvostan. Monti: A Marpman-féle scarlatina-serum. — Theron Wendell Kilmer: Rugalmas hasköötvel kezelt 550 pertussis-eset. — Venerés bántalmak. W. Perls: Tertiaer syphilis-statistika. — F. Hochne: A kénésös suppositoriumok értéke a syphilis kezelésében. — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Rissmann: Aethernarcosis. — Berkeley: Szer paralysis agitans eseteiben. — Mladjovskij: A hatás fokozása soványító kúrákban. — Tychsen: A retinitis albuminurica prognostikai jelentősége. 61—65. lap.
Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 65. lap.
Vegey hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 65. lap.
Tudományos társulatok és egyesületek. 66—68. lap.
Melléklet F. Hoffmann La-Roche & Cie cég „Thigenol-Sirolin“ készítménye. — Chemische Fabrik Heyden cég „Creosotal“ készítménye.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés az I. sz. belklinikáról. (Igazgató: Korányi Frigyes egyet. ny. r. tanár.)

A Pirquet- és Calmette-féle tuberculinreactiókról.

Közli: Morelli Gusztáv dr., klinikai gyakornok.

Pirquet 1907 május havában a himlőoltás terén végzett tanulmányaiból kiindulva, a tuberculosissallergia próbáját fedezte fel. Feltűnt ugyanis neki, hogy míg az az egyén, kit először oltanak himlő ellen, a himlőnyirok bevitelére körülbelül csak 8 nap múlva reagál, addig a másodszer oltott egyén már a 2—3. napon reagál. Ezen érzékenyebb viselkedést azon anyaggal szemben, melylyel az illető szervet már egyszer oltva volt: túlérzékenységnek = allergiának nevezte el. A tuberculosissallergia kimutatására alkalmazta a Koch-féle koncentrált tuberculint, melyet a bőrrel igen csekély felületen sértéssel hozott érintkezésbe. E helyen 24—48 óra múlva mintegy 1 cm. átmérőjű, a bőr felületéből kissé kiemelkedő, élénkpiros papula fejlődött. Vizsgálatai szerint a reactio csak oly egyéneken fejlődött ki, kiknek szervezetében gümőkóros elváltozás van jelen. Gyermekeken végzett kísérletei a reactiót teljesen megbízhatónak mutatták, a mennyiben positiv reactiót mindig csak tuberculosissos gyermekek adtak. A reactio előnyül tekintette, hogy kivitele sokkal egyszerűbb, mint a tuberculininjectioé; az eredmény megállapítása is könnyebb, nem kell hőmérőket eszközölni, a betegre nézve kellemtelen utókövetkezményekkel nem jár, és a mi a legnagyobb előnye, lázas betegen is alkalmazható.

Kétségkívül Pirquet által indíttatva Wolff-Eisner, majd Calmette hasonló reactio előidézése céljából tuberculinoldatot cseppentettek a kötőhártyára, s azt találták, hogy erre tuberculosissos egyének kötőhártyalobbal reagálnak, míg a tuberculosissmentes egyéneken a reactio kimarad. E reactiót Calmette glicerinnalmentes tuberculinoldattal, Citron 1%-os physiologiái sóoldattal hígított Koch-féle altuberculinlal végezte. Minthogy az első vizsgálatok reményt nyújtottak ahhoz, hogy e kétféle reactio a

tuberculininjectio diagnostikai biztonságát és értékét eléri, sokan végeztek sorozatos kísérleteket e tárgyban. Így cutan oltottak tuberculosissos bőrbajokban: Oppenheim, Moro és Doganoff, Pfaundler, Dufour és H. Vallée, míg Sicard, Descomps és Comby, valamint Citron és Eppenstein, Hirschler az ophthamoreactioval kísérleteztek. Állatkísérletek alapján Arloing kétségbe vonja az oltások értékét, míg H. Vallée azt az állati tuberculininjectiók helyett ajánlja.

A Pirquet- és Calmette-féle reactio tanulmányozása és összehasonlítása céljából az I. belklinikai fekvő- és ambulans betegein ez irányban kísérleteket végeztem. 300 egyént oltottam Pirquet szerint 25%-os Koch-féle altuberculinlal s mindezeknek egyidejűleg 1%-os altuberculinl cseppentettem a conjunctivára Calmette illetve Citron módszere szerint.

Az anyagom három csoportra oszlott:

- I. Klinikailag kimutatott tuberculosissos esetek.
- II. Tuberculosissra gyanús esetek.
- III. Tuberculosissra nem gyanús esetek.

I. Klinikailag biztos tuberculosissos esetek. Az I. csoportot szintén két csoportra osztottam:

1. Tüdőtuberculosissos eseteire.
2. A csont, bőr, mirigy, hasi szervek tuberculosissos eseteire.

Az I. csoportban 114 tüdő tuberculosissos eset közül Pirquetre positive reagált 98 és Calmettere positive reagált 86. Minthogy azonban 14 eset igen előrehaladott volt, s így azok negativ eredménye — általános tapasztalat szerint — számításba nem jöhet, azt mondhatjuk, hogy 100 esetből 98, vagyis 98% reagált positive Pirquetre és 86, vagyis 86% Calmettere. Egy esetben, midőn mindkét reactio negativ volt, tuberculininjectio után a Pirquet-reactio helye kipirosodott, s a typosus reactio képét mutatta.

A 2. csoportba 22 biztos tuberculosissos eset tartozott, melyek közül Pirquetre positive reagált 16, vagyis 72%, Calmettere 14, vagyis 63%. A 6 nem reagált eset közül 2 operált és gyógyult csont tuberculosissos, 2 indolens nyaki lymphoma, 1 csigolyacaries utáni kyphosecoliosis és 1 chronikus lefolyású mellhártyagyulladás, tehát mind a 6 gyógyult vagy inactiv tuberculosissos.

II. *Tuberculosisra gyanús esetek.* A tuberculosisra gyanús 68 eset közül Pirquetre positive reagált 33, vagyis 49%, Calmettere 32, vagyis 47%. A reakciók 7 esetben nem voltak egybehangzók és 2 esetben, hol Pirquet negatív és Calmette pozitív volt, az ellenőrző tuberculininjectio negatív eredménnyel járt. E csoportból 3 eset, hol mindkét reactio negatív volt, sectiora került és a szervezetben sehol sem volt gümőkóros elváltozás.

III. *Tuberculosisra nem gyanús esetek.* A tuberculosisra klinikailag nem gyanús esetek csoportjából 96 esetet vizsgáltam. Ezek között Pirquetre reagált 20, vagyis 21%, Calmettere 11, vagyis 11%. Tehát 9-szer volt az utóbbi negatív ott, a hol Pirquet pozitív volt.

A Pirquetre reagált 20 eset közül a további vizsgálat eredményeiből felemlítendőnek tartom a következőket: Egy általános hydropsban szenvedő egyénben, hol a klinikai diagnózis myocarditis volt és semmiféle elváltozás vagy anamnestikai adat sem mutatott tuberculosisra, a sectio a belekben friss tuberculosisos fekélyeket mutatott. Itt Calmette negatív volt. Egy hysteriában és gastroenteritisben szenvedő egyén, kin profus hasmenések voltak és ki Calmettere is reagált, az ellenőrző tuberculininjectiora 38.5—60-ig menőleg lázzal felelt. Továbbá egy agyembolia után keletkezett monoplegiával kezelt egyén, kiben Calmette negatív volt, tuberculininjectiora 40-ig emelkedő lázat kapott. Mindkettőben az injectio helyén nagy kiterjedésű, a Pirquet-reactioinak megfelelő igen erős bőrlobot kaptak, mely csak 10 nap alatt mult el. Két egyénben — az egyik vitium, a másik osteomyelitis diagnossal halt meg — a sectiokor obsolete tuberculosis volt a tüdőcsúcsban, illetőleg a csontfolyamat mutatkozott tuberculosisosnak.

Ezzel szemben több mint 10 esetben, hol nem volt reactio, a sectio sem mutatott tuberculosisot.

Összegezve eredményeimet, azt találtam, hogy minden behatóan vizsgált esetben, mely Pirquetre positive reagált, klinikailag, bonczolástaniilag, vagy tuberculininjectiora tuberculosisist lehetett kimutatni. Hogy az ellenőrzésképen végzett tuberculininjectio pozitív eredménye Pirquet vagy Calmette után a mellett bizonyít, hogy a szervezetben tuberculosis van, nem merném határozottan állítani, mert lehetséges, hogy ilyenkor a már beoltott toxinra fejlődött antigenanyagok adják a reakciót. Talán ez volt az oka, hogy hasonló eseteimben olyan meglepően heves reakciókat kaptam, valamint így magyarázható az a fentebbi eset is, midőn a tuberculininjectiora negatív Pirquet-oltás helyén minden beavatkozás nélkül papula fejlődött.

Tuberculosisos betegek az esetek bizonyos százalékában Pirquetre nem reagálnak, ezek azonban leginkább előrehaladott tüdőfolyamatok, vagy pedig gyógyultnak tekinthető folyamatok. (I. csoport b. osztály). A reactio intenzitásából a folyamat körülményeire következtetni nem igen lehet.

Összehasonlítva ugyanazon egyének Pirquet- és Calmette-reactioit, azt találjuk, hogy a Calmette-reactio sokkal kevésbé érzékeny, mert 164 oly egyén közül, kik Pirquetre nem reagáltak, 22 = 13% Calmettere nem reagált.

Megbízhatósága szintén csekélyebb, mert oly esetekben, midőn úgy Pirquet, mint a tuberculininjectio negatív volt, Calmette pozitív volt.

Érzékenységén és megbízhatóságán kívül előnye még a Pirquet-oltásnak, hogy minden egyénen bármikor végezhető, egyszerre több anyaggal is, subjective (pl. dörzsölés által) nem befolyásolható, a beoltott egyént nem veszélyezteti és végül teljesen veszélytelen, a mit a Calmette-oltásokról épen nem mondhatni, mert csak az én eseteimben is háromszor igen súlyos, ijesztő conjunctivitist kaptam, úgy hogy az illetők 3 napig munkaképtelenek voltak, s a teljes lefolyás 14 napig is eltartott.

A reakciók diagnostikai értéke, még a fentiek szerint jobb Pirquet-oltásoké is, igen csekély. Mert bár a pozitív reactio úgyszólván bizonyossággal arra mutat, hogy a szervezetben tuberculosis van jelen, sohasem lehet tudni, vajjon a kérdéses szerv folyamata, vagy valamely más inactív gócz adja-e a reakciót. Negatív reactio klinikailag tuberculosismentes szervezetben tuberculosis ellen szól, de nem bizonyító erővel. Összehasonlítva saját eredményeimet a másokéival, úgy a Pirquet-féle, mint a Calmette-

féle reactora vonatkozólag is kitűnik, hogy pozitív reactiót általában ritkábban kaptam, mint mások. Ennek felel meg az a körülmény, hogy Pirquet-féle reactiót nem gümőkórosokban kisebb számban láttam és aránylag többször hiányzott a Calmette-féle reactio gümőkórosokban is. Úgy látszik, hogy az eltérő eredmények oka az eltérő technikából származik, a nélkül azonban, hogy meg lehetne mondani, vajjon ez az eltérés a használt tuberculinak, vagy az alkalmazásmódjának különböző voltából származik-e. Ennek eldöntése további tapasztalatok alapján várható, a melyek befejeztéig az új reakciók diagnostikai értékesítése csak nagy óvatossággal lehetséges.

Irodalom: 1. *Pirquet*: Berl. klin. Wochenschrift, 1907. 20. sz. — 2. *Wolff-Eisner*: Berl. klin. Woch., 1907. 22. sz. — 3. *Calmette*: Comptes rend. de l'Acad. des Sciences, 1907. junius 17. — 4. *Citron*: Berl. klin. Woch., 1907. 33. sz. — 5. *M. Oppenheim*: Wien. klin. Woch., 1907. 32. szám. — 6. *Moro és Doganoff*: Wien. klin. Woch., 1907. 31. sz. — 7. *Pfaundler*: Münch. med. Woch., 1907. 26. sz. — 8. *Dufour*: Semaine méd., 1907. 30. sz. — 9. *H. Vallée*: Comptes ren. de l'Acad. des Sciences, 144. kötet, 22, 24. füzet. — 10. *Sicard és Descamps*: Soc. méd. des Hôpitaux de Paris, 1907. junius 22. — 11. *Comby*: Sem. méd., 1907. 31. sz. — 12. *Eppenstein*: Medizin. Klinik., 1907. 36. sz. — 13. *Hirschler*: Bpesti orvosi újság, 1907. 44. sz. — 14. *Arloing*: Sem. méd., 1907. 26. sz.

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

A gyermekágyban végzett kaparás egy következménye.¹

Irta: Bogdanovics Milos dr., tanársegéd.

A gyermekágyban végzett kaparás következményeként sok esetben találjuk leírva a méh perforatioját; hasonló műszeres méhsérülések nem is tartoznak a ritkaságok közé. Olvasunk közölve eseteket neves gynaekologusoktól is, a kiknek gyakorlatában ilyenek szintén előfordultak. Leírnak méhperforatiokat egyszerű vizsgálatkor szondával, méhszájtágításkor laminariákkal vagy fém-tágítókkal, kaparáskor curettel, vetélések befejezésekor újjal vagy abortusfogóval, méhüregöblítések alkalmával Fritsch-Bozemann-katheterrel stb., ezeken kívül egy legiojáról olvashatunk olyan eseteknek, a hol magzatelhajtás céljából eszközöltek bűnös manipulatiokat. Bizonyára a közölteken kívül még sok esetben fordult elő méhsérülés, csak hogy azok vagy nem jöttek a nyilvánosságra, vagy nem is jutottak az orvos tudomására, mivel nem keletkezett a nyomukban fertőzés és ekként nem okoztak semmiféle tünetet.

A sérülések ritkán jönnek létre normális méhen, bizonyos átalakuláson kell a méh izomzatának keresztülmenni, valami praedispositionnak kell a szövetében lenni, hogy a perforatio létrejöhön. Különösen kedvezőek a viszonyok puerperális és inficiált méhben, hol az összes szövetek puhák, lágyak, kiváltképen pedig molaterhességben és chorioepithelioma malignumban, hol a folyamat belemarja magát a méh szövetébe és azt mintegy elroncsolja. Hasonló viszonyokat teremtenek újképleték, mint carcinoma, sarkoma, széteső myoma, valamint a méh szövetének egyéb kóros elváltozásai, így például a Kentmann-által leírt myometritis oedematosa; sőt némelyek tapasztalatai szerint a menstruatio előtti időben is már könnyen sérthető a méh. Az általános megbetegedések közül az anaemia, tuberculosis és szívbetegségek azok a betegségek, melyek a méhben olyan táplálkozási zavarokat idézhetnek elő, melynél fogva fala törékeny lesz. Különös gonddal figyelendő meg azon esetek, hol a méh fala előző és hibásan eszközölt kaparás alkalmával mélyebben sérült. Ilyenkor az anamnesis és a kaparás után keletkező erősebb vérzés nyújt némi támpontot és ad okot a sérülés feltételezésére.

Ha valamikor kaparunk és megesik velünk, hogy a méhet átböktük, tulajdonképen a perforatio maga még nem végzetes esemény; nagyobb hiba, ha a sérülést nem vettük észre és tovább dolgozunk a méh üregében, vagy épen a has üregében és épen végzetes lehet az, ha utólag öblögetünk és edző folyadékokat

¹ Előadatott a budapesti kir. orvosegyesület gynaekologiai szakosztályának 1907 október 27.-én tartott ülésén.

fecskendezünk be a has üregébe. A perforatio felismerése könnyű, ha kombinált vizsgálat és szondázás által előre tájékozódunk a méh helyzetéről és nagyságáról. A mikor a műszer minden ellenállás nélkül magasabbra halad fel, mint a mekkorára mértük a méhüreg hosszát, azonnal perforatoria kell gondolnunk. Diagnózisunkat megerősíti, ha a has üregében, közvetlenül a has bőre alatt tapintjuk a műszer hegyét. A szonda végét néha oldalról találjuk, ilyenkor, ha a fejlődésben előfordulni szokott rendelleneségeket kizárhatjuk, feltehető az is, hogy a tubába jutottunk. Tussenbrock, Kossman stb. azt is felveszik, hogy a méh izomzata vizsgálat vagy még inkább kürtetés alkalmával a cervixet, illetőleg a belső méhszájat érő inger folytán részlegesen elernyed, relaxálódik; azonban ez az állítás inkább csak elméleti okoskodás, a gyakorlatban mi például ilyen partiális atoniákat sohasem láttunk, lehetséges ugyan az is, hogy azért nem, mert mi közönséges kaparásért sohasem tágitunk.

A prognózis és therapia szempontjából lényeges különbség az, hogy a perforatio complet-e vagy incomplet. Az utóbbi esetben tudniillik a műszer csak subperitoneálisan halad felfelé és ezért ritkán okoz súlyosabb tüneteket; veszedelmesebb következménye egy bekövetkező terhesség alkalmával mégis lehet, a midőn vagy az történik, hogy a növekedő pete szétfeszíti az uterus hegét és rupturát hoz létre, vagy pedig a terhesség eléri ugyan a végét, de a szülőkészek között megszakad a heg és méhrepedés keletkezik összes következményeivel. A complet perforatiók terapiája a sérülés nagysága, a netaláni infectio és a vérzés foka szerint változik. Asepsises esetben, kicsiny sérüléskor conservative kell eljárunk, figyeljük meg a jégtömlő alatt nyugodtan fektetett beteget, kísérjük éber figyelemmel mindenesetre a pulzust, mely jelezni fogja a belső vérzést. Az inficiált esetekben keletkezhet lokális peritonitis, ezt természetesen csak symptomatice és antiphlogistica kezeljük, vagy kifejlődhet acut sepsises peritonitis, mely esetben az inficiált szervet ki kellene irtani, tehát akár abdominális, akár vaginális úton hysterectomia a therapia, a hasüreg levezető drainézisével kiegészítve. A hol a perforatoria a méh valamely újképlete, például carcinoma, chorioepithelioma stb. adta az alkalmat, ott a sérülés után közvetlenül végezendő a totális kiirtás.

A mint az elmondottakból látható, a gynaekologus praxisban oly mindennapos méhkaparás nem egészen közömbös művi eljárás és kiváltképen ott járhat a perforatio veszélyével, hol a méh fala valamiképen praedisponált, tehát leginkább a puerperalis folyamatokban. Stumpf az újabb irodalomból 175 méhperforatioesetet állított össze, a melyekből 71 (40,6%) esik abortusban vagy gyermekágyban végzett kaparásokra (Winckel, Handbuch III. 3.). Köztudomású, hogy manapság a kürtet sokan alkalmazzák a puerperiumban és pedig sok esetben szükségtelenül. Vetélésekben a decidua vagy placenta maradványait kürettel hozzák ki ott is, a hol a tapintó ujjal biztosan lehetne tájékozódni és ily módon óvni a méh falát, a mely terhes állapotban különösen szakadékony, inficiált állapotban pedig épen málékony, törékeny és foszlik. Az ilyen méhet kürettel észrevétlenül át-bökhettjük és a szerencsétlenséget csak arról vesszük észre, hogy az eszköz nyele szokatlanul magasan felhalad a szülöcsatornába. Gyermekegyi vérzések esetén is sokan kaparnak, sőt a francziák lázas esetekben kürettel takarítják ki a puerperális méhet. Ilyenkor nemcsak a perforatio veszélye fenyeget, hanem megsérül és le lesz kaparva a már regenerálódó méh nyálkahártyája, sőt sérülnek a mélyebb izomrétegek is; a placenta tapadási helyének vérrégei elroncsoltatván, újabb vérzés indulhat meg, de meg a megnyílt véregek útján új kapu nyílhat fertőző csírák bejutására és towaterjedésére.

Ezek előrebocsátása után én is ismertetek egy tanulságos esetet, a melyben az I. számú női klinikán 1907. évi szeptember 21-én egyszerű és figyelmes eurtetés ellenére a méh falának átfúrását láttuk. Az eset a következő:

B. Bernátné, 26 éves, földmives neje. 5 év alatt négyszer szült, utoljára 3 hó előtt. Ezen utolsó szülésekor a baba felnyúlt a méhébe s úgy vette el a lepényt, ekkor állítólag a méhből is kitépett valamit. Vérzései ezidőtől fogva állandóan voltak, a miért is a gyermekágy harmadik hetében méhkaparást végeztek rajta. Vérzései a kaparás után sem szüntek meg, sőt néha fokozottabbak

is voltak, különösen ha járkált. Felvételtkor azt találjuk, hogy a portio alig $\frac{1}{2}$ cm., a méhszáj ujjnyi harántrés, a méhtest rendszerint alig nagyobb, anteflectált, retrovertált, a hátulsó parametriumban feszes, nem érzékeny kötegek tapinthatók. A méhszáj körül erosio. Nyálkás genyes folyás. Endometritis catarrhalist veszünk fel. Szeptember 21-én kürtetünk. A külső genitáliák és a hüvely szokásos lemosása, desiniciálása után szondázunk a méhet, mely 7 cm. hosszúnak bizonyul. Óvatosan kaparva mérsékelt vérzés kíséretében igen kevés nyálkahártyaezafatot kapunk. Most a méhüreget ki akarjuk öblíteni, hogy a lekaptart ezafatokat kihozzuk, ekkor a felvezetett Fritsch-katheter bal irányban hirtelen felszalad ellenállás nélkül, mintha a szabad hasürbe hatolt volna. Rögtön visszahúzza a Fritsch-et, bevezetjük a méhszondát, mely mélyen felhalad s hegye 3 harántujjnyira a symphysis felett tapintható közvetlenül a has bőre alatt. Nyilvánvaló volt tehát, hogy az uterus perforálva van. A hüvelyt steril vízzel kiöblítettük, jodoformgazezal tamponáltuk, az asszonyt jégtömlő alatt nyugodtan fektettük. Pulsus 80, collapsus tünetei nincsenek. Sem a műtét napján, sem a következő napokon a hő nem emelkedik, a pulsus nem szaporább 84-nél. Két heti észlelés után az asszony elhagyja a klinikát. Hat hét múltán vizsgálatra jelentkezik, midőn a kicsiny méhben és környezetében semmiféle elváltozást vagy resistenciát nem találunk.

Ezen esetben valószínű, sőt majdnem bizonyos, hogy a méh fala az előrement kaparás alkalmával sérült meg és vagy már akkor incomplet perforatio keletkezett, vagy a méh fala a tubáris sarokban talán erősebben is eszközölt kaparás folytán annyira elvékonyodott, hogy már a legenyhébb és óvatos újabb kaparás is átkoptatta. A perforatio bizonyára incomplet volt s a szonda baloldalt a peritoneum lemezei között a tubáris sarokból haladt felfelé. A tisztán eszközölt műtétnek semmiféle súlyosabb következménye nem volt, az öblítő sublimat sem okozott mérgezés-tüneteket, épen ebből következtetjük, hogy a repedés nem volt a hashártyán is áthatoló. Esetünk mindenképen bizonyítja a gyermekágyban végzett kaparásnak és következményeinek veszedelmességét és óva int annak eszközölésétől a mindennapi gyakorlatban; de intő példa arra is, mennyire kell ügyelnünk, ha az anamnesisből megtudjuk azt, hogy előbb a gyermekágyban kaparták-e már a méhet.

Észrevételek a Székely-féle tej kritikájához.

Irta: Székely Salamon kir. fővegysz.

Az „Orvosi Hetilap“ 1907. évfolyamának utolsó számában olvastam Flesch Ármán dr.-nak a budapesti Orvosegyesületben tartott előadását „A mesterséges táplálás kérdésének jelen állásáról“, melylyel kapcsolatban a vita folyamán a Székely-féle tej is szóba került. Az Orvosegyesületben történetéről kissé késve, e lap révén szereztem tudomást; legyen szabad ezekhez néhány észrevételemet ez úton megtenni, egyrészt azért, mert a nevemet viselő készítményről van szó, másrészt pedig azért is, mert az ügynek kívánok szolgálni, a midőn a kérdéshez saját szempontomból hozzászólok.

Mint vegyész, a ki évek óta foglalkozom e kérdés gyakorlati megoldásával, figyelemmel kísérem a bel- és külföldi orvosi és vegyész közleményeket, melyek e tárgyra vonatkoznak és bevallom, bár magam is elméleti alapon állok, hogy nagyon is átérzem, mennyire igaza van Deutsch Ernő dr.-nak, a midőn rámutat az orvostudományi elméletek ingatag voltára. A vegyész, a mikor a szóban forgó kérdéssel foglalkozik, az orvosi tudomány szolgálatában áll és az orvosok igényeit iparkodik technikai tudása segítségével megvalósítani; de nehéz oly gazdát szolgálni, a ki maga sincs tisztában azzal, hogy mit akar, és azt, a mit ma jónak tart, holnap elveti, majd előveszi ismét a shtuból. Ez a körülmény az oka, hogy évek óta az újabb és újabb orvosi elméleteknek megfelelően újabb és újabb gyermekek keletkeznek, melyek mindegyike egy ideig mint az orvosi követelményeknek megfelelő szerepel s rövid idő múlva mint teljesen elavult, lekerül a napirendről.

A Székely-féle gyermekek immáron 8 év óta van forgalomban, mi sem természetesebb tehát, hogy előáll egy orvos, ez

esetben Berend Miklós magántanár s talán még mások is és követelik letűnését, mert nem felel meg a mai orvosi elmélet követelményeinek.

Mielőtt Berend magántanárnak válaszolnék, legyen szabad az orvos uraknak eljárásomra vonatkozólag egy felvilágosítással szolgálnom. Gyakran tapasztaltam, hogy az orvosok gyermekek-készítési eljárásomat illetőleg téves nézetben vannak, mert azt egy kategóriába sorozzák más gyermekek-készítési eljárásokkal (mint pl. Biedert, Gärtner, Backhaus s. m. eff.), pedig nagyon lényeges a különbség. Ezek a gyermekek-feltalálók mind orvosok voltak, a kik saját orvosi praxisuk alapján figyelembe véve az akkori általános orvosi nézeteket, előírást adtak, mely szerint a tehéntejből, közismert műveletek segítségével, a csecsemő táplálására alkalmas gyermekeket lehet előállítani. Technikai találmány ezekben az eljárásokban nem volt, csak a recept volt mindig új. Biedertnél új volt, hogy előbb lefőltözte a tejet, azután hígította vízzel, Gärtner találmányában pedig az az új, hogy előbb hígítja a tejet vízzel, azután fölőzi le.

Az én eljárásom egy technikailag új találmányon alapszik, melynek segítségével a tejet suspendált és oldott alkotórészeire lehet felbontani a nélkül, hogy a tej alkotórészei qualitativ változást szenvednének.

Eljárásom célja az, hogy a tejet főbb alkotórészeire előbb szétbontva, az alkotórészeket tetszésszerű arányban lehessen ismét összekeverni és így a tehéntejből a nőtejhez hasonló vagy más tetszésszerű összetételű tejet előállítani. A mikor felfedeztem a szénsavnak azt a tulajdonságát, hogy nyomás alatt a tej caseinjét kicsapja és tanulmányaim meggyőztek arról, hogy a szénsav a tej alkotórészeire vegyi hatást nem gyakorol s mint gáz a tejből nyomtalanul eltávozik, felkerestem fővárosunk gyermek-kórházainak főorvosait, előadtam nekik találmányomat és az ő útbaigazításuk alapján készítettem egy a nőtejhez hasonló összetételű gyermekeket, a melylyel annak idején (10 év előtt) az összes gyermek-kórházakban hosszabb időn át tápláltak csecsemőket és csak a mikor eljárásom az orvosok által jónak találtatott, ajánlottam fel a Központi tejesarnoknak gyakorlati keresztlívvel végett. A Székely-féle tej akkor sem az én receptem szerint készült és ma sem készül a szerint. Nem is egy orvos előírása szerint készült az, hanem az általános orvosi igényeknek megfelelőleg állapítottatott meg annak idején, hogy egy normális anyatejhez hasonló összetételű tejtípus lesz a legmegfelelőbb; ezt nem én mondtam, hanem ennek helyességét én csak beláttam. Az én eljárásom a tej szétbontásában áll, annak összetételét az orvosok irták elő.

Kezdetben a Központi tejesarnok sterilizálta a Székely-féle tejet, mert az orvosok megkövetelték, hogy a gyermekek steril legyen, később az orvosok azt találták, hogy a sterilizált tej bizonyos betegségek okozója és nyers tejet kívántak, ekkor a tejesarnok abbahagyta a sterilizálást. Tehette eljárásom mellett azért, mert a szénsavval való separáláskor a bakteriumok mechanikus úton lesznek eltávolítva a savból és csak a hozzákeverendő tejszint kellett melegítés által a bakteriumoktól megszabadítani, míg a savó nyersen is steril volt és így az oldható fehérje, valamint a fermentumok is legnagyobb részben ép állapotban lettek megtartva; ha ma az orvosok újból a sterilizálást tartják czél-szerűnek, akkor a tejesarnok ismét sterilizálni fogja a tejet.

Ezek előrebocsátásával csak azt akartam jelezni, hogy nem tekintem ellenem vagy eljárásom elleni támadásnak, ha egy orvos azt mondja, hogy a Székely-tej összetételének elméleti alapja nem helyes. Ha Berend tanár felszólalásából az Orvosegyesületben azt a meggyőződést merítettem volna, hogy a Székely-tej összetétele nem felel meg a mai orvosi elveknek, akkor hálásan fogadtam volna útbaigazításait és törekedtem volna a hibát jóvá tenni. Ámde ellenvetéseit nemcsak hogy jogosnak nem ismerhetem el, hanem sajnálattal vettem észre, hogy Berend dr. eljárásomat nem is ismeri. Felszólalásában a Székely-tejet azok közé a gyermekek közé sorozza, a melyekben a casein zsírral lesz pótolva, míg legújabbán megjelent könyvében abba a csoportba van sorozva, a melyekben a casein részben lactalbumin, peptonok, albuminokot hozzápótlása által lesz helyettesítve; holott a Székely-tejre sem az egyik, sem a másik eset nem áll.

Az Orvosegyesületben Berend magántanár a következőket

mondta: „Mert eredeti létjogukat (t. i. a Székely-, Gärtner-tej) az az elmélet adta meg, hogy a tehéntejben a casein az ártalmas anyag, ezért hígítani kell s a casein által előidézett hiányt zsírral pótolni.“

Ez a Székely-féle teje nézve nem áll: 1. mert egyáltalán nem lesz hígítva, 2. mert a casein egy része nem azért lesz eltávolítva, mert a caseint ártalmas anyagnak tartjuk, hanem azért, mert a tehéntejben több a casein, mint a nőtejben és csak a többletet távolítjuk el, 3. mert a casein nem lesz zsírral pótolva, hanem ellenkezőleg a tehéntej zsírtartalmát, mely eredetileg 3·6—3·9%, csökkentjük, mert a Székely-tej zsírtartalma azelőtt 3·3—3·5% volt, jelenleg pedig csak 3·0—3·3% és csakis 2% tejezükrot adunk a gyermekekhez, mert ennyivel több a nőtej cukortartalma, mint a tehéntejé. Ennélfogva nem áll Berend következő conclusioja sem: „Mint hogy a Székely-tej caseinszegény és zsírdús készítmény, egyszerűen konstatalem, hogy a bebizonyított tényekkel teljesen homlokegyenest ellenkezőleg csökkentve van benne az ártalmatlan és növelve a directe ártalmas tápanyag.“

Mint vegyész nem akarok orvossal azon vitatkozni, vajjon a zsír directe ártalmas anyag-e, de ha valóban így állna a dolog és a tehéntej caseintöbblete nem volna hátrányos (a minek épen ellenkezőjét olvasom Berend dr. legújabb könyvének 53. oldalán), akkor nem volna értelme a tej hígításának, mert ezáltal a casein a zsírral egyenlő arányban lesz csökkentve és az ártalmas zsír jelentékeny része mégis megmarad a tejben, holott egyszerű lefőltözés által az ártalmas zsírt tökéletesen el lehetne távolítani, a caseint pedig érintetlenül meghagyni.

Az anyatejben is van zsír, melynek mennyisége ugyanazon határok között ingadozik, mint a tehéntejé. Ez is ártalmas anyag? A választ erre igen helyesen adja meg Berend könyvének 43. oldalán: „Egyik csecsemő 4·5% zsírtartalom mellett is jól fejlődik, a másik már 3%-nál szappanszékletet üríthet.“

A kérdés illusztrálására két esetet legyen szabad felemlítenem, a melyekben a zsír csakugyan ártalmasnak bizonyult. Az egyik eset a saját gyermekemre vonatkozik. Bár feleségem kellő időközökben szoptatta, a gyermek állandóan emésztési zavarokban szenvedett, mely zavarokat az orvosok az anyatejnek tudták be. Az anyatejet megvizsgáltam; összetétele következő volt:

zsír	3·40%
casein-albumin	1·15%
czukor	5·10%
sók	0·45%

Mint hogy a baj nem szűnt meg, a második hét végén anyatej mellett fokozatosan emelkedő mennyiségű Székely-tejet adtam a csecsemőnek és a negyedik hét végén, mivel az anyatej elapadt, egészen áttértem a mesterséges táplálásra. A Székely-tej, melyet a csecsemő kapott, a következő összetételű volt:

zsír	3·40%
casein-albumin	1·7%
czukor	6·5%
sók	0·6%

Mint hogy az emésztési zavarok nem szűntek meg, két ízben vizsgáltam meg a csecsemő bélsarát s abban sok zsírsavat (szappan) találtam (19·8% és 16·1%), a N is kissé sok volt (3·9 és 3·6%). Ezen észleletek alapján csökkentettem a tej zsírtartalmát. A Székely-tej, a melyet ezután kapott a csecsemő, 1·0% zsírt és 1·5% fehérjét (casein + albumin) tartalmazott; a cukor és a sók mennyisége változatlan maradt. Az emésztési zavarok rögtön alábbhagytak. Később a tej zsírtartalmát fokozni kezdtem; 1·2%-ra minden baj nélkül mentünk fel; de a mikor 1·5%-ra emelkedett a tej zsírtartalma, újabb visszaesés következett be, a mely 1·2% zsírtartalmú tej mellett ismét visszafejlődött. Három hónapos korában úgy látszott, hogy a zsír fokozását bírja s lassanként 2% zsírtartalomig mentünk fel, de ekkor ismét erős reactio állt be, a melyhez még meghülés is hozzájárult, úgy hogy 4 hétig súlyban nem gyarapodott; de azután soványabb tej mellett ismét rendbe jött. Hét hónapos koráig azután minden baj nélkül kizárólag 1·2% zsírtartalmú

Székely-féle gyermektejtel tápláltuk, azon túl már levest is kapott darával és zöldfőzeléket is. Súlygyarapodása a következő volt:

Születésekor	1905 november 4.-én	2·8 kgm.
"	november 18.-án	3·0 "
"	december 4.-én	3·5 "
1906 január	6.-án	4·2 "
"	február 3.-án	5·0 "
"	márczius 4.-én	5·1 "
"	április 1.-én	5·8 "
"	május 4.-én	6·55 "
"	június 3.-án	7·20 "
"	november 4.-én	11·0 "

Most a gyermek két éves, 20 foga van, normális erős gyermek, egy kilométert könnyű szerrel gyalogol, súlya 15 kgm.

A másik eset, a melyet fel akarok említeni, H. barátom esete, melyet Berend tanár is ismer, mert a gyermeket kezelte. H. hivatalbeli kollégám hallván, hogy gyermekem mely észleleteket tettem, mivel az ő gyermeke is folytonos emésztési bajokban szenvedett, ő is megvizsgálta gyermekének bélsarát s azt találta, hogy a dajka által táplált gyermeke a zsírt még rosszabbul emésztí mint az enyém. Kérésére azután neki is küldtem 1·2% zsírtartalmú Székely-tejet, a mely mellett a bajok megszűntek. Később ez esetben is fokoztuk a zsírtartalmat a nélkül, hogy reactiót vettünk volna észre, felmentünk 2·2%ig. Barátom panaszkodott, hogy a gyermeknek gyenge láza van, de ezt influenzának tulajdonította az orvos, végre azonban rájött, hogy a bajt ismét a zsír okozta.

Ugyanabban az időben más ismerős családokban a rendes 3·3—3·4% zsírtartalmú Székely-tejtel minden baj nélkül nevelték fel a csecsemőket. Példaként említem fel mint kitűnően észlelt és leírt esetet Tangl Ferencz egyetemi tanár gyermekének fejlődésmentét normális Székely-féle gyermektej mellett, melyet Szontagh Félix tanár (Orvosi Archivum) és Tangl tanár (Archiv f. d. ges. Physiologie) ismertettek.

Ezekből az esetekből azt a következtetést vélem levonhatni, hogy vannak csecsemők, a kik a zsírt bizonyos mennyiségben túl nem tudják megemészteni és akkor ez a többlet lesz az ártalom, de ez vonatkozik nemcsak a tehéntejre, hanem az anyatejre is.

Mindezeket nem azért hoztam fel, mintha az individualizáló rendszer indokolatlanságát akarnám bizonyítani. Ez már azért is ki van zárva, mert magam is meg vagyok arról győződve, hogy a legnagyobb haladás, a mit a mesterséges táplálás terén elérni lehet, az, hogy minden csecsemőnek a neki leginkább megfelelő táplálék adassék. Ezen belátás indított engem már régebben arra, hogy a Központi tejesarnoknak azt a javaslatot tegyem, hogy megtartva az eddigi normális anyatejhez hasonló összetételű gyermektejet, a mely sok évi tapasztalatok szerint normális csecsemőnek megfelel, rendezkedjék be arra is, hogy az orvosok kívánságára más előírás szerinti gyermektejet is készíthessen. A mint az említett vállalat igazgatójától hallottam, ezen kérdésben a Központi tejesarnok több neves gyermekorvost, köztük Berend dr.-t is, megkeresett és biztató kijelentéseket nyert s így remélhetőleg rövid időn belül meg is fogja valósítani.

Nagyon meglepett Berend dr. azon kijelentése, hogy kívánatosnak tartja ugyan a tej asepsises nyerését, de nem abban látja a megoldást. A mennyire én az orvosi irodalmat figyelemmel kísérem, azt látom, hogy az orvosi nézetek abban egyeznek leginkább, hogy a mesterséges táplálás alapja minden körülmények között az aseptikusan nyert tej. És én ebben látom az úgynevezett Eiserner Bestand-ot. Az igaz, hogy az aseptikusan nyert tej magában még nem biztosítja, hogy a csecsemő azt meg is bírja emészteni, de az olyan tejből, a mely származásánál fogva nem kifogástalan, semmiféle művelet útján sem lehet megbízható jó gyermektejet nyerni. Az orvosi értelemben vett asepsises tej termelése gyakorlatilag alig vihető keresztül; de a mennyire kivihető is, annak teljesítése a gazdaság részéről óriási áldozatokat igényel. Nálunk a szarvasmarha 40—60%-a gümőkóros; ezek kimustrálása és az állomány folytonos ellenőrzése nagy áldozattal jár; e mellett kevés istálló felel meg a higiénie követelményeinek s ilyen istálló építése igen sokba kerül, végre a tej aseptikus kezelése is megdrágítja a termelést.

Külföldön az olyan tejet, a melynek termelésekor a higiénie követelményei lehetőleg betartottak, a rendes tej 2—3-szoros áráért adják el. A Központi tejesarnoknál hivatkozással arra, hogy az orvosok a tej asepsises nyerését a gyermektej készítése elengedhetlen alapfeltételének tartják, kieszközöltem, hogy a gyermektej készítésére József főherceg alsuti uradalmának tejét használják fel. A főhercegi uradalom a tej nyerésekor a higiénie követelményeinek lehető legjobban megfelel. A tehénistálló világos, szellős, csatornázott és betonnal van burkolva; az etető jászlak cmentből vannak és vízvezeték szolgál leöblítésükre s minden állatnak külön itatóedénye van. Az egész tehénállomány állandó állatorvosi felügyelet alatt áll; minden tehén évente kétszer be lesz oltva tuberculinnal és a reagálókat kimustrálják; az újonnan beszerzett tehének egy hónapig külön megfigyelő istállóban tartatnak és csak ha egészségesnek bizonyulnak, állítatnak be rendes fejésre. A fejő személyzet orvosi felügyelet alatt áll stb. Ezen körülmények megteremtése nagy áldozatokat igényel, a melyeknek meghozatalát indokolja az az erős meggyőződés, hogy bármiképpen is változzanak is egyébként az orvosi elméletek a mesterséges táplálékra vonatkozólag, ez az alap, tudniillik az asepsises tej nyerésének megkövetelése, mindenkor meg fog maradni.

Az idült haladó nagyothallás és modern gyógykezelése.

Irta: Udvarhelyi Károly dr. műtő, fülorvos.

(Vége.)

A chronikus progressiv nagyothallás *therapiája*, a mennyiben a nyálkahártya elváltozásával szemben egyelőre majdnem tehetetlenek vagyunk, csupán arra szorítkozik, hogy a hallócsontocskák megmereedségét eloszlassuk, fixáltatásukat megakadályozzuk vagy fixált állapotukból megszabadítsuk s így a hangvezetésre alkalmassá tegyük. Ezen célunkat különféle mechanikai eszközökkel, esetleg kis műtétekkel érhetjük el. Ennek módszerei a legújabb időben nagy átalakuláson mentek keresztül. Az eddig használatos légbefúvások — melyeket főként katheterrel eszközünk — a milyen hatásosak és nélkülözhetetlenek pl. a genuin catarrhusokban, épen oly hatástalanok, sőt szárító hatásuknál fogva esetleg ártalmasak a chronikus progressiv nagyothallásban; mert ha a befúvással a fixált kalapácsot kifelé mozgatjuk is, ezen mozgás, a kalapács és álló között levő izület sajátságos fogas szerkezeténél fogva, a többi hallócsontocskára nem, vagy igen kis mértékben tevődik át, s így a kengyel és álló izülete immobil marad. Ezen hibát kiküszöbölendő szerkesztette *Delstanche* az ő pneumo-massage-készülékét, a mely a külső hallójáratba bevezetve, abban felváltva légritkulást és légsűrűsödést hoz létre, melynek megfelelőleg a dobhártya s vele a kalapácsnyél is kifelé húzódik, illetve befelé nyomatik. Ezen készülékben azonban, mint *Lucae* kimutatta, túlsúlyban van a szívóhatás, mely miatt a kalapács is inkább kifelé mozog, így a hatásában nem áll sokkal a légbefúvások felett. A helyes út és mód megtalálásának az érdeme *Lucae* nevéhez fűződik, a kinek a vibrációs masszálásra szerkesztett rugós szondájával a kalapács nyelét közvetlenül vagyunk képesek befelé, tehát azon irányban mozgatni, mely irányban a mozgás áttevéődik a többi csontocskára is, s ezzel azoknak merevsége az ebből származott hátrányokkal együtt mintegy varázsütésre eltűnik ott, a hol még a csontosodások vagy szívós álszalagok azt lehetetlenné nem teszik. Egyedüli hátránya ezen áldásos eszköz használatának az, hogy a masszálás pillanatában kissé fájdalmas és ezért nem talált általános elterjedésre; bár könnyű, ügyes kéz és nagy gyakorlat ezen fájdalmat is a minimumra redukálja. Épen ezen oknál fogva igen ideges és érzékeny egyéneknek csak előzetes cocainérzéstelenítés mellett használható. A rugós szonda alkalmazása különben csak ott lehetséges, hol a hallójárat elég tág ahhoz, hogy a szondának a kalapács kis nyúlványára való pontos ráillesztését látásunk ellenőrzése mellett eszközölhessük. A hol ez nem lehetséges, ilyen egyének számára szintén *Lucae* a *Delstanche*-féle pozitív és negatív nyomású légmasszázó készüléket úgy módosította, hogy az a dob-

hártyára csakis pozitív lökések ad, így az a kalapácsnyéllel együtt csak befelé nyomatik minden lökésnél; a hallójáratba nyomott sűrített levegőt pedig nem a szivattyú ritkítja meg, hanem az addig, míg a szivattyú kívülről levegőt szív magába, más nyíláson át távozik a fülből. Nagyobb hatást elérendő, ezen levegőlökéseket a dobhártyáig terjedő vízszlopra lehet áttenni, egy a vizet tartalmazó cső végén levő ruganyos hártya közvetítésével. Ezen pozitív nyomású lég- és vízmassage-zsal, a rugós szondához hasonló, bár gyengébb hatást lehet elérni.

A pozitív-negatív nyomású pneumatikus massage a dobhártyazavarosodásokban, megvastagodásokban, behúzóadásokban, szóval a catarrhalis és adhaesiv alakokban még elég jól használható, de már contraindikált a dobhártyaatrophiákban és igen vékony hegeseésekben. A csak pozitív nyomású pneumo- vagy vízmassage főképp a sclerosisos, vagyis épnek látszó dobhártyán javalt leginkább; a vízmassage azonban a legkisebb perforatio jelenlétében is contraindikált. A nyomószonda használata mindenkor ajánlatos ott, ahol a hallócsontocskák merevsége kimutatható, vagy annak a gyanúja áll fenn. Hatása abban nyilvánul, hogy a kalapácsnyelet és ezzel az összes hallócsontláncolatot befelé, a fiziologiás irányban mozgatja, ezáltal, a mellett, hogy a csontok izületei mozgékonyabbá válnak, a tensor tympani erőteljesebb összehúzóadásra ingereltetik, a mi által viszont a dobhártya erőteljesebben feszül meg, minél fogva az egész hangvezető készülék a működésre képesebbé válik.

A vibrációs massage bármelyik alakjának a használatában irányadó az, hogy az első egypár ülés után keletkezik-e javulás vagy sem. Ha javulás konstataálható az első néhány ülésre, akkor van kilátás a jó eredményre; ezen esetben legalább 4—6 hétig kell a kezelést folytatni és pedig ajánlatos, hogy hol az egyik, hol a másik módszert felváltva használjuk. Ha azonban már a kezelés elején sem konstataálható javulás, akkor nincs is rá kilátás.

A mi a chronikus progressív nagyothallással nagyon gyakran együttjáró subjectív zörejeket illeti, azok sokszor a vibrációs massagera megszűnnek, de néha erre sem, hanem csak az *Urban-schitsch*-féle ú. n. frictiós tubamassagera szűnnek meg. Ez abban áll, hogy a tubába óvatosan bevezetett bougie a kéznek gyors és rövid mozgásaival 100—200-szor mozgattatik a tubában ide-oda. Úgy *Urban-schitsch* mint *A. Thost* a tuba bougiezásától jó hatást láttak, akár van tubaszűkület, akár nincs. A subjectív zörejek elég gyakran bármilyen kezeléssel daczolnak. Sokszor a brompraeparatumok vagy altatószerek (isopral, veronal) hoznak némi enyhülést. Mászor pár csepp novocaint katheteren át a dobüregbe befúva enyhíthetjük a beteg kellemetlenségeit.

A dobhártya- és kalapácsnyélodanövéseket, vagy a csontocskákat fixáló álszalagokat, melyek, a mellett, hogy a hangvezetést akadályozzák, sokszor igen kínos subjectív zörejeknek is az okai, intratympanumos kis operatiók vannak hivatva elmulasztani. Ma már ezen operatiók mindinkább háttérbe szorulnak, mert ritkán állandó az általuk elért jó eredmény. Egyes szoroson indikált esetben azonban végrehajthatók a legjobb eredmény kilátásával is.

Az általános hatású gyógyszereknek ezen bántalomban ma még nagyon alárendelt szerepük van. Az antilueses kúra pl. még olyan esetben sem javít semmit az állapotban, a hol annak okául luest kell felvenni. Még a *thiosinamin* említhető olyannak, melytől heghpühítő hatásánál fogva a mechanikai kezeléssel összekötve jó eredményt várhatunk.

Részint a budapesti egyetemi II. sz. sebklínika nagy anyagából, részint magángyakorlatomból három olyan eset jutott észlelésem és kezelése alá, melyek hivatva vannak főleg *Lucae* professornak a fentebbiekben ismertett tapasztalatait és nézeteit megerősíteni. Eseteim a következők:

1. eset. *R. R.* 39 éves, postamesternő. Jelentkezett 1907 május 20.-án. Körülbelül 10 év óta romlik lassanként a hallása, különösen 3 év óta annyira, hogy a felekkel való érintkezése sokszor nagyon nehezeze esik. Anyja nagyott hall. 15 év előtt férjétől luest szerzett, ebből azonban annyira kigyógyult, hogy azóta több egészséges gyermeket szült. Fülzúgása nincs, nem is volt. Utczai zajban és utazás közben sokkal jobban hall. Mindkét dobhártyája szürkés, fénytelen, megvastagodott. Pneumatikus vizsgálatkor úgy a dobhártya, mint a kalapács gyengén mozog. Az orrjáratok annyira szűkek, hogy a katheter alig vezet-

hető be. A tubák átjárhatók. Hangvillavizsgálat, régi mód: *Weber* közepén, *Rinné* mindkét oldalt negatív, csontvezetés megnyült.

Lucae-féle újabb vizsgálati módszer szerint vizsgálva: $\frac{c}{cs.} j. = \frac{22''}{18''}, b. = \frac{24''}{18''}; \frac{c}{L.} j. = \frac{12''}{50''}, b. = \frac{17''}{50''}; c_4 j. = \frac{30''}{60''}, b. = \frac{25''}{60''}$. Hallás a sűgó beszédre nézve: $j. = 0.95$ m. (42—49.) $b. = 1.20$ m. (12. 19. Debreczen.) Katheterrel való befúvás után $j. = 1.10$ m., $b. = 1.50$ m., nyomószondakezelésre: $j. = 1.80$ m., $b. = 2.50$ m.-re javult, bár a túlérzékeny nő a nyomószondakezelést csak rövid ideig tűrte. Május 21. A hangskála hallásának a zongora billentyűinek igen gyenge megütésével való vizsgálatkor az alsó két oktáva hangjait nem hallja, a többit igen. Therapia: harmadnaponkénti vibrációs massage; belsőleg *iodone Robin*, 3-szor naponta 5—20 csepp. 1907 június 1. A cocainozás ellenére sem tűri a nyomószondakezelést, ezért csak a légmassaget alkalmazhatjuk harmadnaponként, de csak június 10.-éig. 1907 augusztus 10. Két hónapi elmaradása után, mivel a hallása romlott, újra jelentkezik, most a nyomószondakezelést, habár egy-egy ülés alatt csak rövid ideig, de mégis elég jól tűri. 1907 szeptember 8. A felváltva alkalmazott nyomószonda- és légmassagetkezelésre a hallás $j. = 2.50$ m., $b. = 3.0$ m.-re javult. Most a felekkel való érintkezésben semmit sem akadályozza a hallása; az ébresztő órájának a ketyegését, melyet évek óta nem hallott, most már jól hallja. Sajnos, hogy elfoglaltsága a további kezelést egyelőre nem engedi meg.

Ezen esetem tanulsága abban rejlik, hogy itt a *Bezold*-féle trias kifejezetten jelen lévén, a kengyel lapjának a csontos odanövését kellett felvenni, sőt mivel *paracusis Villisii* is volt jelen, még a *Toynbee* felfogása is igazoltnak látszott s ennek ellenére a bár hiányosan kivihető nyomószondakezelésre jelentékenynek mondható javulás volt elérhető, tehát a kengyel mégsem volt csontosan fixálva.

2. eset. *G. L.* 58 éves, takarékpénztári tisztviselő. Jelentkezett 1907 szeptember 20. Két év előtt véletlenül észrevette, hogy a bal fülére rosszul hall. Azóta tapasztalta, hogy ezen a fülén hallása progressív módon romlik. Fájdalmat vagy subjectív zörejeket sohasem észlelt. Füllfolyása nem volt. Családjában tudtával nagyothalló nem volt. Gyenge szervezetű, gyomorhajos egyén. Dobhártyája mindkét oldalt ép, baloldalt kissé megvastagodott. Pneumatikus vizsgálatkor a bal kalapácsnyél hiányosan mozog. A katheter baloldalt egy kiemelkedő orrseptum-spina miatt nehezen vezethető be. A tuba elég jól átjárható. *Weber jobbra* lateralizál; *Rinne* mindkét oldalt pozitív. Hangvillavizsgálat: $\frac{c}{cs.} j. = \frac{16''}{18''}, b. = \frac{13''}{18''}; \frac{c}{L.} j. = \frac{50''}{50''}, b. = \frac{25''}{50''}; c_4 j. = \frac{50''}{60''}, b. = \frac{32''}{60''}$. Hallás $j. = 6.0$ (12.64), $b. = 0.60$ m. (42. Deveser.) *Tenyérét a füléhez tartva b = 1.10 m.-re javul.* Katheterrel való befúvásra $b. = 0.80$; nyomószondakezelésre 1.20 m.-re javult. Therapia: másodnaponként vibrációs massage. 1907 október 5. A hallás 1.0 m., massirozásra közel 2.0 m. 1907 október 30. A harmadnaponként nagy kitartással tűrt nyomószondakezelést megszakítás nélkül folytatva, a hallás 4.0 m.-re javult, mely távolság a tenyérnek a fül mögé tételével 5.0 m.-re emelkedik. Ma a hangvillavizsgálat a következő eredményt adja: $\frac{c}{cs.} b. = \frac{15''}{18''}; \frac{c}{L.} b. = \frac{40''}{50''}; c_4 b. = \frac{40''}{60''}$. Ezen állapotban fejeztetett be a kezelés első cyclusa.

Kiváló érdekességet kölcsönöz ezen esetnek az, hogy a régi vizsgálati módszer szerint, a mennyiben *Weber* a teljesen ép oldalra volt lateralizálva, a *Rinne* pedig nemesak az ép, de a beteg oldalon is pozitív volt elég nagyfokú nagyothallás mellett, továbbá a beteg oldalon a csontvezetés meg volt rövidülve: okvetlen idegeredetű nagyothallásra kellett volna tenni a diagnosist; míg a *Lucae* féle vizsgálat után a légvezetésre helyezve a fűsűlyt, és támaszkodva arra, hogy a tenyérét a fül mögé téve javult a hallás, hangvezetési zavarra, és pedig chronikus progressív nagyothallásra tettük a diagnosist, a mit a szép gyógyulási

eredmény fényesen igazolt is. Ezen eset is egyike azoknak, a melyek úgy a Weber-féle kísérlet értéktelenségét, mint a csontvezetés megrövidülésének kevés bizonyító erejét igazolják. Érdekes ezen eset azért is, mert a hallás javulásával arányosan javult a hangvilla hangjának úgy a lég- mint a csontvezetése, nemcsak a mély, de a magas hangokra nézve is.

3. eset. V. J., 29 éves czipészsegéd. Jelentkezett 1907 október 1.-én. Hat év óta romlik a hallása, eleinte gyakran bedugult, de ismét kinyílt a füle. Körülbelül 4 év óta állandóan zúg mind a két füle, főként reggel és főként a jobb. Ugyanazon idő óta főként a jobb oldalon nagyon romlik a hallása. Nagynénje nagyot hall. A dobhártya mindkét oldalon fénytelen, kissé megvastagodott és behúzódtott. Pneumatikus vizsgálatnál a kalapácsnyél a jobb oldalon alig, a bal oldalon gyengén mozog. Tuba mindkét oldalt átjárható. Weber jobbra, Rinne jobb oldalon negatív, bal oldalon pozitív. Hangvilla: $\frac{c}{cs} j. = \frac{28''}{18''}$, $b. = \frac{19''}{18''}$; $\frac{c}{L} j. = \frac{28''}{50''}$, $b. = \frac{35''}{50''}$; $c_1 j. = \frac{40''}{60''}$, $b. = \frac{48''}{60''}$. Hallás a sugó beszédre nézve $j. = 2.0$ (19:32), $b. = 3.5$ m. (42—12). Befúvásra $j. = 3.20$ m., $b. = 5.0$ m. Nyomószondakezelésre $j. = 5.50$, $b. = 6.0$ re javult a hallás. Örömmel tudatja, hogy a sok év óta tartó fülzúgása a nyomószondakezelés után teljesen megszűnt. Therapia: másodnaponkénti vibrációs massagekezelés. 1907 október 10. A masszálás után először 3 óra múlva, másodszer 24 óra múlva visszatért a fülzúgás, a harmadszori masszálás után már 36 óráig nem zúgott a füle, és akkor is sokkal kisebb mértékben jött az vissza. Ma a kezelés előtt $j. o. = 4.0$ m., $b. o. = 6.0$ m. a hallás, mely masszálásra jobboldalt is 6 meterre emelkedett. Többé nem jelentkezett a rendelésen.

Ezen harmadik esetem igen szép példája annak, hogy a Lucae-féle nyomószondakezeléssel mily gyorsan és mily nagyfokú javulást lehet jóformán azonnal elérni, úgy a hallásra, mint néha a sokszor minden kezeléssel daczoló subjectív zörejekre nézve is, a mely javulásról ha ezen esetben, mivel a beteg többé nem jelentkezett, nem is tudható, hogy állandó-e vagy sem, mindenesetre feltehető, hogy további kezelésre állandó lett volna.

T Á R C Z A.

„Kaiserin-Friedrich-Haus“ és a Bergmann-féle előadási ciklus.

A német orvosi továbbképző cursusok központi választmánya október 22.-étől december hó 6.-áig Bergmann emlékére a „Kaiserin-Friedrich-Haus“ tantermében 14 előadást rendezett, a melyek a sebészet fejlődését és haladását tárgyalták az utolsó évtizedekben a jelen korig. Mielőtt szólnék róluk, a „Kaiserin-Friedrich-Haus“-ot és célját szeretném röviden ismertetni.

Berlinnek egy kisebb terén (Luisenplatz 2—4) a „Charité“ közvetlen közelében egy kétemeletes, a környező épületektől elütő, a császári csimerevel ékesített palota áll, mely homlokzatán „Kaiserin-Friedrich-Haus“ feliratot visel.

E házat legnagyobb részét közadakozásból állították fel az orvosi továbbképzés szolgálatára és Frigyes császár nevére neveztek el, mint a ki igen nagy tevékenységet fejtett ki az orvosi továbbképzés érdekében. Közel 4 hónap alatt 1½ millió márkát gyűjtött össze a tudományért oly sokat áldozó német nemzet a ház felállítására és fentartására.

Messze vezetne, ha részletesen akarnám tárgyalni ez intézmény keletkezésének előzményeit. Csak azt akarom említeni, hogy továbbképző orvosi tanfolyamok — a melyekről hivatottabbak már sokat írtak — és helyi egyesületek Németország majdnem minden nagyobb városában vannak. Hogy csak Poroszországot említsem, 28 városában van ilyen intézmény és ezen porosz minta nyomán alakítottak az egyes tartományok is városaikban az orvosok továbbképzésére szolgáló intézményeket. Lényegük az, hogy díjtalan továbbképző cursusokat rendeznek, melyek felölelik az orvostudomány összes ágait. Az egyes cursusok 2—3 hónapig tartanak.

Berlinben e cursusok megtartásához, a tanításához nem volt

kellő helyiség. A tanításhoz szükséges eszközöket, anyagot, az orvosi tanításhoz szükséges „állandó gyűjteményt“ nem tudták czélszerűen elhelyezni. Mindez arra indította a központi választmányt, hogy mozgalmat indított egy állandó háznak a létesítésére, a melyben a tanítást is megtarthatják és a tanításhoz szükséges eszközöket és anyagot is elhelyezhetik, ezéül tüzvéni ki, hogy a gyakorló orvos lépést tarthasson nagyobb áldozatok nélkül a mindinkább speciálissá váló orvostudomány rohamos haladásával. Így jött létre a „Kaiserin-Friedrich-Haus“, melyet 1906 márczius 1.-én nyitottak meg Bergmann ünnepi beszéde kíséretében a császári pár jelenlétében. Ilyen intézmény eddig még sehol sincsen.

Legfőbb feladata e háznak az orvosi továbbképzést szolgálni. Leginkább azonban csak elméleti előadásokra és laboratoriumi dolgozásokra chemiai, mikroskopi, histologiai, histopathologiai, bakteriologiai, experimentális therapiái, röntgenologiai, tudományos photographiai téren szorítkozik. A klinikai előadások, melyek ez intézménnyel szoros összeköttetésben vannak, az egyes előadók klinikáin vagy kórházaiban tartatnak, állván itt bőséges beteganyag a cursust hallgatók rendelkezésére.

Magában a házban egyes külön e célra szolgáló termekben megtalálhatjuk az orvosi gyakorlat és tanítás céljaira szolgáló gyűjteményeket. Így a földszinten közvetlen a bemenettől jobbra és balra és az emelet két termében állandó kiállítása van az orvosi műszereknek és gyógyszereknek, a melyekre a gyakorló orvosnak gyakorlatában szüksége lehet. E kiállítás naponta díjtalanul megtekinthető.

Az első emeleten szemünkbe ötlök a tágas, kényelmes olvasóterem a könyvtárral, a mely az orvosi lapok nagy számát tartalmazza. A könyvtár nem nagy, de nem is akarja a nagy tudományos czélú munkákat felölelni, hanem inkább a modern tankönyvek, compendiumok, atlaszok tartására szorítkozik, a melyekből a gyakorló orvos könnyen és gyorsan tájékozódhat a mindennapi gyakorlatban előforduló kérdések felől. Az újságokat és a művek jó részét egyes könyvkereskedő czégek díjtalanul boesátják a könyvtár rendelkezésére.

Ugyancsak ezen az emeleten van az a helyiség, a hol a cursusokra szolgáló jegyeket adja ki a központi választmány egy hivatalnok, a ki egyszersmind a legkészségesebben ad felvilágosítást a Berlinben és Németországban tartott összes továbbképző cursusok felől. Egy félemelettel feljebb menve, a nagy tanterembe jutunk, a mely építkezés és berendezés tekintetében ritkítja párját. A terem 200 igen kényelmes, amerikai mintára készített számozott ülőhelyet tartalmaz. Az ülőhelyeken kívül 40 állóhely van. A terem minden előadáson állandóan tömve van és a hallgatóság ragaszkodik ama a terem két sarkában kifüggesztett kéréshez, hogy az előadás előtt lehetőleg ne hagyja el a termet.

Érdekes képet nyújt a 2. emeleten az orvosi tanításhoz szükséges állandó gyűjtemény. E gyűjtemény, mint már említém, leginkább az orvosok tanításának céljaira szolgál, azonban korántsem ragaszkodik egyedül ehhez, hanem rendelkezésére áll mind azoknak, a kik az orvosi ismeretek terjesztését szolgálják. Így például igénybe vehetik mindazok, a kik iskolákban a hygieneből vagy pedig népszerű gyűléseken a nemi betegségekről, a tuberculosisról stb. előadást tartanak. A gyűjtemény tehát egyáltalán nem bir muzeumi jelleggel.

Külön említendő a látványosságnak is beillő Lassar-féle moulage-gyűjtemény a bőr és nemi betegségek köréből, mely több mint ezer példányt tartalmaz, továbbá a történelmi nevezetességű Bergmann-gyűjtemény, a mely azokat a műszereket is tartalmazza, a melyeket Bergmann használt a porosz hadjáratokban.

A 3. emeleten vannak a termek, a hol az egyes cursusokat tartják. Külön terem van a chemiai és mikroskopi, 20—20, és külön terem a bakteriologiai vizsgálatok számára 20 dolgozóhelylyel. Ez utóbbihoz még egyéb helyiségek is tartoznak, mint külön helyiség a táptalajok elkészítése, külön a bakteriumok tenyésztése számára. Megemlítendő még a modernül berendezett Röntgen-laboratorium és a fotografozó terem, továbbá egy külön helyiség moulageok készítésére. Ez utóbbiak szintén a díjtalan cursusok megtartására szolgálnak.

Az előadások, a melyeket a központi választmány minden semesterében rendez, kétfélék: 1. Egyes cursusok, a melyeket az orvostudomány minden ágából külön specialisták tartanak heten-

ként 1 $\frac{1}{2}$ órában 2—3 hónapi időtartammal. 2. Sorozatos előadások az orvostudomány bizonyos ágából. Így az 1906. év márczius és április hónapjában 14 előadást tartottak a belorvos-tan köréből. Ugyanezen év november és december havában egy második cyclust 9 előadással tartottak „az elektromosságról és fényről az orvostudományban”. Jelenleg pedig, tudniillik az 1907/8. év téli semesterében szintén tartottak előadásokat „a sebészet fejlődéséről és haladásáról az utolsó évtizedekben a jelenkorig” czímen, az egyes fejezeteket részint a berlini egyetem, részint más német egyetemek professorai tárgyalva. Ezen előadásokon, valamint a cursusokon csak berlini és környékbeli orvos vehet részt, ha előzőleg 2 márka beiratási díjat fizet, a melynek ellenében az előadásokra szóló jegyet megkapja. Idegenek csak külön engedelemmel vehetnek részt az előadásokon.

A legelső előadáson október 22.-én Kutner tanár igazgató emlékbeszéddel nyitotta meg a cyclust. Bergmann szavaival kezdte beszédét, a ki midőn Nitze felett emlékbeszédet tartottak, azt mondta: „a következő, a ki felett emlékbeszédet fognak tartani, én leszek” és úgy is történt.

Azután felemlíti, hogy Bergmann emlékét kétféleképen örökökítik meg. Az egyik a Bergmann-emlékérem, a melyen a következő felirat van: „Dem grossen Chirurgen und Lehrer, dem rastlosen Förderer ärztlichen Wissens und Könnens, dem unermüddlichen Helfer im Dienste der Menschheit.“ A másik oldalon: „Ernst von Bergmann.“ „Nur nicht müde werden.“ A legelső érmet a napokban adták át a császárnak, a ki a legnagyobb örömmel fogadta el és a legőszintébb köszönetét nyilvánította érte. A másik ama sorozatos előadások, a melyeket emlékének tiszteletére tartanak és róla neveznek. Bergmann méltán lehet a legnagyobb sebészek közé (Diftenbach, Langenbeck, Volkmann, Billroth) sorolni. Az ő nevéhez fűződik a megismerése, hogy a sebészetben a topographiai anatomia nélkül nem lehet boldogulni. „A sebészre nézve elveszett ama nap, a melyen anatómiával nem foglalkozik”, szokta volt mondani. A conservatív műtéti methodikának híve, s a mellett az asepsisnek és a technikának a fejlődésén is fáradozott. Legnagyobb dicsőséget szerzett a fej és agy sebészetének kiművelésével. Nagy híve és támogatója volt az orvosi továbbképzésnek. Kutner szavait az elhunytak mondásával fejezi be: „nem szabad csüggedni“.

Az első előadást Hildebrand tartotta a sebészeti kezelés alapelveiről. Kiemelte, hogy a nyílt sérülések osztályozása és miként való kezelése Bergmann érdeme. Bonyolult, zúzott törésekben, ha infectio van, a feltárás és a drainezés van helyén. Ezt még támogatni lehet szívással és congestioval. Nagy haladás a sérülések kezelése terén a csontplastica, továbbá az ideg- és izomplastica.

A sebészeti therapiában nagy fontosságú a diagnosis helyes megállapítása. Ebben nagy segítségünkre van a Nitze-féle cystoskopia, a Neisser-féle agypunctio, a Quincke-féle lumbal punctio, főképen azonban a röntgenographia, melyre Bergmann igen nagy súlyt vetett. A hol azelőtt csak functiók zavarokat tudtunk kimutatni, most anatómiai elváltozásokat is láthatunk.

Az utóbbi évtizedekben a sebészet haladása rendkívül nagy és ha elv is, hogy a sebész gyökeresen operáljon, számolni kell azzal, vajjon nyer-e vele a beteg, és ha nyer, mit nyer. Különösen tekintetbe jön ez a gyomor és bélműtétekben, az annus praeternaturalis készítésekor. Nagyon körültekintőnek kell lennie a sebésznek a műtét indicatiojának felállításában. Nemcsak a sebészi betegség maga határozza meg az indicatiót, hanem az általános testi állapot is (a szív, tüdő, vese állapota stb.).

Az általános és helybeli érzéstelenítés fejlesztése szintén az utóbbi évtizedek vívmánya és annyira kifejlődött, hogy most már nem szükséges a sebésznek perczekre dolgoznia. Főelve a pontosság legyen és lehetőleg kerülje, hogy kezével gyakrabban a sebhez érjen. Felesleges a száj- és fejdődök használata és sok esetben a kezük használata is, mert ezzel az eredmények nem javultak.

Legfontosabb haladás az antisepsisről az asepsisre való átmenetel, továbbá az Esmarch-féle vérzésesillapítás, és az utóbbi időben az erek összevarrása. Nagy fokú vérvesztés eseteiben

használjuk a konyhasós infusiókat, melyek igen jó hatásúak, bár tudjuk, hogy nagy mennyiségük a veséknek elváltozását, haemorrhagiás nephritist okozhat.

A betegek táplálkozását a műtét után, ha a gyomor- és béltractuson át nem történhetik, gyakran elősegíti az infusio, különösen ha 3 $\frac{1}{2}$ % sterilizált szőlőcukrot és olajat adnak hozzá; de azért e téren még sok a tenni való.

Az általános rész köréből még három előadást tartottak: *Sleich* a helybeli és centrális érzéstelenítéséről, *Graser* (Erlangen) a sebmérgekről, az antisepsisről és asepsisről, *Küttner* (Breslau) pedig a sebkezelésről a harcztéren szolt. Mind a három előadás főbb vonásokban ecseteli az utóbbi évtizedek vívmányait és tapasztalatait. Különösen a háborúban való sebkezelés terén tettek szert sok új tapasztalatra az utolsó évtizedben lefolyt háborúkban. További négy előadás a törzs sebészetéről szolt. *Rehn* (Frankfurt a. M.) a mellkasi szervek sebészetéről, *Friedrich* (Marburg) a gyomor, a bél és a hashártya sebészetéről, *Körte* (Berlin) a májon, az epeutakon és a pankreazon végzendő műtétekről, *Kümmell* (Hamburg) pedig a húgyszervek sebészetéről tartott előadást. Felsorolván a különböző műtéti módszereket és a saját eljárásukat a műtétek végzésekor, egyes eseteket említettek a diagnosis helyes vagy helytelen megállapításának feltüntetésére.

Egy további előadásban *Sonnenburg* az arczműtétekről és a plastikai műtétekről beszélt.

Angerer (München) az agysebészetet, *Krause* pedig a gerinczagygon és a peripheriás idegeken végzendő műtéteket tárgyalta. Az utóbbi vetített képeken demonstrálta a neuromák képződését a gerinczagyban és a periferiás idegeken, valamint a kiirtott idegeket. A periferiás idegek implantatiojára szolgáló eljárását is megemlítette. Volt esete, a melyben a n. facialis a hypoglossusba, a n. medianust az ulnarisba implantálta és az eredmény nagyon jó volt. Kisagyvelő- és gerinczagyvelődaganatok műtévesét vetített képeken mutatta be. A nagy haladást az agysebészet terén a neurologusok mozdítják elő a helyes diagnosis megállapításával, Bergmannnak pedig nagy érdeme van a technikának a kifejlesztésében.

Bardenheuer (Cöln) a törések és ficzamosodások kezeléséről, *Helferich* helyett pedig, a kit betegsége akadályozott meg, *Martens* az izom- és ízületbajok sebészetéről értekezett.

A befejező előadásban *Bier*-nek kellett volna áttekintő képet nyújtani a modern sebészetéről. Mivel azonban erről bőven volt szó az előadásokon, különösen Hildebrand előadásán, a bizottság felszólítására az előadó más tárgyat választott és a hallgatóság beleegyezésével „a gyuladásról” beszélt.

A gyuladás külső behatás következménye és helyes úton járt *Weigert*, a midőn teoriáját a gyuladásról felállította. Tárgyalja a gyuladás alapvető tüneteit, úgymint a tumor, rubor, dolor, calor és functio laesa tünetét.

A gyuladás területén lassabb a véráramlás és épen az a sajátossága a gyuladt területnek, hogy vért von magához és ezt erősen magában tartja. Azelőtt az hitték, hogy ez okozza a fájdalmat, és hogy ez a tulajdonképeni betegség, ezért iparkodtak különböző módon a vérbőséget csökkenteni. Miután azonban meggyőződünk, hogy a fájdalmat nem a vérbőség okozza, hanem a behatás, a sérülés és hogy a vérbőség inkább fájdalomcsillapítólag hat, azóta nem korlátozzuk, hanem inkább fokozzuk.

A chronikus gyuladást is iparkodunk jelenleg heveny-nyé tenni.

Bier iparkodott oly anyagot készíteni, mely a gyuladást fokozza. Ennek a tárgyalása azonban nem tartozik az előadás körébe, csak azt említi, hogy az eredménnyel nincs megelégedve. Különben is még igen sok a kívánni való, a gyakorlati orvostudomány még mindig a gyermekkorát éli. Jelenleg tudjuk, hogy az egészséges test külső behatásra reactioval felel, tudniillik gyuladással és lázzal. A kezdet, az út megvan, további feladatunk az utat egyengetni.

Ezzel befejeződött a Bergmann-féle előadás-cyclus. Kutner igazgató köszönetet mondott az előadóknak és a nagyszámú hallgatóságtól, a mely minden alkalommal megtöltötte a padosokat, meleg szavakkal búcsúzott el. *Kammer Manó* dr

IRODALOM-SZEMLÉ.

Könyvismertetés.

Berend Miklós dr.: A csecsemőbetegségek orvoslása. Budapest, 1907, 444 lap. A „Therapia“ X. kötete. Singer és Wolfner kiadása.

A kiterjedt klinikai észlelések és a legkülönbözőbb irányokban folytatott laboratoriumi munkálkodások, melyeket az utolsó években a csecsemők élet-, kór- és gyógytana terén eszközöltek, ismereteinket váratlan mértékben kiszélesítették és addigi nézetünket sok-sok tekintetben teljesen átalakították. Ehhez járult más határos tudományterületek haladása is, melyből a megfelelő következtetést természetszerűleg szintén le kellett vonnunk. Ezek eredményezték, hogy ma a csecsemők megbetegedéseinek csaknem minden fejezetét egész más szempontból kell tárgyalni, mint még csak néhány évvel ezelőtt.

Berend könyve kilencz nagy fejezetben foglalkozik a csecsemőbetegségek orvoslásával. Az elsőben az egészséges újszülött és csecsemő ápolásának alapelveit fejt ki, majd a szoptatást és mesterséges táplálást tárgyalja elméleti és gyakorlati oldaláról. Ezen fejezet oly sokat ölel fel s oly sok kérdés fejtésére terjeszkedik ki, hogy lehetetlen itt feltüntetnem a szerzőnek az egyes kérdésekben elfoglalt álláspontját. Csupán jelezni óhajtom, hogy jórészt megegyezik azon modern állásponttal, melyet a Czerny és Finkelstein iskolája képvisel. Feltűnőbb eltérést csupán a fajidegen fehérje jelentőségénél találhatunk, hol — úgy látszik — Berend, annak ellenére, hogy különben megdöntöttek tekinteti a fehérjeartalomról szóló tant, mégsem zárkózik el teljesen azon szerep elől, melyet annak Hamburger, Moro, Wassermann stb. tulajdonítanak. Ily értelemben nyilatkozik a 23. s 54. lapon is. Ámde, ha sok vizsgálat a mellett tanuskozik is, hogy az újszülött bélhuzama másképen viselkedik a genuin fehérje felszívódását illetőleg, mint az idősebb gyermeké s a felnőtt egyéné, klinikailag még soha senki sem bizonyította be a fajidegen fehérje mérgező hatását. Sőt az összes klinikai észlelések határozottan ellene szólnak, így csak Meyer-nek annyiszor idézett táplálási kísérleteit, Finkelstein és Meyer-nek az idiosyncrasiás csecsemőkre vonatkozó észleleteit említem meg.

Különbözik ez a fejezet úgy elméleti, mint gyakorlati részében elevenen, folyékonyan, könnyen áttekinthető rendszerességgel tárgyalja a kérdés minden egyes részletét és a gyakorló orvos számára is a táplálás vezetése tekintetében a lehetőség korlátain belül a legjobb útmutatást nyújtja.

A következő fejezetben az újszülöttek megbetegedéseit tárgyalja a legnagyobb részletességgel. A koraszülötteknél a táplálék nyújtása tekintetében a nagy szünetek híve. Nem barátja a közönséges couveuse öknök s dicséri az Escherich-féle couveuse-szobát. Nem hinném azonban azok után, miket Escherich s Moser osztályain láttam, hogy az Escherich-féle couveuse-szoba a hozzáfűzött reményeket beváltaná.

Legnagyobb érdeklődésünket természetesen a gyomor-bélhuzam megbetegedéseinek fejezete kelti fel. S ez várakozásunkat teljesen be is váltja. A táplálási zavarok kóroktanában az alimentáris mozzanatnak a megfelelő szerepet tulajdonítja, bár természetesen nem tagadja a fertőzés jelentőségét sem. Az atrophia orvoslásakor általában a boroszlói iskola álláspontját követi, csak kár, hogy nincs kifejtve az atrophia alimentáris úton való keletkezésének mikéntje, tehát a zsirtartalomnál az alkaliveszteségnek, a lisztartalomnál a chlorhiánynak azon szerepe, melyet nekik Steinitz-nek atrophias csecsemők vegyi összetételére vonatkozó vizsgálatai alapján tulajdoníthatunk.

Majd a következőkben az általános és idült megbetegedésekkel (tuberculosis, lues stb.) foglalkozik, mindenhol értékesítve az újabb vizsgálatok eredményeit; ugyanígy az idegrendszer, légző-, vérkeringési szervek, a vese és hólyag betegségeinek tárgyalásakor.

A midőn ismételtelen kiemelem, hogy e könyv kitűzött feladatát, egy modern csecsemőtherapiás munkához fűzött követelményeket teljes mértékben megvalósítja, nem hallgathatom el, mennyire zavarólag hat a műkifejezéseknek, idegen szavaknak nem egyöntetű írásmódokra s egynemű sajtóhiba.

Flesch Ármán dr.

Új könyvek: F. Busch: Die Extraktion der Zähne, ihre Technik und Indikationsstellung. 3. Auflage. Berlin, A. Hirschwald. 2 m. — A. Gysi: Beitrag zum Artikulationsproblem. Berlin, A. Hirschwald. 6 m. — A. Korányi u. P. F. Richter: Physikalische Chemie und Medizin. I. Band. Leipzig, G. Thieme. 16 m. — M. Roloff: Grundriss der physikalischen Chemie. Leipzig, G. Thieme. 5 m. — H. Königer: Die zytologische Untersuchungsmethode. Jena, G. Fischer. 3 m. — A. Bittorf: Die Pathologie der Nebennieren und der Morbus Addisonii. Jena, G. Fischer. 4 m. — G. Sittmann: Physikalische Therapie der Erkrankungen des Herzens und der Gefäße. Stuttgart, F. Enke. 2·20 m. — R. Friedländer: Physikalische Therapie der Erkrankung der peripherischen Nerven. Stuttgart, F. Enke. 1·20 m. — J. Schäffer: Der Einfluss unserer therapeutischen Massnahmen auf die Entzündung. Stuttgart, F. Enke. 8 m. — Béni-Barde: La neurasthénie. Les vrais et les faux neurasthéniques. Paris, Masson et comp. 8 fr. — E. Hurry Fenwick: X ray diagnosis of urinary stone. London, J. and A. Churchill. — William Bennett: Recurrent effusion into the knee-joint after injury. London, Longmans, Green and Co. 3 s. 6 d. — Ronald Campbell Macfie: The romance of medicine. London, Cassell and Co. 6 s.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Használható-e a Chantemesse-féle ophthalmoreactio a typhus kórjelzésére? Ezen kérdés megoldásával foglalkoznak Kraus, Luxenberger és Rusz vizsgálatai. A reactio tudvalevőleg abban áll, hogy az abszolút alkohollal lecsapott typhustoxin 0·00002 gm.-jának egy csepp vízben való oldatát cseppentjük a vizsgálandó egyén alsó kötőhártyasakjába. Az egészséges egyéneken támadó conjunctivitis már 4—5 óra múlva eltűnik, míg typhusos betegeken 6—12 óra múlva erős kötőhártyabelőveltség és -duzzadás s könnyelválasztás mutatkozik; a hőmérsék és közérzés azonban változatlan marad. A vizsgálok első kísérletei Chantemesse adatainak ellenőrzésére irányulnak. Hogy egységes és összehasonlítható eredményeket nyerjenek, oly typhusbacillustörzseket használtak, a melyek által termelt toxinok 1—2 cm³-ének gyűjtőeres befecskendezése után a kísérleti állatok 6—8 óra alatt elpusztultak. Agartenyészetek vizes kivonatával legtöbb esetben sem állatokon, sem egészséges embereken nem kaptak reactiót, csak ritkán észleltek csekély fokú elválasztást. Positiv Widal-reactiót mutató typhusos betegeket vizsgálva, 1 : 20 hígításban majdnem minden esetben negatív eredményt észleltek. A koncentrált oldat becseppentésére az eseteknek kb. 60%-ában mutatkozott gyenge belőveltség és elválasztás, de csak ritkán duzzadás. Abszolút alkohollal lecsapott (tehát Chantemesse szerint előállított) és konyhasós vízben oldott kivonatra sem reagáltak az egészséges egyének, ellenben minden megvizsgált typhusos beteg kötőhártyáján mutatkoztak az említett elváltozások. További vizsgálatokban a Chantemesse-féle reactio specifikus értékét kutatták a szerzők s arra a meggyőződésre jutottak, hogy az nem jellemző egyedül typhusra, mert más betegségben szenvedő embereknek kb. fele szintén positiv reactiót mutat, a mely csak valamivel rövidebb ideig tart, mint az, a melyet typhus esetén észlelhetünk, különben hozzá teljesen hasonló. De más irányban, a typhustoxinok szempontjából sem mondható jellemzőnek e próba, a mennyiben paratyphusbacillus-kivonatok koncentrált oldatban a vizsgált typhusos eseteknek 54%-ában hasonló változásokat idéztek elő a kötőhártyán. Ugyanezt találták még nagyobb mértékben a colibacillus-kivonattal, a mely minden esetben okozott kötőhártyagyuladást, nemkülönböztetve a tuberculinnal, a mely 1 : 100 hígításban sokszor, 1 : 50 hígításban pedig majdnem mindig előidézett gyuladást a typhusos betegek kötőhártyáján. A Pirquet-féle eljárás analogiájára vizes kivonatokkal végzett bőrreactio a typhus kórjelzésére egyáltalában nem használható, mert typhus-, coli- és paratyphus-bacillus kivonata úgy egészséges, mint typhusban szenvedő egyéneken csomókat idéz elő, melyek körül nemsokára vörös udvar mutatkozik s a melyek 24 óráig megmaradnak. A szerzők vizsgálatainak tanulsága tehát az, hogy a Chantemesse-féle reactio nem használható a typhus kórjelzésére, a mennyiben egyrészt más betegségben szenvedők is reagálnak, másrészt pedig a typhusos betegek idegen bacillusok (coli, paratyphus, tuberculosis) kivonataira is mutatnak kötőhártyabeli elváltozásokat. A Gruber-Widal-féle serumreactio még mindig a leginkább értékesíthető módszer marad a typhus kórjelzésében. (Wiener klin. Wochenschrift, 1907. 45. sz.)

Gyógyszertan.

A spirosoal nevű, külsőleg alkalmazandó újabb antirheumatikummal nagyon jó eredményeket ért el a berlini Bethania-kórházban *Gardemin*. A spirosoal színtelen és szagtalan folyadék, a mely vízben nehezen, aetherben, alkoholban és chloroformban jól oldódik. Oleum olivarumban 1:15 arányban oldható. Ezt az új salicyl-estert a bőr jól felszívja, a nélkül hogy izgalmi jelenségek mutatkoznának. Ilyenek még akkor sem észlelhetők, ha erősen dörzsöljük be a szert. Használatmódja a következő: a beteg helyet naponként egyszer beecseteljük spirosoal, vagy spirosoal és alkohol egyforma mennyiségének elegyével, olajos papírral befedjük és flannellel bepólyázzuk. Újbóli alkalmazás előtt az illető helyet meleg vízzel megmossuk. A szer alkalmazása után körülbelül 2 órával mutatható ki a vizeletben a salicylreactio. Spirosallal kezelt heveny izületcsúsz 39 esete közül 31 gyógyult, 8 javult; 36 idült eset közül 24 gyógyult, 12 javult. Az összes 75 eset közül 40-ben csak a spirosoalt használták, a többiben ezenkívül belsőleg is kaptak valamilyen salicylkészítményt a betegek. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1907. 49. szám.)

A Bonatz-féle vastartalmú tehéntejjel Senator tanár klinikáján tett tapasztalatairól számol be *Schnütgen*. A „vastej” nem mesterséges chemiai vaskészítmény, hanem a tehén szervezetében assimilált vasat tartalmazó tej. Bizonyos táplálással sikerül ugyanis a tehéntej vastartalmát 3—11-szeresére növelni. Az ilyen tej 1/2 és 1 literes mennyiségben jön forgalomba, aránylag mérsékelt áron. A szerző 9 betegen tett megfigyelései alapján nagyon jól használható szernek találta, a mely naponként 1 liternyi mennyiségben heteken át fogyasztva, a vérképződést s ezzel az általános állapotot tetemesen javítja. (Berliner klinische Wochenschrift, 1907. 47. szám.)

Belorvostan.

A Basedow-kór gyógyításáról a következőket mondja *Erb*. Minthogy a Basedow-kór sajátos fajú és localisatiojú neurosis, a melynek nagyon közel vonatkozásai vannak a neuropathiás terheltséggel, a neurastheniával, hysteriával és más neurosisokkal: elsőrendű fontosságú mindazon eljárásokat igénybe venni, a melyek a neurasthenia ellen rendelkezésünkre állanak. A galvanos kezelés sokszor nagyon hasznos, a húsnak teljes megvonása nem sokat ér, a magaslati kúra felette hatásos. A gyógyszerek között legjobb az arsen, a melyet tonizáló piluláival (vas, china, nux vomica) váltakozva hosszú időn át vétet a szerző; a jodkészítmények használatát ellenzi; a digitalis is inkább árt; ha a szív állapota igényli, inkább strophantust ad, a melyet a szívnek neurosisaiiban mindig előnyben részesít. A specifikus gyógyítást antithyreoidin-serummal (Möbius), pajzsmirigyüktől megfosztott kecskék tejével (Lanz), rodagennel nem próbálta ki eléggé, mert az alapul szolgáló elméleteket, valamint az illető szerek előállítás módját nagyon bizonytalanok tartja; elég sok beteget látott azonban, a kiket más orvosok ilyen specifikus szerekkel gyógyítottak, az eredmények azonban nem voltak nagyon biztatók, noha egyik-másik esetben úgy látszik használtak. A thyreoidin kerülendő. A mi a sebészeti gyógyítást illeti, most már nem ellenzi annyira. Elismeri, hogy a sebészi beavatkozás néha feltűnő jó eredményű, hogy a módszerek javulásával a műtét veszedelmessége erősen csökkent. De azért még mindig nincs azon az állásponton, hogy a kezdődő és könnyű eseteket is azonnal a sebészhez kell utasítani. Véleménye szerint előbb következetesen végrehajtott belső (dieta, fizikai és gyógyszeres) kezelést kell foganatosítani egy bizonyos, de nem túl hosszú ideig, s csak ennek eredménytelensége esetén szabad a műtéthez folyamodni. Műtét ajánlandó azon esetekben, a melyekben gyorsan fejlődik a baj, korán jelentkeznek súlyos tünetek, a melyekben erősen előtérbe lép a pajzsmirigy megduzzadása, pulzálása és vasculáris megváltozása s a tünetek a szív részéről veszedelmes jelleget öltönek; az idült lefolyású esetek közül pedig azokban, a melyek belső orvoslásra nem javulnak, a melyekben a pajzsmirigy állapota javulja a műtétet s a melyek folytonos recidivákkal éveken át elhúzódnak.

Bier tanár kivétel nélkül megoperál minden Basedow-strumát hacsak nem haladt már annyira a baj, hogy az operatio sem segíthet. E tekintetben azonban igen távol határt állapít meg.

Igy például nagyon jó eredménnyel operált olyan beteget, a kinek a szíven súlyos elváltozások voltak kimutathatók, a lesóványodás nagyon erős volt s a ki gyakori ájulásrohamokban szenvedett. Tapasztalata szerint a műtétnek úgy a közvetlen, mint a távolabbi eredményei kitűnők. Az orvos tehát a könnyű és közép-súlyos betegeket is utasítsa a sebészhez, ha a szokásos belső orvoslásra nem javul, sőt súlyosbodik az állapotuk. Az operált eseteknek túlnyomó többségében már a seb utókezelésének idejében elmúlnak a feltűnőbb kórjelenségek. Néha azonban csak nagyon lassan fejlődnek vissza az objectív tünetek (tachycardia, exophthalmus, reszketés, izzadás stb.) s subjective a műtét után néha egy ideig izgatottabb a beteg.

Kocher tanár szerint a kezdődő Basedow-kór sebészi gyógyításának eredményei oly kitűnőek és gyorsak, hogy az orvosnak kötelessége már a baj kezdetén is a sebész tanácsát kikérni s az esetleges koraműtét szükségességét latolgatni. A helyesen végzett műtét adja a legbiztosabb és leggyorsabb eredményt. De azért tudja méltatni a czélszerű belorvosi kezelés jelentőségét is, sőt azt hiszi, hogy minden operált Basedow-kóros beteg még hosszabb ideig maradjon belorvosi kezelésben. A sebészi beavatkozás halogatása azt eredményezheti, hogy a műtét veszedelmesebbé válik, ha a szerveknek, főleg a szívizomzatnak intoxicatioja bizonyos fokot elér. A műtét veszedelmességét egyébként nagyon is túlozták, a mi abban lelte magyarázatát, hogy egyrészt olyan késő szakban is végeztek műtétet, a melyben már ellenjavalt volt, s mert másrészt a Basedow-struma operálása bizonyos fokú tapasztalaton kívül olyan óvatossági intézkedéseket is igényel, a melyek más műtétek alkalmával nem annyira fontosak. (Medizinische Klinik, 1908. 1. szám.)

A lumbal punctio technikájához szolgált adatot *H. Curschmann*. Esetet ismertet, a melyben a meningitis cerebrospinalis miatt javult lumbal punctio alkalmával nem ömlött a folyadék sűrű, tejfelszerű volta miatt. Abból a physiologic megállapított tényből kiindulva, hogy környéki érösszehúzó ingerek az agyban és a gerincvelőben a nyomást fokozzák: chloraethylspray-t irányított a beteg czombjaira, mire tüstént megindult a sűrű liquor gyors csepegése. Az eljárást nem csupán sűrű, genyes liquor esetén ajánlja, hanem akkor is, ha a punctio alkalmával csak nagyon lassan csepeg a folyadék, a beavatkozás gyors befejezése pedig valamelyes okból kívánatos. (Therapie der Gegenwart, 1907. 8. füzet.)

Meleg gelatina-klysmák bélvérzés ellen. A berlini Friedrichshain-kórházban *Krönig* tanár osztályán kísérleteket végeztek bélvérzés eseteiben meleg gelatina klysmákkal. Az eredményekről *Michaelis* számol be. Főleg typhusos bélvérzés ellen használták az említett eljárást, mely 11 ilyen esetben mindig eredményesnek bizonyult, a mennyiben a vérzés megszűnt. Többnyire 50/0-os gelatina-oldatot használtak s ezt 48—50 C° hőmérséken tartva, nagyon kicsiny nyomással lehetőleg lassan bocsátották a végbélen át be, még pedig átlag 250 cm³ mennyiségben. Egyidejűleg természetesen betartották azokat a szabályokat is, a melyeket typhusos bélvérzés eseteiben egyébként is követni szoktunk. A gelatinának említett magas hőmérséke egy esetben sem okozott bajt, a mint azt azon eseteknek pontos bonczolástani vizsgálata is mutatja, a melyekben a bélvérzés megszűnése után a halál egyéb okból mégis bekövetkezett. A vesékre sem volt káros az eljárás, sőt egy esetben a vizeletben előbb megvolt fehérje a gelatina használata közben eltűnt. Minthogy a klyσμα alakjában alkalmazáskor a kereskedésbeli gelatina részéről nem fenyeget a tetanus veszedelme, a gelatina-oldatnak pontos sterilizálása nem szükséges. (Medizinische Klinik, 1908. 2. szám.)

Sebészet.

A carotislekötés hasznáról és veszedelméről egy- és kétoldali felső állkapocskiirtás esetén értekezik *Wieting* tanár (Konstantinápoly). A carotis communis lekötésének veszedelmére az agy táplálása szempontjából figyelemzette, ha a carotis comm. elzárása mindenképp javult, sokkal czélszerűbbnek tartja a fejverőér temporaer zárását, bár szerinte úgy a ligatura, mint az időleges compressio csak a legkritikább esetekben szükséges. A külső fej-

ként a serum teljesen ártalmatlan, exanthemát nem okoz, az emésztés szerveit és az idegrendszert nem bántja.

Monti-nak eddig csak 11 esetben volt alkalma ezt a serumot használni; valamennyi meggyógyult, egyben sem állott be a szövödmény s mindannyiszor nagyon gyorsan következett be a reconvalescencia. Fontos, hogy a serumot a betegség legelején kezdjük meg használni, mert a scarlatina veszedelmessége éppen abban áll, hogy hajlamossá teszi a szervezetet különböző más kórokozók, főleg streptococcusok elszaporodására; ha tehát későn vesszük igénybe a serumot, ezek a másodlagos fertőző baktériumok már annyira elszaporodhattak s annyi mérget termeltek, hogy végzetesen megkárosítják a szervezetet.

Campe 67 scarlatina-esetet kezelt a Marpman-féle serummal, közülük 5 végződött halálosan; a halálos esetekben azonban csak későn kezdték meg a serum használatát; a meggyógyult 62 eset közül 13 nagyon súlyos volt. (Allgemeine Wiener medizinische Zeitung, 1908. 2. szám.)

Rugalmas haskötővel kezelt 550 pertussis-eset. *Theron Wendell Kilmer* New-Yorkban hosszabb idő óta egy általa szerkesztett haskötőt alkalmaz pertussisban megbetegedett gyermekeken és csecsemőkön. Összegyűjtve a különböző amerikai gyermekorvosok által e haskötővel kezelt esetek eredményeit, a saját megfigyeléseivel együtt 87% ban értek el kedvező eredményt. Az eljárás előnyei: a gyermekek köhögésrohamai rövidebbek, a hányás megszűnik, úgy, hogy a betegség lezajlása után súlyoskés helyett lényeges gyarapodást észlelt; szövödményeket (sérv, bronchitis, tüdőlob) ritkábban észleltek az így kezelt esetekben, mint a csak gyógyszerrel kezeltben. A gyermekek közérzete lényegesen jobb, úgy, hogy a nagyobb gyermekek a kísérletképen eltávolított haskötőnek újból alkalmazását kérték. A haskötő vászonból készült, kétoldalt körülbelül 10 cm.-nyi, rugalmas, selyemmel átszőtt gummibetéttel bír, hátul fűződik. Méretei: csecsemőknek 6 cm., gyermekeknek 8—12 cm. széles, hosszát minden esetben külön kell meghatározni, 5—6 cm.-rel rövidebb legyen, mint a köldök magasságában mért has körfogata. Eleinte csak kissé kell összefűzni, de ha a hányás, a köhögési rohamok nem javulnak, szorosabbra kell venni, étkezéskor iágitandó, éjjel és hosszabb rohammentes időközökben ne viselje a beteg. (The Journal of the American Medical Association, 1907 november 23.) *Tóth Sára dr.*

Venereás bántalmak.

Tertiaer syphilis-statistikát közöl *W. Perls* (Breslau), a melyben különösen az előzetes kezelésre van tekintettel. Arról, hogy a kénés a syphilis ellenében kiváló hatású szer, mindenki meg van győződve, ebben nézeteltérést nem igen lehet találni. Nem egybehangzó azonban a nézetek a kénésnek alkalmazás-módjára nézve. Ismeretes, hogy vannak, a kik az úgynevezett symptomás kezelésnek hívei és a syphilist csak manifest tünetek alkalmával kezelik és viszont nagyon sokan a syphili-dologusok közül követői az úgynevezett *Fournier-Neisser*-féle hossz- szas intermittáló (chronisch intermittierend) kezelésnek. Az utóbbit követve a betegség első éveiben olyankor is adunk kénés-kúrát időnként, a mikor syphilises tünetek hiányzanak. A szerző vizsgálataiban főleg arra helyezte a fősúlyt, hogy eldöntse, mely kezelési eljárás alkalmasabb arra, hogy vele a syphilises betegeket a tertiarismustól megóvjuk. Anyagát e célból a breslauer klinika, poliklinika és *Neisser* tanár magánrendelésének syphilises betegei tették. A vizsgált beteganyag az utolsó 6 esztendőre vonatkozik. A kutatási eredmények röviden a következő pontokban foglalhatók egybe: 1. A klinikán, poliklinikán és a magánygyakorlatban 6 éven belül összesen 6203 syphilises egyén állott kezelés alatt. Ezek közül 605 esetben tertiarer syphilist lehetett megállapítani. A tertiarer esetek közül 60·33% előzetesen kezeletlen volt, egyetlen egy kénés-kúra alatt állott 17·36% egyén, tünetileg kezelték 21·42%-ot, hossz- szas intermittáló kezelést pedig csak 0·66% nyert. Ez a statisztika tehát azt mutatja, hogy a tertiarer jelenségek keletkezésének főokozója a syphilis primaer és secundaer szakának hiányos vagy teljesen hiányzó kezelésében rejlik. 2. Teljesen alaptalan és hely-

telen a hossz- szas intermittáló kezelés ellen szóló azon kifogás, hogy általa a szervezet hozzászokik a kénés-öhoz s így annak hatása is gyengül. Szintúgy tévedésen alapul az a felvétel is, hogy a kénésnek hossz- szas használata a szervezetet károsítja és így a kezeléssel járó hasznot ellensúlyozza. A szerző idevágó tapasztalása szerint határozottan állítja, hogy a szervezetnek a hossz- szas intermittáló kénésös kezelése által állítólagosan létrejött bántalmát sohasem észlelhette. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, 88. k. 1. füzet.) *Gusman.*

A kénésös suppositoriumok értékéről a syphilis kezelésében nyilatkozik *F. Hoehne* (Breslau). A kénésökúrák legfontosabb alakja a kenőkúra és az injectiók kezelése. A kénésnek per os való adagolása Németországban sohasem tudott elterjedni. Főleg azért, mert ismeretes, hogy a felszívódás igen rendetlen és bizonytalan. Az előbbi két kezelési módozatnak is vannak hibái. A kenőkúra alig titkolható el a környezet elől, az injectiók pedig gyakran hevesebb fájdalommal járnak. A per os kezelésnek pedig, melynek legtöbb híve *Franciaországban* akadt, kétes hatásosságán kívül néha még az a hátránya is megvan, hogy erősebb kólikákat és hasmenéseket okoz. Ez birta rá *Audry*-t, hogy a kénésöt suppositoriumok alakjában használtassa. Kísérleti eredményeivel nagyon meg volt elégedve, úgy, hogy a kúpoknak használatát melegen ajánlotta. A szerző a breslauer dermatologiai klinikán összesen 22 esetben próbálta ki az eljárást. Egy-egy suppositoriumban a 40%-os ol. cinereumnak 0·025—0·04 gm.-ja volt elkeverve kakaovajjal. A végbélkúpok esténként egyesével, később kettesével alkalmaztattak. A kúpokat a betegek kitűnően tűrték, a mennyiben semmi kellemetlen mellékhatást nem okoztak. Másként áll a dolog azonban az eljárás hatásos voltát illetőleg. Súlyosabb lueses esetek alig reagáltak a suppositoriumos kezelésre; szintúgy a könnyebb syphilises eruptiók is csak lassan, vontatottan gyógyultak. A recidivák korai beállása ellen úgy látszik nem véd ez a kezelés, mert a szerző már a kúra alatt is észlelt újabb recidivákat. A szerző véleménye ennek következtében oda irányul, hogy az *Audry*-féle kénésökezelés, bár igen kényelmes, nem kellemetlen és diszert, manifest lueses tünetek ellenében megbízhatatlan volta miatt alkalmatlan, közbenső kúrákhoz azonban, midőn tünetek nincsenek és más eljárások ellen akadályok merülnek fel, bízást használható. (Deutsche med. Wochenschrift, 1907. 44. szám.) *Gusman.*

Kisebb közlemények az orvogyakorlatra.

Az aethernarcosis után gyakoriak a szövödmények a légzőszervek részéről. Szabály azért, hogy csak teljesen egészséges légzőszervekkel bíró betegeken használjuk az aethernarcosist, hogy gondosan kerüljük a műtét alatt és után a lehülést és hogy az éppen csak szükséges aethermennyiségre szorítkozzunk, kisebb adagokra elosztva. *Rissmann* ezenkívül a műtét megelőző estén, továbbá közvetlenül a műtét előtt és után a következő porlasztott szert lélegezteti be $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{2}$ óráig: Thymol 0·20, Acidum salicylicum 1·0, Alkohol 5·0, Aqu. ferri 200·0. Elgyengült betegekké a műtétet követő napokon is végeztet inhalatiót physiologiai konyhasó-oldattal. A mióta az osnabrücker szülőintézetben ezt az eljárást használják, egy esetben sem támadt az aethernarcosis után szövödmény a légzőszervek részéről. A mi az aether adagolását illeti, a következő módon járnak el: először 10 cm³ aethert öntenek az álarcra, 2 perc múlva 20 cm³-t, további 2 perc múlva 10 cm³-t; ha már beállott az érzéstelenség, 5 percenként adnak 5 cm³-t, vagy ha nem elég mély az álom, 10 cm³-t. Tapasztalataik szerint kevesebb aetherre van szükségük, ha előzően 1 centigramm morphiumot fecskendeznek a bőr alá. (Ref. La semaine médicale, 1907. 51. szám.)

Paralysis agitans eseteiben kedvező eredményeket ért el *Berkeley* parathyreoidea-kivonattal, a melyet maga állít elő friss parathyreoideákból és tesz capsulákba; a capsulák, melyeknek mindegyike 3 centigramm friss parathyreoideának felel meg, jégen 6 hétig eltarthatók. A napi adag 3—5 capsula. A szerző eddig 30 esetben használta ezt a szert és 18-ban javulást látott. (Ref. La semaine médicale, 1907. 51. szám.)

Soványítókúrákban a hatás fokozására *Madajovsky* pajzsmirigyállományt rendel valami tonicummal és hashajtókat is ad. Thyreotheobrominipuláit kétféleképpen készített: 1. Rp. Gland. thyreoid. Merck 0'05; Theobromini natriosalicyl. 0'05; Podophyllini 0'0025; Chinini muriatici 0'025; Extr. casc. sagrad. 0'005. 2. Rp. Gland. thyreoid. Merck 0'05; Theobromini natriosalicyl. 0'05; Podophyllini 0'034; Chinini muriatici 0'025; Extr. sagrad. sicc. 0'078. Ez utóbbiakat olyan elhjasodottaknak adja, a kiknek szíve vagy erei részéről szövödmények állanak fenn. Reggel éhombra 3—6 labdacsot kell bevenni, s rövid idővel utána valamilyen alkaliás vizet inni. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1907. 32. sz.)

A retinitis albuminurica prognostikai jelentőségéről ír *Tychsen*. 60 esetben 58 végződött halálosan, még pedig 51-ben a retinitis kórjelzése után 1 éven belül, 5-ben 2 éven belül és 1—1-ben a 3. és 6. évben állott be a halál; csak 2 nőbeteg volt még 8 év múltán is életben. (Hospitaltidende, 1907. 30. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1908. 3. szám. *Lévai József*: Subphrenikus tályogok. *Salgó Jakab*: Kényszerképzetek és téveszmék. *Szántó Manó*: A nő idegélet köréből.

Orvosok lapja, 1908. 3. szám. *Adler Oszkár*: A Bier-féle kezelés a nőgyógyászatban. *Rottenbiller Ödön*: Adatok az idült rheumás ízületi gyulladások klinikai fellépéséhez és lefolyásához.

Budapesti orvosi ujság, 1908. 3. szám. *Schiller Károly*: Carcinoma és tuberculosis együttes előfordulása regionaris nyirokmirigyben. „Sebészet” melléklet, 1. szám. *Winternitz Arnold*: A hasi actinomyco-sisról. *Pólya Jenő*: A gyomor- és duodenumfekélyek átfürödése által okozott körülírt intraperitonealis tályogokról. *Steiner Pál*: A nyílt vese-sérülésekről. *Gellért Elemér*: Spontan megrepedt hasfalí sérv.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Ecsedi Mór* dr. tarnaméri körorvost tiszteletbeli járás-orvossá nevezte ki Heves vármegye főispánja. — A székesfevárosi főpolgármestere a balparti kórházakhoz *Rotter Henrik* dr.-t alorvossá, *Werner Pál* dr.-t segédorvossá, a jobbparti kórházakhoz pedig *Gludovátz Károly* dr.-t segédorvossá nevezte ki.

Választás. *Lévai Samu* dr.-t Kunbaján községi orvossá választották.

A budapesti „Fehér-Kereszt” gyermekkórházat a belügyminister nyilvánossági jelleggel ruházta fel s a napi ápolási díjat 2 korona 20 fillérben állapította meg.

Az „Országos védőegyesület a nemi betegségek ellen” sexual-paedagogiai tanácskozását január 27.-én, este 6 órakor folytatja az *Újvárosi ház* dísztermében (IV., Váci-utca 62—64). Előadó *Schuschny Henrik* dr. lesz. („Az iskolaorvos sexual-paedagogiai hivatása.”) A sexual-paedagogiai szaktanácskozás folyamán eddig a következő indítványok adtak be: *Kemény Ferencz* a következő vitatételeket állította fel: 1. Ki hivatott a felvilágosításra: az iskola, a család, avagy mindkettő? Melyiknek szerepe fontosabb? 2. Az iskolai felvilágosítás kötelező vagy fakultatív legyen-e? Hogyan rendezendő be, hogy senki kárát ne valja s a szülőknek érdekeit ne sértse? 3. Mikor, mely iskolában, a tanulók mily életkorában kezdődjék a felvilágosítás munkája? 4. Az iskolában ki vagy kik végezzék a felvilágosítást: tanító (tanár), iskolaorvos, vallástanító, természettanár? 5. Mit lehetne és kellene az ifjúság erkölcsi megóvása érdekében azonnal megvalósítani? Az előadó részéről előterjesztett indítvány: Tekintettel arra, hogy ebben a fontos és nehéz nevelési problémában valamelyes eredmény csak a tanügyi hatóságok közreműködésével és támogatásával érhető el, a szaktanácskozás az Országos Védőegyesület útján felkéri a vallás- és közoktatásügyi ministeriumot, hogy a sexualis paedagogia ügyét karolja fel s esetleg egy országos szaktanácskozás révén vigye dülőre. *Deutsch Ernő* dr. indítványa: 1. A nemi betegségek ellen küzdő egyesület irjon át az „Anyák iskolája” vezetőségéhez, hogy jövő előadási sorozatában a sexual-paedagogiáról is történjék említés. Az előadó lehetőleg nő legyen. 2. Az iskolák igazgatói szólíttassanak fel, hogy a szülői értekezleten a szóban forgó tárggyal behatóan foglalkozzanak. 3. A tanügyi kormánytól lépések teendők, hogy a tanító- és tanítónőképzédekben a sexual-paedagogiai tanfolyamok tartassanak. 4. Az egyesület tűzzön ki pályadíjat oly munka megírására, mely a szóban forgó tárggyal népszerűen foglalkozik. *Hahn Dezső* dr. indítványa: 1. A Védőegyesület szervezzen rögtön és önállóan, orvosok és paedagogusok bevonásával, a szülők számára sexual-paedagogiai előadásokat. A szülő tanolja meg, miként szabad és kell a gyermekeknek a tiszta igazságot megmondania. 2. A Védőegyesület szervezzen tanítók és tanárok számára sexual-paedagogiai cursusokat. 3. A közoktatásügyi kormánytól kérje a Védőegyesület részletes memorandumban, hogy az iskolában engedjen helyet a sexual-paedagogiának. A felvilágosítás nem mint külön tárgy tárgyalassék. a) A népiskolában és a középiskolák alsó öt osz-

tályában feltűnés nélkül, a természettani tananyagba elosztva, tanító és tanár ismeresse meg a gyermekkel a növények, az alacsony és magasabb állatok fejlődésének menetén a nemek különbözőségének, a termékenyítésnek, a szaporodásnak jelentőségét. A gyermek tiszta és határozott képzeteket nyerjen e tényekről és tanuljon meg elfogulatlanul gondolkodni fölöttük. b) A középiskola három magasabb osztályában, a tanoncziskolákban az iskolaorvos kötelessége, hogy az önfertőzés és a korai nemi élet veszélyeire reámutasson, hogy ellenük ethikai és egészségügyi érvekkel küzdjön. c) Főiskolákban és egyetemeken rendszeres előadások szerveztessenek a nemi bajok elhárításáról, a tanárjelöltek sexual-paedagogiai oktatást nyerjenek. d) Tanító- és tanítónőképző-intézetekben a sexual-paedagogia vétessék fel a tananyagba.

A „Budapesti Orvosi Kör” a folyó évben is tart sorozatos előadásokat. Az I. előadás január 28.-án lesz; *Detre László* dr. fog beszélni „Az immunitás gyakorlati alkalmazása” czímen. A II. előadás (február 4.-én) folytatása lesz az elsőnek, a III. előadás pedig (február 11.-én) *Aujesky Aladár* dr. fogja ismertetni a serumkészítés elveit és technikáját. Az előadásokra, a melyek este 6 órakor tartatnak a budapesti kir. orvosegyesület nagytermében, vendégeket szívesen lát az elnökség.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület december hóban 657 esetben nyújtott segítséget. Ezenkívül 677 szállítást végzett, 81 esetben mint mozgóórszék szerepelt és 9 esetben vaklárma miatt vonult ki. A december havi működési főösszeg tehát 1424.

Meghalt. *Rapcsák Emil* dr., Orosháza főorvosa 51 éves korában.

Tátrafüreden a téli évadban január 15.-éig 251 vendég tartózkodott.

Új folyóiratok. *Karger S.* kiadásában Berlinben az imént indul meg a „Beiträge zur Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Ohres, der Nase und des Kehlkopfes”: Passow és Schaeffer berlini tanárok szerkesztik. — *Stuber A.* kiadásában Würzburgban április 1.-én kezd meg pályafutását a „Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie und ihre Grenzgebiete”. — G. d'Abundo tanár kiadásában és A. Scuderi szerkesztésében Cataniában neuropathologiai folyóirat indul meg: *Rivista Italiana di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia.* — Bossi tanár kiadásában és Gigli szerkesztésében „La Ginecologia Moderna” czímmel Genuában új nőorvostani folyóirat jelenik meg.

Jelen számunkhoz a **F. Hoffmann-La Roche & Cie. czég** „Thiocol-Sirolin-Sulfosot-szörp” czímű prospektusa van csatolva.

Jelen számunkhoz a **Chemische Fabrik Heyden czég** „Creosotal” czímű prospektusa van csatolva.

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

Budapesti Zander-gyógyintézet

VIII., Múzeum-körút 2. Teljes fizikális gyógyberendezés. Főbb javalatok: Idült gyomorbeláttonia, székrekedés, elhízás, köszvény, csúsz, idegszabák (ischias stb.). Csonttörések és egyéb sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Erelmeszesedés, szívbajok, bronchialis asthma (villamos fényfürdővel), neurasthenia, bémulások. Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése (Zander módszerével). Gerinczélgyömbülések.

JUSTUS Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete. Budapest, IV., Károly-körút 14. 4327. Fürdők, sugaras gyógyítás, fizikális gyógymódok.

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

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

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

Dr. Gara Géza, Meran. Sanatorium. Prospectus.

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete, Budapest VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle koncentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Röntgentherapia. — Átvilágítás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kívánatra bővebb értesítés.

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

Orvosi laboratórium: **Dr. Mátrai Gábor** v. egyetemi tanársegéd. **Andrássy-út 50** (Oktogon-tér). Telefon 26—69.

ERDEY Dr. Budapest, IX., Bakács-tér 10. Nőbetegek és szülők részére. 4153 SANATORIUMA.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom. Budapesti kir. Orvosegyesület. (II. rendes tudományos ülés 1908 január 11.-én.) 66. l. — Közkórházi orvostársulat. (XIV. bemutató ülés 1907 december 4.-én.) 66. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 68. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(II. rendes tud. ülés 1908 január 11.-én.)

Elnök: Bókay Árpád, később Hirschler Ágoston. Jegyző:

Verebély Tibor.

Mint vendég jelen van Kisch tanár Prágából.

A rekeszizom atypusos légzésmozgásai.

Korányi Frigyes: Bevezetésül rámutat azon érdekre, melyekkel a betegségek tünetnéyeinek alakulása és időszakonkénti átalakulása bír, s a melyek a kórképet alkotják. Rámutat a jelentőség különböző irányára, a melylyel a szokott kórképtől elütő egyes tünetnéyek diagnostikai, valamint prognostikai tekintetben birhatnak s a melyek néha kiinduláspontjai lehetnek olyan kutatásoknak, a melyek nemcsak differential-diagnostikai jelentőségűek, hanem új kórfolyamatok vagy kóralakok felismerésére vezetnek.

Előadásának első tárgyául a rekeszizom atypusos mozgásának néhány esetét választja. Stethographiás görbékben mutatja be a szabályos épéleti diaphragmális légzésnek az epigastrium alakváltozásában nyilvánuló menetét. Ennek kapcsolatában vázol néhány tüdőgyulladásos és egy tüdőleégdag kapcsolatában fejlődött myodegeneratióban szenvedő betegen észlelt diaphragmális légzésmozgást. Ennek stethogrammját az jellemzi, hogy az epigastriumnak inspiratorius emelkedése által létrehozott felhágó görbeszár az emelkedés tetőpontján vízszintes vonalba megy át, jelöl annak, hogy a diaphragma az elért legnagyobb fokú összehúzódásában néhány pillanatig megállapodik, azután pedig az epigastrium lelohadását jelző lehágó görbe szár meredek függélyes vonal alakjában fut le. Az előadó leírja, hogy az epigastriumnak ezen mozgása a szemléltet egy élettelen lepelnek felülről való lezuhanására emlékezteti. A légzés ezen alakját a betegeknek agonális vagy praeagonális szakaszában észlelte. Időleges javulás eseteiben vagy bizonyos gyógyszerek hatása alatt a görbe a normálhoz közeledhetik. Erre vonatkozó görbéket szintén bemutat. Végleges javulás esetén a görbék szabályossá válnak.

Az atypusos haslégzés egy másik sorozata, a melyet szintén stethogrammokon mutat be, olyan betegre vonatkozik, a kin heveny csúzos megbetegedéssel egyidőben szívburok- és szívbelhártyagyuladást függérbillentyűelégtelenséggel s e mellett kétoldali exsudatív pleuritist állapítottak meg. A betegség folyamataiban a haslégzés akként változott meg, hogy belégzéskor az epigastrium mélyen besüppedt, kilégzéskor pedig erősen kidomborodott. A mellkaslégzés e mellett rendes módon folyt le. A rekesz ezen megfordított irányú mozgásának okát a lobtermények súlya alatt lenyomott, a hasüreg felé domborodó diaphragma-állásban találja; a rekesz a mellkas inspiratorius tágulása és a negatív nyomás fokozódása alatt a külső atmosphaeranyomás által a mellkasírr felé szorítottatik. A bemutatott görbék azt is mutatják, hogy az izzadmányok fokozatos felszívódása közben a légzés alakja az egyik oldalon vagy a középben rendessé válhatik, míg a másik oldalon a megfordított típus fennáll. Az izzadmányok előhaladó felszívódása alatt a légzéstypus rendessé vált, míg az újabb rosszabbodás s az izzadmányos folyamat kiújulása idején hosszabb időre ismét beállott. Az előadás idején észlelhető már nem volt. Az előadó a légzésnek ezen eltérését invers vagy paradox rekeszlégzésnek nevezi.

A gerincoszlop kopogtatási hangjának kórtüneti jelentősége a has- és medenceüir daganataiban.

Korányi Frigyes: Az előadás tárgyát azon észleletei alkotják, melyek a gerincoszlop kopogtatási hangjának épéleti és kóros viszonyok közti minőségére vonatkoznak. Röviden visszatekint az 1906. év elején tartott orvosegyesületi előadására s az

„Orvosi Hetilap“ azon évi első számában tett közlésére, a melyekben az ép gerincoszlop kopogtatási hangjának megállapításával és e kopogtatási hang azon elváltozásaival foglalkozott, a melyeket a hátulsó gátorban foglalt szervek kóros megváltozásakor megállapított. Emlékeztet ezikkének azon részére, mely az általa mellhártya-izzadmány eseteiben először megállapított és trigonum pleuriticumnak nevezett tompulati területre, valamint ennek differential-diagnostikai jelentőségére vonatkozik. Majd azon későbbi kiegészítő vizsgálatait s ezek eredményeit említi, a melyeket a „Zeitschrift für klinische Medizin“ 1906. évi folyamatában ismertetett, a mely alkalmával rámutatott arra is, hogy a gerinczkopogtatás a hasi és medenceüiri betegségek felismerésében is hasznos lehet. Jelen előadásában azon eredményeket mutatja be, a melyeket hasi és medenceüiri megbetegedésekben ezen módszerrel azóta elért. Első sorban a hasi és medenceüiri gerincoszlop vizsgálatának módszerét mutatja be egy betegen és feltünteti, hogy helyes eljárással az ágyékgerincz, valamint a kereszt- és farcsíkcsont egészséges emberen egészen tipusos kopogtatási hangot ad. Ezután ábráknak sorozatában mutatja be a kopogtatási hangnak azon kóros eltérését, a melyet részint a saját klinikáján, részint pedig Tauffer, Bársony és idősebb Elischer tanárok szívességéből az illetőknek intézeteiben megállapított. Az eseteknek egy része parametritiszes folyamatokra s különböző következményeikre, másik része petefészekbetegségekre, méhdaganatokra és méhhelyzetváltozásokra vonatkozik. Majd áttér a hasi szervek vizsgálatára, tárgyalja a máj mozgékonyosságának gyakoriságát, különböző fokait, bemutatja ezen szerv igen nagyfokú helyzetváltozásának és odanövésének Röntgen-képét és végül áttér a vesék kikopogtatására és boncolástani készítmény kíséretében bemutat esetet, a melyben a megbetegedett vesének kimutatása más módon kivihető nem volt, a kopogtatás azonban a jobboldali vese megnagyobbodását kiderítette. A boncoláskor a jobb vesének mélységi és vastagsági átmérője 1 centiméterrel mutatkozott nagyobb, mint a bal veséé.

Közkórházi orvostársulat.

(XIV. bemutató ülés 1907 december 4.-én.)

Elnök: Medvei Béla. Jegyző: Török Béla.

Subscapularis bordasarkoma.

Balás Dezső: K. M., 76 éves földmives október 7.-én vétetett fel Janny osztályára. A beteg előadja, hogy 3 hó előttig egész életében egészségesnek érezte magát, midőn hirtelen ismeretlen okból bal lapoczkája táján mélyebb légvételtor, de spontán is nyilaló fájdalom jelentkeztek, melyek azóta állandósultak és fokozódtak.

Az eléggé erőteljes, jól táplált beteg mellkasi és hasi szervei, leszámítva az arteriosclerosist, egészségesek.

Bal lapoczkája erősen előre domborodó, a lapoczka szárnyszerűen elálló, míg a jobboldali rendes elhelyeződésű. A bal lapoczka alá nyúlva homályosan egy kb. férfükölnyi nagyságú, legömbölyített, porczkemény, mozgathatlan daganat tapintható, mely felett a lapoczka mozgatható. A beteg mélyebb légvételtor nagyobb, nyomásra kisebb fokú fájdalomról panaszkodik. A diagnosist ritkább elhelyeződésű osteosarkomára tettük. Tekintettel a beteg erőteljes voltára, a műtétet október 15.-én chloroform-narcosisban oly módon végeztem, hogy a bal lapoczkát egész terjedelmének megfelelő, félkörös bőrízomlebenymetszéssel egészen szabaddá tettem, majd a latissimus dorsi hasának átmetszése után a scapulát a gerincoszlop felé luxáltam. Ekkor előttem állott a daganat, mely kb. két férfitenyérynnyi szélességben 3 bordát foglalt el. A 3 bordának az épben resectioja után sikerült a daganatnak ökölnyi mellüri részét az ép pleuráról ennek beszakadása nélkül tompán letolni. A daganat helyére drainsövet téve, a scapulát reponáltam, a latissimus dorsit selyemvarratokkal pontosan egye-

sítttem és a sebet teljesen zártam. A drain a 4. napon távolítottam el; a gyógyulás per primam folyt le. A beteg a műtét utáni 11. napon functionáló bal karral gyógyultán távozott.

Esetemet a bordasarkoma ritkább előfordulási helye és ama körülmény teszi bemutatásra érdemessé, hogy az elsődleges bordasarkoma 76 éves egyéneken fordul elő. A mint az egyre szaporodó casuistikai közlemények mindinkább megdöntik azt a régebbi téves hitet, hogy a carcinoma csak idősebb egyéneken fordul elő, úgy ez az eset eléggé alkalmas annak bizonyítására, hogy viszont a sarkoma nem csupán a fiatalabb kor betegsége.

Tubeovariális tályog műtett esetei.

Balás Dezső: A) R. Gy.-né 37 éves boltiszolga neje augusztus 31.-én vétetett fel Janny osztályára. Előadja, hogy 8 év előtt, 10 nappal esküvője után betegedett meg méh- és méhkörüli gyuladással, a mikor is 2 hónapig súlyos betegen feküdt, de ez időtől is csaknem állandóan orvosi kezelés alatt állott.

Felvétele előtt 3 hóval állapota annyira rosszabbodott, hogy hasfájdalmai miatt járni már nem tudott. Nem szült és nem abortált. A végképen lesoványodott, kevésvérű, elgyengült beteg vizsgálatakor mellkasi szervei épek, hasa mérsékelten elődomborodó. Méhe kicsi, retroversioiban, a beszűrődött parametrium post.-ba beágyazottan rögzített. A méh mellett baloldalt s tőle elkülöníthetően a parametriumba beágyazott, a Douglast is ledomborító és a környezettel szorosán összekapaszkodott, kb. kétökölnyi, némi hullámzást mutató daganat található, mely csak vertikális irányban mutat némi mozgathatóságot. A jobb medenczefalról a parametriumba félgömbszerűen bedomborodó, a méhvel össze nem függő resistentia tapintható.

Baloldali tubeovariális tályogra állítva fel a diagnosist, a beteget f. évi szeptember 11.-én operáltam meg aethernarcosisban.

A has megnyitása után a nemi szerveket csepleszből és belekből alkotott, egymással és a nemi szervek felületével szívósan összenőtt oly nagy conglomeratum fedte, hogy az első pillanatban a nemi szervek megközelíthetetlennek látszottak. Nagy nehezen sikerült az összenőtt beleket egymástól különválasztani és a nemi szerveket szabaddá tenni, miközben 8 helyen kellett bélvarratot alkalmazni. Mindenekelőtt megpróbáltam a vakbéllel, a flexura sigmoideával és a végbéllel lapszerint szívósan összenőtt baloldali tubo-ovariális genyzsák tartalmát — valósággal dögbüzi genyet — szűrcsapon leereszteni, de a zsák fala oly rigid volt, hogy ez úton a daganat alig kisebbedett meg. Nagy nehézséggel és éles metszésekkel sikerült a genyzsák falazatának leválasztása a vakbélről, a flexuráról és a végbélről; a végbélnek azonban kb. koronányi területén a nyálkahártya csupaszon maradt, felette a bélfalat 2 étegen egyesítettem.

Tekintettel a végbél nagyobb sértésére és a geny büzös voltára, a kóros jobb adnexumok eltávolítása után Mikulicz-tampont helyeztem be és a hasiürt zártam. Láztalan lefolyás mellett a műtét utáni 6. napon büzös genyvel kevert bélsár ömlött a Mikulicz-tampont mellett a hasseben át. Alkalmasint a végbélnek sérült részén át képződött a bélsársipoly. A beteg protrahált meleg fürdőket kapott és műtét utáni 3. hét végén a bélsárömlés teljesen megszűnt. A beteg november 17.-én gyógyultán hagyta el osztályunkat Fennjár, tetemesen megerősödött és nincsenek fájdalmai.

B) F. A. 32 éves magánzó f. évi október 16.-án vétetett át Dieballa osztályáról. Előadja, hogy 10 év előtt ment férjhez. Közvetlen esküvője után méh- és méhkörüli gyuladásban súlyosan megbetegedett és 4 évig feküdt. Ez időtől állandóan orvosi kezelés alatt állott, míg állapota felvétele előtt 5 hóval már annyira rosszabbodott, hogy az állandó hidegrázások, az időnként jelentkező csuklás, hányás és táplálkozásihiány miatt annyira elerőtlenedett, hogy járni sem tudott. Nem szült, nem abortált.

A lesoványodott, kevésvérű betegen binanquális vizsgálattal nyert körlet csaknem azonos az előbbi esetben leiróttal. Itt is a hátrahajlott, rögzített méh bal oldalán elkülöníthető, a Douglast ledomborító, a környezettel összenőtt, nem mozgatható, kb.

ökölnyi, rugalmas daganat volt kimutatható, jobboldali gyermek-ökölnyi tömött adnexumokkal.

A műtétet november 6.-án végeztem aethernarcosisban. A has megnyitása után a nemi szerveket fedő bélcglomeratumot tompán sikerült szétválasztani. A tubeovariális zsák punctiora itt sem esett össze, s a szívósan összenőtt zsákot csak élesen sikerült nagy nehézségekkel a vakbélről, a flexuráról és a végbélről leválasztani. Tekintettel arra, hogy a zsákot egészben sikerült kiemelni és a belek leválasztási felületeit peritoneummal is borítottam, a hasüreget teljesen zártam. A gyógyulás per primam folyt le. Jelenleg a beteg fennjár, fájdalmai nincsenek.

Tanúságként ki akarom említeni, hogy mindkét beteg közvetlen esküvője után, mindenképpen gonorrhoeás fertőzés folytán betegedett meg; az egyik 8, a másik 10 év óta állott állandó nőgyógyászati kezelés alatt mindaddig, míg mindkettő ágyának dőlt; a műtét beavatkozása pedig ily extrém állapotban is 1—2 hónap alatt meghozta a lényeges javulást, sőt a gyógyulást. Kívánatos volna, hogy hasonló esetekben a kezelőorvos a műtét indicatiót ne halasztja a beteg kétségbeesett állapotáig és előbb engedje át a teret a műtét beavatkozásnak.

Dirner Gusztáv: Egyetért az előadónak a conservatív nőgyógyászokhoz intézett figyelmeztetésével, hogy az ilyen esetet korábban küldjék sebészi kezelésbe. Ismeri az ilyen eseteket, melyekben a leválasztás a belekről igen nehéz. Feltétlenül szükségesnek tartja a drainezést, de nem felfelé Mikulicz szerint, hanem a hátulsó hüvelyfalon át lefelé, a minek az az előnye, hogy az általános fertőzés keletkezése elkerülhető. Jodoformgazeccsikkal tamponál. A Douglas megnyitása a hüvely felől egyszerű.

Angolkór ritka esete.

Hainiss Géza: S. J. 4 éves. Atyja egészséges, anyja öt év óta köhög, időnként lázas, vért köpött, éjjel izzad. Atyja 38 éves, anyja 34 éves volt a gyermek születésekor. Öt gyermekük egészséges, egy közepes mértékben angolkóros. A gyermek egy hónapos koráig szopott, 8 hónapig kifejt anyatejjel táplálkozott, azóta tehéntej, leves, daró, rizs a tápláléka. Hogy az első foga mikor jelentkezett, arra szülei nem emlékeznek. Járni sohasem tudott. Egy hónapos koráig egészséges volt, akkor eklampsiás görcsök jelentkeztek naponta 20—30-szor, egy év óta a görcsök száma megkevesbedett, két hónap óta még ritkábban mutatkoznak.

Foetális vagy veleszületett rhachitisre nem gondolhatunk, hanem egy az első életévben kezdődött s a lehető legnagyobb mérvet öltött zavarára a csontképződésnek.

Úgy látszik, hogy a 2., vagyis a deformációs szak itt igen hosszú tartamú volt, s talán azt mondhatjuk, hogy még ma is ebben a szakában van a bántalom, a mennyiben a csontok oly állapotban vannak, hogy görbüléseiknek további fokozódását várhatjuk.

Mint igen érdekes körülményt fel kell említenem, hogy a Röntgen-felvétel, mint ezt Stein kartárs velem közölte, nem sikerült, mert a csontok a sugarakat átbocsátották, s így a csontváz Röntgen-képen nem örökíthető meg.

A koponya aránylag kicsiny és kemény, a nagy kutacska azonban fél fillérnyi nagyságban még kitapintható, a tabesnek nyoma sincs. Ellenben a csöves csontokon nemcsak az epiphysisek, hanem különösen a diaphysisek is hatalmas elváltozásokat mutatnak. A kulacsontok félkör alakúlag elődomborodnak, az ú. n. olvasó jellegzetesen kifejezett; a gerinceoszlop kétszeres görbülést mutat az illető mellkasfél bordáinak szabálytalan kidomborodásával. A felső és alsó végtagok hosszú csöves csontjai össze-vissza görbültek, s a lábszárcsontok alsó harmadában, úgy látszik a gyermek mostani lábtartásának állandósága folytán, a bal oldalon a jobb lábszár nyomása miatt bemélyedés van.

Szóval a legnagyobb fokú, de egyúttal a legritkábban előforduló csontelváltozások láthatók a szerencsétlen gyermekben, a ki sem ülni, sem járni nem tud, ezenkívül úgy látszik, hogy nem is hall. Beszélni egyáltalán nem tud, semmi iránt sem érdeklődik, sőt az éhség jeleit sem mutatja. Csak kanállal lehet táplálni, pohárból vagy szopóüvegből táplálkozni nem tud.

(Folytatása következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A diabeteses acidosisról és gyógyításáról tartott előadást nemrégiben *Minkowski* tanár. Kifejtette, hogy az acetontestek úgy a zsírok-ból, mint a fehérjékből képződnek. Ha ennek alapján az acidosisban szenvedő diabeteses betegből megvonnánk a zsírt, a táplálkozás nagyon hiányossá válnék, mert a test caloria-szükségletét nem lehet egyedül fehérjékkel fedezni. A diabetesen kívül vannak még más kóros állapotok is, a melyek acidosisal járnak, így az éhezés, a láz, a carcinoma; mindezen állapotoknak közös vonása, hogy inanitio áll fenn s a test szövetei fokozottan esnek szét. Kiderült, hogy ezen állapotokban nem a hiányos táplálkozás egymaga, hanem a szénhidratok hiánya okozza az acidosis, még pedig az oxydationnak a szénhidratok hiánya által feltételezett hiányos volta miatt. Minthogy a diabetesben a szénhidratoknak hiányos oxydálása áll fenn, acidosisal járó súlyos diabeteses esetekben megpróbálták a szénhidratokban dús diétát, abból a föltevéstől indulva ki, hogy ha csökkent is a szénhidratok oxydátója, sok szénhidrat jelenléte esetén mégis csak nagyobbak az oxydatiós folyamatok s így az acidosis csökkenhet. Ily módon keletkezett a burgonya- és a zabkúra. Kétségtelen, hogy használatuk esetén az acidosis csökken, sőt néha teljesen el is tűnik; ez az eredmény azonban sokkal nagyobb károsodás árán támad, a mennyiben maga a diabetes válik súlyosabbá, a szervezet fokozatosan mind kevesebb szénhidratot tud elégetni s végül az acidosis megint csak beáll. *Minkowski* véleménye szerint tehát mégis csak legjobb maga a diabetes ellen küzdeni, vagyis szigorú diéta (szénhidratok teljes kizárása) és bőséges mennyiségű zsír adása mellett a szervezet toleranciáját a szénhidratokkal szemben lassanként fokozni. Nincs kizárva ugyan, hogy az ilyen szigorú diéta mellett az acidosis gyorsan fokozódik; ilyen esetben csak fokozatosan szigorítjuk a diétát, bőségesen adunk folyadékot és alkalikát (20–30 gramm natrium bicarbonicum naponként, míg a vizelet gyengén alkalissá válik s ilyen is marad). A prophylaxis céljából is használható a natrium bicarbonicum az acidosis megelőzésére olyankor, a mikor a diétát szigorítani kell. Végül nagyon ajánlja a böjtnapok közbeiktatását, mert tapasztalatai szerint éhezéskor gyorsan és nagy mértékben fejlődik vissza az acetecetzsavkiválasztás. (Ref. Die Therapie de Gegenwart, 1907. 12. füzet.)

PÁLYÁZATOK.

5136/907. sz.

Nógrád vármegye nógrádi járásában Romhány székhelyi megüresedett körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek s felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t. cz. 143. §-a, illetve az 1883. évi I. t. cz. 9. §-a értelmében felszerelt kérvényüket hozzám f. évi február hó 15.-éig nyújtsák be.

A körorvos javadalmazása a következő:

Évi 1200 korona törzsfizetés, ötödévenként — 4 szer — 100 korona korpótlék, 200 korona úti átalány havi utólagos részletekben az adóhivatalból kiutalva. Látogatási és műteti díjak kölcsönös megállapodás szerint a községekkel, esetleg az eddig megállapított díjak: az orvos lakásán 60 fillér, a beteg lakásán 1 korona. Székhelyén kívül természetbeni fuvar, vagy ennek megváltási díja és 3 korona látogatási díj. Műtétékért a 135,000/19,000. B. M. rendelet IV. fokozatában megállapított díjak egyharmada 1–10 koronáig. Éjjel a díjak kétszerese. Egyéb jövedelmek: székhelyén vágatási biztosi díjak, halottkémlési és himlőoltási díjak, melyekből körülbelül 200 korona folyik be. Székhelyén gyógyszerár, a körben több uradalom, mely évi fixumot fizet.

A megválasztott körorvos tartozik a köréhez tartozó 12 községet havonta egyszer meglátogatni és az igazolt szegényeket ingyen gyógykezeltetni.

A választás napja iránt később fogok intézkedni és arról a pályázókat értesíteni.

Rétság, 1908. évi január hó 18.-án.

A főszolgabíró.

31/908. eln. sz.

Bihar vármegye közpörházánál egy 1200 korona évi fizetés, élelm. és teljes ellátással javadalmazott segédorvosi állás üresedett meg.

Felkérem a pályázni óhajtó orvos urakat, hogy Bihar vármegye főispánja méltóságos Glac Antal úrhoz intézendő kérvényüket okmányaikkal felszerelve hozzám f. évi február hó 6.-áig adják be.

Nagyvárad, 1908. évi január hó 21.-én.

Fráter dr., igazgató-főorvos.

8/908. eln. sz.

A pozsonyi m. kir. állami kórházban egy másodorvosi állás megüresedvén, annak betöltésére a nagyméltóságú belügyminister úrnak 1908. évi január hó 9.-én kelt 2056/VII—a. számú magas rendelete alapján pályázatot hirdetek.

Felhívom azon magyarhoni illetőségű orvos urakat, kik ezen 1200 korona fizetéssel, szabad lakással, fűtéssel, világítással és I. oszt. élelm. és javadalmazott ideiglenes minőségű, két évi időtartamra szóló állást elfoglalni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t. cz. 9. §-ában megkivánt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt s a belügyminister úr 6 nagyméltóságú ágához címzett folyamodványait f. évi február hó 3.-áig alulírottához nyújtsák be.

Pozsony, 1908. évi január hó 19.-én.

2—1

Pantocsek József dr., igazgató-orvos.

2303/1907. sz.

Bihar vármegye beéli járásában üresedésben lévő ökrösi körorvosi állásra pályázatot hirdetek és mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, felhívom, hogy képesítésüket, eddigi alkalmaztatásukat és nyelvismeretüket igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám 1908. évi január hó 24.-ének d. u. 5 órájáig annyival is inkább nyújtsák be, mert a később érkező kérvényeket figyelmen kívül fogom hagyni.

A román nyelvet bírók előnyben részesítettnek.

Javadalmazás:

1. Készpénz-fizetés 1600 korona.
2. Úti átalány 400 korona.
3. Természetbeni lakás, mely áll 3 szoba, konyha, kamara, 1 külön rendelő szobából és konyhakertből.
4. Ökrös és Bogy községekben a szabályrendeletileg megállapított halottkémlési átalányok.
5. Ökrös községben, hol a körorvos a vágatási biztosi teendőket is ellátja, a szabályrendeletileg megállapított díjak.
6. Hivatalos látogatások alkalmával, valamint a székhelyen 80 fillér beteglátogatási és 40 fillér vénnyírási díj.
7. A megválasztandó körorvos részére kézi gyógyszerár tarthatása kiállításba van helyezve.

A választást a beéli közigazgatás tanácstermében 1908. évi január hó 30.-án d. e. 10 órákor fogom megtartani.

Beéli, 1907. évi december hó 29.-én.

3—3

Éder Géza, főszolgabíró.

391/1908. sz.

Baja város közpörházánál újonnan rendszeresített, évi 1200 korona fizetéssel, szabad lakás, fűtés, világítás és élelm. és javadalmazott alorvosi állásra ezennel pályázatot nyitattik.

Folyamodni óhajtók felhívom, hogy kellő minősítésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket legkésőbb f. évi február hó 7. napjáig méltóságos dr. Ambrozovics Lajos városi főispán úrhoz címezve nyújtsák be.

Csakis orvosdoktorok pályázhatnak.

Baja, 1908. évi január hó 7.-én.

3—3

A polgármester h.
Erdélyi, főjegyző.

HIRDETÉSEK.



A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

kitünő 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-Lipőcei Salvatorforrás-Vállalatnál
Budapest, V. Rudóifrakpart 8.

HAEMOSTAN

100 darab ára 6 korona.

DISPNON

50 darab ára 6 korona.

CALMYREN

100 darab ára 6 korona.

GELATIN

Hydrastis-Gossypii-tabletták.
Méregtelen haemostaticum méh-
vérzésekénél.

Theobromin-Quebracho-tabletták
asthma, angina pectoris, arteriosclerosis ellen.

Valeriana-camphor-pepsin-pilulák
neurasthenia, hysteria és szív-
neurosisok ellen.

készítmények: Globuli vaginales, bougies urethrales et nasales, Tubuli, suppositoria et Amygdalae aurium.

„Apotheke zur Austria“ Wien, IX., Währingerstrasse 18.
Főraktár Magyarország részére:
Richter Gedeon „Sas-gyógytár“, Budapest, IX., Üllői-út 105.