

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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 Schwartz Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Haberern Jonathan Pál és Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

- Lenkei Vilmos Dani:** A légfürdők hatása a test hőmérsékére. 252. lap.
- Jacobi József:** Közlés a budapesti poliklinika mellkasi szervek betegségeinek osztályáról. (Főorvos: Terray Pál dr., egyet. ny. rk. tanár.) Összehasonlító fizikai és Röntgen-vizsgálatok tüdőtuberculosásban. Egyszerűsített a Calmette-féle ophthalmoreactióról Röntgen-vizsgálatokkal kapcsolatban. 255. lap.
- Lobmayer Géza:** Körömmeltávolító eszköz. 257. lap.
- Kóssa Gyula:** A régi magyar orvosnövendék. 257. lap.
- Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Dollinger Gyula:** A budapesti kir. magyar tudományegyetem I. sz. sebésze i. klinikájának évkönyve az 1906/1907. tanítási

évről. — Chyzer Béla: Utí levelek. — Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. W. Janowski: A Rivalta-próba. — Messerschmidt: A vér kimutatása a bélsárban. — Belorvostan. His: A köszvény és rheumatismus. — Sebészet. Bier: Gyűjtőeres anaesthesia. — Szülészet és nőorvostan. Scheffzek: Az újszülöttek koponyabehorpadásának kezelése. — Bőrkórtan. F. Veiel: Familiáris betegség alakjában jelentkező lichen planus. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Siebert: A gyermekkori idegesség és táplálkozásmód összefüggése. — Frey: Skrofulás mirigyduzzanatok. — Stürmer és Lüders: Propäsin. 259—263. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 263. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 263. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 264—267. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A légfürdők hatása a test hőmérsékére.

Irta: Lenkei Vilmos Dani dr., Budapest-Almádi.

Azon vizsgálatok, a melyeket legutóbb azon ezélből végeztem, hogy a napfürdőknek a test hőmérsékére gyakorolt hatását pontosan megismerjem, azt a tanulságot is szolgáltatották, hogy a hónalj és a végbél hőmérséke között nemesak abban van különbség, hogy az előbbi alacsonyabb szokott lenni az utóbbinál és hogy ez a differentia változó, hanem abban is, hogy a hőmérsék ezen a két helyen gyakran ellentétes irányban is változik. Közelfekvőnek tartottam tehát, hogy esetleg a nyelv alatt, a hol a tavaly közölt légfürdővizsgálásaim alkalmával mértem a test hőmérsékét, sem nyerjük pontosan azt a hőfokot és azokat a változásokat, a melyek a test belsejében lefolynak. Ez okból a test hőmérsékét a légfürdők alatt is újból ellenőriztem, de ezúttal a végbélben, és hogy a szervezet hőmérsékélváltozásairól tüzetesebb képet nyerjek, a hőmérsékét ezzel egyidőben a test felszínén is mértem. Az utóbbi valamennyi esetben a mellkason a 2. bordaköz magasságában, de némely esetben más testrészekben (a hason, alkaron, lábszáron, talpon stb.) is mértem. De a táblázatban feltüntetett s a bőrre vonatkozó adatok mind a törzs köztakarójára vonatkoznak. Néhány esetben egyúttal még a nyelv és hónalj alatt is mértem a hőmérsékét.

Párhuzamban ezen mérésekkel még a vizeletkiválasztást (húgyanyag és folyadékmennyiség stb.) és a test súlyváltozásait is mértem. De a vizsgálatok ezen részéről majd csak legközelebb számolok be.

A vizsgálatokat 36 esetben végeztem, ezek között 14 egészséges, 4 elhízott, 10 idegbajos és 8 vérszegény (chlorosis, anaemia) volt. Hatan a női nemhez tartoztak. A vizsgáltak kora 5 és 45 év között ingadozott. Néhányan közülük még újonczok voltak a légfürdés terén, de nagyobb részük már többé-kevésbé edzett volt.

Hogy a testmozgás okozta hőmérsékélváltozásokat kizárjam, a

levetközés előtt valamennyi esetben csak hosszabb pihenés után mértem meg a végbél és a bőr hőmérsékét. A légfürdés alatt és annak befejezte után egy órán át negyedóránként végeztem a méréseket, sok esetben még ezen túl is. A hőmérsékét oly módon eszközöltem, mint azt már „A napfürdők hatásáról a test hőmérsékére“ szóló dolgozatomban (I. Orvosi Hetilap, 1908. 10. szám) leirtam.

A vizsgálatokat valamennyi esetben szélesdedes levegőben, fedett, csak egyik oldalon nyitott helyiségben végeztem. A vizsgáltak a légfürdő alatt nyugodtan maradtak, álldogáltak s legfeljebb néha léptek egyet-kettőt. Épen így viselkedtek a légfürdő után is, csak a hideg légfürdők után esett meg, hogy többen ágyba, takaró alá bujtak. Az izommunkát nyugodt fekvés által teljesen kizárhatam volna, de mivel akkor a test egyik oldalát levegő nem érte volna, a vizsgálandókat inkább álldogálni hagytam. Első légfürdővizsgálásaim alkalmával az illetők mozgást végeztek, mely hideg levegőben meglehetősen élénk volt. Ezúttal részben azért igyekeztem a levegő és a test mozgását a légfürdő alatt és után kizárni, hogy az ezek által okozott, nehezen ellenőrizhető hőkiadás illetve hőképzés az eredmények megítélésében zavart ne okozzon, és részben azért, hogy ily módon lássam, mennyiben tér el a mostani vizsgálatok eredménye a régiéktől, a melyek alkalmával az izommunka is közrejátszott.

A nyert adatokat, úgy mint már előző munkámban is, a levegő hőmérséke szerint 3 csoportba osztottam. Az elsőbe azokat foglaltam, a kik 20—30 fokos, tehát langyos légfürdőket vettek (a levegő közepes hőmérséke ezekben 24.3 C° volt), a másodikba azokat, a kik 14—20 fokos, tehát hűvös (középszámmal 18.8°) levegőben, a harmadikba meg azokat, a kik 10—14 fokos, tehát hideg levegőben (átlagban 12.0 fokosban) fürödtek.

A levegő relatív páratartalma a langyos légfürdőkben 51%, a hűvösökben 50.5%, a hidegekben 53.5%, a fényerő $\frac{1}{93}$,

$\frac{1}{100}$ és $\frac{1}{116}$ volt.

A testhőmérséké változásaira vonatkozó átlagos eredmények a következők:

Közepes levegő-hőmérsék	A hőmérés helye	A testhőmérsék közepes változásai								Végeredmény egy órával a légfürdő befejezése után
		a légfürdő alatt az				a légfürdő befejezése után az				
		1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	
		n e g y e d ó r á b a n				n e g y e d ó r á b a n				
24·3	a végbélben	+0·12	+0·06	+0·03	-0·02	-0·05	-0·06	-0·03	+0·02	+0·07
	a bőrön	-1·25	-0·35	-0·15	0	+0·63	+1·2	+0·25	+0·55	+0·88
18·8	a végbélben	+0·04	+0·18	+0·05	-0·08	-0·2	-0·2	+0·01	0	-0·20
	a bőrön	-1·57	-0·50	-0·25	-0·68	+0·9	+1·0	+1·37	+0·48	+0·75
12·0	a végbélben	+0·12	+0·08	+0·07	-0·33	-0·26	-0·21	+0·1	0	-0·43
	a bőrön	-2·78	-0·78	-1·1	-1·0	+1·22	+1·32	+0·64	+1·2	-0·78

Az utóhatások megítélésük tekintetbe kell venni, hogy a langyos és hűvös légfürdők valamennyi esetben egy óra hosszát, a hideg légfürdők pedig átlag csak 34 percig tartottak.

A vizsgálatok eredménye az egyes eseteket nagyjában részletezve a következő:

Langyos légfürdőben 14 esetet vizsgáltam. A végbél hőmérséke 20—26 fokos levegőben negyedórás légfürdésre 0·05—0·3-dal emelkedett; ha a levegő hőmérséke 28 C° körül volt, 0·1—0·2-dal süllyedt, félórás légfürdőben 0—0·35-dal, háromnegyedórásban 0·1—0·38-dal, egy órásban 0—0·5-dal emelkedett.

A langyos légfürdők második és harmadik negyedórájában két esetben már 0·05 fokos süllyedés mutatkozott, a végbél hőmérséke a negyedik negyedórán már az esetek felében 0·05—0·15-dal süllyedt, másik felében azonban még 0·05—0·12-dal tovább emelkedett. A langyos levegőben fürdőzők között a legnagyobb hőemelkedést (egy órás légfürdőre 0·5 fokosot) 22·7 fokos levegőben oly esetben találtam, a melyben a kezdő hőmérsék igen alacsony (36·4) volt. Ez volt ezen csoport esetei között a legalacsonyabb kezdő hőmérsék és egészségesben mutatkozott. A végbél hőmérséke azokban, a melyekben az a légfürdő előtt az átlagosnál magasabb (37·25—37·45) volt, egy órás langyos légfürdő végén is ugyanennyi vagy 0·05-dal kevesebb lett. A test belsejének hőmérséke tehát azon esetekben, a melyekben az már kezdetben magas volt, általában kevésbé emelkedett. Ugyanezt találtam a vérszegénység eseteiben is, bárminő végbélhőmérsékkel kezdték is a légfürdőt.

A langyos légfürdő után a végbél hőmérséke két eset kivételével, a melyekben ez az első negyedórán még 0·15-dal tovább emelkedett, az első három negyedórán valamennyi esetben többnyire fokozatosan 0—0·2-dal csökkent, de a negyedik negyedórán már 0·05—0·1-dal ismét emelkedett, úgy hogy egy órával a légfürdő befejezése után épen olyan magas vagy 0·1-dal még magasabb volt, mint a légfürdő előtt.

Azokban az esetekben, a melyekben a kezdő hőmérsék a végbélben körülbelül 37·0 C° volt, a légfürdés alatti esékély emelkedés többnyire már egy negyedórával annak befejezése után kiegyenlítődt és ezután már alig változott. Azokban, a melyekben a kezdő hőmérsék az átlagosnál alacsonyabb volt, az emelkedés a légfürdő után részben állandó maradt.

A bőr negyedórás langyos légfürdőkben 0·6—2·2-dal, félórásban 0·75—2·5-dal, háromnegyedórásban 0·45—2·8, egy órásban pedig 0·45—2·9-dal hűlt le. Ez a lehülés, mint az már a fentebbi számokból is látható, nem volt mindig folytonosan fokozódó, hanem sok esetben közbeeső esékély emelkedés szakította meg. A bőr hőmérséke azon esetekben, a melyekben kezdetben az átlagosnál (33·6) melegebb volt, aránylag jobban hűlt le. Például 33·15 fokos bőr egy órás 28 fokos légfürdő végéig csak 0·45-dal, 33·6 fokos bőr 22 fokos levegőben 1·9-dal, és 34·3 fokos 22·7 fokos levegőben 2·9-dal hűlt le egy óra alatt.

A bőr a felöltözködés után két esetben 28 fokos légfürdő után már az első negyedórán fél fokkal jobban melegedett fel, mint a mennnyivel lehűlt, eredeti hőmérsékét az esetek többségében

azonban csak a légfürdő után következő második, két esetben pedig a harmadik negyedórán érte el.

Hűvös légfürdőben (14—20 C°) tíz esetben mértem a test hőmérsékváltozásait. Valamennyien egy órás légfürdőt vettek. A hőmérsék a végbélben a hűvös légfürdők első negyedórájában négy esetben 0·15—0·3-dal emelkedett, a többiben 0·05—0·08-dal süllyedt, félórás légfürdőben 0—0·25-dal, három negyedórásban 0—0·45-dal emelkedett, egy órás hűvös légfürdőben két esetben (vérszegények) 0·2-dal süllyedt, és a többi esetben 0·03—0·35-dal emelkedett.

A hűvös légfürdőben is észleltem azt, hogy a végbél hőmérséke különösen azon esetekben hajlamos arra, hogy csökkenjen, a melyekben a kezdő hőmérsék az átlagosnál (36·98) magasabb volt. Vérszegénység eseteiben a végbél hőmérséke vagy kevesebbet emelkedett mint átlagosan, vagy még valamelyest csökkent is.

A test belsejének hőmérséke hűvös légfürdők után az első 15 perczen valamennyi esetben 0·2-dal, 30 perc alatt 0·2—0·65-dal csökkent, a harmadik negyedóra végéig anaemia két esetében és másik kettőben is még 0·1—0·2-dal süllyedt, de négyben már 0·05—0·2-dal újra emelkedett és 60—90 perc alatt valamennyiben az eredetét érte el.

A bőr hőmérséke hűvös levegőn 15 perc alatt 0·4—2·2, 30 perc alatt 0·7—3·25, 45 perc alatt 0·8—3·95, egy óra alatt pedig 0·9—4·55-dal csökkent. A legkisebb hősüllyedést két anaemiában találtam. Úgy látszik tehát, hogy a felületen vérerek a vérszegényekben kevésbé húzódnak össze, mint másokban. Ez magyarázza azt, hogy a végbél hőmérséke anaemia eseteiben a légfürdőzés alatt kevésbé emelkedik, sőt még süllyed is.

A bőr hőmérséke negyedórával a felöltözködés után 0·7—2·1-dal, félórával utána 0·7—3·5-dal, három negyedórával utána 1·4—4·7-dal és egy órával utána 1·8—4·9-dal emelkedett volt. Az esetek felében már fél órával a légfürdő befejezése után az eredetét érte el, vagy néhány tizedfokkal föléje is emelkedett, az esetek 20/o-ában azonban csak öt negyedóra alatt érte el az eredetét.

Hideg (10—14°) légfürdőben 12 esetet észleltem. Kettőn ezek közül csak negyedórás légfürdőt vettek, kettőn félórásat, négyen 45 perceset, négyen egyórásat.

A végbél hőmérséke hideg légfürdőben az első negyedórán 4 esetben nem változott, 8 esetben 0·05—0·35-dal emelkedett. A második negyedórán két másik esetben nem változott, egyben, a melyben az emelkedés már az első 15 perczen magas (0·35) volt, már 0·15-os csökkenés mutatkozott (11·5 fokos levegőben), 9 esetben meg 0·1—0·25-dal emelkedett, a harmadikban már az esetek egyik felében (közöttük a két vérszegényben is) 0·05—0·1-es csökkenés, a másikban 0·1—0·2 fokos emelkedés mutatkozott, a negyedik negyedórán egy egészségesnek hőmérséke nem változott, a többi háromé, kik szintén egészségesek voltak, 0·3—0·7-dal süllyedt. Meg kell ehhez jegyezni, hogy a legalacsonyabb hőmérsék, a melyben ezúttal megfigyeléseket tettem, 10 fokos volt és hogy hideg légfürdőt csak olyanokkal használtattam, a kik már legalább némileg edzettek voltak. De azt sem szabad elfelejteni,

hogyan a légfürdő alatt valamennyien csak ácsorogtak s minden mozgástól tartózkodtak. A 10 fokos légfürdő alatt a végbél hőmérséke negyedóránként következőképen változott: +0.15, +0.15, +0.2, -0.7. A test belső hőmérséke tehát az első 45 perc alatt fél fokkal emelkedett, de a következő negyedóra alatt már 2 tizeddel az eredeti alá süllyedt vissza, ezen süllyedés a légfürdő befejezése után ágyban meleg takarók alatt még az első negyedóránál fél fokkal tovább folytatódott s csak a második negyedóra végén mutatkozott ismét némi (0.1-des) emelkedés. Egy esetben a kezdeti hőmérsék igen alacsony (36.4^o) volt és épen ez esetben mutatkozott a légfürdő első három negyedórájában a legnagyobb hőemelkedés. A legnagyobb kezdő hőmérsék ezen csoportban 37.3 volt és ez esetben (anaemia) észleltem hideg (13.5 fokos) levegőben a legkisebb emelkedést. A végbélhőmérsék negyedórás hideg légfürdő végéig 0 és +0.35, félórás végéig +0.1 és +0.3, háromnegyedórás végéig +0.1 és +0.5, egyórás végéig +0.15 és -0.2 között változott.

A végbél hőmérséke a hideg légfürdők után ruha vagy takaró alatt egy elhízottban az első negyedóránál még 0.25-dal tovább emelkedett (ezt 3/4 óras, 12.5 fokos légfürdőre észleltem), két más esetben ezen idő alatt semmi változás sem mutatkozott és a többi 9 esetben 0.5—0.55 fokos süllyedést találtam. A végbél hőmérséke a légfürdőt követő második negyedóránál azon két esetben, a melyben az elsőben még emelkedés mutatkozott, nem változott, másik két esetben már 0.1-dal emelkedett, a többi nyolczban azonban még 0.45—0.5-dal tovább süllyedt. A harmadik negyedóránál azon két esetben, a melyben eleinte még emelkedett volt, 0.25—0.3-dal süllyedt, de a többi esetben mind már 0.1—0.5-dal emelkedett. A negyedik negyedóránál a felöltözökés illetőleg betakarás után már valamennyiben 0.05—0.2-des emelkedést találtam.

A test belsejében a hőmérsék az első két vagy három negyedóránál a légfürdő után valamennyi esetben 0.1—0.6-dal a légfürdő előtti kezdő hőmérsék alá süllyedt, ezt negyedórás hideglégfürdő után félórára, 30—45 perces után körülbelül egy órára érte el újra, de egyórás hideg légfürdő után 1 1/2—2 óra hosszat is eltartott, míg a végbél hőmérséke ismét a légfürdő előtti fokra emelkedett. Az anemiások aránylag lassabban melegedtek fel mint a többiek.

A bőr hőmérséke negyedórás hideglégfürdőben 1.3—5.2, félórásban 2.2—6.2, háromnegyedórásban 2.6—7.6, egyórásban 8.3—8.8-dal süllyedt.

A bőr a légfürdő végeztével a ruha vagy a takaró alatt egy esetet kivéve valamennyi esetben rögtön kezdett felmelegedni. Az említett egyik esetben azonban még az első 15 perc alatt jól betakarva is lehült még 1.1-dal. (A vérerek görese, de cyanosis nélkül. Ez ugyanazon esetben történt, a melyben a végbél hőmérséke a légfürdő befejezése után még tovább emelkedett.) A többi esetben a bőr hőmérséke ekkor már 1.6—2.6-dal emelkedett, a második negyedóránál az már valamennyi esetben 0.5—3.0, a harmadikban 0.25—1.0 és a negyedikben 1.0—1.2-dal emelkedett. A bőr eredeti hőmérsékére két esetben háromnegyedórás 11—12 fokos légfürdő után fél óra alatt melegedett fel, a többiben pedig csak 1—1 1/2 óra alatt. Annak ellenére, hogy a test a hideg légfürdőben oly sok meleget veszít és hogy az ezekben résztvevők a fürdés alatt és utána is többnyire meglehetősen fáztak, egyetlenegy sem hült meg közülük.

A bőr hőmérsékének csökkenését valamennyi légfürdő átlagában kiszámítva, azt találtam, hogy ez a vérszegénység eseteiben egy óra alatt 1.4 fokos, a többiben pedig 3.8 fokos, amazokban tehát sokkal csekélyebb volt, mint egészségesekben, idegbetegekben és elhízottokban. Ez mindenestre — legalább részben — az oka annak, hogy a test belső hőmérséke vérszegényekben a légfürdő első három negyedórájában átlag csak 0.08, a többi esetben azonban 0.31-dal emelkedett. (Az összes esetek átlagos emelkedése ezen idő alatt 0.25 C^o.)

A bőr hőmérséke a légfürdő előtt a hason 0.1—0.6-dal, az alkaron és lábszáron 0.8—1.2, a talpon 1.0—4.4, a sarkon 1.2—5.0 fokkal volt kisebb mint a mellkason a 2. bordaköz táján, a mely utóbbi helyre a táblázatban feljegyzett adatok vonatkoznak. A bőr hőmérséke az említett helyeken a légfürdők alatt többnyire néhány tizeddel jobban hült le mint a mellkason és lassabban is melegedett fel. Különösen a láb bőre hült le erősen. Volt eset, a melyben a talp 20 C^o-nál mélyebbre hült le.

Egyes esetekben a hónalj hőmérsékét is mértem. Ez a légfürdők alatt csak azon esetekben emelkedett, a melyekben a hónaljat folytonosan zárva tartották. Ha ez nem történt, akkor még 10—12 perces mérésre sem láttam ezen a helyen hőemelkedést, sőt egy félórás és néhány egyórás légfürdő végén 0.1—0.5 fokos süllyedést találtam.

Hogy tavalyi hőméréseimet az ideikkel pontosabban összehasonlíthassam, a hőmérsék ellenőrzésül sok esetben a végbélben kívül még a nyelv alatt is végeztem. Ezen mérések alkalmával azt találtam, hogy a hőmérő a légfürdő előtt néhány esetben 0.05—0.15-dal kevesebbet mutatott a nyelv alatt mint a végbélben. A hőmérsék változásai a légfürdő alatt és után a testnek ezen két helyén a legtöbb esetben egyenlők voltak, de néhányban némi (0.05—0.1) eltéréseket mutattak. Ez utóbbi esetekben a hőmérsék a nyelv alatt a légfürdők idején 0.05—0.1-dal kevésbé emelkedett és a felöltözés után egyes esetekben korábban kezdett újra emelkedni. De azért a változások a nyelv alatt lényegükben mindig olyanok voltak mint a végbélben.

Első légfürdővizsgálásaim alkalmával a test hőmérsékváltozásait illető eredmény a mostaninál annyiban tér el, hogy a test hőmérséke azokban körülbelül egy óras langyos és hűvös légfürdőkre átlag 0.25—0.3-dal süllyedt, a hideglégfürdő végéig pedig 0.15-dal emelkedett. *Hovorka*³ bárminő hőfokos légfürdőben az esetek túlnyomó többségében hőcsökkenést észlelt. A régebbi és mostani vizsgálásaim eredményeinek eltérését csekély részben az is okozhatta, hogy régebbi vizsgálásaim alkalmával némi légmozgás is közreműködött és hogy a levegő átlagos hőmérséke az egyes csoportokban valamivel alacsonyabb, páratartalma valamivel több és a fényerő nagyobb volt, de az is lehet, hogy régebbi vizsgálásaim, valamint *Hovorka*éi alkalmával is a testhőmérsék süllyedését részben az is okozta, hogy a vizsgáltak azokban a légfürdőkben mozgást végeztek, bár az utóbbinál lehet, hogy részben azért is mutatkozott nagyobb hőcsökkenés, mert ő a hőmérsékét a hónaljban mérte. *Oordt*⁴ is említ egy esetet, a melyben a test hőmérséke csekély mozgás közben 0.35-dal süllyedt és más alkalommal nyugvó állapotban 0.4-dal emelkedett. Az én régebbi vizsgálataim langyos és hűvös légfürdőkben mérsékeltlen mozogtak, hidegben élénken. Mivel mozgás közben a bőr anaemiája csekélyebb szokott lenni, sőt néha hyperaemia is mutatkozik, lehet, hogy a test hőmérsékének süllyedése azon légfürdőkben, a melyekben csekély mozgást végeznek, azért süllyed, mert az izommunkától fokozott *hőtermelés* az ezzel együtt járó bőrhyperaemia által fokozódó *hőkiadást* csak akkor bírja kiegyenlíteni, ha az izommunka eléggé kiadós.

Oordt az ő vizsgálatait csak hideg levegőben végezte. Mostani méréseim alkalmával a hideg légfürdőkben talált változások meg egyeznek azokkal, a melyeket *Oordt* azon esetekben talált, a melyekben a hőmérsékét nyugvó légfürdőzők végbélben mérte. Utóbbi a legtöbb esetben a hónalj alatt is hasonló változásokat talált mint a végbélben. Ez valószínűleg onnan van, hogy az ő eseteiben a megvizsgált egyének hónaljukat a légfürdő ideje alatt mindig zárva tartották. Innen eredhet az is, hogy a hónalj hőmérsék eltérése a végbélétől az ő eseteiben csekélyebb mint az anyémban.

De nemcsak a mérés eltérő technikája másíthatja meg az eredményeket és nemcsak a külső körülmények különböző volta van a test hőmérsékváltozásaira hatással, hanem testi sajátosságok is, mint azt már a vérszegénység eseteiben és azokban is láttuk, a kik az átlagosnál jóval magasabb vagy alacsonyabb kezdő hőmérsékkel jöttek a légfürdőbe. De a test hőmérsékváltozásában még egészségesek olyan esetei között is mutatkoztak — igaz, hogy csekély — eltérések, a melyekben a levegő hőmérséke, a légfürdő tartama, a testmozgás és a kezdő hőmérsék közel egyenlő volt. Az idegbajosok és elhíjasodottak hőmérsékváltozásai és az egészségeseké között nem találtam kifejezettebb eltérést.

A bőr valamennyi — lehető kevés mozgással egybekötött — légfürdőben halványabbá lett, mint annakelőtte volt. A bőr látható véreire hűvös és hideg légfürdőben kevésbé teltek meg, sőt a hidegben többnyire szembetűnően megvékonyodtak. Légfürdő közben csak ritkán lehetett csekély mulékony fluxiót látni a bőrön, ilyenkor a bőr hőmérséke csekély fokban emelkedett, vagy ha nem is, legalább rövid időn át állandó maradt. Közben mutatózó bőrhyperaemia többnyire csak a langyos légfürdők magasabb hőmérsékéin volt látható, hűvös levegőben csak ritkán, hidegben sohasem.

Langyos légfürdő után a bőr csekély mértékben rögtön a betakarás után pirult ki, ez hideg után — ha az fél órával hosszabb tartott — csak $1\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ órával a betakarás után vagy egyáltalában nem történt, ez esetben a bőr csak az eredeti színét nyerte vissza és ezt is csak igen lassan és fokozatosan. Első légfürdővizsgálásaim alkalmával, a mikor a vizsgáltak a levegő hőmérsékéhez mértén izommunkát is végeztek, többször volt alkalom csekély bőrhypaemiát látni.

* * *

A vizsgálatok eredménye összefoglalva a következő:

1. A végbél hőmérséke az esetek $95\frac{0}{100}$ -ában $1\frac{1}{4}$ — $3\frac{3}{4}$ órás légfürdőben 1—3 tized fokkal, hideg levegőben némely esetben 0.4—0.5-del is emelkedett, egy órás légfürdő utolsó negyedórájában azonban már némileg csökkent, sőt hideg levegőn annyira, hogy az esetek többségében az eredeti fokra, vagy 1—2 tizeddel még ez alá is süllyedt.

2. A végbél hőmérséke langyos légfürdő után (tehát ruházatban vagy takaró alatt) egyes esetekben még csak az eredeti fokra sem süllyedt vissza, az esetek többségében azonban 1—2 tizeddel, hűvös légfürdő után még többel, hideg után 0.4—0.85-del is a kezdő hőfok alá süllyedt és ezt későbbi emelkedéssel egy óra, negyedóránál hosszabb hideglégfürdők pedig csak 1—2 óra alatt érte ismét el.

3. A bőr hőmérséke langyos és hűvös légfürdők első negyed-órájában 0.4—2.2-del, hidegben 1.3—5.2-del, a további negyed-órák végéig langyosban negyedóránként átlag 0.15, hűvösben 0.5, hidegben 1.0 fokkal csökkent.

4. A bőr hőmérséke langyos légfürdők után már az első vagy második negyedórában a kezdeti hőfokra, vagy 0.5—1.0 fokkal még ezen felül is emelkedett. Hűvös után $3\frac{3}{4}$ — $5\frac{1}{4}$ óra alatt, negyedóránál hosszabb hideglégfürdők után azonban csak 1— $1\frac{1}{2}$ óra alatt érte el az eredetit.

5. A légfürdők alatt a végbélben mutatkozó hőemelkedés vérszegénység eseteiben a közepesnél csekélyebb volt, szintúgy azon esetekben is, a melyekben a végbél hőmérséke a légfürdő előtt magasabb volt mint az átlagos.

6. A sápkórosok és vérszegények bőre kevésbé hűlt le, mint az egészségeseké, idegbajosoké és elhízottaké. Ez valószínűen attól van, hogy a felületes véretek amazokban kevésbé húzódnak össze. Az ezáltal keletkező nagyobb melegvesztés lesz az oka annak, hogy a test belsejének hőmérséke vérszegénység eseteiben a légfürdő alatt kevésbé emelkedik és utána jobban süllyed. De ennek oka részben az is lehet, hogy az anyagcsere a vérszegényekben csekélyebb mértékben fokozódik, mint másokban. Ez utóbbi okot valószínűvé teszi az a megfigyelés is, hogy azokban a melegvesztés még akkor is lassabban egyenlítődik ki, ha csekély volt.

7. A hőmérsék a légfürdőben és utána a test egyes részein különbözően, sőt gyakran ellentétesen is változott. A legnagyobb eltérések a bőr és a végbél hőmérsékének változásai között mutatkoztak, mert ezek a légfürdőnek és az utána következő időszaknak első 1—3 negyedórájában rendszeren ellentétesen változtak. A hónalj hőmérséke többnyire kevésbé emelkedett, mint a végbélé, sőt — ha a hónaljárok légfürdés közben levegővel érintkezett — még csökkent is. A nyelv alatti hőmérsék némely esetben ugyan eltért a végbélétől, de azért a változások ezen a két helyen lényegükben azonosak voltak. A bőr a végtagokon néhány tizedfokkal jobban hűlt le, mint a mellkason és ezeken a helyeken, különösen a láb-száron és a talpon, lassabban is melegedett fel, hosszabb hideg légfürdő után többnyire csak 2 órával a betakarás után.

8. A test belsejének hőmérséke azon légfürdőkben, a melyekben mozgást végeznek, ha csak ez a mozgás nem elég élénk, úgy látszik inkább hajlandó süllyedni, mint nyugodt magatartás mellett, de a légfürdők után mozgás közben, annak ellenére, hogy a bőr ilyenkor gyorsabban telik meg vérrel, hamarabb emelkedik.

A test hővesztése, mint az adatokból kivehető, hideglégfürdőkben, még szélsőséges és csak 10—14 fokos levegőben is, ha negyedóránál tovább tartanak, meglehetősen nagy. Különösen a vérszegények vesztenek sok meleget. A hőtermelés a légfürdőben a melegvesztéssel — mint azt Marcuse⁵ a légfürdő egyik előnyeként kiemeli — ugyan lépést tarthat, de ehhez szükséges, hogy

a légfürdő alatt, hűvös és hideg légfürdő esetén pedig még utólag is izommunka végeztesék s ennek a hideg légfürdőben és utána meglehetősen élénken is kell lennie, a mi a gyengélkedőket túlságosan kimerítheti. Annál is inkább, mert a test hővesztése, ha a légfürdők mozgást végeznek, mindenesetre még nagyobb, mint ha nyugton maradnak, mert a bőr a tapasztalás szerint mozgás közben kevésbé lesz anaemiás, sőt gyakran még némi hyperaemia is mutatkozik, csak hogy a melegvesztés ekkor az izommunka termelte hő által többé-kevésbé pótolatik és ezért a hőmérés alkalmával nem juthat kifejezésre.

Mindezekből a következő gyakorlati következtetéseket lehet levonni: Hideg légfürdő vérszegénynek és elgyengültnek egyáltalán nem ajánlatos. Még azon esetekben is, a melyekben az anyagcsere erősen akarjuk fokozni és az illetők nagyobb és tartósabb izommunkát minden hátrány nélkül végezhetnek, legfeljebb 15 perces hideg légfürdőt tartok ajánlatosnak. Mivel azonban a hűvös légfürdők alacsonyabb hőmérséketei a szervezet működésére a hideghez hasonlóan hatnak, még ilyen esetekben is inkább hosszabb hűvös légfürdőt ajánlanék, mint rövid hideget, mert amaz könnyebben adagolható. Hideg légfürdőre legfeljebb az esetben van szükségünk, a melyben a vérnyomást hosszabb időn át akarjuk fokozni.

A fagyponthoz közelálló hőmérsékű légfürdőt, különösen pedig az olyant, melyet fagyban, hóban rendeznek, inkább csak felesleges kedvtelésnek tartom, és nem gyógyító szempontból szükséges eljárásnak.

Hogy a légfürdőnek más hidegbehatásokkal szemben való előnyeit (csekély ingerhatás, mérsékelt lehűtés stb.) megóvjuk, azokat még hűvös levegőben sem kellene túlhosszúra nyújtani. Egyórásakat vagy még ennél is hosszabbakat csak langyos levegőben szoktam ajánlani. Mint már régebben² hangsúlyoztam és újabban Pototzky⁶ is tanácsolja, nemcsak a gyengélkedőt, hanem az egészségeset is, a ki csak erősödni és edződni akar, csak meghatározott utasítással, mely azonban utóbbi esetben bizonyos fokig tágíthatóan rendelhető, szabadna a légfürdőbe bocsátani. Mert szoros utasítás nélkül csak túlzókat nevelünk, olyanokat, a kik ellen Marcuse⁷ teljes joggal éppen a szervezet hűgáldalkodása szempontjából fordul, a kik határt nem ismernek és túlzásaikkal a légfürdő hitelét rontják.

Irodalom: 1. Lenkei: A napfürdők hatása a test hőmérsékére. Orvosi Hetilap, 1908. 10. szám. — 2. Lenkei: A légfürdő therapiái alkalmazása stb. Orvosi Hetilap, 1907. 3—5. szám. — 3. Hovorka: Über die Wirkung der Luft- und Sonnenbäder. Blätter f. klin. Hydrotherapie, 1907. 12. füz. — 4. Oordt: Über die Änderungen von Blutdruck etc. Zeitschrift f. phys. u. diät. Therapie, 9. köt. — 5. I. Marcuse: Luft- und Sonnenbäder in deutschen Kurorten etc. Zeitschrift f. Balneologie, 1908. 6. szám. — 6. Pototzky: Die Einrichtung von Luftbädern in Kurorten. Zeitschrift f. Balneologie, 1908. 6. szám. — 7. I. Marcuse: Luft- und Sonnenbäder. Enke, Stuttgart. 1906.

Közlés a budapesti poliklinika mellkasi szervek betegségekének osztályáról. (Főorvos: Terray Pál dr., egyet. ny. rk. tanár.)

Összehasonlító fizikai és Röntgen-vizsgálatok tüdőtuberculosisban. Egyszersmind a Calmette-féle ophthalmoreactióról Röntgen-vizsgálatokkal kapcsolatban.¹

Irta: **Jacobi József** dr. v. klinikai tanársegéd.

(Folytatás.)

Állapodjunk meg ezen első három csoport után még egy kis időre, s vizsgáljuk mindenekelőtt azt, hogy csoportonként az esetek hány százalékában találtunk az egyik és másik vizsgálati módszerrel pozitív, illetve negatív eredményt.

	R — %o ban	R + %o ban	Esetek száma	C — %o ban	C + %o ban	Esetek száma
1. csoport. Nem gyanusak	91 (21)	9 (2)	23	84 (16)	16 (3)	19
2. csoport. Gyanusak hereditás és haemoptoe miatt	47 (18)	53 (20)	38	56 (23)	44 (18)	41
3. csoport. Gyanusak a fizikai lelet alapján	43 (10)	57 (13)	23	62 (13)	38 (9)	21

Mint ezen adatokból látható, az 1. csoport 91⁰/₀-ában nem találtunk a Röntgen-vizsgálattal eltérést, 9⁰/₀-ban igen. A Calmette-reactio 84⁰/₀-ban volt negatív, 16⁰/₀-ban pozitív.

A 2. és 3. csoportban már mindkét eljárással nagyobb százalékban kaptunk pozitív eredményt, és pedig a Röntgen-vizsgálattal 53, illetve 57⁰/₀-ban, a Calmette-reactióval pedig 44, illetve 38⁰/₀-ban.

Az eddig felsorolt vizsgálatok alapján következő kérdések tolnak az előtérbe.

Tüdőbeli eredetűek-e a Röntgen-átvilágításkor talált csücsbéli homályok, s a mi ezzel körülbelül egyértelmű, van-e értéke a Röntgen-vizsgálatnak a tüdőgümőkór korai felismerésében?

Van-e a Calmette-reactiónak értéke a tuberculosis kórjelzésében, s ha van, biztos jele-e a gümőkórnak?

Értékesíthetők-e biztossággal, vagy legalább valószínűséggel ezen eljárások negatív eredményei is, vagyis:

Kizárja-e a tüdőtuberculosis jelenlétét az a körülmény, hogy a Röntgen-vizsgálat teljesen tiszta tüdőt mutat?

Kizárja-e a tuberculosis jelenlétét a Calmette-reactio hiánya oly kezdetleges esetekben, melyekben a klinikai vizsgálat biztos támpontot a diagnosis felállítására még nem nyújt? (Kifejezettebb esetekben ugyanis, mint sokszorosan be van bizonyítva s a következő 4., 5., 6. csoport eseteiből is ki fog tűnni, nem zárja ki.)

Végül felvetődhetik az előbbieket eldöntése után az a kérdés, hogy van-e a két vizsgálati módszer egymás mellett való alkalmazásának különösebb értéke?

Kétségtelennek tartom, hogy mindezen kérdésekre csak nagy számú pontosan észlelt és bonczolt köreket alapján adhatjuk meg kellő biztossággal a választ, az élőben azonban igen nehéz lesz ezt megközelítőleg is tennünk. Hiszen még arra is kell gondolnunk, hogy még a tüdőtuberculosis sem tudjuk, összes vizsgálati módszereink segítségével sem, minden esetben kimutatni, s talán még kevésbé annak jelenlétét kizárni; a Röntgen-vizsgálatban talált homály pedig egyéb bántalmaktól is származhatik, viszont a Calmette-féle reactio más szervek tuberculosisától is eredhet, mindezek bizonyítása pedig még nagyobb akadályokba ütközhetik.

Mivel azonban bonczolások alapján e kérdések eldöntése egyhamar nem várható, talán mégsem végzek hiábavaló munkát, ha megkísérlem a más utakon nyert eredményekből, bár csak valószínűség értékével bíró feleleteket adni a felvetett kérdésekre.

A kérdések elbírálásakor az eddig felsorolt vizsgálatokból a következők volnának értékesíthetők:

Az, hogy jóval kisebb százalékban találtunk úgy a Röntgen-átvilágításkor eltérést, mint a szembecseppentésekre reactiót tuberculosisra nem gyanús egyénekben, mint azokon, kiken valamely okból tuberculosis gyanúja fennállott. Továbbá az, hogy viszont az arra gyanúsak közül mindkét vizsgálati módszer pozitív eseteihez nagyobb százalékkal járultak a haemoptoët átszenvedett egyének, mint azok, kik vérköpést ki nem állottak, a mint ez a következő adatokból látható:

28 haemoptoët kiállott egyén közül 18-ban (64⁰/₀) találtunk a Röntgen-átvilágításkor eltérést, míg 24 terhelt, de vérköpésben nem szenvedett egyén közül csak 8-ban (33⁰/₀) találtunk homályokat.

A Calmette-reactio pedig 31 haemoptoës közül 15-ön (48⁰/₀), 27 terhelt, de vérköpésben nem szenvedett egyén közül csak 9-en (33⁰/₀) volt pozitív.

Még egy adat értékesíthető az eddig elmondottakból a felvetett kérdések elbírálásakor, és pedig az, hogy mennyire fedte egymást a két vizsgálati módszer, vagyis mily százalékában az eseteknek volt negatív Röntgen-lelet mellett negatív Calmette-reactio, illetve pozitív mellett pozitív jelen; s viszont hány százalékban nem volt a kétféle vizsgálat eredménye egynemű ugyanazon egyénen.

Mindhárom csoport ezen összehasonlító adatait az esetek számával s azok százalék szerinti megoszlásával a következő táblázat tünteti fel:

	R — C — % ₀ -ban	R + C + % ₀ -ban	R + C — % ₀ -ban	R — C + % ₀ -ban	Esetek száma
1. csoport	76 (13)	6 (1)	6 (1)	12 (2)	17
2. csoport	40 (14)	40 (14)	17 (6)	3 (1)	35
3. csoport	35 (7)	35 (7)	25 (5)	5 (1)	20

Az 1. csoport eseteiben tehát, mint látható, 82⁰/₀-ban, a 2.-ban 80⁰/₀-ban s a 3.-ban 70⁰/₀-ban egyezett egymással a kétféle vizsgálat eredménye.

Az egyes csoportokat külön-külön áttekintvén, mi sem áll újtaban annak, hogy a 2. és 3. csoport eseteit összegezzem, hiszen mindkettőben tuberculosisra gyanús egyének szerepelnek. Teszem ezt a végett, hogy valamivel nagyobb számadattal rendelkezem.

	R — C —	R + C +	R + C —	R — C +	Összesen
2 + 3. csoport esetei	21	21	11	2	55
% ₀	38	38	20	4	100

Vagyis 55 tuberculosisra gyanús eset közül 42-ben, tehát 76⁰/₀-ban megegyező, 13-ban, vagyis 24⁰/₀-ban eltérő eredményt adott a kétféle vizsgálat.

Végül a Röntgen-vizsgálat értékére vonatkozólag még némi következtetést enged az is, hogy a következő csoportok (4., 5., 6.) eseteiben, melyek mindegyikében a tuberculosis fizikális vizsgálati módszerek által is több-kevesebb biztossággal kórismézhető volt, mint látni fogjuk, minden esetben találtunk homályokat a tüdőkben, sőt az esetek nagy részében nagyobb kiterjedésűeket, mint a mekkorákat a fizikális vizsgálatok alapján várhattunk volna. Remélhető tehát, hogy a Röntgen-vizsgálat egyik-másik oly esetben is kimutat eltérést, melyben azt a fizikális jelek még nem árulják el.

Ennyiben szolgáltatnak alapot a felvetett kérdésekre való válaszokhoz az eddig felsorolt vizsgálatok, közelebbi felvilágosítás azonban csak az esetek további vizsgálatától várható, még pedig következő módszerek jöhetnek e tekintetben szóba:

1. Köpetvizsgálat.
2. Diagnostikai tuberculinoltás.
3. Hőmérőzés.

Mindezen vizsgálati módszerek eredményei azonban szintén csak bizonyos cautelák mellett értékesíthetők.

A köpetvizsgálat természetesen csak pozitív eredmény esetében.

A diagnostikai oltás csak akkor fogadható el teljes bizonyítéknak, ha a tüdők felett lokális reactio követi, az általános lázas reactio biztos következtetést nem enged meg. Ha pedig egyáltalában nem áll be reactio a tuberculininjectiókra, úgy az legnagyobb valószínűséggel tuberculosis ellen szól. Mindamellet arról is tesznek megbízható helyekről említést, hogy a gyógyult tuberculosis egyik-másika szintén nem reagál. Elképzelhető tehát az az eset is, hogy a Röntgenmel kimutatott árnyék tuberculosis folyamattól származik s reactio az oltásokra még sem támad, mert a folyamat gyógyult. (A Röntgen által kimutatott árnyékból ugyanis arra nézve, hogy gyógyult-e a folyamat, vagy nem, nem vonhatunk következtetést, legfeljebb igen sötét, körülírt csücsbéli foltokból következtetünk elmeszesedett góczokra.)

Ugyanezen alapon kimaradhat némely esetben a Calmette-féle reactio is.

A mi végül a hőmérséket illeti, az legkevésbé bizonyító, mindamellet tuberculosisra egyébképen is gyanús egyénekben a több időn át tartó hőemelkedések, ha azoknak más okát nem találjuk, némi valószínűséggel szintén felhasználhatók.

Sajnos, ezen bizonyító vizsgálatokat, eltekintve a köpetvizsgálatról, csak kevés esetben alkalmazhattuk. Oltásoknak csak 18 betegünk volt hajlandó magát alávetni, kik közül azonban ötön az azokat megelőző kétóránkénti hőmérőzések hőemelkedéseket mutatnak ki, s így csak 13 esetben végeztünk injectiókat. Pontos hőmérőzésre a nem oltott betegeink közül csupán ezen öt esetben nyilott alkalmunk. Ezen vizsgálatokat a poliklinikai kórházban fekvő betegeken végeztük.

A tuberculinoltásokat illetőleg felemlitek annyit, hogy négy injectiónál többet nem alkalmaztunk. Kezdeti adagul két milligrammot vettünk, a második injectióra ugyanannyit. Azután öt milligrammos adagra térünk át, melyet, ha lokális reactio arra sem támadt, szintén megismételtünk. Pozitívnek csak azon esetben tekintettük a reactiót, ha lokális tünetek voltak kimutathatók, míg azok hiányában negatívnak mondtuk. Az oltásokra a Calmette-féle reactio

kiújulását — a mire először *Purjesz*¹ professor hívta fel a figyelmet — több esetben mi is észleltük.

Összesen 27 esetben sikerült több-kevesebb biztossággal tisztáznunk azt, hogy tuberculosisban szenvedtek-e az illető egyének, avagy nem. A 27 eset között mindhárom csoport képviselve van, és pedig az első 2, a második 12 és a harmadik 13 esettel. Hasonlóképpen bennfoglaltatik ezen esetek között a vizsgálati eredmények mind a négyféle combinációjából egynéhány; és pedig 5 olyan eset, melyben úgy a *Röntgen*-vizsgálat, mint a *Calmette*-reactio negativ eredményt adott; 15 oly észlelet, melyben mindkét vizsgálati módszerrel positiv eredményt kaptunk; 5 eset, melyben a *Röntgen*-átvilágítás homályokat mutatott, a szembecseppentésre azonban nem támadt reactio; s végül 2 olyan eset, melyben tiszta tüdőket találtunk, az ophthalmoreactio azonban positiv volt.

A bizonyítékok ezen 27 esetben következőleg oszlanak meg: 8 beteg köpetében tuberculosisbacillusokat találtunk. 13 esetben oltásokat végeztünk, ezek közül 6-ban lokális reactio támadt (közülük egyben a reactio kapesán, egy másikban pedig a későbbi vizsgálat alkalmával szintén találtunk tuberculosisbacillusokat, vagyis összesen 10 esetben találtunk bacillusokat), 7 esetben nem tudtunk lokális elváltozást kimutatni, s ezeket nem tekintettük tuberculosusoknak. 5 betegben más okra vissza nem vezethető hőemelkedések voltak jelen. Végül az első csoportba tartozó egy egyének — a mint arról már ott is említést tettem — vizsgálataink után pár héttel nagyfokú haemoptoéja támadt, melyet orvos is konstatált, s így ezen esetben a tuberculosis mellett szóló bizonyíték gyanánt ez szerepel.

Külön a *Röntgen*-vizsgálat és külön a *Calmette*-reactio szempontjából ezen esetek következőleg oszlanak meg:

R+	R-	C+	C-	Esetek száma
20	7	17	10	27

Vessük előbb össze a további vizsgálatokat külön a *Röntgen*-lelettel. Azon 20 eset közül, melyben az átvilágítás homályokat mutatott, tuberculosusnak bizonyult, illetve legnagyobb valószínűséggel az volt 17; nem bizonyult annak 3. A 7 negativ *röntgenoskopiai* leletet adó eset közül 4-ben a további vizsgálatok nem szóltak tuberculosis mellett, míg 3-ban igen.

A *Calmette*-reactióra vonatkozólag a további vizsgálatok a következőket mutatták. Azon 17 eset közül, melyben a reactio positiv volt, gümőkórra utalt a további vizsgálat 16-ban; egyben lokális reactio az oltásokra nem jelentkezett, s így ebben az esetben a gümőkór nem nyert beigazolást. Azon 10 egyén közül pedig, ki a szembecseppentésekre nem reagált, 6 későbbben sem bizonyult tuberculosusnak. 4-et azonban annak kellett tekintenünk.

Vegyük végül számításba úgy a *Röntgen*-, mint a *Calmette*-féle vizsgálatokat, s vessük azokat össze a további vizsgálatokkal.

	R-C-	R+C+	R+C-	R-C+
Összesen.....	5	15	5	2
Tuberculosus.....	1	14	3	2
Nem tuberculosus.....	4	1	2	0

Ezen táblázatból az olvasható ki, hogy azon 5 eset közül, melyben úgy a *Röntgen*-vizsgálat, mint a *Calmette*-reactio negativ eredményt adott, 4 esetben az oltások a mellett bizonyítottak, hogy az illetők nem szenvedtek tuberculosisban, míg az 5. esetben keletkezett lokális reactio gümőkórt mutatott ki, s ugyanakkor a köpetben tuberculosisbacillusokat találtunk.

Azon 15 eset közül, melyben mindkét vizsgálati eljárás positiv eredményt adott, 14-ben a további vizsgálatok is tuberculosis mellett szólottak (7-ben bacillusok, 4-ben lokális reactio, 2-ben hőemelkedések, 1-ben pedig később haemoptoé), s csupán 1-ben nem keletkezett az oltásokra reactio. Ezen 15 eset közül 3-ban az árnyék a hilstájjon foglalt helyet. Ez utóbbiak közé tartozik azon eset is, melyben a lokális reactio hiánya miatt tuberculosis felvenni nem volt jogunk.

Azon 5 eset közül, melyben a *Röntgen*-vizsgálat homályokat derített ki, a *Calmette*-reactio azonban negativ volt, 3-ban szólott

a további vizsgálat tuberculosis mellett (egyben bacillusok, egyben lokális reactio, egyben pedig hőemelkedések). A másik kettőben az oltások negativ eredménnyel jártak. Ez utóbbi esetek egyikében az árnyék igen esekély fokú volt, s csak egyik irányban való átvilágításkor volt látható.

Végül azon két esetben, melyben tiszta tüdőket találtunk, de a *Calmette*-reactio positiv volt, a hőemelkedések alapján — melyek más okra visszavezethetők nem voltak — a tuberculosis diagnosit valószínűnek kellett tartanunk.

Pár megjegyzést kell még itt fűznöm azon esetekhez, melyekben a hőemelkedést hoztam fel bizonyítékul a tuberculosis mellett. A hőmérséklet ezen esetekben a kórházban napokig 2 óránként mérettük még akkor is, ha az illetőn mindjárt az első alkalommal emelkedett temperaturát találtunk, s ez idő alatt az illetőket pontosan naponként átvizsgáltuk. De még fontosabbnak tartom megjegyezni azt, hogy a betegek nem azonnal első jelentkezésük alkalmával vétettek fel a kórházba — ezt helyszűke miatt egy izben sem tehetjük —, hanem mindenkor több hét mulva, s a hőemelkedéseket akkor találtuk; ez a hőmérsék bizonyító erejét mindenestre fokozza.

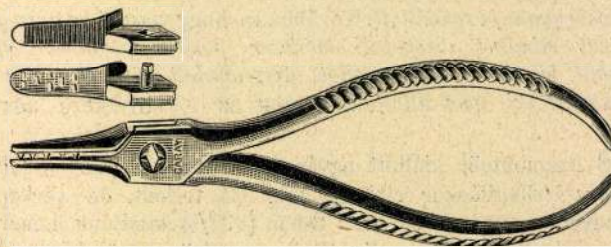
(Vége következik.)

Körömeltávolító eszköz.

Ismerteti: *Lobmayer Géza* dr. műtőorvos.

A benőtt körmöket nem is számítva, gyakran jutunk abba a helyzetbe, hogy a kéz vagy a láb körmeit eltávolítani vagyunk kénytelenek, így például: a körömperez zúzódása, körömalatti genyedés, körömalatti vérömleny némely alakja, a körömperez komplikált törése, körömalatti idegen testek eltávolítása stb. eseteiben. Minthogy az eddig használatos „pince“ vagy anatómiai csipesz még az érzéstelenített ujjon sem felelt meg minden követelménynek, de különösen az előbbi vastagsága miatt az alapjukhoz odatapadt vagy kisebb női körmök alá igen nehezen volt tolható, eszközt szerkesztettem, melynek rövid leírását az alábbiakban adom.

Az eszköz tűtartóhoz hasonló, eléggé massiv, jó fogású és könnyen szétszedhető és tisztítható. Distális része szolgál a köröm eltávolítására. A köröm alá tolandó ág vékony, lapos, lapátalakú; csúcsa sima, hogy könnyebben csúszszék, többi része harántul rovátkos. A felső ágán szögek vannak, melyek közül az elülsők hosszabbak, a többi hátrafelé mindinkább rövidül, hogy a fogáskor mindegyik fog egyidőben harapjon. A felső ág valamivel szélesebb mint az alsó, miáltal a köröm kicsavarása könnyebbé válik. Az eszközt a mellékelt ábra érzékíti.¹



Tudom, hogy az eszközzel instrumentariumunkban hézagot vagy űrt nem pótoltam, s a gyakorló orvos a jövőben is elvétett eseteiben a „pince“-t fogja használni; azonban meggyőződésem s tapasztalatom, hogy a klinikák, kórházak és nagyobb sebészeti rendelések hasznos és mindenkor jól beváló eszközzel gazdagodtak.

A régi magyar orvostudomány.

A szegény és a gazdag közt már az élet első órájában megkezdődnek a bántó és méltatlan különbségek; de sohasem oly szembeötlők azok, mint az életnek legküzdemesebb korszakában: az egyetemi pályafutás idején és az azt közvetlenül követő néhány év folyamán. A gazdag fiúra ez a korszak a szórakozás, a mulatság és az érzelmi illúziók ideje; a szegény diák ekkor viseli a legnehezebb harcot, mely nemesak a szellemi haladásért, hanem a fizikai

¹ *Purjesz*: Gyógyászat, 1907. 48. szám.

¹ Az eszközt Garay S. és társa cézég készíti s hozza forgalomba.

értelemben vett életért, a létezésért folyik, tehát a szó teljes értelmében vett „struggle for life“, melybe sokszor szól bele a világ legkegyetlenebb mestere, az, a kit a régi klasszikusok úgy hívtak, hogy *Fames Magistra*. A szegény medikusra ez a küzdelem sok testi és lelki megpróbáltatást hozott hajdanában épen úgy mint manapság, a mikor néha a legmegalázóbb morális csatavesztéssel jár; mert hogy is neveznök másként a *struggle*-nek azt a legmodernebb, kis hirdetésekben forgó befejezését, mely „vallásra és minden egyébre való tekintet nélkül“ úgynevezett *beházasodással* intézi el a pályakezdés nehézségeit.

Ez a kényelmes, bár morális szempontból épen nem kielégítő megoldás nem állott a régi orvosnövendék rendelkezésére; neki becsülettel kellett végig küzdenie a létfenntartás harcát, és ez a harc, mint látni fogjuk, még keservesebb volt, mint a mai vagyontalan medikusé, mert nemcsak a tanulmányok nehézségeivel kellett küzdenie, gazdag mecenást szereznie, idegenek gyermekeit taníttatnia, hanem ezek mellett sokszor megalázó szolgamunkát is végzett, roppant utakat gyalog, lóháton vagy legjobb esetben kocsiszéren tett meg, hazájától távol, idegen népek kenyerén (sokszor kegyelemkenyerén) tengődve. Olykor tiz esztendőbe és többbe került, míg önállóságra vergődhetett. Jó volt-e ez így, vagy nem, erre a kérdésre könnyen megtaláljuk a feleletet; de hogy ennek a hányatásnak haszna is volt, az kétségtelen. Minden küzdelemnek megvan a maga jellemképző értéke, és az a szegény medikus, a ki az életnek „legszebb“ éveiben *sudavit et alsit*: kiforrott jellemű férfiként hagyta el az egyetemet és fogott hozzá az élethez, melynek nemes és szennyos vonatkozásait már akkor megismerte, mikor vagyonos társa még a szülői gondoskodás kényelmét élvezte. Ez a gondoskodás pedig, quoad vitam, nem szokott mindig a legjobb útravaló lenni.

Hajdanában az orvosi tanulmányok még sokkal költségesebbek voltak, mint manapság. Különösen pedig a magyar ifjaknak. Első sorban azért, mert csak 1770-ben alapították meg az első igazi orvosi kart a nagyszombati egyetemen, ezen idő előtt tehát a magyar ifjúság csak a külföldi egyetemeken szerezhette meg a szükséges orvosi műveltséget. Igaz, hogy valószínűleg már a Nagy Lajos alapította pécsi egyetemen is tanítottak orvosi tárgyakat, sőt a később keletkezett óbudai és pozsonyi egyetemről bizonyossággal megállapíthatjuk ezt (az előbbin *Clostein* vagy *Colstein Simon*, az utóbbin pedig *Péter mester* tanította az orvostant), kétségtelen azonban, hogy ez az orvosi oktatás olyan szegényes méretű lehetett, hogy már az akkori tudományos igényeknek sem felelt meg, szemben a külföldi nagy egyetemekkel.

A magyar medikusnak tehát vagy Bécsbe, vagy a távolabbi külföldre kellett mennie. Bécsben azonban már akkor is túltengett a klerikális hangulat és a jezsuiták hatalma, úgy hogy az ottani egyetemen még a 18. század második felében sem avatták doktorrá a protestánsokat; sőt a nagyszombati egyetemen is így akarták ezt csinálni. Ez volt másik oka annak, hogy a hazai protestáns ifjúság miért járta a külföldi egyetemeket, nevezetesen a lutheránusok Németországot, a kálvinisták pedig Hollandiát, Angliát, Skóciát. Csak mikor *van Swieten*-nek sikerült az osztrák jezsuiták hatalmát kellő mértékben korlátozni, akkor változtak meg e részben a viszonyok. Helyesen jegyzi meg Győry Tibor,¹ hogy az Ausztriából való kizárásnak mindenestre megvolt az előnye, hogy a magyar ifjúság a távolabbi külföld egyetemeiről modern eszmék egészséges hangulatával és szabadabb, türelmesebb nézetekkel tért vissza.

A magyar protestáns ifjúságot különben az a fontos körülmény is vonzotta és utalta a külföldre, hogy a legtöbb német, angol, svájci egyetemen jótékony alapítványok voltak a magyar tanulók számára, melyek jelentékenyen megkönnyítették a külföldi tartózkodás anyagi gondjait. Így a lutheránus és református magyar tanulóknak (egyaránt) nyújtott segélyt a tübingai egyetem, a hol 1568 óta 12 magyar tanuló s később ezenkívül még két magyar és két erdélyi nyert ingyen ellátást; Wittenbergában magyar könyvtár volt, s a legidősebb tanuló, mint könyvtárnok, szállást kapott, a hazatérők pedig 30 forint segélyben részesültek; Greifswaldban XII. Károly svéd király 4 magyar tanulóra tett alapítványt; Göttingában a Burgstaller-alapítvány (1500 forint) volt egy magyar tanuló

számára; Jenában és Wittenbergában minden magyar tanuló, a ki évi 18 forintot fizetett, felvettek a konviktusba; Göttingában, Lipesében és Erlangenben évenként 3 tanulóknak szabad koszt járt; szintűgy Helmstaedtben is; Gröningában minden magyar tanuló ingyen ebédet és vaesorát kapott; Upsalában is volt alapítvány magyar tanulóknak. Csak református hallgatók számára: Cambridgeban és Oxfordban teljes ellátás 3 református tanulóknak; Utrechtben két ottani kisasszony alapítványából évenként 2400 forintot osztottak ki a magyar tanulóknak; Franekerában évenként 1168 forintot adtak a magyar hallgatóknak; Harderviekben és Deventerben két magyar tanulóknak szabad koszt; Zürichben 3 magyar tanulóknak évenként 102 forint, úti költségre pedig 36 forint; Bernben négy magyar tanulóknak 144 forint, továbbá a megérkezéskor 94 forint, az elutazáskor 30 forint; Genfben két magyar tanulóknak havonként 15 forint, megérkezéskor egész öltözet, elutazásra öt arany; Baselen két magyar tanulóknak szabad koszt és szállás az Erasmus-féle kollegiumban; Heidelbergában egy magyar tanulóknak teljes ellátás a „Collegium sapientiae“-ben; Herbornban minden ottlevő magyar tanuló 50 tallért kapott; Brémában minden magyar tanulóknak ingyen koszt és szállás; Frankfurtban az Odera mellett 40 magyar tanuló nyert teljes ellátást; Hanauban kettő, Berlinben szintén stb.

Szándékosan soroltam fel ezen adatokat, melyeket még hosszú lajstrommal toldhatnék meg; csak azért, hogy ezen kevéssé ismert feljegyzésekből¹ is meglássék, hogy az Ausztriától távolabb eső külföld, és pedig nemcsak a német, hanem az angol, a hollandi és a svájci is, milyen nemes önzetlenséggel és bőkezűséggel szolgálta a csirájában levő magyar kultúra ügyét.

Ezzel az önzetlenséggel szemben, mely örök hálánkra érdemes, szomorú ellentétben van a bécsi egyetem példája. Erre is ki kell terjeszkednem; mert vannak olyan dolgok, melyeket örök emlékezetben kell tartanunk. Oportet esse memorem.

Ne gondoljuk, hogy a bécsi egyetemet csak az újabb időben látogatták oly tömegesen a magyar orvosnövendékek és egyéb főiskolai tanulók. Schrauf Károly nagyszabású munkájából² kiderül, hogy a magyar ifjak már a 14—15. században nagy tömegben látogatták az osztrákok első egyetemét. Az 1365—1460 közti időszakban az összes tanulóknak 21 százalékát tették a magyarok; sőt volt olyan év is, melyben hazánkból több hallgató iratkozott be a bécsi egyetemre, mint Ausztriából. Például az 1449. év első felében 103 magyarországi tanuló volt beírva az egyetem anyakönyvébe, míg az osztrákok száma csak 74-re rugott. A mondott időközben 19,780 tanuló látogatta a bécsi egyetemet, s e számból 4151 a „nacio Ungarorum“ csoportjába tartozik. Ezen utóbbiak közül 2929 valódi magyarországi származású volt, mi az egész létszámnak 14·8 százalékát teszi, s így elég fényes világot vet a magyar középkor műveltségi állapotára. Annál inkább, mert az egyházi méltóságok és a világi nemesek oly nagy tömegét találjuk a magyar hallgatók közt, mint egy más „nacio“ közt sem.

A későbbi korszakokban mind nagyobb számmal keresik fel tanuló ifjaink a bécsi egyetemet, és ismeretes, hogy bár 1770 óta önálló orvosi kara volt a hazai egyetemnek, az utolsó száz évben a magyar orvosnövendékeknek hagyományos szokása volt, hogy a bécsi egyetemen végezték tanulmányaikat, és ha Pesten kezdtek is meg azokat, a 4—5. évet, ha csak vagyoni viszonyaik nem gátolták, Bécsben absolválták s szigorlataikat is ott tették le.

A bécsi orvosegyetem hallgatóinak majdnem fele rendszerint magyar volt. A rendelkezésemre álló újabbkori statistikából az derül ki, hogy az 1866-tól 1886-ig terjedő 20 év alatt 25,626 osztrák és 21,013 magyar látogatta a bécsi orvosi kar előadásait;³ egyes években pedig, mint például 1874, 1876, 1877, 1878, 1879 és 1880-ban a magyarok többségben voltak az osztrákok felett! A magyarországi hallgatók szaporodását végre maguk az osztrákok is megelégették s *nem mi, hanem ők* voltak az elsők, kik a magyar kormánynak czélszerű javaslatokat tettek — ránk nézve nem nagyon hízogó indokolás kíséretében! — az iránt,

¹ Bővebben lásd: P. Szathmáry K.: A Bethlen-főtanoda története. 105. lap.

² Schrauf K.: Magyarországi tanulók a bécsi egyetemen. Kiadta a M. Tudom. Akademia. Budapest, 1892.

³ Ezzel szemben 1770/71—1866/67 közti időszakban, tehát 97 tanév alatt a budapesti egyetemen csak 13,808 orvostanhallgató volt beírva.

¹ Zwanzig Abhandlungen z. Gesch. d. Medizin. (Festschrift H. Baas, 1908. 87. lap.)

hogy miként lehetne a magyar hallgatóknak Bécsbe özőnlését feltartóztatni.¹

Már más alkalommal is kifejtettem, hogy mi volt az oka ennek a szomorú jelenségnek, mely jóformán száz évig gátolta a magyar orvosi tudomány kifejlődését? Talán az, hogy itt Budapesten nem akadtak olyan tanárok, a kiktől tanulni lehetett volna? Korántsem; hiszen közülük nem egynek értésére adták, hogy szívesen látnák őket Bécsben. Az igazi ok abban a gonosz czélzattal kieszelt rendeletben lappangott, mely épen a magyar egyetemi orvosi kar alapítása évében jelenik meg, s mely a Magyarországon felavatott orvosdoktortól megvonja azt a jogot, hogy Bécsben és az örökös tartományokban gyakorlatot folytasson, ellenben a bécsi egyetemen felavatottaknak jogot ad az egész monarchia területén való gyakorlatra. S ez a jogtalan elnyomás csak báró Eötvös József ministersége alatt szűnt meg! Ez azonban csak az egyik oka volt ama szomorú jelenségnek. Hozzájárul még az is, hogy a bécsi egyetemet pazarul dotálták a birodalom pénztárából; kórodákkal, múzeumokkal és az akkori igényeknek legjobban megfelelő egyéb taneszközökkel látták el; míg a saját gazdag vagyonnal bíró magyar egyetem II. József óta úgyszólván csak alamizsnát kapott s még a legszükségesebb dolgokkal is igazán csak szegényletes mértékben volt ellátva. Hogy példát is említsék: a pesti egyetem orvosi kara már a 30-as években kérte és sürgette, hogy a magyar egyetemen (úgy mint Bécsben) műtőintézet állíttassék fel, szakértő sebészek képzése végett. Hiábavaló volt a sürgetés! Csak annyit értek el, hogy Bécsben, az ottani sebészi műtőintézetben két ösztöndíjat létesítettek magyar ifjak számára. A pesti egyetemnek még egy negyed századig kellett várakoznia, míg műtőintézetet kapott. Úgy, hogy a tanulóknak Bécsbe vándorlása ilyen viszonyok közt egészen jól érthető és természetes volt, a mint hogy ezek után érthetővé válik az a szomorú jelenség is, hogy 1867 előtti orvosi irodalmunkban alig találunk olyan munkákat, melyek önálló laboratoriumi vagy klinikai vizsgálatok eredményei volnának, hanem csak elméleti recapitulációkat és összeollózott irodalmi böngészeteket.

Az 50-es években, mint *Poór Imre* írja,² a gazdag uradalmakkal és jus gladii-val dotált m. kir. egyetemnek nem volt annyi pénze és annyi joga, hogy a belorvostani kórodán felszaporodott hagymázás betegeknek újabb fehérműt vásárolhasson, s mikor *Sauer* tanár a budai cs. kir. helytartósághoz fordult, választ sem adtak folyamodványára. Mikor pedig *Sauer* a körülmények kényszerére alatt a sajátjából vásárolta meg a fehérműt, s a számlát utólag terjesztette fel: még szigorú feddést is kapott a helytartóságtól! Ez eset tanulságain okulva, *Sauer* rektorsága idején az egyetemi tanács azon kérelemmel fordult a helytartótanácsához, hogy az egyetemnek jogosan megillető befolyást engedjenek birtokai és alapítványai kezelésében. Ezt egyszerűen megtagadták, s mikor az egyetem azt kérte, hogy javaslatát a felség elé terjeszszék: erre nem is válaszoltak!

A magyar tudomány örök dicsőségének, *Semmelweis*-nak a klinikáján hasonlók, vagy még rosszabbak voltak a viszonyok. Megborzadunk, ha az egykorú leírásokat olvassuk arról, hogy milyen intézetben kellett működnie az antiseptikus sebkezelés atyjának. Hiába fordult panaszaiival a helytartótanácsához, ez sokalta a fehérműt és ágylepedők mosatására kiadott összegeket s 1856-ban minuendo licitációval a legolcsóbb ajánlatot tevő vállalkozónak adta ki mosásra a fehérműt. Mit törődött azzal a helytartótanács, hogy ez az eljárás 16 gyermekágyas halálát okozta, s hogy *Semmelweis* klinikáján azonnal 30%-kal emelkedett a halálozási arány!

¹ V. ö. *Billroth* javaslatát (Aphorismen zum Lehren und Lernen der medicin. Wissenschaften. Wien, 1886. 27. lap.): Die ungarische Regierung könnte diesen centrifugalen, antinationalen Strom [der Ungarn] leicht zurückstauen, wenn sie z. B. nur denjenigen Besitzern Wiener Diplome das Recht der Praxis verliehe, welche wenigstens drei Jahre auf einer ungarischen Universität ihren Studien obgelegen sind, oder nur denjenigen die Praxis gestattete, welche ihre Rigorosen an einer ungarischen Universität abgelegt haben. Da nun nichts dergleichen geschehen ist, so sollte meiner Meinung nach unsere Regierung die Initiative ergreifen und nur diejenigen bei uns zu den Rigorosen zulassen, welche ein Maturitätszeugniss von einem österreichischen (cisleitanischen) Gymnasium aufweisen. Diese Maassregel wäre gewiss dadurch gerechtfertigt, dass die Ansprüche an den ungarischen Gymnasien weit geringer sind, als bei uns, und somit zu Gunsten der Ungarn eine ungleiche Basis für die Aufnahme an unserer Universität geschaffen ist.

² *Poór I.*: *Sauer Ignác emléke.* 6., 7. és 28. l.

Sőt még akkor is, mikor a keményfejű professor természetben, *ad oculos et nares*, demonstrálta a fokozódó halálozás igazi okát, mindenféle egyéb kifogásokkal megtagadták sürgető kérését s méltatlan rendreutasításban részesítették azt az embert, a ki folyamodványában a lángész öntudatával és világos látásával azt írja, hogy a betegek érdekében tett fáradozásai nemesak az ő kórodájának, hanem az egész emberiség jólétének a kérdése.¹ *Kóssa Gyula* dr.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A budapesti kir. magyar tudományegyetem I. sz. sebészeti klinikájának évkönyve az 1906/1907. tanítási évről. Szerkesztette *Dollinger Gyula* udvari tanácsos, az I. sebészeti klinika igazgatója. Mesterük vezetésével és közreműködésével irták az I. sz. sebészeti klinika tanársegédei és műtőnövédekéi. Budapest, 1908.

Dollinger tanár és tanítványainak jeles gárdája számol be e könyvben a budapesti egyetem I. sz. sebészeti klinikájának 1906/7. tanévi működéséről s az annak gazdag anyagán szerzett sebészi tapasztalatokról. A klinika évkönyve régi jó ismerőse immár a magyar orvosi közönségnek, úgy hogy irányáról, kereteiről felesleges bővebben írunk, legfeljebb azt említhetjük meg, hogy ezen kötetben az előző évkönyvek casuisticája is röviden össze van foglalva, úgy hogy az olvasó e könyvből nemesak az 1906/7. tanítási év, hanem a *Dollinger* tanár működése óta eltelt egész decennium anyaga felett is áttekintést nyerhet. A körtörténetek objectív, concis stílusa, a hozzájuk fűződő tanulságos összefoglalások s az egész mű egyöntetűsége rá vall a mester kezeire, reá vall arra, hogy a munka, daczára a megírásában közreműködők nagy számának, egységes vezetéssel és egységes szellemben készült. A tulajdonképeni évkönyvet tudományos dolgozatok vezeték be. *Dollinger* tanár a Gasser-dűcz kiirtásával és a háromosztatú ideg ágainak resectiójával elért eredményekről, *Steiner Pál* a klinikán végzett ajakrák-, szájtűri rák- és emlőrákműtétek, valamint a vesekiirtások eredményeiről, *Sándor István* a haemangioma kezeléséről, *Dumitreanu Viktor* a neuroglioma nervi opticiról és *Tóthfalussy Imre* a heges pylorus-szűkületek miatt végzett gastroenterostomiákról értekezik. A munka végén az ambulantiák statisztikai kimutatásait találjuk.

Ahhoz, a mit ez évkönyv elődeinek kiváló tudományos és paedagogiai értékéről az előző években irtunk, mit sem tehetünk hozzá. Csak annyit mondhatunk, hogy e munka méltó társa elő-

¹ Álljon itt egy pesti levélíró leírása (Wiener med. Wochenschrift, 1857. 543. l.) „Die Klinik befindet sich im zweiten Stockwerke (des in der Neuen Weltgasse gelegenen Fakultätsgebäudes) und zwar in dessen hinterst gelegenen Theile... Diese unzweckmässige Entfernung der Klinik vom Eingangstore des Hauses ist um so nachtheiliger bei einer Gebäranstalt, in welche wegen Raumbeschränkung nur solche Frauen aufgenommen werden, bei welchen der Geburtsakt bereits begonnen hat oder imminent ist, nicht aber wie in Wien, in den letzten beiden Schwangerschaftsmonaten. Die Fenster der Klinik gehen nach der einen Seite auf den Leichenhof hinaus, indes die anderen sich gerade über dem Sezierraum befinden. Die Klinik besteht aus 5 Zimmern; davon 3 mit einem Fenster, eines mit 2 und endlich ein Eckzimmer mit 3 Fenstern. Von den einfenstrigen ist eines so klein, dass er nur das Bett der Wärterin enthalten kann. Es bleiben somit eigentlich nur 4 Räumchen für die Wöchnerinnen. Das Kreisszimmer hat nur 1 Fenster und 3 Betten, daran stösst ein zweites mit einem Fenster. Man denke sich nun ein fleissig besuchtes Klinikum, besucht in diesem Semester von 93 Hebammen und 27 Medizinerinnen oder Chirurgen; man denke sich eine Gebärende, an der die Wendung gemacht werden soll; man denke sich ein Thermometer von 26° R. im Schatten — und wer eine genug lebendige Fantasie hat, denke sich endlich unter solcher Umständen die Mühen des operierenden Professors oder die zehnfache Qual der Operierten. — Es lag wirklich ein bedauerungswürdiges Geschöpf auf dem Querbett. Lehrer, Assistent und ein dichter Knäuel von Studierenden und Hebammen umstanden dasselbe; bis in das dritte Zimmer hinein war Kopf an Kopf dicht gedrängt und doch eigentlich nur, um schreien zu hören, da vom Sehen keine Rede war; eine Hitze, die eher geeignet ist, jemand aus der Welt als in dieselbe zu locken; dem Professor perlte der Schweiss von der Stirne, als die Wendung vollendet war, und eben im Begriffe, das erste Zangenblatt einzuführen, kommt er einer förmlichen Ohnmacht so nahe, dass er genötigt ist, dass seiner Hand entsinkende Instrument seinem Assistenten zu übergeben und sich schleunigst aus der irrespirablen Luft der Klinik zu flüchten.“

deinek és csak azt kívánhatjuk, hogy még számos hasonló utód lépjen nyomába, megismertetni a magyar orvosi világgal a *Dollinger* klinika értékes és gazdag anyagát, tanúságot téve annak kiváló orvosi, tudományos és kulturális működéséről. *Pólya.*

Uti levelek. Irta **Chyzer Béla** dr. Budapest, 1908. Wodianer F. és fiai. 48 lap.

E füzetke írója minden tekintetben élvezetes leírást nyújt az olvasónak azon tapasztalatokról, melyeket a múlt év folyamán tett németországi és svájci utazása alatt szerzett. Öt fejezet keretében szép és folyékony stílussal beszéli el Münchenben, Berlinben, Hamburgban, Hannoverben, Freiburgban tett, többnyire egészségügyi vonatkozású feljegyzéseit. A hatodik fejezet az 1908 szeptember 28—30.-án Luzernben tartott nemzetközi munkásvédelmi congressusnak érdekes referatúráját foglalja magában. A füzetet alkalmasnak véljük arra, hogy külföldre járó kartársaink tudósításaik megszerkesztésekor irányadónak tekintsék. Ezen útmutató segítségével mellett elkerülhetik úgy a szakszerű szárazságot, mint a tárczairói felületességet. *Erdős János* dr.

Lapszemle.

Általános körtan.

A Rivalta-próbát tette vizsgálat tárgyává *W. Janowski* tanár Varsóban és igen ajánlja az exsudatumok és transsudatumok megkülönböztetésére. Az eljárás abban áll, hogy erősen hígított ecetsavból (2 csepp acid. acet. glaciale 100 gm. vízre) néhány cseppet bocsátunk a vizsgálandó folyadékba, s megfigyeljük a csepp nyomában támadó csík keletkezését, mely az exsudatumokban sűrű, gomolyos, szívartüszertü fehérés zavarodást okoz, a transsudatumokban áttűnő marad, s az edény közepe táján már feloldódik. Az eljárásnak igen nagy előnye, hogy igen egyszerű, a falusi gyakorlatban is végezhető, s értékesebb diagnostikai eszköz, mint a többi fizikai, kémiai, cytologiai stb. vizsgálat. A próba negatív normális liquor cerebrospinalis, echinococcus-folyadék, hydronephrosis- és amnios-folyadék vizsgálatok; positiv incarcérált hernia, ovarium-cysta, csecsemőkori hydrocele-folyadék vizsgálata esetén. A szerző számos oly esetet említ, a melyben a boncsolás vagy az operatio a Rivalta-próba helyességét beigazolta, a többi vizsgáló eljárás eredménye pedig ellentmondónak vagy megbízhatatlannak bizonyult. Hogy milyen anyag jelenlététől függ e próba positiv vagy negativ volta, még nem ismeretes; Rivalta eleinte a corpusculáris elemek szét-eséséből keletkező nuclealbuminra gondolt, később pedig a vér englobulin- és pseudoglobulin-tartalmától vélte feltételezettnek az eredményt. (II Policlinico. Sez. Pratica, Fasc. 28. 1908.)

Galambos Arnold.

A vér kimutatására a bélsárban *Messerschmidt* a benzidin-próbát a következő módosításban ajánlja: Késhegynyi benzidint 2 cm³ jégezetben feloldunk; ezt az oldatot mindig frissen kell készíteni. Ezután borsónyi darabka bélsarat (avagy 1/2 cm³ hig ürüléket) jól szétörzsölünk 2 cm³ vízben, a melybe néhány csepp jégezetet tettünk; most a dörzsöléknek 3 cseppjéhez 1, legfeljebb 1 1/2 cm³ 3%-os hydrogensuperoxydot adva, enyhe rázás közben összehozzuk a jégezetes benzidin-oldat 1—2 cm³-ével, a mikor is vér jelenlétében néhány másodperc alatt zöld—sötétkék színeződés áll be. A próba megejtése előtt néhány napig természetesen nem szabad húst ennie az illetőnek. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1909. 8. szám.)

Belorvostan.

A köszvényről és rheumatismusról értekezett *His* a berlini belorvosegyesület 1909 február 1-én tartott ülésén. A régi orvosok nem tudtak különbséget tenni arthritis chronica és köszvény között. A két betegséget 1800-ban választották el egymástól. A köszvényről ma már tudjuk, hogy szerzett vagy öröklött hajlamosság alapján fejlődik, s egyik jellegző tulajdonságát alkotja a purintestek (húgsav) anyagforgalmának sajátos megváltozása, bár ez semmi összefüggésben sincs más tünetekkel, mint a milyen a myalgia, gastritis, neuralgia, dermatosisok stb. Az idősült arthritisek többi alakját sem aetiologiai, sem kórbonczolástani szempontból ilyen exact módon jellemezni és egymástól pontosan elhatárolni még nem

sikerült; általában nem köszvényes arthritises diathesis neve alatt szokás ezeket összefoglalni, jelezvén e névvel, hogy itt még nem mozgunk a kórbonczolástani és kórélettan biztos talaján.

His az idősült ízületi gyuladások következő klinikai alakjait különbözteti meg:

1. másodlagos idősült ízületi rheumatismus;
2. elsődleges idősült ízületi rheumatismus, a mely főképen a phalanxizületeket támadja meg;
3. mono- és oligoarthritis formák, például malum coxae senile, mely trauma után látható többször;
4. a gerincoszlopnak Bechterew-Marie-Strümpell-féle betegsége (ostéopathie rizomélique);
5. a Heberden-féle csomók.

Anatómiai szempontból két csoportba oszthatók ezek a bajok:

1. A folyamat a porz burjánzásával és felrostozódásával kezdődik s csak másodlagosan betegszik meg a synovia. 2. A folyamat a tokszalagban boholyképződéssel, boholyelőkéssel (izületi egerek) kezdődik, hasonló módon, mint a heveny ízületi rheumatismusban.

Aetiologiai szempontból szerepelhet: 1. Trauma, 2. vérzések az izületbe, 3. tuberculosis, osteomyelitis, 4. heveny ízületi eszű, 5. egyéb fertőzések: scarlatína, varicella, typhus, sepsis, gonorrhoea, lues stb.

Ugyanazon kórokozó tényező azonban nem okoz mindig egy-séges kórbonczolástani változásokat az izületekben, így a gonorrhoea egyszer izzadmánnyal, máskor beszűrődéssel, sokszor pedig ankylosissal járó folyamatokat idéz elő. Poncet pedig leír olyan arthritist tuberculosát, melyben gümő és gümöbacillus nem volt kimutatható s a folyamatot toxihatással kellett magyarázni. Az idősült ízületi gyuladások egy sorozata sokáig tartó lázrohamai, a szövőd-ményes endocarditis vagy pericarditis miatt idősült fertőző betegség benyomását kelti. Egységes aetiologiat azonban ezen esetekben eddig nem sikerült kimutatni. A Heberden-féle csomók keletkezésén endogen okokra kell visszavezetnünk, a mint például tüdőtályog, gangraena vagy phthisis dobverőujjakat okozza.

*His*nek személyes tapasztalatai alapján (az arthritises diathesisnek családokban való előfordulása) az a véleménye, hogy nagyobb súlyt kell helyeznünk az arthritises diaethesisnek az endogen betegségekkel való összefüggésére, mint eddig tették.

A mi a köszvény és arthritis chronica többi alakja közti különbségi körjelzést illeti, utal a Gironne-nal egyetemben végzett anyagforgalmi vizsgálataira, melyek kimutatták, hogy csak köszvény esetén mutatkozik nucleinsavas natrium adására az anyagforgalom típusos megváltozása. Potain a különbségi körjelzésre a Röntgen-sugarakat ajánlja. Ugyanis köszvényre jellegzőnek tartja a lacunák képződését a csontokban. *His* kórbonczolástani vizsgálatai megerősítik ezt a megfigyelést s bebizonyítják egyúttal, hogy a lacunák csontelhalások következményei, melyeket a húgsav felhalmozódása okozott; a góczok körül számos típusos csírás sejt található.

Az arthritises betegeknek általában tejből és növényi táplálékokból álló diatét rendelnek az orvosok. Ennek csak köszvény és öröklött köszvényes terheltég alapján fejlődött arthritis esetén van értelme. Határozottan káros lehet ez az étrend az arthritismus súlyos alakjaiban, a melyek amyloidosist, cachexiát, phthisist stb. szoktak maguk után vonni. Ilyen esetekben a tej- és növényi étrend rendszeren elégtelen táplálást eredményez. (Münchener med. Wochenschrift, 1909. 6. szám.)

Sebészet.

Gyűjtőeres anaesthesia néven *Bier* tanár a helyi érzéstelenítésnek a végtagokon nagyon jól alkalmazható új módját ismerteti. Az eljárás kidolgozásában az a gondolat vezette a szerzőt, hogy idegtörzseket csak úgy lehet érzésteleníteni, ha sikerül az érzéstelenítő anyagot a csupasz idegtörzsekhez eljuttatni. Elvileg leghelyesebb volna a verőérbe fecskendezni az anaestheticumot; ez a megoldás azonban a gyakorlatban használhatatlan. Sokkal egyszerűbb s a gyakorlatban könnyen kivihető a gyűjtőérbe fecskendezés útján való érzéstelenítés, a melyet *Bier* következőképpen végez: Esmarch-féle expulziós gummipólyával a végtagot vérteleníti azon helyig, a hol a centrális vértelenítő pólyát fel akarja tenni. Az expulziós pólyá felső szélén felteszi a tulajdonképpeni vértelenítő pólyát, melynek megerősítése után az expulziós pólyát eltávolítja. Ezután a centrális pólyától bizonyos távolságban egy másik vértelenítő

pólyát erősít a végtagra. A két pólyától közrefogott területbe befeeskendi az érzéstelenítő anyagot tartalmazó folyadékot valamelyik könnyen feltalálható gyűjtőér útján. Ez a terület pár pillanat alatt érzéstelen lesz: direct anaesthesia, míg a környéki pólyától distálisan fekvő részlet csak néhány perc múlva: indirect anaesthesia. Mindkét anaesthesiát fel lehet használni az operálásra.

A befeeskendezéshez Bier 100 cm³-es méretezett Ismet-féle feeskendőt (fémbe foglalt üveghenger fémdugattyúval) használ. A feeskendő kivezető csövének folytatása erős gummicső, melynek fémkúpából álló végére canule erősíthető. A szükséghez képest 1·5 millimeter (gyermekek számára), 1·75 és 2 millimeter átmérőjű canule végéhez közel két körkörös barázdával van ellátva. A feeskendő kifőzésére nem szódát, hanem physiologiás konyhasó-oldatot használ. Anaestheticumnak legjobban bevált a novocainnak 0·5%-os isotóniás konyhasós oldata, a melyet sterilizálás után körülbelül a test hőmérsékével egyező melegen feckend be. Rendkívül fontos az eljárásban a tökéletes vértelenítés. Rendszeren a centrális pólyától a környék felé eső egész végtagrészletből szorítjuk ki a vért. Ha azonban az expulsióval fertőző anyagot vagy rossztermészetű daganatsejteket nyomhatnánk a vérkörbe, akkor csak a veszélyes területtől centrális irányban kezdjük a pólyázást. A vértelenítő pólyák feltételek arra kell ügyelnünk, hogy a járatok egymást csak részben fedjék, különben nagyon kellemetlen nyomásérzés támad. Valami csekélyfokú kellemetlen érzés így is lesz, a mely azonban az érzéstelenítő folyadék befeckendése után letompul. Ha teljesen el akarjuk kerülni ezt az érzést, akkor (különösen kezdőknek ajánlatos, a ki nem tud még olyan gyorsan dolgozni) úgy járunk el, hogy vértelenítés előtt keressük fel a gyűjtőeret. A distális pólyát elhagyhatjuk, ha nagyon periferián fekvő részeket operálunk (kéz, láb). Ha a vértelenség nem tökéletes, akkor egyrészt az érzéstelenítő folyadék számára nem lesz elég hely a gyűjtőeres hálózatban, másrészt pedig az anaestheticum egy részét a centrális pólya alatt fekvő, tökéletesen el nem zárt ereken keresztül belenyomjuk a vérkeringésbe. Expulsiós pólyának az egész alsó végtagra 6·5, az egész felső végtagra 3·5 meter, vértelenítő pólyának a czombra 3·5, a felkarra 2 meter hosszú gummipólyát használ; ezeket carbololdatban tartja, sepsis operálás után kifőzi.

A befeckendezést akármelyik gyűjtőéren végezhetjük, ha elég nagy ahhoz, hogy a canule befogadja. A kar venái normális viszonyok között könnyen megtalálhatók, különösen zsírszegény, izmos egyénekben. Azonban kóros viszonyok között s a czombon normális állapotban is nem tűnnek át a bőrön; ilyenkor anatómiai fekvésük szerint kell őket felkeresnünk. A czombon legalkalmasabb a vena saphena magna, a lábszáron való operálásokhoz ezenkívül a vena saphena parva. A karon a vena cephalica és vena basilica jön tekintetbe, melyek a felkar alsó harmadában könnyen megtalálhatók. A vena cephalicát illetőleg megjegyzendő, hogy a felkar ezen részletében nem a sulc. bicipitalis laterálisban fut (mint az anatómiai könyvek állítják), hanem tőle előbbre. (Ezt a venát a szerzőnek kétszer nem sikerült megtalálnia.) Ajánlatos a könyökhajlatban a vena medianába való befeckendezés, ha az alkaron indirect anaesthesiában akarunk operálni. A gyűjtőér felkeresése a következőképpen történik: Ha áttűnik a vena, akkor vértelenítés előtt jodtincturával vagy methylibolyával megjelöljük. Megfelelő nagyságú területet Schleich szerint érzéstelenítünk 0·5%-os novocain-oldattal, melyhez suprarenint teszünk, ha a vértelenítés előtt keressük fel a venát. Ha nem tűnik keresztül, akkor anatómiai lefutására haránt irányú metszést ejtünk s a zsírlébe nyúló gondon félérekampóval keressük. Ha megtaláltuk, Dechamp-tíval 1¹/₂—2 cm. hosszban szabaddá tesszük, felfelé leköjtjük. A segéd a fonalnál fogva megfeszíti a venát, erre a leköjtéstől kis távolságban lyukat vágunk a canule számára, melyet mélyen bevezetünk a venába; ezután visszahúzzuk addig, a míg az előre meghurkolt s kissé meghúzott második fonal bele nem billen a canule körkörös barázdájába. A fonal csomózása után a canule csapját kinyitjuk s belenyomjuk a folyadékot. A két pólya közötti terület erre megduzzad, a bőr még halványabb lesz, ha teljes volt a vérszegénység, kissé kékes, ha maradt benne kevés vér. A befeckendezés fájdalmat nem okoz, csak a duzzadás érzetét kelti, azonkívül hidegérzést, ha hideg, melegérzést, ha a test melegével közel egyenlő hőmérsékletű volt. A befeckendezés történhetik a centrum és a környék felé (a billentyűkkel szemben). Bier mindig az utóbbi eljárást használja azért, mert

1. a centrum felé feckendezéskor — a mint kutyán végzett kísérletekből kitűnik — mérgezési tünetek támadnak; a vértelenítő pólya ugyanis mégsem zár annyira, hogy a befeckendezési nyomásnak valamennyire ne engedjen. 2. Az érzéstelenítő anyag egyenetlenségben oszlik el a bőrben periferiás befeckendezés után. A billentyűk ritkán akadályozzák meg a környék felé való feckendezést. Nagyobb nyomással ellenállásuk könnyen legyőzhető. Ha direct érzéstelenséggel akarunk operálni, akkor közel a centrális pólyához kell felkeresnünk a venát, mert a befeckendezési nyílás niveauja felett, a centrális pólyától periferián fekvő borsáv nem lesz érzéstelen, míg a mélyebb részekben az anaesthesia a pólya alá is betérjed.

Az anaestheticum legnagyobb dosisa 80 cm³ 0·5%-os novocain-oldat, elővigyázati intézkedések mellett többet (100 cm³) is lehet alkalmazni, 80 cm³ azonban majdnem mindig elégséges és mérgezési tüneteket akkor sem okoz, ha minden elővigyázat nélkül használjuk. Alapítalan az a feltevés, hogy a pólya levétele után az oldat a vérkeringésbe jutván, mérgezési tüneteknek kell támadniuk. Az érzéstelenítő anyag a befeckendezés után gyorsan belejut a szövetekbe, melyek (különösen az idegállomány) megkötik. A 134 eset közül csak kettőben tapasztalt Bier enyhe mérgezési tüneteket (hányásinger), melyek azonban hamar megszűntek. Ez irányban végzett kísérletek bizonyítják, hogy háziyúl ezen eljárás mellett annak a dosisnak tizszeresét tűri el hátrány nélkül, a mely a rendszeren módon gyűjtőérébe feckendezve azonnali halálát idézi elő. A szerző eleinte bizonyos elővigyázati intézkedésekkel végezte az érzéstelenítést; ezeket most már csak kivételesen alkalmazza: 1. A meg nem kötött mérget két periodusban juttatja a vérkeringésbe az által, hogy a levett centrális pólyát egy idő múlva újra felteszi s kis ideig rajta hagyja. 2. A periferiás pólya levétele után csak annyira lazítja meg a centrális pólyát, hogy a verőerek megnyiljanak, minek következtében a mérget jó része a nyílt sebzésben történő vérzéssel kimosatik. 3. Legbiztosabban elkerülhető a mérgezés, ha a canulet a műtét végéig bennhagyjuk s azon keresztül átöblítjük a gyűjtőereket a sebszélek felé felmelegített élettani konyhasóoldattal. Ilyen módon az anaestheticumnak oly nagy mennyiségeit lehet alkalmazni, mint egy más eljárásnál sem. Sohasem kell azonban ezekhez a fogásokhoz nyúlunk, ha nem használunk el többet 80 cm³-nél.

A két pólya között támadó érzéstelenség, a direct anaesthesia azon alapszik, hogy az érző végkészülékek, a kisebb és közepes idegtörzsek bénulnak. A nagyobb idegtörzsek vezetőképességüket egy ideig megtartják (átlag 6—10 perczig a befeckendezés után); ha ezek is bénulnak, akkor a periferiás pólyától distálisan eső részek is érzéstelenek lesznek: indirect anaesthesia. A direct érzéstelenség bekövetkezésének ideje függ a vértelenség fokától és a végtag vastagságától. Ha vékony (és vértelen), akkor mindjárt, ha vastag, akkor néhány percz (legfeljebb 5 percz) alatt fokozatosan áll be az anaesthesia. A térdizület érzéstelenítésekor a belső oldal rendszeren mindjárt, a külső csak egy idő múlva lesz érzéstelen. Megrövidíthető ez az idő azzal, hogy a befeckendezett folyadékot a külső oldal felé masszáljuk. Jóllehet a direct anaesthesia a legtöbb esetben közvetlenül a befeckendezés után mutatkozik, mégis jó néhány perczig várni (különösen alsóvégtag-műtétkor); ezt az időt a vena felkeresésére szolgáló seb ellátásával tölthetjük ki.

Az indirect anaesthesia különböző idő múlva mutatkozik, legkésőbb 20, rendszeren 6—10 percz múlva. Néha a periferiás pólya alatt átmegy a folyadék s annak a látszata támad, mintha az indirect anaesthesia is azonnal beállott volna, holott ez tulajdonképpen direct érzéstelenség. Úgy látszik, az indirect anaesthesia előbb mutatkozik a mélyebb részekben, mint a bőrben: fájdalmas és merev ízületek reactio nélkül mozgathatók már akkor, mikor a bőr még érzékeny. Az indirect anaesthesia beállásával egyidőben izomgyengeség is támad, mely később bénulásig fokozódik. Ezt gyakorlatilag felhasználhatjuk oly módon, hogy ha indirect anaesthesiában akarunk operálni, addig várunk, míg jelentékeny motoros paresis mutatkozik.

A kötések levétele után rendszeren a motoros bénulás szűnik meg először, majd 2¹/₂—7 percz múlva az anaesthesia is. Az érzés gyors visszatérése hátránya az eljárásnak, arra kényszerít, hogy az érleketéseket és a seb elzárását még a vértelenségben végezzük, a mi a kezdőknek meglehetősen nehéz dolog. Azok a törekvések, melyek az érzéstelenségnek a pólyák levétele után

tartósabbá tevésére irányultak, meghiúsultak. Centrálabb oldatok nem váltak be, úgyszintén suprarenin hozzátevése sem lendített a dologon, a mennyiben csak egyes esetekben mutatkozott a várt hatás (tartósabb anaesthesia és a vértelenség után rendszeren jelentkező reactiv hypæraemia elmaradása). Acoïn (0.05%) hozzáadása után még rosszabb eredmények mutatkoztak. Hogy az anaesthesiának a kötés levétele utáni gyors eltünése ne zavarja a műtétet, és hogy — vértelenségben végezve az érelkötéseket — elkerüljük az utóvérzés veszedelmét, legajánlatosabb következőképp eljárni: A vértelenségben lekötjük a látható ereket, hogy ezek jobban szemünkbe tűnjenek, a segéd az erek tartalmát a seb felé simítja, minek folytán folyadékponok jelennek meg. A segéd lassan megoldja a pólyát, mire a még le nem kötött erek is láthatók lesznek. Ezeket 2—3 perc alatt lekötjük a pólyát újra megerősítjük, hogy anaesthesiában varrassunk. Ezután jó nyomókötést alkalmazunk.

Bier ezzel a módszerrel eddig 134 műtétet végzett, 115 esetben jó, 14 esetben kielégítő, 5 esetben elégtelen érzéstelenséggel. Kielégítő eredményről akkor beszél, mikor a beteg panaszkodott néha fájdalomról, az operálást azonban zavar nélkül elvégezhetette.

Az eljárás minden végtágrészen alkalmazható, még a czombon is, a hol pedig a priori az várható, hogy az érzéstelenítő folyadék nem juttatható el a czomb külső felébe. A czombon a vértelenítő pólyát helyszűke miatt egymást fedő menetekkel kell feltennünk. Nekrotomiák alkalmazásával, amelyeket a külső oldalról szokás végezni, kissé kellemetlen az, hogy az anaesthesia épen ezen oldalon következik be legkésőbb. Jóllehet három műtétben sikerrel alkalmazta a gyűjtőeres anaesthesiát, nekrotomiákhoz még sem tartja a módszert kielégítőnek. Térdizületi resectióknál eddig szintén csak a direct anaesthesiát használta fel az operálásra. Az ízület belső oldala rendszeren rögtön, a külső vagy 2 perc múlva lesz érzéstelen. A lábszáron és lábon indirect anaesthesiában is operálhatunk. Körülbelül 15 perczel a befeckendezés után, a mozgató bénulás bekövetkezésékor kezdjük a műtétet. A műtét megkezdése előtt a periferiás pólyát eltávolítjuk. Az indirect anaesthesia különösen akkor javasolt, ha az operálás terjedelmesebb (nekrotomia; inátültetés; esontvarrat, a mely direct anaesthesiában bajosan volna végezhető, mert a pólyák dislokálják a esontvégeket, a fibulát a tibia felé nyomván). Természetesen minden műtétet, melyhez nem kell valami hosszú metszés, direct anaesthesiában is végezhetünk. Ha a lábszár hátulsó oldalán operálunk, akkor a vena saphena parvába feckendezhetjük az anaestheticumot. Ha a lábon direct anaesthesiában operálunk, a periferiás pólya elhagyható, ajánlatos azonban, a mennyiben lehetséges, ilyenkor is feltenni. Alsóvégtágműtéteknél legtöbbször ajánlatos az anaestheticum legnagyobb adagját használni (80 cm³), bár sokszor kisebb mennyiséggel is elegendő érhétünk.

A karon átlag 50 cm³ oldat elegendő. A felkaron rendszeren direct, az alkaron indirect anaesthesiában operál a szerző. Az amputálást direct anaesthesiában végzi. A maximális adagot itt meg lehet haladni, mert hiszen az eltávolítandó végtaggal az anaestheticum egy része is távozik, másfelől pedig a csont felületére kiöblíthető. A befeckendezés után jó, ha néhány perczig várunk.

Sepsisesen megbetegedett végtágrészleteket nem szabad vérteleníteni, azért directe nem is érzésteleníthetők. Használható azonban az indirect anaesthesia oly módon, hogy a megbetegedett területtől centrálisan végzünk csak expulsiót s így a töle távoleső végtágrészletben direct anaesthesiát idézünk elő. (Például a kéz inphlegmonéje esetén a könyökizület felett közvetlenül felteszszük a periferiás pólyát, azután expulzálunk felfelé, majd a centrális pólyát teszszük fel bizonyos távolságban; a kettő közötti területet direct úton érzéstelenítjük. 10—15 perc múlva a kézen indirect anaesthesiában operálhatunk.

Bier kiterjedt alsóvégtag-varixokat is operált gyűjtőeres anaesthesiával. Az érzéstelenség minden esetben csak a belső felületen volt tökéletes, de csakis erre volt szükség.

A gyűjtőeres anaesthesia a szerző szerint akkor indikált, ha a közönséges helyi érzéstelenítés elégtelen: a végtagoknak úgynevezett nagyobb műtétei alkalmazásával. Minthogy veszélytelen eljárás, a lumbális analgesia rovására mindig alkalmazandó, ha vértelenséget lehet előidézni a végtagon. A beteg „lelki izgatottsága“, melyet általában felhoznak a helyi érzéstelenítés ellen, nem lehet ellenjavallat. Ez rendszeren csak akkor szokott keletkezni, ha az orvos nem tudott tökéletes érzéstelenséget előidézni. Mindenesetre találni

ideges embereket, a kiket nehéz helyi anaesthesiában operálni, ilyenkor a befeckendezést scopolamin-morphin-bóditással kombinálva, legtöbbször mégis célt érünk. Gyermeket szintén bajos helyi anaesthesiában operálni; főképen arra kell vigyázni, hogy a műtét minden mozzanata s különösen már a gyűjtőer felkeresése fájdalomtalan legyen. A szerző 25 gyermeket operált módszerével jó eredménnyel. Ellenjavallt az eljárás gangraena diabetica és senilis esetén. Három esetben (diabeteses gangraena) a csontban phlegmone támadt. Semmiféle egyéb kárt nem látott a szerző eljárása után. Az a véleménye, hogy a gyűjtőeres anaesthesia tökéletességénél fogva az összes többi helyi anaesthesiás eljárást felülmulja. (Berliner klin. Wochenschrift, 1909. 11. szám.)

Szülészet és nőorvostan.

Az újszülöttek koponyabehorpadásának kezeléséről ír Scheffzek (Boroszló). A kicsiny lelapítások jelentéktelenek, csakbamar kiegyenlítődnek és rövid idő alatt nyomtalanul önmaguktól elsimulnak. Feltűnő módon deformálódik a koponya az úgynevezett csurgaszerű impressióktól, a melyek maradandó alakváltozást okoznak. Ezek leggyakrabban a falsonton a koronavarrat mentén keletkeznek és a promontorium nyomásának következményei; gyakran olyan mélyek, hogy a depressio szélei törés-szelhez hasonlóan élesek. Az ilyen behorpadással született gyermekek többé-kevésbé asphyxiások. Az asphyxia nem mindig az impressio következménye, hanem sokszor inkább a szülési traumától származik, velejár néha vérömleny és agysérülés. Az ilyen asphyxiás magzat felélesztése első sorban függ a komplikáló vérzésektől és agysérülésektől, ha ezek kiterjedt mértékben vannak jelen, a magzat elpusztul; egyedüli causális terapia a Seitz ajánlotta trepanatio. Ha az impressio mellett agynomás-tünetek vannak jelen, a felélesztési kísérletek eredményesek lesznek az által, hogy a behorpadó esontokat kiemeljük; de ha a nyomás-tünetek hiányoznak, akkor is kívánatos a koponya deformitásának kiegyengetése, mert állandóvá válhat. Az impressio kiemelése legkönnyebben egyszerű dugóhúzószzerű műszer segítségével történhetik, a melyet a behorpadt esontba fúrunk és így emeljük ki. Legjobb a műveletet azonnal a szülés után megtenni, 12—24 órával utóbb is meg lehet kísérni, csak hogy ilyenkor a esont már nehezebben követi a húzást. (Deutsche med. Wochenschrift, 1908. 36. szám.)
Bogdanovics dr.

Börkörtan.

Familiáris betegség alakjában jelentkező lichen ruber planus eseteit ismerteti F. Veiel (Cannstatt). Jóllehet újabban a lichen ruber pathológiájának ismeretében határozott haladás állapítható meg, a legfontosabb kérdés, a betegség oka még maig is teljes homályban van. Magyarazatot kereső teoriákban ugyan nincsen hiány, de épen ez mutatja legjobban ismeretünk hiányosságát. A szerző esetei azon csoportba tartoznak, a mely a hereditaer dispositio jelentőségét látszik megerősíteni. Észlelete 4 tagú családra vonatkozik, a melyben minden családtag bőrbajokra hajlamosnak mutatkozik. Míg azonban az anya lichenben sohasem szenvedett, addig az apán és két gyermekén (18 éves leány és 14 éves fiú) typosos lichen ruber észlelhető. Feltűnő még, hogy a lichen az apán és leányán már több ízben jelentkezett. A betegségnek ily módon való előfordulása oly feltűnő, hogy az esetek véletlen összetalálkozásának felvétele a priori elhárítható. Hasonló esetek különben is már ismeretesek az irodalomból, bár azokban az öröklött dispositio az anyáról terjedt rá a gyermekekre. A szerző még kiemeli, hogy mind a három lichenes betege erősen idegesnek bizonyult, a mi a lichenes egyének kórtörténetében elég gyakran előforduló jelenség. Hangsúlyozza továbbá, hogy az ily familiáris esetek a parasiták elmélet ellen hozhatók fel, bár nem tagadható Jadassohn-nal egyetemben az sem, hogy az esetleges parasita csakis bizonyos, alkalmas táptalajul szolgáló bőrön tud élni. A szerző ily módon tehát azt gondolja, hogy a parasiták elmélet összeegyeztethető a hereditaer teoriával. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis., 93. kötet 3. füzet.)
Guszman.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A gyermekkori idegesség és a táplálkozásmód összefüggésére hívja fel a figyelmet Siegert. Az úgynevezett „ideges“

gyermeket főleg a jómódú családokban találjuk, vagy egyáltalában ott, a hol valami okból „roboráló diatét” foganositanak, vagyis olyant, a melyben sok a fehérje és a zsír, a szénhydrat pedig kevés s a főzelék és gyümölcs nincsen vagy csak jelentéktelenül van képviselve. Az ilyen módon táplált gyermekeknek rossz az arczsine; többnyire kevésvérűek, makacs székrekedésben szenvednek, nagyon hajlamosak ismétlődő torokgyulladásra, bronchitisre, bőrbajokra; folyton fokozódó idegességük állandó nyugtalanságban, nehezen nevelhetőségben, rossz tanulásban, nyugtalan alvásban nyilvánul. Az anaemia, az obstipatio és az idegesség gyógyszeres kezelése az ilyen esetekben nem vezet eredményre. Csakhamar javul azonban az állapot, ha a diatét szabályozzuk, még pedig a fehérjét és a zsírt megszorítjuk, a szénhydratokat pedig megszorítjuk és bőségesen adunk főzeléket, salátát és gyümölcsöt. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1908. 38. szám.)

Skrofulás mirigyduzzanatok ellen Frey jó eredményrel használja a jothionkenőcsöt: Rp. Jothioni 10·0; Lanolini anhydr. 6·0; Vasel. americ. 4·0. A mirigyduzzanat felett lévő bőrrészletbe 2—4 gramm kenőcs dörzsölendő be szappanspiritussal és aetherrel megtisztogatás után. (Die Heilkunde, 1908. 11. füzet.)

Propäsin elnevezéssel új helyi érzéstelenítő szer ajánl Stürmer és Lüders. A propäsin (paramidobenzoösavpropylester) fehér, kristályos, laza, csaknem iztelen és szagtalan, közömbös kémhatású por, a mely vízben rosszul, alkoholban jól oldódik. A 15⁰/₀-os propäsin-kenőccsel kitűnő eredmény érhető el lábszárfelekély esetében; bőrvizketés ellen is jól hat. A propäsin-pastillák a száj és torok másodlagos syphilitis bántalmaiban használhatók eredményrel; már egy (0·012 propäsin-tartalmazó) tabletta használatára 10 perc alatt megszűnt a fájdalom körülbelül 2 órára; stomatitis mercurialis okozta fájdalom ellen is jók a propäsin-tabletták, a melyeknek ártalmatlanságát bizonyítja az a körülmény, hogy némelyik beteg 12 tablettát is fogyasztott 24 óra alatt. Gümőkóros gégefekély okozta fájdalom ellen is alkalmasint jó szolgálatot fog tenni ez az új érzéstelenítő szer. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1908. 53. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1909. 13. szám. *Lévai József*: Ipari baleset és sérv keletkezése közötti összefüggésről. *Eisenstein Károly*: A magasan álló far extractiója a szerző farfogójával.

Orvosok lapja, 1909. 13. szám. *Doctor Károly*: Gyakorlati szempontból fontos irányelvek a cukorbetegség szénhidrátok iránt való tolerantiájának megállapításánál.

Budapesti orvosi újság, 1909. 12. szám. *Bauer Lajos*: Hemi-atrophia facialis ritka esete. *Plesch János*: A szívverés volumjának meghatározása. *Máyer József*: Közlemények a gyakorlatból. „Szülészet és nőgyógyászat” melléklet, 1. szám. *Szabó Dénes*: A méhbélés gyulladása és gyógyítása. *Nádory Béla*: A méhbrák korai diagnózis. *Mészáros Károly*: Az osteomalacia mellékvese-kezeléséről. *Góth Lajos*: Ikercollisio egy esetéről.

Vegyes hírek.

Kinevezés. A király *Békésy Géza* dr. és *Fáy Aladár* dr. közegészségügyi felügyelőnek a közegészségügyi főfelügyelői címet és jelleget adományozta. — *Lévai Ödön* dr.-t a belügyminister a szabadkai állami gyermekmenhely igazgató-főorvosi teendőinek ellátásával bizta meg. — *György Gábor* dr.-t a kereskedelmi minister a magyar királyi posta-, távirda- és távbeszélő-hivatal budapesti központi igazgatóságának felügyelő-orvosává nevezte ki. — *Karácsonyi Miklós* dr.-t a pénzügyminister bányaróvossá nevezte ki. — *Vragassy Lípót* dr.-t alorvossá, *Pertik Tamás* dr.-t pedig segédorvossá nevezte ki a székesfőváros főpolgármestere. — *Winter Ferencz* dr.-t a zalaegerszegi kórház elmebeteg-osztályának orvosává, *Fenyves Pál* dr.-t és *Kerner Miksa* dr.-t a pécsi városi közkórházhoz napidíjas orvosává nevezte ki. — *Manheim Ignác* dr.-t a belügyminister a nagykovácsi elmeorvos-intézetéhez orvosává nevezte ki.

Választás. *Nagy János* dr.-t Sárvárott városi orvosává, *Kass András* dr.-t Világoson és *Grün Mór* dr.-t Törökbecsén községi orvosává választották.

A **Városmajor-sanatorium** orvosi vezetését *Stern Samu* dr., egyetemi magántanár vette át.

A **XVI. nemzetközi orvosi congressus** II. meghívóját április hó végén küldik szét s az összes magyar orvosok megkapják a belépési nyilatkozattal együtt. A tagsági díj 25 korona, az orvosok feleségei és leányai 12 korona 50 fillért fizetnek. A díj postautalványon *Elscher Gyula* dr. egyetemi tanár nevére a congressus irodájának címére (VIII. ker., Esterházy utca 7. sz.) küldendő.

Meghalt. *W. T. Bull*, a sebészet tanára a new-yorki College of Physicians and Surgeons-on. — *D. R. Brower*, az idegkór tanára Chicagóban. — *F. I. Knight*, a gégeorvos tanára a bostoni Harvard-egyetemen.

Kiseb hírek külföldről. *T. G. Brodie* dr.-t (London) a torontói egyetemen az élettan tanárává nevezték ki.

A **francia elme- és ideg orvosok 19. congressusát** Nantesben tartják augusztus 2.ától 8.-áig.

A **berlini botrány.** Március első felében Berlinben két orvos között becsületsértési per folyt le, melynek során furesa részletek kerültek napfényre arról, hogy hogyan igyekeznek egyik-másik nagy hírű berlini orvosprofesszor a külföldi, különösen oroszországi betegeket a maga részére megkaparintani. Kiderült, hogy rendszeresen fizetnek egyes hivatászerű közvetítőket, a kik hozzájuk utasítják az Oroszországból Berlinbe érkező tájékozatlan betegeket. Berlinben külön ilyen közvetítő intézet áll fenn „Russisches Institut für medizinische Konsultation” czímen, két laikus vezetése alatt, s Leyden tanár nem restelte ezen intézet díszelnökségét elfogadni. Az akció ez ellen az eljárás ellen, mely enyhén szólva nem nevezhető correctnek, s mely különösen gáncsolandó egyetemi tanároknál, a kik az ifjúságnak az orvosi ethika tekintetében is példaképül kell hogy szolgáljanak: egyfelől a schönebergi orvosok egylete, másfelől Moll és Friedmann dr.-ok indították meg; a két utóbbi orvos magánúton számos adatot gyűjtött, a melyek az említett becsületsértési perben sorra napfényre kerültek. Az adatok leginkább Leyden, Senator, Ewald és Posner egyetemi tanárokról terheltek. Senator tanár a berlini orvosegylet elnökségéről már is lemondott. Hír szerint az ügy még nincs befejezve, hanem még foglalkoztatni fogja a berlini orvosok becsület-bírószágát s a berlini orvoskari tanártestületet is.

A **trachoma kórokozóját** úgy látszik megtalálták, s ismét a német tudomány a felfedezés dicsősége, ép úgy mint legutóbb a spirochaeta pallidánál. 1907-ben írta le a kérdéses bakteriumokat először Halberstädter és Prowazek; részletesebben foglalkozott velük Greeff berlini tanár, Clausen és Frosch dr.-ok közreműködésével. Greeff tanár most a Deutsche mediz. Wochenschriftben összefoglaló cikkben ismerteti az új bakteriumra vonatkozó vizsgálatok eredményeit. Ezek után valóban alig lehet kétséges, hogy a trachoma valódi kórokozójával van dolgunk. Az új bakterium a legkisebb eddig ismert coccus; az alakja inkább ovális mint gömbölyű; Giemsa-festékekkel igen erősen színeződik, hol ibolyaszínűre, hol vörösre, anilin-színekkel gyengébben, Gram-mal egyáltalában nem festődik. Sűrű intracelluláris halmazokban fordul elő, keskeny világos udvartól körülvéve, a hámszövetek és nyiroksejtek belsejében. Jellemző reá, hogy szeret kettesével elrendezkedni. Legkönnyebben a beteg kötőhártyáról vett kaparékban mutatható ki, különösen, ha nem előzte meg a vizsgálatot a kötőhártyának cuprum sulfuricummal való kezelése, melyre a bakteriumok nagyon hamar eltűnnek. Az új bakteriumot, melyet Prowazek ehlamydozoonnak tart, csaknem minden trachoma-esetben meg lehet találni, míg a kötőhártya más betegségeiben nem lehet kimutatni. Megtalálták már Berlinben, Königsbergben, Ausztriában, Oroszországban, Japánban, stb.

LIGETSANATORIUM Budapest, VI., Nagy János-utca 47. szám. (A Városliget közvetlen szomszédságában.)
Diatétis, diagnosztikus, physikotherapiás sanatorium. — Igazgató: **Dr. Jakab László.**
Megnyílik 1909 augusztus havában.

Budapesti ZANDER-gyógyintézet

VIII., Múzeum-körút 2. Teljes physikális gyógyberendezés. Főbb javalatok: Idült gyomorbelatonia, székrekedés, elhízás, köszvény, csúsz, idegzsabák (ischias stb.). Csonttörések és egyéb sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Erelmeszesedés, szívbajok, bronchialis asthma (villamos fényfürdővel), neurasthenia, bénulások. Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése (Zander módszerével). Gerinczélőgöbülések.

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

GIZELLA-TELEP FÜRDŐ, modern vízgyógyintézet május 1-én nyílik meg.
posta VISEGRÁD (Pest m.)

Vízgyógykezelés, szénsavas-, villanyos-, forróvíz-, mór-, sós-, fenyő- és napfürdő. Villanyozás, massage. Remek fekvés. Pensio — fürdőhasználatlaltal és ötszöri étkezéssel együtt — heti 65 koronától feljebb. Kivánatra prospectus.

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

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

Dr. Widder Bertalan operateur testgyógyító (orthopédia) intézete csont- és ízületi (tuberculozitikus, angolkóros, rheumás, elgöbült) betegeknek. Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 19, Magyar-utca sarok. Rendel: d. e. 11—12-ig, d. u. 3—5-ig. Szegényeknek díjtalanul.

Orvosi laboratórium es cukorbeteg tolerantiájának meghatározása **Dr. Mátrai Gábor** v. egyetemi tanársegéd. Andrassy-út 50 (Oktogon-tér). Telefon 26—96.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA BUDAPEST, VÁROSLIGETI FASOR 13—15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által. 2652

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Budapesti kir. Orvosegyesület. (XI. rendes tudományos ülés 1909 márczius 20.-án.) 264. l. — A budapesti kir. orvosegyesület dermatologiai és urológiai szakosztályának ülései. (Rendes ülés 1908 február hó 24.-én.) 265. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 266. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XI. rendes tudományos ülés 1909 márczius 20.-án.)

Elnök: **Schaffer Károly.** Jegyző: **Entz Géza.****Situs inversus viscerum esete.**

Földi Ottó: Az utóbbi napokban a 10. gyalogezred egy közlegénye került osztályomon felvételre, a ki jelenleg szolgálatának második évét teljesíti és állítása, valamint a rendelkezésemre álló feljegyzések szerint eddigelé csak egyszer volt kórházi kezelésben hörgőhurut miatt; másodizben f. évi január 26.-án egy öntudatlan-sággal járó és göresöktől kísért roham után vétetett fel. A látzólag erőteljes és egészséges 22 éves férfi koponya- és testalkotásában feltűnő alaki eltérés nincs. A mellkas lapos, elülső jobb középső részlete talán kissé elődomborodó a bal oldalhoz képest és jobboldalt a harmadik és ötödik borda között kisértékű rhythmusos hullámzás észlelhető a szemmel és a tapintó kézzel. Kopogtatásra úgy a kules feletti, mint a kules alatti árkokban teljes, nem dobos kopogtatási hangot nyerünk, mely baloldalt elül leterjed a szegy melletti vonalban az ötödik, a bimbó melletti vonalban a hatodik, az elülső hónaljvonalon a hetedik borda felső széléig, a közep-vonalban a negyedik borda magasságáig és innen lefelé majdnem a bal bordáiv alsó széléig tompa kopogtatási hangba megy át. Jobboldalt elül a teljes éles, nem dobos kopogtatási hang a harmadik borda alsó szélén relatív tompulatnak ad helyet, mely a negyedik bordánál abszolút tompulatná válik, s mint ilyen kifelé terjed majdnem a jobboldali bimbóvonallig. Ugyancsak teljes éles, nem dobos kopogtatási hangot nyerünk az elülső hónaljvonalon a 9. borda felső széléig. Úgy a bal-, mint a jobboldali tompulat mely lélekzetvételnél körülbelül egy bordaközszáll alá. Hallgatódzaskor a jobb ötödik bordaközben úgy a bimbóvonalon, mint a szegy mellett egy fűvő, érdes, helylyel-közszáll majdnem nyikorgó systolés zörejt és tompa diastolés hangot hallunk, míg a jobb második bordaközben az első hangot tompa zörejt helyettesíti, a második hang ellenben ékelt. A bal második bordaközben a csücséshoz hasonló hangokat észlelünk. A hangok illetve zörejek rhythmusos egymásutánban követik egymást s a fentjelzett látható lüktetéssel egyidejűek. A leírt objectív lelet értelmében fel kell tételeznem, hogy ezen emberben a szív a rendestől eltérőleg jobboldalt fekszik, s a máj és a lép szintén helyet cserélt, tehát a zsigerek megfordított fekvésével van dolgom; ezen lelethez hozzájárul még egy szívbántalom, a kéthegegyü billentyű elégtelensége. Az utólag eszközölt Röntgen-átvilágítás, valamint a Röntgen-kép a diagnosis helyességét teljes mértékben igazolta.

Rhino-laryngoskleroma-esetek.

Irsai Artur: Az egyik eset (rhino-laryngoskleroma) L. M. 29 éves cipészsegéd, bucsai (Biharmegye) születésű. Betegsége 1903-ban vette kezdetét, a mikor azt tapasztalta, hogy orrnyílásai lassanként szűkülnek, az orrszárnyak keményednek és az orrában folyton pörkök képződnek. Vizsgálatkor feltűnik az orrnyílásoknak, kiváltképp a jobboldalnak szűkült volta, porckeménysege, a lágyszájpad zsugorodása, a hátulsó garatfal oldalsó részeinek hypertrophiája és hegektől áthúzott volta, mindkét choanának redőny-szerű szűkülete. Az egyik kiirtott részletnek vizsgálata pozitív adatot nyújtott (Mikulicz-sejtek); a skleroma-bacillus tisztán ki volt tenyészthető.

A második eset (rhino-pharyngo-laryngoskleroma) Gy. István 28 éves földmives. Állítólag tíz éve beteg. Baja orrhuruttal és rekedtséggel kezdődött, mely lassanként nehézlégzéssé fokozódott, úgy hogy pár hónappal ezelőtt orvosi segélyhez folyamodott. A kórházba való felvételekor mindkét orrnyílása szűkült, az orrjáratok bőven szürkés-barnás pörkökkel fedettek. A choanák szintén szűkültek. A lágyszájpad megvastagodott. Az uvula zsugorodott. A garat hátulsó fala heges. Az epiglottis duzzadt széle megvastago-

dott. Úgy a valódi, mint az állangszalagokat piszkos-sárgás pörkök fedik, mindkét oldalt vöröses-szürkés dudorok terjednek a rima felé, csak keskeny rést hagyva meg. A gége tölcészerűen szűkült. Stenosisos légzés. A szövettani illetve bakteriologiai vizsgálat megerősítette a klinikai diagnosist. Ezen esetben pozitív volt a complement-fixatiós kísérlet (Goldzieher-Neuber).

Perforatio aneurysmatis aortae thoracicae in venam cavam superiorem.

Engel Károly bemutatja azon betegről származó kórboncolástani készítményt, a kit a márczius 6.-i ülésen mutatott be a fenti diagnosissal. A vena cava sup.-on 9 cm.-nyire a tricuspidalis billentyű eredése fölött fillérnyi, kerek, szakadozott szélű nyílás volt, mely az aortának ökölyi aneurysmájába vezetett.

Vizsgálatok a rhinoskleromáról.

Goldzieher Miksa és Neuber Ede. Eredeti közléseink során egész terjedelemben hozzuk.

Irsai Artur: Sajnos, a skleroma nem oly ritka megbetegedés, mint azt még a közelmúltban hitték. Gerber, a ki legtöbbet foglalkozott a skleroma kérdésével, azt mondja, hogy a skleroma iránt az érdeklődés még mindig kisebb, mint pl. a lepra iránt, és ezt úgy magyarázza, hogy a leprának érdekes múltja van, míg a sklerosznak csak érdekes jövője.

Tekintve a betegség jellegét és geográfiai elterjedését, továbbá azon észleleteket, melyek szerint testvérek, házaspárok stb. betegedtek meg, a scleroma contagiosus voltát nem lehet elvitatni. Tekintve a bajnak ismeretlen áttérjedését, illetve fertőzés-módját, nemcsak az illető betegekkel kell foglalkozni, hanem tartózkodáshelyüket is ki kell kutatni. Róna a magyarországi eseteket állította össze térképen. Én saját eseteimmel bővítettem ki e térképet és ebből megközelítőleg igyekeztem a skleroma terjedését Magyarországon feltüntetni.

Hogy mit jelent a betegség terjedését illetőleg azon körülmény, hogy egészséges egyének állandó érintkezésben maradnak egy bár még csak kezdetleges tüneteket mutató, de mindenesetre idült lefolyású esettel, azt különösen magyarázni nem kell. A veszedelem abban rejlik, hogy a skleroma alig észrevehetőleg, száraz hurut képében mutatkozik és évek is eltelhetnek, míg a pörkképződés alatt beszűremkedések jelentkeznek, melyek később hegszövetvé alakulva, az orr- és gégeüreget szűkítő jellegzetes elváltozásra vezetnek.

Hogy mily előnyvel bír tehát egy eljárás, melylyel korán lehet a kezdetleges állapotban pozitív diagnosist felállítani, azt nem kell különösen fejtegetni és azért csak örömmel üdvözölhetem Goldzieher és Neuber cz újabb vizsgálati eljárását.

Donogány Zakariás: Évekkel ezelőtt hasonló irányú vizsgálatokat végeztem. Volt egy érdekes esete, a mely a maga nemében unicum. Betege genuin ozaenában és laryngoskleromában szenvedett. Az orrból kitenyészített ozaena- és pyocyanus-bacillust. A subchordális beszűrésből próbaexcisiót végeztem, s a szövettani vizsgálat rhinoscleromat mutatót. Atoltásokat is végeztem. Néha sikerült tumort előidézni, de abban rhinoscleroma-bacillust nem talált.

Zwillinger Hugó: Esetet említ, melyben skleromás eredetű légcsőszűkület van; a légcsőben látható skleromás elváltozásokon kívül más jelei e bántalomnak nincsenek. A nagyfokú szűkület miatt mikroskopi és bakteriologiai vizsgálat céljából szövetrészeket nem lehetett eltávolítani, úgy hogy a körjelést csakis a klinikai symptomák alapján kellett megejteni. A complement-fixatio ily körülmények között nagy-értékűnek ígérkezik. Betegét Rydygier nyomán Röntgen-sugarakkal kezelte, s máris feltűnő javulást lát. Helyteleníti a rhino-skleroma-elnevezést, a felső légutak skleromája a helyes név.

Újabb eredmények a fehérjeanyagforgalom terén.

Körösy Kornél: Először röviden ismerteti a fehérjekémia mai állását, első sorban Fischer Emil vizsgálatainak eredményeit. Ezek szerint a fehérjét körülbelül húszféle különböző aminosav láncolatának kell tekintenünk. Ezek kapcsolódásának felismerése után Fischer megtehetette az első lépést a fehérjesynthesis irányában a polypeptidek előállításával. E vizsgálatok alapján a fehérjék beosztása és hasadástermékeinek tanulmányozása egészen új irányt vett, de természetesen gyökeresen átalakult a fehérjeanyagforgalom egész tana. A mit eddig fehérjeanyagforgalomnak neveztek, az helyesebben nitrogénforgalomnak volna nevezendő. A modern fehérje-

kémia alapján mélyebben igyekezzünk behatolni a jelenségek lényegébe.

A synthesises polypeptidek a kutya bélesatornájában az előadónak Londonnal és Abderhaldennal végzett vizsgálatai szerint épen úgy viselkednek, mint a fehérjék; továbbá kiderült, hogy nitrogénjük épen úgy húgyanyaggá lesz, mint a húsfehérjéé.

Fehérjeemésztéskor az előadónak ugyanezekkel végzett vizsgálatai szerint jelentékeny mennyiségű aminosav található a bélsipolyos kutyaq béltartalmában. Ezen észlelet, valamint egyáltalában a fehérjeassimilációról való felfogásunk alapján fel kell tételeznünk, hogy a fehérje a bélben felszívódása előtt aminosavra hasad.

Az előadó kísérletei azt bizonyítják, hogy felszívódás közben az aminosavak újra összetevődnek fehérjévé, a mennyiben oly kutyaq véreben, melyeknek vérköre a bélre volt szorítva, aminosavak nem találhatók, a fehérjetartalom azonban meg van szaporodva. E fehérjesynthesis valószínűleg enzim-hatásra áll be, ily synthesist létesítő enzyment az előadónak sikerült kimutatni érőfélben lévő hüvelyesek magvaiban.

A venába parenterálisan vitt fehérjét a szervezet épen úgy felhasználhatja, mint a szájon át adottat. Azon gondolatot, hogy a fehérjének ilyenkor a vér útján mégis el kell jutnia a bélhez, az előadónak sikerült oly kísérletekkel megezőfolni, melyekben a fehérjének intravenás bevitele előtt a belet kizárta a vérkeringésből.

Hibaigazítás. A IX. rendes tud. ülésről szóló tudósításnak azon része, a mely *Terray Pál* hozzászólását Okolicsányi-Kuthy Dezső előadásához tartalmazza, több tekintetben javításra szorul. Így az első kikezdésben az 5. sorban a helyett: „mert néha más kezdő tünetek,“ a következő irandó: „mert néha látszólag más betegség tünetei“. Ugyancsak az első kikezdésben a 10. sorban a helyett: „hogy a körelőzmények alapján és fizikai vizsgálattal döntse el, van-e fertőző tüdőbaj vagy nincs,“ a következő irandó: „hogy a körelőzmény és panaszok alapján gyanus betegen fizikai vizsgálattal döntse el, van-e kezdődő tüdőbaj vagy nincs“. A második kikezdés 4. sorában: „Hamarabb ismerhető fel a csúcs-hurut hallgatódzással, mint kopogtatással“ helyett a következő irandó: „Vajjon a kopogtatás vagy a hallgatódzás ad-e előbb biztos eredményt? Erre azt feleli, hogy határozottan a hallgatódzás.“ A 7. kikezdésben e helyett: „Krönig hossz- és harántirányban iparkodott a tompulat kiterjedését megállapítani,“ a következő irandó: „Krönig hossz- és harántirányban is meghatározta a tüdőcsúcsok határait.“ A 7. kikezdésben a 9. sorban az van nyomtatva: „A repedt fazékhang mellette szól;“ a hozzászóló pedig ezt mondta: „Elernyed vagy részben infiltrált tüdőszövet felett abnormisan hangos és dobos kopogtatási hangon kívül, néha repedtfazék-zörejt is hallunk.“ A 7. kikezdésben a 10. sorban *gyakorlat* helyett *tompulat* olvasandó. A 8. kikezdés eleje „A kopogtatás vagy a hallgatódzás az értékesebb methodus-e“ helyett a következő irandó: „A kopogtatás és hallgatódzás eredményének értékesülésére nézve felhozza a következő tanulmányos esetet.“ A 8. kikezdés 4. sorában az értelemzavaró „erősebb“ helyett: „üresebb“ irandó. A 8. kikezdés 5. sorában e helyett: „csukott szájjal lélekeztetve nem lehetett zörejt hallani“ a következő irandó: „csukott szájjal lélekeztetve a beteget, a hallgatódzás semmi eltérést sem mutatott“.

A budapesti kir. orvosegyesület dermatologiai és urológiai szakosztályának ülései.

(Rendes ülés 1908 február hó 24.-én.)

Elnök: **Basch J.** Jegyző: **Roth A.**

(Folytatás.)

7. Beck Soma: Az urticaria haemorrhagicáról. Saját tapasztalatom és az irodalomban feljegyezve talált esetek gyér száma bizonyítja, hogy az urticaria haemorrhagica a legkritikáiban előforduló bőrelváltozások közé tartozik; nem csoda tehát, hogy reá vonatkozó ismereteink nagyon hiányosak. Ha figyelmesen áttanulmányozzuk az ezen néven leirt kórképeket, arra a meggyőződésre jutunk, hogy azok klinikai megjelenése és lefolyása, kimutatott vagy feltevésen alapuló aetiologiája és pathogenesisise egymástól annyira eltérő, hogy jogos kételyeink támadnak az irányban, szabad-e az urticaria haemorrhagicát önálló és egységes betegségnékel felfognunk vagy csupán olyan symptomás jelentőséget tulajdonítsunk nekik, a mely különböző okokból jöhet létre, mint az egyszerű urticaria, s melynek megjelenési formája és lefolyása az előidéző okok súlyossága és az egyéni constitutio különbözősége szerint is nagyon változó lehet. Hisz majdnem azt mondhatnók, hogy a hány közlemény, annyiféle az egymástól eltérő klinikai kép; s habár a különbségek sokszor csak jelentéktelenek-

nek látszó körülményekre vonatkoznak, többnyire átlépik azokat a határokat, a melyeken belül az egyéni eltérésekkel számolnunk kell.

Már első leíróknak, *Willan* és *Willis*-nek nomenclaturája utal e betegség képének változatos voltára. *Willan*-tól ered a *purpura urticans* elnevezés, a mely bőrbeli capillaris vérzéseknek urticariás jellegűvé való átváltozását jelenti, míg *Willis urticaria petechialis*-nak nevezte el a betegséget, jelölül annak, hogy e szerző szerint az elsődlegesen jelentkező urticariás kivirágzások vesznek fel haemorrhagiás jelleget. De még ha ezekre a jelentékteleneknek ítéltető jelentkező különbségekre nem is helyezünk nagy súlyt, az a tény, hogy az urtic. haemorrh. neve alatt néha hosszantartó, súlyos lefolyású, sőt halállal végződő eseteket, mások az általános állapotot nem is befolyásoló, gyorsan muló, csupán bőrtünetekkel lefolyó eseteket találunk leírva, okvetlenül arra enged következtetni, hogy az *urticaria haemorrhagica* olyan tüneti megbetegedés, a mely különböző okokból támadó súlyosabb vagy könnyebb természetű általános megbetegedésekhez csatlakozik.

A főbb irodalmi adatok áttekintése teljesen meggyőz a feltevéseink helyességéről. Az ismertebb tankönyvek nagyobb része csak futólag vagy egyáltalán nem emlékszik meg e betegségről. Így pl. *Kaposi* az urtic. haemorrh.-t a közönséges urticaria egy változatának fogja fel, *Jarisch* is épen csak nevét említi meg a purpurákról szóló fejezetben, *Brocq* új nagy bőrkórtana is csupán három sorban emlékszik meg róla a közönséges urticaria kapcsán, leírva a haemorrhagiás purpura kinézését. Az angol szerzők közül csak példaképen hivatkozom *Radcliffe Crocker* könyvére, a melyben említés tétetik arthritises betegek olyan urticariájáról, a mely nyálkahártyabeli vérzésekkel szövődik. Egyedül a *Besnier, Brocq, Jaquet* szerkesztésében megjelent négy kötetes nagy francia dermatológiában szentel *Merklen* külön fejezetet az urticaria haemorrhagicának, megemlékezvén azokról az aetiologiai momentumokról, a melyek praedisponálnak arra, hogy az urticaria haemorrhagiás jelleget öltson (arthritís, általános gyengeség, rossz tápláltság).

A legtöbb esettel az angol irodalomban találkozunk.

*Wills*¹ 1890-ben egy 17 éves levélhordó esetét írja le, a kin alig fájdalmas izületi duzzanatok támadtak, a melyekhez később az egész köztakarón elszórva 1/4—1/2 hüvelyk átmérőjű urticariás és haemorrhagiás plaque-ok társultak rossz közérzet mellett. Két hónapon keresztül ismételtén megújuló eruptiók után teljes gyógyulás állott be. A nyelv és a torok nyálkahártyáján is jelentkeztek véromlések, ezenkívül erős bélhurut tünetei voltak jelen. Ugyanezen alkalommal még egy esetet közöl *Wills*, a melyet *Donkin* dr. észlelt. Ez az eset 28 éves férfúra vonatkozik, s kinek térdizületi megdagadtak, egyúttal kiemelkedő piros foltok jelentkeztek a bőrén, a melyek az arcon és a karokon vérzésekkel szövődtek. Rossz általános állapot mellett pár nap múlva beállott a halál. Bonezolás-kor *endocarditist* állapítottak meg. *Wills* említést tesz még *Todd* dr.-nak 1842-ben és *White*-nak 1878-ban leirt egy-egy esetéről. Az előbbi egy 39 éves rendőr kórtörténetéről szól, a kinek bokái és térdéi kimerítő szolgálat után megdagadtak, egyúttal urticariás foltok képződtek, a melyek két nap múlva haemorrhagiássá váltak. Hat hét alatt teljesen meggyógyult. Az utóbbi recidiváló bőrrhaemorrhagiáknak urticariás és bullosus laesiókkal szövődött esete.

*Azna*² 1891-ben egy 38 éves elgyengült vézna asszony esetét közölte, a kinek alsó végtagjain nagy hideg befolyása alatt urticariás eruptio támadt. Az egyes kivirágzások közepe halványabb, szélei sötétebb pirosak és erősen viszketnek. A kiütés későbbben is gyakran ismétlődött s a köztakarónak főleg fődetlen részeire terjedt ki. Melegebb éghajlat alatt teljesen elmaradt, hidegben újra recidivált.

1897-ben *Hutchins*³ egy 18 éves leányt észlelt, a kin a kezdetben typosos urticaria később purpurás jelleget öltött. Az aetologia szempontjából a szerző fontosnak tartja, hogy a leánynak foglalkozásánál fogva naponként tíz óra hosszát állania kellett.

*Blaschko*⁴ 1897-ben a berlini dermatologiai társaságban mutatott be egy 19 éves leányt, a ki 13 éves kora óta súlyos urticariában szenvedett. Az ismételve jelentkező urticariás kivirág-

¹ *W. A. Wills*: Two cases of haemorrhagic urticaria. The Lancet, 1890. pag. 1296.

² *Azna J.*: Urtic. haemorrh. Ann. de Dermat. 1891.

³ *Hutchins*: A case of haemorrhagic urticaria. Americ. Journ. of Dermat. and Genito-Urinary Diseases. 1879. 1. k.

⁴ *Blaschko*: Berl. dermatol. Gesellschaft 1897 jan. 5. i ülésén.

zások rövid fennállás után haemorrhagiássá váltak, úgy hogy a vérzések színváltozása az urticaria pigmentosa téves diagnózisára adott alkalmat. Az eruptiók főleg a végtagok fesztő oldalain és az arezon jelentkeztek, a mely localisatio az erythema exsudativum multiformehez közelítette a bajt. E mellett szólottak a gyakori rheumás megbetegedések is. Még egyéb súlyos természetű complicatiók is jelentkeztek, még pedig keratitis parenchymatosa vérzésekkel és retinitis haemorrhagica. Öröklött syphilis felvételére semmiféle anamnestikus adat sem volt. Blaschko ezen esetében szövettani vizsgálatokat végzett *Tannhauser*, a ki főleg ér-körül infiltrációt és a cutisrostoknak sejtes elemek által való eltolását találta.

*Calcotte Fox*¹ 1898-ban a londoni dermatologiai társaságban egy 46 éves asszonyt mutatott be, a ki egy év óta szenved sajátos bajában. Az asszonynak könyökei, kéztőizületei, bokái és térdei minden este 7 órakor fájdalom kíséretében megduzzadnak, egyidejűleg piros, viszkető, a bőr színe fölé emelkedő foltok maradnak meg, a melyek alapján a bemutató esetét *purpura urticans*-nak tartja.

*Stein M.*² egy 44 éves, idült gyomorhurutban szenvedő asszony esetét közli, a kinek alsó végtagjain urticariás foltok támadtak, a melyek később sötétkék szineződést vettek fel.

Ugyancsak a londoni dermatologiai társaságban mutatta be 1899-ben *Perry*³ egy esetét, egy 13 éves, különben teljesen egészséges fiút, a kinek alsó végtagjain sötétpiros foltok jelentek meg. A hirtelen támadt kiütés kezdetben typosos urticariás jelleggel bírt, a mely körülmény a *purpura urticans* diagnózisát igazolja.

*Lentz O.*⁴ a Berl. klin. Wochenschrift 1898. évfolyamában egy 45 éves hordár érdekes kórtörténetét közli. A beteg emphysemában szenved és nagy fokban alkoholist. Egy alkalommal állítólag rossz, esős időben végzett munkája után könyök-, térd- váll-izületeiben magas láz mellett fájdalmas duzzanatok képződtek, a melyekkel egyidejűleg a bőrön különböző, egészen tenyérnyi nagyságú foltok jelentek meg, a melyek egynémelyike tisztán erythemás, másika meg urticariás jellegű volt. E laesiók közepén vérömlenyek, néhol haemorrhagiás hólyagok képződtek, a melyeknek leszáradása és a pörkök leesése után a kivirágzások meggyógyultak. Négy és fél hét után, miközben folyton újabb és újabb eruptiós szakok váltakoztak egymás után, teljes gyógyulás következett be. Közben a szájpaddal és uvulán is livid plaque-ok támadtak, a melyek végül az uvula teljes tönkremenéséhez vezettek. Miután úgy bakteriologiai mint szöveti vizsgálattal mikroorganizmusokat kimutatni nem lehetett, *Lentz* az aetiologijára vonatkozólag azt hiszi, hogy a betegség egy a bélből eredő autointoxicatiós folyamat eredménye volt, a melynél a működésében erősen sérült májnak is szerep juthatott. Ugyanezen közleményében emlékezett meg *Lentz* *Jütte*-nak egy 1854-ben leírt hasonló esetére, a melyben tallérnyi, közepükön vérömlenynyel vagy véres hólyaggal bíró urticariás plaque-ok képződtek. Ebben az esetben is az izületek duzzanata és fájdalmassága egészítette ki a körképet, különben mindjárt a betegség kezdetén endocarditis volt konstatalható.

Végül felemlitem még *Wintelried Williams*-nak⁵ 1907-ben közölt esetét. A szerző egy chronikus genyes középfülgyuladáshoz társulva látott jelentkezni typosos urtic. haemorrh.-t, a mely több hónapon keresztül állott fenn s mindenféle kezelésnek dacolva csak akkor mulott el, a mikor a középfülgyulladás meggyógyult.

Kitűnik ezen esetek rövid ismertetéséből, hogy azok, mint már mondtuk, lefolyásukban különböző viselkedést tanusítottak. Nagyjából mégis megkülönböztethetünk egy súlyosabb általános tünetekkel, izületi duzzanatokkal és fájdalmakkal lefolyó, gyakran recidiváló, és egy enyhébb, csupán bőrbeli symptomákban megnyilatkozó, néha szintén recidiváló typut. Az első csoportba számíthatjuk *Wills*, *Fox*, *Blaschko* és *Lentz* eseteit, az utóbbiba *Azua*,

Hutchins, *Stein* és *Perry* egy-egy esetét. Aetiologiai momentumokként egyszer fizikális behatásokat, mint nagy hideg, hosszas állás, kifáradás, máskor infectious vagy intoxicatiós folyamatokat találunk feljegyezve, mint az endocarditishez, otitis media purulentához és a gyomor, bél és máj funkcióbéli zavaraihoz esatlakozott esetekben.

(Folyt. következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A soványító kúrák methodikájáról értekezett *Rosenfeld* a „Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur“ orvosi szakosztályának november 27.-én tartott ülésén. Minthogy a soványító kúrának hosszú ideig, hónapokig kell tartania, gondoskodnunk kell róla, hogy a soványítandó ne érezze a gyomrát üresnek, mert ezt hosszasan nem tűri el. Ezen célból sok olyan folyékony ételt adunk, a melynek csekély a tápértéke (tea, híg kávé, üres leves). A hideg víz nemcsak tömegével hat (mint éhségcsökkentő), hanem felmelegedésére elég sok zsír elégségét igényli, s így — ellentétben Oertelnek nagyon elterjedt felfogásával — a vízivás nemcsak hogy nem hizlal, hanem zsirtalanít. A gyomor teltségének elérésére caloriában szegény, vuluminosus tápszereket adunk, első sorban burgonyát. Nagyon fontos a zsirnak az eltöltése; a zsirnak ugyanis nagyon nagy a caloriértéke; ugyanezen okból kerülendők az alkoholtartalmú italok is. Cél szerű sokszor, de mindig csak keveset enni; ilyen módon elkerüljük, hogy a túlságos éhség miatt nagyon sokat egyék az illető. Eleinte ágyynyugalmat is ajánlhatunk, hogy az étvágyat lehetőleg csökkentjük; a mozgásnak zsirfogyasztó hatását általában nagyon túlbecsülik s az általa létesített étvágyfokozódást kevésbe veszik. A burgonyakúra az előadó tapasztalatai szerint főleg az eredmény tartóssága miatt ajánlható, továbbá azért is, mert nem tesz idegessé s eléggé könnyen tűrik az illetők, nem okozván nagyobb kényelmetlenséget és kínzást.

PÁLYÁZATOK.

1068/1909. sz.

Jásznagykúnszolgok vármegye jászsági alsó járásában a kötelki és jász-szentandrás **községi orvosi állások** megüresedvén, ezen állásokra ezennel pályázatot hirdetnek.

Ezen állásokkal 1600 korona évi fizetés, a törvény által megállapított korpótlék, továbbá 500 korona lakbér vagy esetleg természetbeni lakás van összekötve.

Orvosi díjak a beteg lakásán 1 korona 20 fillér, az orvos lakásán 80 fillér, éjjel kétszerese. Hét éven aluliak ezen látogatási díjak felét fizetik a törvény szerint.

A halottkémlésért esetenként 1 korona. Úti díj 2 kilométertől kezdődőleg kilométerként oda-vissza 25 fillér.

Műtétekért a 135,000. sz. B. M. szabályzat IV. fokozatának legkisebb díjtétele jár.

Távolsági díjak: 2 km.-től 5 km.-ig 1 korona, 5 km.-en túl 2 korona, 10 km.-en túl 4 korona.

Felhívtnak a pályázni óhajtok, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket **f. évi április hó 24.-éig** hivatalomhoz annyival is inkább nyújtsák be, mivel később érkezett kérvények nem fognak figyelembe vétetni.

A megválasztott tartozik állását lehetőleg azonnal elfoglalni.

J á s z a p á t i, 1909. évi márczius hó 29.-én.

2-1

Cleh József, főszolgabíró.

193/1909. sz.

A **gyergyószentmiklósi** nyilvános jellegű megyei kórháznál lemondás folytán megüresedett, élethossziglan kinevezéssel járó **rendelőorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Ezen állás 2000 korona évi fizetéssel, két szobából álló butorozott lakással, fűtés és világítás élvezetével javadalmaztatik.

Felhívom a pályázni óhajtó orvostudorokat, hogy szabályszerűen felszerelt, Csík vármegye főispánjához címzett kérvényeiket **f. évi április hó 30.-áig** alantírt igazgatóhoz küldjék be.

G y e r g y ó s z e n t m i k l ó s, 1909. évi márczius hó 22.-én.

3-2

Dobribán Antal dr., kórházi igazgató.

A szabadalmazott osztrák-magyar államvasúttársaság Délmagyarországon Krassó-Szörénymegyében fekvő bányái, kohói és uradalmainál **Dognácskán** egy **bányaorvosi állás** üresedésbe jövén, annak betöltése céljából ezennel pályázatot hirdetünk, megjegyezvén, miszerint az állás a kinevezés megtörténte után mielőbb, lehetőleg azonnal lesz elfoglalandó.

A szóban forgó banyaorvosi állás javadalmazása kettőezernyolevszáz (2800) korona évi tiszteletdíj és — beleértve a rendelési iroda fűtésére szolgáló 8 ürméter — huszonhárom (23) ürméter fűtési faátalány.

Megjegyezzük még, hogy a dognácskai banyaorvos kerületéhez a nevezett községen kívül még Vaskő, Székás és Kalina községek is tartoznak, továbbá, hogy a banyaorvos magánygyakorlatot is folytathat és ha ezt kéri, a társasági tisztviselői nyugdíjintézetének tagja is lehet.

¹ *Calcotte Fox*: Londoni dermatologiai társaság 1898 február 3-i ülése. *British Journal of Dermat.* 1898 márczius.

² *Stein M.*: Ein Fall von Nesselfieber compliciert mit Haemorrhagien in der Haut. *Ref. Monatsh. für prakt. Dermatol.* 1898.

³ *Perry*: Londoni dermat. társaság 1899. április 12-i ülése. *Brit. Journ. of Dermat.* 1899 május.

⁴ *Lentz O.*: Über einen Fall von Urtic. haemorrh. Berl. klin. Wochenschr. 1898. Nr. 39.

⁵ *W. Williams*: Ein Fall von Urtic. haemorrhagica verursacht durch Resorption von Toxinen etc. *Ref. Monatsh. für prakt. Dermat.* 1907. *The Brit. Journ. of Dermat.* 1907. január.

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Aldor Lajos: (Közlés a magy. kir. államasutak betegsegelyozepentzarainak Karlsbadban fentartott gyomor- és belbetegosztalyarol.) Adatok a gyomornyalkaelvalasztas kortanahoz. 267. lap.

Neuber Ede: Közlés a bőr- és bujakortani klinikából. (Nékám Lajos rk. tanár.) Az elektromos colloidfémek némely alkalmazásáról. 269. lap.

Jacobi József: Közlés a budapesti poliklinika mellkasi szervek betegsegeinek osztalyarol. (Főorvos: Terray Pál dr., egyet. ny. rk. tanár.) Összehasonlító fizikai és Röntgen-vizsgálatok tüdőtuberculosisban. Egyszermind a Calmette-féle ophthalmoreactióról Röntgen-vizsgálatokkal kapcsolatban. 271. lap.

Kóssa Gyula: A régi magyar orvosnövendék. 273. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. J. Albarran: Médecine opératoire des voies urinaires. — **Otto Kneise**: Handatlas der Cystoskopie. — **Lapszemle. Belorvosok.** **Bennecke**: Appendicitis tünetek lebenyes pneumonia esetében. — **Schnütgen**: A savós-rostonyás mellhártyagyulladás autoseroterapiája. — **Idegkörtan. J. Rai-**

miste: Új jelek a szervi hemiplegia felismerésére. — **Béclère**: Az akromegalia gyógykezelése. — **Dufour**: A cerebrospinalis punctio a napszúrásban. — **Sebész.** **Jopson, Speere és White**: A gyermekkori emlődaganatok. — **Hönek**: A láztalan időszakban vakbélükön operált betegek korai felkelésének jogosultsága. — **Azhausen**: A műtét utáni heveny gyomortágulás. — **Gyermekorvosok.** **Biehler**: Szer számarhurut ellen. — **Pera**: Újszülött leányok hüvelyvérzése. — **Bőrkörtan.** **Notthafft**: Az atoxylnak a syphillire való hatása. — **Fülörvosok.** **Matte**: A labyrinthus megnyitása elviselhetetlen subjectív zörejek miatt. — **Kisebb közlések az orvosgyakortatra.** **Schwersenski**: Bromvalidol. — **Eschbaum**: Pneumia. — **Massini**: A gyomornedv hyperaciditása. — **Frank E. Tylecote**: A kanyarónak jókor való felismerése. 275-279. lap.

Magyar orvosi irodalom. Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 279. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 279. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 280-283. lap.

Melléklet. Richter Gedeon vegyszeti gyár gyógyszerkészítményeit tárgyaló prospectus.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

(Közlés a magy. kir. államasutak betegsegelyozepentzarainak Karlsbadban fentartott gyomor- és belbetegosztalyarol.)

Adatok a gyomornyalkaelvalasztas kortanahoz.

Irta: **Aldor Lajos** dr., Karlsbad.

Az ez idő szerint szokásos functionális gyomorvizsgálatokkor a gyomornyalka viselkedése alig, vagy egyáltalában nem is részeseül méltánylásban. Ez a tény természetes következménye annak, hogy a gyomor ezen fontos secretumának a tanulmányozására hasonlíthatatlanul kevesebb idő és fáradság lett fordítva, mint a gyomor egyéb functionális megismerésére. A gyomornyalkaelvalasztás physiologiai és pathologiai viszonyaira vonatkozó kérdéseket a világirodalom legkimerítőbb tankönyvei is igen mostohán kezelik. A legutóbbi évek irodalma annyiban mutat e téren némi haladást, a mennyiben a gyomornyalkaelvalasztás oly sokáig teljesen elhanyagolt studiuma iránt az érdeklődés kezd felébredni. A legutóbbi évek folyamán ugyanis az e kérdéssel foglalkozó oly közleményeknek egész sora jelent meg, melyek a gyomornyalkaelvalasztásra vonatkozó, positiv ismereteinek gazdagítására alkalmasak; azonban attól, hogy a nyalkaelvalasztás physiologiai és pathologiai viszonyait illető ismereteink közérdeklődés tárgyai volnának, hogy azok az orvosi köztudatban is helyet szereztek volna maguknak, még távol állunk. Az idevágó kérdésekkel való behatóbb foglalkozás azt a meggyőződést teremti, hogy a gyomornyalkaelvalasztás tana, úgy physiologiai mint klinikai szempontból, joggal tarthat ugyanolyan érdeklődésre igényt, mint a milyenben a gyomornedvelvalasztás ép és kóros viszonyait részesítjük. Ezen meggyőződés jogosultságát bizonyítja a gyomor olyan kóros állapotainak a létezése, melyeknek diagnostikai elkülönítésére a jogosultságot épen a gyomornyalka viselkedése adja meg. De hogy a gyomornyalkaelvalasztás jelentősége nem merül ki abban, hogy egyes kóralakok avagy functionális zavarok természetébe és tünettanába közelebbi betekintést szerezhetünk, hanem hogy a nyalkaelvalasztásra vonatkozó kérdé-

sek általánosabb szempontból is fontossággal bírnak, azt mutatják azon újabb vizsgálatok is (Klug¹), melyek szerint az önmérsztés elleni védekezés sokat vitatott kérdésében a gyomornyalkának van úgy látszik jelentékenyebb szerepe. De különösen instructív módon szól a gyomornyalkaelvalasztás tanának általánosabb fontossága mellett Pawlow² és tanítványainak azon tétéle, mely szerint a gyomornedv aciditásának nagysága állandó, és az abban észlelhető ingadozások a gyomornyalka neutralizáló hatása folytán jönnek létre, mely utóbbi a gyomornedvvel egyidejűleg lesz elválasztva, és végül fejtegetéseink folyamán látni fogjuk, hogy a gyomornyalkaelvalasztás hiányának tekintetbevétele egyes kórképekről eddig meglevő klinikai fogalmaink módosítását is szükségessé teszi. A mennyiben ezen közleménynek egyik célja, tekintélyesebb számú vizsgálati és észlelési anyag alapján a nyalkaelvalasztás pathologiajának némely, részben teljesen elhanyagolt, részben alig ismert fejezetéhez adatokat nyújtani, érintenem kell a kérdés physiologiaját is, annyiban, a mennyiben ez a pathologiai viszonyok méltatásának előfeltétele.

*Leube*³ azon még a nyolczvanas években közzétett lelete, mely szerint az ép, üres gyomorból nagymennyiségű nyalka távolítható el, ma már általánosan tévesnek van elismervé. *Riegel*⁴ de különösen *Schmidt*⁵, *Tellering*⁶ és legújabbban *Schütz*⁷ a kik a gyomornyalkaelvalasztással a legbehatóbban foglalkoztak, és a kiknek e tárgyra vonatkozó ismereteink legnagyobb része köszönhető, egyértelműen azt az álláspontot foglalják el, hogy a normális gyomornyalkahártya, úgy éhomra, mint a digestiv periodusban, csupán igen kevés nyalkát secernál. *Schmidt* és *Schütz* e kérdésben alapvető vizsgálatai teljes joggal tarthatnak bizonyítóerőre igényt, egyrészt mert ezen vizsgálatok anyaga, ellentétben a régebbi vizsgálatokkal, kizárólag a gyomoreső segélyével kivett gyomortartalom és nem hányadék volt; másrészt pedig *Schmidt*, *Tellering* és *Schütz* vizsgálataik folyamán gondos figyelemmel voltak annak megállapítására is, hogy a gyomorban talált nyalka a gyomorban is képződött-e, avagy idegen eredetű? Egészséges gyomrú egyénekben tett vizsgálataik azonban főleg a digestiv periodusra vonatkoznak. Ennek következtében az ez idő szerint rendelkezésünkre álló irodalmi adatokból épen olyan kevéssé tudunk arra a

kérdésre bizonyossággal megfelelni, hogy ép viszonyok között van-e a gyomorban nyálkaelválasztás, mint a hogy még nem régen egymásnak teljesen ellentmondók voltak az adatok arra nézve is, hogy az egészséges gyomor üres állapotban secernál-e emésztőképes nedvet? Ismeretes, hogy ez utóbbi kérdés éveken át tudta a vizsgálók érdeklődését ébren tartani, és mondhatni, hogy a kérdés gazdag irodalma annak tisztázását is eredményezte.

Johnson és Behm⁸ például 3000 egyénen tett igen gondos vizsgálataik alapján arra az eredményre jutottak, hogy az üres gyomorban secretio nincsen és az azóta e kérdéssel foglalkozó vizsgálók nagy része megerősítette e leletet. Talán Schreiber⁹ az egyedüli, a ki 15 egészséges gyomrú egyénen tett vizsgálatai alapján azt az álláspontot foglalja el, hogy az üres gyomorban kimutatható secretumnak pathognostikai jelentősége nincsen. E kérdés gazdag irodalmának összefoglaló áttekintése alapján Strauss¹⁰ joggal állítja, hogy 10 cm³-nél több gyomorsecretumnak az üres gyomorban jelenléte abnormális állapotot jelent. A vizsgálatok, melyeket e kérdés körül magam¹¹ is végeztem és a melyek 51, többnyire egészséges egyénre vonatkoznak, Strauss állítását megerősítik. Mindezen vizsgálatok főcélja azonban a folytonos gyomornedvelválasztás kórképének a megvilágítása volt, és így természetesen a vizsgálók figyelmét első sorban a gyomornedvnek az üres gyomorban való jelen- vagy jelen nem léte kötötte le. A nyálkasecretiónak az üres gyomorban való viselkedésére azonban ezen vizsgálatok különös tekintettel nem voltak és így ezek alapján legfeljebb annyit lehet állítani, hogy azon közleményekben, melyek az üres gyomorban való secretióra vonatkozó vizsgálatokról számolnak be, alig találunk pozitív adatokat arra vonatkozólag, hogy az egészséges gyomor üres állapotban nyálkát választ el. E kérdés tisztázása végett 1902 óta több mint 100 egészséges gyomrú egyénen végeztem vizsgálatokat¹ oly módon, hogy a vizsgálatot megelőző nap estéjén a beteg 0.3 liter tejből és egy zsemleléből álló próbavacsorát kapott és a másnap megejtett vizsgálatig koplalt. A szonda bevezetése után egy igen erős Pollitzer-féle aspirátorral próbáltam gyomortartalmat kapni, majd 0.5—2 liter langyos vízzel kimosom a gyomrot. Ezen vizsgálatoknak a nyálkasecretio kérdésére vonatkozó eredményét a következőkben foglalhatom össze. A vizsgálatok túlnyomó nagy részében oly gyomortartalmat, melynek közelebbi vizsgálata endogen eredetű nyálka jelenléte mellett szóla, aspirálnom nem sikerült. Az aspirálás folyamán a vizsgálatok egy részében nyert, 5—15 cm³-t tevő gyomortartalom részben tiszta, részben epével kevert, alkaliás, közömbös vagy gyengén savi vegyhatású szájnyalat (nyáltestecek) tartalmazott; ezenkívül már az aspiratio alkalmával is gyakran jutottunk kisebb-nagyobb esomócska vagy gomoly alakú, szürkés, szürkésbarna vagy szürkés zöld színű nyálkához, melynek szabad szemmel való megtekintése, még inkább göresői képe az ectogen eredetű kétségtelenné teszi. A vizsgálatok egy másik, és pedig túlnyomó nagy részében, aspirálás útján gyomorbennékhöz egyáltalában nem jutottunk. A gyomor utólagos kimosásához használt folyadékot, a gyomorból való kifolyás után, cylinderes edénybe öntve, állni hagytuk. Vizsgálataink legnagyobb részében, feltéve, hogy maga a vizsgálat a gyomoreső bevezetésétől számítva időbelileg nem nyúlt el, a mosásra használt folyadékban csupán csakhamar a folyadék felszínén úszó, szürkésbarnán vagy sárgásan pigmentált, kisebb-nagyobb esomó és gomoly alakú, idegen eredetű nyálkát találtunk. Csakis azokban az esetekben, melyekben a szondával való manipulatio hosszabb időt vett igénybe, a melyekben a vizsgálati egyén az egész procedurát rosszul tűrte, a vizsgálat alatt állandóan öklöndözött, voltak az edény fenekén leülepedő, kisebb-nagyobb, néha epefesték által sárgás-zöldesen festenyezett foszlányok láthatók. Ezeknek göresői képe kétségtelenné teszi az endogen eredetű; homogen, vagy finoman festenyezett alapállományban egy-két cylinderepithel, mérsékelt számú leukocytá és állandóan tompán fénylő, spirálalakú myelinszerű képletek. Hangsúlyoznunk kell, hogy az aspiratiókor csak kivételesen, vizsgálataink elenyészően csekély számában jutottunk igen csekély mennyiségű endogen eredetű nyálkához, és pedig a mosásra használt folyadékban csakis azon esetekben, melyekben a szondával való manipulatio

időbelileg elnyúlt, és ilyenkor annál több gyomoreredésű nyálkához jutottunk, minél hosszabb időt vett igénybe a vizsgálat. Ezen tekintélyes számú vizsgálataink alapján tehát azt kell mondanunk, hogy egészséges és üres gyomorból a rendelkezésünkre álló vizsgálati eljárások segítségével nyálka egyáltalán nem nyerhető; az a körülmény, hogy időbelileg elhúzódó vizsgálatokkor, miként erre már Schütz is idézett munkájában figyelmessé tett, gyomoreredésű nyálka annál nagyobb mennyiségben mutatható ki, minél hosszabb ideig tart a gyomoreső által a gyomortalra gyakorolt izgalom, mutatja, hogy a nyálkaelválasztás megindulása éppen ezen izgalom elleni védekezés következménye, és hogy a gyomornak teljes nyugalmi állapotában a nyálkaelválasztás éppen úgy szünetel, mint a gyomornedv secretiója. A nyálka ezen védekező jelentőségére először Schmidt¹² mutatott rá, hangsúlyozván, hogy normális viszonyok között már igen csekély nyálkamennyiség elegendő a szervezet belső felületének védelmezésére, és hogy a nyálkának mint a szervezet védelmi eszközének a jelentősége annak mechanikai és vegyi tulajdonságain alapszik. Újabban pedig Saurieu¹³ és Zueig¹⁴ kísérletileg is bebizonyította, hogy a nyálka az, a mi a gyomormucosát mechanikai, thermikai és vegyi ingerekkel szemben megvédi éppen úgy, miként azt a bronchusokra F. Müller¹⁵ és a méhnyakra vonatkozólag Walther¹⁶ bebizonyította. A gyomornyálkaelválasztás időbeli viszonyainak azonban ugyanazon eminens pathologiai jelentősége van, mint annak a már megállapított ténynek, hogy normális viszonyok között a gyomornedv csupán a digestiv periodusban lesz elválasztva. Hogy jogosult-e ugyanis pathognostikus jelentőséget tulajdonítani az üres gyomorban állandóan kimutatható gyomornyálka jelenlétének, erre vonatkozólag az első, tisztázást igénylő kérdés az, hogy az üres gyomorban normális körülmények között is van-e nyálkaelválasztás? Vizsgálataink alapján erre tagadólag kell felelni.

A gyomornyálka-elválasztásnak a digestiv periodusban való viselkedésének a megítélésére egyrészt azon diagnostikai célból végzett és százakra rugó gyomorvizsgálataimat veszem alapul, melyekben a nyálkaelválasztásra évek óta állandóan különös figyelemmel voltam, másrészt pedig azon vizsgálatokat, melyeket kizárólag ennek a kérdésnek a tisztázása szempontjából 30, egészséges gyomorról bíró egyénen az utóbbi időben végeztem. Azon sok száz esetre vonatkozó feljegyzéseim, melyekben a vizsgálat anyagát tevő gyomortartalmat $\frac{3}{4}$ — $1\frac{1}{4}$ órával az Ewald-Boas-féle próbareggeli bevétele után gyomoreső segítségével aspiratio útján vettem ki, első sorban a nyálkaelválasztás pathológiájához alkalmasak ugyan adatokat szolgáltatni, de hangsúlyozni kell a körülményt, hogy ezen vizsgálatok 10⁰/₀-ában részben igen jelentéktelen subjectív tünetek voltak jelen, részben ilyenek teljesen hiányoztak is (latens cholecystitis, gyógyult gastritis, latens hyperaciditas, gyógyult ulcus ventr. stb.) és a gyomorvizsgálat normális viszonyokat mutatott. A nyálkaelválasztásnak a digestiv periodusban normális körülmények között való jelenlétének a megítélésére ennél fogva mindkét csoportbeli vizsgálatok egyaránt alkalmasak.

A gyomornyálkának kémiai úton való kimutatására a népszerűségét még mindig nem teljesen vesztett ecetsavpróba teljesen alkalmatlan. Schmidt volt az első, a ki erre figyelmessé tett, és azóta mindenki, a ki e kérdéssel foglalkozott, igazat ad Schmidtnek akkor, midőn azt állítja „es ist also chemisch betrachtet der Schleimnachweis im Magensaftfiltrat ein Unding“. Nem tekintve az ecetsavpróba azon hibáit, melyeknek forrását a mucintestek kémiai összetételéről való hiányos ismereteink alkotják, a gyomornyálkának jelentősége oldott állapotban megszűnik. A gyomornyálkának az úgynevezett „nyálkafestőanyagokkal“ szemben meglevő negatív viselkedése főleg Schütz vizsgálatai alapján ismeretes: ő mutatta ki, hogy ebben a tekintetben az epithelsejteken kívüli secretum azonosan viselkedik a még a gyomorepithelsejteken belül helyet foglaló nyálkaanyaggal. A gyomornyálkának a specifikus nyálkafestőanyagokkal szemben való negatív festődési viselkedése ennél fogva legfeljebb arra alkalmas, hogy a nyálkának ectogen avagy endogen eredete megállapíttassék, a mennyiben pozitív tinctio ectogen eredetre utal. Erre a célra azonban festési eljárásokhoz fordulni felesleges, a nyálkának klinikai célokra való kimutatására kellő gyakorlat mellett a gondos makroszkopikus és az ezt kiegészítő göresői vizsgálat elégséges.

A nyálkának endogen eredetét a chymussal való benső keveredése megbizható módon mutatja, és azért a nyálkára való

¹ Ezen vizsgálatokhoz az anyagot egyrészt magángyakorlatom és két év óta a magy. kir. államvasutaknak Karlsbadban levő és vezetésem alatt álló gyomor-béltbetegosztálya szolgáltatta.

vizsgálat tárgya főleg az edény fenekén leülepedő ingestum, ellenében az ectogen nyálkával, mely rövid állás után, mint már előbb említettem, a folyadék felszínén foglal különböző alakban (pehely, gomoly, esomó) helyet. Előfordul ugyan, hogy az edény fenekén is találunk ilyet, de felismerése a gyakorlott szemnek nehézséget nem okoz és csak ritkán voltam abban a helyzetben, hogy az ectogen eredet felismerésére festési eljárásokat alkalmazzak. (Methylenkék, Ehrlich-féle triacidoldat. Ez utóbbival Rosenstadt dr. volt szíves laboratóriumában vizsgálatokat végezni.)

A gyomortartalom a nyálka jelenléte miatt *tapadós* jelleget ölt, a mely annál kifejezettebb, minél nagyobb mennyiségben van nyálka jelen. Normális körülmények között a nyálka jelenléte által feltételezett tapadosság főleg az edény fenekén leülepedett zsemlyepépen észlelhető, az e fölött álló folyadékrétegben gyomoreredetű nyálka ép viszonyok között nem látható. Csak bő nyálka-secretióval járó gastritisekben van a folyadékrétegnek is kifejezett nyálkás jellege. Találóa mondja Kaufmann, hogy „ha a gyomortartalmat filtráljuk, úgy az bizonyos mértékben egymással összefüggve (zusammenhängend) folyik“. A zsemlyepép a nyálka által alkotott alapanyagba szinte be van ágyazva, a mi annál kifejezettebb, minél nagyobb mennyiségű a nyálkatartalom. Normális körülmények között is jól felismerhető a gyomortartalom ezen, a nyálka által feltételezett összeálló, tapadós, a zsemlyepépet összetartó jellege, ha azt egyik üvegből a másikba, egy tölesérbe öntjük és leginkább, ha a folyadék lefolyása és az idegen eredésű nyálkaesomók eltávolítása után a filteren visszamaradó zsemlyepépet vizsgáljuk. Annak, a ki a normális körülmények között jelenlevő nyálkatartalomra és az általa feltételezett makroskopi jellegére a gyomortartalomnak figyelemmel van és ez irányban bizonyos iskolázottságot szerez, épen olyan könnyű a nyálka jelenlétének a megállapítása, mint a hogy a nyálka teljes hiánya miatt a gyomortartalomnak lényegesen megváltoztatott külső jellege is fel fog tűnni. A zsemlyerészleteket nem tartja össze egy alapanyag, hanem azok egymástól teljesen elkülönítve, gyorsan és szembeötlő könnyedséggel folynak a híg folyadékkal az egyik üvegből a másikba. Ha a töleséren visszamaradt ételpébe közönséges tágabb kaliberű pipettát mártunk [e célra külön „Schleimfänger“ igénybevétele, mint a hogy Schütz, avagy praeparáló tűk használata (Präparirnadel), miként Schilling javasolja, nagyszámú vizsgálataimban nem mutatkozott szükségesnek], úgy ahhoz a jelenlevő nyálkatartalom mennyisége szerint több-kevesebb nyálka, zsemlyerögese vagy pép tapad, ellenben ha nyálka nincs, úgy a pipettával kiemelt zsemlyerészletek nem tapadnak hozzá, hanem gyorsan lecsúsznak róla. A nyálkamentes gyomortartalom gyorsan felszáll a pipetta üregébe, onnét gyorsan el is távolítható, míg a nyálkatartalma főleg a pipetta külső falán tapad.

A gyomortartalomnak a vázolt irányban való makroskopi vizsgálata megbízható képet ad a gyomortartalom nyálkatartalmát illetően és ha kétségkívül óhajtható is volna, hogy különösen a kvantitatív viszonyok megítélésére exactabb módszerek is álljanak rendelkezésünkre, a makro- és mikroskopi vizsgálat kombinációja által a nyálka mennyiségéről is megbízható képet kapunk.

A nyálkás tartalmú gyomortartalomból vett nativ góresői készítményben a gyomortartalom ismert góresői alakelemeit homogen vagy igen finoman rostozott alapanyagba látjuk beágyazva. Ha a nyálka meg van szaporodva, úgy ez a körülmény a góresői képből a sejtes alakelemek nagy számában manifestálódik. Nagy számmal látunk elszórtan vagy kisebb-nagyobb esomókban levő leukocytákat, ép és degenerált cylinderepithelt részben szabadon, részben a nyálka által alkotott, finom rostú alapanyagtól körülvéve. A normális körülmények között jelenlevő nyálka góresői képét a *sejtszegénység* jellemzi; itt-ott 1—1 leukocytá és cylinderepithel vagy egyáltalán nem, vagy csak ritkán látható. A góresői kép ezen jellegző voltára Boas, de különösen Kaufmann is figyelmessé tesz. A magam részéről a jelzett góresői képet annyira jellegzetesnek tartom, hogy abban a kérdésben, vajjon normális vagy kórosan fokozott nyálka-secretióval van-e dolgunk, bármennyire felvilágosító is a gyomortartalom makroskopi vizsgálata, véglegesen csak a góreső dönthet. Kaufmann ezenkívül a nyálkára, és pedig már a normális körülmények között jelenlevő nyálkára jellegzetesnek mondja a góreső alatt nagy számban látható *myelincseppeket* is. Szerinte a nyálka a góreső alatt könnyen felismerhető azon számtalan myelincseppekről, melyek a gyomortartalom egyéb alakelemeivel (keményítőszemcsék,

élesztőgombák, sejtek, bakteriumok stb.) bensően vannak elvegyülve; de még azon helyeken is, melyeken ezen alakelemek inkább izolálva fekszenek, látni számos myelincseppeket és a látótér az utóbbiak miatt homályos és elmosódott („unklar und verwachsen“). Kaufmann a myelincseppeknek könnyebb felismerése céljából a sudánnal való festést ajánlja, a mely festőanyag, a szerint, a mint a myelincseppek több vagy kevesebb zsírt tartalmaznak, azokat különböző intenzitással festi vörösré; de ő is megjegyzi, hogy a myelincseppek sajátzerű tompa fénye oly jellegzetes, hogy a festési eljárás nélkülözhető.

Jaworski¹⁷ volt az, a ki először írta le a gyomornyálka gyakori alkotórésze gyanánt a „csigaszerű spirálokat“ (schneckenförmige Spiralen); ezek kerekded, tompafényű, egy vörösvérsejt avagy egy keményítőszemcsé nagyságával bíró cseppek, melyek a közepén világos pontot mutatnak, mely utóbbiból egy éles, spirálszerűen futó vonal indul. A képlet ennek következtében az óramutató rugójára emlékeztet. Aetherben való oldhatatlanságuk teszi lehetővé a zsircseppektől való megkülönböztetést. A képletek természetét illetően több, utóbb helytelennek bizonyult magyarázat került nyilvánosságra, míg Jaworski¹⁸ Korczynsky-vel és Rowicz-al együtt kimutatta, hogy a myelincseppekkel azonosak. Ezen felfogást Schmidt is osztja, a nélkül azonban, hogy ezen képletek jelenlétének diagnostikai vagy pathologiai jelentőséget tulajdonítsa. Szerinte a myelincseppek a lenyelt tracheális nyálkából jutnak a gyomorba, a hol a gyomornedv behatása folytán jön létre jellegzetes külsejük. A legutóbbi időben, mint említettük, Kaufmann foglalkozott e kérdéssel, a ki a myelincseppeket a normális gyomornyálka állandó alkotórészeinek tartja; szerinte góreső alatt a myelincseppekről ismerhető fel a nyálka és ha azok hiányzanak, akkor nyálka sincsen jelen. Vizsgálataink ez utóbbi álláspont helyessége mellett szólnak, a mennyiben a myelincseppeket a gyomornyálka góresői képében állandóan megtaláltam és következetesen hiányoztak azok olyan kóros esetekben, melyekben a gyomortartalomban a nyálka teljes hiánya volt megállapítható. Felismerésüket különösen tompa fényük nagyon könnyűvé teszi, és kimutatásukra festési eljárások feleslegesek, úgy hogy talán jogosult a Jaworski által korábban képviselt azon álláspont, hogy itt magában a gyomorban, és nem a légutak nyálkahártyáján keletkezett képletekkel van dolgunk.

Egészséges gyomrú egyénekben az itt részletesen vázolt szempontok figyelemmel tartása mellett végzett vizsgálataink eredményét a következőkben foglalhatjuk össze:

Normális körülmények között üres gyomorból nyálka nem nyerhető, a digestiv periodusban azonban a gyomortartalomnak ételnépből álló részlete állandóan tartalmaz mérsékelt mennyiségű nyálkát. Alább kifejtendő klinikai észleléseink mutatják, hogy ezen mérsékelt mennyiségű nyálkának a digestiv periodusban való hiánya pathognostikai jelentőségű. A nyálkaelválasztást ennél fogva a gyomor elválasztó készüléke olyan működésének kell tekinteni, mely fontosság tekintetében nem áll az emésztőnedv elválasztásának mögötte. A nyálkasecretio és az emésztőnedvelválasztás — normális körülmények között — időbelileg párhuzamosan folyik le.

(Folytatása következik.)

Közlés a bőr- és bujakórtani klinikából. (Nékám Lajos rk. tanár.)

Az elektromos colloidfémek némely alkalmazásáról.

Írta: Neuber Ede dr., v. egyetemi tanársegéd.

A tudományos világ néhány év óta gyakran és sokféle szempontból foglalkozik a colloidokkal, a miben nagy érdeme van a Zsigmondy és Siedentopf által megalapított ultramikroskopos módszernek.

Fizikusok, kémikusok és biológusok számára egyaránt érdekes tér nyílt meg s az újabb időben az orvosi körök is felismerték az új kérdés fontosságát.

Azok a vizsgálatok, melyeket Pellat és Bechhold végeztek, kimutatták például, hogy az ultramikroskopos szemcsék méretei már nagyon megközelítik a vegyi tömecek kicsinyiségét. Így a

láthatóság alsó határa az ultramikroskopen, 5 milliomed mm., körülbelül egyenlő a fehérjemolekula nagyságával s csak tízszer nagyobb az alkohol- s harminczszor nagyobb a hidrogenmolekulánál.

A colloidokkal tüzetesen először Graham foglalkozott; szerinte colloidnak oly keveréket tekinthetünk, melyben valamely homogén anyagba rendkívül kicsiny idegen szemcsék óriási tömege van ágyazva. Ily meghatározás szerint colloid például a rubin, melyben homogén anyagban szilárd szemcsék foglaltatnak, de colloid némely füst is, melyben a levegőben rendkívül finoman elosztott por úszik.

Legtöbbször azonban colloid alatt folyadékban — például destillált vízben — suspendált igen finom szemcséket értünk. Az alábbiakban mindig ilyen colloidokról lesz szó, a melyekben ugyanis destillált vízben fémrészecskék vannak suspendálva. Az ilyen fémrészecskék nagysága az előállítás módja szerint igen különböző.

A vegyi úton előállítottakban, a mikor tehát valamilyen vegyületből csapódik le a fém, a szemcsék aránylag nagyok s azoknál többé-kevésbé mindig fertőzöttek eredeti vegyületeikkel és sóikkal. Az ilyen colloidok tehát vizsgálatainkra nem alkalmasak. Sokkal többet érnek az elektromos úton készült colloidok, a melyeknél a villamos áram két sarka destillált vízbe mártott fémrúd (Bredig), melyek magas feszültségű áram átbocsátásakor — főleg az anodon — colloidális állapotba vitetnek át s a vizet maguk körül megfestik.

A fizikális eljárás egy másik még nagyobb előnnyel kecsegtet, tudniillik a colloidális szemcsék nagyságát az áram erőssége, a folyadék minősége, az elektrod alakja, a hőmérsék s egyéb faktorok által tetszés szerint lehet szabályozni. Az ilyen colloidok szemcséi erős Brown-féle rajzó mozgást végeznek és pedig Swedberg szerint oly gyorsasággal, mely a kinetikai gáztheoria szerint a tömeoszógnak felel meg.

Ehrenhaftnak pedig a legutóbbi időben a fényfüstnek a gázokban való magatartását sikerült ultramikroszkoposan megfigyelni.

A szemcsék nagyságát mérni is lehet, legegyszerűbben ultrafilterek segítségével, a melyek közül például a Bechhold-féle kocsonya-filter annyira tökéletes, hogy pórusai 1.5 milliomed mm.-nél nem nagyobbak.

Az ilyen szemcsék száma természetesen óriási. *Detoeuf* szerint például egy olyan aranycolloid, mely 1 cm³-ben 0.00005 gm. aranyat tartalmaz, 1 cm³-ként trillio szemcsével bir. Ez magyarázza meg a colloidok legfontosabb tulajdonságát, tudniillik a vegyészek előtt már régen ismert fokozott vegyi affinitást.

Ismeretes például az a rendkívül erős redukálóképesség, melyet a fémcollidok a hydrogen-superoxyddal szemben kifejtenek.

Ez a vegyi hatás néha egészen a fermentek magatartását veszi fel s az analogia annyira megy, hogy a toxinok a colloidok működését is megbénítják (míg a hydrocyansav a colloidezust, az elektrargol hatását megakaszthatja).

A colloidok e vegyi hatása kétségtelenül onnan származik, hogy rendkívül nagy felszint nyújtanak a vegyi behatás számára.

Az előbb említett aranyoldat felszine például cm³-enként *Detoeuf* szerint 625 m²-re tehető. Ha még hozzávesszük a szemcséknek elektromos töltésükből származó előbb említett folytonos rajzó mozgását is, reményünk lehet arra, hogy a fém-collidokban rendkívül erős antiseptikus gyógyszereket vihettünk a szervezetbe, a nélkül, hogy arrodáló, sejtölő hatástól kellene tartani.

E várakozást a colloidok ily irányú megvizsgálása sok tekintetben igazolta is.

Cernovodeanu és Henri a staphylococcus aureus és citreus, a coli- és dysenteria-bacillus gelatinaculturáit már 0.002^o/o-os oldattal elölték.

Charrin és Monier-Vinard a pyocyaneusban hasonló eredményeket kaptak, sőt már az 0.001^o/o-os is határozottan gátló hatást fejtett ki.

Chirié szerint a 0.006^o/o-os elektrargol sterilizálja a pneumococcuscultúrákat; az 0.001^o/o-os oldat pedig megszünteti a Gram-féle festődési képességüket. Állatkísérletekben pedig azt találta, hogy az olyan pneumococussal fertőzött fehér egerek, melyeknek kontrollársai 30—40 óra alatt elpusztultak, előzetes intravenás befeeszkendezésre életben maradtak.

Controllkísérletek alapján meggyőződtem arról, hogy az elektrargol baktericid hatása úgy in vivo, mint in vitro teljesen ki-elégítő eredményt nyújt.

A staphylococcus pyogenes aureus, citreus, albus, pyocyaneus, streptococcus és prodigiosus culturáit kísérleti anyagul használva, megfigyelhettem, hogy úgy a genykeltők, mint az egyéb, specifikus kórfolyamatokat előidéző mikroorganizmusok igen csekély resis tentiát tüntetnek fel a fém-collidok, illetve az elektrargol már igen híg oldataival szemben. Ilyen irányú kísérleteimet a legkülönbözőbb módon végeztem.

Legtöbbször különböző koncentrációjú elektrargol igen kis mennyiségét már kifejlődött coloniákra esepenttettem. Számos esetben azonban az elektrargol applikálása a mikroorganizmusok átoltságával egyidejűleg történt.

Charrin, Monnier-Vinard, Chirié eredményei nagyobbára összeegyeztethetők az enyémeivel; 1:1000-re, 1:5000-re hígított elektrargol mindenkor megszünteti az életképességét bármely táptalajon élő bakteriumnak, az átolttással egyidejűleg applikált hasonló koncentrációjú elektrargol pedig a coloniák kifejlődését meggátolja. Erősebb hígításban a bakteriumok szaporodóképessége szenved esorbát.

Mindez természetesen fokozott mértékben áll a közönségesen használt táptalajokon csak nehezen megfogamzó s igen hamar tönkremenő *Ducrey*-féle streptobacillusra.

Nyulakon végzett kísérleteim hathatósan támogatják az elektrargolnak említett baktericid tulajdonságait. Míg a streptococcus-sal beoltott nyulak 2—3 nap alatt rendesen peritonitisben elpusztultak, addig az oly állatok, melyek naponként 3—4 cm³ isotonias, finom természetű colloidezust kaptak subcutan, életben maradtak.

Élettani szempontból a következőkről tesznek említést az irodalomban.

Gompel és Viktor Henri kimutatta, hogy az elektrargol akár subcutan, akár intramusculárisan, akár per os teljesen ártalmatlan. A légeserét és szív működést nem befolyásolja, a verőeres vérnyomást rövid időre emeli; a temperatura közvetlenül a befeeszkendezés után valamivel emelkedik, 2—3 óra múlva azonban teljes apyrexia áll be.

Etienne az elektrargol különféle adagolásában a szöveteknek az elektrargollal szemben kifejtett tolerantiájáról tesz főleg említést.

Achard és *Weill* a haematopoetikus szerveket és a vért vizsgálta meg elektrargolos befeeszkendezések után. Szerintük a befeeszkendezést erős hyperleucocytosis követte, a mely kifejezett leukocytosisba ment át.

A fentiek előrebocsátása után az elektrargol némely alkalmazásáról akarok megemlékezni a nyirokmirigylobkezeléssel kapcsolatban.

Vizsgálati anyagomat részben a bőrorvostani klinika, részben a dologkórház venereás betegállománya szolgáltatta. 41 bubo inguinális-esetben, melyek kivétel nélkül ulcus molle után keletkeztek, kísértém figyelemmel az elektrargol gyógyhatását. Valamennyi esetben szigorúan szem előtt tartottam, hogy a kezelés ideje alatt az elektrargolon kívül semminemű desinfiens folyadék az incindált bubóval érintkezésbe ne lépjen.

A 41 eset közül 31 a fertőzés helyén a lágy fekély típusos képét nyújtotta, 3 esetben a lágy fekély már begyógyult, 6 esetben pedig a már lezajlott lágyfekély helyén sclerosis mutatkozott.

Meg kell jegyezmem továbbá, hogy a kísérleti anyagul szolgált betegek nagyobb része oly egyénekből állott, kik a kezelés tartama alatt rendes foglalkozásukat nem szakították meg, szigorú kórházi ápolás alatt nem állottak.

Ha a mirigylob kezelésének a legutóbbi években megjelent irodalmát átfutjuk, kitűnik, hogy a szerzők törekvése főleg a kórfolyamat lehetőleg gyors és radikális lebonyolítására irányul.

A nyirokmirigylob kezelésének régebbi alakját, tudniillik a nyirokmirigy egyszerű feltárását — a mely a legtöbb esetben azonban szintén célhoz vezet — a legkülönbözőbb módosításokkal kombinálták.

Igy *Engel Reimers* a genyartalmától megszabadított mirigybe 0.6 salicyl-oldatot, majd jodoformglycerint feeszkendezett.

Később a salicyllyl izgató hatása miatt physiologiai konyhasó-oldattal cserélte fel.

Griffith és *Cuspith* kis incisiós nyíláson keresztül ajánlja a mirigy széttroncsolását szondával vagy más tompa eszközzel.

Cedercrentz kis incisiós nyílásba 1—2^o/o-os AgNO₃-ot feeszkendez, esetleg a nyirokmirigy helyét 10^o/o-os jodoformvaselinnel tölti ki.

Moses a Bier-harang használatát javálja. Szerinte a Bier-harang okozta vénás pangás a nyirokmirigylob gyógyulását előnyösen befolyásolja. Nagy súlyt fektet a harang helyes odaillesztésére.

Joseph szintén a Bier-harang alkalmazását ajánlja előzetes incisió után.

Arning kis incisiós nyíláson keresztül 20—30 cm³-es fecskendővel 5%-os carbolöblítéseket végez. Az ilyen öblítéseket addig alkalmazza, míg az öblögető folyadék geny- és szövetczafatok nélkül hagyja el a sebüreget. Majd 1—10 cm³ steril jodoform-glycerint fecskendez a nyirokmirigy üregébe.

Az utóbb említett eljárások tehát elvileg többé-kevésbé meg egyeznek abban, hogy az elgenyedt mirigy fel kell tární, a genyet valamiképen eltávolítani s a sebüreget valamilyen antisepsises folyadékkal desinficiálni.

Noha az elgenyedt mirigyek feltárása s a sebüregek az utóbb említett antisepsises folyadékokkal való öblögetése sikerrel kecsgetet, ambulans betegekben mégsem ajánlatos, mivel az erősen gyuladt sebüregek falait izgatja, a betegnek heves fájdalmat okoz s foglalkozásában gátolja. Ideálisnak tehát olyan antisepsises folyadék tekinthető, melynek baktericid hatása igen jelentékeny, szövetizgató tulajdonsága pedig minimális.

E két fontos tényezőt a villamos úton előállított fémcollidok egyikében, az elektrargolban vélem megtalálni.

Eseteimben következőképen jártam el:

Alapos desinficiálás és érzéstelenítés után a már erősen fluctuáló nyirokmirigybe egy nagyobb Pravaz-tűt szúrtam s genytartalmát kiszivattyúztam; ha azonban a geny eltávolítása ily módon nem sikerült, körülbelül 3—4 mm. hosszú metszéssel a mirigy megnyitottam s genytartalmát vagy nyomással, vagy a Bier-féle harangszívó hatása útján eltávolítottam.

Ilyen kezelés után az elektrargol néhány köbcentiméterét a genytől már többé-kevésbé megszabadult buboüregbe fecskendeztem, az incisiós nyílást sublimatgaze-zel betömtem s a beteget be kötöttem.

Minthogy az irodalomban felsorolt kísérletek egész sorozata bizonyosságot tesz arról, hogy az organismusba bevitt colloidezüst teljesen ártalmatlan, az elektrargolt valamennyi esetben eredeti töménységben használtam.

Néhány rövid kórtörténet szolgáljon eseteim illusztrálására. Oly esetekről szándékozom megemlékezni, a melyekben a gyógyulás ideje közepesnek mondható s a melyekben a lefolyást complicatiók nem zavarták.

V. K. szabó 1907 augusztus elején kereste fel a klinikánkat. A praeputium küllemében, a féken, továbbá az orificium urethrae több helyén typusos lágy fekélyei vannak.

1907 szeptember 2. Az inguinális mirigyek duzzadtak, érzékenyek.

1907 szeptember 4. A mirigyek diónyiak, erősen fluctuálnak. A mirigyeket fedő s a szomszédos bőrterületek erősen gyuladtak. Az inguinális mirigyek kétoldali punctiója. A mirigyekből külön-külön 3 evőkanálnyi genyet nyertem. Mindkét mirigybe 5—5 cm³ elektrargolt fecskendeztem, sublimatgaze-zel az incisiós nyílást befedtem és a beteget bekötöttem.

1907 október 15 és 16. Status idem. Újabb injectiók.

1907 október 17. A nyirokmirigy már alig érzékeny. A mirigyek genyes váladéka már inkább savós jelleget ölt. Újabb injectio.

1907 október 18. A mirigyek érzékenysége teljesen megszünt, genyes váladék nem sajtolható ki belőlük. Újabb injectio.

1907 október 20. A beteg gyógyultan távozott.

K. K., 22 éves könyvelő. Luesének kezelése ezéjából már 1 év óta látogatja a klinikát.

1907 november 2. A penis hátán több typusos lágy fekély.

November 16. A jobb oldali inguinális mirigye galambtojásnyira megnagyobbodott, még nem fluctuál.

November 18. Incisió, 4—5 cm³ geny. 3 cm³ elektrargolos injectio.

November 19, 20. Kevés genyes váladék. A mirigy fedő, valamint a szomszédos bőrterületek hyperaemiája és savós beivódása csökkent. Érzékenységük megszűnt. Újabb injectiók.

November 22. Az incisiós nyíláson keresztül néhány csepp serosus folyadék préselhető ki. Újabb injectio.

November 23. Váladék nincs. Erősen granuláló sebfelületek.

Az abscedált mirigyből a staphylococcus pyogenes aureus tiszta culturáját kaptam; a bubo üregébe 2—2 cm³ elektrargolt fecskendeztem be.

November 26—28. Hasonló kezelés.

November 29. A bubók üregéből már csak véres savó sajtolható ki.

November 30. Nincs váladék. Sarjadzó sebfelületek.

December 2. A beteg gyógyultan távozott.

Szükségesnek tartom felemlíteni, hogy az elektrargollal kezelt bubo-esetekben a betegség átlag 7—8 napig tartott.

In vivo és in vitro végzett kísérleteim, valamint számos szerző hasonló eredményei azon conclusióra juttattak, hogy az elektrargol gyógyszerkincsünket nagy mértékben gazdagította.

Egyrészt mint baktericid szer igen erős higitásban is lefokozza a genykeltők virulentiáját, kevésbé erős higitásban pedig életképeségüket szünteti meg, másrészt az elektromos úton előállított ezüst-colloid-olatok sokkal tisztábbak — nem tartalmaznak szövetizgató savmaradékokat — a kémiai úton előállított ezüst-colloid-olatoknál.

Az elektrargolnak főleg ezen utóbbi tulajdonsága érdemel elismerést; a sebüregekbe fecskendezett elektrargol fájdalomérzést és erősebb genyedést nem szokott provokálni. A forgalomba kerülő szóval tömény elektrargol is alig izgatja a már gyuladással áldo, zatul esett szövetet.

Ezen kiváló tulajdonságok az elektrargolnak nemcsak a bubo-kezelésben adnak előnyt a kémiai úton előállított ezüst-colloidok felett, hanem mindenképpen az urológiában — például gonorrhoeás hólyaggyulladás — is nélkülözhetetlenné fogják tenni.

Végül kedves kötelességnek teszek eleget, a midőn mélyen tisztelt főnökömnek, Nékám Lajos rk. tanárnak e helyen is hálás köszönetet mondok a beteganyag átengedéséért és buzgó támogatásáért.

Közlés a budapesti poliklinika mellkasi szervek betegségeknek osztályáról. (Főorvos: Terray Pál dr., egyet. ny. rk. tanár.)

Összehasonlító fizikai és Röntgen-vizsgálatok tüdőtuberculosisban. Egyszersmind a Calmette-féle ophthalmoreactióról Röntgen-vizsgálatokkal kapcsolatban.

Irta: **Jacobi József** dr. v. klinikai tanársegéd.

(Vége.)

Mielőtt már mostan összes vizsgálataink alapján a felvetett kérdésekre válaszolnék, nyomtatékosan kívánom hangsúlyozni, miszerint *magam sem tartom ily kevés számadat alapján*, melyeknek egy része még kifogás alá is eshetik (s pedig a hőemelkedéssel bizonyított pozitív, s a lokális reactio hiányával bizonyított negatív esetek), *azokat eldönthetőnek*, hanem további vizsgálatoktól teszem függővé a kérdésekre való biztosabb választást, melyet még azután is a bonczolatok eredményei fognak felülbírálni. Közlésem ezéjén ez idő szerint inkább az, hogy felhívjam a figyelmet a külföldön már meglehetősen széles körben alkalmazott tüdő-Röntgen-vizsgálatokra, valamint a Calmette-féle szembeesepentéseknek a Röntgen-vizsgálatokkal való kombinálására. Kívánatosnak tartanám ugyanis, hogy ezen vizsgálatok nagyobb számú esetben, szerencsésebb külső körülmények között, mint a minők mellett mi dolgoztunk, végeztessenek.

Ezek előre bocsátása után összegezni fogom a vizsgálatainkból levonható következtetéseinket, különös tekintettel ez utolsó 27 tüzetesebben észlelt esetre.

A Röntgen-átvilágítást a tüdőtuberculosis korai felismerésében eddigi fizikális vizsgálati módszereink igen értékes kiegészítőjének tartom, mely egyes esetekben bár — mint a következő csoportokból ki fog tűnni — a fizikális leletnél kevesebbet mutat, sokszor annyit, a legtöbb esetben pedig többet árul el a tüdő állapotáról.

Ha a Röntgen-vizsgálat a tüdők területén homályokat mutat, az mindenkor gyanúját kell hogy keltse a tüdő szöveti bántalmazottságának. Valamint azonban igen minimális fizikális eltéréstől, mondhatnám talán bizonytalan fizikális leletből a tüdő megbetegedését biztosan felvenni nem lehet, épen úgy nem engedhető meg igen kis területre szorítkozó csekély árnyékoltságból biztos következtetést vonni. Ha csak a csúcsokban találunk igen csekély homályt, úgy mindenkor gondolnunk kell arra, hogy az a tüdők ép voltát még nem zárja ki, mivel a váll izomzatának az egyik oldalán való erősebb fejlettsége, esetleg sorvadása szintén adhat ily különbségekre okot, árnyékoltságot hozhatnak létre továbbá megnagyobbodott supraclaviculáris mirigyek, valamint igen keskeny bordaközök is. (A scoliosisra nem térek ki.) S ha mindezen körülmények pontos vizsgálat által nagyrészt ki is zárhatók, akkor sem szabad igen csekély homályból biztosan felvenni a tüdő bántalmazottságát, mivel az átvilágítás technikája manapság még nem oly tökéletes, hogy a legnagyobb elővigyázat mellett is hibák be ne csúszhatnának. Épen úgy tehát, mint a fizikális vizsgálatnál, a röntgenoskopiánál is csak akkor értékesíthetők igen csekély leletek, ha többszörös vizsgálással mindenkor megtalálhatók.

Általában azt mondhatnám, hogy csekély árnyékoltság a csúcsokban csak akkor bir nagyobb értékkel, ha az a clavicula alatti részre — a hol jobban megítélhető — is kiterjed legalább egy kissé, míg a kulcsontok feletti részben csak kifejezett homályok értékesíthetők biztossággal. Csekélyebb árnyékoltság inkább vehető számításba, ha csak az egyik csúcsra vonatkozik. Igen óvatosan bírálendő el a csúcsban talált homály akkor is, ha csak az egyik irányban, vagyis csak elülről, avagy csupán hátulról látható. Kifejezettebb homályok a csúcsokban rendszerint mindkét irányban való átvilágításnál észrevehetőek. Minél kifejezettebb a homály, annál nagyobb nyomattal esik a latba, de vizsgálataink alapján határozottan állíthatom, hogy nemcsak a tüdő mélyében, hanem a csúcsokban (tehát felületesen) is lehetnek elváltozások, melyek néha még a clavicula alá is leterjednek, s fizikális vizsgálattal mégsem mutathatók ki. A Röntgen-vizsgálat által kimutatott homály a bántalom oktanára nézve felvilágosítást nem nyújt, arra legfeljebb az árnyék localisatiójából vonhatunk némi következtetést. A diagnózis tehát mindenkor az összes tünetek számbavétele alapján állapítandó meg.

A tüdők Röntgen-eljárással való vizsgálata, ha nem is oly nehezen sajátítható el, mint a fizikális vizsgálati módszerek, mégis nagyobb fokú gyakorlottságot igényel.

A tüdők Röntgen-képének tiszta volta tuberculosis jelenlétét nem zárja ki, mindamellétt egyes esetekben, például hereditásból származó tuberculophobias esetében, minden egyéb tünet hiányában kijelentésünkben ez is megerősíthet.

A Calmette-féle reactióról vizsgálataink alapján azt mondhatjuk, hogy annak is jelentős értéke van a tuberculosis korai felismerésében.

Positiv Calmette-reactio legnagyobb valószínűséggel tuberculosis mellett szól. Eseteink között csupán egy olyan volt, melyben meglevő reactio mellett nem volt jogunk tuberculosis felvenni, mivel az oltásokra reactio nem keletkezett. Ez esetben a Röntgen-vizsgálat alapján a hilusmirigyek beszűrődésére kellett gondolnunk. Számbavéve azonban azt, hogy egyéb bántalmakban, különösen typhusban, többszörösen észleltek már Calmette-reactiót, néhány bonczolt esetben pedig positiv reactio mellett tuberculosis a szervezetben egyáltalában nem találtatott, ennél fogva egyedül az ophthalmoreactióra alapítani a diagnózist nem tarthatom megengedhetőnek.

A Calmette-reactio hiánya alapján a tuberculosis még a legkezdettegesebb esetekben sem zárható ki. Azon 27 pontosan észlelt esetünk között 3 olyan van, melyben ophthalmoreactiót nem kaptunk, s az illetők tuberculosisnak bizonyultak, és pedig egy a köpetben kimutatott bacillusok, kettő a tuberculinjectiókra keletkezett lokális reactiók alapján. S ha gondolok is arra, hogy talán a beesepentéskor nem jártunk el helyesen s ezért maradt ki a reactio, ezt mégis kizártnak kell tekintenem, mivel mind a 3 betegen megismételtük az instillatiót, s ekkor szintén negativ eredményt kaptunk.

Oly esetekben, melyekben tuberculosis gyanúja vetődik fel, de a fizikális vizsgálat alapján a körjelzés el nem dönthető, helyénvalónak tartom úgy a Röntgen-átvilágítás, mint a Calmette-féle

reactio alkalmazását. A mennyiben a tüdőcsúcsokban homályokat találunk, s a Calmette-reactio is positiv eredményt ad, a tuberculosis diagnózisát a legnagyobb valószínűséggel felvehetjük. 15 mindkét vizsgálati módszerrel positiv eredményt adó eset közül, mint láttuk, csak egyben nem volt jogunk a diagnostikai oltás alapján tüdőgümőkört felvenni, abban azonban, mint már említettem, az árnyék a hilustájon foglalt helyet, s a csúcsok tiszták voltak.

Végül még csak azt a szóban forgó vizsgálati módszerekről, hogy a Röntgen-átvilágítás nagy előnyének tartom, hogy a talált elváltozásnak a diagnózis felállításakor való értékesítése a homály intenzitása és kiterjedése szerint igen jól mérlegelhető, míg az ophthalmoreactiónál — tekintettel arra, hogy specifikusnak nem tekinthetem — hátránynak kell betudnom azt, hogy az intenzitása ily mérlegelést nem enged meg. (Az ophthalmoreactióról prognostikai szempontból később lesz szó.

* * *

Áttérek ezek után azon esetekre, melyekben a tuberculosis diagnózis több-kevesebb biztossággal a fizikális lelet alapján megállapítható volt.

A negyedik csoportba (I-ső stadiumbeli tuberculosusok) 20 egyén tartozik, kik közül 15-ön végeztünk átvilágítást, s ezek mindegyikében találtunk homályt, ez azonban három esetben igen csekély fokú volt, kisebb, mint a minőt a fizikális vizsgálat alapján várhattunk. A többi eset kisebb számában ugyanannyit, nagyobb számában pedig többet árult el az átvilágítás, mint a kopogtatás és hallgatódzás. A röntgenoskopia vagy ily irányban mutatott többet, hogy a folyamatot nagyobb kiterjedésűnek találtuk általa, vagy pedig olyformán, hogy a fizikális vizsgálat alapján egy oldalra szorítkozónak vélt folyamatot mindkét oldalra kiterjedőnek mutatta.

Calmette-reactiót a 20 eset közül 18-ban végeztünk. Reagált 14, nem reagált négy egyén. Ezen négy beteg közül, kiken reactio nem keletkezett, háromnak a köpetében bacillusokat találtunk.

Az ötödik csoport (II. stadiumbeli tuberculosusok) 17 esete közül átvilágítottunk 13-at. Eltekintve egy esettől, melyben egyik oldalán az átvilágítással kevesebbet találtunk, mint a fizikális vizsgálattal, a többi eset mindegyikében legalább is oly nagy kiterjedésűnek, sokszor azonban nagyobbak és az épnek vélt oldalra is kiterjedőnek mutatta a Röntgen-vizsgálat a bántalmat.

Szembeesepentést ezen csoportból 16-on végeztünk. Kilenc esetben volt, hétében kimaradt a reactio. Az utóbbiak közül 5-ben tuberculosusbacillusokat találtunk a köpetben.

Végül a mi a hatodik csoportot (III. stadiumbeli tuberculosusok) illeti, annak 15 esete közül 11-ben végeztünk röntgenoskopiát, s az minden esetben legalább is oly kiterjedésűnek mutatta az elváltozást, mint a fizikális vizsgálat. Egyes esetekben a tüdőnek csak igen kis területén, rendszerint a hátulsó-alsó részén láttunk világos helyeket; egy pár esetben pedig az egész tüdőt elfoglaló nagy sötét foltok között csak itt-ott látszott egy-egy kiesiny, épnek mutakozó tüdőrézlet.

Calmette-reactiót ezen esetek mindegyikében végeztünk, s a 15 beteg közül csak háromon keletkezett reactio, 12-n kimaradt az. Ez utóbbiak közül 10-nek a köpetében bacillusokat találtunk.

Megemlítést érdemel ezen csoportok Röntgen-leletei közül az, hogy 4 esetben cavernákat lehetett kimutatni, melyek fizikális vizsgálattal csak 2 esetben voltak körjelezhetőek. Fel-említhetem továbbá, hogy 6 esetben az egyik mellkasfél zsugorodását találtuk a Röntgen-vizsgálattal, a mi külső megtekintésre nem ötlött szembe.

A 4., 5. és 6. csoportban foglalt vizsgálatokat összegezve azt mondhatom, hogy a Röntgen-átvilágítás azon esetekben sem hiábavaló fáradság, melyekben a diagnózis már az egyéb tünetek és vizsgálatok alapján biztosítva van. Különösen áll ez a fizikális vizsgálat alapján az I. és II. stadiumba tartozó esetekre, mivel ha némely esetben kevesebbet is mutat az átvilágítás, mint az auscultatio és percussio, mégis az esetek legnagyobb részében többet árul el a bántalom kiterjedéséről. Prognostikai tekintetben nem mondható tehát értéktelennek az ily esetek átvilágítása, még pedig különösen fontosnak tartom ezt a sanatoriumi kezelés szempontjából. Csekély számú sanatoriumaink mellett különös figyelmet kell fordítanunk arra, hogy azokba csak oly esetek kerüljenek, melyekben az ottani

kezeléstől eredmény várható, s ha e kiválasztás az eddig alkalmazott vizsgálatok alapján is többé-kevésbé helyesen volt keresztülvihető, mégis úgy vélem, még sokkal helyesebben volna a sanatoriumba való felvétel vagy az onnan való kizárás eldönthető, ha az eddigi vizsgálati módszerek mellett a Röntgen-vizsgálat is felhasználtatnék.

A III. stadiumban, ha többet is tudunk meg az átvilágítás által a beteg állapotáról, gyakorlati jelentősége nincsen.

Végül a Calmette-reactióról kifejezett tuberculosisban a következőket mutatták vizsgálataink:

A 4., 5. és 6. csoport esetei közül összesen 49-ben végeztünk szembecseppentést. Reactiót kaptunk 26 esetben, vagyis 53%-ban; nem reagált 23 egyén, tehát 47%.

Nézzük azonban, mily arányban jelentkezett a reactio az egyes stadiumok szerint:

	I. stad. %-ban	II. stad. %-ban	III. stad. %-ban	Esetek száma
Calmette +	78 (14)	56 (9)	20 (3)	26
Calmette —	22 (4)	44 (7)	80 (12)	23
Összesen	100 (18)	100 (16)	100 (15)	49

Azt látjuk tehát, hogy az I. stadiumbeli betegeknek 78%-a, a II. stadiumbelieknek 56%-a, míg a III. stadiumba tartozóknak már csak 20%-a reagált. Azt kell tehát ebből következtetnünk, hogy a bántalom előrehaladásával mindinkább elmarad a reactio. Mivel azonban már a 2. és 3. csoport esetei között (tuberculosisra gyanusak) is több olyan volt, a mely a további vizsgálatokkal tuberculosisnak bizonyult, a Calmette-reactio pedig negativ volt, valamint tekintettel arra, hogy a III. stadiumbeli betegek 20%-a reagált, ennél fogva prognostikai szempontból annak kimaradását értékesíthetőnek nem tartjuk. Mivel pedig a reactio intenzitásából sem vonható le ily irányú következtetés, ennél fogva biztos diagnózis eseteiben a Calmette-féle reactio végzését — tekintettel a következményeképpen támadható súlyosabb szemmegbetegedésekre — nemcsak feleslegesnek, hanem helytelennek tartjuk.

A régi magyar orvosnövendék.

(Folytatás.)

A pesti egyetemnek ezen mostoha és szűkmarkú kezelése természetesen magára az egyetemi életre és az oktatás színvonalára is felette káros hatással volt, s ez a sajnos körülmény még inkább fokozta azt a vonzó erőt, melyet a bécsi főiskola a magyar tanulósgóra gyakorolt. Hogy milyen volt a magyar egyetem a múlt század 30—40-es éveiben az előadások színvonala és az orvosnövendékek fegyelmezettsége, arra nézve jó bepillantást enged Doleschall Gábor, később miskolci gyakorló orvosnak érdekes feljegyzése,¹ mely ha itt-ott túloz is a maga iróniás és kesernyész hangulatában, de azért, ismerve irójának józanságát és becsületességét, kétségtelenül az igazság magját tartalmazza.

„A pesti egyetem gazdagon volt dotálva — írja Doleschall —, minthogy azonban jövedelmei az én időmben (tudniillik a harminczas évek végén) más célokra, nevezetesen a bécsi és prágai egyetemek fenntartására fordítottak, szomorú állapotban volt. Rosszul fizetett tanárai kedv nélkül tanítottak; egynéhányan közülök tüdővészben szenvedvén, megtűrettek, hogy újak kinevezése által a nyugdíjazási költségek ne szaporodjanak. Kínos érzés fogott el, midőn tantárgyaikat fuldokolva adták elő.

A tantermek szűkek, sötétek voltak, a gyűjtemények silányak. A bécsi s más egyetemek gyűjteményeinek átvizsgálása alkalmával, minden elküszöbölt, kidobott tárgyakat a pesti egyetemnek drágán adtak el; a tanítás merően elméleti volt tudományos kísérletek nélkül.

Orvosi pályám alatt felette elkésérített a tanárok nagy részének hanyagsága s azon rettenetes kínzás melylyel tanítványaikat bántalmazták. Ki a tantárgyat jól eldarálta, mestere szavára esküdött,

¹ Életem, eszményeim s negyvenkét éves orvosi gyakorlatom. Miskolcz, 1882. (36. lap.)

feleleteiben gondolatát eltalálta, az kitüntetésre számíthatott. Jaj volt annak, ki tanáraival összeütközésbe jött, s ez velem gyakran megtörtént.

A boneztanár, Csasz Márton, rideg férfi volt. A tanterembe egykor nagy robajjal rontottunk, s őt is magunkkal vontuk; mire a tanszékből így szólt hozzánk: *Dominaciones vestrae sunt pecora campi!* Erre egy mellettem álló kálvinista így replikált: *Coki!* A tanár azt gondolta, hogy e szó tőlem eredett, s egész éven át üldözött.

A fűvészet tanára, Sadler József, magyarfaló, nagy tudományú, rossz előadású ember volt. A levelek alakjait, a virágzású idomokat, a virágbokréták ábráit karezolva festé a táblára a helyett, hogy mindezeket természetben, vagy helyes ábrákban adta volna elő.

Egy kiránduláskor a tanár az együttnevezőkről — syngenesistae — magyarázott, mondván, hogy ezeknél minden anyaszál őt himszáltól környezetetik; mire én azt mondtam, hogy az az emberek-nél is előfordul. A tanár ártatlan élczem által sértve érezvén magát, minthogy neki is polygamikus kedvese volt, rámförmedt: „Te neked úgy is nagy rovásod van nálam, tudd meg, ha a fűvésztant úgy nem fogod tudni, mint én, secunda vár rád!”

A vizsgán tajtékzó szájjal tett kérdéseket, melyekre én helyesen felelvén, megmenekültem s az ajtó kijáratánál győzelmi helyzetben megállottam. Az utánam következő szorgalmasan járt a lezckékre, de semmit sem tudott. Sadler rám mutatva mondá:

„Nézz oda, az valamennyitek közül leggyérebber járt az előadásokra, mégis úgy felelt, mintha *Decandolle* volna; te pedig mindig itt voltál, mégis számár vagy.”

Az élettan tanára, Schordann Zsigmond, logikus, de rásztkóros ember volt. Hozzá bejutni a lehetetlenséghez tartozott, mivel azt híven, hogy őt meg akarják ölni, ajtaja mindig zárva volt. Nagy orvosi gyakorlata lévén, a tanórákra aléltan, kifáradva s mindig haragosan jött. Az aranyér a vizsgák szakában legjobban bántotta; izgatottságának legbiztosabb jeléül szolgált, ha kopasz homlokát gyér haja, melyet hátulról előre simítva viselt, nem fődte. Kérdéseire röviden, egy pár szóval kellett megfelelni, még pedig úgy, hogy a felelő a gondolatát is eltalálja. Így ha azt kérdezte: „Hol jelenik meg a természetben a tagosított hang?” azt kellett mondani: „A békáknál.” Ha azt kérdé, melyek azok a visszerek, melyek ütteres vért visznek? a felelet ez volt: „A tüdő és nádrálepény visszerei.”

Tizenöt évtől kézzől kézre járt egy kétíves írás, mely azon kérdéseket tartalmazta, melyeket ő a vizsgán használt. Ez irathoz nehezen lehetett jutni, mert csak egynéhány kézen forgott. Ki ezen iratot jól bemagolta, az a vizsgán átment, ellenesetben, ha a 40 ives tankönyvet szóról szóra tudta is, secundába esett. Az előtem felelők már igen felboszantották a tanárt. Az egyik mindig ezen szóval kezdte feleletét: „Denique.” A tanár dühös lett, mondá: — No nézzék az urak, még nem is felelt s már szökni akar. — Ezután két zsidó fiú ült le és mélyen hallgatott, de midőn vagy 8 bérkocsi az ablak alatt elrobogott, a nagy zsbajban elkezdtek kerepelni.

A tanár hirtelen felugrott, szeméit az égre emelvén, kiáltozott: — Én Istenem, öreg napjaimra azt érdemeltem, hogy engem ily bolonddá akartok tenni! Fél óra alatt nem felelnék s most a zsbajban kajdácsolni kezdenek; ez hallatlan szemtelenség! Kiment.

A vegytan tanára, Schusztér János, hivatásának, mint tüdővész, eleget nem tehetett. Adomák elbeszélésével töltötte el az órákat. A pap és gazdasszonya közti pert két lezcke alatt beszélte el. *Berzelius* elleni küzdelme majdnem egy hétig tartott. Kísérleteket sohasem adott elő; egyedül egyszer mutatta meg a horganyvirág készítését. Magyarul igen rosszul beszélt, mégis magyar akart lenni, s midőn az akademia tagjának megválasztotta, szófaragó lőn. Az általa alkotott vegytani szótár iszonyú vad munka; Nitras argenti szerinte így mondatott magyarul: *Fojtósavas ezüsttag*. Az oxygent *savító*-nak, a hydrogent *gyuló*-nak, az azotot *fojtó*-nak, a carboniumot *szénő*-nek nevezte. A jó ember szeretett tréfálni, s ha valakire rájeshetett, nem adta viláért. A vizsga után hozzámentem a bizonyítványért s ő így szólt hozzám: Es thut mir Leid, Sie haben hier zwei Stück zweite Klasse.

Látván, hogy elhalaványodom, mint a Galathea szobra, megcsipkedte arcomat s mondá: Na na, fürchten Sie sich nicht; Sie haben zwei Eminenzen.

A szülészet és szemészet tanárai kitűnő jeles emberek voltak s mindketten a pathologia humoralis követői.

Birly Ede az asszonyokat Mózes tisztátalan állatai közé sorolta, mondván, hogy a mennyire kedvesek, tiszták kívülről, épen annyira piszkosak belülről; minden orvos úgy tekintse őket, mint Angias istállóját, melyet alig lehet kitisztítani. Gyógyításuknál a hashajtók mindig kéznél legyenek, nem valami drágák, mint a bécsi hashajtóvíz, melyet ő sohasem használ, miáltal a szegény magyar egyetemnek sok ezreket megtakarított, hanem az ő házi pora, mely keménymagporból és keserűsöböl állt.

A sebészeti szertár — acologia — tanára, *Veleczky*, fölötté rövidlátó lévén, a szertárból koppantót emelt fel, melyet a szolgáló véletlenül a többi sebészeti eszközök között felejtett s kérdé tőlem:

— Micsoda eszköz ez?

— Én válaszoltam, hogy az koppantó.

— Lásza az úr, a milyen a felelet, olyan a kalkulus — és secundát irt be. Társaim felkelvén, felvilágosították a tanárt, hogy a kért tárgy csakugyan koppantó; mire ő több más tárgyról kérdező, helyes feleleteim után a secundát kitörülte.

Fabini, a szemészet tanára, a catechetikus tanmódot követte. A tankönyvből minden sort ő mondott el a felelőnek, csak a két végszót kellett belemondani.

Böhm, az orvosrendőrségi tan tanára, leczkét merő pletykákkal fűszerezte.

Mindig nagy carneolos gyűrűjére nézett, ezt kellett dicsérnünk, magasztalnunk. Az aszalt szilváról két óráig is elbeszelt; de hogyan kell a mérgek felfedezésénél eljárni, azt csak futólag említette; gyakorlatilag semmit sem mutatott, sőt arra sem tanított, mint kelljen helyes látéleletet kiállítani.

A papoknak nagy bolondja volt.

Egy védekezés alkalmával mint oppugnans előhoztam, hogy a régi orvosok a torokfájást szent Balázs-gyertyával, a veszetzéget Hubert kulesával, az eskört ezédulkák hordásával, melyekre „Gaspar, Melchior, Baltazar” nevek valának írva, gyógyították, s hogy ezeknek elárúsítása a zárdáknak nagy hasznot hajtott.

Böhm felszökött helyéből, s mintha tréfás, de való részletezésem által a pápa hármaskorona veszélyeztetnék, hatalmas vétőjával a szót tőlem elvette, s a középkori babonákat elsorolni nem engedte.

Végül még *Bene Ferencz*-ről, a belorvostan tanáráról emlékszik meg *Doleschall*, magasztalva nagy tudományát és rendkívüli jószágát hallgatói iránt, kiknek valóságos atyjuk volt.

Doleschall feljegyzéseinek jóval előbből, 1817-ből, is vannak adataink arra vonatkozólag, hogy milyen volt akkoriban az oktatás módja és szelleme a pesti egyetemen. Ifjabb *Incze Mihály*nak, pesti orvosnövendéknek, atyjához intézett leveleiből kiderül, hogy a pesti tanárok akkor főleg saját kézírataik szerint tanítottak, s ezt a hallgatóknak lediktálták. A tanulókat hetenként kikérdezték s fél-évenként megexaminálták. *Stähly*, *Lenhossék* és *Schuster* németül feleltették őket. *Reisinger* mindenkinek egy-egy ásványt adott a kezébe, melyet le kellett írniok. *Eckstein* a sebészi operációk módját előbb lediktálta, azután hullán is demonstrálta. Műtét különben nem sok volt, csak hétfőn és kedden 10—11 óra közt, a gyakorlati órán. *Benét Incze* is nagyon dicséri. Szép előadásai voltak; mindennap 7-től 8-ig praxist tart, 8—9-ig diktálja a betegségekről való tudományt, de kissé nagyon is gyorsan, úgy hogy a hallgatók egészen kifáradnak az írásban. Délután 4-kor ismét felmennek a klinikára, kikérdezik a betegeket, s ha kell, gyógyszerrel rendelnek. De azonkívül a maga házában is állított fel egy institutum seu clinicum ambulatorium-ot. Ezekre minden nap 2—4 óra közt felváltva két-két hallgató jár el. *Bene* az odarendelt betegeket kikérdezi előttük, egyikkel praescribáltat, a másik a protocollumot írja. Vasárnap délután azután mind elmennek hozzá s felolvassák egész heti munkájukat. Végre mindenkinek egy fontos orvosi munkát ad, melyet egy hét alatt el kell olvasnia s belőle kivonatot készítve, megmutatnia. A városban levő betegeihez is elküldöztette őket, hogy a városi gyakorlathoz hozzászokjanak.

Egyik-másik tárgyból correpetitíókat vettek a hallgatók, maguktól a tanároktól. Ugyanis *Incze* atyjának egyik levelében az olvasható, hogy „a prof. *Schuster*rel való correpetitíóidat nemcsak hogy helybenhagyom, de szükségesnek is látom; ilyenkor 2—3 aranyat

fel nem kell venni, azt mindig megérdemli a professor a fáradságáért”.

Efféle correpetitíók tartását később a szorgalmasabb orvosnövendékeknek is megengedték. *Doleschall* említi, hogy egyszer, mikor pénz dolgában nagyon megszorult, az orvosi egyetem fekete táblájára hirdetést tűzött ki, hogy a természetrajzi tárgyakból és vegytanból magánleczkét akar adni; mire a gyógyszerészhallgatók úgy özönlöttek hozzá, mint a raj; hamarosan megdagadt az erszénye és nem kellett többé *demikát*-on élösködni.¹ De középiskolai tanulókat is szívesen vállaltak a szegényebb orvosnövendékek, kivált ha az akkor divatos *hanzli*-játékon elvesztették a pénzüket. A jobb conditíókat akkoriban a piaristák direktora osztogatta, a kinek szállását év elején százakra menő szegény egyetemi hallgató ostromolta. *Doleschall* is csak nagy nehezen és csak protectióval juthatott ilyen módon két conditíóhoz, melyektől havonként tizenegy pengő forintot húzott s ez a harminczas években tekintélyes összeg volt, mert Pesten öt forintért jó szobát, tizenhat (váltó) forintért pedig tisztességes ebédet lehetett kapni.²

Az első éves medikusnak az is nagy gondot okozott, hogy emberesontokat kellett szereznie az osteologia tanulásához. A szegényebb hallgatók némelyike igen kalandos úton-módon tett szert ezekre a csontokra. *Doleschall* jóízű humorral írja le, hogy hogyan jutott birtokába az első csontváz:

„Hogy orvosi pályámat sikerrel folytathassam, egyedül az emberi csontok beszerzése hiányzott. Barátommal elmentünk a hóhérhoz, s kértük, engedné meg, hogy az akasztófa udvarán csontokat kereshessünk. A sírokat felbontani nem szabad — mondá, csontok sinésenek az udvarában, nagyon sajnálom, hogy nem segíthetek, de ha már kijöttek, üljenek le. Málitól az uraknak, ott a sódar is, egyenek.

Hóhérnál lakmározni iszonyú dolog, minthogy azonban Málitól igen szép volt, nem sokáig szabadkoztunk.

Társam a leányba beleszeretett; de a hóhér kutyái egy izben a holdvilágnál látogató *Romeót* jól megtépték és ez okból *Dulcinea*-ját elfelejté.

Ezután a budai temetőbe mentünk csontokat keresni. Barátom már jó adag kutyacsontokat talált az árokban, melyeket intésem ellen nagy örömmel kendőjébe gyűjtött; s ime észreveszszük, hogy egy nyílt sír szélén tökéletes csontváz fekszik.

Bicskáinkkal elkezdtünk kaszabolni; mit a sírt ásó katona meglátván, fenyegetve ellenállt; de a fényes két huszas lecsillapítá; mi pedig a csontokat hátunkra vetve, a város felé vittük.

Nagy gondot adott az, hogy a koponyát külön részeire felosztani nem tudtuk; üregét kukoricával és vízzel töltöttem megremélvén, hogy a megdagadt mag feszítő ereje által a koponya egyes részeire szétváland.

Reggel a vizet hordó cselédek a koponyát a kút előtti medenczében találván, az egész ház népe összeszaladt, s rám rontott, alig engedtek annyi időt, hogy málhámat elvitethessem; a lakók egy része felmondta a bérletet. A háztulajdonos keresetet indíthatott volna ellenem, s minthogy a koponyán még a bonyók is rajta voltak, úgy lehet, hogy én mint sírbontó az iskolából is kizáratom”.

A mi a pesti orvosnövendékek fegyelmezettségét illeti, ez a régi időben is kifogástalanabb volt, mint például a jogászoké; de azért néha ők is dorgálásban részesültek az egyetemi hatóság részéről, annál inkább, mert a XVIII. század végén s a XIX.-nek az elején (kivéve *II. József* idejét) még nagyon is paposan elfogult volt a pesti egyetem szelleme. Hány rendeletet adtak ki, melyben eltiltják az egyetemi hallgatóknak a színházak látogatását! A színházat tekintették minden erkölcsi fertőző kútforrásának, pedig akkor még nem tartozott hozzá a színműírás aesthetikájához az a „modernség”, mely egy elnyűtt idegzetű közönség tetszését ronda

¹ Tótos étel, melyet két garas ára juhtúróból, vöröshagymából és kenyérszeletekből, sós vízben forralással készítettek.

² Régebben még olcsóbb volt a magyar medikus élete. Egykorú feljegyzések szerint Budán, 1776-ban, az egyetemi hallgatók havi 8—10 forintért lakást, teljes ellátást és világitást kaptak a polgároknál; vendéglőkben 4—5 tál ételért 12 krajczárt, 3—4 tálért 8 krajczárt, 3 ételért 3 krajczárt adtak, kenyérral, de ital nélkül. (*Pauler*: A budapesti m. kir. egyetem története, I. 115.)

perverzítások mixed-pickles-ével nyeri meg. Jámbor Kotzebue-darabok jártak!

Sokszor megrózza az egyetemi tanács a jogászokat és orvos-tanhallgatókat azért, hogy az istentiszteleteket elhanyagolják. Továbbá, hogy az egyetemi hallgatók a száukázást nagy zajjal gyakorolják (1777), hogy a budakeszi erdőbe tett kirándulásaik alkalmával tüzet raknak és kárt okoznak (1779), farsangkor az utcán, csapszékekben és kávéházakban tivornyáznak és játszanak (1780), s megfenyegeti őket, hogy szükség esetén a budai várparancsnok katonai segítségét is kész igénybe venni. Ilyen nagyobb zavargás, melyben a katonai közbelépés is szükséges volt, 1780 telén fordult elő. Később a nyilvános táncmulatságok és a színházak látogatását megengedték, de kötelezték a hatóságot, hogy külön biztosokkal kellő felügyeletet gyakoroljanak. Ugyanezen időben a kardok viselését újból megtiltották, szintúgy az utcán való dohányzást és a tanuló ifjúság távozását a farsangi és húsvéti szünet alatt. 1785-ben azt rendeli a császár, hogy az ösztöndíjas egyetemi hallgatóknak tiltsák meg a kávéházak és kocsmák látogatását; az egyetemi magistratus pedig azt javasolja, hogy a színházak látogatását csak jóviseletű, szorgalmas ifjaknak engedhesse meg a dékán, de sohasem iskolanapokon és csakis a színház előkelőbb helyén, az úgynevezett „nobelparтерre“-en.

Az egyetem pedellusa és kurátorai (felügyelői) szorgalmasan látogatták a kocsmákat, kávéházakat és a városnak nem kis számú gyanus vagy rossz hírű helyeit, s hogy az ellenőrzés sikeresebb legyen, a hallgatók kötelesek voltak lakásukat a dékánál bejelenteni. A redoutbéli és az úgynevezett nemesbálokon csak éjfélig volt szabad tartózkodniok, és csakis akkor, ha másnap nem volt előadás. Az ez ellen vétők büntetése elég szigorú volt; többek közt háromnapos elzárás az egyetemi carcerbe, sőt esetleg végleges kizárás.

II. József halála után még jobban szigorították a fegyelmi szabályzatot. Újra megtiltották a nyilvános helyeken való dohányzást és a kávéházak, táncmulatságok, nemkülönben az „állathecek“ (*amphitheatrum, vulgo Hetz*) látogatását.¹ Az ifjúságnak télen esti 9-kor, nyáron 10 órakor otthon kellett lennie. A kávéházak és a házárdjátékok sokat rontottak az ifjúság szellemén, mert a főváros már a XVIII. század végén is a kávéházak városa volt. Különösen fényes volt a Kemnitzer-kávéház a Dunaparton, két hatalmas billárteremmel, három társalkodó-teremmel, hol ebédet is lehetett kapni. Ezen a helyen a város minden rétege találkozott, a puderos-kabátos fodrász épen úgy, mint a liköröző mágnások. Az egyetemi hallgatóknak nem lehet nagy bűnéül felróni, hogy ezekben a fényes és kevésbé fényes helyiségekben a házárdjátékoknak áldozott, mert a kártyázás már akkor is oly hatalmas szenvedélye volt a főváros lakosságának, hogy Mária Teréziának egyik tiltó rendeletéből tudjuk, hogy a hatósági személyek még a városi ülések alatt is ültették a *vingt-et-un-t*, vagyis a huszonegyet. De azonkívül a fárao, ferbli, quindecim, moline (malom), trente-et-quarante, landsknecht, durák, biribis, drumadam, a viganó-játék, a lutri, az olla-fortuna (szerencsekerék), a mariandli is vigan járta. Az exotikus nevek e sorozata is eléggé tanúsítja, hogy mennyire kedveltek voltak a régi Pesten a szerencsejátékok!

Egy ízben az orvosi kar folyamodott, hogy hallgatóinak engedjék meg a táncmulatságok és színházak látogatását, mert azok érettebb korúak, részben nők, részben pedig oly tartományokból valók, hol meg van engedve az efféle; az esti 9 órán túl való kimaradás engedélyezése már azért is kívánatos volna, mert az orvosnövendékek a kórházakban vannak elfoglalva. A helytartó tanács azonban hajthatatlan maradt (1792), sőt később a nyilvános táncmulatságok és színházak látogatását a jog- és orvos-tanhallgatóknak feltétlenül megtiltotta (1802).

1806-ban megtiltják az egyetem udvarán való lapdázást, nemkülönben az egyetemi templom előtt és a kórusa alatt való álldogálást. Sőt mikor (1797) az urnapi körmenet alatt több orvosnövendék lenyírott, rövid hajjal jelent meg, az egyetemi magistratus megparancsolta a dékánoknak, hogy az ifjúságot ezen szokás el-

¹ Ez a *Hetztheater* a mai Gizella-tér helyén volt. Nagy, kerek épület, a mai czirkuszok formájára, három sor páholylyal egymás felett. A játékokat egy *heczmester* vezette, ki felbőszített bikával ingerkedett, mészároskutyák közreműködésével; de azonkívül farkasok, medvék, sőt néha tigrisek is szerepeltek a műsoron.

hagyására kényszerítsék, mert a helytartó tanács ezt meg nem engedhető újításnak tartja!

A hangos torkú, lábával dobogó hallgató már a régi egyetemen is ismeretes alak volt; mit abból következtethetünk, hogy 1799-ben oly értelmű rendelet jelenik meg, hogy a kik az előadások alatt nyugtalanokodnak, orditoznak, lábaikkal dübörögnek (*clamorosi, pedibus strepentes, alios infestantes*), megintessenek, esetleg kizárassanak.

A régi Pesten mindig bizonyos ellenséges feszültség volt az egyetemi hallgatóság és a katonák, illetőleg a tisztikar között, s ez az ellenséges viszony különösen a bálokon mutatkozott a legélesebben. 1806-ban például megesett, hogy a Hétválasztóban tartott táncmulatság alkalmával a 32. ezredbeli tisztek egy álarczos orvosnövendéket *brevi manu* kidobták a táncteremből, mi azután nagy háborúságra adott alkalmat; úgy, hogy végre is a vármegye, a város, az egyetem és a katonaság vegyes bizottsága intézte el a sérelmet.

Kóssa Gyula dr.

* * *

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Médecine opératoire des voies urinaires. Anatomie normale et anatomie pathologique chirurgicale. Par J. Albarran, prof. de clinique des maladies des voies urinaires à la Faculté de médecine de Paris. Masson et Cie, 1909.

A francia urológiai iskola a húgyszervi sebészet műtéttani részét tárgyaló több munkával gazdagította már az irodalmat. *Chevalier* Chirurgie des voies urinaires-ja s a fakultás prosectorainak, *Daval* és *Tesson*-nak kézikönyve után, most maga a húgyszervi sebészet jelenlegi rendes tanára — *Guyon* utóda — *Albarran* bocsátotta közre ezer oldalas műtéttanát. A mű 5 fejezetre osztja el anyagát, a vese, a húgyvezető cső, a hólyag és prostata és a húgyvese műtéttanára.

Tárgyaló modora teljességgel nem sablonos. A szerző szélesen felölve tárgyalja minden szakasz elején az illető szerv sebészi anatómiáját, azután áttér a kórbonecolástani elváltozásokra és a műtéteket ezeknek figyelembevételével írja le. Csak természetesen, hogy így a legkevesebb súly a tipusos műtétek leírására esett és ez épen a munkában a legértékesebb. Például nem a nephrostomiát írja le, hozzáfűzvé, hogy ilyen és ilyen esetekben kell végezni, hanem azt írja le, milyenek az elváltozások a köves, a genyedő köves, a genyedő rákos, az asepsises rákos vese esetében és hogy ezen elváltozások azután milyen fajta vesemetszést kívánnak. Például a vesemetszés műtétét hoztam fel, de így megy az végig valamennyi fejezeten. Gondosan írja le a műtétkor várható szövődeményeket és az utókezelést is. 561 kitűnő kép segíti a megértést.

A munkának alapvonása a minden sorából kivilágló bő személyes tapasztalás, ez a második ok, mely értékesé teszi, első sorban azok részére, kiknek száma van: „műtőnövendékek és oly sebészek számára, kik a húgyszervi sebészetben kevésbé járatosak“.

De ez talán kissé szerény meghatározás. Jobban megközelíti a mű értékét és hivatását az, ha azt mondjuk, hogy *Guyon* híres *Leçons cliniques*-jének méltó társa. Amaz a húgyszervi bántalmak klinikai részét öleli fel, ez a műtéttani részét. *Albarran* munkája kiegészíti *Guyon*-ét és minden sebészre tanulságos munka.

Rihmer dr.

Otto Kneise: Handatlas der Cystoskopie. Halle a. d. Saale, 1908. Gebauer-Schwetschke. Ára 25 márka.

1888-ban jelent meg *Nitze* tankönyve a hólyagtükrözésről. *Nitze* e könyvhöz irt előszavában mentegeti annak terjedelmét, mely egy oly szűk határok között mozgó tannak, mint a hólyagtükrözés, talán túlnagy keretét alkotja. Művének a halála után megjelent átdolgozásához irt előszavak a munka több mint kétszeres terjedelmét már nem mentegetik. E könyv első és második kiadása között a cystoskopiának egy kis könyvtárt megtöltő irodalma kelet-

kezett: kisebb-nagyobb monographiák, tankönyvek, atlaszok. Ez utóbbiaknak hátrányul szolgált, hogy a képeket orvos látta és értelmezte, művész rajzolta, festette. E munkamegosztás a látottak hűséges, orvosilag helyes érzékeltetésének rovására ment. Az előtünk fekvő atlasz szerzője kitűnő szakember és nem közönséges művész egy személyben. Nagy nőorvostani klinikán működve, sok oly hólyagmegbetegedésnek tükörképét láthatta, a melyek az eddigi atlaszokban vagy nem fordultak elő, vagy pedig helytelenül adták vissza, elmosva a kórforma jellegzetes sajátosságait. A látottakat lefestette és így a női hólyagmegbetegedések egész sorozatát gyűjtötte lassanként össze. A női hólyag a nemi szervekkel való szoros anatómiai kapcsolata folytán, a női genitáliákban lefolyó megbetegedések révén, számos oly kórformát produkál, oly alaki eltéréseket mutat, a melyek a szomszéd szervektől függetlenebb férfihólyagban nem szoktak előfordulni. Másrészt a férfihólyag a prostata kóros elváltozásai révén ad ugyancsak speciális képeket. A hólyagnak lobos és újképleti megbetegedései mindkét nemre nézve azonosak. Mindinkább nagyobbodó cystoskopi anyagában már nemcsak női, hanem férfihólyagokat is mind nagyobb számban vizsgálva, gyűjteményét ez irányban is kiegészítette és így a hólyagtükörrel látható képeknek a teljességgel határos gyűjteményének birtokába jutva, azokat ezen atlaszban közreadja. A könyv kiadói a legnagyobb fényfűzéssel kiállított könyv képeinek reprodukálásban, a modern technika teljes készletével dolgozva, oly tökéletesen alkottak, hogy azok a színek hűsége, az ábrázolt képek plasticitása tekintetében a valóság mögött miben sem maradnak vissza. A mit a szerző nagy anyagon évek hosszú sorain át nagy fáradsággal gyűjtött, azt a tanító és a tanuló oly tökéleteségekben kapja, hogy e munka nemcsak mindkettőjüknek hasznos segédeszközévé lesz, hanem nélkülözhetlen mindenki számára, ki az orvosi haladással lépést tartva, meg akar ismerkedni a hólyagtükörzés lényegével és azzal, mit várhat a hólyagtükörtől a diagnosis és végső következtetésében a gyógyítás szolgálatában.

Ráskai.

Új könyvek. *S. Jessner*: Diagnose und Therapie der Syphilide. 2. Auflage. Würzburg, E. Kabitzsch. 2.50 m. — *A. v. Lindheim*: Saluti senectutis. Die Bedeutung der menschlichen Lebensdauer im modernen Staate. Wien, F. Deuticke. 10 m. — *J. Kiss*: Das periodische System der Elemente und die Giftwirkung. Beiträge zur physikalischen Chemie der Zelle. Wien, A. Hölder. 3.60 m. — *H. A. Laan*: Die Krankenpflege in der Chirurgie. Leipzig, F. C. W. Vogel. 10 m. — *P. Sittler*: Die wichtigsten Bakterientypen der Darmflora beim Säugling. Würzburg, Kabitzsch. 2.50 m. — *A. Wolff-Eisner*: Frühdiagnose und Tuberculose-Immunität. 2. vermehrte Auflage. Würzburg, C. Kabitzsch. 12 m. — *F. Plaut*: Die Wassermann'sche Serodiagnostik der Syphilis in ihrer Anwendung auf die Psychiatrie. Jena, G. Fischer, 4.50 m. —

Lapszemle.

Belorvostan.

Appendicitises tünetek lebenyes pneumonia eseteiben

Bennecke (Jena) szerint elég gyakran fordulnak elő s feltétlenül megérdemlik érdeklődésünket, mert egyfelől körjelzési tévedésekre adhatnak alkalmat, másfelől pedig épen a téves körjelzés alapján hiábavaló appendicitis-műtét veszedelmének tehetjük ki a beteget. A diagnosisban különösen akkor tévedhetünk könnyen, a mikor az appendicitises tünetek uralkodnak a kórképen s pneumoniára utaló panaszok hiánya miatt megfelelkezünk a tüdők pontos átvizsgálásáról, vagy pedig az appendicitises tünetek keletkezése idején a pneumoniás folyamat még nem mutatható ki, a mi a felső jobb lebeny pneumoniája esetén elég gyakori.

Bennecke a kérdés megvilágítására három kórtörténetet közöl. Az első 10 éves fiúra vonatkozik, a kit appendicitises tünetekkel (a has a jobb oldalon nyomásra érzékeny, a vakbél tájékán zörej, hőmérsék 39.3°, érelkés-szám 100) szállítottak a sebészeti klinikára, a hol a műtét teljesen ép féregnyulványt mutatott ki. A néhány nappal később végzett belorvosi vizsgálat alkalmával a jobb felső tüdőlebeny területén rövidebb kopogtatási hangot, hörgői légzést találtak, melyhez később dörzs-zörej és serezegés csatlakozott. A lefolyásból azt kellett következtetni, hogy ez a folyamat előbb, vagy legalább is egyidőben keletkezett az appendicitises tünetekkel a nélkül, hogy erre a beteg panaszai (mellfájdalom, köhögés-inger, köhögés, köpet) felhívták volna a figyelmet. A másik esetben (13 éves fiú) az appendicitises tünetek mellett köhögött is

a beteg, a miért pontos tüdővizsgálat történt, a mely azonban negatív volt. Ezt a beteget is megoperálták s szintén ép féregnyulványt találtak. A következő napokban typosos pneumoniát lehetett kimutatni. A harmadik esetben (19 éves férfi) szintén appendicitisre jellegző tünetek voltak, azonban a vakbél táján resistenciát nem lehetett tapintani, a miért mindjárt pneumoniára gyanakodtak, a melyet másnap valóban ki is lehetett mutatni (jobb felső lebeny).

Ezeket kívül még 4 beteget figyeltek meg, a kik appendicitis körjelzéssel kerültek a klinikára, s szorgosabb vizsgálat után pneumoniásnak bizonyultak. Ezen esetek kapcsán Bennecke átvizsgálva a belorvosi klinikán az 1906., 1907. és 1908. évben megfigyelt 99 pneumoniás beteg kórtörténetét, azt találta, hogy az említett 7 eseten kívül még 14 esetben voltak a hasra (vagy hashártyára) vonatkozó panaszok, különösen hasfájások, melyek többnyire az egész hasra, egyes esetekben azonban a vakbél tájára vagy a köldöktől lefelé és jobbra eső hasrésztelre szorítottak.

Érdekes, hogy ezen 21 eset közül csak 8-at lehetett typosos lefolyásúnak mondani; a többiben anomáliák: korai krízis vagy pseudokrízis voltak észlelhetők. Figyelemre méltó az is, hogy épen a hastól legtávolabb eső tüdőrésztel pneumoniája jár gyakran hasi tünetekkel. A 21 eset közül ugyanis 9-szer a jobb felső, s csak 7-szer a jobb alsó, 2-szer a bal felső, 2-szer a bal alsó s egyszer a jobb középső lebeny volt megtámadva.

Mindezekből kitűnik, hogy érdemes az appendicitises (illetve általában abdominális) tünetek összefüggését a pneumoniával figyelemre méltatni. Az irodalomban csak elvétve hangsúlyozták ezt az összefüggést (Frank, Osler, Eichhorst és Martens). Hogy az abdominális tüneteknek mi a kórtani alapja, arról sem Bennecke, sem az említett szerzők nem tudnak felvilágosítást adni. (Medizinische Klinik, 1909, 7. szám.)

A savós-rostonyás mellhártyagyulladás autoserotherapiájáról

ir *Schnütgen* dr., Senator klinikájának segédje. Az eljárást, melyet Gilbert ajánlott először, úgy végezte, hogy a beteg mellhártyaizzadásmányából 1 cm³-t a bőr alá fecskendezett. 15 eset közül 14-ben eredményes volt az eljárás és csak 1-ben nem volt pozitív az eredmény, a mennyiben a nagyfokú légszomjúság miatt már korán punctiót kellett végezni; ha még vártak volna a punctióval, talán ebben az esetben is bevált volna az autoserotherapia. Némelyik esetben már egy befecskendezés is elegendő volt, más esetekben azonban hatot is kellett végezni. Könnyű esetekben már 2 hét alatt teljesen felszívódott az izzadásmány; de a súlyosabb esetekben is sokkal gyorsabban következett be a gyógyulás. Az autoserotherapiával kapcsolatban célszerű hűgőhajtó szereket is használni. Kellő anti- és asepsis mellett az eljárás teljesen veszélytelen; káros melléküneteket sohasem láttak. A mi az eljárás hatásmódját illeti, talán szerepet játszik a próbapunctio okozta inger; már régóta ismeretes, hogy egyszerű punctióra is néha megindul az izzadásmány felszívódása. Másfelől gümőkóros eredetű izzadásmány eseteiben felvehető, hogy az izzadásmányban levő antitoxikus és baktericid anyagok útján áll be a hatás, ha azok a bőr alá fecskendezés útján az általános nedvkeringésbe jutnak. A hatásmód mikéntjéről teljesen kielégítő magyarázat azonban ez idő szerint még nem adható. (Berliner klinische Wochenschrift, 1909. 3. szám.)

Idegkórtan.

A szervi hemiplegia felismerésére új jelek birtokába jutott J. Raimiste. A hemiplegiás beteg a hátán fekszik széttett lábakkal és mellén összekulcsolt karokkal. Felszólítjuk, hogy egészséges alsó végtagját felemelés nélkül közelítse a bémült mellé. Ezt a mozgást azonban kezünkkel lehetetlenné teszszük. Ilyenkor a beteg bémá végtagja közeledik az ép felé. Egy másik kísérlet abban áll, hogy a beteg hanyatt fekszik összetett lábakkal. Felszólítjuk, hogy az ép végtagját kifelé mozgassa, de ezt a mozgást megakadályozzuk kezünkkel. Ilyenkor a bémá végtag mozog kifelé. Ha az egészséges embert felszólítjuk, hogy egyik alsó végtagját fekvő helyzetben be- és kifelé mozgassa és ilyenkor másik alsó végtagjára teszszük kezünket, azt találjuk, hogy a nem mozgatót végtag ab- illetve adductorai csekély összehúzódást végeznek ugyanazon irányban, mint a megmozgatót végtag. Ha a mozgásra felszólított alsó végtag mozdulatát megakadályozzuk, a másik végtag

említett izmaiban az összehúzódás élénkebb lesz, sőt néha a láb befelé fordul. Minél élénkebb az ép oldal mozgáskísérlete a hemiplegiában, annál élénkebb lesz a kóros oldal mozdulata.

A vizsgálatban a kóros oldali végtagnak nem szabad akadályra találnia, mert a mozgás ereje csekély. Még az ágyterítő surlódása is akadályozólag hat. Ezért jó a beteg végtagjait körülbelül 10°-kal az ágy fölé emelni.

A leirt két mozgás a hysteriás hemiplegiában nincs meg. A beteg figyelmét vizsgálat közben a beteg oldaltól el kell téríteni, hogy annak önkénytelen mozgását ne vegye észre. A mondottakból kiderül, hogy a leirt jelenség az együttmozgásokon alapszik. (*Revue neurologique*, 1909 február 15.) *Kollarits Jenő dr.*

Az akromegalia gyógykezelése czéljából *Béclère* röntgenzéssel próbálkozott meg. A felvett kép mutatta, hogy a hypophysis meg volt nagyobbodva. A kezelés kezdete előtt a beteg a jobb szemén alig látott, és a bal szem látótere jelentékenyen szűkült volt. A kezelés hetenként végzett egy ülésben állott. Négy ülés után a látótér a bal oldalon a duplájára nőtt meg és 5 hét után még egy harmaddal nagyobb lett úgyanyira, hogy a beteg most olvasni és írni tud. A röntgenzésen kívül ez esetben más gyógy-eljárás alkalmazva nem volt. A szerző ama véleményének ad kifejezést, hogy ez a javulás úgy jött létre, hogy a radiotherapia a hypophysist kisebbitette. Meg kell azonban jegyezni, hogy az akromegalia többi tünete semmit sem változott. (*Semaine médicale*, 1909 február 17.) *Kollarits Jenő dr.*

A cerebrospinális punctio a napszúrásban *Dufour* vizsgálatának tárgya volt egy esetben. A beteg, a ki addig teljesen egészséges volt, napszúrást kapott és az úgynevezett meningismus tüneteit mutatta; gondolkozása vagy két hétig zavart volt. Az első lumbális csapolás alkalmával, mely a betegség hatodik napján történt, véres folyadék volt az eredmény. A folyadék sugárban ömlött és sok polynucleáris sejtet tartalmazott. A második pungálás-kor, a mely öt nappal később történt, a folyadék ugyancsak magas nyomással tört elő. Ekkor már nem állott fenn polynucleosis, hanem csak közepes fokú lymphocytosis. Végül 5 nappal később már csak csekély lymphocytosis maradt meg, de egyébként rendes volt a folyadék minősége. Ezt a cytologiai leletet könnyű megmagyarázni. A véres elemek diapedesise a meningeális burkok congestiójának volt az eredménye, a melynek reakciója átmeneti polynucleosist okozott. A zavarodottság abból magyarázható, hogy az agykéreg részt vett ebben a vérbőséggel járó folyamatban és így intoxicatióra nem is kell gondolnunk. A szerző a punctiót ez esetben hasznosnak találta és a javulást vele hozza összeköttetésbe. (*Semaine médicale*, 1909. 7. sz.) *Kollarits Jenő dr.*

Sebészet.

A gyermekkori emlődaganatokról ír *Jopson*, *Speere* és *White*. 2 esetük kapcsán 21 jóindulatú daganatot állítottak össze (6 angioma, 11 fibroadenoma, 1 fibrolipoma, 1 lipoma, 1 cysta, 1-ben közelebbi diagnosis nincs) az irodalomból, melyek 16 éven aluli egyénekben fordultak elő; ezzel szemben a rosszindulatú daganatok a gyermekkorban ritkák (3 rák, 6 sarkoma). Az emlődaganatok leányokban gyakoribbak mint fiukban, de a különbség az előfordulás gyakorisága szempontjából a két nem között nem oly feltűnő, mint a felnőttnél keletkező emlődaganatok esetében. Míg az angiomák inkább veleszületettek, a fibroadenomák a pubertás korában szeretnek fejlődni. A műtét rendszerint javalt, jóindulatú daganatok műtéve alkalmával igyekezzünk az emlőt és a bimbót lehetőleg megőrizni. (*Annals of surgery*, 1908 november.) *Pólya.*

A láztalan időszakban vakbelükön operált betegek korai felkelésének jogosultságáról ír *Hönck* (Hamburg). A betegek korai felkeltésére azon tapasztalat indította, hogy míg a műtét utáni hosszas fektetéskor a végbél hőmérséke a műtét ellenére is a rendszeren felül marad (minden peritoneális folyamat gyanúja nélkül), addig korai felkeléskor a hőmérsék a normálisra és az alá süllyed le. *Hönck* ennek okát abban látja, hogy vakbélbetegekben a medenczebeli szervek hyperaemiásak és csak a korai felkelés biztosítja a vérkeringés előmozdítása által a vérnek a testben való egyenletes eloszlását. A medenczebeli szervek hyperaemiája

az emboliák képződését is elősegíti, s így a korai felkeléssel *Hönck* szerint ezeket is elháríthatjuk. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1908. 36. szám.) *Tóthfalussy.*

A műtét utáni heveny gyomortágulásról ír *Axhausen*. Szerinte a kérdést, hogy vajjon az úgynevezett „heveny gyomortágulás“ a gyomor motorius hűdése folytán áll-e be, vagy a duodenumnak megtörtetés okozta elzáródása az elsődleges bántalom, még az e tárgyú legújabb munkálatok sem tisztázták teljesen. Két észlelt és megoperált esetben a teljes bélelzáródás magasan fenn, közel a flexura duodeno-jejunalishoz jött létre, s mégsem volt olyan a körkép, mely a legtávolabbról is emlékeztette volna a heveny gyomortágulásra. Ezen körülmény nagyon valószínűtlenné teszi, hogy e megbetegedésben a duodenum elzáródása szerepelne mint elsődleges ok. Mindkét esetben gastroenterostomia retrocolica posteriori végzett. A mesocolon-rés végzetes összenövése az új közlekedést megszüntette. Ezt megelőzendő ajánlja a szerző, hogy a mesocolon-rést az anastomosis okozta behúzódnak magasságába helyezzük, azaz hogy a rés szabad szélét az utolsó serosa-varrathoz hozzakerősítsük. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1909. 4. szám.) *Lobmayer Géza dr.*

Gyermekeorvostan.

Szamárhurut eseteiben *Biehler* varsói orvosnő, felbuzdulva azon kedvező eredményeken, melyeket *Tissier* a fluoroformmal elért, 89 betegén próbálta ki a szert s szintén igen ajánlatosnak tartja. Betegeinek korát tekintve, tizenkét gyermek 1 éven aluli volt, tizenhat 1—2 éves, huszonöt 2—5 éves, huszonöt 5—10 éves, hat 10—14 éves, négy 14—16 éves, egy 19 éves. Minden betegről pontos naplót vezetett, melyben a betegség lefolyása alatt a rohamok napi száma s intenzitása volt feljegyezve. Valamennyi esetben a fluoroform adagolása után a 4—7. napon úgy a köhögési rohamok száma, mint intenzitása csökkent. A gyógyulás, mely 10 esetben már 15 nap alatt bekövetkezett, a fiatalabb betegeken általában hosszabb időt vett igénybe. A 19 éves leány 12 nap alatt gyógyult. Szövődményes tüdőlobot két ízben észlelt: egy két éves és egy másfél éves betegen. A fluoroform adagolása tejben vagy vízben történt, és pedig úgy, hogy egy éven aluli csecsemők az első napon minden roham után egy cseppet kaptak, a második napon minden roham után két cseppet, a harmadik napon három cseppet stb. egészen 100 cseppig pro die. Két—négy éves betegnek kezdő adagja naponta háromszor 10 csepp, emelkedve 5—10 grammig pro die. Öt évesnél idősebb 15 grammot kapott pro die. Felnőttnak napi adagja 30 gm., de szükség esetén fokozható ez a mennyiség. Legnagyobb hibájául rója fel a szerző meglehetősen drága voltát. (*Archives de Médecine des Enfants*, 1909 február.) *Vas J. dr.*

Újszülött leányok hüvelyvérzéséről ír *Pexa* (Prága). Ritka megbetegedés, tekintve, hogy Schukow 10,000 újszülött leány közül mindössze 35-ön találta. Rendszeren az 5—6. napon jelentkezik a születés után különben teljesen egészséges, életképes leányokon. A vérzés nem intenzív, inkább csak szivárgásnak mondható s egy-két, ritkábban hét hónapos fennállás után nyom nélkül eltűnik. Kórjósolata mindig jó. Elkülönítendő a menstruatio praecoxtól, a septicaemiától és rossztermészetű hüvelydaganatoktól. Kóroktana eddig még nincsen egészen kiderítve. Egyes esetekben asphyxiát, endometritist vettek fel okául. Zappert szerint azonban a gyuladásnak semmi nyoma sincsen, csak a méh nyálkahártyájának vérbősége mellett történő vereséjkielépés forog fenn a tárgult erekből. *Ritter* a haemophil diathesis helyi tünetének tartja. (*Revue de Médecine Tchèque*, 1909, fascicule 3.) *Vas J. dr.*

Bőrkórtan.

Az atoxylnak a syphilsre való hatását tanulmányozta *Notthafft* (München) igen nagyszámú esetben. A szerző tapasztalása szerint az atoxyl úgy a bőrbajok bizonyos eseteiben, mint a syphilis kezelésében hatékony szernek bizonyult. A syphilis ellenében alkalmazva azonban mégis kiderült, hogy még erős adagolásban is, nem éri el hatás dolgában a kénesöt, jóllehet bizonyos, hogy az atoxyl a syphilsnek bármely időszaktól származó nyilvánulását teljes eltűnésre bírja. Az atoxylkúrát a gyengébb hatás miatt rendszeren

hosszabbra kell szabni, mint a kénésőkezelést, ilyenkor azonban gyakran az a baj, hogy a kezelést a mutatkozó súlyos mérgezés-tünetek miatt idő előtt abba kell hagyni. A szerző azt is tapasztalta, hogy a tünetek gyógyulása kevésbé biztos, mint a kénéső-kúra alkalmával, a recidivák ugyanis gyorsabban, sűrűbben és makacsabb alakban jelentkeznek. Nagy hátránya az atoxylkúrának az is, hogy az intoxicatiós jelenségek csaknem kiszámíthatlanok. Oly adagok is létesíthetnek már súlyos és veszedelmes mérgezés-tüneteket, melyek szükségesek a syphilitikus tünetek eredményes kezeléséhez. A kisebb arányú mérgezés-tünetek aránylag igen gyakran észlelhetők, *Notthafft* tapasztalatai szerint a kezelt eseteknek mintegy a felében. Az atoxyl nyomán keletkező kellemetlen melléktünetek ellen nem tanácsos morphiummal vagy opiummal küzdeni, hanem az egyedüli éjszakerő eljárás abban áll, hogy a legkisebb intoxicatiós jelenség esetén azonnal elhagyjuk a szert. A secundaer jelenségek kitörése úgy látszik olykor megakadályozható, ha a syphilitikus egyént korai atoxylkúrának vetjük alá, melyet azután a kénésőkezelés követ. A kénésőnek egyidejű kombinálása az atoxyllal a szerző véleménye szerint nem tanácsos és nem is veszélytelen. Az atoxyl alkalmazása gyenge hatása és kiszámíthatlan toxicitása miatt csakis kénéső-idiosyncrasia és syphilitikus maligna esetében indikált. Az atoxyl jól alkalmazható helybéli is, a kénésőnek ily használatát azonban semmiben sem mulja felül. Bizonyos az is, hogy mindennemű hosszantartó atoxylkezelést kerülnünk kell. Valószínű továbbá az is, hogy az atoxyl kezelés nyomán észlelhető intoxicatiós jelenségek, valamint gyógyulási folyamatok nem egyszerűen az arsenhatásnak az eredményei, hanem hogy az anilid componens hatása is közreműködik. (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1909. 5—6. sz.)

Guszmán.

Fülörvostan.

A labyrinthus megnyitása elviselhetetlen subjectiv zörejek miatt. A labyrinthus műtéti megnyitásának új javulatáról tartott előadást *Matte* a német orvosok és természetvizsgálóknak Kölnben tartott 80. gyűlésén. Szerinte az életveszélyes labyrinthus-gyenedések kivül 1. az elviselhetetlen labyrinthus-szédülések, 2. a tűrhetetlen subjectiv hallásérzések szintén javulhatják a labyrinthus műtéti megnyitását. Bevezetésül röviden ismerteti a labyrinthus anatómiáját és physiologiáját. A statikus labyrinthot, mely szerinte az utriculusból és az ívjáratkészülékből áll, pars superiorinak nevezi. Ennek megbetegedésekor az emberen első sorban elviselhetetlen szédülés és ennek kísérőjeként nystagmus, hányásinger és hányás jelentkezik (Bárány szerint első sorban nystagmus és csak másod-sorban szédülés és hányás. Ref.) Az acustikus labyrinthust, mely szerinte a sacculusból (Bárány szerint a sacculus is a statikus labyrinthushoz tartozik. Ref.) és a csigabéli szervből áll, pars inferior névvel illeti. Ennek megbetegedése siketségben, illetőleg nagyothallásban és kisebb-nagyobb mérvű subjectiv zörejekben nyilvánul. Elviselhetetlenül kínos subjectiv zörejek jelenléte esetén is a pars inferior beteg. Előadásában ez utóbbiakról beszél.

Kessel kísérte meg először a subjectiv zörejeket egymástól elválasztani. Megkülönböztet tipusos és atypusos zörejeket. A tipusos subjectiv zörejek az idült középfülhurut legelső szakában mint igen halk, lehelő vagy fúvó jellegű és igen magas hangú zörejek jelentkeznek, melynek eredéshelye az orrgaratüregbeli tuba-nyílásba projiciáltatik. A zörejek kezdetben intermittálva jelentkeznek, intenzitásuk az orrgaratüregbeli tájék betegségének változataitól függ. A betegségnek a tubába való továbbterjedése esetén többé-kevésbé éles, még most is igen magas hangú sziszegés vagy forrás hallatszik, a melyhez később, a betegségnek a légtartalmú és elzárt dobüregbe való áttérjedésekor, a resonans jelenségek behatására mindinkább a közepes és mélyebb hangmagasság és zenei hangszínezet csatlakozik. Csak a megbetegedésnek a labyrinthus bel-sejébe való áttérjedésekor jelentkeznek ezen eddigi zörejek helyett vagy néha ezekhez csatlakozva a tisztán zenei hangot utánozó, madárcsíripelésnek vagy harangkongásnak jelzett azon subjectiv zörejek, melyek fokozódó intenzitásuk miatt a hallást súlyosan befolyásolják. Épen ezen tipusos zörejek tanulmányozása volt *Kessel* kedvelt tárgya. Ő ezeket tenzorhatás által feltételezett labyrinthus-nyomásból származtatta. A mennyiben azonban labyrinthus-operatio után is — a mikor pedig a labyrinthus-nyomás

nyilván megszűnt — hallanak az ilyen betegek bizonyos sziszegő és fortyogó subjectiv zörejeket, melyeket az orrgaratüreg betegségei még jobban befolyásolnak, ezen feltevés nem helyes. Az épen leírt tipusos zörejekben szenvedő betegek legtöbbször a hallás elvesztésétől való félelemből keresik fel a fülörvost.

Egészen másként áll a dolog az atypusos zörejekben szenvedőkkel. Ezeknek a hallás csökkenése vagy elvesztése kevés gondot okoz, sőt szívesebben elviselnék a siketséget, csak hogy a rettenetes intenzitású subjectiv hallás-jelenségeiktől megszabaduljanak. A betegek rendszeren a leghevesebb zörejekről panaszkodnak, a melyeket vizesítéshez, kerepeléshez, taktusos dobogáshoz hasonlítanak, minden zörejek mély vagy közép magas hangú, zenei színű és e mellett a legnagyobb intenzitású; ezért a betegek álmatlanok, nagyon gyengének érzik a fejüket és az egész testüket; ehhez sokszor szédülés, hányásinger és hányás is járul. Ezen kínos állapotban természetesen egészen az életunalomig fokozódó kedély-depressio fejlődhet ki, annyival is inkább, mert minden helyi és általános gyógykezelés teljesen hatástalan, a mennyiben ezen bajjal szemben csakugyan teljesen tehetetlenek vagyunk. Az atypusos subjectiv zörejeket okozó megbetegedési folyamatok az eddigi tapasztalatok szerint a labyrinthusban vannak lokalizálva, *Matte* szerint itt is főképpen a vestibulumban.

Ilyen kétségbeesett helyzetű betegeken, kiknek a hallása már ügyis oda van, az illetők pedig segítség nélkül vagy öngyilkossá válnak vagy az örültek házába kerülnek, *Matte* indokoltan látta a labyrinthust és pedig a vestibulumot megnyitni. Három esetben ő ezt meg is tette és pedig a kínzó subjectiv zörejek tekintetében mindhárom esetben jó eredménnyel.

A műtétet következőképpen hajtotta végre: először is az üllőt és a kalapácsot kiirtotta. Pár héttel később, a mikor már ezen első műtét helye begyógyult, végezte chloroform-narcosisban a tulajdonképeni labyrinthus-műtétet. A fülkagylónak és a hallójárat hártás részének a leválasztása után a limbus hátulso felső részét a lateralis aditus-fallal együtt részben levésve, a csontos labyrinthus-falon, a fenestra ovalis és a fenestra rotunda szomszédságában, elektromotorral hajtott fűrével körülbelül 3 mm. átmérőjű lyukat fűrt. Ennek megtörténtével *Kessel*-féle curettal a vestibulumot alaposan kikaparta. A labyrinthus-fal átfűrése mindig meglehetősen sok időt vett igénybe, de a csontsebből a vérzés mindig csak minimális volt. Feltűnt neki továbbá az, hogy a lymphából is mily kevés folyt el műtét közben. A műtétet laza gazedrainage és fedőkötés fejezte be. A lefolyás mindig zavartalan volt, s a mi fő, a rettenetes atypusos zörejek a műtét után minden esetben elmaradtak, az első esetben már négy év óta. Általában a betegek meg vannak elégedve az eredménnyel.

Azon kérdésre, hogy melyik ilyen beteget kell operálni, *Matte* azt válaszolja, hogy feltéve, hogy valamely idegbetegség (a mikor a subjectiv zörejek az idegtörzsnek vagy a hallásvezetés centrális részének a megbetegedéséből váltathatnak ki) ki van zárva, mindig maga a beteg döntse el, vajjon műtét révén óhajt-e megszabadulni a bajától. A beteget egész őszintén föl kell világosítani arról, hogy a műtétre vitális indicatio nincs, és hogy a műtét mennyiben lehet veszélyes az életre (a veszély különben nem olyan nagy, mint eddig hitték); tudtára kell továbbá adni, hogy az operált fülön a hallását elveszti; ha a beteg mindezeket tudva bele-megy a műtétbe, akkor bátran el kell végezni. (*Archiv f. Ohrenheilkunde*, 78. kötet, 1—2. füzet.) *Udvarhelyi* dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A bromvalidol, a mely egyenként 1 gramm bromnatriumot, 0.1 gramm magnesia üstát és 5 csepp validol tartalmazó tabletákban jön forgalomba, *Schwarsenski* jó eredménnyel használja túlságos munka okozta ideges izgatottság eseteiben, valamint a klimakterium kezdetén jelentkező makacs hysteriás állapotokban. Már 1 tableta erősen megnyugtató hatású. 2 tableta pedig hypnoticum gyanánt hat. (*Therapeutische Monatshefte*, 1908. 11. füzet.)

A pneumin nevű kreosotkészítménnyel a bonni belklinikán tett tapasztalatokról számol be *Eschbaum*. Az eseteknek többségében kimutatható volt az étvágyjavító hatása, a minek következtében a táplálkozás és ettől feltételezetten a legtöbb többi tünet is javult. Enteritis tuberculosa eseteiben ellenjavalt a használata;

hyperaciditas eseteiben is inkább kerülendő, mert úgylátszik fokozza a fájdalmakat. A szert 1 grammos adagokban naponként 3-szor adták 1/4 órával az étkezések előtt; minthogy a szer csaknem iztelen, a betegek egyszerűen a nyelvükre öntötték a port és kevés vízzel leöblítették. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1909. 5. szám.)

A gyomornedv hyperaciditása és túlságos mennyiségben termelődése ellen *Massini* az eumydrint ajánlja, mint a mely a szóban forgó bajban mások által sikerrel használt atropinnal azért előnyösebb, mert sokkal kevésbé mérgező. 1—2 1/2 milligrammos adagban adja naponként 3-szor, többnyire röviddel az étkezések után, néha 1/2 órával az étkezések előtt is. Egyidejűleg alkaliákat (czitromsavas natriumot vagy phosphorsavas ammoniakmagnesiát) is ad. (Gazetta degli osped., 1908. 113. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Klinikai füzetek, 1909. 3. füzet. *Torday Árpád:* A vészes vérszegénységről, különös tekintettel a vérképzésre, a bántalom kóroktanára és az anyagcsereforgalomra. *Doctor Károly:* A syphilis-fertőzés körismézése az újabb vizsgálati eljárásokra való tekintettel. *Keller Kálmán:* Megjegyzések a salimenthol gyógyító hatásáról.

Gyógyászat, 1909. 14. szám. *Sarbo Artur:* Aktualitások az organikus idegbajok köréből. *Rotter Henrik:* A méhenkülvül terheség öt ritkább alakja.

Orvosok lapja, 1909. 14. szám. *Tolnai Bertalan:* A fogkö. *Lehr József:* A guajacoltherapia és a maltocol.

Budapesti orvosi újság, 1909. 13. szám. *Okolicsányi-Kuthy Dezső:* A tüdőgümőkör fizikai diagnostikájáról. „Bőr- és bujakórtan” melléklet, 1. szám. *Huber Alfréd:* Adatok a favus elterjedéséhez Magyarországon és annak sikeres gyógykezeléséről a Röntgen-therapia segítségével. *Beck Soma:* Adat az angiokeratomák kóroktanához.

Vegyes hírek.

Kinevezés, *Terray Lajos* dr.-t Breznóbányán a földmívelésügyi minster kincstári főorvossá nevezte ki.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület február hóban 775 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 682 szállítást végzett, 116 esetben mint mozgóórszék működött és 14-szer vaklátna folytán vonult ki. A február havi működési főösszeg tehát 1587.

A Nagyváradi városi tüdőbeteg-rendelő-intézet (dispensaire) 1908. évi működéséről szóló jelentésében *Grósz Menyhért* dr. tanulságosan ismerteti ezen áldásdús intézmény hasznát. Az elmúlt évben 458 beteg jelentkezett, a kik közül kifejezetten tuberculosus volt 223. Az orvosi rendelések száma 2760 volt, egy rendelő órára átlag 18 beteg esett. Köpetvizsgálatot 229 esetben, lakásfertőtlenítést 51 esetben végeztek. Gondoskodás történt, hogy a betegek lakása évenként legalább kétszer kíméseltessék. Érdekes adatokat tartalmaz a betegek lakásáról. Volt eset, hogy a négy egyén tartózkodására szolgáló lakás köbtartalma 11-3 köbméter volt, vagyis egy egyénre 2-82 m³ levegő jutott! Másodmagával 64, harmadmagával 4 beteg aludt!

Meghalt. *I. H. Keeling*, ismert nőorvos Sheffieldben, 77 éves korában. — *A. Gamgee*, az élettan nyugalmazott tanára a manchesteri egyetemen, az élet- és kór-chemia jeles művelője, márczius 29.-én, 67 éves korában. — *P. Maunoir* dr. Genfben, számos jeles sebészeti dolgozat szerzője, 73 éves korában. — *T. A. Reamy*, valaha a nőorvostan tanára a cincinnati-i egyetemen, 79 éves korában. — *A. Friedlowsky* dr. Bécsben, 75 éves korában. Az elhunyt Hyrtlnek, a nagy hírlí anatomusnak volt sok éven át amanuensise és meghitt barátja s ennek a nyugalomba vonulásával szintén elhagyta egyetemi tanárságát állását.

Kisebb hírek külföldről. *H. Dürek* dr., rendkívüli tanár a müncheni egyetemen, elfogadta a meghívást a jenai egyetem kórboncolás-tani tanszékére. — A bonni egyetem belorvostani tanszékére *P. Krause* dr. jenai rendkívüli tanár neveztek ki. — Tanárok lettek: *W. E. Murphy* dr. Cincinnatiiban (gégeorvostan), *O. L. Pothier* dr. New-Orleansban (kórboncolástani) és *Col* dr. Nantesban (gyógyászat). — Rendkívüli tanári címet nyertek: *K. Sternberg*, *H. Peham* és *L. Réthi* dr.-ok Bécsben (kórboncolástani, illetőleg nőorvostan és gégeorvostan), *K. Blauel*, *M. Braun* és *B. Linsler* dr.-ok Tübingenben (sebészet, illetőleg bőrkórtan), *St. A. Braun* dr. Krakóban (nőorvostan). — 88. születésnapját ünnepelte *Elizabéth Blackwell* dr. Londonban, az első női orvos Nagy-Britanniában. *Blackwell* dr. 1821-ben született, orvosi oklevelét Amerikában szerezte meg, s Londonban mint nő-specialista nagy praxisra tett szert. — *Weir Mitchell* dr., az ismert amerikai ideg orvos, a ki egyúttal a szépirodalom terén is nagy hírnévként örvendő, 80. születésnapját érte meg.

A XVI. nemzetközi orvosi congressus tagjai a következő könyveket fogják tagilletményül kapni: Budapest orvosi útmutatója. A vallás és közoktatásügyi ministerium részéről: A budapesti és kolozsvári egyetemek orvosi intézetei és klinikái (francia nyelven). A belügyministerium részéről: Magyarország közegészségügye, kórházai, gyermekvédelme. A főváros részéről: Budapest képekben. E könyvek önmagukban nagy értékű

ket képviselnek s bizonyára hozzájárulnak, hogy a külföld kulturális és humanitárius intézményeinkről helyes fogalmat nyerjen.

Norvégiában az orvosok száma 1909 január 1.-én 1231 volt; e szerint 2 1/2 milliónak véve a lakosság számát, Norvégiában 10,000 lakosra 4-92 orvos jut. Az 1231 orvos közt 38 nő van, a mi elég sok (3%), számbavéve különösen, hogy Norvégiának csak két nagyobb városa van: Christiania 230,000 és Bergen 70,000 lakossal.

Ritka termékenységről ad hírt az „Indiana Medical Journal, New-Yersey államban egy *Glofsky* nevű asszony 1893 óta 30 gyermeknek adott életet, a kik közül 15 van életben. A szülések közül 10 volt ikerszülés, még pedig 7 kettős, 2 hármás és 1 négyes ikerszülés. Ez az utóbbi volt a legutolsó, mind a négy gyermek fiú volt és életben maradt; összes súlyuk a születéskor körülbelül 9 kilót tett (16 font és 4 uncia). Még nagyobb termékenységről értesülünk a Deutsche mediz. Wochenschrift ez évi 13. számából. A bönnigheimi (Württemberg) templom sekrestyéjében van egy ódon fakép, melyen rajzban és versben is meg van örökítve az a nevezetes eset, hogy *Strazmann* Ádámné, született *Schmotzer* Borbála 1498-ig összesen 53 gyermeket hozott világra. Az eset úgy látszik nem egészen a képzelet szüleménye, mert *G. A. Kolb*-nak sikerült egykorú okiratokat is megtalálnia, a melyek az authenticitást támogatják; többek között megvan még Bönnigheim város levéltárában a *Strazmann* Ádámméval 1498-ban felvett eredeti jegyzőkönyv is. E szerint 18-szor szült egy-egy gyermeket, 5-ször kettős, 4-szer hármás, 1-szer hatos és 1-szer hetes ikreket. Az 53 gyermek között 38 fiú és 15 leány volt. Közülök 19 halva született, illetőleg rövid idővel a születés után meghalt. Kilenc évesnél egy se lett idősebb. A 16. és 17. században sokat foglalkoztak ezzel az esettel.

Mai számunkhoz a *Richter Gedeon* vegyészeti gyár gyógyszer-különlegességeit tárgyaló prospektusa van mellékelve.

A **Foncière Pesti Biztosítóintézet** április 15.-én fogja ez évi rendes közgyűlését megtartani. A zárószámadásokból a következő lényegesebb számadatok tűnnek ki: A múlt évi díjbevitel összesen 17,128,478.95 koronát tett ki, míg a későbbi években esedékes tűz- és balesetárgaztatási díjkötelezvények összege 31,893,351.31 koronára rugott. Az életbiztosítási összallomány az elmúlt üzleti évben 100,064,844.— korona tökélet és 47,139.— korona járadékot tett ki. A díj- és nyereségtartalékalapok 29,266,339.95 koronát tesznek ki. Az intézet összes tartalékai a nyereségtartalék ezidei javadalmazása után 1,937,364.— koronával szaporodtak. Az intézet tőkéi a következőképpen vannak elhelyezve: Készpénzállomány 179,465.16 K. Hitelintézeteknél 4,088,145.76 K. Az intézet házaiban 3,326,466.— K. Állampapírokban 16,431,704.45 K. Tárca-beli váltókban 259,785.75 K. Adott kölcsönökben 3,754,480.— K. Az 1908. évről kimutatott 272,900.58 korona nyereségből részvényenként 14 korona (7%) osztalék kifizetését indítványozza az igazgatóság.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium“ Magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitiűző ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kívánatra prospektus.

LIGETSANATORIUM Budapest, VI., Nagy János-utca 47. szám. (A Városliget közvetlen szomszédságában.) Diéta, diagnosztikus, physikotherapiás sanatorium. — Igazgató: **Dr. Jakab László.** Megnyílik 1909 augusztus havában.

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

GIZELLA-TELEP FÜRDŐ, modern vízgyógyintézet május 1-én nyílik meg. posta VISEGRÁD (Pest m.) Vízgyógykezelés, szénsavas-, villanyos-, forróvíz-, mór-, sós-, fenyő- és nap-fürdő. Villanyozás, massage. Remek fekvés. Pensio — fürdőhasználatlaltal és ötszöri étkezéssel együtt — heti 65 koronától feljebb. Kívánatra prospektus.

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézet VIII., Gyöngygyűk-utca. 14. sz. alatt (a Rökus-kórház közelében) van.

Széchenyi-telepi sanatorium az Erzsébet királyné-úti villamos vég állomásánál. Igazgató-főorvos *Schnier György* dr. Felvételnél ideg- és kedélybeteg, neurastheniás, hysteriás, kimerülési esetek, alkoholisták, morphinisták. — Sürgöny: Budapest. — Posta: Budapest, Széchenyi-telep. — Telefon 79-72. — Prospektus. 6318

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

Orvosi laboratórium és cukorbeteg toleranciájának meghatározása **Dr. Mátrai Gábor** v. egyetemi tanárség. Andrassy-út 50 (Oktojon-tér). Telefon 26-96.

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

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

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK
fürdőkhöz.
:: LÁPSÓ ::
száraz kivonat
ládákban á 1 kiló
LÁPLÚG
folyékony kivonat
üvegekben á 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Magyar Orvosi Könyvkiadó-Társulat. (Évi közgyűlés 1909 márczius 31.-én.) 280. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (XII. rendes tudományos ülés 1909 márczius 27.-én.) 281. l. — Közkórházi Orvostársulat. (I. bemutató ülés 1909 január 27.-én.) 282. l.

Magyar Orvosi Könyvkiadó-Társulat.

(Évi közgyűlés 1909 márczius 31.-én.)

1. *Tóth Lajos* elnök a gyűlést a következő beszéddel nyitotta meg:

Tisztelt Közgyűlés!

A mai nappal egyesületünk működésének 45. évébe lép.

Ezen hosszú időre megnyugvással és bizonyos önértéssel tekinthetünk vissza, mert egyesületünk a szerény kezdetből orvosi szellemi kulturánk tekintélyes és hasznos tényezőjévé vált.

Eljutott arra a polczra, hogy hazai tudományos törekvéseinket olyan munkák kiadásával gazdagíthatja, a melyek úgy színvonalukra, mint terjedelmükre nézve a művelt és gazdag nyugoti nagy államok orvosi irodalmában is számottevő helyet foglalnának el.

Ilyen mű a lefolyt év egyik járulékát tevő „Szemészet Kézikönyve” is.

A munka megírására a szemészet és az azzal vonatkozásban levő tudományok leghivatottabb hazai képviselői vállalkoztak és így tagtársaink olyan munka birtokába jutnak, mely a mellett, hogy a tudomány magas színvonalán áll, nem téveszti szem elől a gyakorló orvos, sőt az alapos kiképzésre törekvő orvostanhallgató igényeit sem.

Midőn tehát társulatunk a „Szemészet Kézikönyvé”-nek kiadására vállalkozott, a mellett hogy tagjainak jól felfogott érdekében cselekedett, orvosi irodalmunkat is abban az irányban támogatta, a mely az orvosi tudománynak önzetlen művelését és a szenvedő emberiség javát tűzte ki céljául.

Ha az orvosi irodalomban körültekintünk, azon öröndetes haladásban, a mely ezen a téren az utóbbi évtizedekben megnyilvánult, sajnos, egyes kevésbé öröndetes törekvések jeleivel is találkozunk. Azt tapasztaljuk ugyanis, hogy a dolgozatok azon nagy halmaza mellett, melyek sem szerzőjük hivatottságát, sem az orvosi tudomány haladását tanúsítani nem képesek és így tulajdonképpen minden maradandó érték nélküli irodalmi ballasztot képeznek, évről évre nagyobb számban burjánzanak fel azok a cikkek és munkák, a melyeknek háttere a gyári üzérkedés vagy tisztán az anyagi haszon.

Nem is szólva azokról a művekről, a melyek szerzői a tudományosság hamis czégre alatt tulajdonképpen a közönség érzékiségének esiklandozása útján kívánnak maguknak nagy anyagi hasznot biztosítani, nagy kárára a tiszta erkölcsnek és sok esetben embertársaik egészségének is, egész serege van, fájdalom, még az olyan orvos-íróknak is, a kik ismereteiket és tollukat az üzleti reklám sikamlós területén hajlandók gyümölesztetni.

Ezen a téren immár annyira jutottunk, hogy, mint a Gyógyászat egyik közleményében olvashatjuk, a farmakoterapiai üzérkedés szolgálatában álló irodalmi reklám kihatásának Penzoldt állami vizsgáló intézetek felállításával kíván gátat vetni.

Azt látjuk tehát, hogy mint minden haladás, úgy az orvosi irodalom terén is a tudományos siker világitó fáklyája mellett az önérdék sugalta haszonlesés árnyékai is fel-feltűnedeznek.

Reméljük, hogy az irodalom ezen élősdiei hazai orvosi irodalmunkban tápláló talajra nem találhatnak.

Ezzel Társulatunk 45. közgyűlését megnyitom.

2. *Székelly Ágoston* I. titkár felolvassa az igazgató-tanács jelentését a társulat 1908 évi működéséről.

Tisztelt közgyűlés! Jelentésünket, sajnos, bocsánatkéréssel kell kezdenünk. Minden fáradozásunk, hogy 1908. évi könyvilletményünk a rendes időben készüljön el, meddő maradt. Több rendbeli körülmények, első sorban a Szemészet Kézikönyvének I. kötetéhez való rajzok előállításának akadályai, játszottak közre abban, hogy az 1908-ra ígért munkák még nincsenek tagjaink kezei között.

A késés azonban most már nem tart sokáig, a mennyiben Körner „Fülörvostan”-a már teljesen készen van, a „Szemészet” I. kötet pedig rövidesen kikerül a sajtó alól, úgy hogy április hó vége felé megkezdhetjük a tagilletmény szétküldését. A késésért egyébként némileg kárpótolni fog az a körülmény, hogy Heim és Preisich „Általános haematologia” című munkáját az ígért két kötetten felül kapják meg tagjaink. A folyó évre pedig biztosan ígérhetjük, hogy a könyvilletmény az őszszel készen lesz; az illető munkák kéziratá ugyanis már a kezeink között van, sőt egy része már ki is van szedve.

A múlt évi jelentésünkben hangsúlyozott remény, hogy tagjaink száma — ha nem is olyan rohamosan — továbbra is növekedni fog: egyelőre teljesedett, még pedig várakozáson felül. Rendes tagjaink száma ugyanis újból mintegy százzal gyarapodott s jelenleg 1113-at tesz; alapító tagjaink sorába pedig belépett Torontálmegeye József-közkórháza.

1908. évi illetményeink a következők:

1. *Általános haematologia.* Irta *Heim Pál* dr. egyetemi magántanár, az Irgalmasrend budapesti kórházának főorvosa és *Preisich Kornél* dr. egyetemi magántanár, székesfővárosi közkórházi főorvos. 17 ábrával és 4 színes táblával. VIII és 168 lap. A Társulat kiadványainak C köteté.

2. *Fülörvostan.* Klinikai előadásai nyomán orvosok és orvostanhallgatók számára írta *Körner Ottó* dr. nyilvános rendes tanár, a fül- és gégeklinika igazgatója a rostoki egyetemen. Fordította *Török Béla* dr., a székesfővárosi szent János-kórház rendelő fül-orvosa. 2 táblával és 117 ábrával a szöveg között, XII és 295 lap. A Társulat kiadványainak CI. köteté.

3. *A szemészet kézikönyve.* Szerkeszti *Grósz Emil* és *Hoor Károly*. I. kötet. Számos, részben színes táblával és ábrával. Több mint 1000 lap. A Társulat kiadványainak CII. köteté.

A mi ezen munkákat sorrendben illeti: *Heim* és *Preisich* munkáját még az előző igazgató-tanács fogadta el kiadásra. Igaz ugyan, hogy az általános haematologia, a melyet ezen munka tárgyal, most van legnagyobb forrongásban, s azért talán nem jogosulatlan az a nézet, hogy az ilyen munka kiadása, a mely a benne foglalt tanoknak ha nem is rohamos fejlődése, de mindenesetre rohamos változása miatt már nagyon rövid idő múlva elavult lesz, nem egészen helyén való nálunk, a hol a változás miatt mihamarabb szükségessé válandó új kiadás úgyszólván a lehetetlenség közé tartozik. Ezzel szemben azonban nem tagadható, hogy az általános haematológiának ismerete manapság már szinte szükséglet számba megy s azért szívesen áldoztunk erre a munkára aránylag nagy összeget, remélve, hogy tagjaink nagy része köszönettel veszi az ügy belső tartalma, mint kiállítás tekintetében sikerült könyvet, a melyet a vérbajok részletes kór- és gyógytanát tárgyaló, már készülő munkával fogunk kiegészíteni. A kettőnek közös bekötés-tábláját az utóbb említett munka megjelenésekor fogjuk megküldeni tagjainknak.

Körner „Fülörvostan”-ának lefordításával azt hisszük nagy hiányt pótolunk a magyar orvosi irodalomban. Nem volt ugyanis fülörvostani tankönyvünk, mert Böke munkája még a. mult század 60-as éveiből való, tehát elavult, és különben is már régen elfogyott. *Körner* munkáját azért választottuk, mert legjobban felel meg az általános gyakorlatot folytató orvos igényeinek: azt tárgyalja ugyanis legbehatóbban, a mit a fülörvostanból minden orvosnak ismernie és tudnia kell. A fordítást *Török Béla* dr. székesfővárosi közkórházi rendelő fül-orvos végezte nagy szaktudással s a suttagó hangon való vizsgálatról szóló résznek magyar szavakra átdolgozásával, a mi fáradságos vizsgálódásokat igényelt.

A „Szemészet kézikönyvé”-nek I. köteté a látószerv anatómiáját *Lenhossék Mihály* budapesti egyetemi tanár, a látószerv fejlődés-tanát *Szily Aurél* dr., a látószerv élettanát *Udránszky László* kolozsvári egyetemi tanár, a szemvizsgálás módjait *Scholtz Kornél* dr. budapesti egyetemi magántanár és a szemtükrözést *Szily Adolf* dr.

budapesti egyetemi rk. tanár tollából tartalmazza. Az egész munka a tervezett terjedelmet meg fogja haladni s azért három kötetbe való beosztása vált szükségessé. A II. kötet, a melyben a szemfénytörési rendellenességeit *Imre József* dr., a szemorvoslás módjait *Hoor Károly* dr. egyetemi tanár és a szemészeti műtétet *Blaskovics László* dr. egyetemi magántanár fogja tárgyalni, kéziratban teljesen készen áll, sőt a szedése is már annyira előrehaladt, hogy megjelenése ez év őszén biztosan várható. A munka jelentőségéről, noha már az eddigiek alapján is a legnagyobb elismeréssel lehetne szólni róla, csak akkor óhajtunk beszámolni, a mikor teljesen elkészült.

E helyen még megemlítjük, hogy 1908. évi kiadványainkat tagjaink számának szaporodására való tekintettel 1300 példányban nyomattuk.

Tagjaink az 1907. évben is megkapták a Magyar Orvosi Archivumnak kéthónaponként megjelent füzetét, a melyek az előző évekéhez hasonló terjedelmű kötetet alkotnak. E kötet függelékeként is megtaláljuk az előző év magyar orvosi irodalmát *György Tibor* dr. egyetemi magántanár szorgalmas összeállításában.

Az 1909. év illetménye a következő lesz:

1. A „Szemészet kézikönyvé“-nek II. kötete, körülbelül 50 iv terjedelemben.

2. Törvényszéki orvostan.

Ezenkívül tagjaink 1909-ben is megkapják a Magyar Orvosi Archivumot.

A következő évekre előkészítésben van a nőorvostan kézikönyve *Taufer Vilmos* egyetemi tanár szerkesztésében, az általános és részletes belorvostani diagnosztika tankönyve *báró Korányi Sándor* egyetemi tanár szerkesztésében és a vérbetegségek részletes kór- és gyógytana. Ezenkívül az igazgató tanács ezentúl is állandóan figyelemmel fogja kísérni a külföldi irodalom termékeit, s a mennyiben valamelyikének átültetését szükségesnek és anyagi viszonyaival összeegyeztethetőnek találja, gondoskodik a kiadásáról.

Régebbi kiadványaink értékesítése az elmúlt évben is elég örvendetes eredménnyel járt, a mennyiben 1239 K. 40 f. értékű régebbi kiadványt adtunk el; legtöbb kelt el Kaufmann kórboneztanából (88 példány), Dollinger sebészeti módszereiből (79 példány) és Moravcsik elmekörtanából (34 példány).

A pénztárosunk készítette vagyoni forgalmi kimutatás ez évben természetesen nem tüntetheti fel jól társulatunk tulajdonképeni vagyoni állását, a mennyiben könyvilletményünk megkésése miatt úgy a bevétel, mint a kiadás rovata csonka. 1908. évi bevételünk jó nagy része ugyanis csak ezután fog befolyjni, kiadásaink nagyobb részét pedig csak ezután fogjuk kifizetni. Szükséges ezért e helyen rövid áttekintést adni arról, hogy 1908. évi költség-előirányzatunk menyiben fog reálisnak bizonyulni.

Előirányozva volt 23,640 korona bevétellel szemben ugyanannyi kiadás. A tagok számának szaporodása és a régi kiadványok értékesítése folytán azonban a bevétel körülbelül 2800 K.-val nagyobb lesz. De nagyobb lesz a kiadás is, egyrészt mert nagyobb számmal kellett nyomtatni kiadványainkat, másrészt mert már nem odázhattuk el Heim-Preisich haematológiájának kiadását. Bevételünk tehát 26,500 K. lesz, s ezzel szemben a kiadásunk 29,500 K. A kiadások tehát 3000 K.-val meghaladják a bevételeket. Ez az eredmény mindenesetre igazolja hogy költség-előirányzatunk teljesen reális volt, sőt ha a Haematológiának 3685 K. 39 f.-re rugott költsége nem jött volna közbe, néhány száz korona fölösleggel záródott volna 1908. évi mérlegünk.

Az említett 3000 K. deficit a folyó évben még nem lesz behozható, mert tervbe vett kiadványaink költségei nem engedik meg, a mint azt az alábbi költség-előirányzat mutatja. Az 1910. és 1911. évben azonban előreláthatólag könnyen fog sikerülni a teljes egyensúly helyreállítása.

Költség-előirányzat az 1909. évre.

	Bevétel.
1. Tagdíjakból	17920.—
2. Értékpapírok szelvényeiből	5340.—
3. Időközi kamatok	300.—
4. M. T. Akadémia segélye	2000.—
5. Régi kiadványokért	750.—

26310.—

Kiadás.

1. Bankköltség	80.—
2. Lakbér	200.—
3. Pénzbeszedés	180.—
4. Szolgáilletmény	40.—
5. Titkári kiadás	100.—
6. Tagilletmény kézbesítése	600.—
7. Évi jelentés és kisebb nyomtatványok	400.—
8. M. O. Archivum segélye és szétküldése	3500.—
9. Szemészet II. kötete	10200.—
10. Törvényszéki orvostan I. kötete	9800.—
11. 5% tőkésítés	1150.—
12. Vegyes kis kiadás	60.—

26310.—

Végül szomorú kötelességet teljesítünk, a mikor a mult év közgyűlése óta elhunyt tagjainkról emlékezünk meg. Alapító tagjaink sorából kidőlt *Than Károly*, a ki régebben társulatunk alelnöke is volt, a kit ügyeink körül szerzett nagy érdemei elismerésül ezelőtt három esztendővel tiszteletbeli elnökünké választottuk s a ki a társulatunk kiadványai során megjelent „A chemia haladása“ című munkájával is felejthetlenné tette előttünk a nevét; továbbá *Thanhoffer Lajos*, a ki mint az azelőtt fennállott alapítványi bizottság tagja működött fáradhatlanul s a ki „A szövetek és szervek szervezete“ című munkájával társulatunk kiadványait is gyarapította; emléküket kegyelettel fogjuk megőrizni. Rendes tagjaink közül meghalt: *Berényi Ferencz* (Berhida), *Berkovics Miklós* (Nagyvárad), *Elefánt Zoltán* (Pécs), *Raisz Gedeon* (Budapest), *Raksányi Árpád* (Szigetvár), *Rudy Béla* (Szilberek) és *Stuller Gyula* (Selmeczbánya).

3. A pénztárvizsgáló bizottság jelentésének felolvasása és elfogadása után az igazgató-tanács egy harmadának újraválasztása következett. A közgyűlés az alapszabályok értelmében kilépett tagokat (budapestiek: *Genersich Antal*, *Hegedüs János*, *Navratil Imre* és *Réczey Imre*; vidékiek: *Kenézy Gyula*, *Konrád Márk*, *Petz Lajos* és *Szabó Dénes*) újra megválasztotta, a pénztárvizsgáló bizottságba pedig *Böke Gyula*, *György Tibor*, *Morelli Károly*, *Szontagh Félix* és *Temesváry Rezső* tagokat küldötte ki.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XII. rendes tudományos ülés 1909 márczius 27.-én.)

Elnök: **Dollinger Gyula**. Jegyző: **Rotter Henrik**.

Gégehűdés kezdődő tabesben.

Baumgarten Egmont: Már egynéhányszor sikerült a gégelethez kezdődő tabesre gyanakodni, a mely gyanút azután a további vizsgálatok megerősítették. A gégetünetek többnyire gégekrízisek, vagy posticus-hűdés, illetve mindkettő együtt. Én már ezen helyen is bemutattam több ilyen esetet.

A ma bemutatandó 53 éves férfi egy év óta betegeskedik, de csak most jelentkezett a poliklinikán fuldoklása miatt. A gégevizsgálatkor feltűnt, hogy a hangszalagok közel a középvonalhoz rögzítettek és a belégzéskor nem térnek szét. Azt látjuk, hogy a bal hangszalag kifelé csak nagy ritkán tér ki, a jobb ellenben néha. A hang eléggé tiszta. Minthogy a tüdőben és szívben oly elváltozás ninesen, mely a posticusok hűdését, illetve paresisét megfejtene, azonnal központi megbetegedésre gondoltam, első sorban tabesre. A térdreflexek eléggé élénkek voltak, úgy hogy a tabes diagnózisát majdnem elejtettem, ha a pupillák lelete és a beteg járása nem kötötte volna le figyelmemet. Schaffer és Schwarz tagtársak a beteget szintén megvizsgálták és egyhangú véleményük szerint a differens pupillák, melyek renyhén reagálnak, a lancináló fájdalmak, melyek a talpban jelentkeztek és a dysuriás jelenségek a gégehűdés alapján a tabes diagnózisát biztosítják, ámbár a reflexek élénkek.


A betegen csekély mértékben a Romberg-tünet megvan, az ataxia főleg a felső végtagokon mutatkozik.

Burger szerint ezen posticus-hűdés és félhűdés ilyen esetekben jellegzők a tabesre. A bemutatott eset azért érdekes, mert a tabest a gégelelet alapján sikerült megismerni és mert azt bizonyítja, hogy a meglévő térdreflex ellenére is fennállhat a tabes; a térdreflexek vizsgálata egyedül tehát nem mértékadó.

A lipótmezei m. kir. áll. elmeegyérintézet 40 évi története.

Verubek Gusztáv: A mult század első felében az elmebeteg elhelyezéséről nálunk még nem gondoskodtak, a minek

részben az akkori rossz politikai viszonyok voltak az okai. A század második felében, az 50-es évek végén nyitja meg az állam a nagyszabeni tébolydát s ugyanekkor tervbe veszi, hogy Budán is létesít egy nagyobb intézetet. Ez az intézet a lipótmezei országos tébolyda néven 10 évi sok akadályba ütköző építés után 1868 december hó 6-án meg is nyílt. Azon betegek nyertek benne elhelyezést, a kiket Ybbsben és Bécsben ápoltak.

Az intézet, a mely blokkrendszerben épült, elől középtől az adminisztratív helyiségeket és az alkalmazottak lakását magába foglaló részből és ehhez kétoldalt  alakban csatoltan a betegosztályokat alkotó épületrészből áll. Balról a nő-, jobbról a férfi-osztály van. Mindegyiknek 3 alosztálya van, a hová a betegeket állapotuknak megfelelőleg osztják be. Elöl a fronton vannak a nyugodt, bent a félig nyugodt és hátul a nyugtalan betegek.

Az intézetet, melyet 800 betegre terveztek, pénz hiányában 500 betegre (250 férfi, 250 nő) építették meg és költség hiányában csak 300 betegre szerelték föl.

Az orvosi személyzet a megnyitáskor 500 betegre számítva egy igazgatóból, két főorvosból és négy másodorvosból állott.

Az intézet, zárt jellegűnek épült az akkori kor felfogásához képest és a betegek kezelése is magán hordozta a restraine-jelleget. Alkalmazták a kényszerzubbonyt és igénybe vették a czellákat a nyugtalan betegek ártalmatlanná tételére.

A restraine-rendszer fokozatos megszüntetése akkor állott be, a midőn az első igazgató, Schmirch Emil dr. halála után utóda Niedermann Gyula dr. lett, a ki a kényszerzubbony-kezelést egyszerűen törölte.

Az előirányzott beteglétszám csakhamar túl lett lépve, a sok fölvétel miatt túlszűfolttság állott be és ennek következtében oly mértékben állott be a betegek közt a tuberculosis, hogy ennek a meggátlása volt az intézet vezetőjének főfeladata. A helyiségeket nagyobbítani nem lehetett, tehát a tisztántartásukat kellett ideálisabbá tenni, ezért a puhafapadlót kemény parkettával cserélték ki; 1893-tól kezdve 4 éven át folyt ezen munka. A betegek jobb táplálásával pedig ellenállóképességüket fokozandó, az önélelmezést honosították meg 1894-ben, a minek folytatása volt az is, hogy 1897-től a betegek házilag előállított péksüteménnyel láttatnak el.

A nagy beteglétszám mellett a régi fürdőhelyiség is tisztasági szempontból kevésnek bizonyulván, a pékházzal egyidejűleg megépítették az új fürdőhelyiségeket, melyek építésekor is különösen a tisztaságot tartották szem előtt.

A fektetés rendszerének meghonosítása az 1896. évre esik, ettől kezdve a nyugtalan betegeket ágyba fektetik, a czellákat ritkábban veszik igénybe, az ott elvadult betegeket is lassan hozzászoktatják a környezethez; ennek következménye azután az, hogy kevesebb lesz az izgága, kárttevő elem, kevesebb lesz a gyógyszeres kezelés, és az úgynevezett chemiai restraine, mely a czellázás folyamánya volt, kezd szintén esökkenni, hogy azután magától végleg meg is szűnik.

Az 1897. évre esik a hydrotherapiás kezelésmód első kísérlete. Ekkor kezdik a nyugtalan betegeket a nedves lepedőbe való bepakolással megnyugtanni. Az eljárás a Graeffenberg-féle bepakolásból áll. Ezen kezelésmód még szorgos ellenőrzés mellett sem vált be ez elmebetegség-therapiában és a beteg ellenkezése miatt sokszor rőszak alkalmazása nélkül ki sem lévén vihető, csakhamar alig s ma már csak elvétve vétetik igénybe.

Az 1899. év elején Niedermann igazgatói állásától megváltván, utóda Bolyó Károly dr. lett, a kinek igazgatása alatt részben azon dolgok létesültek, melyekre a propositiót már előde tette meg, részben pedig a megszokott kerékvágásban haladt az ügymenet. Így az orvosi szolgálat biztosítása végett két másodorvosi állást az 1902. évben végleges minőségű másodfőorvosi állássá alakították át; 1903-ban pedig a képezhetlen hülyék számára emelt pavillont népesítették be. Ezen időben kezdik a nyugtalan betegeket prolongált langyos, 34 C°-os fürdőben tartani; hogy e célra kellő számú fürdő álljon rendelkezésre, a zuhanyhelyiségeket alakítják át kádfürdőkké. A nagy beteglétszámra való tekintettel 1903-tól két díjtalan orvosgyakornoki állást rendszeresít a ministerium, de ezen állások pályázó hiányában jó darabig betöltetlenek maradtak.

Az igazgatást az 1905. év elején Konrád Jenő dr. vette át; néhány évi igazgatása alatt a következő lényeges változások történtek. Az 1906. év folyamán a nyugtalan betegek osztályát

alakítja át, a hosszú folyosókat kétfelé választván, a nyugtalan betegek elosztása és áttekintése könnyebb lesz.

A sötét és alig szellőzhető czellákat világos, nagy ablakkal bíró, lakályos, gázvilágítással bíró barátságos szobákká alakíttatja át, melyekben magánosan, esetleg kettesével nyernek elhelyezést a betegek.

Rendezi az 1906. évben az ápoló-szolgálatot, mert ettől kezdve egy évi próbaszolgálat után a fogadalmat tett ápoló nemcsak véglegesítették és nyugdíjképesé lesz, hanem a szolgálati évek arányában a fizetésben automaticé emelkedik, a mi úgy a fegyelemre, mint az önértet fokozására és az ambitio emelésére üdvös hatású.

Konrád alatt zárják ki a vállalkozókat az intézet részére szükséges hússzállításból is; az 1906. évtől ugyanis az intézet maga vásárolja meg a hússzükségletének fedezésére szolgáló állatokot és azokat a saját embereivel dolgoztatja föl.

Ő alatta létesül a géperőre berendezett új mosóház is; mint-hogy a szennyes ruha jó részét már évek óta vállalkozónak kellett kiadni, ez a kiadás is az 1908. év közepe óta, a mikor az új mosóház működni kezdett, megszűnt.

Ezen időre esik a nyugodt betegek úgynevezett szabad kezelésének meghonosítása. Ezen kezelés lényege az, hogy nyugodt betegek felügyelet nélkül járhatnak az intézet területén, azon kívül, sőt bejárhatnak nappal a városba is.

Konrád járta ki, hogy a fizetéstelen orvosgyakornoki állások az 1908. évtől kezdve némi pénzbeli dotatióval vannak összekötve. Ugyancsak ő eszközölte ki, hogy az egyéni kezelés intenzivebb keresztülvitele céljából a nagy beteglétszámra való tekintettel a két főosztály háromfelé osztassék egy-egy vezető főorvos felügyelete alatt, így alakítván meg a III. fizetési osztályon lévő betegekből a férfi és női közosztályt, a külön, I. és II. élelmezési osztályon lévő, mindkét nembeli betegekből a „pensio“-osztályt.

A 40 év története azt bizonyítja, hogy a lipótmezei elme-gyógyintézet oly intézmény, a mely mindenkor megállta helyét, fejlődésében visszaesést nem tapasztalunk és ilyet a jövőben sem várhatunk, ha az élén oly egyének lesznek, mint a jelenlegi igazgatója, a ki úgy adminisztratív, mint orvosi dolgokban a legelső tekintélyek közé tartozik.

Az előadás után **Hollós István a lipótmezei elme-gyógyintézet 40 évi betegforgalmának nevezetesebb adatait ismertette.**

Közkórházi Orvostársulat.

(I. bemutató ülés 1909 január 27.-én.)

Elnök: **Weisz G.** Jegyző: **Körmöczy Emil.**

(Folytatás.)

Rákos gyomor teljes kiirtása nyolcz év előtt. Teljes gyógyulás.

Herczel Manó: U. Mihályné 42 éves nőbetegnek gyomrát nyolcz év előtt hatalmas adenocarcinoma ventr. miatt Herczel teljesen kiirtotta (bemutató 1901 február 23.-án az Orvosegyesületben). Noha a baj rendkívül kiterjedt volt és a műtétkor már a retroperitoneális, a pankreas feletti mirigyek is duzzadtak voltak s így a prognózis nem volt valami kedvező, mégis örömmel lehet konstatálni, hogy a beteg azóta kitűnően megvolt és a recidivának ma sincs semmi nyoma. Nyilván azért, mert a beteg az utóbbi időben mindennemű ételt válogatás nélkül össze-vissza evett, támadt az utolsó hetekben fájdalmas nyomás a bal bordaív alatt.

A kórházi megfigyelés alkalmával kitént, hogy étvágya mindig jó, de tejet, tésztát, főzeléket és főtt tésztát, keserűvizet nem tűr, ellenben bárminemű könnyű húst (160 gm.-ig), levest, borleves, passzírozott főzeléket, könnyebb sült tésztákat, különösen kisebb adagokban jól elbir. Észszerű diéta nehézségei elmúltak.

Érdekes a Röntgen-vizsgálat eredménye: Egyszerre csak 60—70 gm. bismuth. carbon. és tejes darakeveréket tud elfogyasztani. Átvilágításkor a bal rekeszdomborulat külső fele alatt kis gyermekenyérnyi fundus-gázhólyag látható, alatta körtealakú és nagyságú, csúcsával lefelé irányított, bismuthtartalmú bélrészletnek megfelelő absorptiós árnyék, mely a diaphragma mozgásait követi, peristaltikát nem mutat. Az alsó csúcsból a bismuthtartalom rögtön a felvétel után kezd kiürülni a vékonybelekbe, a hol diffus határú foltokban eloszlik. A kiürülés 7—8 perc alatt be van fejezve.

Nyilvánvaló tehát, hogy az oesophagushoz varrt tágult vékonybélkacs a gyomornak gyűjtőmedenczeszerű működését a lehetőségig átvette.

Gyógyult subcutan vékonybélrepedés.

Herczel Manó: G. Ferencz 42 éves napszámost 1909 évi január hó 4.-én délelőtt azzal hozták az osztályra, hogy körülbelül 2 órával azelőtt egy vasúti mozdonykerék esett a hasára. Utána rövid ideig eszméletlen volt, egyszer hányt.

Felvételkor a beteg elesett, halavány, érverése 98, lélekzése 32, felületes. A has alig elődomborodó, nem puffadt, de feszes, deszkakemény, érzékeny, az érzékenysége legkifejezettebb a köldök és symphysis közötti tájon, a májtompulat teljesen eltűnt; a has felett mindenütt magasan dobos a kopogtatási hang. A tüdők és vérkeringési szervek épek.

A hányás, az eltűnt májtompulat, a szapora és felületes légzés, a has nagyfokú érzékenysége, de különösen az igen kifejezett defense musculaire, mind olyan jel, melyből a subcutan bélszakadás teljes biztossággal megállapítható.

Ezért a beteget rögtön megoperálták. Median laparotomia. A peritoneum megnyitása után a hasüregből híg és alvadt vér ürül, valamint híg béltartalom. A colon transversum ép, ennek félretolása után a hassebbe egy magasan fekvő vékonybélkacs nyomul, a melyen körülbelül forintos mekkoraságú tatóngó nyílás látszik. A nyílást 2 étageban harántirányban zárták. A hasüreget kitörlése és steril konyhasóoldattal való kiöblítése után, miután meggyőződtek, hogy más laesio nincs, három rétegben teljesen zárták.

A beteg a műtétet követő néhány napon subfebrilis (bronchitis). A bélparesis ellensúlyozása physostigminnel, glycerinnel. A kórlefolyás zavartalan. A műtét után a 8. napon felkel, a 14. napon a kórházat gyógyultan hagyja el.

Már sokszor utalt rá, hogy a defense musculairenek mily óriási fontossága van, különösen subcutan hassérülés eseteiben. Néha csak ezen tünet alapján, nem várva be a peritonitis összes tüneteit, sürgősen és sikeresen végzik a műtétet, mert ha a diffus peritonitis tünetei már kifejezettebbé válnak, a beavatkozás rendszerint elkésett.

Vékonybélresectio ismeretlen eredetű bélszűkület miatt.

Herczel Manó: G. Zsigmondné, 40 éves. Hét rendes szülés, az utolsó 2 év előtt, azóta fáj a gyomra, sokszor felbőg, vérszegény. Két hó óta hány, a hányást korgás kíséretében támadó baloldali hátgöresök előzik meg. A hányás 2—3 hét óta szünetel, görcsei ellenben két-háromnaponként ismétlődnek, ezalatt szelek nem távoznak. Székében geny vagy vér sohasem volt. Kétoldali szabad lágyéksér.

A vérszegény, gyengén fejlett, sovány nőbeteg hasfalai petyhüdtek, ütögetésre azonnal béleristaltica és egy patkóalakú bélkacs látható.

Diagnosis: Stenosis ilei.

Laparotomia. Chloroform-narcosis. Bemetszés a linea alba-ban; a Bauhin-billentyű felett jó meternyire összeesett bélkacsok után egy körülbelül 10 cm. hosszú, kemény, kisujnyi vastag, nyilván heges szűkület. Ezen bélrészletnek megfelelő mesenteriumban heges csikok. A stenosis felett a vékonybél erősen túltengett, karvastagságú. Mivel egyebütt a bélhuzamban stenosisos hely sehol sincs, ezen bélrészletet reszekálják és Doyen szerint zárják. Az elvékonyodott, diastasisos hasfalat 2 soros varrattal zárják.

Zavartalan, láztalan gyógyulás.

A kórszövettani vizsgálat (Goldzieher) szerint a bélfal nagyrészt heges kötőszövetből áll, a mirigyes elemek alig láthatók a lobos beszűrődés következtében. Az idült lobos elváltozás határozott specifikus jelleget nem mutat; ennek alapján tehát nem lehet eldönteni, hogy milyen eredetű a szűkület. Typhusa, lüese a betegnek nem volt. (Hét egészséges gyermeket szült.) Dysenteriára sincs támpont és ez különben sem szokott a vékonybélben későbbi hegesedést okozni. Régi baloldali rövidüléssel gyógyult coxitis.

Mindezeket figyelembe véve, csak a *tuberculosis*, és tekintettel arra, hogy a betegnek régóta van lágyéksérve, esetleges régi kizáródás folytán létrejött nyálkahártyaelhalás utáni szűkület jöhetne szóba. Minthogy azonban az utóbbira anamnestikus támpont nincs és a betegnek régi coxitis utáni rövidülése van, a szövettani vizsgálat eredménytelensége ellenére is a szűkület tuberculosus ere-

detűnek mondható már azért is, mert a vékonybélcsükkületek 75 százalékáig ilyen eredetű.

Angyán Béla: Igen ritkák azok a gyomorvérzéses esetek, melyek sebészi beavatkozás tárgyát teszik; ennek részben az az oka, hogy a beavatkozás igen súlyos és sokszor rossz eredménnyel végződik, miért is a sebészek nem szívesen végzik. Különben is nagyon nehéz felállítani a sebészi beavatkozás pontos indicióját.

A gyomorvérzés eseteit következőképpen osztályozhatjuk:

1. Foudroyans vérzések, melyek halálos kimenetelűek.
2. Gyakran ismétlődő, nagy anaemiára vezető heveny vérzések.
3. Idült vérzések, melyek hosszabb idő alatt vezetnek vérszegénységre.

Foudroyans vérzés eseteiben ritkán kerül a sor műtetre, mert nem tudjuk kellő időben a műtőasztalra juttatni a beteget, tudniillik vagy elvérzik addig, vagy ha esetleg megáll a vérzés, ezért nem operáljuk. A másik két esetben is igen nehéz felállítani a sebészi beavatkozás indicióját. A heveny vérzések legtöbbször lefolyanak a nélkül, hogy a beteg életét fenyegetnék. Heveny vérzés esetén indikált lehet a beavatkozás akkor, ha a pulsus nagyfokú anaemia mellett igen szapora, s ha a vérzések rövid időközben gyakran ismétlődnek. Dieulafoy felállította a művi beavatkozás indicióját akkor is, ha vérzések után a vörösvérsejtek száma nagyon kevés. A felszólaló is végzett hasonló vizsgálatokat. Volt esete, melyben gyomorvérzés után a vörösvérsejtek száma 12—13 ezerre csökkent és a betegek mégis meggyógyultak művi beavatkozás nélkül. Véleménye szerint ezen alapon nem lehet a műtét indicióját felállítani. Hanem a művi beavatkozás indikált mindazon esetekben, a melyekben belgyógyászati kezeléssel nem lehet csillapítani a vérzést. Az igaz, hogy abszolút biztos kriterium nincs arra nézve, hogy mikor lehet a vérzést belgyógyászilag biztosan csillapítani. Itt az orvos individualizáló képességének van szerepe. Javalt a művi beavatkozás akkor is, ha a vérzés nem nagyfokú ugyan, de gyomorbeli szövődemények vannak, mint például pylorus-szűkület, vagy pedig gastritisis összenövés.

Herczel Manó: Javaltnak tartja a művi beavatkozást hosszan tartó, gyakran ismétlődő csekélyebb fokú vérzésekben is, a mikor a bélsárban a vér mindig kimutatható. Ilyenkor gastro-enteroanastomosis kell végezni; sok esete van, a melyben ily módon sikerült a vérzésnek gátat vetni. Nagyfokú acut vérzés esetén, ha a beteg nagyon vérszegény, szintén szükségesnek tartja a művi beavatkozást. Apodictikus tételt a művi beavatkozás szükségességének felállítása tekintetében felállítani nem lehet, minden eset külön bírálendő el.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

444/1909. sz.

A lemondás folytán megüresedett **gáborjáni körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A kör négy községből, Gáborján, Henczida, Szentpéterszeg, Vánosod nagyközségekből áll, mely községek a székhelytől 4—5 kilométer távolságra fekszenek és törvényhatósági közutakkal vannak összekötve.

Körorvos javadalmazása: az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében 1600 korona kezdőfizetés, természetben lakás, 200 korona utiátalány. A vármegye törvényhatósági közgyűlése által már megalkotott és jóváhagyás alatt levő szabályrendelet értelmében a következő látogatási díjak: a kör községeiben a beteg lakásán 1 korona 40 fillér, hivatalos kör látogatások alkalmával a látogatás díja 1 korona 20 fillér. Rendelési díj az orvos rendelő helyiségében 1 korona. Hét éven aluli gyermekek felét fizetik, éjjeli látogatások kétszeresen számítatnak.

A nem hivatalos napokon tett látogatások alkalmával ugyancsak a vármegyei szabályrendelet értelmében 40 fillér távolsági díj számítható fel az oda és vissza megtett út után.

Magánjellegű látogatások alkalmával, ha a látogatás időtartama az egy órát meghaladja, nappal minden eltöltött óra után 1 korona, éjjel 2 korona pótdíj számítható fel.

Tartozik a körorvos székhelyén a halottkémlést és esetleg a vágatási biztosi teendőket külön díjazás mellett végezni és magát általában a fennálló törvényeknek és rendeleteknek alávetni.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy oklevéllel és eddigi működésükről szóló bizonyítványokkal felszerelt kérvényüket hozzám legkésőbb **április hó 20.-áig** terjesszék be.

A választásról később fogok intézkedni.

A megválasztandó körorvos állását azonnal elfoglalni tartozik.

B e r e t t y ő ú j f a l u, 1909. évi márczius hó 29.-én.

Jezerniczky Dénes, főszolgabíró.

1068/1909. sz.

Jásznagykúnszolonok vármegye jászsági alsó járásában a kótelki és jászszentandrás **községi orvosi állások** megüresedvén, ezen állásokra ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állásokkal 1600 korona évi fizetés, a törvény által megállapított korpótlék, továbbá 500 korona lakbér vagy esetleg természetbeni lakás van összekötve.

Orvosi díjak a beteg lakásán 1 korona 20 fillér, az orvos lakásán 80 fillér, éjjel kétszerese. Hét éven aluliak ezen látogatási díjak felét fizetik a törvény szerint.

A halottkémlésért esetenként 1 korona. Úti díj 2 kilomertől kezdődőleg kilomertként oda-vissza 25 fillér.

Műtétéért a 135,000. sz. B. M. szabályzat IV. fokozatának legkisebb díjtétele jár.

Távolsági díjak: 2 km.-től 5 km.-ig 1 korona, 5 km.-en túl 2 korona, 10 km.-en túl 4 korona.

Felhívom a pályázni óhajtok, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket **f. évi április hó 24.-éig** hivatalomhoz annyival is inkább nyújtsák be, mivel később érkezett kérvények nem fognak figyelembe vétetni.

A megválasztott tartozik állását lehetőleg azonnal elfoglalni.

J á s z a p á t i, 1909. évi márczius hó 29.-én.

Cseh József, főszolgabíró.

A 38.540/909. sz. belügyministeri rendelet folyán a lipótmezei m. kir. állami elmegyógyintézetnél megüresedett **másodorvosi állásra** pályázat hirdették. Ezen állás 1600 korona évi fizetés, I. oszt. élelmezés (bor nélkül), egyelőre egy butorozott szobából álló szabad lakás, továbbá fűtés és világítás élvezetével van egybekötve.

Felhívtnak azon orvostudor urak, a kik a hirdetett állásra pályázni kívánnak, hogy egykoronás bélyeggel ellátott s keresztlevél vagy születési bizonyítvány, továbbá orvostudori oklevél és eddigi alkalmaztatásukról szóló egyéb okmányokkal felszerelt s a nagyméltóságú m. kir. belügyminister úrhoz czímezendő folyamodványaikat az alulirt igazgatóságnál **1909. évi április hó 30.-áig** nyújtsák be.

Budapest, 1909. évi április hó 3.-án.

2-1

*Budapest-lipótmezei m. kir. állami
elmegyógyintézet igazgatója.*

1119/909. sz.

A lemondás folytán megüresedett somogy megyei **nágoeci körben a körorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Felszólítom mindazon orvostudorokat, kik erre az állásra pályázni óhajtanak, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt képesítésüket, valamint az eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket **f. évi április hó 25.-éig** bezárólag alulirothoz annál is inkább küldjék be, mert a később beérkezetteket figyelembe nem veve.

A választást április hó 30.-án délelőtti 9 órakor Nágoec község községházánál fogom megtartani.

A kör, a székhelyet képező Nágoecson kívül Andocs, Miklósi, Kára, Szorosad és Törökkoppány községekből áll, azonban a megválasztandó a kör székhelye és községei tekintetében beállhat minden változást tűrni tartozik.

Miklósi, Kára és Szorosad lakossága németajkú, Nágoec felerészben németajkú, a többi község magyar.

Az állás javadalmai:

1. Az állampénztár által fizetendő 1600 korona törzsfizetés és négy, egyenként 200-200 koronás ötödéves korpótlék.
2. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelemében a megállapítás folyamatában lévő fuvarátalány, fuvar, látogatási, rendelési, halottkémlési és vágóbiztosi díjak.
3. Négy szobából és a szükséges mellékhelyiségekből álló természetbeni lakás.
4. A nágoeci uradalom alkalmazottjainak gyógykezeléséért évi 600 korona tiszteletdíj az uradalomtól.

Tab, 1909. évi márczius hó 26.-án.

2-1

Bernáth, főszolgabíró.

11.454. sz.

A diósgyőri m. kir. vas- és aczélgyárnál, Diósgyőr Gyártelep székhelyével újonnan rendszeresített **gyárorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással az állami vasgyárak és államvasutak hivatalnokai részére érvényben levő VIII. fizetési osztály 3. fizetési fokozata szerint 2300 korona évi fizetés, 200 korona fűtési átalány, természetbeni lakás és az üzleteredményhez képest változó, az évi fizetésnek körülbelül 45 százalékát kitevő jutalék élvezete van egybekötve.

Felhívom azon okleveles, egy évi kötelező kórházi gyakorlattal bíró orvosokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy okmányokkal (keresztlevél, oklevél-másolat, eddigi működésükről kiállított bizonyítvány stb.) kellően felszerelt kérvényeiket **f. évi április hó 30.-áig** alulirott gyárfőnökséghez nyújtsák be.

Az állást elnyerő orvos egy évi megfelelő próbaszolgálat után véglegesítettik. Diósgyőr, 1909. évi április hó 1.-én.

Diósgyőri m. kir. vas- és aczélgyár.

3-1

Fleischmann s. k., igazgatóhelyettes, gyárfőnök.

193/1909. sz.

A **gyergyószentmiklósi nyilvános jellegű megyei kórháznál** lemondás folytán megüresedett, élethossziglani kinevezéssel járó **rendelőorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állás 2000 korona évi fizetéssel, két szobából álló butorozott lakással, fűtés és világítás élvezetével javadalmazatik.

Felhívom a pályázni óhajtó orvostudorokat, hogy szabályszerűen felszerelt, Csik vármegye főispánjához czímezett kérvényeiket **f. évi április hó 30.-áig** alantirt igazgatóhoz küldjék be.

Gyergyószentmiklós, 1909. évi márczius hó 22.-én.

3-3

Dobribán Antal dr., kórházi igazgató.

A szabadalmazott osztrák-magyar államvasúttársaság Délmagyarországon Krassó-Szörény megyében fekvő bányái, kohói és uradalmainál Dognácskán egy **bányaorvosi állás** üresedésbe jövé, annak betöltése czéljából ezennel pályázatot hirdetek, megjegyezvén, miszerint az állás a kinevezés megtörténte után mielőbb, lehetőleg azonnal lesz elfoglalandó.

A szoban forgó banyaorvosi állás javadalmazása kettőezerötszáz (2800) korona évi tiszteletdíj és — beleértve a rendelési iroda fűtésére szolgáló 8 ürmétert — huszonhárom (23) ürméter fűtési faátalány.

Megjegyezzük még, hogy a dognácskai banyaorvos kerületéhez a nevezett községen kívül még Vaskó, Székás és Kalina községek is tartoznak, továbbá, hogy a banyaorvos magángyakorlatot is folytathat és ha ezt kéri, a társasági tisztviselői nyugdíjintézetének tagja is lehet.

A kellő okmányokkal felszerelt bélyegtelen kérvények legkésőbb **f. évi április hó 30.-áig** az alulirt igazgatósághoz (Budapest, IV., Egyetem-utca 1) terjesztendők be és azokban azon időpont is jelendő, melyben a pályázó kinevezése esetén az állást elfoglalhatná.

2-2

*Szabadalmazott osztrák-magyar államvasúttársaság
magyar bányái, hutái és uradalmainak igazgatósága.*

294/909. sz.

Járásí tisztorvossá történt kinevezés folytán üresedésbe jött kápolnokmonostori **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A körorvos kezelése alá tartozó egészségügyi keretbe a járást alkotó 19 kisközség van beosztva Kápolnokmonostor község székhelyével, hol gyógyszerház van, népes heti és országos vásárok tartatnak.

A körorvos javadalmazása 1600 korona törzsfizetés s a törvényhatóság által később megállapítandó lakbér, fuvarátalány és látogatási díjak.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy kellően okmányolt folyamodványaikat **f. évi április hó 28.** napjának délelőtti 10 óráig hozzám adják be, mert a később érkezőket nem veszem figyelembe.

A választás határnapját a pályázat lejártá után fogom kitűzni.

Kápolnokmonostor, 1909. évi márczius hó 28.-án.

3-2

Gajzágó Ernő dr., főszolgabíró.

36/1909. eln. sz.

A pozsonyi m. kir. állami kórházban **egy másodorvosi állás** megüresedvén, annak betöltésére a nagyméltóságú belügyminister úrnak f. évi márczius hó 1.-én kelt 33.430/VII. d) számú magas rendelete alapján pályázatot hirdetek.

Felhívom azon magyarhoni illetőségű orvos urakat, kik ezen 1600 korona fizetéssel, szabad lakással, fűtéssel, világítással és I. osztályú élelmezéssel javadalmazott ideiglenes jellegű, két évi időtartamra szóló állást elfoglalni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában megkívánt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt és a belügyminister úr ő nagyméltóságához czímezett folyamodványaikat **f. évi április hó 15.-éig** alulirothoz nyújtsák be.

Pozsony, 1909. évi márczius hó 26.-án.

2-2

Pantocsek József dr., igazgató-orvos.

295/1909. sz.

A **vármegyei közkórháznál** előléptetés folytán megüresedett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása 2000 korona törzsfizetés 400 korona lakpénz. Kinevezett a vármegyei nyugdíjintézet tagja. Pályázatok Bethlen Bálint gróf főispán úr ő méltóságához czímezve **f. évi április hó 20.-áig** hozzám beadandók.

Torda, 1909. évi márczius hó 24.-én.

3-3

Borbély Samu dr., s. k. igazgató-főorvos.

1222/909. kg. sz.

Bács-Bodrog vármegye újvidéki járásában Tiszaistvánfalva községben **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalom: 1600 korona évi készpénzfizetés. Továbbá a vármegyei törvényhatósági bizottság által megállapított lakpénz, látogatási, rendelési, mütéti, távolsági díjak, természetbeni fuvar. A szabályrendeletileg megállapított 40 fillér halottkémlési és hűsvégdíj díjak.

Felhívom pályázni óhajtókat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket hozzám **az 1909. évi április hó 25.-éig** nyújtsák be.

Ujvidék, 1909. évi április hó 6.-án.

2-1

Nikolits Izidor, főszolgabíró.

225/909. sz.

A temesvári Fehér-kereszt-egyesület szülészeti és nőgyógyászati osztályán a **segédorvosi állás** 1909. május hó 1.-ére betöltendő.

Javadalmak: 1600 korona évi fizetés, 2 szobából álló lakás az intézetben és teljes ellátás.

A magyar nyelv mellett a német és román nyelv ismerete feltétlenül szükséges. Román anyanyelvű orvosok a II.-od rendű bábatanítás érdekében előnyben részesülnek.

A magánygyakorlat nincs megengedve, azonban az intézettel kapcsolatos női sanatoriumban némi mellékjövdelemre lehet számítani.

A pályázatok a Fehér-kereszt-egyesület igazgató tanácsához intézve, czímemre küldendők be.

Temesvár, 1909. évi április hó 6.-án.

Taufner Jenő dr., osztályos főorvos.

Temesvár-Erzsébetkülváros, Begabalsor 11.

3334/1909. sz.

A pozsonyi kerületi munkásbiztosító pénztárnál lemondás folytán megüresedett **orvosi állás** betöltendő és pedig:

egy kerületi orvosi állás Pozsony városában 2400 korona kezdőfizetéssel s 600 korona lakbérrel. A fizetés ötvenként 400 koronával emelkedik, a lakbér a mindenkori fizetésnek 25 százaléka.

Pályázni óhajtók az 1907: XIX. t.-cz. 110. §-ában előirt minősítésen kívül ezen állásra való képesítésüket megfelelő okmányokkal és szolgálati bizonyítványokkal kötelesek igazolni.

A folyamodványokat **f. évi április hó 24.-éig** bezárólag az igazgatósághoz czímezve kell beküldeni.

A választás a pénztár igazgatóságának végleges átszervezéséig ideiglenes. Az állásra vonatkozó informatio Glaser Károly dr. pénztári főorvostól szerezhető be.

A megválasztott az állás május hó 1.-én elfoglalni köteles s a részére kijelölt kerületben tartozik lakni.

Pozsony, 1909. évi április hó 5.-én.

2-1

Somlyay Lajos, igazgató.

HIRDETÉSEK.



A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

kitűnő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

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

Rohitsch-Sauerbrunn

Stájerország. Vasút, posta és táviró.

3750

TELJESEN ÁTALAKITVA.

Karlsbad, modernül berendezett vizgyógyintézet. Styriabad, újonnan felszerelt szénsavfürdők. Kiváló gyógyhely gyomor-, bél-, máj- és vesebajok, székrekedés, aranyér, epekő, elhízás, czukorbetegség, köszvény, torok- és légesőhurut, szívbaj ellen. Karlsbad és Marienbadhoz hasonló gyógyforrások. Diaetetikai és telepkurák. — Kiváló ivóvízvezeték. — Villamos világítás. — Lift. — Modern osztorház. — Állandó gyógyzenekar a híres triesti vonós-négyes közreműködésével.

„Walther“-féle Elixir Condurango peptonat.

„Immermann“.

Kiváló stomachicum.

Kifünő hatásúgk elismerve mindennemű gyomorbántalonnál, emésztési zavaroknál, dyspepsiánál stb. Ajánlva számos hírneves szaktekintély által.

Stöhr titkos tanácsos, Kissingen a következőket írja: „... A mindennapos praxisban a lehető legnagyobb becsű, különösen öregebb egyéneknél és olyanoknál, kik idült bajban szenvednek.“

6759

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

— Irodalom és próbáltvegek mindenkor szívesen állnak rendelkezésre. —

Egyedüli készítő

F. WALTHER, Chem.-pharm. Laboratorium

STRASSBURG, Elsass, Rheinzelgelstr. 12

Nagybani raktár Magyarország részére **Török József** gyógyszerésznél Budapesten.

EGGER EMULSIÓ

KITÜNŐ CSUKAMÁJOLAJ KÉSZÍTMÉNY

FÜRDŐORVOSI ALKALMAZÁST

hajlandó a nyári évadra egyetemi tanárségéd elfogadni. Ajánlatokat „Elsőrangú Praxis 2873“ jelige alatt Haasenstein és Vogler, Budapest, Dorottya-utca 9 továbbít. 7117

Természetes forró-meleg kénes forrás **a Thermál-szálloda** földszintjén.
Iszaporogatások, kő- és kádfürdők **a Nagyszálloda** földszintjén.

Gondos pensió. A téli fürdőévadra vonatkozó felvilágosítás végett forduljon **a budai Szent-Lukácsfürdő igazgatóságához.**

MARGIT GYÓGYFORRÁS

(BEREGMEGYE)

a gyomor, belek, húgyhólyag s különösen a légzőszervek hurutos bántalmainál igen jó hatású még akkor is, ha vérzések esete forog fenn.

Megrendelhető: **Édeskuty L.**-nál Budapesten és a forrás kezelőségénél Munkácson. 7065

Liq. Gude

MANGAN-VAS-PEPTON GUDE

Liquor mangano-ferri peptonat. Gude.

több mint 10,000 orvos által legjobb vérvépző szernek elismerve,

készíti: **1890** óta.

Dr. A. Gude & Co., G. m. b. H. LEIPZIG.

Magyarországi főraktár: **Dr. Rosenberg Sándor** „Güllag“-gyógyszertára, Budapest, VIII., Rákóczi út 39. (József-körút sarkán.)

Fogorvos uraknak!

Megyeszékhelyen, a főtéren, hol 30 évig fogorvos működött,

a ház eladó.

Részletes felvilágosítást nyújt a „Reklám Hirdető Iroda“ Budapest, VIII., Bérkocsis-utca 18. 7160



„Califig“

a sanfranciscói California Fig Syrup Co. cég

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.

Saison május 1-től szeptember végéig.

Badgastein

Május, június és szeptemberben lényegesen mérsékelt szobaárak.

Tauernvasut, Salzburg.

A világ legradioaktívabb hőforrása, a forrás hőmérséklete 49° C. Tengeri magasság 1012 méter. A legrekebb hegyek közepette, szélmentes fekvés. Kifünő hatású az agykor bántalmainál, idegbántalmak, neuralgiák (ischias), neurasthenia, functionális neurosisok, paralysis (apoplexia), tabes, köszvény, rheumás bántalmak, vese- és hólyagbántalmak (prostatabajok), különféle női betegségek, valamint valamennyi kimerültségi és gyengeségi állapotok ellen. Legkényelmesebb lakás 60 szállodában és lakóházban, thermal-fürdők minden házban; ivókurák és berendezések a forrás gözének használatára.

Értesítéseket és prospektusokat küld a Gyógybizottság (Kurkommission).

Thermal-forrás szétküldés **MATTONI HENRIK** által WIEN. 7133



Pezsgő oxigén-fürdők.

Hatásuk: Az ütélrölkések számának és a vérnyomásnak csökkentése és szabályozása, a diuresis fokozódása. A Haemoglobintartalom fokozása. A központi és körzeti idegrendszer megnyugtatása. Az alvás megjavítása. Oxigén belégzése fürdés közben.

Javallatok: Szív- és érbetegségek. Arteriosclerosis. Nephritis. Működési és szervi idegbajok. Rheumatizmus. Asthma. Gümőkór. Hőghurut. Szívgyengeség. Heveny fertőző bántalmak után. Általános gyengeség. Klimakterius zavarok.

Megvizsgálva és ajánlva Winternitz, Senator, Brieger, Kétly, Rieder, Sommer és mások klinikáiból kikerült dolgozatok részéről.

Alkalmazás: Minden kádban a használati utasítás szerint: a dobozban lévő poroknak a fürdővízbe (kb. 34 C.) való behintése útján. 3-4-szer hetenként egy Ozetfürdő.

Ár: 3 kor. 25 fill. (6 fürdőtől kezdve). Minden gyógyszerárban és drogeriában kapható. Ép úgy a főraktár útján. 10 Ozetfürdő = 1 postacsomag. Orvosoknak és intézeteknek árengedmény.

Irodalom rendelkezésre áll.

L. ELKAN, BERLIN O., Raupachstrasse 212.

„Bayer” **CONTRATUSSIN** „Bayer”

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

Kérelem az orvos urakhoz!

A Magyar Ásványvíz Forgalmi és Kiviteli Részvénytársaság (Budapest, V., Bathory-utca 5. szám) az igen tisztelt Orvos Uraknak készséggel nyújt díjtalanul alkalmat, hogy az általa forgalomba hozott természetes, magyar gyógyásványvizeket személyes fogyasztás által megismerhessék.

Kérjük az orvos urakat, győződjenek személyesen meg arról, hogy alig van külföldi gyógyvíz, mely magyar vizeinkkel pótolható ne volna.

Díjtalan próbaküldemények nálunk megrendelendők. Azokat minden városban raktárosunk által fogjuk kiszolgáltatni. Ha valahol ásványvizeink még nem tartatnának, kérjük az orvos urakat, hogy az illető városban vagy községben nekünk egy megbízható kereskedőt, a ki vizeinket árúsítani hajlandó, megnevezni szíveskedjenek.

Egy liter víz ára Budapesten palaczkésere mellett:

Borszéki főkút...	28 fillér	Felsőrákosi Mária...	28 fillér
Borszéki Boldizsár-kút.	28 "	Hargitaligeti	28 "
Borszéki Kossuth-kút	28 "	Horgász	28 "
Bodoki Matild	28 "	Kászoni Salutaris	28 "
Baross	28 "	Répati	34 "
Boholti	28 "	Székely-selters	28 "
Borhegyi	28 "	Sztojka	34 "
Előpataki	34 "		

BAD HALL

Felső-Ausztria. I-ső rangú jód-sófürdő.

Európa legrégebb és leghatásosabb jódforrása. — Női betegségek, izzadási nyak, idült gyulladások, gümőkór, szerzett vagy öröklött syphilis és annak következményei közzvény, csúsz stb. ellen.

!! A legmodernebb gyógyeszközök !!

Saison május 1.-étől augusztus 31.-ig. :: Felvilágosítást nyújt ::

A fürdőkezelőség.

Dr. v. Gerstel sanatoriuma télen át is nyitva.

Báznai VICTORIA-jódsó

Victoria jód- és brom-forrásának nagy gondal előállított jódsó-terméke.

Az első és egyedüli magyar forrás-termék.

Báznai Victoria-jódsó

az erdélyi báznai jód-brom-sós forrás nagy gondal előállított terméke. Kiemelendő ezen jódsó tulajdonságai közül, hogy jód-tartalmát illetőleg csupán a legkiválóbb külföldi jódsók tudják megközelíteni, tehát azon betegségeknel (syphilis, gümő- és görvélykór, izzadási nyak, a női és férfi húgy- és nemi szervek megbetegedései, bénulások, a légzőszervek chronikus, hurutos betegségei), melyeknél jódsókat akár házi fürdők, akár elpárolva belégzések céljaira használni szoktak, közönségünk nem szorul többé külföldi jódsókra (darkau, zablaczi), egyrészt mert azok gyógyhatás tekintetében a báznai Victoria-jódsónál nem jobbak, másrészt azok drágák, míg a báznai Victoria-jódsó olyan olcsó árakért kapható, hogy azt céljaira még a legszegényebb társadalmi osztályok betegéi is bátran használhatják.

Ismertető füzeteket megkeresésre küld a főraktár.

Budapesten kapható 1, 4 és 5 kilogrammos ládákban.

1 láda à 1 kilogramm	1 kor. 80 fill.
1 " à 4 "	6 " 80 "
1 " à 5 "	8 " 50 "

Kizárólagos főraktár:

ÉDESKUTY L. CSÁSZÁRI ÉS KIRÁLYI

BUDAPEST, V., Erzsébet-tér 8.

SYR.HYPOPHOSPHIT.COMP.D-EGGER

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

Idegbetegségeknél és neurastheniánál

már 1900 óta legjobb sikerrel alkalmaztatik

Syrupus Colae compos. „Hell“.

Kiváló kolakészítmény, mely meglepő hatású működési idegbántalmak, neurasthenia és kimerültségi állapotok kezelésében; már több mint 200,000 betegnél kitünően vált be és az összes országok orvosainál általános elismerésnek örvend.

Dr. Eulenburg tífkos tanácsos cikkében „a neurasthenia kezeléséről“ a „Therapie der Gegenwart“ 1908. évi 8. számában határozottan „Syrupus Colae comp. Hell“-re történik utalás. Kimerítő klinikai értekezéseket és kb. 300 rövidebb orvosi szakvéleményt tartalmaz az 1908. évi februárjában már 2 kiadásban megjelent gyűjtőreferátum, melyet kívánatra mindenhová ingyen és bérmentve küldünk.

Diabetesek számára a syrup helyett **Pilulae Colae comp. Hell** minden szénhidráttól menten állítatnak elő.

6295

Egy pilula egy kávéskanálnyi syrup leghatásosabb alkotórészeit tartalmazza.

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

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

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

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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 Babarcezi Schwartzler Ottó és Moravesik Ernő Emil szerkesztésében 3-4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Haberern Jonathan Pál és Ilyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Mutschenbacher Tivadar: Közlés a budapesti k. m. t. egyetem 2. számú (Réczey Imre udv. tanácsos, tanár) sebészeti klinikumáról. Adatok a strumák kórtanához 182 eset alapján. 285. lap.

Róth Miklós: Közlés a magy. kir. tudományegyetem I. számú belklinikájáról. Igazgató: báró Korányi Frigyes dr. ny. r. egyetemi tanár. A Cammidge-féle pankreas-reactionról. 287. lap.

Áldor Lajos: Közlés a magy. kir. államvasutak betegsegélyzőpénztárainak Karlsbadban fentartott gyomor- és béltetegosztályáról. Adatok a gyomornyálka-elválasztás kórtanához. 290. lap.

Kóssa Gyula: A régi magyar orvosnövendék. 292. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Útmutató a baleseti sérülések körüli orvosi eljárásokban. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Etienne és Parisot:* A

hypophysis-kivonat okozta érelváltozások. — *Rolly és Meltzer:* A magas láz jelentősége fertőző betegségeken. — *Belorostan. Noorden:* Az elhajosodás különböző alakjai. — *Idegkórtan. Klippel és Lhermitte:* A tabes orrkriézis és felismerése. — *Sebészet. M. E. Lee:* Az aethylchlorid mint általános anaestheticum. — *Kulbs:* A szív tájra ható tompa ütéseknél a szívre való hatása. — *Meyer és Atréiner:* Typhusos pyonephrosis. — *Enderlen:* Aneurysma arteriale ideális operatiója. — *Börkórtan. O. Ehrmann:* A szurokkal dolgozó munkások ipari bőrbajai. — *Venerés bántalmak. W. Schürmann:* A syphilisnek színreactióval való kimutatása. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Frank E. Tylecote:* A kanyarónak jókor való felismerése. — *Strauch:* Diplosa. 294-296. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 297. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 297. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 298-302. lap.

Melléklet. F. Hoffmann-La Roche & Co. ezég „Sirolin-Sulfosot-szörp” prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a budapesti k. m. t. egyetem 2. számú (Réczey Imre udv. tanácsos, tanár) sebészeti klinikumáról.

Adatok a strumák kórtanához 182 eset alapján.

Írta: *Mutschenbacher Tivadar* dr., klinikai műtő.

Strumának nevezzük a pajzsmirigynek (glandula thyroidea) megnagyobbodását, mely vagy mekkorasága, vagy természete (rosszindulatúság stb.) által okoz a betegnek kellemetlenségeket. E kellemetlenségek légzési, nyelési nehézségekben, vagy keringési és beidegzési eltérésekben állhatnak és azokat gyűjtőnéven: *thyreoidismusnak* nevezzük.

Mikulicz és Reimbach (Über Thyreoidismus bei einfachem Kropf) a breslauer klinikán 117 egyszerű struma esetében. Basedow- és malignus struma kizárásával, igen pontos észlelést végzett a strumák okozta melléktünetekről.

48 esetben egyáltalán nem voltak melléktünetek, vagy pedig csak a szomszédos szerveknek egyszerű összenyomatása állott fenn. 69 esetben pedig oly tüneteket találtak, amelyek valamely összenyomatástól függetlenül, csak a pajzsmirigy fokozott működésére vezethetők vissza.

1. *Szopora pulsus* (körülbelül 112 percenként) igen gyakran fordult elő részben dyspnoë és szívántalmak kíséretében, vagy azok nélkül is. Ebből következik, hogy az állandó pulusszám-emelkedésnek kisebb foka még nem körjellemző a Basedow-strumára.

2. *Exophthalmust* 14 esetben találtak, de csak kis fokban; nagyobb fokú exophthalmus csak Basedow-struma eseteiben fordult elő.

3. *Idegés tünetek*, úgymint nyugtalanság, ingerlékenység, ideges szívdobogás, angina pectoris, kézremegés, fejfájás, szédülés gyakran voltak jelen a legkülönbözőbb combinációkban.

A pajzsmirigy a nyak elülső oldalán a gége és a légeső felső harmadának magasságában patkó alakban fekszik. Középső, összekötő része (isthmus) a légesővön, a 2., 3. és 4. porcgyűrűn van elhelyezve, két oldalsó szarva (cornua) pedig egymástól szétterőleg

kifelé, felfelé és hátrafelé emelkedik, elülső szélével a gyűrű- és pajzsporcot, külső szélével pedig a nyaki nagyereket érintve. Az isthmus helyén gyakran, átlag minden harmadik emberen, egy középső harmadik lebeny (processus pyramidalis) található, mely néha felfelé a nyelvcsont irányában, máskor meg lefelé a 6., 7. porcgyűrűig nyúlik. Az is előfordul, hogy az isthmus hiányzik, vagy hogy csak az egyik oldali lebeny van meg. Emberben a pajzsmirigy teljes hiánya a ritkaságok közé tartozik. Gyakran találunk a nyelvcsont környékén, vagy még mélyebben borsó-babnyi nagyságú lefűződött mirigyrészeket, úgynevezett *parathyreoidéákat*.

A pajzsmirigy ezen helyzetében különböző lágy képletek rögzítik. Elülső felszínén izmok futnak; ezek a m. sternothyroideus, m. sternohyoideus, m. omohyoideus. Oldalsó felszínén a m. sternocleidomastoideus fekszik. A mirigynek tulajdonképeni rögzítését azonban rövid kötőszöveti rostok eszközlik, melyek egybeszővődve a mirigyet burkoló és a mirigy állományába hatoló kötőszöveti rostokkal, a mirigy isthmusos részén három szalagot alkotnak; úgymint: a *ligamentum thyroideum mediale* és a két *ligam. thyroideum laterale*. A pajzsmirigy igen dús érhalozat, még pedig úgy verőeres, mint gyűjtőeres hálózat veszi körül. Négy állandó és egy járulékos verőér táplálja: két arteria thyroidea superior és a két arteria thyroidea inferior. Az előbbieket a carotis externából, az utóbbiak az arteria subclavia truncus thyroocervicalisából erednek. A járulékos verőér: az arteria thyroidea ima, hol az arcus aortae-ből, hol pedig a truncus brachiocephalicusból ered. A dús gyűjtőérhálózat részben a vena jugularisba, részben pedig a vena anonymába viszi a vért.

Az idegek közül, melyek e tájékban fekszenek, sebészi szempontból legfontosabb a *nervus recurrens vagi*, mely jobb oldalon a subclavia, bal oldalon pedig az arcus aortae körül fut, majd felszáll, a trachea és oesophagus mellett számos ágacskaat adva le (rami tracheales et oesophagei). Rendesen 3-4 ágat bocsájt a pajzsmirigy állományába az arteria thyroidea inferior ágai mentében, ezek az ágak anastomozálnak a sympathicus ramus cardiacusával. Az arteria thyroidea inferiornak és n. a recurrensnek egymáshoz való viszonya tehát nem állandó. Az ideg vagy a verőér törzse előtt, vagy mögötte, vagy közöttük fekszik. A normális pajzsmirigy

szöveti szerkezetében corteiális és medulláris állományt különböztetünk meg. A mirigy az életkor előhaladásával normális viszonyok között egyre vesztit nagyságából. Általánosságban súlya 30—70 gm.-ra tehető. Újszülöttben a mirigy általában nagyobb, mint felnőttben, hasonlóképpen nőkben erősebben kifejlődött, mint férfiakban.

A pajzsmirigy élettani funkciója még nincs minden kétséget kizáróan eldöntve; valószínűleg a fej vértartalma számára mint vérszabályozó szerv működik és fontos kiválasztó szerepe van a vér minőségére és a vér mennyiségére gyakorolt hatása miatt. Schiff állítása szerint a pajzsmirigynek fontos szerepe van a központi idegrendszer táplálásában.

A pajzsmirigy működésére vonatkozó biztos adatainkat azon állatkísérletek adják, melyekben a mirigy teljes kiirtása után a következményes tünetek észlelhetők voltak. Emlős állatokon és főképpen húsevőkön a pajzsmirigy teljes kiirtása görcsökkel járó súlyos megbetegedésre (tetania) és halálra vezetett. Ezek a következmények közvetlen kiesési tünetek és nem valamely ideg sértésének következményei. Bizonyítja ezt azon körülmény is, hogy ha a mirigynek bármily kis részlete, egy járulékos pajzsmirigy vagy parathyreoidea visszamarad és a mirigy működését átveszi, ezen kiesési tünetek elmaradnak.

Az a pajzsmirigyminimum, melyre a szervezetnek szüksége van, úgy az állatokban, mint az emberben igen különböző és individuális. Néha azt látjuk, hogy apró mirigyrestmaradékok elégségesek, néha pedig nagyobb darabok sem elegendők. Ebben más külső körülményeknek, úgymint kor, általános testi állapot, terheség stb. nagy szerepük van (Halstead). Némelykor a teljes mirigykiirtás káros következményeinek keletkezését meg lehet azzal akadályozni, hogy a kiirtott mirigyvet a test más részébe átültetjük; ha ez a mirigydarab az illető helyen megtapad, akkor a normális fiziologiás feladatát azon a helyen is teljesíti a szervezet számára (Eiselsberg).

A pajzsmirigynek egyik fontos feladata valószínűleg abban áll, hogy a vérben keringő bizonyos mérget ártalmatlanná tesz. Tracheusky állítása szerint a pajzsmirigy szoros vonatkozásban van a szervezet phosphat-tartalmával, a mennyiben ő neki sikerült phosphatok adagolásával a pajzsmirigy atrophiját előidézni. Újabb időben Notkin, Baumann, Fränkel és Goldmann a pajzsmirigy váladékából hatékony anyagokat izolált, melyek közül a legfontosabb a Baumann által izolált thyrojin. Ez organikus vegyület, melynek alkotórészei között 10% jód és fél százalék phosphor található. Baumann és Goldmann vizsgálatai szerint a thyrojin vagy jodothyrin a specifikusan ható alkotórész a pajzsmirigyben, adagolása által a kiesési tünetek elkerülhetők.

A struma (golyva) néven nevezett pajzsmirigymegnagyobbodás endemikusan, epidemikusan és sporadikusan keletkezhet. Aetiologiája még homályos.

Némely helyen endemikusan keletkezik és keletkezése ezen vidékekhez van kötve, elannyira, hogy az ilyen vidékekre kerülő nagyobb tömegeken (katonák, nevelőintézetek növendékei stb.) egyszerre, hirtelen keletkezik a pajzsmirigynek megnagyobbodása; ilyen értelemben struma-epidemiáról beszélhetünk.

A golyva igen ritkán veleszületett, rendszeren szerzett. Veleszületett strumát csak az úgynevezett „golyvás“ vidékeken találunk golyvás szülők gyermekeiben.

A női nemből a struma sokkal gyakrabban fordul elő, mint a férfiben. Baillarger, Schrötter, Rotter és Wölfler körülbelül egyformán úgy találta, hogy 46 strumás férfira 84 strumás nő esik.

* A 2. számú sebészeti klinikának 1894-től 1908-ig felvett 182 strumás betege közül 43 férfira (24%) 139 nő (76%) esett.

Annak okozójául, hogy a női nemből ilyen túlnyomó nagy számban fordul elő a struma, felemlítik: a szüléssel, a terhességgel és a menstruációval járó vérkeringési változásokat; egyes specifikus munkákat, például nehéz terheknek a hátán való viselését; végül azon körülményt, hogy a nők általában túlnyomóan a vizet használják csaknem kizárólagos italuknak.

Lücke a pajzsmirigy megbetegedéseiről írott monographiájában Európára nézve a strumamegbetegedés geographikus elterjedtségének centrumául az Alpese vidékét mondja. Távlati zónákat képviselnek kisebb számú megbetegedéssel a Pyrenaeusok, a Kárpátok, a thüringiai hegységek, a Harz, az Érczhegység és az Óriás-

hegység. Ezek a helyeken, kiváltképen a szűk völgyekben és a folyók árterületein található endemikusan a strumák. Ilyen helyeken nem ritkán látjuk, hogy egyes családokban a struma öröklődő megbetegedés.

Azoknak a vérkeringési változásoknak, congestióknak, melyek a nyak vérkeringésének megváltozásával járnak, nagy szerepük van a strumák létrejöttében. Ilyenek: a hegymászás, különösen a vállon vagy fejen vitt teherrel; a hátraszegzett nyakkal való dolgozás, nehéz terhek emelése, megerőltető éneklés, fúvó hangszerek fújása. Physiologiás vérteltsége van jelen a pajzsmirigynek a menstruatio és terhesség alkalmával.

Az ivarérés jelentkezése a nőknél még túlnyomóbbá teszi a strumák előfordulását. Ez is bizonyító körülmény a mellett, hogy a menstruatio golyva kifejlődésében szerepe van.

A klinikumon kezelt 182 strumás beteg közül csak 24, vagyis 13% volt a pubertáson aluli korban, míg 158, vagyis 87% volt a pubertáson felüli korban.

Gyakran egymás után ismétlődő terhességek, valamint nehezebb szülések igen elősegítik a struma kifejlődését, különösen arra hajlamosabb egyéneken. 139 strumás nőbetegünk közül sokban találjuk a kórelőzményben a nehéz szülést mint a struma létrejövésében szereplő kórokozót említve.

Freund és Hurten vizsgálatai szerint közvetlenül a szülés alatt és után a pajzsmirigy erősen meg szokott nagyobbodni, miért is szerintük a bábák figyelmeztetendők, hogy a szülő nő nyakát kendővel körülesavarják és a kitolási időszak alatt a nyak hátraszegését eltiltsák.

Némely fertőző betegség után a pajzsmirigy erősen megnövekedik, de viszont lázzal járó betegségekben (pneumonia, typhus) gyakran a struma visszafejlődését látjuk épen úgy, mint ezt néha a rosszindulatú daganatokon, különösen a sarkomán látjuk (Lücke).

Ezektől az említett sporadikus esetektől eltekintve leggyakrabban endemikusan fordul elő a struma olyan helyeken, hol az előfordulását már századok óta észlelik; és ugyanezen helyeken fordul elő a cretinismus is. Ezek a helyek a diluviális és alluviális kőzetek vidéke, míg strumáktól leginkább mentes a trias kőzetek vidéke.

Az ilyen endemikusan előforduló strumák kórokozóját a talaj, a víz és a levegő sajátságos összetételében keresték. E tárgyban igen számos és kimerítő vizsgálat történt. Egyesek a levegő túlságos oxygentartalmát, mások oxygenszegénységét vették fel a baj okozójául. Ismét mások a talajban, vagy az ivóvizben foglalt miasmának tulajdonították, épen úgy mint a malaria keletkezését. A talajban a magnestartalmat, a vízben a jód hiányát vették fel okul. Kocher vizsgálatai szerint kiváltképen a kőzetek szerves fertőzőtsége szerepel mint kórokozó; az ilyen kőzetekből fakadó talajvíz qualitativ tulajdonságai megváltoznak, úgy hogy az úgynevezett golyvás vidékeken találunk „golyvaforrásokat“, a melyeknek vizét tengerimalaczbba feeskendezve, a pajzsmirigy megduzzadását észleljük (Tavel).

Kocher, Tavel, Bircher és Wölfler vizsgálatai kimutatták, hogy a víznek ásványos alkotórészei alárendelt szerepet játszanak az organikus alkotórészekkel szemben, tehát a régebben okolt, úgynevezett „kemény víz“ nem szerepel a baj létrehozásában. Kiviláglik ez azon kísérletekből is, melyek szerint az úgynevezett golyvás vidékeken a kutak vizét felforraltva, minden káros következmény nélkül ihatjuk.

Carrison a Kashmir vidékén endemikusan előforduló golyvák végzett kísérleteiből arra a következtetésre jutott, hogy a golyva fertőzőes természetű és általános megbetegedés, melynek oka valószínűleg a bélben van és hogy a pajzsmirigy duzzadása csak egy kimagszó tünete, olyan, mint sok fertőzőes betegségben a lép duzzanata.

Ezen okból Carrison ilyen esetekben thymolt és más bél-antisepticumot adagolt, állítólag feltűnő jó eredménnyel.

A klinikánkon észlelt 182 eset közül hegyvidéken lakó beteg volt 55, azaz 30%, sík és dombos vidéken lakó beteg volt 127, azaz 70%. A hegyes vidékekről származó betegek túlnyomó része az északnyugati Kárpátokról, a sík vidékekről való túlnyomó része pedig a Dunántúlról: Győr, Vas, Veszprém, Komárom, Sopron, Zala és Fehér megyékből való. A betegekről felvett kórelőzmények legtöbbjében a kórelőzményben felemlítve találjuk a betegeket

nek azon bemondását, hogy falujokban vagy családjukban másoknak is van hasonló golyvájuk.

A strumák kórtani szempontból legtöbbször az adenomák csoportjába sorolhatók, a mennyiben a mirigy epitheliális elemeinek hyperplasiájáról van szó. Ezek az adenomatosus golyvák további sorsukban regressiv metamorphosisoknak vannak alávetve, különösen colloid vagy cystosus, fibrosus és hyalin degenerációnak, vagy végkimenetelben elmeszesedésnek.

Úgy klinikai képük, mint pathologiai természetük szerint megkülönböztetünk jó- és rosszindulatú strumákat.

A strumák nagysága különböző lehet. Alig tapintható göbök-től emberfejnyi daganatokig változik. A klinikumunkon műtett strumák: tyúktójás—kis alma nagyságtól (által. 100—150 gm.-tól) gyermekfejnyi nagyságúak (maximálisan 1200 gm.) voltak. A jobb lebeny gyakrabban volt megnagyobbodva, mint a bal.

Schranz vizsgálatai szerint az egyoldali golyvák túlnyomóan jobboldaliak. A jobboldal gyakoriság szerint úgy aránylik a bal oldalhoz, mint 5 : 1.

A klinikumon kezelt strumák minőségük szerint a következő arányban oszlottak meg:

1. *Struma parenchymatosa* volt 155. Ezekben a mirigy diffus hypertrophiája az egész mirigyre terjedt ki. A mirigy a normális contourjait nagyjában megtartotta és a megnagyobbodás túlnyomó számban az egyik (jobb) lebenyben volt észlelhető. Számos kiirtott daganaton láttuk, hogy a folliculusok tágultak és bennük barnás nyúlós colloidyszerű anyag van felhalmozódva. A diffus hypertrophiának ezen alakjait *struma colloides diffusa*-nak nevezzük. (Egy esetben emberfejnyire megnőtt *struma colloides* láttunk.) A külsőleg is kitapintható erősebb lüktetése a daganatnak mindenkor tágult erekkel bíró úgynevezett *struma vasculosa* tünetének bizonyult.

Nem ritkán már a műtét előtt kitapintható kemény göböket érezünk a strumákon. Ezek a bemetszés után egyes helyeken társágosan kifejlődött folliculáris hypertrophiának és megszaporozott mirigyállománynak bizonyultak, itt-ott meszes góczokkal. Ezeket az alakokat *struma parenchymatosa nodosana*-nak nevezzük.

E. Sehrt Kraske freiburgi klinikájáról közölt 28 eset közül 14-ben talált a kötőszöveti strumában elmeszesedést és 5 esetben valódi esontgócokat. Vizsgálatai alapján arra a következtetésre jutott, hogy a esontképződés a strumában nem oly ritka jelenség, mint régebben állították.

2. *Struma cystica* volt 17. Ezek az alakok egyenletes, kerek alakjuk, puha hullámzó tapintatuk miatt kivétel nélkül már klinice is kórjelezhetők voltak. Ezen cysták létrejötte a kivett készítményekben többféleképpen volt magyarázható. Láttunk valódi cystákat, melyek egyes folliculusok kitágulásából és több ilyen folliculus összeolvadásából keletkeztek. És láttunk álcystákat, melyek regressiv metamorphosisok, szövetellágyulás és szövetelhalás, vagy vérzés folytán keletkezettnek voltak mondhatók. Ha a cysták a daganat külső felületén, puha rugalmas göbök alakjában tapinthatók, *struma cystica nodosana*-ról szólunk.

A cystafalak különböző vastagságúak voltak. A frissen képződött, apró folliculáris cystáknak a fala vékony és szakadékos volt, gyakran a műszerrel való érintéskor megpukadt; míg más esetekben, különösen a nagyobb egyrekesű cysták falában vaskos kérge-sedést, sőt elmeszesedést találtunk.

A cysták tartalma hol állásztiszta, nyúlós, csokoládébarna colloid, hol vérezéstől és detritustól zavaros állásztalan folyadék volt.

A statistikánkhöz hasonló statistikáról számol be Closs is, ki 106 operált eset közül 89 esetben talált parenchymatosus strumát, 12 esetben cystikus strumát, 5 esete eldöntetlen. Az ő eseteiben ugyancsak gyakrabban volt a jobb lebeny megnagyobbodva, mint a bal.

3. *Struma maligna* 5 esetben került észlelés alá. Ezek közül két beteg műtét nélkül megfuladt. Ezek síma felszínű, erősen érzett, rendkívül gyorsan növekvő sarkomák voltak. A másik három esetben lágyulós, nekrosisos góczokkal és helyenként colloiddal töltött ürökkel behintett, puha tapintatú adenocarcinomákkal volt dolgunk.

4. *Basedow-struma* egy esetben volt észlelésünk alatt.

5. Ugyancsak egy esetben operáltunk recidiv strumát. A betegnek már felvételekor laryngeus-hűdése volt.

6. *Strumitis* három esetben fordult elő; a *therapia anti-phlogistikus* kezelésben, illetőleg a tályog megnyitásban állott.

A strumitis keletkezéséről főképen Tavel vizsgálatai adnak felvilágosítást. (Über die Aetiologie der Strumitis, Basel. 1892.) A strumák közül strumitis keletkezésére kiváltképpen a folliculáris és cystosus alakok hajlamosak. Mint praedisponáló momentumok szerepelnek: közvetlenül a strumára ható trauma, congestio és meghülés. Bár ez utóbbi praedisponáló momentumot sokan nem akarják elfogadni, mégis tagadhatatlan, hogy a meghülés a legtöbb esetben az oka a légutakon keresztül történő resorptiós fertőzésnek.

A strumitis létrejöttének tulajdonképeni oka vagy valamely sérülés, vagy pedig valamely általános fertőzés, a mely metastasisos úton a pajzsmirigy meglöbösödéséhez vezet. Mindenféle fertőzőes betegség lehet a strumitis oka: gastroenteritis, bronchitis, typhus, pneumonia, febris puerperalis, angina, osteomyelitis acuta infectiosa. És így specifikus mikroorganizmust ne keressünk, mert hol typhusbacillust, hol streptococcus lanceolatust, hol streptococcus pyogenest, hol staphylococcus pyogenest, hol bakterium coli communet találunk. Köztudomású, hogy a parotitis, a hólyagos himlő és a malaria az egészséges pajzsmirigyben is okozhat gyuladást. Úgyszintén syphilis és tuberculosis is — bár ritkán — előfordulhat a pajzsmirigyben. (L. II. magyar sebész-congressus. Schiller Károly. Gümös tályog a glandula thyreoideában.)

Külön említést érdemel egy idegen test a strumában, mely az 1894. évben került észlelésünk alá. Az illető betegnek férfikölymi jobboldali strumája volt, melybe felvétele előtt egy évvel, állítólag azon czélból, hogy a golyvája megkisebbedjék, varró-tűt szűrt.

Abnormis elhelyeződésű volt a struma két struma aberrans-esetünkben, midőn a jobb állalatti tájékból irtottunk ki egy-egy tyúktójásnyi strumát, melyek mikroskopicusan is konstátálhatóan pajzsmirigystruktúrával bírtak. A műtét alkalmával a daganatok a pajzsmirigytől teljesen lefüződöttnek találtattak, a mennyiben sem eres, sem kötőszövetes szalagot, mely a miriggyel való összefüggést mutatta volna, nem találtunk.

Substernális, illetőleg részben intrathoracális elhelyeződésű struma-esetünk négy volt.

(Closs-nak már fennebb említett statistikájában 106 eset közül 60 esetben volt a struma substernális.)

Mind a négy betegünkön a struma okozta melléktünetek kifejezettek voltak (tachycardia, exophthalmus, rekedt hang). Szöveti szerkezetük szerint ezek a strumák mind jóindulatúak voltak és eltekintve a tokban futó tágult erek-től, semmi különös, a mellüri golyvákra jellemző szöveti kriteriumot sem találtunk. Ez megerősíti Verebély azon állítását (Adatok a pajzsmirigy és parathyreoideák kórtanához), hogy az intrathoracális vagy substernális fekvés mint olyan nem elősegítője a golyvák rosszindulatú elfajulásának.

(Vége következik.)

Közlés a magy. kir. tudományegyetem I. számú belklinikájáról. Igazgató: báró Korányi Frigyes dr. ny. r. egyetemi tanár.

A Cammidge-féle pankreas-reactióról.

Írta: Róth Miklós dr., klinikai gyakornok.

A functionális diagnostika a pankreas megbetegedéseiben is fontos szerepre jutott. Míg azelőtt az anatomiailag oly komplikáltan fekvő szervnél csak a fizikális vizsgáló módszereket vehették igénybe, Bright óta a zsírszéklet, a glykosuriát, az azotorrhoeát, a megbetegedett mirigy kiesési tüneteit is kellő figyelemre méltatják. Az újabb vizsgálatok pedig mindinkább lehetővé teszik a korai kórjelzést; a Sahli „glutoid“, a Schmidt-féle „Säckecken“-próba, az alimentáris dextro- és laevuluria jelentősége, a faecesben megszaporozott zsíroknak fontossága lehetővé teszi sok olyan esetben a kórjelzést, a melyben azelőtt csak a sectio váratlan lelete mutatta a hasnyálmirigy elváltozásait. Cammidge szerint a pankreas-megbetegedéseknek 50%-a nincsen az élőben megdiagnostizálva. Nagy jelentőséggel bírna tehát az olyan diagnostikai eljárás, mely a korai diagnoszt ezen esetekben is lehetővé tenné.

Nagy feltűnést keltett ez irányban Cammidge-nek közlése, a

mely szerint a pankreamegbetegedésekben a vizeletben egy specifikus anyag jelenik meg, a mely phenylhydrazinnal kristályokat alkot, a melyek a hasnyálmirigymegbetegedésekre jellemzők.

Míg az előbb említett jelenségek a megbetegedett mirigy megváltozott belső és külső secretiójának következményei, addig a Cammidge-próbánál a vizeletben megjelenő, ezideig még pontosan meg nem állapított anyag a mirigy állományában végbemenő anyagcseremegváltozásnak eredménye. A reactio, mely mindjárt megjelenése után befolyásos támogatóra talált az angol pankreas-sebész *Mayo Robson* személyében, eredeti alakjában közölve volt már a magyar szakirodalomban, úgy vélem azonban, nem lesz felesleges, ha a kérdés áttekintése szempontjából felemlitem.

10 cm³ tisztára szűrt vizelethez 1 cm³ tömény sósavat adunk, s homokfürdön óvatosan 10 percen át főzzük. Nehogy a kismennyiségű folyadék nagyon befőjön, a főzőlombik szájába üveg-tölcsért helyezünk, a melyen a vízgőzök lecsapódnak. Az így nyert folyadék 5 cm³-e ugyanannyi párolt vízzel lesz higitva s lehűtve. A sósav lassan hozzáadott 4 gm. plumbum carbonicummal közömbösítjük. A csapadékot leszűrjük s 5 cm³ párolt vízzel utána mossuk. A tiszta szüredékhez 2 gm. natrium aceticumot és 0.75 gramm sósavas phenylhydrazint keverve, 3—4 perczig forraljuk s reagens-üvegbe töltjük. Az így nyert folyadékot párolt vízzel 15—16 cm³-re egészítjük ki. Ha a reactio positiv, 24 órán belül kiválnak a kerék alakjában vagy rovátkákba rendeződött kristályok.

Cukor vagy fehérje jelenléte zavarja a próbát. A ezukor phenylhydrazinnal a megfelelő osazon alakjában maga is kristályokat alkot (Fischer-próba), a melyek tévedésekre adhatnának alkalmat. Ezért a vizeletet a próba végzése előtt mindkettőre meg kell vizsgálni. Ha ezukor van jelen, azt elerjesztjük s a keletkező alkoholt főzéssel kiűzzük. Fehérjetartalmú vizeletből a fehérjét eczetsavval való megsavanyítás után főzéssel lecsapjuk.

A kísérleti eredmények azt mutatták, hogy a próba, a melyet *Cammidge* A-nak nevezett el, nemesak a hasnyálmirigy megbetegedéseiben volt positiv, hanem sok más olyan esetben, melyben különféle szövetszétésés történt (pl. carcinoma ventriculi, pneumonia). Másrészt az újabb vizsgálatokból kiderült, hogy a kristályok létrehozásában a normális vizeletnek sem anorganikus, sem organikus alkotórészei nem szerepelnek.

Cammidge a hasnyálmirigymegbetegedéseknek más bajoktól elkülönítésére egy másik, általa B-nek nevezett próbát is alkalmazott, a melynek menete a következő:

20 cm³ szűrt vizelethez félannyi tömény vizes sublimat-oldatot adunk, a csapadékot, mely néhány percznyi állás után képződik és különböző higanyokból áll, leszűrjük. A szüredék 10 cm³-ét 1 cm³ tömény sósav hozzáadása után 10 percen keresztül homokfürdön főzzük. Ezen folyadéknak 5 cm³-ét 10 cm³ párolt vízzel kiegészítve lehűtjük, a sósavat 4 gm. plumbum carbonicummal közömbösítjük és azután az A-reactiót végezzük.

A B-reactióban keletkező kristályok durvábbak és vastagabbak; úgy az A-, mint a B-reactio kristályai 30^o/o-os kénsavban oldódnak; *Cammidge* a kristályok gyorsabb vagy rövidebb idő alatt történő oldódásából, a melyet a kristályok vastagságával hoz összefüggésbe, fontos diagnostikai következtetéseket von, még pedig:

I. Ha negativ a reactio, a pankreas nem beteg.

II. Ha az A-reactio positiv, a B-reactio negativ, akkor

1. acut pankreatitis van jelen, ha a kristályok $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ percz alatt oldódnak;

2. chronikus pankreatitis a diagnosis, ha a kristályok oldódása 1—1 perczet vesz igénybe.

III. Ha az A- és B-reactio positiv,

1. a hasnyálmirigy rosszindulatú betegségét mutatja a kristályok 3—5 percz alatt való oldódása;

2. 1—2 perczet igénybe vevő oldódás a pankreasnak gyuladós természetű megbetegedésére utal;

3. míg ha az oldódás 1 perczig tart, a pankreas nem beteg.

Ha mindezek a következtetések beváltak volna, oly diagnostikai segédeszköz állott volna rendelkezésünkre, mely talán páratlan a maga nemében. Bár az elméleti magyarázat, melylyel *Cammidge* reactióját megokolni próbálta, nagyon tetszetősen hangzott, mégis nem sokkal czikkének megjelenése után ő maga adta fel azt. Ezen theoria szerint a pankreas megbetegedéseiben a mirigy-állomány szövetében partiális zsírnecrosis jön létre, a lipase a

mirigyszövet zsírját zsírsavra és glicerinnre hasítja; a zsírsavak megkötnek a vérben keringő alkalitól, vagy lerakódnak kristályok alakjában magában a szervben. A szabadon maradó glicerinn azonban felszívódik és a hydrolysis hasadás terméke, a glycerose (ezért a HCl-val való főzés) phenylhydrazinnal összeköttetésben adja a kristályokat. Mint említettem, ez a magyarázat nem soká tartotta magát, normális vizelethez pár csepp glicerint adva, kristályok nem keletkeztek (*Willcox*, *Elösser*, *Eichler*). Megismételtem ezen kísérletet oly módon, hogy normális vizelethez, melylyel a próba előzetesen negatívnak bizonyult, 1:2000 higitásban glicerint adtam. A reactio negativ volt.

Cammidge-nek methodusát számos szerző megpróbálta. *Hamm* és *Cleland* a kristályokat phenylhydrazinnal olómsókkal való összeköttetéséből magyarázta, *Cammidge* azonban kimutatta, hogy az eredmények akkor is positivak voltak, ha az olómsókat sulfátok alakjában megkötötte. *Willcox* normális vizeletben is specifikus kristályokat kapott, úgy hogy ő a reactionnak diagnostikai értékét teljesen kétségbevonja és a kristályok keletkezését a normális vizeletben is jelenlévő polysaccharid vagy glykoproteid jelenlétéből magyarázza. Hasonló *Taylor* és *Haldane* felfogása is. Az utóbbi a kristályokat a normális vizeletben is jelenlévő dextrin vagy állati gummi hasadástermékeinek tartja. Közben *Cammidge* is igyekezett más elméleti magyarázatot adni próbájának és felvette, hogy a kristályok egy ezukorfeleségnek phenylosazonnal való összeköttetései. A B-reactiónál e ezukor, melyet pentosefeleségnek tart, hiányzik. A sósavval való főzéskor ezen pentose válik hydrolysis által szabaddá. Ezen pentose természetesen a pankreas szövetéből származnék. *Elösser* a reactiót emberi hasnyálmirigyből nyert kivonattal végezve positiv eredményt kapott. A mi azonban azt a kérdést illeti, hogy miféle változások azok, a melyek következtében ezen pentose a hasnyálmirigy megbetegedéseiben az anyagcserébe jutva a vizelettel kiválasztatik, erre nézve a kérdés irodalmában felvilágosítást nem találunk.

Gruner 13 esetben vizsgálta a próbát. Pankreas carcinoma egy esetében, melyet későbbben a sectio lelete is támogatott, úgy az A-, mint a B-próbát positivnak találta; ugyanezen megbetegedésnek egy másik esetében mind a kettő negativ volt. Kristályok keletkeztek bronchitis chronicában is, míg az epeutak megbetegedéseiben, valamint diabetesben majd positiv, majd negativ eredményt kapott.

Elösser 16 esetben vizsgálta a próbát s eredményei a következők voltak:

Negativ A és B	Gyengén positiv A és B
Cholelithiasis	Cholelithiasis
Cirrhosis biliaris hepatis	Pancreatitis chronica
Cc. colonis	
Dilatatio ventriculi 2 esetben.	
Positiv A	Positiv A és B
Pancreatit. chron. 4 esetben	Retroperitoneális sarkoma
Cc. pancreatis	
Cc. ventriculi	
Cc. vesicae felleae	
Cholelithiasis	

Cammidge 200 esetben vizsgálva reactióját, 125 esetben negativ eredményt kapott, olyan esetekben, a melyekben a pankreas megbetegedése sectióval vagy operációval igazolva lett. Különösen carcinoma pancreatis eseteiben volt az eredmény nagyon változó, ezekben a faeces gondos vizsgálatát ajánlja. *Eichler* állatkísérleteiben kedvező eredményeket kapott. Megbetegített pankreasú kutyák vizeletében megkapta a jellegzetes kristályokat, melyek az egészséges kutyák vizeletében hiányoztak. *Lépine* *Cammidge*-nek elméleti magyarázatait nem tartja kielégítőnek s véleményét a további vizsgálatoktól teszi függővé. Ujabban azonban *Cholmers Watson* nagy jelentőséget tulajdonít a reactionnak; a pankreas legkülönfélébb elváltozásaiban megkapta a kristályokat, de arteriosclerosis, vitium és malaria eseteiben is.

Két évvel később *Cammidge* egyszerűsítette methodusát oly módon, hogy az A- és B-reactiókat egy reactionban foglalta össze. Ezen egyszerűsített methodus, a mely szerint vizsgálataimat én is végeztem, a következő:

20 cm³ cukor- és fehérjementes vizelethez 1 cm³ tömény sósavat adunk, lassan 10 percen át homokfűrdőn főzzük, s azután az egészet lehűtve, 20 cm³-re kiegészítve, a sósavat 4 gm. plumbum carbonicum óvatos hozzáadásával közömbösítjük. Nehány percnyi állás után filtrálunk, a filtratumhoz 4 gramm plumbum aceticumot adunk s jól felrázva, ismételt szűrünk. A tiszta szűredékben levő ólmot 2 gm. natriumsulfattal kiesapjuk s az egészet felfőzve s meleg vízzel nedvesített filteren átszűrve, párolt vízzel 18 cm³-re egészítjük ki. Ezután hozzáadunk 2 gramm natrium aceticumot, 0.8 gm. sósavas phenylhydrazint és 1 cm³ 50⁰/₀-os eczetsavat s az egészet tölesérel ellátott lombikban 10 percig főzzük. Majd melegen reagens-üvegbe öntjük és a szükséges párolt vízzel 15 cm³-re egészítjük ki. Ha positiv az eredmény, 12 órán belül kiválnak a typosos kristályok. Ha cukor volna jelen, ezt az eredeti methodustól eltérőleg sósavval való főzés és a sósav közömbösítése után erjesztjük csak el s fűzzük el főzéssel a keletkezett alkoholt.

A reactio meglehetősen komplikált s kivitele legalább fél óráig tart. Ha kristályok nem keletkeztek, a folyadék kissé zavaros-sárga marad, felszínén némelykor barnás fedőréteg úszik, a mely acetylphenylhydrazin rhombos kristályaiából áll. A kristályok azon esetben, ha a reactio positiv, különböző mennyiségben és időben válnak ki, és sárgás, pelyhes, némelykor kissé összetapadó csapadékot alkotnak, a melyben mikroskop alatt szép sárgás, finom tükből álló kévék, rozetták látszanak. A kristályok 30⁰/₀-os kénsavban oldódnak; az oldódás időtartamában azonban lényegesebb különbséget nem láttam. Rendszerint egy percnél rövidebb idő alatt az egyes tük alakatlan tömegekké olvadnak össze, teljes feloldódásuk azonban 3—4 percenél is hosszabb ideig teartott.

A reactiónak diagnostikai fontossága s a különböző vélemények, a melyek az utóvizsgálatok eredményeiben mutatkoztak, késztettek engem további vizsgálatokra. Vizsgálataim tárgyává tettem a ritkábban előforduló primaer pankreas-esetektől eltekintve azon megbetegedéseket is, a melyek gyakorta vezetnek a pankreas secundaer úton való változásaihoz, mint az epeutak, a máj és gyomor megbetegedései; azonkívül diabetes különféle eseteit s egy sorozat olyan megbetegedést, a melyben semmi okunk sem volt, hogy a hasnyálmirigy bármelyes elváltozását felvegyük; ez esetek tehát controllnak szolgáltak.

A vizsgálatok eredményét a következő táblázat adja:

Eset	Klinikai diagnózis	Reactio	Megjegyzések
1	Hepatitis luetica. Icterus melas	+	Erős epefesték-reactio
2	Tumor pancreatis	+	Steatorrhoea, azotorrhoea; cukor nincs jelen
3	Cc. pancreatis	+	Acholiás szék, azotorrhoea
4	Pancreatitis chronica	+	2.5 ⁰ / ₀ cukor, acetone, aceteczetsav
5	Pankreaskő	+	Azotorrhoea, steatorrhoea
6	Diabetes mellitus	+	2.2 ⁰ / ₀ cukor, acetone, aceteczetsav
7	Insuff. aortae	—	Kevés albumen
8	Icterus catarrhalis	—	—
9	Icterus catarrhalis	+	—
10	Nephritis chronica	—	1 ⁰ / ₀₀ fehérje
11	Cc. ventriculi	+	—
12	Diabetes mellitus	+	3.5 ⁰ / ₀ cukor, sok acetone, aceteczetsav
13	Tumor mediastini	—	—
14	Atonia ventriculi	—	—
15	Leukaemia myeloidea	+	Kevés albumen. Nagy lép és máj. Diarrhoea
16	Cc. ventriculi	+	Sectio: <i>Atrophia pancreatis</i>
17	Cc. ventriculi et hepatis	+	Kevés fehérje. Erős Gmelin. Sectio: <i>primaer cc. hepatis. Atrophia pancreatis.</i>
18	Cc. hepatis	+	Alimentáris glykosuria
19	Cholelithiasis	—	—
20	Pyelitis	—	Kevés geny és fehérje

Eset	Klinikai diagnózis	Reactio	Megjegyzések
21	Cholelithiasis. Hydrops vesicae felleae	+	Urobilin a vizeletben
22	Diabetes mellitus	—	0.6 ⁰ / ₀ cukor
23	Achylia gastrica	—	—
24	Tbc. pulmonum. Enteritis tbc.	—	Kevés fehérje
25	Malaria	—	—
26	Pneumonia crouposa	+	—
27	Tumor abdominalis Cc. ventriculi (?)	+	—
28	Exsud. pleurit.	—	—
29	Catarrhus apicum	—	—
30	Typhus abdominalis	—	—
31	Morbus Basedowi	—	—
32	Ulcus ventriculi	—	—

Eseteim közül 4-ben volt a diagnózis pankreasmegbetegedés. Az egyikben (2.) a pankreasnak elváltozása az operatio alkalmával be lett igazolva. Ezen beteg hosszabb időn át obstructio choledochi diagnossal feküdt a klinikán s nagyon súlyos icterusban szenvedett. Az operatiókor — cholecystogastrotomia — kiderült, hogy a pankreas fejében egy tumor ül, a melynek közelebbi természetéről azonban az operateur nem győződhetett meg. Az operatio után az icterus eltűnt, a beteg azonban nagyon heves hasi fájdalmak maradtak vissza. Ezen időben végeztem a reactiót. Az érezhető tumoron kívül kifejezett steatorrhoea és azotorrhoea volt jelen, cukor azonban hiányzott a vizeletben, s alimentáris dextro- és laevulosuria sem volt elérhető. A kristályok röviddel a reactio bevégezése után kiváltak.

A másik hasnyálmirigy-affectióban (4.) pancreatitis chronica volt a diagnózis. Kifejezett steatorrhoea, azotorrhoea és glykosuria volt jelen. Hat órai állás után fejlődtek ki a kristályok és sokkal kisebb mennyiségben, mint az első esetben. A kristályok feltűnő vastagsága jellemezte a cc. pancreatis egy esetét (3.), a kristályok oldódási idejében azonban nagyobb különbséget nem találtam.

A negyedik betegben (5.) kifejezett steato- és azotorrhoeához nagy hasfájdalmak társultak. A valószínű diagnózisunk pankreaskő volt. A typosos kristályokból finom pelyhes csapadék képződött.

A táblázatban 17-tel jelzett betegben cc. ventriculi és hepatis lett megállapítva. A Cammidge-kristályok nagy mennyiségben váltak ki s durvább, kissé tapadó sárgás csapadékot alkottak. A bonczolásakor — a mely azért is nagyon érdekes volt, mert a cc. hepatis primaernek bizonyult, s a gyomorban már metastasisok voltak — a pankreas nagyfokú atrophijája volt jelen. Ugyanczen pankreas-elváltozást találtuk a 16. számmal jelzett beteg bonczolásakor. Mind a két esetben in vivo hiányoztak a pankreasmegbetegedésnek symptomái.

Mint a táblázatból látható, positiv eredményre jutottam 3 cc. ventriculi, 1 hepatitis luetica s 1 icterus catarrhalis esetében. Positiv volt azonkívül a reactio 1 cholelithiasis, 2 diabetes, 1 az oldódási szakban levő pneumonia crouposa s 1 leukaemia myeloidea esetében, a hol nagy máj és lép mellett erős ascites és anasarca volt jelen; az utóbbit a portális pangás okozta, a mely a vena portae-nek leukaemiás mirigyek okozta compressiójától volt feltételezve.

Negativ eredményre vezettek vizsgálataim 1 diabetes, 1 icterus catarrhalis, 1 cholelithiasis és 1 achylia gastrica esetében, valamint mindazon esetekben, a melyeket kontrollképen használtam fel.

Ezenkívül 10 egészséges emberen is végeztem a reactiót. Nyolcz esetben negativ volt az eredmény. Egy, különben normális vizeletben a kristályok, bár kisebb mennyiségben, kimutathatók voltak; ezen esetben a pankreas elváltozására fizikális vagy functionális eltérések nem utaltak. Egy másik normális esetben hasonlóképen positiv volt az eredmény, itt azonban néhány nappal előbb enteritise volt az illetőnek.

Ha vizsgálataim eredményeit összefoglalom, Gruner, Elösser és Watson eredményeit megerősíthetem. Azon kevés esetben, melyben primaer úton volt megbetegedve a pankreas, positiv eredményre jutottam; ott azonban, hol ezen szerv secundaer úton szokott megbetegedni, a reactio majd positiv, majd negativ volt. A

reactio használhatósága mellett szól a gyomorcarcinoma azon két esete, a melyben a próba pozitívnek bizonyult. Ezen eredmények azonban nem meggyőzők, ha tekintetbe vesszük, hogy két normális eset is pozitív reactiót adott. A pozitív eredmény azon megbetegedésekben, a melyekben időnként secundaer úton elváltozások jönnek létre a hasnyálmirigyben, hasonlóképpen nem támogatja a próbát, minthogy ezen esetekben nem volt alkalmas sectio útján meggyőződni arról, vajjon csakugyan fennáll-e pankreas-megbetegedés is. A reactionnak elméleti alapja nem kielégítő. *Vizsgálataim alapján nem tulajdonítok tehát a próbának olyan nagy diagnostikai értéket, mint azt Watson és Mayo Robson teszi. Míg a Cammidge-próba további kielégítőbb magyarázatot és felvilágosítást nem nyer, addig a pankreas-megbetegedések diagnostikájában még mindig a fizikális symptomákra s a functionális kiesési tünetekre vagyunk utalva.*

Irodalom. 1. *Cammidge*: Lancet, 1904. 1. kötet, 782. l. — 2. *Mayo Robson*: Lancet, 1904. 1. kötet, 773. l. — 3. *Ország O.*: Budapesti orvosi ujság, 1907. — 4. *Hamm u. Cleland*: Lancet, 1904. 1. kötet, 378. lap. — 5. *Willcox*: Lancet, 1904. 2. kötet, 211. l. — 6. *P. S. Haldane*: Edinburgh med. Journal, 1906 november, 418. l. — 7. *M. Taylor*: Lancet, 1906. — 8. *Gruener*: Brit. med. Journal, 1904. 1516. l. — 9. *Elösser*: Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. und Chirurgie, 1907. XVIII. kötet, 2. szám. — 10. *Eichler*: Berliner klin. Wochenschrift, 1907. 25. sz., 769. l. — 11. *Lépine*: Semaine médicale, 1908 április, XIV. k. — 12. *Cammidge*: Brit. med. Journal, 1906 május 19. — 13. *Cammidge*: Edinburgh med. Journal, 1907 február, 129. l. — 14. *Mayo Robson*: Brit. med. Journal, 1908 május 18. — 15. *Cholmers Watson*: Brit. med. Journal, 2467. l.

(Közlés a magy. kir. államvasutak betegsegélyzőpénztárainak Karlsbadban fentartott gyomor- és bélbetegosztályáról.) Adatok a gyomornyálkaelválasztás kórtanához.

Irta: *Ádor Lajos* dr., Karlsbad.

(Folytatás.)

Mai ismereteink a nyálkaelválasztás pathologiai jelentőségét illetően is igen szerények. A chronikus gastritis az egyedüli kóros állapot, melynek tünetében a gyomortartalom megszorodott nyálkatartalmát a legtöbb szerző kardinális tünetnek tartja. Más oly kóros állapotok, melyek épen a nyálka viselkedése által jellegzetesnek, ez idő szerint alig ismeretesek. Sőt a nyálkaelválasztásnak a chronikus gastritisre vonatkozó diagnostikai jelentőségéről is, bár annak megszorodását a legtöbb szerző e kórkép kardinális tünetének tartja, a nézetek egymástól jelentékenyen eltérnek. Ismeretes, hogy *Boas* a chronikus gastritisnek 4 alakját különbözteti meg: gastritis acida, anacida, mucosa és atrophicans. Ezzel szemben *Hemmeter*,¹⁹ egy igen nagy tapasztalatú és éleslátású klinikus állítja: „The separation of these four types clinically is difficult, and has little practical value. Simple chronic gastritis and chronic gastritis mucipara simply deviate differences of degree of the same process. Simple chronic gastritis is also a mucous gastritis.“ A nyálka-secretiónak a chronikus gastritisben való viselkedését egy későbbi közleményben óhajtván részletesebben tárgyalni, a jelen alkalommal két oly kórképhez óhajtok adatokat szolgáltatni, melyeket a nyálkaelválasztás ép oly kóros, mint extrem viselkedése jellemez és melyek ez idő szerint, néhány velük foglalkozó közleménytől eltekintve, úgyszólván teljesen ismeretlenek. Az egyik a folytonos *gyomornyálkaelválasztás, gastrosuccorrhoea mucosa*, miként az első leírója, *Dauber* elnevezte; a másik az eddig csupán *Kaufmann* által leírt és ugyancsak általa elnevezett *amyorrhoea gastrica*.

*Dauber*²¹ közlése, melyben egy a *Leube* praxisából származott eset kapcsán a „*gastrosuccorrhoea mucosa*“, a „*gastroblennorrhoea*“ elnevezéssel először találkozunk, egészen a legutóbbi évekig az irodalomban teljesen egyedül állott. A *Dauber* által közölt eset 42 éves férfúra vonatkozik, kin a huzamosabb ideig tartó észlelés alatt az üres gyomorban consequens jelentékeny mennyiségben volt nyálka kimutatható. A beteg éveken át, többnyire néhány órával az evés után jelentkező gyomornyomásról, felfújtságról panaszkodott. Pár évvel a panaszok jelentkezése után a gyomornak kisebb fokú motorius zavara lett megállapítva és a kórjelzés chronikus gastritisre téve. A gyomortartalomnak a próbareggeli utáni vizsgálata 50% HCl-t és 70% összaciditást mutatott; az éhgyomorra megejtett ismételt vizsgálatok alkalmával

12—65 cm³ között váltakozó nyálkás folyadék volt exprimálható, és a reactio a vizsgálatok kisebb számában közömbös vagy alkaliás, túlyomóan azonban savanyú volt; az összaciditás szintén váltakozó, de egy ízben elérte a 65%-ot. A beteg subjectiv panaszai az észlelés folyamán eltűntek, de az éhgyomorban megállapított folytonos nyálkaelválasztás ennek ellenére változatlanul megmaradt.

Bár *Dauber* maga is azon nézetben van, hogy esetében a chronikus gastritis fokozott gyomornedv- és gyomornyálkasecretióval van sajátságosan komplikálva, a kórkép lényegét mégis a nyálka-secretio anomáliájában látja, és ezért nervosus alapon fejlődött gastroblennorrhoeának tartja.

A *Dauber* által leírt esetet azért kellett részletesebben ismertetnem, mert bár kétségtelenül az ő érdeme marad az, hogy mint első mutatott rá a folytonos gyomornyálkaelválasztás létezésére, az általa ismertetett esetben nem tudom megtalálni azokat a kriteriumokat, melyek akár egy morbus sui generis, akár pedig csak egy önálló tünetesoport felvételét jogosulttá tennék. Az, a mit *Strauss* a folytonos gyomornedvfolyásra vonatkozólag igen helyesen jegyez meg, hogy a *gyomornedvfolyás* tünete a központját kell hogy tegye egy jól jellegzett klinikai képnek, a folytonos gyomornyálkaelválasztásra is kell hogy álljon, midőn azon kérdést kell eldönteni, hogy a megállapított functionális zavar kísérel-e csupán, vagy pedig csakugyan az egész kórképet domináló önálló jelenség-e? *Dauber* esetében a folytonos nyálkasecretio chronikus gastritis talaján, egyéb tünetek, hypersecretio, hyperaciditas társaságában jelenik meg, ezek között nem foglal el domináló helyet; csupán annyiban mutat bizonyos sajátosságot, a mennyiben a subjectiv tüneteknek klinikai latenciája szakában is jelen van; ezen functionális zavarnak megfelelő határozott és jellegzetes tünetesoport jelenlétét sem látjuk *Dauber* esetében. Ellenkezőleg, a leírt tünetesoport és lefolyás feltűnően emlékeztet a chronikus gastritis jól ismert kísérel jelenéseire, melyek között nem található olyanokat, melyek az eset diagnostikai elkülönítését megengedhetővé tennék.

Sajátságos, hogy *Dauber*-nek 1896-ban közzétett dolgozatát sokáig egyáltalán nem méltányolják, és a második e kérdéssel foglalkozó közlés *Kuttner*²² tollából csak 1905-ben jelenik meg. *Kuttner* ezen elválasztási anomáliát egyáltalán nem tartja ritkának, és a lényegét abban látja, hogy a gyomormucosa olyankor is, midőn a gyomor hosszabb időn át minden digestiv inger híján van, ételmentes, nyálkát nagyobb mennyiségben választ el. Ezzel ellentétben a digestiv periodusban oly esékely lehet a nyálkaképződés, hogy a próbareggeli után nyert gyomortartalomban aránylag csak kevés nyálka található. *Kuttner* különböző betegekben gyakran 75—100 cm³ nyálkát talált éhokra, és általánosságban több mint 5 cm³ biztosan gyomoreredetű nyálkának az ép gyomorból nyerését pathológiásnak tartja, de gyomornyálkafolyásról csak akkor beszél, ha több mint 25 cm³ nyálkát távolíthat el. *Kuttner* szerint a gyomornyálkafolyás, gastromyorrhoea — miként ezt ő nevezi — a gyomornedvfolyással analog módon két, még pedig intermittáló és chronikus alakban jelentkezhetik. Az intermittáló alakban, mely ritkább mint a chronikus, a legszembetűnőbb tünetet a heves, sőt a szó szoros értelmében csillapíthatatlan hányásból álló paroxysmusok alkotják. Gyomorfájdalmak a rohamok alatt vagy egyáltalán nincsenek, vagy csak jelentéktelenek. Gyakoribb ezen functionális anomáliának a chronikus alakja. Ebben charakteristikus panaszok nincsenek, és a gyomornyálkafolyás jelenléte csupán az éhgyomornak gyomoresővel való vizsgálata által válik kimutathatóvá. Ez utóbbit leggyakrabban oly chronikus gyomornyálkahártya oly nervosus megbetegedéseiben találta, a melyekben a só-savelválasztás jelentékeny esökkenése vagy teljes megszűnése volt megállapítható.

Kuttner ezen nagy vonásokban ismertetett közleménye eddig az egyetlen, melyben e kórkép összefoglaló leírása található. Kivüle és utána még csak *Pewsnor*²³ foglalkozott e kórképpel egy közleményében, melyben azonkívül, hogy a pathologiai és physiologiai viszonyok közötti nyálkaelválasztás kérdésének tisztázására végzett állatkísérletek eredményeiről számol be, a gyomornyálkafolyással is foglalkozik két eset kapcsán.

Ha még felemlitem, hogy *Strauss* a gyomornedvfolyásról közölt és már előbb citált munkájában oly esetet ír le, melyben a gyomornedvfolyás gyomornyálkafolyással volt komplikálva és a mely abban a tekintetben tanulságos, hogy e két kórkép vegyes

alakjainak létezése mellett szól, úgy — a mennyire én e kérdés irodalmát ismerem — a gyomornyálkafolyás literatúráját teljesen kimerítettem.

A gyomornyálkafolyást mint önálló tünetsoportot, illetőleg mint önálló functionális zavart, saját tapasztalataim alapján igen ritkának kell tartanom, annak ellenére, hogy éhomra functionális vizsgálatokat felette gyakran van alkalmam végezni. A chronikus gyomornyálkafolyás, mint más betegségek kísérő jelensége, sokkal gyakoribb, de mint ilyen különös klinikai érdeklődésre nem tarthat igényt. Joggal tarthat azonban általánosabb érdeklődésre számot a gyomornedvfolyásnak paroxysmusokban jelentkező, az orvosok szélesebb rétegei előtt eddig teljesen ismeretlen alakja, melyben egy határozott *tünet*: az üres gyomorban consequens létrejövő, jelentékeny nyálkasecretio a *középpontját* alkotja a *jól karakterizált klinikai képnek*. Egy esetet, melyet másfél év óta észlelek és a melyben huzamosabb időn át volt alkalmam ezen functionális zavart pontos vizsgálatokkal követhetni, a kórkép sajátosságainak ismertetésére nagyon alkalmasnak tartok.

B. S. 37 éves, gazdálkodó Egerből, 1907 július 28.-án jelentkezett nálam először. Eltekintve a 15 év előtt kiállott malariától, mely egy évig tartott, négy év előtt egészségesnek érezte magát. Luest, potust tagad. Négy év előtt sok kedélyi izgalom érte. Azóta *időnként* erős feszülő jellegű gyomorfájások lepik meg, melyeket csillapíthatatlan hányás kísér. Ez utóbbi többnyire 3—4 óráig tart és a fájdalommal együtt csak akkor szűnik meg, ha nagyobb mennyiségű sűrű szivós nyálkát hány ki.

A hányadék mennyisége 3—400 gm. szokott lenni. Ezen rohamok szabálytalanul, de gyakran 4—5 órával az evés után szoktak hirtelen jelentkezni és néha oly módon sikerül a betegnek a kifejlődésüket megakadályozni, hogy közben valamit eszik. A rohamok közötti időben jól érzi magát, étvágya jó és eszik is mindent, válogatás nélkül. A beteg jól fejtett és táplált, ép esontrendszerű, bőre és látható nyálkahártyái halványak. Mellkasi szervei épek, úgyszintén az orra és a garatja is. A hasban sem rendellenes érzékenység, sem rendellenes resistentia. A lép nem tapintható.

A középtág és egyenlő pupillák úgy fényre, mint alkalmazkodásra prompte reagálnak; normális térdreflexek; Braeh-Romberg hiányzik. Vizeletmennyiség 24 óra alatt 1.2 liter, fajsúlya 1028, idegen elemeket nem tartalmaz.

A június 30.-án éhomra megejtett gyomorvizsgálat alkalmával a gyomorból 50 cm³ sűrű nyúlós-szivós, ételrészleteket nem tartalmazó, *közömbös* vegyhatású folyadék volt eltávolítható, mely szabad HCl-at nem tartalmazott és összaciditása 10% volt. Gázerjedés 24 óra alatt nem volt észlelhető; górcső alatt, néhány laphám kivül, sok cylinderepithel, mérsékelt számú leukocytá, finoman rostozott, tiszta nyálkás anyagba ágyazva. Szegényes bakteriumflóra, sarcina nincs. A higitott Lugol-oldattal festett készítményekben egy-egy kékre festett keményítőszemese és egy-egy sárga élesztőgomba; a górcsői kép túlnyomó nagy részét a Lugol-oldat festetlenül hagyja. A látótérben ellenben nagy számban láthatók tompa fényű, aetherben nem oldódó, myelinszerű képletek.

A július 1.-én Ewald-Boas-féle próbareggeli után 1 órával végzett gyomorvizsgálat eredménye a következő: Mennyiség 105 cm³; kevés nyálkával kevert, apró zsemlyerögcséket tartalmazó gyomortartalom; vegyhatás: savanyú, összaciditás: 35%, szabad HCl = 30%, kötött HCl = 6%, gázerjedés = 0, oltóerjesztő = +, oltózymogen = +, pepsin = 7 mm. (Mett), tejsav = 0, vérfestény = 0, dextrin = +, erythro-dextrin = 0, epefestény = 0.

Górcsői kép: sok laphám, néhány cylinderepithel, kevés fehérvérsejt, igen kevés finoman rostozott nyálka. A Lugol-oldattal festett készítményekben sok kékre festett keményítő és sárga élesztőgomba. A június 28.-ától július 23.-áig terjedő észlelési idő alatt a beteg állandóan jól érezte magát, és ilyen állapotban távozott is. 1908 június 12.-én láttam a beteget újból, és akkor ismét egy hónapon át észlelhettem. A lefolyt év alatt is ismételtelen jelentkeztek heves, feszülő gyomorfájalmak és csillapíthatatlan hányás által kísért rohamok, és az egyes rohamok közötti időben most is teljesen egészségesnek érezte magát.

Az ezen észlelési idő alatt öt ízben különböző körülmények között megejtett functionális gyomorvizsgálatok eredménye a következő: 1908 június 14.-én délelőtt 9 órakor. Előző nap estéjén

elfogyasztott próbavacsora (0.2 liter tej, két zsemlye, 80 gramm sonka) óta koplal.

A gyomorból 30 cm³ szivós, tiszta nyálkának látszó folyadék aspirálható, mely ételrészleteket nem tartalmaz; kémhatása gyengén savi, fajsúlya 1008, összaciditás 18%; szabad HCl hiányzik; kötött HCl 4%; gázerjedés nincsen; oltóerjesztő és zymogen hiányzik; *pepsin nem mutatható ki*; tejsav = 0, vérfestény = 0, dextrin = 0. Górcső alatt: néhány laphám, elszórtan egy-egy cylinderepithel, meglehetősen sok leukocytá. Sarcinák nem láthatók. Igen sok myelinszerű képlet. A górcsői kép túlnyomó nagy részét egy részben homogen, részben finoman rostozott, festőanyagot (Lugol) fel nem vevő alpanyag alkotja.

1908 június 15. 200 cm³ gyomortartalom, mely egy órával az Ewald-Boas-féle pr. után lett aspirálva; a zsemlyepép mérsékelt mennyiségű nyálkával kevert; a gyomornedv fajsúlya 1015; vegyhatása savi; összaciditása 48%, szabad HCl-tartalma 32%; kötött HCl = 8%. Gázképződés = 0; oltófermentum és zymogen = +; pepsin = 6 mm. (Mett); tejsav = 0; vérfestény = 0; epefestény = 0; dextrin = +; górcsői kép: szegényes bakteriumflóra; 1—1 cylinderepithel, mérsékelt számban myelinceppek, itt-ott 1—1 leukocytá.

1908 június 22. 14 órai koplalás után a gyomorból 25 cm³ kifejezetten nyálkás, *alkaliás* vegyhatású, minden ételrészlettől mentes gyomortartalom nyerhető aspirálás útján. Szabad HCl = 0; gázerjedés = 0; epefestény = 0; vérfestény = 0; tejsav = 0; pepsin = 0; a górcsői kép teljesen hasonló a június 14.-én végzett vizsgálat alkalmával találthoz, csupán a bakteriumflóra gazdagabb. Sok coccus és pálczaalakú bakterium látható.

Ezen idő alatt, a melybe ezen három vizsgálat beleesik, a beteg teljesen jól érezte magát, rohammentes volt. Június 27.-én délután 7 órakor erős gyomorgödörbeli fájdalmak által kísért hányás, miután két órával előbb 0.3 liter tejet és egy darab cakes-et fogyasztott el. A hányadék keserű ízű volt és 0.2 liter tiszta, ételrészletektől ment, sűrű nyálkából állott. A roham egy óráig tartott, spontán múlt el és utána a beteg étvágygyal fogyasztotta el vacsoráját.

Június 29.-én. A vizsgálatot megelőzőleg a beteg 16 órán át koplal. A gyomorból 35 cm³ sűrű, szivós nyálka nyerhető, vegyhatása gyengén savi; szabad HCl = 0; összaciditás 10%; gázerjedés = 0; epefestény = 0; oltóferm. és zymogen = 0; pepsin = 0; tejsav = 0; górcsői kép ugyanaz mint június 14.-én, több coccus és pálczaalakú bakterium és néhány hasadógomba.

A beteg július 2.-áig ismét rohammentes, 2.-án délután öt órakor egy órán át heves fájdalmak a gyomorgödörben, egy óra mulva körülbelül 0.2 liter sárgás nyálkát hány ki, és fájdalmi megszűnnek.

A július 2.-án át végzett vizsgálatot 16 órai koplalás előzte meg. A gyomorból 60 cm³ kissé piszkos-zöldes, nyúlós nyálka aspirálható; fajsúlya 1007; vegyhatása gyengén savi, szabad HCl = 10%; összaciditása 20%; kötött sósav = 2%; gázerjedés = 0; oltófermentum és zymogen = +; pepsin = 3 mm. (Mett); tejsav = 0; vérfestény = 0; dextrin = 0; erythro-dextrin = 0; epefestény = 0; A górcsői kép ugyanaz, mint június 14.-én.

A beteg július 4.-én távozik és az azóta eltelt időről kérésre f. évi január havában referál. Júliustól októberig jól érezte magát; akkor anyját vesztette el, és a haláleset után egy hónapon át naponta mutatkoztak a régiekkel azonos jellegű rohamok. Mult év november óta ismét jól van.

Ezen kórtörténetben egy élesen körülírt klinikai tünetsoport domborodik ki. A különben teljesen egészséges, emésztési panaszoktól is mentes férfibeteg szabálytalan időközökben, teljes jólérzés közepette, heves gyomorfájalmak vezetnek be egy csillapíthatatlan hányásból álló paroxysmust. A roham, miután a beteg 290—300 gm. nyálkát kihányt, bevégeződik, és a beteg ismét egészségesnek érzi magát. Egy oly ismert functionális zavar jelenlétét, a melylyel ezen tünetsoport oki összefüggésbe volna hozható, az ismételtelen végzett functionális gyomorvizsgálatokkal megállapítani nem lehetett. Sőt a digestiv periodusban végzett functionális gyomorvizsgálatok úgy secretiós, mint motorius tekintetben teljesen normális viszonyokat derítettek fel.

Ezzel ellentétben az éhomra végzett vizsgálatok a gyomor egészen sajátos functionális rendellenességének consequens jelenlétét mutatják, a mennyiben a digestiv perioduson kívüli időszak-

ban a gyomorból állandóan jelentékeny mennyiségű, az emésztő-secretum minden jellegét nélkülöző nyálka távolítható el. Még abban a szerény irodalomban is, a melylyel e kérdés körül eddig rendelkezünk, egyedül *Kuttner* közleménye az, melyben ezen functionális zavar leírása az én észleléseimmel többé-kevésbé egybehangzóan megtalálható. A mennyire az eddig rendelkezésünkre álló szerény észlelési anyag és az ugyancsak gyér irodalmi adatok megengedik, e körkép jellegzetes sajátosságait a következőkben foglalhatjuk össze.

(Vége következik.)

A régi magyar orvosnövendék.

(Folytatás.)

A már elmondottakon kívül egyéb körülmények is hozzájárultak ahhoz, hogy a magyar tanulósság abban a korszakban sem fordult nagy szeretettel az egyetlen hazai főiskola felé, mikor már eljelen kialakult és így az ifjúságnak módjában volt itthon végezni a magasabb tanulmányokat. Érzelmi okok is közreműködtek ebben. Ugyanis a helyett, hogy az egyetemi tanszékek betöltésére megfelelő magyar szakembereket neveltek volna, az intéző hatóság jobbnak látta, hogy osztrák és német származású és érzelmű egyénekkel rakja meg a magyar főiskolát; sőt az alsóbb fokozatú iskolákban is igen sok helyütt így volt ez. Pedig, mint arra máshol rámutattam, a külföldi előkelő iskolákban a jeles képzettségű magyar tanároknak egész serege működött. A mi vérünkben valót menni hagytuk, az idegent meg importáltuk. Ezek a német tanítók pedig nem mindig csak a kultúrát hozták, hanem sokszor a türelmetlenséget, a nacionalis gyűlölködést, a hálátlanságot is. Már 1555-ben panaszkodik egy egykorú a kassai német tanítóra, azt írva róla: „Oskolánk pusztán áll, mert egy német mestert hozának, mely német mester kiveré az magyar deákokat belőle; most egy inast állottak belé. Gyermekünket széjjel kelle bujdosztatunk; ninesen ki tanító.”¹ Ugyanaz a panaszos hang szólal meg 250 év múlva *Révai Miklós*-nak az ő pártfogójához, *Somogyi*-hoz intézett levelében, miután már három évig volt a magyar nyelv és irodalom tanára a budapesti egyetemen: „Valamint elejénten, úgy szeretem most is hivatalomat s gyönyörködöm benne: noha már kezdetben láttam, azóta is hovatovább mindinkább tapasztaltam annak szinte megvetésig való alacsonyágát. Mert a magyar iskola mindenütt igen rosszul áll, . . . de legrosszabbul az universitásnál.” Ugyanitt azt mondja, hogy a mindenféle nemzetből összeszedett egyetemi tanárok a magyar nyelvet megvetik, lenézik és valósággal ellenségei a hazának (in ipsa universitate professores plerisque de varia gente collectos esse linguae patriae osores, esse hostes patriae).²

S hogy *Révai* aligha túlzott, arra az egyetem későbbi életéből is idézhetek támogató adatot. Az ötvenes évek elején *Tognio Lajos egyetemi orvoskari tanár javaslatára* „Gleichberechtigung der Nationalitäten” jelszóval a német nyelvet tették meg hivatalos nyelvvé a magyar tudományos egyetem orvosi karán. Az egész orvoskari tanártestületből csupán *Sauer* professor volt az, a ki a javaslat ellen szavazott s a ki e tette miatt azonnal rajongó chauvinistának lőn kikiáltva bizonyos körök részéről. Könnyen elképzelhetjük ezek után, hogy milyen laza, sőt ellenséges természetű volt az az erkölcsi kapcsolat, mely a magyar tanulót tanárához fűzte, ahhoz a tanárhoz, kire ráillett az a szomorú jellemzés, hogy *hostis patriae*. Történelmi adatot is említhetek azon gyűlölet megvilágítására, melylyel a magyar fiatalság a Kollonich-uralom idején a nagyszombati egyetemre importált mindenféle cseh, morva, sziléziai és osztrák tanárok iránt viseltetett. Mikor a kurucz-hadak vezére, *Bercsényi Miklós*, 1704 elején bevonult Nagyszombatba, az egyetemi hallgatósságnak első hozzáintézetett kérelme az volt, hogy a magyargyűlölő idegen tanárokat, kik még a magyar köntös viselését is megtiltották, kergesse ki az országból. A mit *Bercsényi* meg is cselekedett, az egyetem további vezetését kizárólag magyar tanárookra bízván.³

* * *

¹ Régi Magyar Nyelvmélekek II. 101. lap.

² P. Thewrewk E. Egyetemi beszédei. (Budapest, 1905. 30. lap.)

³ *Thaly Kálmán*: Irodalom- és műveltségtörténeti tanulmányok a Rákóczi-korból. Budapest, 1889. 40. lap.

Ha tovább kutatjuk azokat az okokat, melyek a magyar tanulóknak külföldre való özőnlésében közreműködtek, akkor nem szabad azt sem elfelednünk, hogy kivált a régebbi időkben, nevezetesen a 16—17. században, a törökök folytonos garázdálkodása, az örökös háboruskodás a középiskolai tanulást is nagyon megnehezítette idehaza. *Vay Ádám* írja az ő „szomorú rabságában írott verseiben”, hogy a magyar ifjúságnak a folytonos háború miatt sehohsem lehetett tanulnia és ő maga is csak nagy nehézségek leküzdése után juthatott el Eperjesre, a hol tanulmányában kiképezthette magát. Később azután annyira megszokták a külföldön való iskolázást, hogy nem is ment jóra való orvosszámba, a ki egy csomó évet nem töltött a külföldön, lehetőleg minél több egyetemen és minél távolabb. A 18. század második felében már az sem elégtette ki a közönséget, ha valaki csak a bécsi egyetemet látogatta tanulmányai alatt. Még a kevésbé tehetős szülők is, áldozatokat nem kímélve, azon igyekeztek, hogy a medikus fiuk bizonyos időt német, angol stb. egyetemen töltsön. Mikor *Incze Mihály*, később kolozsvári gyakorló orvos és az ottani orvos-sebészeti tanintézet tanára, Pesten elvégezte az orvosi cursust és haza szeretett volna menni, az apja, ki kolozsvári református pap volt, azt írja neki (1785 július 24), hogy bár igen óhajtanák látni, „de azért ne praecipitálja magát a hazajövetellel. Most is többnyire azt contravertálják dr. Szötsben (kolozsvári városi orvos, később országos főorvos), hogy bár jó doktor és szorgalmas is betegek körül, csak a kár, hogy nem volt feljebb Bécsnél, francia vagy más országokban”. Egy másik levelében ugyancsak azt írja: „Igazán sokszor szánom dr. Szötsöt, hogy a kinek eleitől fogva szép esze volt, pénze is lett volna a gazdag apjától, mért nem ment a többi tudós nemzetekhez is experiálni.”

Ennek az *Incze Mihály* dr.-nak hasonnevű fia szintén az orvosi pályát választotta és mikor tanulmányait befejezte, ugyanazt a jó tanácsot kapta az apjától, mint a mit ez a magától, annak idejében. „Addig haza ne jöjj, míg Bécsen túl nevezetes külföldi országokat nem látsz, mert az adja meg a politurát. Addig csak fél szemed van és meg fogod látni, hogy a külföldi országról való visszajöveledkor milyen más szemmel nézel minden dolgot. Pest-ről egyenesen hazajönni gyalázatos volna.” Még azt is rossz néven vette az akkori közvélemény, ha a fiatal medikus, bár csak pár napi vakációra, a szünetek idején hazarándult. Ugyanis 1819 júliusában azt írja a fiának *Incze* dr.: „Tegnap délután édesanyádnál köszönteni sokan lévén s többek közt a protomedikusné is, feleségem kérde, hogy fia nem vágyik-e haza? Félig-meddig vágyik, felelé, de azt írja, hogy mégis sokért le nem jön; inkább tanul ahelyett. Az ura is, folytatta beszédét, meg nem engedné. A *Barra Imre* (később Kolozsvár főorvosa), hazajövele is mennyi pletykára adott alkalmat; mikor hazajött, apja nem volt honn és ő kiűn járt; megérkezvén apja, három napnál tovább nem engedte itthon maradását; akkor sem volt szabad senkihez mennie; kocsira ültette és visszaküldte. A tegnapi köszöntők közül egy sem találkozott, ki a lejövetelt helybenhagyta volna. Még egyik azt mondta: A biz olyan, mint mikor valaki nem várná, hogy a tojást kiköltse, hanem félidőben feltörné, hogy meglássa: milyen a csirke?” Efeléket hallva, nem merete fiának megengedni, hogy hazajöjjön; hogy mégis bizonyos családi ügyeket elintézhessenek, nagy titokban Nagyváradon adtak egymásnak találkát.¹

* * *

Az első hazai egyetem teljes kialakulása előtt, mikor a tanuló ifjúságnak még nem volt alkalma arra, hogy az orvosi tanulmányokat itthon végezhesse, gyakran megtörtént, hogy valami nevezetesebb gyakorló orvos mellé szegődött, ki őt az orvosi tudomány elemeibe bevezette, sőt teljesen ki is képezte, úgy hogy a fiatal orvosnövendék nem egyszer az orvosi studiumok széleskörű ismeretével indult el a külföldi egyetemekre, inkább csak azért, hogy a diplomát is megszerezze és így a gyakorlatra kétségteljesen jogot nyerjen. A 17. század előkelőbb magyar orvosairól tudjuk, hogy majdnem mindegyiküknek volt ilyen magántanítványa. Így például *Vizaknai Bereczk György*öt a híres orvos és nyelvész, *Páriz Pápai Ferencz* vezette be az orvosi tudományok

¹ *Pataky Jenő*: Adatok a magyar ifjak orvos-nevelésének történetéhez. Kolozsvár, 1903. 13. l.

elejébe, de Árkosi Thegző Benedek, Dimjén Pál, Görgei Pál, Tolnai István, Köleséri, Windisch is foglalkoztak ilyen magán-oktatással.

A legnevezetesebb orvosi magániskolák a felvidéken, Késmárkon és Besztercebányán voltak. Előbbi helyen Fischer Dániel, az utóbbin pedig a jeles Moller Károly Ottó oktatta a maga növendékeit. Gömöri Dávidról említi Weszprémi, hogy mielőtt a jenai egyetemre ment, előbb Fischer Dániel mellett tanulta két évig az orvosi gyakorlatot, úgy hogy mikor 1731-ben, 23 éves korában, Jenába ment, akkor már *semi-medicus* volt, s csakugyan, már két év múlva meg is szerezte az orvosi diplomát. Mollerről tudjuk, hogy nemesak oktatta a maga privát tanítványait, hanem külföldi útra stipendiummal is ellátta őket s mikor a külföldi egyetemet elvégezték, itthon vagy a külföldön előkelő állásokat szerzett nekik. Bél Mátyás, Herrmann András, Knogler, Institoris, Simonides, Severini, Hajnóczy, Perltzi, Máday Dávid Sámuel mind az ő iskolájából kerültek ki. Ha elgondoljuk, hogy milyen hatalmas és kiterjedt gyakorlata volt Mollernek, elképzelhetjük, hogy milyen sokat tanulhattak ettől a *Hippokrates Hungaricus*-tól (a hogy Weszprémi nevezi) az ő körüli seregű tanítványok. Minthogy pedig Mollernek patikája is volt Besztercebányán, a tanítványai közül némelyek (például Torkos Jusztusz János) mellesleg a vegytant és a gyógyszerészetet is megtanulták, mielőtt külföldre mentek. Hajdanában sokkal nagyobb gondot fordítottak arra, hogy a leendő orvos a gyógyszerészeti gyakorlatban is járatos legyen, mint manapság, a specialitások és a kereskedői számítással napról napra születő újabb és legújabb gyógyszerek korszakában és ezért gyakran olvasuk, hogy a régi magyar orvosnövendék előbb gyógyszerészsé képezte ki magát, mielőtt az orvosi tanulmányokat megkezdte. Így például Khien Ferdinándról van feljegyezve, hogy mielőtt a wittenbergi egyetemre ment, Weber János eperjesi gyógyszerertárban gyakornokoskodott (1663); szintűgy Stockinger Mihály Gottfried soproni orvos is gyógyszerészeti tanulmányokat végzett előbb. A hányatott életű Madács Péter szintén képzett gyógyszerész volt, s tudjuk róla, hogy mikor 1754-ben Boroszlóba került és pénz dolgában megszorult, az ottani gyógyszerertárban való segédkezéssel kereste meg a kenyerét.

A kiválóbb orvosok különben nemesak a leendő medikusokat vezették be a gyógyító gyakorlat elemeibe, hanem olykor tudni-vágyó előkelő nőket is kiképeztek. A régi időben, mikor oly nagy ritkaság volt magyar földön a jó orvos, a nőkre háramlott első sorban a családban előforduló belső bajok kezelése, legalább is addig, a míg az orvos, néha az ország másik végéből, megérkezett. Ebből érthető, hogy például a vallásos érületű és kegyes életű gróf Bethlen Kata (Teleki Józsefné) valóságos orvosi cursust vett a 18. század első felében az akkori híres erdélyi orvosoktól: Köleseritől, Simoniustól és Borosnyaitól. Kivált a természetben oly ügyességre tett szert, hogy miként Bod Péter énekliről, még a hályogot is a szemről könnyen „eloszlatta“, mert ebben a művészetben „egy jó okulista“ tanította. Nincs ugyan feljegyezve róla, hogy szemoperációkat végzett volna, sőt valószínű, hogy az okulista-ügyessége csak abban állott, hogy a hibás szemet alkalmas „kenők“-kel apolgatta, már a mint azt a régi jó időkben tették. Azt is elmondja Bod Péter, hogy sok „szép orvoskönyvei“ is valának ennek a derék, de boldogtalan életű magnásasszonynak, azonkívül „tudta sok jó fünek hasznos erejét is“ és az ország minden részéből sereglettek hozzá a betegek:

Sokszor a betegek sereggel állottak,
Kik hozzája mentek, megorvosoltattak,
Messze földről néha oda hozattattak,
Könnyebbülést vévén, rá áldást mondtak.

Ugy hogy Bethlen Katának méltán adhatjuk meg az *első magyar medika* nevet.

A külföldi tanulmányokra készülő szegény medikusnak első gondja természetesen az volt, hogy valami bőkezű mecénást szerezzen magának. Ez sok esetben sikerült is, mert részint a városok, részint a protestáns hitközségek és a gazdag magyar urak vágyva-vágytak arra, hogy megbízható, képzett orvosra tegyenek szert. Mikor a főurak a fiaikat külföldi egyetemre küldötték, rendszerint egy szegény fiút is adtak melléjük, theologust vagy orvosnövendéket. A magyar orvostörténet igen sok olyan magnás nevet jegyezte fel, kinek anyagi támogatásával végezték egyetemi pályájukat a hazai

orvosok. Hogy csak néhánynak a nevét említsem: gróf Kemény János taníttatta Bentzigt, özv. Jaksics Péterné Balsarát Vitust, gróf Vass Dániel Szenpéteri Jónást, Rákóczi György Csanaki Mátét, gróf Teleki Pál Pataki Sámuel, gróf Teleki József és Sándor Ajtai Andrást stb. A külföldi tanulmányok elvégzése után az ilyen medikusok rendszeren az illető mecénások szolgálatába állottak, udvari vagy városi orvosokká lettek. Levéltárainkban több olyan levelet őriznek, melyben a külföldi tanuló pártfogolt hálától áradozó kifejezésekkel ad számot jóltevőjének a tanulmányokban való haladásáról, rendszerint persze újabb segítséget kérve. Ezek a levelek sok tekintetben érdekesek, mert az ifjak külföldi életéről, szűkös anyagi viszonyairól, küzdelmeiről is felvilágosítanak. „Az mely pénzt Nagyságod tavaly küldött“, írja Csanaki a pártfogójához, Rákóczi Györgyhez Leidából 1624. márczius 26.-án,¹ „még ez óráig sem jutott kezemhez. Ha egy régi tanuló barátom, ki mostan ez tartományban pap, emberségesen mástul kölesön nem szerzett volna pénzt, nem tudom hova lettem volna ezkédig. Nagy uzsorát kell pedig arra is adnom, elannyira, hogy az kétszáz talám tíz tallérom meg nem marad az régi és ez esztendei adósságnak megfizetésétül. Ruhám bizony igen rossz vagyon, elannyira, hogy *emberek eleiben sem gyakran merek menni*, hanem mikor az szükség kívánja; ételem is vékony, de mégis elkél a pénz, mert itt minden drága. Örömet emlennék Olaszországba, az holott az medicina igen gyakorlottatik, de nincs mivel; sőt kevés költséggel el sem merek indulni, mert ha ott szükségem történnék, senki szemét sem fordítaná reám. Hágában valék tegnapelőtt szemben Bethlen Gábor uram ő felsége követével és attul akarok vala kölesőnpénzt kérni Nagyságod nevével, de *rongyos állapotomra nézve mingyárt megutála és csak jó szót sem ada*. Nagyságod gondolkodjék felőlem, mint jobban és hamarabb ez szegény állapotomból kiragadhasson.“²

Ha még a hatalmas Rákóczi alumnusai is ilyen nyomorúságban tengődtek néha, elgondolhatjuk, hogy milyen keserves sorsa volt a többi szegény medikusnak.

Ne felejtjük azonban, hogy a 16.—17. században a leggazdagabb magyar főurak is gyakran keveredtek súlyos pénzzavarba, mert a törökkel való háboruskodás nagyon megcsökkentette a földbirtok jövedelmezőségét, de meg nehéz áldozatokra is kényszerítette őket. Így érthetjük meg, hogy olyan gazdag főúr is, mint például Réway Ferenc nádori helytartó, csak nagyon fogyatékosan láthatta el Olaszországban tanuló fiait, ugyannyira, hogy ezek ruhája állandóan kopott, sőt rongyos volt. Mikor egyszer (1548) a pádovai kormányzóhoz mentek tisztelgésre, kénytelenek voltak azt az elnyűtt, foltos ruhájukat húzni fel, melyet még kilencz év előtt a bártfai szabó készített; az olasz tisztviselők valósággal megszánták őket s nevelőjük is panaszosan írja, hogy nagyon szegyenkezett miattuk és könyörögve kéri az apjukat, hogy öltöztesse már őket tisztességesebb habitusba.

Mikor azután a szegény leendő medikus a mecénásai révén elegendő pénzre tett szert, elindult a nagy útra, a „*bujdosásra*“-ra, a hogy hajdanában a tanulók külföldi tartózkodását nevezték. Ez a bujdosás nem hagyott oly kellemes emlékeket a régi magyar orvos életében, mint a mai fiatal doktor külföldi tanulmányútja. Kivált ha szegény volt, pedig rendszerint ez volt az eset. Páriz Pápai Ferenc, mikor Boroszlóba ér, „ezt írja a naplójába:“³ „Ó Isten, mely nehéz és költséges az egyedül való *bujdosás*, és a mi nagyobb: az nyelv nem tudás!“ 1674. újév napján, baseli tartózkodása idején, meg így sóhajt fel: „Ez esztendőre virradván, hálát adék az Urnak, hogy az elmúlt esztendőbeli *bujdosásomat* állandó egészséggel, békességgel, dolgomban jó előmenettel megáldotta, elénekelvén a 118. zsoltárt.“ A következő év első napján szintén nem mulasztja el ezt a hálaadást, ismét a mindenhatóhoz fordul köszönő szavával, a ki őt a „fennforgó háboruk között“ keserves bujdosásában megsegítette, és kéri ötöt: „Vigy haza békével édes hazámban, hogy kezem s elmém munkája által neved dicséértessék, sok nyomorultak erőt vegyenek és én, édes atyámfiaival együtt, a szentek gyülekezetiben neked, kit egyedül illet az

¹ Eredetije az orsz. levéltárban.

² A löcsei városi levéltárban is van (az index szerint) egy hasonló beszámoló és köszönő levél Schwab Krisztián Joachim orvosnövendéktől, a város költségén külföldön tanulótól. Ha ugyan megvan. Én nem kaphattam meg.

³ Lásd: Irod. tört. Közl., II. 394.

tisztesség, mondassak új éneket. Amen.“ Egy másik régi orvosunk, Vizaknai Bereczk (Briceius) György, kinek naplója szintén fennmaradt,¹ mikor 1693 augusztusban Beszterczéről „kimozdul“, hogy „idegen országokba bujdosson“, szintén nagy nehéz fohászokkal kezdi az útrakelést. „Uram Jézus Krisztus,“ írja naplójában, „légy énnekem ezen utaimban kalauzum, légy vezérlő és igazgató uti társom, hogy elvégezvén azt az utat, hálaadó dicséretet mondassak Felsőgednek. Amen.“

Ha az akkori viszonyokat ismerjük, nem csudálkozhatunk ezen a sóhajtozáson.

Kóssa Gyula dr.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Útmutató a baleseti sérülések körüli orvosi eljárásokban. Összeállította az országos munkásbetegségélyző és balesetbiztosító pénztár igazgatóságának megbízásából az állandó orvosi tanács. Budapest, 1908.

A munkásbiztosítás kötelező volta és országos szervezése folytán igen aktuális jelentőséggel bír ezen könyvecske, a mennyiben az ország orvosainak nagy része pénztári orvos, de a pénztári állást nem viselő orvosok is könnyen juthatnak abba a helyzetbe, hogy mint választottbírói szakértők stb. baleseti ügyekben szakvéleménynyel szolgáljanak. A munka három részből áll. Az általános rész a balesetbiztosításra vonatkozó törvényes intézkedéseket ismerteti, körülírja a baleset fogalmát, fejtegeti a megbetegedési tünetek összefüggését a megtörtént balesettel s illusztrálja ezen összefüggés megállapításának nehézségeit, előadja a munka- és keresetképessegre és a járadék meghatározásra vonatkozó általános tudnivalókat és végül az orvosi vizsgálat végrehajtására s a vélemény megszerkesztésére nézve ad tanácsokat.

A részletes részben *Lévai József* a sebészi sérülések, *Friedrich Vilmos* a belbántalmak, *Sarbo Artur* az idegbántalmak, *Mohr Mihály* a szemsérülések, *Török Lajos* a bőrbántalmak, *Barakonyi Sándor* az orr-, fül- és gégebántalmak, *Temesváry Rezső* a női bajok balesetbiztosítási megítéléséről, illetve az ezek folytán előállott munkaképességcsökkenésnek kiszámításáról értekezik. Végül a függelékben *Sarbo* a traumás neurosisokról ír, azonfelül ugyanő, továbbá *Friedrich*, *Lévai* és *Mohr* tanulságos orvosi véleményeket ismertet.

A könyv rövid és áttekinthető formában igen sok hasznos tudnivalót tartalmaz és szerzői már csak azért is igen jó szolgálatot tettek a magyar orvosi karnak, mert az e munkában összefoglalt és kiválóan praktikus fontossággal bíró adatok magyar nyelven másutt meg sem találhatók, úgy hogy e tekintetben ezen útmutató valóban hézagpótló és nagy gyakorlati szükségletet elégít ki.

P.

Lapszemle.

Általános körtan.

A hypophysis-kivonat okozta érelváltozásokra 1906-ban hívta fel a figyelmet *Baduel*. Azóta *Etienne* és *Parisot* is foglalkoztak e kérdéssel, s megerősítették *Baduel* kísérleti eredményeit. A hypophysis hátulsó lebenyének kivonata intravenásan vagy subcutan nyúlba fecskendezve — teljesen hasonlóan az adrenalinhoz — a verőereknek, főképen az aortának sclerososis, atheromás elváltozásait hozza létre. Az elváltozások főképen a tunica mediában, az izomállományban jönnek létre; a szívben kis sejtes beszűrődések, apró vérzések fejlődnek, az art. coronariáknak a rigiditása áll be s a máj, lép, tüdő stb. erein hasonló elváltozások állanak be hosszas kezelés után. A capsula surrenalis is igen gyakran megvastagodott, mikroskopi gyuladással és proliferációs góczokkal, a substantia medullarisban pedig kis kereksejtű beszűrődés észlelhető. *Etienne* és *Parisot* vizsgálatai szerint a verőerek atheromatosisán kívül főképen a szívnek nagyfokú hypertrophiája észlelhető

¹ Történ. Emlékek, II. 84.

hypophysis-extractummal rendszeresen kezelt nyulakon. (Il policlinico. Sez. Pratica, 1908. Fasc. 27.) *Galambos Arnold* dr.

A magas láz jelentőségét fertőző betegségekben már nagyon sokat vitatták. Vannak, akik hasznosnak mondják, míg mások ártalmasnak nyilvánítják. *Rolly* és *Meltzer* legújabb kísérletes vizsgálatainak eredményei a láznak hasznos volta mellett szólnak. A fertőzött és hyperthermiás állatok véreinek baktericid hatása nem volt nagyobb ugyan, a phagocytosis azonban erősbödött. Hasonlóképen fokozódtak találtak az agglutininek és az antitestek képződését. Úgy látszik, hogy a magas hőmérsék a szervezet sejtjeit fokozott működésre serkenti, a minek következtében gyorsabban és nagyobb mennyiségben képződnek a megfelelő ellenanyagok. Az a felfogás, hogy a magas lázat már csak azért is csökkenteni kell, mert a különböző szervekben elfajulásos folyamatokat von maga után, a szerzők szerint nem helyes, mert ezeket az elfajulásos folyamatokat nem a magas hőmérsék, hanem a fertőző anyag (akár baktérium, akár toxin, vagy mindkettő együtt) okozza. (Deutsches Archiv für klin. Medizin, 94. kötet, 3. és 4. füzet.)

Belorvostan.

Az elhajasodás különböző alakjairól szóló előadásában *Noorden* tanár kifejti, hogy az elhajasodás nem tekinthető körök-tani szempontból egységes kórfolyamatnak. Különbséget kell tennünk *hízalási* (Mastfetsucht) és *alkati*, helyesebben *thyreogen elhajasodás* között.

Az utolsó évtizedeknek nagy szabadsággal végzett anyagforgalmi vizsgálatai kétségtelenül bizonyítják, hogy ha a táplálékkal több kémiai energiát viszünk be a szervezetbe, mint a megnyit elbont, zsírlakódás jön létre, tekintet nélkül arra, milyen alakban került a szervezetbe az energiátöbblet, mindenesetre azonban sokkal nagyobb fokú a zsírral vagy szénhidrátokkal, mint a fehérjével való túltáplálás esetén. Ha már most állandóan fennáll ilyen aránytalanság a felvett és átalakított kémiai energia mérlegében az első javára, létrejön az a zsírfelhalmozódás, a melyet *Noorden hízalási elhajasodásnak* nevez. Keletkezése kétféle módon képzelhető el: 1. ugyanazon munkavégzés (energia-átalakítás) mellett a szükségesnél több kémiai energia kerül a szervezetbe: *túltáplálási elhajasodás*; 2. normális energiabevitel mellett kisebb a munkavégzés (energia elhasználása): *lustasági elhajasodás*. Kétségtelen, hogy az életben a hízalási elhajasodásnak elméletileg lehetséges mindkét alakja előfordul. Keletkezésükhöz nem kell egyéb, mint hogy az energiabevitelt az energiaszükséglettel egyensúlyban tartó, ösztönszerűen történő szabályzó működésben valami zavar támadjon. Az orvosnak az egyes esetekben kellő éleslátással ki kell kutatnia, hogy az elhajasodást a túlságosan bő táplálkozás, vagy a mozgáshiány idézte-e elő, továbbá milyen körülmények okozták ezen utóbbiakat.

A hízalási elhajasodásban a szövetek energiaátalakító (oxydáló) képessége nem változott. Az *alkati elhajasodás* felvételének jogsultsága ezzel szemben szorosan összefügg azzal a kérdéssel, hogy vannak-e emberek, akiknek sejtjei ugyanazt a munkát kisebb energiaszükséglettel tudják végezni, mint a normális emberek sejtjei. El lehetne képzelni, hogy az ilyen egyénekben külső munka végzése alkalmával a kémiai energiának kisebb része vész el hő vagy más energia alakjában. Az ilyen szervezetre nézve, a mely hasonló a takarékosan dolgozó géphez, a normális kémiai energiát tartalmazó táplálék energiátöbbletet jelent, a miért elhajasodásnak kell bekövetkeznie. Több kísérleti adat bizonyítja, hogy a protoplazma energiaátalakítási (oxydálási) képességében úgy fel- mint lefelé előfordulnak eltérések. Az oxydálás fokozódását (20—30%-kal) látta *Magnus-Levy* pajzsmirigy adása után és valószínűs Basedow-kórban. Hasonlót tapasztaltak akromegalia egyes eseteiben, nagyfokú lázzal járó heveny fertőzésekben és intoxicióban, például a tuberculín-lázban. Az oxydáló képesség csökkenését teljes bizossággal csak a myxoedemában mutatták ki, míg a különböző idült inanitiós állapotokra nézve nincs kétségtelenül bebizonyítva. Az energiaszükséglet nagysága különben élettani körülmények között is ingadozó: 1 m² testfelületre vonatkoztatva a gyermekkorban nagyobb, az öregkorban kisebb, mint a felnőttkorban, és egészséges felnőtt emberekben sem egyforma: az általános (kísérleti adatok alapján) felvett energiaszükségletben felfelé is, lefelé is találunk 5⁰/₀-os

ingadozásokat, a melyeket még a normálisnak határain belül levőnek kell tartanunk. Érthető már most, hogy ha a normálisnak felső és alsó határain lévő két (egyforma súlyú és korú) egyént az első egyénnek szükséges táplálékkal táplálunk s egyformán foglalkoztatunk, az első egyén egyensúlyban marad, míg a másik a bevitt energiának 10⁰/o-át zsír alakjában halmozza fel. Elméletileg alkati elhajasodásról kellene ilyenkor szólnunk, ha azonban normálisnak tartjuk még a rendszerenél 5⁰/o-kal kisebb energiaforgalmú ember oxydálási képességét, akkor túltáplálási elhajasodással van dolgunk. A gyakorlatban valóban nem is tudjuk az alkati elhajasodás körjelzését egész biztossággal kimondani, még pedig azért, mert azon pontos vizsgálati módszerek, melyekkel Atwater az egészséges ember energiaforgalmát vizsgálta, még nem mentek át a klinikai használatba. Addig az alkati elhajasodás körjelzése csak valószínűségi lehet. Akkor fogjuk felvenni, ha hizlalási elhajasodásra vezető körülményeket nem találunk, vagy ha az annak megfelelő orvoslással semmire sem megyünk.

A szerzőnek különben erős meggyőződése, hogy alkati elhajasodás létezik s az említett pontos vizsgáló módszerek majd ki fogják mutatni, hogy sok elhízás van, a melyet a szövetek oxydáló energiájának csökkenése okoz. Hogy mi az oka a sejtek oxydáló energiája csökkenésének, biztosan még nem tudjuk, de az újabb idők vizsgálatai a mellett szólnak, hogy a mirigyek egy sorozata belső elválasztásával egyenes vagy közvetett úton befolyásolni tudja az energiaforgalmat. Egyenes úton történő hatás eddig csak a pajzsmirigyre nézve van kimutatva, míg a többi belső elválasztással bíró mirigy — úgy látszik — közvetett úton a pajzsmirigy működésének mennyiségi vagy minőségi irányban való megváltoztatásával befolyásolja az energiaforgalmat. Ismeretes, hogy a Basedow-kórban fokozott, a myxoedemában csökkent az oxydálás, s hogy ez utóbbiban fokozható pajzsmirigykészítményekkel. Elképzelhető a pajzsmirigy működésének oly fokú csökkenése, a mely myxoedema előidézésére nem, de elhajasodás előidézésére elegendő. A myxoedemának egyes esetekben elhajasodással való szövődése, illetve a két betegségnek egymásba való átmenetele is e mellett szól. Annak ellenére tehát, hogy határozott bizonyítékokkal még nem rendelkezünk, állíthatjuk, hogy a hizlalási elhajasodáson kívül létezik olyan (alkati) alakja az elhajasodásnak, a melyet *thyreogennek* kell tartanunk.

A kifejtettek alapján világos, hogy az elhajasodás orvoslásának lényege helyreállítani az energiabevitelt és energiafogyasztás között az egyensúlyt, a mit elérünk azzal, hogy elégséges fehérjetartalom mellett leszállítjuk a táplálék caloriaértékét. Neveléses azoknak törekvése, a kik egyes sémás soványító kúrákhoz (Oertel, Banting, Ebstein stb.) kötik magukat az elhajasodás kezelésében. Mint mindenütt, itt is veszedelmes a sematizálás, a kövérség fokának megfelelően kell megszorítanunk az energiabevitelt, azonkívül tekintettel kell lennünk a betegek életkörülményeire is, nevezetesen kutatunk, hogy mennyiben szerepelt a kövérség előidézésében az energiaelhasználás csökkenése (lustaság), mert ha tisztán ez idézte elő, akkor a fősúlyt az oxydálások terjedelmének fokozására (mozgás) kell helyezni, ha pedig a túltáplálással együtt szerepelt (a mint rendszeren szokott lenni), akkor mindkét irányban kell vezetnünk az orvoslást. Lesznek azonban olyan betegek, a kik a táplálás megszorítása folytán collapsust kapnak vagy legalább is nagyon siralmas állapotba kerülnek a kúra hatása alatt. Ilyenkor gondoljunk thyreogen elhajasodásra s adjunk pajzsmirigykészítményt (legjobb tartja a Merck-féle thyreoidinum siccatumot). E mellett nem kell nagyon megszorítanunk a diétát, sőt fehérjében dús táplálékot rendelhetünk. Szükségesnek tartja még megjegyezni, hogy hizlalási elhajasodásban thyreoidint semmi esetre se adjunk. (Medizinische Klinik, 1909. 1. sz.)

Idegkórtan.

A tabesos orrkrízisről és felismeréséről értekezik *Klippel* és *Lhermitte*. E szerzők egyike már egy régebbi munkájában felhívta a figyelmet a tabesos szag- és ízérzésvizsárvakra. Tapasztalatát azóta franczia és német szerzők megerősítették. A tabesos orrkrízisnek három alakja van: érzésbeli, göresös és kiválasztásbeli zavarokkal. A beteg e mellett néha állandó szagérzés-zavart mutat, máskor azonban e téren nincs eltérés. Az orrkrízis abban áll, hogy az emésztés alatt vagy felébredéskor, néha minden ok nélkül, hirtelen

viszketés vagy szürkáló fájás támad az orr gyökerén és utána a beteg erős és kellemetlen szagot érez, a mely rothadt hal vagy tojás szagához hasonlít. Az orrkrízis gyakran a tabes legkezdetibb szakában fejlődik ki. Az időszakos parosmia-rohamok könnyen felismerhetők. Habár a neurastheniás és hysteriás betegek is szenvedhetnek néha ilyen parosmiában, e bajokban soha sincs meg a kakosmiának az a foka, a mely a tabesos orrkrízisre jellemző. Az orrvizsgálat az orr helyi megbetegedéseit ki fogja zárni. A tünet az epilepsia szagló aurájához hasonlít leginkább, a mennyiben ez is hirtelen fejlődik és hasonló rossz szagérzéssel jár, csakohy ilyenkor az utána bekövetkező roham útmutató lesz a körjelzésben. Hasonló érzés mint hallucinatio az elmezavarokban is előfordulhat.

Ez az érzésbeli orrkrízis egymagában is megállhat, de göresös reflextünetekkel is járhat, a melyek az érzésbeli tüneteket nyomon követik. Ilyenkor a beteg többször egymás után igen hevesen tüsszent. Néha a tüsszentéssel el is mulik az egész krízis, máskor azonban utána az orrból váladék folyik. Viszont ez az orrfolyás a tabesban egymagában is fennállhat minden megelőző egyéb tünet nélkül. Némely betegen a kiválasztásban a conjunctiva és a könymirigyek is résztvesznek. Egyik tabesos betegen az orrkrízist egy sorozat rövid megszakított lélekzés előzte meg, azután tört ki a többi tünet. Ez esetben a két orrlíkból pirosas folyadék folyt, a mely egynehány percz alatt egy zsebkendőt itatott át. A folyadék azután átlátszóbb lett és higabb. Ilyen tüsszentésrohamok hysteriás és neurastheniás embereken is előfordulnak, de nem járnak orrfolyással. A Bright-kóros orrhydrorrhoeát a szemhéj dagadt-sága árulja el. Nehezebb lehet az agydaganatokban található orrfolyást felismerni. Némelyik agyalapi daganat vagy serumos meningitis is okozhat orrfolyást. Ilyen esetben nem orrbeli elválasztásról van szó, hanem a fokozott koponyaüregbeli nyomás következtében cerebrospinális folyadék folyhatik ki az orrüregeken át. Ilyenkor gyakran gyorsan következik be a megvakulás, a mely az „agytabsban“ is elég sokszor beáll. A szemfenék vizsgálata adhatja meg leggyorsabban a helyes felvilágosítást, a mennyiben daganat esetén pangásos papillát, míg tabesban látóidegsorvadást találunk. A sinus frontális bajai, orrpolyp és rhinitis az orrvizsgálatkor derülnek ki. Az orrkrízisekben többnyire vannak érzés-zavarok az arczon a három-osztatú ideg területén.

Az orrkrízises anosmia és parosmia oka a szaglóideg periferiájának elváltozása. Egy ilyen esetben a bulbus olfactorius el volt változva. Az elfajult rostokat a tractus olfactorius területén a gyrus hippocampi és a corpus callosum területén át a temporális lebenyig lehetett követni. Egy esetben a Gasser-dúc sejtjei voltak betegek. (Semaine méd., 1909. február 17.) *Kollarits Jenő dr.*

Sebészet.

Az aethylechloriddal mint általános anaestheticummal a Pennsylvania Hospitalban szerzett tapasztalatokról ír *M. E. Lee*. 1902 deczembertől 1908 júniusig 5575 esetben használták és pedig egyedül 947 esetben, anaesthollal 47 esetben, anaesthollal és aetherrel 391, aetherrel 4148, scopolamin-morphinnal 1, chloroformmal 2, és rhachistovainisatióval 39 esetben. A narkotizált betegek kora 24 órától — 84 évig váltakozott, a narcosistartam néhány másodperctől 54 perczig terjedő idő volt. Három perczre az átlagos dosis 10 gramm. Négy halálesetet észleltek e narcosis alatt (ezekből azonban úgy látszik csak egy irható a narcoticum rovására, Ref.), a mivel együtt az irodalomban összesen 25 halál van aethylechloridnarcosis kapcsán feljegyezve. Előnye, hogy nem izgatja a légzőtractust, az öntudatlanság hamar áll be és az anaesthesia rendszerint még a teljes öntudatlanság beállta előtt bekövetkezik, viszont azonban az izomelernyedés nem tökéletes. Használható az aethylechloridnarcosis apró, legfeljebb öt perczes műtétek, fájdalmas kötözések (például abdominális csik eltávolítása) alkalmával és bevezetésül az aether- és chloroformnarcosishoz. (Annals of surgery, 1908 november.) *P.*

A szívtájra ható tompa ütéseknek a szívre való hatását vizsgálta 34 kutyán experimentálisan *Kulbs*. Az állatok közül 2 néhány perczel az ütés után kimult, a többi néhány óráig — több napi időközökben lelte. Vizsgálatai szerint relativ kis ütések gyakran kiterjedt szívserüléseket hoznak létre a bőr és a mellkasfal lényeges sérelme nélkül; ezek a sérülések leggyakrabban billentyű-

vérzésekben (egyszer billentyűszakadás), azonfelül a szívizomba és a pericardiumba történő vérzésekben állottak. A billentyűvérzések látszólag nagyrészt felszívódnak, míg az izomba történők kötőszövetesen szervülnek. A kiterjedt, sokszor az izomzatra is ráterjedő, a billentyűk basisán székelő vérzésekről is azt tételzi fel, hogy nem gyógyulnak maradandó anatómiai defectus nélkül. Durva anatómiai elváltozások ellenére sem talált mindig szivinsufficienciára utaló auscultációs jelenségeket vagy pulsusbeli elváltozásokat. A szivserülés létrejöttében a mellkasfal engedékenysége látszólag nagy szerepet játszik. (Mitth. aus den Grenzgeb., XIX. k., 4. sz.) P.

Typhusos pyonephrosis esetét közli Meyer és Atrimer. A 16 éves leányban már 10 év előtt találtak baloldalt húgyretentiót és műtétet is ajánlottak, de ez a közbejött lázas megbetegedés miatt elmaradt. A daganat csak 8 hó óta okozott nehézségeket. A nephrectomia alkalmával genyes vesezsákot távolítottak el s a genyből tiszta typhusculturát kaptak. Nyilvánvaló, hogy a régi pyonephrosis 10 év előtt typhussal inficiálódott s azon idő óta benne a typhusbacillusok állandóan életképes állapotban megmaradtak. Az irodalomból még 2 typhusos vesegenyedést említ: egy kétoldalit, mely közvetlen typhus kapcsán keletkezett és halállal végződött (Rovsing) és Greaver esetét, melyben 6 évvel a typhus kiállása után kiírtott vesében lehetett a typhusbacillust kimutatni. Az ilyen eseteknek természetesen hygienés fontosságuk is van, a mennyiben a látszólag egészséges egyének vizelete állandóan tartalmaz typhusbacillust s így fertőzést okozhat. (Mitth. a. d. Grenzgeb., XIX. k., 3. sz.) Pólya.

Aneurysma arteriale ideális operatióját ismertette Enderlen (Würzburg). Egy 37 éves lueses férfi 1 év előtt erős munka után hirtelen fájdalmakat érzett a bal térdarokban, a hol egyúttal daganat is fejlődött. A beteg felvételekor Enderlen a bal fossa poplitea-ban tyúktójasnyi, könnyen elhatárolható, ép bőrral fedett tumort észlelt, melynek pulzálása az art. femoraliséval volt synchron; nyomásra a daganat megkisebbedett. A vérnyomás nagysága a jobb lábszáron 166 mm., a balon 50 mm. volt. Enderlen a műtétet megelőzőleg 5 napon át compressiót gyakorolt az aneurysmára, hogy a collaterális keringés kifejlődését előmozdítsa. A műtét az 5 cm. hossz- és 4 cm. harántátmérőjű aneurysma kiirtásában és a két éresonk összevarrásában állott, a mi csak a lábszár maximális behajlítása mellett sikerült. Nyolcz nap mulva a végtagot ki lehetett nyújtani és az illető munkaképesen hagyta el az osztályt. (Deutsche med. Wochenschrift, 1908. 37. szám.) Tóthfalussy.

Bőrkórtan.

A szurokkal dolgozó munkások ipari bőrbajait ismerteti O. Ehrmann (Mannheim). A szerző mintegy 30 oly bőrbajos munkást észlelt, a kiken a bántalom a kőszén-szuroktól eredt. A betegek leginkább szén-, koks- és anthracitművek, valamint brikettgyárak munkásaiból kerültek ki. Az ipari megbetegedést okozhatják úgy a „szurokpor“, mint a „szurokgőzők“. A szurkot feldolgozás közben ugyanis részben porítják, részben olvasztják, ez utóbbi esetben támadnak a gőzök. A szerző, miután részletezte az egyes munkálatok fajtáit, áttér azoknak az elváltozásoknak az ismertetésére, melyek ily „szurokbőrű“ munkásokon észlelhetők. Háromfajta elváltozást különböztet meg. Az első olyképen nyilvánul, hogy a bőr megbarnul. A munkások arcza olyan mint ha indiánus-bőrű volna. A bőrnek ez az állapota nem vezethető vissza egyedül impraegnálásra, hanem arra is, hogy a bőr állandó inger következtében idülten hyperaemiás és beszűrődött. Az elváltozásoknak második fajtája a comedoképződés. Ez a jelenség analogiában van az úgynevezett kátránycomedókkal (kátrányacne), mert a szurok a kátránynak componense. Valódi folliculitisek feltűnő módon alig fordulnak elő. A „szurokbőr“ harmadik elváltozási formája verrucosus papillomákban, verrucosus hyperplasiákban, szóval hyperkeratosisis képződményekben nyilvánul. Ezek a jelenségek főleg a két kézfejen, az alkaron, az arezon, a tarkón mutatkoznak, tehát különösen a ruhától nem fedett testrészekben. A szerző ezeket a „szurok-szemölcsöket“ szembe helyezi a szokásos úgynevezett verrucae vulgares-szel, mert némiképp eltérő természetűek. A szerző ezenkívül két betegének a fején lágy tumorokat is észlelt, melyek elgenyedtek. Sajnos, pontosabb vizsgálat nem történt. Ehrmann

úgy látszik hajlandó ezeket a kérdéses tumorokat a paraffin-munkások paranfinrákjával analogiába hozni, bár erre semmiféle határozott adata nincsen. E bántalmaknak észszerű gyógyítása a káros anyagok távoltartásában áll. A beteg munkásokat tehát más munkára kell szorítani. Ha ez nem lehetséges, elég jó sikerrel adható a naphtalanos zinkpaszta. E szer a prophylaxis szempontjából is jól vált be. (Monatshefte f. praktische Dermatologie, 1909. 48. kötet. 1. szám.) Guszman.

Venereás bántalmak.

A syphillisnek színreactióval való kimutatását ismerteti W. Schürmann (Düsseldorf). A tudomány egyik fontos feladata, hogy a komplikáltabb, nehezebb vizsgálati eljárásokat a lehetőség szerint egyszerűsítse. Ez a körülmény fennáll részben a Wassermann-féle reactióra nézve is, mert a cél az volna, hogy oly egyszerű vizsgálati mód birtokába jussunk, a melyet a gyakorló orvos is könnyű szerrel végezhet. Schürmann abból indult ki, hogy a Wassermann-féle reactióhoz kivonatnak a normális tengerimalaczszív is használható. Ő tehát azt az anyagot kereste, mely a szivizomzatban is megvan és egyben a reactióhoz is szükséges. Vizsgálatai közben arra a gondolatra jutott, hogy nincs-e esetleg a tejsavnak valami szerepe a reactio lényegében. Az erre kísérletképen használt tejsavtartalmú kivonattal azután sikerült is neki pozitív reactiót nyernie. A tejsav, mint ismeretes, az Uffelmann-féle reactióval könnyen kimutatható. De ez a syphillises serumvizsgálatban nem adott jó eredményt. Főleg az szolgált akadályul, hogy a vizsgálatra kerülő serumok különböző fokban vérfestéket tartalmaztak. Erre a szerző Nerking ajánlatára erőlyes oxydatiós, illetőleg reductiós anyagokat alkalmazott. Legjobbnak erre a célra a Merck-féle perhydrol bizonyult. A kísérlet menete a következő volt: 0.1 cm³ serumot fiziologiás konyhasóoldattal 3—4 cm³-re kell felhigítani, ehhez egy csepp perhydrolt adunk. A jól felrázott folyadékhoz ezután 0.5 cm³-t kell a reagensből hozzáadni. A reagenst (phenol 0.5, 5%-os vaschlorid 0.62, aqua destillata 3.45) mindig frissen kell készíteni. A normális vérsérum-oldat a hozzáadott reagensre kissé zöldesen festődik, de ez a szín rázáskor vagy eltűnik, vagy gyengén zöldes-kékes árnyalatot vesz fel. A keverék mindig átlátszó marad. Másként áll a dolog, ha a vizsgálatot syphillises serummal végezzük. A serumoldat a reagenssel összekeverve azonnal barnás-feketés tompa színt vesz fel s az oldat rázás alkalmával sűrű folyadéknak a benyomását teszi. A reactióhoz nem szükséges a serumokat inaktíválni (1/2 óráig 56° mellett hevíteni). A reactio 1—2 perc alatt beáll. A szerző ezzel az egyszerűnek tetsző színreactióval eddig 84 serumot vizsgált meg. A reactiót a Wassermann-féle eljárással ellenőrizte s azt találta, hogy azok a serumok, melyek Wassermann-reactióra pozitív reactiót adtak, a színreactióval is ugyanazt az eredményt adták. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1909. 14. sz.) Guszman.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A kanyarónak jókor való felismerésére Frank E. Tylecote a foghús megfigyelését ajánlja. Ez ugyanis a szóban forgó betegségben egyenletesen bővérű és kissé duzzadt; ezenkívül többnyire fehéres foltok láthatók rajta, a melyek könnyen letörülhetők. A foghús hyperaemiája — a Koplik-foltokhoz hasonlóan — a kiütés megjelenése előtt 2—3 nappal mutatkozik és sokszor a kiütés elhalványodásáig is megmarad. (The practitioner, 1908. augusztus.)

A diplosal nevű újabb salicylkészítményről a múlt év folyamán Minkowski tanár nyilatkozott nagyon dicsérően. Újabban Strauch dr. közli a berlini Bethania-kórházban tett tapasztalatait, a melyek szerint ez a szer kitűnően hat polyarthriti rheumatica eseteiben. Legjobb délelőtt 10 órakor adni 1 grammot, azután délután 4, 5 és 6 órakor újból 1—1 grammot. Ha a beteg izületek nagyon duzzadtak s a gyógyulás nem következik be elég gyorsan, ezélszerűnek mutatkozott a diplosal használatán felül még külső gyógyításhoz is folyamodni (beecsetelés spirósal-alkohollal [1:3], utána száraz vatta-kötés). A diplosal a szervezet nagyon jól tűri, kellemetlen melléküneteket nem okoz, heteken át adható, a nélkül, hogy bajt okozna vagy a hatásában esökkenne. (Therapeutische Monatshefte, 1909. 2. füzet.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1909. 15. szám. *Mohr Mihály*: Szembajok szimulálása és aggravalása balesetekkel kapcsolatban. *Sarbo Artur*: Aktualitások az organikus idegbajok köréből.

Orvosok lapja, 1909. 15. szám. *Rotter Henrik*: Az eklampsia kezeléséről.

Budapesti orvosi ujság, 1909. 14. szám. *Okolicsányi Kuthy Dezső*: A tüdőgümőkór physikai diagnostikájáról. „Gégészet” melléklet, 1. szám. *Baumgarten Egmont*: A felső légutak és az urogenitális szervek megbetegedéseinek összefüggéséről. *Waldmann Fülöp*: Spontán kiürült nyálkövek. *Baumgarten Egmont*: Idegen test a sinus piriformisban, spontán távozás.

Vegeyes hírek.

Velits Dezső dr.-nak, a pozsonyi állami bábaképezde igazgatójának érdemei elismerésül ő Felsője a királyi tanácsosi címet adományozta.

Fischer Ernő dr.-t a székesfővárosi Szt. István-kórház Röntgenlaboratóriumának vezetőjévé nevezték ki.

Kinevezés. A székesfőváros főpolgármestere *Keller Kálmán* dr.-t kórházi orvosná, *Kuhár D. Agost* dr.-t, *Blau Henrik* dr.-t, *Janovich Gyula* dr.-t, *Leuka Jeromos* dr.-t és *Mann Miksa* dr.-t kórházi segédorvossá nevezte ki. — *Juhász János* dr.-t a székesfehérvári szt. György-kórházhoz orvosná neveztek ki. — *Korom Lajos* dr. poroszlói körorvost tiszteletbeli járásorvossá, *Szarvas Jakab* dr.-t a dicsőszenmártoni kórházhoz másodorvossá, *Bridariu János* dr.-t a szabadkai Mária-Valéria-kórházhoz orvosná és *Frank Izidor* dr.-t a szekszárdi Ferenc-kórházhoz orvosná nevezték ki.

Választás. *Szántó Pál* dr.-t Dicsőszenmárton képviselőtestülete közszégi orvosná választotta. — *Talits János* dr.-t Karlován közszégi orvosná választották.

„**Orvos-Otthon**” **Marienbadban**. Nagyon kérem azon t. Kartárs urakat, kik a nyáron Marienbadban Orvos-Otthonunk vendégei akarnak lenni, hogy ebbeli szándékukat legkésőbb május hó 8.-áig nálam bejelenteni sziveskedjenek. Mindenkit, ki jelentkezik, szívesen látunk és a jelentkezés sorrendjében helyezünk el a lakásban, melyet 4 hétig teljesen díjtalanul bocsátunk rendelkezésükre. E lakások egyelőre — míg az Orvos-Otthon saját háza felépül — a legszebb villákban, szállodákban és orvosok házaiban vannak. Ha kellő időben jelentkeznek a Kartárs urak, úgy az elő- és utóévadban nejeik és kiskorú családtagjaik számára is nyújthatunk kedvezményeket. Vendégeink a lakáson kívül jelentékeny kedvezményekben részesülnek a vendéglőkben, teljesen díjtalanul kapják a fürdőket, nem fizetnek gyógy- és zenedijakat, szabadjegyet kapnak az olvasóterembe stb. Kívánatos volna, hogy mielőbb felépüljön saját házuk, a midőn még sokkal több kedvezményt nyújthatunk. E célból tagokat gyűjtünk az orvosok köréből (évi 5 korona tagdíj) és kérjük, hogy a belépni szándékozók nálam vagy bármely marienbadi fürdőorvosnál jelentkezzenek. *Tuszkai Ödön* dr., a marienbadi „Orvos-Otthon” igazgatósági tagja. (Budapest, VII., Rottenbiller-u. 27.)

Orvos-gyógyház Franzensbadban. A marienbadi orvosok mintájára Franzensbad orvosai is egyesültek, hogy franzensbadi kúrára szoruló orvosok és családtagjaik részére kedvezményeket nyújtsanak. Tervezték külön orvos-gyógyház létesítését; de addig is, míg ez megvalósulhat, már az 1909. évben májusban és szeptemberben 10—10 ingyenlakást bocsátanak rendelkezésre magánházakban, a mivel a gyógyeszközök (fürdő stb.) ingyen használata, a gyógy- és zenedij alól felmentés, kedvezményes árak a vendéglőkben stb. jár. Jelentkezések április 20.-áig küldendők az „Orvos-gyógyház” kezeléséig Franzensbadban.

A XIX. magyar balneológiai congressus e hó 24.-én d. e. 1/210-kor és d. u. 4 órákor, továbbá 25.-én d. e. 1/210-kor tartja üléseit a budapesti kir. orvosegyesület házában (Szentkirályi-u. 21). A congressussal kapcsolatban tartják meg a magyar szent korona országai balneológiai egyesületének évi közgyűlését e hó 25.-én d. e. 1/212 órákor.

Hibaigazítás. Lapunk 15. számában a 275. oldalon *Albarran* munkájának ismertetésébe értelemzavaró sajtóhiba csúszott, a mennyiben a 21. sorban kétszer is előforduló „*rakosvese*” helyett „*szákvese*” olvasandó.

A budapesti egyetem I. sz. nőbeteg-klinikáján márczius hóban 171 szülés folyt le (először szülő 95, többször szülő 86). A született magzatok száma 173 volt, még pedig 154 élő, 16 halott, 3 macerált; 142 érett, 14 kora, 17 éretlen; 81 fiú, 83 leány, 9 kérdéses nemű; 81 törvényes, 90 törvénytelen. A terhések, szülők és gyermekágyasok közül 4 halt meg. A nőbeteg-osztályon 85 beteget ápoltak, közülük 4 halt meg. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét 141 esetben vették igénybe; a műtétek száma 100 volt.

A budapesti egyetem II. sz. nőbeteg-klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum márcziusban 101 esetben nyújtott segítséget; a műtétek száma 86 volt.

A budapesti poliklinika rendeléseim márczius hóban 5146 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 15,675 volt.

A szabadkai önkéntes tüzoltó-testület mentő-osztálya márczius hóban 106 esetben működött.

Meghalt. *Kertész Sándor* dr., Szabadka város tisztii főorvosa e hó 9.-én. — *Balászfalvai Kis István* dr., Lajosmizse község orvosa 42 éves korában. — *Kossánu János* dr., a greifenbergi vizgyógyintézetnek hosszú éveken át volt vezetőorvosa, Brassóban április hó 2.-án. — *Bazette* dr., a sebészet tanára a caen-i orvosi tanintézetben. — *R. Haug* dr., a filorvostan rendkívüli tanára a müncheni egyetemen április 14.-én 49 éves korában.

Kisebb hírek külföldről. Marburgban *E. Müller* boroszlói magántanárt a belorvostan rendkívüli tanárává nevezték ki. — *Lord Lister* április 5.-én érte meg teljes testi és lelki épségben 82. születésnapját. — A szt.-pétervári orvosegyesület márczius 31.-én ülte meg 50 éves emlékünnepét. — Poroszországban 1905-ben 139,182 elmebetegét állapítottak meg, tehát 10,000 lakosra 37,3-at; 1880-ban ez az utóbbi arányszám csak 24,3 volt. 25 év alatt 110%-kal szaporodott az elmebetegek száma, csak hogy figyelembe veendő, hogy 1905-ben hozzászámították a gyengeelméjűeket is, a mennyiben munkaképtelenek, a mit az előbbi összehesámolások alkalmával nem tettek. — Bécsben a „Künstlerhaus” ez évi képkiallításán nagy érdeklődést, de sok nézőben vegyes érzelmeket kelt *Adams* festő egy képe, mely *Wertheim* dr.-t, az ismert nőorvost tünteti fel, a mint assistensei segédkezésével myoma-műtételt végez per laparotomiam. A kép azt a pillanatot ragadja meg, a mikor a műtendő a kihámozott daganatot kampókkal kiemeli. Hogy vajjon alkalmas tárgya-e ez a festészetnek, arról a nézetek nagyon eltérők.

Congressus. Az V. nemzetközi fogász-congressust augusztus 23—28.-án tartják Berlinben, a parlament épületében, hol egyúttal a fogászatra vonatkozó kiállítás is lesz. A congressus főtitkára *Schaeffer-Stuckert* fogorvos Frankfurtban.

Jelen számunkhoz az **F. Hoffmann-La Roche & Co.** czég „**Sirolin—Sulfosot-szörp**” című prospectusa van mellékelve.

A hetedik hónap elmúltával adható már a **Phospatine Falières** a gyermekeknek, kiken e kiváló tápszer sohasem mulasztja el a legkiválóbb eredményt előidézni.

„**Az Anker**” élet- és járadékbiztosító társaság Bécsben 1909 április hó 7.-én tartotta 50. rendes közgyűlését gróf *Prokesch Osten* Antal úr elnöklété alatt. A társaság bevételei 1908-ban 29,466,265 korona 26 fillért, kiadásai 12,036,705 korona 75 fillért tettek ki, tartalékba helyeztetett 16,346,043 korona 30 fillér. Az összes, **178,806,598 korona 79 fillért** kitevő vagyonnak elhelyezése teljesen a törvényes határozmányoknak megfelelően történik és bécsi, budapesti, berlini és belgrádi ingatlanokból, pupilláris értékpapirokból és jelzálogkölesönökből áll. A tartalékok díjazása után fennmaradó 1,127,800 korona 58 fillért kitevő tiszta nyereségből 200,000 korona a biztosítottak nyereségosztalék kiegészítési alapjára, 196,000 korona a kamatlábcsökkentési kiegészítő díjtartalékra és 35,000 korona az ingatlan-tartalékra utaltatott át. A részvényosztalék részvényenként 240 korona. Az 1908. évi szelvény a társaság bécsi és budapesti pénztárainál valamint a „*Wiener Bankverein*”-nél folyó hó 7. étől kezdve váltatik be. A társaság vagyonából Magyarországon több mint 27 millió korona van elhelyezve.

LIGETSANATORIUM Budapest, VI., Nagy János-utca 47. szám. (A Városliget közvetlen szomszédságában.)
Dietetika, diagnostika, physikotherapiás sanatorium. Igazgató: **Dr. Jakab László**.
Megnyílik 1909 augusztus havában.

Budapesti ZANDER-gyógyintézet

VIII., Múzeum-körút 2. Teljes physikális gyógyberendezés. Főbb javalatok: Idült gyomorbelatonia, székrekedés, elhízás, köszvény, csúz, idegzásák (ischias stb.). Csonttörések és egyéb sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Érelmeszesedés, szívbajok, bronchialis asthma (villamos feny-fürdővel), neurasthenia, bénulások. Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése (Zander módszerével). Gerinczélgyöriüések.

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

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

GIZELLA-TELEP FÜRDŐ, modern vizgyógyintézet május 1-én nyílik meg.
posta VISEGRÁD (Pest m.)

Vizgyógykezelés, szénsavas-, villanyos-, forróleg-, mór-, sós-, fenyő- és nap-fürdő. Villanyozás, massage. Remek fekvés. Pensio — fürdőhasználatlalt és ötszöri étkezéssel együtt — heti 65 koronától feljebb. Kivánatra prospectus.

Elektromágneses intézet Budapest, VII., Városligeti Fásor 15. sz. Gyógytényezők: **D'Arsonval**, Elektromágnes-, Sinusoidal-, Galvan-, Farad-, Franklin-, Leduc-áram. 4 cellás villanyfürdő. V. forrólegdús. Vibr. massage. Prospectus. Vezető orvos: **REH BELA** dr.

Orvosi laboratórium és czukorbeteg tolerantiájának meghatározása
Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd, Andrassy-út 50 (Oktagon-tér). Telefon 26—96.

Dr. GRÜNVALD SANATORIUMA BUDAPEST, VÁROSLIGETI FÁSOR 13—15.
Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által. 2652

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Közkórházi Orvostársulat. (I. bemutató ülés 1909 január 27.-én.) 298. l. — (II. bemutató ülés 1909 február 10.-én.) 298. l. — A budapesti kir. orvosegyesület dermatologiai és urológiai szakosztályának ülései. (Rendes ülés 1908 február 24.-én.) 299. l. — Erdélyi Muzem-Egyesület orvostudományi szakosztálya. (1909 márczius 6.-án tartott III. szakülés.) 300. l. — Szegedi Orvos-Egyesület. (1909 márczius 10.-én tartott szakülés.) 300. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 301. l. — Pályázatok. 301. l.

Közkórházi Orvostársulat.

(I. bemutató ülés 1909 január 27.-én.)

Elnök: Weisz G. Jegyző: Kőrmöczy Emil.

(Vége.)

Sarkokele syphiliticum.

Roth Arnold: A 29 éves férfi 2 év előtt luest szerzett. A betegen visszafejlődő roseolákat találunk az egész testén, ulcerosus syphiliticus a felkarján és felső ajkán, plaque-ot a tonsillán. Továbbá a jobb here ökölnyire megnagyobbodott, körtealakú, sima felületű, porczkemény, nyomásra nem fájdalmas, tehát orchitis syphiliticával állunk szemben. Ez esetet azért tartom érdemesnek bemutatni, mert az utóbbi időből 4 esetről van tudomásom, a melyekben 3-szor egyoldali, egyszer kétoldali herekiirtás történt a helytelen diagnosis miatt. Mind a négy esetben carcinoma és sarkoma diagnosisal lett beküldve a kiirtott here szövettani vizsgálat végett; a válasz orchitis syphilitica volt.

A here syphiliticus megbetegedésének két alakját ismerjük.

Az egyik az orchitis syphilitica, a mikor a tunica albuginea-gyaladása van jelen, melynek folytán a tunica albuginea és ennek a herében levő reczete kötőszövetes túltengés folytán megvastagszik.

A másik az orchitis gummosa, a mikor a herében élesen elhatárolt mogorónyi csomókat találunk, melyeknek belseje sűrű sárgás anyaggal van tele. A here syphiliticus megbetegedése kezdetben fájdalomtalan és e miatt a beteg észre sem veszi, csak ritkán jelentkeznek a lágyéktájékán kisugárzó fájdalmak. A here elveszti eredeti alakját, körtealakú lesz, a körte csúsa a lágyék felé tekint, nyomásra pedig sokkal kevésbé érzékeny, mint az ép here. A mellékhere és a vas deferens ritkán betegszik meg, de ha igen, épen úgy, mint a here, két-háromszorosára megvastagszik. A mily lassú a betegség kifejlődése, oly lassú a lefolyása is, két három évig is eltart, mely idő alatt a here hol nagyobbodik, hol kisebbedik. Néha a here annyira megnagyobbodik, hogy a serotum bőrén nyomás folytán decubitus képződhetik. A syphiliticus heregyulladás rendszerint felszívódik, máskor a felszívódás a here atrophijával jár, a mikor babnyira fejlődik vissza; néha a hereporcz kemény marad, nem fejlődik vissza és csak igen ritkán genyed el. A here syphiliticus megbetegedése esetén az ondóelválasztás csökkent, sőt mikor mind a két here beteg, teljes impotentia áll be.

Az orchitis syphilitica összetéveszthető tuberculosis, rák, gonorrhoea által előidézett gyaladással.

Az orchitis syphilitica ritka, alig 1/100-ban fordul elő, rendszerint a lues későbbi szakában támad, ritkán egy éven belül, többnyire 2—3 év múlva.

Minél újabb keletű a betegség és minél gyorsabban fogunk hozzá a kezeléshez, annál nagyobb a remény, hogy restitutio in integrum következik be. Recidivák itt is előfordulnak.

Ha a diagnosis nem tudjuk felállítani, kezdjük meg az erélyes antilueses kezelést, vagy pedig kíséreljük meg a Wassermann-reactiót és ettől tegyük függővé a további beavatkozást.

(II. bemutató ülés 1909 február 10.-én.)

Elnök: Elischer Gyula, később Oláh Gusztáv. Jegyző: Kőrmöczy Emil.

A csonttörések észszerű gyógykezeléséről.

Fischer Ernő: Mikor Bennet 1900-ban körkérdést intézett a sebészekhez az általuk gyakorolt töréskezelésmódokra vonatkozólag, a beérkezett válaszok azt mutatták, hogy a csonttöréskezelés inkább tradicionális, mint észszerű utakon jár. Az utóbbi években két tényező hatalmasan előmozdította a töréskezelés

fejlődését: 1. A munkások balesetbiztosításának kötelezővé tétele, a mi gazdasági érvekkel buzdította az orvosokat a csonttörések gondos kezelésére és jó működésbeli eredmény elérésére; 2. a Röntgen-sugár, a mely megmutatta nemcsak azt, hogy milyen a törés, hanem azt is, hogy milyen eljárással tudjuk a törtevegeket legpontosabban visszaállítani régi helyzetükbe; a Röntgen-vizsgálat szigorú kritikát mond az alkalmazott törésgyógyító eljárás értékéről s megtanított bennünket arra, hogy a csonttörések észszerű kezelése az individualizáló eljárást követeli meg; némely töréskor a mobilizáló módszer adja a legjobb eredményt, máskor a merev kötés, ismét máskor extensió kötését kell alkalmazni, viszont ezen kötések sem mondhatjuk mindig megfelelőnek, olykor pedig csakis operatív beavatkozástól várhatunk javulást. Minden módszernek megvannak a maga javalatai és ellenjavalatai; igaz ugyan, hogy az individualizáló eljárás igényli a legnagyobb tapasztalatot, gondosságot és fáradságot, de csakis vele felelünk meg a töréskezelés céljának: restitutio ad integrum elérése úgy anatómiai, mint működésbeli tekintetben. E cél elérése 1. a dislocatio meggátolásával és megszüntetésével, 2. a törtevegeknek kedvező helyzetben való tartásával, 3. a callusképződés elősegítésével, 4. szövődmények (gangraena, izomsorvadás, idegnyomás, ankylosis) meggátolásával.

Vannak törések, melyekben dislocatio nincs, vagy csak igen csekély: ezek az incomplet, subperiostális törések és némely beékelt törés; ezen törések észszerű kezelése abban áll, hogy oly kötések alkalmazunk, melyek megvédik a törtevegeket az eltolódás ellen, egyszermind pedig nem akadályozzák meg az izmok és ízületek működését. Ilyen kötések az egyszerű gipszvályuk, a felkaron a Dollinger-féle spirális gipszsin, a Hennequin-féle felkarkötés, a Hacker-féle háromszög; e kötésekkel lehetőleg egyesítjük a Lucas-Championnière-féle mobilizációs eljárás elveit. Az alsó végtag dislocatio nélküli törésekor immobilizáló járóköteket alkalmazunk és lehetőleg soká óvjuk a végtagot a megterheléstől.

A dislocatiót elsődleges módon a trauma is okozhatja, főleg azonban az izmok rugalmas ereje az okozója és fenntartója a dislocationak; a dislocatio leküzdésére mindent el kell követni, mert a dislocatio fennmaradása csakis a functio romlását vonhatja maga után. Operatív beavatkozást csak akkor alkalmazunk a dislocatio megszüntetésére, ha más úton eredmény nem érhető el: súlyos nyílt törések, rosszul gyógyult régi törések, ideg- és értörzssérüléssel szövődött törések, a humerus- és radiusfejecs feleződéses törései, subcapitalis felkarktörések a fejecs megfordulásával, a letört daraboknak az ízületbe jutása, a carpus és tarsus luxatiós törései, a czombfejecsnek és trochanternek leszakadása, az olecranonnak és patellának nagy diastasisal vagy a feszítő apparatus elszakadásával járó törései.

Az immobilizációs eljárás egyetlen előnye, hogy a beteget nem köti ágyhoz; hátrányai azonban ezzel szemben: a törtevegek repositióját egyetlen ülésben kell eszközölni, a mi még narcosisban, erős húzás mellett sem igen sikerül; nem alkalmazhatók rögtön a törés után és ezzel elveszítjük a repositióra legalkalmasabb három első napot; elfedik a törés helyét szemünk és tapintásunk elől; a kötésben a törtevegek helyzetén igazítani, javítani nem lehet; a törtevegek retentiója tökéletlen, az immobilisatio az ízületek megmerevedését, az izmok sorvadását okozza.

A dislocatio eredményes leküzdésére és a törtevegek retentiójára, a dislocatiót okozó izomerőnek megfelelőleg, állandóan és egyenletesen működő húzás szükséges s ezt eszközlik az extensió kötések; kivételük sokszor portatív sinekkel is, olykor azonban csakis ágyban fekvés mellett eszközölhető és ez az egyetlen hátrányuk; a sérülés után azonnal alkalmazhatók, a repositiót enyhén, fokozatosan, a retentiót pontosan eszközlik, nem takarják el a törés helyét szemünk és tapintásunk elől, a húzást az eltolódásnak megfelelően adagolhatjuk és a Röntgen-kontroll eredménye szerint módosíthatjuk az erejét, irányát, behatása helyét, a nélkül, hogy magán a kötésen változtatni kellene. Hatásos nyújtást csakis a

végtagok semiflexiós elhelyezése mellett érhetünk el (Zuppinger). Az extenziós kötésekhez vagy erős tapaszt, vagy Heusner-féle ragasztóanyagot használunk; a technika egyszerűsítésével e módszer is az orvosok közkinésévé fog válni.

Leirja a Herczel tanár Rókus-kórházi osztályán az egyes törések ellen alkalmazott eljárásokat és bemutat az alsó végtag extenziós kezelésére szolgáló egyszerű készülékeket.

Herczel Manó: Azon igazán gyönyörű áttekintő előadáshoz, melynek nyomán plasticé élénk táru az extenziós kezelés előnye, kevés hozzátenni valóm van. Négy év óta, a mióta az I. seb. osztály vezetését átvettem, feltűnő, milyen rossz eredményeket adnak a contentiv kötések. Feltűnő, mert az osztály a sérülések tekintetében páratlan nagy anyaggal rendelkezik és a rossz kezelési eredményeknek is tiszta képét mutatta, mert a másutt kezelt és rosszul gyógyult esetek is felkeresik az osztályt. Öt év előtt egyik berlini sebészcongressuson Bergmann osztályán láttam az extenziós kezelés jó eredményét. Mi nem vagyunk ellenségei a gipszkötésnek, de lényegesen megszorítottuk a használatát; czomb-, czombnyak- és ízületek körüli törés eseteiben extenziós kötést alkalmazunk, lábszártörés esetében pedig gipszkötést, különösen mert hamar járhatnak így a betegek. De a contentiv kezelés nem mindig válik be itt sem. Így egy magánbetegem a 35 éves férfi lábszáran kocsi ment át. A Röntgen-fény az alsó harmadban törést mutatott, a dislocatio nem volt nagy, a tibia fel- és befelé esúszott, erős haematoma volt. Narcosisban reponáltuk, gipszkötést tettünk rá, de 10 nap múlva, bár a kötésben, mint a Röntgen-vizsgálattal meggyőződünk, jól állottak a csontok, dislokált és rövidült állapotban került újból elénk. Tehát a húzásnak állandónak kell lennie. Az ízületek körüli törés esetén az ízületek functiója legjobban megmarad az extenziós kezelés mellett. Igazolja ezt egy 2 hét előtt fölvert magánbetegem, a ki tobogánnal 70 kilométeres sebességgel rohogott lefelé, egy fordulónál kiesett és jobb lábával fatörzshöz vágódva, a tibia felső fejece comminutiv törést szenvedett (3 darabra). Gipszkötésben szállítás után rögtön 22 kg-os extenziót alkalmaztunk, nem teljesen extendálva, hanem a térdizületben flectált állapotban és 2 hét múlva ezen beteg teljesen mozgatta ízületét, szabadon flectálta és a Röntgen-gép fényesen igazolja, hogy az ízület szabad, részarányos és jól adaptált. Az eset oly teljes gyógyulással fog végződni, a milyent gipszkötéssel sohasem lehet elérni.

A Röntgen-kontroll nélkül sejtelmünk sines arról, mi történik a csontokban és hogy milyen lesz a functionális eredmény; csak újabb és újabb felvételek győznek meg a reconvalescentia helyes útjáról.

Megvan még az az előnye is az extenziós eljárásnak, hogy az erősen dislokált törésvégeken mindig tudunk javítani.

Örömmel hallom, hogy fényes eredményeink által biztatva, már más osztályon is kísérleteket tesznek az eljárással.

(Folytatása következik.)

A budapesti kir. orvosegyesület dermatologiai és urológiai szakosztályának ülései.

(Rendes ülés 1908 február hó 24.-én.)

Elnök: **Basch J.** Jegyző: **Roth A.**

(Vége.)

7. Beck Soma: Az urticaria haemorrhagicáról.

Egy, főleg az aetiologia szempontjából érdekes esetet nemrégiben nekem is volt alkalmam észlelni, a mely főleg azért érdemel figyelmet, mert tisztán kiviláglik belőle, hogy az urticaria haemorrh. létrejövételéhez két különböző tényező együttműködése volt szükséges. Az eset a következő:

K. T. 5 éves jól fejlett leányka mult évi november elején jött rendelésemre. Korábbi betegségére vonatkozólag anyja előadja, hogy 15 hónapos korában diphtheriát állott ki, mikor is a serumoltás alkalmával urticariászerű serumexanthemája támadt. A mult év őszén 4 éves korában morbillit kapott és utána enyhe pleuritist.

Jelen baja két hét előtt támadt, étvágytalansággal és székrekedéssel kezdődött, melyhez csakhamar a kisebb-nagyobb változásokkal ma is fennálló viszkető bőrkiütés társult. Vizsgálatkor a beteg bőrén urticariás kivirágzások láthatók, a melyek semmiben sem különböznek e betegség közönséges laesióitól. Az egyes kivirágzások néhol lenesényi egész fillérnyi nagyságúak, másutt csak kölesnyiek, a lichen urticatus képével bírók.

A túltengett tonsillák és adenoid vegetatiók eltávolítása céljából a gyermek november 3.-ától 7.-éig kórházunkban volt. A Klár dr. által végzett műtét után azonban a még fennálló és újabban keletkező urticariás laesiók a közönségestől elterő igen érdekes képet mutattak. Az egyes laesiók ugyanis egy központi, a bőr színe fölé emelkedő, fehéres, rugalmas tapintatú, oedemás plaque-ból és egy széles, livid színű, ujjnyomásra el nem tűnő udvarból állanak, a mely udvar a központi „Quaddel” eltünése

után is fennáll és néhány nap alatt a bőrbeli vérömlések rendes szinskáláján menven keresztül, végül teljesen felszívódik és eltűnik. Az uvulán is látható egy sötét ibolyaszínű vérzéses folt, a melyet azonban a szájba vitt eszközök zúzó hatása is okozhatott. A gyermek közérzete a műtét után is teljesen jó volt, csupán a hőmérséke emelkedett 1—2 napig 37.1—37.2^o-ra.

A kórházból való távozása után egy héttel újból láttam a gyermeket. Ekkorra a műtét utáni bőrruptio teljesen eltűnt, csak itt-ott látható még egy-egy sárgás folt, mint utolsó szaka a korábbi vérömléses udvarnak. Közben az előirt diaeta és a külső, carbolpastás kezelés behatása alatt a gyermek állapota lényegesen javult, mindamelllett az urticaria kis fokban még megvolt, de a most keletkezett új laesiók már sehol sem mutattak haemorrhagiás jellegét.

Semmi kétség sines aziránt, hogy a bőrbeli megbetegedés az *urticaria haemorrhagica* képének felelt meg s tisztán áll előttünk az is, hogy az *urticariának haemorrhagiássá való átváltozása a legszorosabb összefüggésben van a gyermekekén végzett tonsilló- és adenotomia-műtéttel.*

De mi módon magyarázhatjuk meg az urticaria haemorrh. létrejövételét? Kétségtelen, hogy maga az egyszerű urticaria régebbi keletű volt a gyermekekén, mint az vérzéses urticaria. Az előbbire, a mint ez a kórtörténetből kiviláglik, egy gyomorbeli catarrhális dyspepsiás állapot adott okot s csak egy újabb momentum hozzájárulásával vált későbbben haemorrhagiássá. Ezt a momentumot közvetve a műtét beavatkozás szolgáltatta, nézetem szerint oly módon, hogy a tonsillák és adenoid vegetatiók eltávolításával létrejött sebfelület olyan toxikus anyagok felszívódására adott alkalmat, a melyek a bőrbeli capillarissokra való hatásuk által a vörösvérsejteknek az erek lumenéből — per rhexim vagy per diapedesim — való kilépésére vezetett. Bizonyos, hogy a gyermek véreire a rendesnél nagyobb reakcióképességgel bírtak. Bizonyítja ezt nemcsak a kisfokú gyomorzavarokból támadt urticaria, hanem az a kórelőzményi adat is, hogy már régebben, a 15 hónapos korában kiállott diphtheria alkalmából az antidiphtheriás serum beoltása serumexanthemát okozott. Hogy milyen természetű lehetett az a toxikus anyag, a mely a bőrbeli vérzéseket kiváltotta, vajjon a sebfelület bakteriumos infectiója, avagy a minden ilyen műtéttel járó felület szövetelhalás termékei okozták-e azokat, nem tudjuk eldönteni. Magán a sebfelületen sem nagyobbfokú lepedékképződés, mint ez rendszeren lenni szokott, sem más rendellenesség észlelhető nem volt.

Súlyos tonsilláris infectiók után többször tapasztaltak kisebb-nagyobb kiterjedésben keletkező bőrbeli elváltozásokat, még pedig főleg purpurát és erythemát. Ide tartoznak Boeck, Relmar, Le Gendre-Claisse¹ és Joal² esetei; arra vonatkozólag azonban, hogy tonsilló- és adenotomiák után valamilyen bőrkiütés támadt, csak egy, a mi szempontunkból mindenesetre nagyon érdekes adatot találtam az irodalomban följegyezve. Wyatt Wingrave³ 1901-ben közölte, hogy hét év alatt 30 egyéneken — 14 hónapostól 23 éves korig — tonsilló-adenotomiák után feltűnő bőrkiütést észlelt, a mely részint papulosus, részint roseolaszerű vagy erythemás jellegű kivirágzásokból állott. Ez a kiütés többnyire a műtét utáni második napon, néha később, de legkésőbb a hatodik napon keletkezett. Többnyire a nyak, a has és a mell volt az elváltozás székhelye, ritkán az arez és a végtagok. Két, legfeljebb öt nap alatt a kiütés elmúlt a nélkül, hogy hámlás következett volna be, néha azonban a kiütés ideje alatt erős viszketés állott fenn. Kérdést intéztem néhány hazai laryngologusunkhoz is ezirányú tapasztalataikat illetőleg, de minden oldalról negativ választ kaptam. Csupán Zwillingert kartárs emlékezett egy kis fiúra, a kin a tonsillotomia után a szülőknél is feltűnt apró, pirosfoltos kiütés támadt. Az én esetemben ugyan a kiütés jellege más volt, mint az említett esetekben, de épen ez a körülmény, a melyre magyarázatot adhat a bőr eltérő reakcióképessége, teszi nevezetessé. Mindenesetre érdekes volna reánk dermatologusokra nézve, ha alkalmas nagy anyaggal bíró gégeorvosaink a jövőben ilyen irányú pontosabb megfigyeléseket tennének.

¹ Le Gendre és Claisse: Purple et erythème papuleux au cours d'une amygdalite à streptocoques. La semaine médicale 1892.

² Joal: Fièvre amygdalienne et purpura. La semaine médic. 1892.

³ Wyatt Wingrave: Tonsillotomic rash. The Lancet, 1901 aug. 31.

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(1909 márczius 6.-án tartott III. szakülés.)

Elnök: **Turesa János.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

I. Makara Lajos: 1. T. J.-né 42 éves nőt 1908 december 29.-én vették föl a belklinikára. 3 hónap óta vannak gyomor-fájdalmai. Gyengén fejlett, teljesen összeaszott nőbeteg. A bal tüdőcsücs fölétt üres kopogtatási hang, itt érdes a be- és megnyúlt a kilégzés. A tüdőhatárok egy bordaközszel mélyebbre terjednek. Köhög, köpése nyálkás-geyes, gümöbacillus nincs benne.

A gyomorban állandó a pangás. A kivett gyomortartalom összcacitása 63, ebből 22 rész a szabad sósavra esik. A gyomor fellúvasakor a nagy görbület a symphysis fölétt egy harántujjnyira, a kis görbület a köldök magasságában látható.

Folyó év február 4.-én tették át a sebklinikára pylorus-szűkület diagnózisával. Minthogy a csak 29 kilogramm súlyú beteg annyira elgyengült, hogy ágyában felülni sem tud, a műtétet megelőzőleg rendszeres végbélbeöntéseket kapott s gyomrát ismételt kimostuk. Így előkészítve február 9.-én aether-bódulatban megoperáltuk. A szűkület pylorust az epehólyaghoz és a környezethez kiterjedt összenövésekkel rögzítve találtuk, a belek anaemiások, a hasürben néhány liternyi szabad folyadék.

Gastrojejunostomia antecolica ant. háromsoros varrattal. A műtét után az első napokban a tüdőhurut fokozódott, ettől eltekintve a lefolyás zavartalan. Az első napokban még folytattuk a konyhasós végbélbeöntéseket. A beteg gyorsan javult, lábrakapott, kitünő étvágygal mindent eszik, köhögése megszűnt.

Az esetet azért bátorodom bemutatni, mert bizonyítja, hogy jóindulatú pylorus-szűkület eseteiben a legnagyobb fokú emaciatio ellenére is teljes gyógyulást eredményezhet a műtét.

Ez alkalommal még főlemlitem, hogy álláspontom az utolsó időben az elülső és hátulsó gastrojejunostomiára vonatkozólag változott. Ma nem vagyok oly kizárólagos híve a hátulsó gastrojejunostomiának, mert habár ez természetesebb viszonyokat teremt, mégis megváltozott topographiai viszonyok között, minők a bemutatott esetben is mutatkoztak, az elülső műtét lehet alkalmasabb. Általában nagyfokú pylorus-szűkület eseteiben mindkét módszer egyformán jó eredményt ad, bár nem hallgatjuk el, hogy az úgynevezett peptikus jejunum-fekélyt az elülső műtét után többször észlelték, mint a hátulsó után. Mai véleményem szerint legjobb, ha a módszert a szűkület foka és a gyomor helyzete szerint individualizálva választjuk meg.

2. Már volt alkalmam beszámolni azon műtétmódról, melyet a gyökeres köldöksérvműtét végzésekor Mayo nyomán követek. Az operált betegek utánvizsgálása meggyőzött arról, hogy az elért eredmények valóban radikálisok, eddig recidivát ezen módszer után nem észleltünk. E műtét is osztozik azonban a gyökeres sérvműtétek azon hibájában, hogy hosszasan tart és jelentékeny seb-felszíneket okoz; a másik gyengéje, a mit már az első bemutatáskor is hangoztattam, az, hogy a külön rétegben leválasztott peritoneum nagyobb sérvkapu esetén a varratok húzását nem állja. Már akkor úgy módosítottam az eredeti Mayo-féle eljárást, hogy a peritoneummal együtt a hátulsó rectus-hüvelyt is a varratba foglaltam, de ez természetesen csak részben lehetséges, minthogy magán a linea albán a hátulsó lemez le nem választható.

A bemutatott betegen a köldöksérv mellett fennálló chronikus nephritis és obesitas a műtét lehető gyors kivételét fokozottan kívánatosá tette. Azért is ez esetben a rectusok és a hátulsó rectus-hüvelyt érintetlenül hagyva, csak az elülső rectus-hüvelyt metszettem be harántul és fölkeszítettem föl- és lefelé a zsíros bőrt az aponeurosisról.

Ezután a peritoneumot a fasciával együtt felöltve, haránt irányban egyesítettem a kimetszett köldökgyűrű sebet; majd az elülső rectus-hüvelyben a régi módon alkalmaztam a hurkos alumíniumbronz-sodronyvarratokat. A hasfal így is megkettőződik, illetőleg középpüzt megháromszorozódik a fascia-széleknek esomós selyemvarratokkal történt leszegése után. Az eredmény remélem a régebbi eljárásnak megfelelően radikális lesz. A műtétet ezen módosítással $\frac{3}{4}$ óra alatt sikerült a sérv nagy és bonyolódott volta dacára befejezni, a gyógyulás teljesen per primam folyt le és az

óvatosan vezetett scopolamin-morphin-chloroform-aether-narcosis a vesebántalomra kimutatható káros hatással nem volt.

A beteg ma 20 nappal van a műtét után. Az operációt minden kockázattal szemben követelte, mert minduntalan ismétlődő bélgörcsei az életét tűrhetetlenné tették.

3. Harmadik bemutatott esetünk gyógyult gyomorlövés. A 17 éves lakatos folyó évi február 17.-én öngyilkossági szándékból reggel $\frac{1}{2}$ 7 órakor revolverrel hasba lőtte magát. Délelőtt 10 óra után megoperáltuk.

Baloldalt a bimbó és az elülső hónaljvonal közt volt a 7 mm. átmérőjű, kerek bemeneti nyílás; hátul a gerincez mellett a 12. hát- és 1. ágyéki csigolya közt volt tapintható a projectil; ezek szerint a golyónak a gyomrot át kellett fúrni; miért is, noha a beteg nem hányt s a halványságon kívül más tünet nem mutatkozott, nem várokoztunk a műtétet.

A lőtt sebet a gyomor elülső falán, a nagy görbület közelében, ötkoronányi vérömleny udvartól körülveve könnyű volt megtalálni és elzárni, de a gyomor hátulsó falának átvizsgálása czéljából a median hassebet alsó zugából a rectuson át harántul tágitani kellett; ekkor megleltük a hátulsó gyomorfalon is a lőtt sebet s azt is elzártuk. Miután a hasüreghől a vért és az alvadékokat eltávolítottuk, a hassebet teljesen zártuk. A gyógyulás zavartalanul folyt le.

Bemutatom az esetet azért, mert szintén bizonyítja, hogy áthatoló hassérülés eseteiben főleg a lövés vagy szúrás helye és iránya szerint kell a belső sérülések esélyeire következtetnünk. Teljesen hibás álláspont várokozni addig, míg a gyomor-bélsérülés úgynevezett biztos tünetei, minő a véres hányás, a folyadék-felhalmozódás a hasban, a láz, a tympania stb. kifejlődnek, mert így elvesztegetnénk a legbecesebb időt, az első órákat.

Azért mondom mindezeket, mert a modern háborúk hassérüléseiről nem mondhatjuk el ugyanezeket, itt a konservatív módszer ad jobb eredményeket. Ennek oka az, hogy a laparotomia jó eredményéhez szükséges a teljesen jól előkészített beteg és a megbízható műteti asepsis, a miket a hareztéren elérni nem lehet.

Másrésről a háborúban a hassérülések lefolyására kedvező az a körülmény, hogy a projectil sokszor sért üres gyomrot vagy belet. Csak így érthetjük a béke és háború hassérülései közt mutatkozó különbséget az expectativ kezelés mellett. A polgári gyakorlatban tehát azonnal operáljunk, ha gyanunk van gyomor- vagy bélsérülésre és a megfelelő intézet rendelkezésünkre áll, ellenben a hareztéren a beteg absolut nyugalomba helyezése legyen az irányelvünk.

II. **Kanitz Henrik leukoderma syphiliticum**-eseteket demonstrál.

III. **Nagy Samu atrophía musculorum progressiva spinalis és paralysis bulbaris progressiva** egy-egy esetét mutatja be.

IV. **Gámán Béla rhinoskleroma**-esetet mutat be és demonstrálja a kimetszett darabban a Mikulicz-sejtekben a Fisch-féle bacillusokat.

Szegedi Orvos-Egyesület.

(1909 márczius 10.-én tartott szakülés.)

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

Boros József: Koponyacsontiány pótlása implantált celloidin-lemezzel. A 33 éves kazánfűtő forgás közben szétrepedt köszörűkő darabja által homlokán nyílt koponyatörést szenvedett, melynek következtében homlokcsontján 6 cm. hosszú, 3 cm. széles ovális csontiány keletkezett; e helyen a heges bőr csupán a dura mater fedte, pulsatiót mutatott, köhögéskor és lehajlaskor erősen előredomborodott. Mivel a sérült fejében e helyről kiindulólag, különösen hőváltozáskor vagy munka alkalmával, kisugárzó fájdalmak jelentkeztek s így munkaképtelenné vált, a bemutató a sérülés után öt esztendő múlva a homlokcsontiányt megfelelő nagyságú íves bőrleány lefejtése után — miközben a bőrrel hegesen összenőtt dura mater megsérült — odaillő ovális, másfél millimeter vastag celloidin-lemezzel pótolta.

Gyógyulás per primam; az eredmény kifogástalan, a sérült teljesen munkaképes.

Boros József: Chronikus pyelonephrosisnak nephrectomiával gyógyult esete. Az 52 éves férfi, ki állítólag ezelőtt

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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 Schwartzler Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Haberern Jonathan Pál és Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Szinnyei József: Közlés a szt. Rókus-kórház X. orvosi osztályáról. (Főorvos: Wenhardt János egy. magántanár.) Az extractum digitalis depuratum (digi-puratum Knoll) hatása a vérkeringési rendszerre. Megjegyzések a digitalis hatásmódjáról. 303. lap.

Hollós József: Gümőkóros intoxicációnak boncolással igazolt esete. 306. lap.

Mutschenbacher Tivadar: Közlés a budapesti k. m. t. egyetem 2. számú (Réczey Imre udv. tanácsos, tanár) sebészeti klinikumáról. Adatok a strumák kórtanához 182 eset alapján. 306. lap.

Aldor Lajos: Közlés a magy. kir. államvasutak betegsegélyzőpénztárainak Karlsbadban fentartott gyomor- és bélbetegosztályáról. Adatok a gyomornyálka-elválasztás kórtanához. 309. lap.

Kóssa Gyula: A régi magyar orvosnövendék. 310. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Csabay Géza: Kecskemét város közegészségügyi szabályrendeletének előadói tervezete. — **L. Edinger:** Der Anteil der Funktion an der Entstehung von Nervenkrankheiten. — **Lapszemle. Általános kór- és**

gyógytan. Spengler: A gümőkór gyógyítása újabb eljárással. — **Zwintz:** A jodkalium hatásmódja. — **Gaupp:** A cachexiások vizeletében észlelhető színreactio. **Belorvostan. Hirschfeld:** A diabetes keletkezése. — **Babes, Vasiliu és Gheorghus:** A pellagrának atoxyllal és arsenessavval való kombinált kezelése. — **Sebészet. Kast és Mettier:** A hasíri szervek érzékenysége. — **Zoeppitz:** A conjunctivális tuberculinreactio sebészi értéke. — **Orthopaedia. H. Lehr:** A láb elejének fájdalomassága. — **G. Hohmann:** A láb elejének fájdalomassága. — **Gyermekorvostan. L. F. Meyer és Rosenstern:** Az éhezés hatása a táplálkozás-zavar különböző szakaszaiban. — **Bőrkórtan. Feer:** A csecsemők alkati eczemájának klinikája és terapiája. — **Venerés bántalmak. E. Delbanco:** Másodlagos gummaképződés. — **Fül-orvostan. Louis Bar:** Heveny középfülgyulladásához társult pseudorheumás mastoiditis. — **Dan Mc Kenzie:** Mastoid pillow. — **Arthur Cheate:** Traumás eredetű caries. — **W. H. Kelson:** Otitis externa membranacea. — **Kiseb közlések az orvosgyakorlatra. Cozzolino:** Bromural a gyermekkorban. — **Fränkel P.:** Szer tussis convulsiva ellen. 312—315. lap.

Magyar orvosi irodalom. Magyar orvosi archívum. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 316. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 316. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 317—320. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a szt. Rókus-kórház X. orvosi osztályáról. (Főorvos: Wenhardt János egy. magántanár.)

Az extractum digitalis depuratum (digi-puratum Knoll) hatása a vérkeringési rendszerre. Megjegyzések a digitalis hatásmódjáról.

Irta: **Szinnyei József** dr.

Százharminceznégyszáz esztendeje, hogy a digitalist Withering beiktatta gyógyszerjeink sorába s ugyanannyi esztendeje, hogy az orvosok a digitalis-therapiát újra s újra tökéletesíteni igyekeznek. Maga Withering módosította egyrészt az adagolást, másrészt azonban már ismervén a digitalis hatásosságának vagy éppen hatástalanságának titkát, azt a tanácsot adta, hogy a digitalist virágzása idején gyűjtsék. A más-más helyről és időből való drogok egymástól igen különböző hatásképessége volt ugyancsak az oka annak is, hogy eltérve az ősi infusumtól, magukat a digitalis glycosidáit próbálták alkalmazni. Megállapodás, egység még ma sincs a digitalis-therapia dolgában, azonban, különösen a mióta a digitalis hatásképességét állatkísérletek útján számokban lehet kifejezni, a tökéletesedés felé mindjobban haladunk. A nélkül, hogy történelmi visszapillantást akarnék adni, a legújabbban forgalomba hozott digitalis-készítményt bírálok meg klinikai tapasztalás alapján.

Ez a Knoll-féle ludwigshafeni gyár által digi-puratum névvel forgalomba hozott készítmény tulajdonképpen csak a digitalis-leveleknek tisztított kivonata (extractum digitalis depuratum). A tisztító eljárással sikerül a digitalis-extractumba közönségesen átmenő felesleges, sőt kellemetlen mellékhatású testeknek 85%-át eltávolítani.¹ Ily módon eltávolítják a digitonint is, mely gyakran okozott kellemetlen gyomor-zavarokat. A megtisztított kivonat azonban tartal-

mazza a *digitoxint* és *digitalint*, a mi önmagában véve is jelentékeny körülmény, bár Gottlieb és Magnus szerint² lényeges különbség a digitoxin és a digitalin (meg egyéb cardiacumok) között nincsen, de épen az ő kísérleteikből tudjuk egyúttal azt is, hogy a digitoxin nemcsak a splanchnicus területén, hanem a periferián is okoz erősszehűződést.

Gottlieb¹ maga is azon a véleményen van, hogy mivel a digitalis-levelekben foglalt többféle test között bizonyos hatásbeli különbség mégis csak van, lehetséges, hogy az anyagoknak a levelekben adott természetes combinációja előnyösebb, mint valamely tisztán előállított ható test alkalmazása. Míg nem leszünk abban a helyzetben, hogy alkalmasan keverjük a tiszta glycosidákat vagy esetleg a szükséghez képest valamelyiket kiválasztjuk, addig pharmacologiai szempontból jogos a leveleket, illetőleg a belőlük készült extractumot használni.

A folyékony extractumot tejezükkel besűrítik és tablettá formában juttatják forgalomba. De épen tekintettel a digitalis-leveleknek változó hatékonyságára, szükséges volt az extractumot oly módon elkészíteni, hogy a hatásképessége egyszer és mindenkorra egyenlő is legyen. Ezt a munkát Gottlieb heidelbergi tanár végzi, a hatásképesség egységeül („1 Froscheinheit“) véve az anyagnak azt a mennyiségét, mely egy 30 gm. súlyú rana temporariát 30 percen belül systolés szívbenítással biztosan megöl. Ilyen physiologiai hatásképesség-meghatározással lehetővé válik, hogy az extractum x mennyisége mindig ugyanazt a hatást fejtse ki.

Az új készítménynek jogosultságát tehát az a három tulajdonsága ad, hogy 1. a hatásos glycosidákat a kísérő szükségtelen anyagoktól, főleg a digitoxintól megtisztítva tartalmazza, 2. nemcsak egy glycosida van benne, 3. úgy van mindig beállítva, hogy bizonyos mennyisége meghatározott és mindig ugyanolyan hatásképességű. A tabletták 0.1 gm. extractum digitalis depuratumot tartalmaznak és 0.1 gm. erős hatású folia digitalisnak felelnek meg. Hogy megközelítőleg el lehessen képzelni e hatásképességet, közlöm Gottlieb szavait: „Das frisch bereitete Infus eines gut wirksamen Digitalispulvers muss darnach mindestens 40—50 Einheiten auf 1

¹ Hoepffner: Münch. Med. Wschrift, 1908. 34. szám.

² Gottlieb u. Magnus: Über die Gefässwirkung der Körper der Digitalisgruppe. Arch. f. exper. Pathol. und Pharm. 47. kötet.

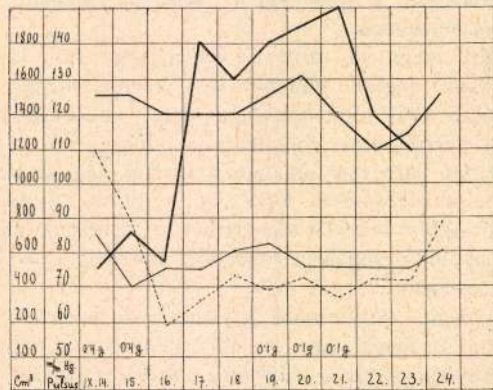
¹ Gottlieb: Münch. Med. Wschrift, 1908. 24. szám.

gm. de angewandten Blätter enthalten. Bei den stärksten Blätter-sorten entspricht das frisch bereitete Infus von 1 gm. aber mitunter bis 120 Einheiten¹.

A készítményt 20 esetben alkalmaztam, némely esetben pedig ismételt incompensatio alkalmával összehasonlítottam a digalennel. Valamennyi esetünket közlöm minden számadatával együtt s egyúttal a könnyebb áttekinthetőség kedvéért a számokat grafikonokban is feltüntettem. A grafikonokon a vastag vonal a diuresis, a középvastag a systolés nyomás, a vékony a diastolés nyomás, a szaggatott vonal pedig a pulsus, illetőleg a systolék számának viselkedését mutatja.

1. T. P., 38 éves asszony. 5 év óta szívdobogása van, 1908 májusa óta hasa fokozatosan puffad. Négy ízben polyarthritís, 19 éves korában orbáncz. 6 partus. Status 1908 szeptember 14-én. Cyanosis, oedema nincs. Positiv vena-pulsus. A tüdő alsó határa a paravertebrális vonalban a 11. csigolya magasságában; hangos légzés, az alsó lebenyek felett kevés szőr-csülés. A szívcsúslökés a 6. bordaközben az elülső hónaljvonalban, nagy kiterjedésben emelő. A szívtompulat a 3. bordán kezdődik, a jobb szegyszélet 1 harántujjal meghaladja, kifelé a csúslökés helyéig terjed. Minden ostium felett systolés zörej, punctum maximum a csücs felett. A tricuspidalis szájadék felett szintén feltűnő erős systolés zörej, a szívcsúson pedig közbe-közbe gyenge diastolés zörej. A pulmonalis 2. hangja ékelt. Egyenetlen, arhythmias, szapora pulsus. A has fluctuál; a máj és a lép nem tapintható. A vizelet savi, fajsúlya 1031, albumen nyomokban. *Diagnosis: Insuff. et stenosis ostii venosi sin. Insuff. myocardii.*

Nap	Ivott (cm ³)	Vizelt (cm ³)	Systole	Pulsus	Vérnyomás (mm. Hg.)	Amplitude	Dosis
IX. 14.	1500	500	109	99	85-125	40	4 × 0.1 digipuratum
15.	1000	700	89	89	70-125	55	4 × 0.1 "
16.	1400	550	61	59	75-120	45	—
17.	900	1800	66	66	75-120	45	—
18.	1000	1600	66	73	80-120	40	—
19.	2400	1800	70	69	82-124	42	0.1 digipuratum
20.	900	1900	70	72	75-130	55	0.1 "
21.	1200	2000	66	67	75-120	45	0.1 "
22.	1200	1400	68	72	75-110	35	—
23.	1200	1200	69	71	75-114	39	—
24.	—	—	82	88	80-125	45	—



1. rajz.

A systolés nyomás 3. napra 0.8 gm. digipuratumra 5 mm.-t esik, 6. napra emelkedik, újból dosisra azonban 20 mm.-t esik, azután ismét emelkedik, mi részben a beteg nyugtalanságának is tulajdonítandó, minthogy a 10. napon már hazakivánczolt. A dyspnoë 8. napra teljesen megszűnt, s a hasnak csupán csak az alsó és oldalsó részein volt tompulat. A 10. napon már csak helyzetváltozáskor lehetett a hasban szabad folyadékot kimutatni. A diastolés nyomás rögtön esik s állandóan alacsonyabb is marad az eredetinel. Az amplitude már másnapra emelkedett (15 mm.-t). A diuresis a 4. napon indult meg s így csak jóval a frequentia csökkenése után következett be. 0.8 gm.-ra teljes volt a digitalis-hatás.

2. P. V., 50 éves asszony. Három éve betegeskedik, főleg nehéz légzés bántja. 1907 novemberben megdagadtak a lábái és szíve táján

¹ Gottlieb: Münch. Med. Wschrift, 1908. 24. szám.

fájdalmat érzett; azóta köhög és vért is köpött. Atyja vizibetegségben halt meg. Három partus.

Status 1908 május 3-án. Az alsó tüdőhatár baloldalt a paravertebrális vonalban a 10. borda; a jobb oldalon a 6. bordától, elől pedig a bimbóvonalban a 4. bordától lefelé tompulat van, mely felett gyengült a légzés. A szívcsúslökés homályosan tapintható az 5. bordaközben 2 harántujjal a bimbóvonalon kívül. A szívtompulat felső határa a 3. borda felső széle, jobbfelé a mellkasi tompulattal összefolyik. A szív felett mindenütt systolés zörej van. A pulmonalis 2. hangja ékelt. Orthopnoë. Hydrops ascites. Oedema extrem. infer. A köpet barnásvöröses, véres csíkokkal kevert. *Diagnosis: Myodegeneratio cordis.*

A beteg digalent és theporint, majd pedig theocint kapott. Augusztus 26. A jobb oldalon hátul alul is kopogtatásra léghangot kapunk, de jóval rövidebbet, mint a bal oldalon. A légzés a jobb oldalon alul-hátul gyengült. A jobb tüdő alsó határa a bimbóvonalban a 7. bordánál. Abs. szívtompulat: 4. borda — bal szegyszél — bal bimbóvonal. Szívhangok tiszták. Pulsus percenként 104, kihagyó és kicsiny. Oedema nincs. 3 × 0.5 cm³ digalen.

Szeptember 8. A jobb mellkasfélben elől a bimbóvonalban a 4. bordától ismét tompulat van, melybe a relativ szívtompulat éles határ nélkül átmegy. A szívtompulat felső határa a 4. bordánál. A csücs, aorta és pulm. felett syst. zörej, punct. max. a csücs felett.

Szeptember 15. A diuresis esőkent, folyadékretentio, az egész test oedemas. 4 × 0.1 digipuratum.

Szeptember 16. 4 × 0.1 digipuratum. Dyspnoë. Köhög. Reggel hányt.

Szeptember 20. Csúslökés az 5. bordaközben, valamivel a bimbóvonalon kívül. A csücs és pulm. felett időnként syst. zörej. A tricuspidalis felett erős syst. zörej. A hasfal és általában a test jobb fele, a melyen állandóan feküdni szokott, hatalmasan oedemas. Dyspnoë. 3 × 0.1 digipuratum.

Szeptember 24. Az oedema még a lábszárakon is lényegesen esőkent. A jobb mellkasi tompulat hátul a paravertebrális vonalban a 7. csigolya magasságától lefelé megvan, elől a bimbóvonalban a 6. borda felső széléig terjed; a tompulat felett gyengült légzés, kevés szőr-csülés. Szívtompulat: 4. borda — bal szegyszél (relativ: 3. borda — 2 1/2 harántujjal a jobb szegyszélen túl). Csúslökés az 5. bordaközben a bimbó belül. A pulsus rhythmusos, egyenlő.

Szeptember 27. Tricuspid. felett syst. zörej. A máj a köldök magasságában tapintható. Az oedema teljesen eltűnt.

Szeptember 28. Harmadnapja hasmenése van, a mi miatt a vizeletgyűjtés nem pontos. Émelygésről és gyomorfájásról panaszokodik.

Október 1. Digipuratum adagolását folytatjuk.

Október 3. A lábszárakon csekély vizenyő. Dyspnoë. A vizelet fajsúlya 1020, alb. nyomokban. A digipuratumot éhokra szedte s gyomor-fájásról panaszokodott. Feje fáj, sokat hányt.

Október 4. Az oedema eltűnt.

Október 6. A dyspnoë elmúlt, nem hányt. Szívtompulat: 4. borda — bal szegyszél, kifelé a bimbó és elülső hónaljvonal közt középig terjed. Csúslökés nem tapintható.

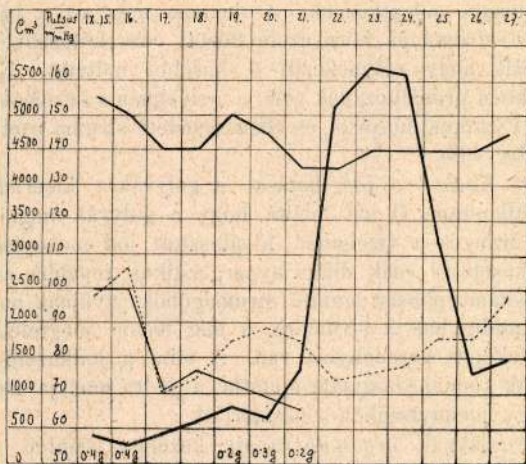
Október 19. A bokák körül ismét minimális oedema. Dyspnoë.

November 1. Az oedema tetemesen nőtt. Tricuspid. felett syst. zörej. Kis ascites.

November 2. Összehasonlítás kedvéért 3 × 1.0 cm³ digalent kap.

Nap	Ivott (cm ³)	Vizelt (cm ³)	Pulsus	Systole	Vérnyomás (mm. Hg.)	Amplitude	Dosis. Megjegyzés
IX. 14.	1200	800	—	—	—	—	—
15.	1300	420	98	—	100-155	55	4 × 0.1 digipuratum
16.	1150	310	105	106	100-150	50	4 × 0.1 "
17.	1400	400	68	70	70-140	70	—
18.	1800	600	—	74	75-140	65	—
19.	1600	800?	84	85	150	—	2 × 0.1 digipuratum
20.	1700	680	87	89	145	—	3 × 0.1 "
21.	1600	1300	84	85	65-135	70	2 × 0.1 "
22.	1800	5100	75	74	135	—	—
23.	1800	5700	76	76	140	—	—
24.	1700	5600	78	78	140	—	—
25.	1500	3200	86	86	140	—	—
26.	1300	600?	84	86	140	—	hasmenés
27.	1500	800?	95	98	145	—	"
28.	1200	1200	104	105	145	—	"
29.	—	400	114	—	110-140	30	—
30.	—	—	99	—	120-140	20	—
X. 1.	1200	300	98	100	110-135	25	3 × 0.1 digipuratum
2.	1200	300	94	94	95-130	35	3 × 0.1 "
3.	1500	1100	94	94	95-145	50	3 × 0.1 "
4.	1500	1600	67	68	95-140	45	2 × 0.1 "
5.	900	300?	53	53	95-115	20!	Hányás
6.	1100	2400	49	50	80-135	55	—
7.	900	3300	58	58	90-135	45	—
8.	600	3200	65	66	85-125	40	—
9.	1200	1400	67	—	85-135	50	—
10.	900	1500	74	—	85-135	50	—

Nap	Ivott (cm ³)	Vizelt (cm ³)	Pulsus	Systole	Vérnyomás (mm. Hg.)	Amplitude	Dosis. Megjegyzés
11.	1200	1400	72	—	80—135	55	—
12.	1200	1300	78	—	85—130	45	—
13.	1200	1400	96	—	75—135	60	—
14.	1200	1300	89	—	85—125	40	—
15.	1200	1100	92	—	80—135	55	—
16.	1200	900	100	—	110—135	25	3 szék
17.	1200	800	113	—	120—140	20	3 „
18.	900	400	113	—	120—140	20	4 „
19.	1200	600	110	—	105—130	25	2 „
20.	1200	550	107	—	105—125	20	3 „
21.	1200	600	100	—	105—140	35	—
22.	1200	550	102	—	105—135	30	—
23.	1200	600	100	—	100—130	30	—
24.	1200	600	96	—	—	—	—
25.	1200	900	92	—	80—120	40	—
26.	1200	900	94	—	75—120	45	—
27.	1500	1000	108	—	85—140	40	—
28.	1200	600	110	—	—	—	—
29.	1500	700	108	—	90—125	35	—
30.	1500	650	100	—	90—120	30	—
31.	1400	700	104	—	90—120	30	—
XI. 1.	1400	700	107	108	85—120	35	—
2.	1500	900	100	—	85—120	35	3 × 1 cm ³ digalen
3.	1500	3200	90	—	65—110	45	3 × 1 cm ³ „
4.	1500	3400	80	—	70—110	40	3 × 1 cm ³ „
5.	1500	2000	82	—	65—110	45	3 × 0.5 cm ³ „
6.	1400	1800	—	—	—	—	3 × 0.5 cm ³ „
7.	1400	1300	98	—	85—135	50	1 × 0.5 cm ³ „
8.	1500	1300	113	—	93—145	55	—
9.	1400	700	98	—	—	—	2 × 1 cm ³ digalen
10.	1500	900	90	—	85—115	30	3 × 1 cm ³ „
XI. 11.	1500	700	96	—	—	—	3 × 1 cm ³ digalen
12.	1400	800	94	—	105—140	35	3 × 1 cm ³ „
13.	1100	900	84	—	95—125	30	3 × 1 cm ³ „
14.	1100	1000	90	—	90—130	40	1 cm ³ digalen
15.	1500	1000	88	—	85—125	40	—
16.	1500	900	96	—	85—125	40	—
17.	1500	950	—	—	—	—	—
18.	1400	600	104	—	135	—	—
19.	1400	700	94	—	95—125	35	—
20.	1400	600	94	—	—	—	—
21.	1300	300	107	—	—	—	—
22.	1300	800	94	—	100—117	17	4 × 0.1 digipuratum
23.	1300	1500	86	—	80—100	20	4 × 0.1 „
24.	1400	1600	86	—	85—115	30	3 × 0.1 „
25.	1300	1200	80	—	60—110	50	3 × 0.1 „
26.	1300	1400	80	—	60—110	50	3 × 0.1 „
27.	1300	1000	82	—	60—120	60	3 × 0.1 „
28.	1100	1500	92	—	60—135	75	4 × 0.1 „
29.	1100	1200	82	—	60—130	70	4 × 0.1 „
30.	1000	1000	64	—	60—115	55	3 × 0.1 „
XII. 1.	1000	900	—	—	—	—	1 × 0.1 „
2.	1000	850	68	—	65—140	75	—
3.	1000	2100	84	—	70—120	50	—
4.	—	—	84	—	60—110	50	—



2. rajz.

A beteg 82 napi észlelés alatt 3 cyclusban kapott digipuratumot, egyben pedig digalent. A 3 digipuratum-cyclusban a sys-

tolés nyomás nem mutat egyenlő viselkedést; az elsőben ugyanis végeredményben leszállott a vérnyomás, de nem tartósan (20 mm. esés), a másodikban az adagolás alatt emelkedett, majd tetemesen lesüllyedt, a szer elhagyása után pedig a diuresis emelkedésével egyidejűleg növekedett. A harmadik cyclusban nagyobb emelkedést mutat, azonban 3.2 gm. elfogyasztása után ismét süllyedni kezdett. A digalen-adagolás alatt a systolés nyomás emelkedett. A diastolés nyomás egyöntetűben viselkedett mind a 3 cyclusban, a mennyiben jelentékenyen csökkent, legtartósabban a 3.-ban; a digalen-adagolás alatt a systolés nyomással — bár nem egészen párhuzamosan — emelkedett, úgy hogy a digalen elhagyása után az amplitude általában véve nagyobb lett. Az amplitude úgy a digipuratum 3. cyclusában, mint a digaleneban növekedett, legtöbbit a harmadikban. Ez az amplitude-növekedés az 1. és 2. cyclusban főleg a diastolés nyomás süllyedésének tulajdonítandó.

A digalen 3 cm³-ére már másnapra hatalmas lett a diuresis, valamint 0.4 gm. digipuratumra is a 3. cyclusban. A mi pedig a pulsusfrequentiaét illeti, az a digipuratumra mindig csökkent, még pedig az elsőben hamarabb csökken a frequentia, mint emelkedik a diuresis, a másodikban a diuresis indul meg hamarabb, a harmadikban és a digalen-adagolás alatt parallel haladnak.

Legfeltűnőbb ez esetben az óriási diuresis (5700 cm³) 1.5 gm. digipuratumra 9. napra (1. cyclus), egyúttal az is, hogy ezt a nagy diuresist a pulsusfrequentia tetemes csökkenése jóval megelőzte.

3. B. J., 57 éves asszony öt év óta időnként fullad, szívdobogást érez és a melle fáj, mikor is a bal karjába kisugárzik a fájdalom. 16 éves korában polyarthritist.

Status 1908 szeptember 19.-én. Adipositas univ. Objectiv dyspnoë. A lábszárak kissé vizenyősek. A tüdő alsó határa a paravertebrális vonalban a 11. bordánál; hangos légzés. Szívescsücsök nem tapintható. A szív-tompulatot kövérség folytán pontosan meghatározni nem lehet, jobbfelében kissé a sternum bal szélé alá terjed. A szívescsücs felett gyenge systolés és diastolés zörej, az aorta felett szintén; itt van a diastolés zörej punctum maximuma. A manubrium sterni felett és a fossa infraclav. mediális felében tompult kopogtatási hang. A bal felkaron és mellen néhány tágult vena. Kartünet. A pulsus telt és feszes, nehezen nyomható el, peczekelő, rhythmusos, egyenlő. Pulsus sonans és capillaris pulsus. *Diagnosis: Insufficiencia aortae. Arteriosclerosis.*

Nap	Ivott (cm ³)	Vizelt (cm ³)	Pulsus	Vérnyomás	Amplitude	Dosis. Megjegyzés (mm. Hg.)
IX. 19.	—	1400?	107	125—155	30	3 × 0.1 digipuratum
20.	—	500?	87	107—155	48	Pulsus köhögés után arhythmias. 0.1 digipuratum
21.	—	750?	86	120—165	45	2 × 0.1 digipuratum. Székeltéskor vizeletét nem gyűjtötte
22.	1200	500	81	115—170	55	1 × 0.1 digipuratum
23.	1400	600	86	110—170	60	2 × 0.1 digipuratum
24.	1200	800	85	110—170	60	Oedema nines
25.	1300	1100	82	105—170	65	—
26.	1400	1500	80	95—165	70	—
27.	1000	1000	83	110—150	40	—
28.	—	—	84	105—150	45	—

A systolés nyomás csak 0.9 gm.-ra esett a 8. napon, sőt eleinte 0.4 gm. után a 3. napon emelkedett 15 mm.-rel, majd 8. napra esett az eredetihez képest 5 mm.-rel. A diastolés nyomás ellenben már 2. napra esett 18 mm.-rel s egy napi emelkedést leszámítva — mely azonban az eredeti nyomásnál mégis 5 mm.-rel kevesebb volt — alacsony is maradt. A 8. napra ez is tetemesen süllyedt (30 mm.). Az amplitude fokozatos nagyobbodást mutat a digipuratum elhagyása után is még 3 napig, azután újból kisebb lesz, de az eredetinél még mindig legalább 10 mm.-rel nagyobb marad továbbra is. A diuresis csak a 8. napon haladja meg a bevitt folyadék mennyiségét, az első napokban azonban a beteg vizeletgyűjtése nem volt megbízható. A 4., 5., 6. napi megbízható vizeletgyűjtésből ítélve a pulsusfrequentia itt is csökkent anélkül, hogy egyúttal rögtön jelentékeny diuresis is követte volna.

(Folytatása következik.)

Gümőkóros intoxicatióknak bonczolással igazolt esete.

Közli: *Hollós József* dr.

A gümőkóros intoxicatio tüneteinek szemmel tartása s a diagnostikus tuberculin-oltás segítségével nagyszámú oly esetben megállapíthatjuk a tüdőtuberculosis diagnózisát, midőn annak jelenlétét még semmiféle megszokott tünet el nem árulja. Ilyen occult tuberculosisnak bonczolással igazolt esete a következő.

Sz. E. 22 éves takarítónő 1908 február 22.-én keresett fel kórházi ambulancián azzal a panaszszal, hogy évek óta szenved erős fejfájásban, rosszul alszik, időnként szédül; hamar kifárad, gyakran van szívdobogása. Nem köhög. 8 nap óta hátában szúrásokat érez. Atyja 4 év előtt tüdővészben halt meg.

Fizikai vizsgálatkor a mérsékeltlen fejlett és táplált betegen a tüdők felett mindenütt puha sejtes légzés; tiszta szívhangok. A hőmérséklet $36.9^{\circ}C$, pulusszám 110.

A beteg subjectiv panaszai (fejfájás, szédülés, rossz alvás, fáradtság, szívdobogás) azon tünetcsoportba tartoznak, melyeket én a gümőkóros intoxicatio részjelenségének tekintek és minden ily esetben indokoltnak tartom a specifikus diagnostikai eljárások megajtását. De ezek nélkül is a diagnózis utólag teljesen biztosítja a tüneteknek a specifikus kezelésre való tartós vagy végleges megszűnése. Jelen esetben $1/10$ mgm. ATO és PTO bőr alá fecskendezésére harmadnapra mindkét oltás helyén kis diónyi, piros, fájdalmas duzzanat keletkezett, mely még 2 hét múlva is babnyi, tömött duzzanatot alkotott. Ezek alapján megkezdtem a betegen a Spengler-féle vaccinkezelést, melyet 7 héttig folytattam (11 injectio), mikorra is a subjectiv tünetek teljesen megszűntek, a beteg $2\frac{1}{2}$ kilogrammot, s a fővábbi hónapokban még 2 kgm.-ot hizott. A kezelés befejezése után a beteg csak $6\frac{1}{2}$ hó múlva jelentkezett, mikor is előadta, hogy állandóan jól volt, de egy hónap óta ismét vannak szúrásai, szívdobogása és rossz alvása. 4 nap óta állandóan hány. Utóbbi körülmény miatt a kórházba felvételtem, a hol peritonitis tüneteinek között csakhamar meghalt.

Bonczolásakor heveny gyomorfekély átfürödéséből származó genyes peritonitis volt megállapítható mint a halál okozója. A tüdők lelete a következő:

Mindkét tüdő kellőleg visszahúzódott; a jobb tüdő szabad, a bal tüdő alsó lebenye lazán a falzathoz és rekeszhez nőtt. A jobb csúcs hátulso részén, közvetlen a mellhártya alatt félbabnagyságú, teljesen elmeszesedett sajtos gócz, kemény szürke hegszövettel körültokolva. A bal csúcsban egy ékalakú, mogyorónyi területen különálló, kendermagnyi palaszürke góczok mellett egy kis babnagyságú heges terület és több, alig gombostűfejnyi heges göb foglal helyet; e terület felett a pleura behúzódott, dudorzos. Ezen gócz alatt 2 ujnyira, a pleurától 1 cm.-nyire fekvő, heges kötőszövettől eltokolt félbabnyi sajtos gócz, mellette egy másik 3 cm. hosszú, 6—7 mm. széles, szürke hegszövettől teljesen áthatott tömött terület található, benne 3 sajtos góccsal, s a közelében néhány gombostűfejnyi, hegszövettől körülvevő sajtos göböske foglal helyet. Közvetlen e terület alatt hegszövettel teljesen eltokolt, borsónyi, sajtos, ellágyult gócz.

Ezen utóbbi ellágyult sajtos góczot s a jobb csúcs félbabnyi, elmeszesedett sajtos góczát steril bouillonnal eldörzsölve tengerimalacz hasának bőre alá oltottam. A malacz egészséges maradt, s 4 hó múlva leölve, tuberculosisistól mentesnek bizonyult. A többi elváltozást mikroskopos vizsgálatnak vettem alá.

A szövettani készítményeken feltűnő a kötőszöveti sejteknek az elhalt szövetrészekbe való beburjánzása, főleg a frissebb sajtos területek körül, a hol újdonszövet, sejtűs, erezett kötőszövet kiterjedten található. E folyamat reparatiós jellege kétségtelen. Nagyobb góczok körül elszórva friss, epitheloid jellegű tuberculomok láthatók. Gümöbacillusok az egyik hegesen eltokolt sajtos góczban elég bőven voltak találhatóak, míg a többi helyen bacillusokat kimutatni nem tudtam.

Ezen eset, bár magában véve eléggé közönséges, mégis néhány tekintetben nevezetes felvilágosítást nyújt. Mindenekelőtt bizonyítja, hogy a köhögést és a fizikai kimutathatóságot már évekkel megelőzőleg jelen vannak az intoxicatiós tünetek, s így a legkorábbi diagnózis megállapítása szempontjából ezen jelenségek pontos meg-

ismerése a legfontosabb. Ezen esetben évek óta erős fejfájás, rossz alvás, fáradtság, szívdobogás, időnként szédülés volt jelen. Ilyen és egyéb tünetek (melyeket a gümőkóros intoxicatiókról megírandó monographiámban részletesen ismertetek), évtizedekig is elkínözhatják a beteget, holott megfelelő specifikus therapiával többnyire könnyen és véglegesen meggyógyíthatók. Jelen esetben 7 hetű Spengler-féle kezelés után az összes tünetek megszűntek, a beteg meghízott s $5\frac{1}{2}$ hónapig egészséges maradt. Ekkor recidivált, a mennyiben a szívdobogás és rossz alvás ismét jelentkezett.

A kiújulás okát a szövettani lelet könnyen megmagyarázza. A legnagyobb sajtos góczban nagy számmal maradtak bacillusok, melyek új tuberculomok képződését idézték elő. Olyankor, a midőn már nagyobb — például babnyi — elhalások keletkeztek, főleg ha heges tok környékezi, az immuntestek nem tudnak a sejt belséjébe behatolni, az újdonszövet kötőszövet reparatiós törekvése tökéletlen marad. Egyszeri kezeléstől teljes gyógyulást épen azért többnyire csak a legkezdetibb esetekben várhatunk s a recidivák elkerülése végett 4—5 hónap múlva a kezelés megismétlendő. A gümőkór specifikus gyógyításakor tehát épen úgy etappeszerű kezelésre van szükség, mint a syphilis gyógyításakor.

Közlés a budapesti k. m. t. egyetem 2. számú (Réczey Imre udv. tanácsos, tanár) sebészeti klinikumáról.

Adatok a strumák kórtanához 182 eset alapján.

Írta: *Mutschenbacher Tivadar* dr., klinikai mütő.

(Vége.)

A strumák gyógyítása kétféle: a) orvosságos szerekekkel, b) mütéttel való gyógyítás. Bár tagadhatatlan, hogy az utóbbinak értéke a gyógyeredmények szempontjából magasan fölülte áll az előbbinek, mégis igen nagy azon esetek száma, melyekben belső kezeléssel kell a strumát gyógyítanunk.

Klinikumunk strumás betegein az évek folyamán a kezeléseket különböző formáit alkalmaztuk, természetesen az operatív beavatkozást túlnyomó számban. Mütét helyett belső kezelést ma már csak ritka kivételes esetben (Basedow-struma, szervi szívhaj) alkalmazunk és csakis oly betegnek ajánlunk, a kik a mütétnek magukat alávetni nem akarják.

Az orvosságos szerek között első helyen áll a jod. Részint mint ásványvíz (esizi, halli, darkau) úgy belsőleg, mint külsőleg borogatásra, részint pedig mint kanalas orvosság, akár jodkalium vagy jodnatrium alakjában, akár pedig jodtinetura alakjában, melyből naponta 1—2 cseppet adhatunk vízbe csepegtetve. A külsőleg alkalmazott jod (úgy mint jodtineturával való beecsetelés és jodvasogen, jodkalikenőcs, 6%-os jodoformkenőccsel való kenés) csekély gyógyító értékűnek bizonyult és csakis a felszabaduló jodgőzök belehelése által hat. Óvakodnunk kell azonban a beteggel túlságos erélyes jodkúrát végeztetni, mert köztudomású, hogy a betegek hosszabb-rövidebb idő alatt intoleranussá válnak és a jodismus tüneteinek jelentkeznek. A jodnak még az a hátránya is van, hogy a struma és környezete között erős kötőszövetes összenövést létesít, mely megnehezíti a későbbi mütétet. Ezért csak olyan esetekben próbálkozunk vele, a melyekben a kezeléstől javulást várhatunk. Cystikus, fibrosus és elmeszesedett struma eseteiben ez a kezelés hiába való.

Albert Kocher a jod hatását a golyvákra kísérletileg igyekezett megállapítani. Ő azt találta, hogy a golyvák megkisebbedése egyenesen arányos a vizeletben kiválasztott jod mennyiségével és hogy a jodkezelésre csak diffúz hyperplastikus, továbbá csak kevés regresszív metamorphosist mutató strumagöbök javulnak meg. A jod tehát csak addig hat a strumára, a míg benne megfelelő mennyiségű functióképes parenchyma van. A mint a jodkezelés után kiirtott golyvák kémiai vizsgálata mutatta, a jodra nem javuló strumák a jodot nagy mennyiségben visszatartják.

A strumáknak organotherapiás kezelése szintén mint jodkezelés fogandó fel, mert tudjuk, hogy a pajzsmirigy ép szövetében jod van. Ha tehát struma esetén a pajzsmirigykészítmények gyógyítólag hatnak — a mint ezt különösen Bruns vizsgálataiból tudjuk —, a gyógyítást a jod végzi.

Mióta Baumann-nak sikerült a pajzsmirigyből a hatékony

jodvegyületet a jodothyryn alakjában előállítani, azóta a nyers borjú- vagy ürü-pajzsmirigy és a régebbi thyraden-tabletták helyett a jodothyrinból készült tablettákat adagoljuk. *Blum* vizsgálatai szerint a jodothyryn nem állandó hasadéktérmeke a pajzsmirigyben levő specifikus jod-fehérvegyületnek. A thyreo-jodin-tablettákkal való kezelés fiatal egyének parenchymás hyperplastikus strumái ellen igen jó eredménnyel alkalmazható. *Bruns* 350 pajzsmirigygyel kezelt strumás betege közül 8^o/o-ban ért el teljes gyógyulást és csak 25^o/o-ban maradt a kezelés sikertelen. *Schmid* (Intrauterine Therapie der Struma, 1904) egy strumás vidéken lakó és nagyfokban golyvás anyának — kinek már két gyermeke struma congenita miatt megfuladt — a harmadik terhesség alatt a negyedik hónaptól kezdve rendszeresen adagolt thyreo-intablettákat. A világrahozott gyermek a strumának semmi jelét sem lehetett találni és az anya strumája is lényegesen javult.

Parenchymás struma ellen *Lücke* ajánlotta az injectiók eljárását. Egy gramm jodtincturát fecskendezett steril Pravaz-fecskendővel a struma állományába. *Schwalbe* ugyanezen eljárással abszolút alkoholt, *Mosetig* jodoform-emulsiót fecskendezett be. Ebben az eljárásban a főfigyelmet a köteles asepsisen kívül arra kell fordítani, hogy a tűvel valamely eret meg ne szúrjunk; miért is az injectio előtt óvatos próbaaspiratiót végezzünk. Az injectiók gyógyító hatása abban nyilvánul, hogy a struma parenchymája elhal és helyébe kötőszövet burjánzik, a colloid pedig lassan felszívódik. Legalább 4—5 injectiót kell végeznünk, hogy a strumának látható megkisebbedését idézzük elő.

Az eljárás, bármilyen egyszerűnek lássék is, mégis sok veszélyt rejt magában, sikere pedig igen kétséges. Az irodalomban igen sok haláleset van feljegyezve, úgy hogy *Wölfler* szerint nagyobb a halálozási százalék ezen eljárás, mint a műtét után. Épen ezért az eljárást újabb időben általában elhagyják. *Mi is az 1894. évben végzett néhány kísérlet óta, teljesen elhagytuk ezt a kezelési módot.*

Stegmann a bécsi orvosegyesületben 1905-ben több esetről számolt be, melyekben a struma, illetve Basedow-kór tünetei Röntgen-sugarak hatása alatt tetemesen visszafejlődtek, még pedig aránylag rövid idő alatt a nélkül, hogy a bőr bármiképen megváltoznék. *Schiff* két eset kapcsán hasonlóan nyilatkozott. *C. Pfeiffer* a Röntgenkezelésre kiváltképpen fiatal parenchymatosus strumákat választott ki; cystikus strumákat a kezeléshől kizárt. Észlelése a kezelés folyamán az állománynak és a nyak kerületének változásaira vonatkozott, tekintetbe véve a mirigy időszakos változásait, például menstruatiókor.

A besugároztatás ideje 60—185 percig tartott, 10—15 ülésre elosztva középpuhaságú lámpával, 80 Volt feszültségű árammal.

Ezzel a gyógyításmóddal 51 eset közül egyszer sem ért el teljes gyógyulást; valódi tartós és állandó javulást és a struma megkisebbedését 2 esetben észlelte. Rövid ideig tartó, csekély javulás 25 esetben állott be, 22 esetben említésre méltó változás nem történt. Ezzel szemben, ellenére az alkalmazott védő eszközöknek, 26 esetben keletkezett Röntgen-eczema. A mikroszkopos vizsgálat 6 parenchymás strumánál a Röntgen-kezelés után a mirigy állományában lényeges elváltozást nem talált.

Klinikumunk strumabeteganyagán a Röntgen-kezelést nem kíséreltük meg egy esetben sem. A jodtincturával való intrastrumás befecskendéseket 1894-ben három betegen végeztük eredmény nélkül. Egy ízben 29 befecskendezést alkalmaztunk 0.3 gm.-tól 0.6 gm.-ig emelkedő napi adaggal. Öt esetben thyreoideatabletták adagolásával javulást sikerült elérnünk.

Ezek közül két esetben a javulás feltűnő volt, a mennyiben az egyik betegen 10 nap alatt a nyak legnagyobb körfogata 42 cm.-ről 32 cm.-re, a másik betegen két hét alatt 39 cm.-ről 32 cm.-re apadt. Egyébként ambulans betegeinken, továbbá azokon, kik a műtétbe nem egyeztek, szintén alkalmaztuk ezt a gyógymódot, de a végleges eredményről nem számolhatunk be, mert a betegeket a kezelés után nem láttuk.

A strumák leggyökeresebb és legjobb gyógyeredménnyel kecsegtető gyógyítási módja a műtét.

A golyva kiirtására kigondolt és használt számos műtégi mód két kategóriába osztható.

1. A struma egy bizonyos darabjának részleges kiirtása (resectio); az egyik mirigyfél, vagy pedig a mirigynek egy darabja visszamarad.

2. Egyes strumagöbök kihámozása (enucleatio) az ép mirigy-állományból.

3. A harmadik típusú műtétmodor a pajzsmirigyhez vezető verőereknek lekötése a daganat sorvasztása céljából. Ezt a műtétmodort *Wölfler* ajánlotta különösen vasculosus strumák ellen. Ez a műtét azonban nem tekinthető radikális eljárásnak.

Az első típusú operációk közé tartozik: a *Billroth*-, *Mikulicz*-és *Kocher*-féle műtét a módosításaival, minő a *Doyen*-, *Bottini*-, *Zoege-Manteuffel*-, *Kelbourne-King*-, *Hahn*-, *Nussbaum*-, *Ostermayer*-, *Burkhardt*-, *Kossmann* és *Poncet*-féle. A második típusú műtétet *Socin* ajánlotta 1886-ban golyvacysták és daganatok kiirtására és főképen *Billroth*-, *Wölfler* és *Reverdin* gyakorolta.

Klinikumunkon a Kocher által módosított Mikulicz-féle resectio strumae, cystikus struma eseteiben pedig a Socin-féle enucleatiót végezzük.

Az 1908. év végéig összesen 154 műtétet végeztünk 182 strumás betegünkön. E 182 beteg közül meghalt 8 beteg = 4.8^o/o, és pedig két beteg műtét nélkül, 6 beteg pedig műtét után. A műtéli halálozási százalék: 3.3^o/o.

Reverdin gyűjtőstatistikájában 6103 műtét után a halálozási százalékot 2.88^o/o-nak találta. Változik ez az arányszám a műtét módok szerint is. A legkisebb a halálozási arányszám az intraglanduláris enucleationál (0.78^o/o); a legnagyobb a *Mikulicz*-féle resectio strumae-nél. (6.66^o/o.)

Reverdin statistikája szerint a halálokok 93 strumahalálnál következőképen oszlottak meg:

42 esetben légzési okok (suffocatio, asphyxia, pneumonia), 19 esetben vérzés, 13 esetben fertőzés, 9 esetben az idegrendszer laesioi (shock, recurrens-sérülés), 6 esetben synkope, 4 esetben tetania és myxoedema.

A mi 8 halálesetünkben a halálokok a következők voltak: Két struma maligna műtét nélkül megfuladt. (Cachexia + suffocatio.)

A hat operált eset közül:

1. egy beteg meghalt tracheotomia után bronchopneumoniában;
2. egy beteg pneumoniában;
3. egy beteg huszonnégy órával a műtét után a tracheotomia ellenére suffocatióban;
4. egy beteg pneumoniában 12 nappal a műtét után;
5. egy beteg a műtét után tonsillitis phlegmonosában;
6. egy beteg thyreotetaniában.

Typusos műtétmodorunk a következő: Börmetszést végezzünk a daganat legnagyobb domborulata felett, a sternocleidomastoides belső széle felett, vele párhuzamosan, szükség szerinti hosszúságban. Ezzel a metszéssel a legnagyobb és retrosternálisan fekvő strumánál is boldogultunk és nem szorultunk sem **T**, sem **V** alakú metszésekre. A nyak tengelyével párhuzamosan haladó és struma esetén rendszeren nagy fokban tágult gyűjtőerek így nem kerülnek a metszésbe; ez pedig igen fontos, mert a billentyű nélküli és igen tág venák átvágása könnyen légemboliára vezethet. Exact bőrvarrat és zavartalan sebgyógyulás esetén a kosmetikus eredmény semmiben nem áll a *Kocher*-féle gallermetszéssel elért eredmény mögött. Zavart sebgyógyulás, haematomaképződés stb. eseteiben pedig a sebvonal legalsó zugának, a legmélyebb pontnak drainezésével a prima bőrheget megkimélhetjük a szétnyílástól.

A bőr átmetszése után rétegzetesen haladunk előre, áthatolva a felületes nyaki pólyán és nyaki izmokon. Az átmetszés alá kerülő ereket előre csipeszbe fogjuk és lekötjük. Midőn a struma tokjához értünk, azt felhasítjuk és először a felső poluson kezdjük a daganatot kiszabadítani.

Az art. thyreoidea sup.-t izolálva a kísérő venáktól, selyemfonállal lekötjük és a lekötőfonállal az éresonkot átöltjük, hogy a kötelék le ne esúzhasson. A venákat catguttal kötjük le. Ezután a kissé mobilizált daganatot előre húzva felkeressük az art. thyreoidea inferiort és azt hasonló módon lekötjük, vigyázva, hogy az arteriát keresztező n. recurrens a ligaturába ne kerüljön.

A szabaddá tett lebenyt vagy az isthmuson, vagy a másik lebeny tracheális szélén hosszú fogóba fogjuk, esonkoljuk és a csonkot catgut-varrattal ellátjuk; esetleges vérző ereket a csonkban külön-külön lekötünk. A leggondosabb vérzésesillapítás után az izomzatot catgut-varratokkal, a bőrt csomós selyem-varratokkal vagy *Michel*-féle kapesokkal egyesítjük.

A sebet teljesen elzárjuk; csak ha erősebb parenchymás vérzés, vagy nagy üreg van, helyezünk az alsó sebzugba steril gaze-csikot, vagy kivételesen vékony üvegdraint.

A műtétkor az általános bódítást már régóta elhagytuk több okból. 1. A különben is comprimált légső és a rendesen felmagasztalt szív működés mellett az altatás igen veszélyes beavatkozás. 2. Az altatással járó nyáladás és hányás a műteti területet, kezeinket vagy magát a sebet befertőzhetné. 3. A műtét legfontosabb és legnehezebb szakában, az art. thyreoidea inf. lekötések a beteget hangosan phonáltatjuk és ilyen módon legkönnyebben elkerülhetjük a n. recurrens sérülését.

Régebben betegeinket Schleich-féle oldattal, 1⁰/₀-os cocain-oldattal érzéstelenítettük. Újabban 1⁰/₀-os novocain-oldatot használunk, mely mellett érzékenyebb egyének a műtét előtt két órával egy centigramm morphiumpot bőr alá és egy gramm veronalt belsőleg adagolunk.

Tapasztalati tény az, hogy a legaseptikusabb műtét után is az operált strumás betegeknek mintegy 90⁰/₀-ában az első napokban hőemelkedések keletkeznek. *Reinbach* vizsgálatai szerint ezek az aseptikus lázak, vagy mint ő nevezi postoperatív hyperthermiák onnan keletkeznek, hogy részben a műtét után, részben a műtét alkalmával egyes mirigy-törmelékek, albumosok és fermentek felszívódnak és a vérpályába kerülnek.

Ennek a hőemelkedésnek az elkerülésére nagy sikerrel alkalmazzuk klinikánkon a sebüregek Locke-oldattal vagy langyos steril vízzel való bőséges kiöblítését az izomvarrat alkalmazása előtt.

Zavartalan gyógyulás esetében betegeinknek a 4—5. napon megengedjük az ágyból való felkelést.

A tracheotomiát már csak a seb inficiálásának megelőzése céljából is mindenkor lehetőleg elkerüljük és csak vitális indicióból végezzük. 154 operált esetünkben csak 6 ízben (3·3⁰/₀) végeztünk légsőmetszést.

A műtétet ellenjavallják nézetünk szerint azok az esetek, melyekben a rendkívüli nagy fokban kifejlődött struma és a hosszan fennálló tracheostenosis következtében a beteg erőbeni állapota igen gyenge; továbbá mindazon esetek, melyekben a szív működés zavart (vitium, degeneratio cordis), tehát a Basedow-kóros strumák is.

Az irodalomban az indiciók és contraindiciók között a legszélesebb határokat látjuk.

Riedel kikel azon régi szabály ellen, hogy a Basedow-strumát nem szabad operálni; szerinte a Basedow-struma mindjárt a kezdeti időszakban leghelyesebben úgy kezelhető, ha a mirigynek ⁹/₁₀ részét kiirtjuk, vigyázzván arra, hogy mindkét oldalon hátrahagyjunk mirigy-részleteket. Szerinte a prognosis semmivel sem rosszabb, mint a közönséges struma-esetekben, ha a tüdők épek.

Rehn hasonlóképpen 319 operált Basedow-struma közül 175-ben (54·8⁰/₀) ért el teljes gyógyulást.

Scholz szerint még a balszivhypertrophia sem ellenjavallja a műtétet. Műtét előtt megkísérélhető a belső kezelés, a mikor is szóba jöhet: jodkenőcs, jodnatrium, sajodin, halli viz, rhodagen és a Moebius-féle antithyreoidin-serum. Szívántalmakban a thyreoidea-praeeparatumok adagolása káros. Ha a belorvosi kezelés eredményre nem vezet, ne várjuk a műtétet.

Schrantz óva int attól, hogy a strumás beteget a műtétkor altassuk, mert a golyvásokon minden beavatkozás, mely altatást kíván, vagy a mely a beteget felizgatja, avagy a szív erejét más módon igénybe veszi, még ha a struma kicsiny is és a szív látszólag egészséges, a legkomolyabb következményekkel járhat. 308 strumás hullán 49 esetben talált szivizomdegenerációt. Ebből a tapasztalásából *Rose*-val szemben, ki a strumás betegek sorsát a légső elvékonyodásától és összenyomatásától teszi függővé, azt állítja, hogy a strumás beteg sorsa mindvégig a szívtől függ. A degenerált szív halált hoz.

A strumakiirtásnak rettegett, de szerencsére ritka utókövetkezményét: a tetania thyreoprivat egy esetben láttuk jelentkezni az 1905. évben egy 16 éves nőbetegünkön, a kin megelőzőleg három év előtt baloldali ökölnyi golyva resectióját végeztük. Az eset két szempontból tanulságos. 1. Megczáfolja azt az állítást, a mit többen hangoztatnak, hogy nem kell arra ügyelni, hogy minél nagyobb darabot hagyjunk benn a mirigyből. 2. Megczáfolja azoknak az állítását, kik azt mondják, hogy a tetania jelentkezése után azonnal alkalmazott kezelés azt megszünteti. Betegünk egy diónyi nagyságú

mirigy-részlet bennhagyása és a harmadik naptól adott fokozatosan növekvő thyreoidea-adagok (6 darab naponta) ellenére 4 hét alatt a tetania thyreopriva typosos tünetei között (positiv *Trousseau*- és *Chvostek*-tünet) meghalt.

Reichel 1905-ben két esetet közölt, a hol jöllehet egy-egy tyúktojásnyi pajzsmirigy-részletet hagyott vissza a strumectomia után, mégis tetania és cachexia strumopriva támadt.

Kocher az 1906. évben tartott német sebész-congressuson szintén egy thyreotetania-halálról számol be, mely a részleges kiirtás ellenére állott be. Ezen eset alapján szükségesnek tartja pontos vizsgálat tárgyává tenni, hogy a megmaradó mirigy-részlet elegendő-e a mirigy funkciójának teljesítésére.

* * *

Legyen szabad hálás köszönetemet kifejezni e helyen is főnökömmnek, *Réczey Imre* professor úr ő méltóságának, ki e dolgozat megírásával megbízott és megírásában jóakarátú tanácsaival és felvilágosításaival támogatott.

Irodalom. *Arnd*: Struma. *Kochers Encyklopädie der gesamten Chirurgie*, 1903. — *Bucher*: Über circulaire und retroviscerale Kröpfe. 1894. — *Bruns*: Beobachtungen und Untersuchungen über die Schilddrüsenbehandlung des Kropfes. — *Bergeat*: Über 300 Kropfoperationen in Bruns' Klinik. — *Billroth*: Über die Ligatur der Schilddrüsenarterien behufs Einleitung der Atrophie der Kröpfe. 1888. — *Carrisson R. M.*: Further observations on endemie goitre. *Lancet*, 1908. — *Closs H.*: Die Kropfoperationen. — U. a. Über Wachstumstörung bei Tieren nach frühzeitiger Schilddrüsenexstirpation. *Archiv f. klin. Chir.*, I. k., 49. sz. — U. a. Zur Lehre von der Schilddrüse. *Virchows Archiv*, 153. I. — U. a. Experimentelle Untersuchungen über die Folgen des Schilddrüsenverlustes. *Bruns' Beiträge*, XI. k., 441. I. — U. a. Zur Verhütung des Cretinismus und cretinoider Zustände nach neuen Forschungen. — U. a. Über die Entwicklung und den Bau des Kropfes. — U. a. Eine neue Serie von 600 Kropfoperationen, 1898. — U. a. Über das Thyreojodin, 1896. — *Demme*: Beiträge zur Kenntniss der Tracheostenosis per compressionem. — *Eiselsberg*: Über Tetania im Anschluss an Kropfoperationen, 1890. — *Eiselsberg*: Weitere Beobachtungen über die Folgezustände der Kropfoperationen, 1892. — *Eiselsberg*: Die Krankheiten und Verletzungen der Schilddrüse. — *Ewald*: Die Erkrankungen der Schilddrüse (Myxoedem und Cretinismus). — *Ewald*: Thyreojodin im Strumen, 1896. — *Fuhr*: Die Exstirpation der Schilddrüse, 1886. — *Gley*: Recherches sur la fonction de la glande thyroïde, 1892. — *Garré*: Zur Kropfbehandlung mit parenchymatösen Jodoformeinspritzungen, 1894. — *Horsley*: Die Function der Schilddrüse, 1886. — *Hofmeister*: Zur Physiologie der Schilddrüse. — *Halstead*: An experimental study of the thyroid gland of dogs, with especial consideration of hypertrophy of the gland, 1896. — *Hirsch*: Kropf und Cretinismus, 1883. — *Hitzig*: Beiträge zur Histologie und Histogenese der Struma, 1894. — *Jankowsky*: Lähmungen der Kehlkopfmuskeln nach Kropfexstirpation. — *Kocher Th.*: Vorkommen und Vertheilung des Kropfes im Canton Bern, 1889. — *Kocher Th.*: Die Schilddrüsenfunction im Lichte neuerer Behandlungen verschiedener Kropfformen. — *Kocher Th.*: Bericht über weitere 250 Kropfoperationen, 1889. — *Kocher Th.*: Über Kropfoperationen und ihre Folgen, 1883. — *Kocher Th.*: Über Entzündung des Kropfes. *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, X. k. — *Kocher Th.*: Über ein drittes Tausend Kropfexstirpationen. *Zentralblatt für Chirurgie*, 1906. — *Kocher A.*: Über die Ausscheidung des Jods im menschlichen Harn und ihre Beziehung zum Jodgehalt und zur Verkleinerung der Strumen. *Grenzgebieten der Medizin und Chir.*, XIV. k. — *Kaufmann*: Die Struma maligna, 1880. — *Koenig*: Die Krankheiten der Schilddrüse, 1904. — *Kronlein*: Klinische Untersuchungen über Kropf, Kropfoperationen und Kropftod. *Bruns' Beiträge*, 1892. — *Lanz*: Zur Schilddrüsenfrage. — *Lebert*: Die Krankheiten der Schilddrüse. — *Lücke*: Die Krankheiten der Schilddrüse, 1875. — *Lyot*: Maladies du corps thyroïde, 1908. — *Lardy*: Contribution a l'histoire de la cachexie thyreoprive, 1893. — *Mikulicz* und *Reinbach*: Über Thyreoidismus bei einfachem Kropf. — *Mikulicz*: Beitrag zur Operation des Kropfes. — *Neumann*: Über den Kropf und dessen Behandlung, 1892. — *Poncet*: Enucleation massive des goitres. — *Pfeiffer C.*: Die Röntgenbehandlung des Kropfes auf Grund klinischer Beobachtungen und histologischer Untersuchungen. *Beiträge zur klin. Chir.*, XLVIII. k. — *Rose*: Der Kropftod und die Radikalkur der Kröpfe. *Archiv f. klin. Chir.*, 1878. — *Reinbach*: Über die Erfolge der Thymusfütterung bei Kropf. 1895. — *Reverdin*: Rapport sur le traitement du goitre, 1898. — *Reverdin*: Note sur 22 operations du goitre. — *Roos*: Über Schilddrüsen-therapie und Jodothylin, 1897. — *Riedel*: Die Prognose der Kropfoperation bei Morbus Basedowi. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1908. — *Reichel*: Komplikationen nach Kropfoperationen. *Münchener med. Wochenschrift*, 1905. — *Schrantz*: Beiträge zur Theorie des Kropfes. *Archiv für klin. Chir.*, 1887. — *Schmid*: Intrauterine Therapie der Struma, 1904. — *Schrt*: Über Knochenbildung in Strumen. *Centralblatt f. Chir.*, 1905. — *Stegmann R.*: Die Röntgenbehandlung des Kropfes. — *Schultz*: Über das Kropfherz. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1909. — *Socin*: Beitrag zur operativen Behandlung des Kropfes. — *Sulzer*: Bericht über 200 Kropfoperationen. — *Socin*: Zur Frage der Kropfoperation mit Bemerkungen über Cachexia

strumipriva, 1886. — *Schiff*: Résumé d'une nouvelle série d'expériences sur les effets de l'ablation du corps thyroïde. Revue médicale de la Suisse romande, 1884. — *Tavel*: Über die Ätiologie der Strumitis, 1892. — *Tillmanns*: Krankheiten der Schilddrüse, 1901. — *Verebély Tibor*: Adatok a pajzsmirigy és parathyreoideák kórtanához. — *Wölffler*: Die operative Behandlung des Kropfes durch Unterbindung der zuführenden Arterien, 1886. — *Wölffler*: Über den wanderenden Kropf. Wiener klin. Wochenschrift, 1889. — *Wölffler*: Über die Entwicklung und den Bau der Schilddrüse mit Rücksicht auf die Entwicklung der Kröpfe, 1880. — *Wagner*: Über die Folgen der Exstirpation der Schilddrüse, 1884. — *Wahrman*: Die Struma intrathoracica. Deutsche Zeitschrift für Chir., 43. sz. — *Zoege-Manteuffel*: Zur Technik der Resection der Schilddrüse. Zentralblatt für Chirurgie, 1898.

(Közlés a magy. kir. államvasutak betegsegélyzőpénztárainak Karlsbadban fentartott gyomor- és bélbetegosztályáról.)

Adatok a gyomornyálkaelválasztás kórtanához.

Irta: *Ádor Lajos* dr., Karlsbad.

(Vége.)

A gyomornedvfolyás klinikai tünetei intermittáló módon jelentkeznek és a paroxysmusok éveken át ismétlődnek; a rohammentes időben subjectív gyomortünetek vagy egyáltalán nincsenek, vagy csak igen jelentéktelenek. A gastromyxorrhoeának ezen alakja az, mely önálló functionális zavarnak tekinthető, mert az itt intervallumokban jelentkező charakteristikus klinikai tünetesoporthoz egy állandó, ugyancsak jellegzetes, a rohammentes időben is jelenlevő secretionális anomalia alkotja az állandó központját. E körkép diagnostikai különállítást jogosulttá teszi az a körülmény, hogy a jelenlevő functionális zavarhoz időnként társuló jellegzetes tünetesoporthoz az egyedüli manifestációja a jelenlevő megbetegedésnek. Mert gyakorlatilag minden olyan functionális zavar, mely a körképet dominálja és a melylyel való sikeres küzdelem a betegre nézve eminens fontosságú és a melynek organikus megbetegedésből való eredése vagy egy más ismert körképpel való összefüggése ki nem mutatható, diagnostikai elkülönítést igényel.

A körkép klinikai tüneteit azoknak hirtelen, teljes jólét közben való jelentkezése jellemzi. Heves fájdalom a gyomorgödörben, melyekhez csakhamar esillapíthatatlan hányás társul; ez az állapot a rohamok súlyossága szerint eltart 1—2 óráig, sokszor azonban napokon át fennáll. A hányadék mennyisége a rohamok hosszú tartamához viszonyítva csekély; maga a hányadék vagy iztelen, vagy kesernyős és a nyálkás jellege a betegnek is feltűnik. A milyen hirtelen jött a roham, rendszerint oly hirtelen a megszűnése is, és volt alkalmunk aránylag súlyos rohamot látni, mely után fél órával a beteg jóízűen vacsorázott. E rohamok jellege és lefolyása emlékeztet a tabes a gastrikus krízisekre minden tabes tünet hiánya és a hosszú észlelési idő észleléseimben egy ilyen háttér jelenlétének kizárását megengedte. De bármennyire is szem előtt tartjuk a körülményt, hogy a gastrikus krízisek éveken át is az egyedüli tünetét alkotják a tabesnek, az éhomra meg-ejtett functionális vizsgálat eredményét ebben az irányban is differential-diagnostikailag fontosnak kell tekintenünk, mert a tabes gyomorkrízisekben és épen így a Leyden-féle periodusos hányásban is a functionális gyomorvizsgálatok normális, vagy a normálshoz igen közel álló viszonyokat mutatnak. De emlékeztetnek a leirt rohamok a folytonos gyomornedvfolyás körképére is. Ebben azonban a hányadék sokkal bőségesebb, észleltem rohamokat, melyekben 2 liter, sőt ennél is több, túlnyomóan gyomornedvből álló hányadék lett a pár órai paroxysmus alatt kihányva. A gastromyxorrhoeának sajátosságát és az ismert functionális zavaroktól való elkülönítését azonban egyedül a functionális gyomorvizsgálat teszi lehetővé. Mint említettük, a próbaátkezesek után végzett gyomorvizsgálat minden tekintetben normális viszonyokat mutat és az a körülmény, hogy a *digestiv periodusban a gyomortartalom nyálkát csak normális mennyiségben tartalmaz, fontos differential-diagnostikai momentum a gastromyxorrhoea és a gastritis chronica között.* A körkép sajátosságára jellegzetes adatokat az éhomra végzett vizsgálatok szolgáltatják, melyeket megelőzőleg a vizsgálandó egyént 10—12 óráig át koplaltatni kell. A gastromyxorrhoea körjelzése oly módon válik lehetővé, hogy jelentékeny mennyiségű, biztosan

gyomoreredésű nyálka mutatható ki az üres, huzamosabb időn át féltlen gyomorban, és hogy a jelenlevő klinikai tünetesoporthoz és a gyomor functionális vizsgálata minden más megbetegedést vagy egyéb functionális zavart kizár.

Az üres gyomorból eltávolítható secretum mennyisége távolról sem oly nagy, mint a milyen nagymennyiségű gyomornedvet akárhányszor van alkalmunk a folytonos gyomornedvfolyásnál találni. A legnagyobb mennyiség, a mit én gastromyxorrhoeában eltávolítottam, 60 cm³ volt, a legkisebb 20 cm³; 100 cm³-nél többet *Kuttner* sem talált. Ezen secretum kifejezetten nyálkás jellegű, a makroszkopi és mikroszkopi képe a gyomoreredésű nyálkának előbb részletesen ismertetett összes sajátosságait mutatja. Tőle az előadottak alapján elkülöníteni az orrból, a garatból vagy a tracheából oda jutott nyálkát, nehézségekbe nem ütközik. Kémhatása *közömbös* vagy alkaliás, ritkábban gyengén savi; szabad HCl-at és kötött sósavat, úgyszintén pepsint és oltóerjesztőt nem tartalmaz. Azon secretumnak, melynek kémhatása gyengén savi, összaciditása maximum 6—10%. Fajsúlya 1006—1008. Gázerjedés nem konstatálható. A Trommer-, vas-chloridpróba állandóan negatív. A Gmelin-próba időnként pozitív, de többnyire szintén negatív. Göreső alatt sok leukocytá, mérsékelt számban cylinderepithel; sarcinák, élesztőgombák állandóan hiányzanak; állandóan sok myelinszerű képlet. Accidentaliter pigmentált alveoláris sejtek és különböző eredésű laphám.

Ezen functionális anomalia sajátosságára és jelentőségére nézve különösen kiemelendő 1. hogy a rohamok alatti hányadék jellege teljesen azonos az üres gyomorból gyomorcső segítségével eltávolított secretummal, 2. hogy az objective kimutatható functionális zavar: az üres gyomorban való folytonos nyálkaelválasztás, állandóan jelen van, tehát a körkép klinikai latentiája idején, a rohamok közötti intervallumokban is.

A nyálkaelválasztásról való ismereteink mai állása mellett a kóros nyálkasecretio ezen sajátos alakjának lényegéről kielégítő képet nem alkothatunk. A táplálkozás minőségének a nyálkaelválasztásra való befolyása az emberen eddig alig lett tanulmányozva, ennélfogva ilyen irányú összefüggés felvétele ez idő szerint minden pozitív alapot nélkülözne. De hiányosak ismereteink a nyálkaképződésnek a gyomorban való localisatióját illetően is, és mai ismereteink alapján épen oly kévéssé dönthető el az, hogy a gastromyxorrhoeában található nyálka állandóan egy és ugyanazon secretum-e, mint az, hogy a nyálka a gyomor nyálkahártyájának mindig egyugyanazon helyén képződik-e? Az e tekintetben eddig publikált vizsgálatok, melyek szerint a nyálkaképződés főforrása a pylorus nyálkahártyája, messzebbmenő következtetésekre alig látszanak alkalmasnak; részemről nem észlelhettem egy esetben sem, hogy a gastromyxorrhoeában található secretum, a pylorus secretuma charakteristikus sajátosságokat mutatott volna; ellenkezőleg, ismételt vizsgálatok alkalmával is csak egy ízben sikerült benne minimális mennyiségű pepsin jelenlétét kimutatni. Ezen functionális anomalia okát illetően is ez idő szerint legfeljebb kizárólag klinikai észlelésekre támaszkodó feltevésekre vagyunk utalva. Úgy *Dauber*, mint *Kuttner* a gyomor ezen secretionális anomaliáját nervosus befolyásokra hajlandó visszavezetni, és *Kuttner*, tekintettel az analogiára, mely a gyomornyálkafolyás és az enteritis membranacea között észlelhető, a *myxoneurosis gastrica* elnevezést ajánlja. Tagadhatatlan, hogy ezen secretionális anomalia klinikai képében az idegrendszer részéről nyilvánuló befolyás állandóan az előtérben van; az általam részletesen ismertetett esetben például az erősebb kedélyi inzultusok paroxysmuskiváltóképesége szinte törvényszerű. Nem hagyható figyelmen kívül az a feltűnő analogia sem, mely egyrészt a gastromyxorrhoea, másrészt a folytonos gyomornedvfolyás és az enteritis membranacea azon diagnostikai eljárásaink tökéletesedésével mindinkább ritkuló alakjai között fennáll, melyek a bélneurosis minden jellegét magukon hordják. Ezen körülmények bár valószínűvé teszik azt, hogy a gastromyxorrhoea és az ismert functionális zavarokban nyilvánuló neurosisai között az emésztési tractusnak bizonyos rokonság létezik, a nyálkahypersecretiónak valódi oka azonban, miként azt *Pewsnér* helyesen jegyzi meg, csak akkor lesz megállapítható, midőn a kísérleti physiologia és pathologia a gyomorbéltractus nyálkaelválasztásának fontos és érdekes kérdésebe a mainál nagyobb világosságot fog vetni.

Arra, hogy a kellő mennyiségű nyálkaelválasztás a gyomor secretionális készülékének klinikai szempontból is fontos funkciója, hogy a nyálkahány pathológiai viszonyokat teremt, eddig kizárólag Kaufmann²⁴ mutatott rá egy igen figyelemreméltó közlésében. Kaufmann ezt az állapotot *amylorrhoea gastrica* elnevezéssel illeti. Ezen közlés keretében e kérdés részletes tárgyalásába belemenni csak annyiban van szándékom, a mennyiben Kaufmann eddig figyelmen kívül hagyott publicatiójára óhajtanám az érdeklődést felhívni. Vizsgálataimmal egybehangzóan ő is azt találta, hogy normális körülmények között a próbareggeli után exprimált gyomortartalom mérsékelt mennyiségű nyálkát tartalmaz, és ennek következtében a nyálka hiányát a normálistól való eltérésnek tartja. Kaufmann azon észleléseit, melyek a hyperacid betegekben észlelhető nyálkahányra vonatkoznak, és a melyek alkalmasak arra, hogy ezen mindennapi functionális zavar felől ez idő szerint uralkodó felfogásunkat úgy pathológiai, mint therapiái tekintetben módosítsák, saját észleléseim alapján megerősíthetem. A kinek gyakran van alkalma hyperacid-betegnek gyomortartalmát próbaátkezelések után eltávolítani, annak első tekintetre feltűnik a gyomortartalomnak azon egészen sajátos makroszkopi kinézése, mely a nyálka teljes hiánya által van feltételezve. Typusos, hyperaciditásra jellegzetes tünetekkel bíró egyénekben a functionális gyomorvizsgálatkor igen gyakran teljesen normális savértékeket találunk, de szembeötlő az, hogy a gyomortartalom azon normális körülmények között meglevő alapanyaga, mely a szilárd részleteket mintegy összefogja és különösen a zsemlyepépnek kifejezetten „cohaerens“ jelleget ad, miként Kaufmann találóan mondja, hiányzik, és az ételrészletek egymástól teljesen különválva úsznak a híg gyomortartalomban, melynek az egyik edényből a másikba való átöntésekor gyorsan és szembeötlő könnyedséggel mozognak egymás felett. A Kaufmann által ajánlott hígított Lugol-oldattal való festés, a mely a nyálka negatív tinctióján alapszik, szintén jellegzetes képet ad; a nyálkamentes gyomortartalom göresői képe hemzseg a kékre festett keményítőszemesektől, míg normális viszonyok között csupán a nyálkán kívül fekvő keményítőszemesék festődnek meg.

A nyálkahánynak mint pathológiai állapotnak a létezésére és a hyperaciditásban való jelentőségére eddig nyomatékosan egyedül Kaufmann hívta fel a figyelmet. Hogy ezen viszonyok azonban ő előtte sem maradtak teljesen észrevétlenül, mutatja Boas-nak²⁵ következő megjegyzése: „Keinen oder nur geringe Mengen Schleim findet man dagegen bei Atomien, Neurosen und bei gutartigen Pylorusstenosen.“

Tapasztalataim szerint az *amylorrhoea gastrica* mint önálló functionális zavar nem fordul elő, de igen gyakori és különös figyelmet érdemlő kísérő jelensége a gyomor irritatív jellegű functionális és organikus megbetegedéseinek. Felette gyakran észlelhető hyperaciditás-tünetek kíséretében és igen gyakran gastroptosisos egyénekben. A nyálkaelválasztás viselkedésének a hyperaciditásra való jelentőségét azon tekintélyes casuistika alapján, melylyel ez irányban rendelkezem, első sorban abban látom, hogy elfogadhatóbb magyarázata adható a hyperaciditás lefolyásában gyakran észlelhető azon jelenségnek, hogy a klinikai tünetek intenzitása és a savsecretio között párvonalosság nem áll fenn. Annak függőségének a magyarázatakor, mely a hyperaciditásban a klinikai tünetek és a savelválasztás között oly gyakran észlelhető, ez idő szerint inkább jelszavakhoz, mint tényekhez fordulnak; a nyálkahártya „irritabilitása“, annak „savhyperaesthesiája“ oly fogalmak, melyek meglehetősen el vannak bár terjedve, de nem fejtenek meg semmit. Pawlow, Bickel és Pevsner állatkísérletei kétségtelenné teszik, hogy a nyálka-secretio a gyomornak védelmi berendezése, mely a legintenzívebb módon akkor működik, ha a gyomormucosát káros (thermikus, vegyi) ingerek érik. A gyomornedv ilyen izgató hatása már normális viszonyok között is érvényesül, ha egyidejűleg a nyálkaelválasztás megszűnése van jelen és a mucosa védelmi eszközét nélkülözi. A klinikai tapasztalatok a kísérleti tényekkel teljesen egybehangzóak és azon nagyszámmal észlelhető esetben, melyben jellegzetes hyperaciditás-tüneteket találunk normális, sőt subnormális savértékekkel, ezen klinikai tünetek nem a nyálkahártya „irritabilitására“ vagy „savhyperaesthesiájára“, hanem a nyálkaelválasztás megszűnésére vezetendők vissza. Ezeket az eseteket az „amylorrhoea gastrica“ elnevezéssel sokkal jobban jellemezzük, mint a hyperaciditással, aanyival is inkább, mert az előbbi elnevezés a therapiára

vonatkozólag is praejudikál. Rendelkezem másrészt nagy sorával az olyan feljegyzéseknek is, melyek alkalmasak a nyálkaelválasztás jelentőségének bizonyítására a hyperaciditás klinikai latenciája stadiumában.

Ezek közül csak egy igen karakteristikus esetet óhajtok felemlíteni, melyet 4 év óta észlelek. 29 éves ügyvédben 6 év óta időnként gyomorégés jelentkezik, mely néha heves fájalmakká fokozódik, és az utóbbiakat gyakran igen savanyú ízű hányás kíséri. A négy év előtt próbareggeli után megejtett gyomorvizsgálat alkalmával a gyomornedv szabad HCl-tartama = 100%, összaciditása pedig 115% volt. A beteg az utolsó két év alatt teljesen jól érzi magát és gyomorpanaszai sincsenek; ennek ellenére a múlt év június 17.-én megejtett gyomorvizsgálatkor ismét 96% volt a gyomornedv szabad HCl-tartalma és 112% az összaciditása. A gyomortartalom nyálkamentes azonban a normális mennyiséget jelentékenyen túlhaladja.

Íme, egy tanulságos példa arra, hogy a nyálka-secretio ha nem is az egyedüli, de mindenesetre igen fontos tényező abban az irányban is, hogy a legmagasabb savértékek — melyek emberen egyáltalában észlelhetők — huzamos időn át minden klinikai tünet nélkül fennállhatnak, ha a mucosa a nyálka-secretio által képviselt védelemben részesül.

A nélkül, hogy túlzottan generalizálni akarnék, hiszen nagyon valószínű, hogy a nyálka-secretion kívül e fontos kérdésben egyéb, részben ismeretlen tényezőknek is van szerepe, nagy általánosságban áll a tétel, melynek helyességéről a nyálka-secretióra vonatkozó klinikai tanulmányaim folyamán bőven volt alkalmam meggyőződni, hogy minél kifejezettebbek a hyperaciditás klinikai tünetei, annál kifejezettebben észlelhető a nyálkaelválasztás kóros megszűnése, és hogy a hyperaciditás klinikai latenciájának egyik legfontosabb előfeltétele a normális, vagy éppen fokozott nyálka-secretio.

Kaufmann ajánlata óta az argentum nitricumot a hyperaciditás therapiájában kísérletileg többszörösen beigazolt, a nyálkaelválasztást fokozó tulajdonsága miatt én is kiterjedten alkalmazom és azok a kedvező eredmények, melyeket e szerrel elértem, nemcsak mindenben megerősítik Kaufmann észleléseit, de alkalmasak arra is, hogy bizonyíték gyanánt tekintsük arra, hogy a nyálka-secretionnak a mostaninál pontosabb tekintetbe vétele éppen olyan gyümölcsöző a gyomorbetegségek pathológiájára, mint azoknak therapiájára.

Irodalom. 1. Klug: Orvosi Hetilap, 1908. — 2. Pawlow: Die Arbeit der Verd.-drüsen, 1898. — 3. Leube: Deutsches Archiv f. klin. Med., 1883. XXXIII. kötet. — 4. Riegel: Die Erkrankungen des Magens, 1897. — 5. Schmidt: Archiv für klin. Med., 57. kötet. — 6. Telling: Unters. über Magenschleim. Bonn, 1891. — 7. Schütz: Arch. für Verd.-krankh., XI. kötet. — Johnson und Behm: Zeitschrift f. klin. Med., XXII. kötet, 4–5. füzet. — 8. Schreiber: Deutsche med. Wochenschrift, 1893, 1894. — 9. Strauss u. Bleichröder: Ueber Magensaftfluss. Jena, 1903. — 10. Aldor: Berliner klin. Wochenschrift, 1901. — 11. Schmidt: Volkman's Samml., 202. szám. — 12. Sawriew: Inaug.-Dissert. St. Petersburg, 1901. — 13. Zweig: Archiv f. Verdauungskrankh., XII. kötet. — 14. Müller: Sitzungsber. der Marburger Naturwiss. Ges., 1896. — 15. Walther: Centralblatt für Bakt. und Parasitenkunde, XVII. kötet. — 16. Jaworski: Münchener med. Wochenschrift, 1887. 32. szám. — 17. Korczynsky u. Jaworski: Deutsches Arch. f. klin. Med., 1891. LVII. kötet. — 18. Hemmeter: Diseases of the stomach. Philadelphia, 1906. — 19. Dauber: Arch. f. Verdauungskrankh., II. kötet. — 20. Kuttner: Berliner klin. Wochenschrift, 1905. — 21. Pevsner: Ibidem. 1907. — 22. Kaufmann: Archiv f. Verdauungskrankheiten, XIII. kötet. — 23. Boas: Diagnostik u. Therapie der Magenkrankheiten, 1901.

A régi magyar orvosnövendék.

(Folytatás.)

Az utazás hajdanában nem tartozott a mulatságos vállalkozások közé. Az utak többnyire nagyon rossz állapotban voltak, ezért is többnyire még az asszonyok is *more patrio*, vagyis lóháton utaztak. A közbiztonság állapotát (a 17. században) legjobban jellemzi, hogy még az Isten szolgái is pisztolyokkal felfegyverkezve indultak útra. Zemplén vármegyében például oly sok volt a rabló, hogy az egykorú feljegyzés szerint „a kinek kővéra s száz lovasa nincs, házából ki nem léphet“. A szállók, vagyis koresmák gyalázatosak voltak, nemcsak nálunk, hanem Németországon is; még itt is a legtöbb vendéglőben csak szalmán háltak az utasok. Koresmába különben leginkább csak a parasztok szálltak, a kiknek vendéglátó ismerőseik nem akadtak; de néha még Wesselényi nádorral is megesett, hogy

éjjelre valami rozszant csűrbe vagy pajtába szorult. Párnául sokszor csak a lovak fejét használhatták.

Magyarországon különben még elég tűrhető volt a „bujdosás“, mert a régi magyar urak igen vendégszeretők voltak, és szívesen fogadták, minden tőlük telhetővel bőven ellátták a szegény vándorló diákokat. *Simplicissimus*-nak ezen korbéli leírásában azt olvassuk, hogy például a lipómezei szegényebb sorú falusi nemesek is mondhatni szertelenül előzékenyek és gondosak voltak, kivált idegenek és bujdosó diákok iránt. Ő vándorló medikánsként bejárta az egész vármegyét, a nélkül, hogy egyetlen krajczárt is kellett volna költenie. Páriz Pápai is, miután megírja, hogy útrakelésekor milyen nagy tisztességgel kísérték ki Enyed városából az ottan tanuló diákok és más városi ismerősök, többször említ naplójában az afféléket, hogy „rég barátom, az miriszlai prédikátor adott egy tallért“, „Dadai János uram ő kegyelme egy tallért“, „érkeztem Rettegre, a hol t. Alvinczy István uram adott utamra tíz tallért“ stb. De ez mind csak gyöngye segítség volt és elégtelen vigasztalás a hosszú időre idegen nemzet körébe vetődő ifjúknak. Megérthetjük Bereczk-nek mindjárt útja elején a gondviseléshez intézett sóhajtását: „*Quem sequimur? quove ire jubes? ubi ponere sedes?*“

A tudomány bujdosó adeptusának arra is vigyázni kellett, hogy az országot keresztül-kasul kalandozó török vagy német katonák kezébe ne essék. Az utóbbi eset sem volt sokkal kellemesebb, mint az első, mert a német, ha valahol egy ilyen vándorló diákokat elsíphetett, menten besorozta katonáinak. Legalább a Montecuccoli seregében ez volt a gyakorlat.¹ Sőt ez a veszedelem háborus időkben a külföldön is elérhette a szegény medikust; így Madács Péter, a hét éves háború idején, a katonafogdosás elől kénytelen volt Sziléziából Halléba menekülni.²

Az utazás persze nem a mai kényelemmel, hanem lovon, kocsin vagy (legtöbbször) gyalog történt. Az utak rosszasága is rákényszerítette a bujdosó diákokat, hogy az apostolok lovait minél gyakrabban vegye igénybe. A gyalogolástól nem is irtóztak úgy a régi emberek, mint a maiak. Hiszen még a 19. század első felében is, a mikor pedig már elég kényelmes közlekedő eszköz állott az utazók rendelkezésére, nem egyszer olvassuk, hogy a szegény diák nyakába vette a világot s gyalogszerrel indulván, meg se állott Bécsig. Így például Tamássy Károly gyógyszerész 1825-ben gyalog ment Debreczenből Bécsbe. Gruby doktor, a nagyváradi szegény zsidó fiú (később Heine párisi orvosa), szintén gyalog ment Nagyváradról Pestre, az egyetemre. András Sámuel, az első magyar humorista, mikor a bécsi egyetemen elvégezte az orvosi cursust, ismeretei gyarapítása végett Gyarmathy Sámuel barátjával együtt (a 18. század végén) gyalog járta be Németországot „egész Holsatáig“ (Holstein).³

Ma már szinte érthetetlen, hogy mekkora utakat jártak be csak úgy gyalogosan ezek a régi medikusok. Páriz Pápai például márczius 11.-én indult el Nagyenyedről és teljes három hónapjába került, míg Lipésébe ért (május 27.-én); júliusban már Drezdában van, ott vizsgát is tesz; októberben Strassburgba indul, útközben mindenütt meglátogatja a különböző német városokban tanuló „magyar atyafiakat“ és ezek viszont őtet; az egész utat, vagyis ötven mérföldet, az apostolok útján, gyalog tette meg társaival, mert ment ugyan velük egy taliga is, de ez nem őket, hanem az „egyet-másukat“ vitte. Néha az is megtörtént, hogy a mezőn kellett háltniok.

Bereczk György útja kényelmesebben kezdődött. Lovat vett ötven forintért Beszterczén, meg is áldotta, mielőtt útjára indult, mondván, hogy „az Isten szentelje meg kezem között és adja, hogy az idegen nemzet között is bátorsággal járhaszak véle“. De bizony ennek a fohászkozásnak nem volt sok foganatja, mert már a következő napon azt írja, hogy a kemény nyakú, zabolázhatatlan ló miatt folytonos élet-halál veszedelem környékezi. Nagynehezen mégis elérte a határt és itt első dolga volt megvenni a „német gúnyát“, a mely nagy pénzébe, 55 magyar forintjába került. Hogy milyen nagy gaudiummal történt ez a német bőrbe való át-

vedlés, azt érdekesen írja meg egy másik erdélyi magyar tanulónak, Halmágyi Istvánnak (1752) a naplója,¹ a ki a fiatal Teleki grófokkal ment a német egyetemekre. Mikor Bécsből továbbindultak, bajuszát leberetváltatta, parókát tett a fejére és német köntösbe öltözött. „Alig ismerem meg magam is magamat,“ írja „annyira megváltozám. Az urak is csudálkoztak mutatiómon“ és a kis Zsigó urfi, kinek nevelője volt, sehogysem akart ráismerni; később is csak félve, „elszontyolodva“ tekintgetett reá.

Bizony rosszul eshetett a magyar fiúnak a szokatlan új ruhába való öltözködés; de meg kellett tennie, mert magyaros ruházatát nagyon megbámulták és sok helyütt valószínűleg ki is gunyolták volna Nagynémetországban. Egykorúak feljegyzéseiből tudjuk, hogy a jó németek és kivált az osztrákok nem egyszer csúfot üttek a szép magyar ruhából. „Már az idegen nemzet ruháinkat is csúf gyanánt tartja“, írja Radics András Teleki Mihálynak 1668-ban, „fársángol benne, az minthogy utolsó fársángban Lopkovitz Herceg magyar ruhát csináltatván magának, zöld bársony dolmányt és szűrös mentét s úgy bolondoskodott.“²

A fennmaradt diák-naplók igen érdekes olvasmányok, már azért is, mert a szülőkörű magyar világból a fejlettebb életű külföldre vetődött, kevéstapasztalatú ifjú pompás naivságával vannak megírva. Bereczk például öt napon át járja Hamburg városát, melynek roppantságán nem győz eleget álmélni. Azután Hollandiába indul, de minthogy a tengeren nem akadt kedvező szellők, majdnem két hétig igen keveset haladtak előre. Unalmában részint magyar, részint deák rigmusokban szidta a tengeri utazást:

A ki a föld színén kenyeret kereset,
Bolond, ha föld alá és azért mély vermet:
Igy ki a szárazon czéljára elmehet,
Kétséges tengerre nem tudom mért siet?

Egyik este „meghányván a vasmaeskákot, midőn ülnék az hajó orrában, láték egy fekete kutyát, ki kétszer a tengerből kiüté magát, és engem megszemlélvén, aláereszkedik“. Mikor végre Leidába érkezett, beiratkozott az „anatomicum collegium“-ba, melyet „Bidló uram“ nagy foganatosan kezdett meg. De azért a „comédia-játársásokat“ is élénk figyelemmel kísérte, s különösen megbámult egy tudós lovat (mely úgylátszik egyenes őse volt annak a jeles állatnak, mely nemrégiben is oly élénken foglalkoztatta Németország tudós és nemtudós köreit), mert „nagy magameghajtásával a környüllálló seregnek complementomot tölt; az órát a lábával megjelentette; a rossz pénzt a jótól megismerte; a kártyában a mennyi szem volt, annyiszor ütötte a földhöz a lábát;“ de hosszan megírja a hegedüre tánczó kutyát, az ötlábú eleven juhót, s egy másikat, kinek két szája volt, az egyikkel evett, a másikkal ivott stb., úgy hogy ez a leírás érdekesen világítja meg az akkori leidai vásári életet is. A tanulmányairól és az egyetemről, sajnos, kevesebbet ír, inkább csak a nevezetes operatiók megírására szorítkozik; így azt mondja többek között, hogy a „nagyhírű Cyprianus, egész Belgiumnak hozzáfoghatatlan chirurgusa, egy belső hályogtól egészen megvakított asszonyt megszabadíta; ki is szemünk láttára azon szempillantásban látni kezdé“. Más alkalommal ugyanez a sebész „egy nagy calculussal régen nyomorgó nyolcz esztendő gyermekeket az halálnak torkából szabadíta meg. Kinek a szeméremtestén elsőben béduga egy vaspennát, annakutána megmetstván az alfele és szeméremteste közt való választ, egy fogóval az hólyagából kivona egy nagy követ, melynek szélessége volt olyan, mint egy embernek két hüvelyke. Ugyanez nap gyógyíta meg egy tökök embert.“

Páriz Pápai naplója is tele van hasonló naiv részletekkel. Kivált a drezdai nagy muzeumok gazdagságáról nem győz eleget írni. A választófejedelem gyűjteményében levő öreg orgonát nemcsak csudálta, hanem „verte is emlékezetre;“ hát még a sok elefántesonból való kehely! Fapoharat se láttam annyit életben! Egy szép mesterséges órán meg az egész szent család ki vagyon faragva; Krisztus egy tekenőben, mellette Mária; József rengeti, Mária danoldogál s az ökrök az jászolhoz kötve esznek és szedegetnek az jászolból nagy mesterséggel.

(Folytatása következik.)

¹ *Buchholtz Jakob*: Historischer Geschlechtsbericht. Budapest, 1904. 89. lap.

² *Szimyeyi*: Magyar Irók, VIII. 214.

³ Figyelő XIV. 70.

¹ Monum. Hungar. Hist. Script. 38. köt. 459.

² Teleki Mihály levelezése. IV. 272.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Kecskemét város közegészségügyi szabályrendeletének előadói tervezete. Irta: Csabay Géza dr., tiszti főorvos. Kecskeméten, nyomtatott Sziládi László könyvnyomdájában.

A mintegy 200 lapra terjedő munkában Kecskemét város tisztiorvosi hivatalának negyedszázados tapasztalatai alapján egybefoglalva találjuk mindazt, a mi a városok közegészségügyi teendőinek lebonyolítására szükséges. Ismertetve van benne minden hatósági egészségügyi alkalmazásban lévő egyén joga és kötelessége a tiszti főorvostól az egészségügyi őrig. Világos, könnyen áttekinthető mintákban vannak bemutatva a városi egészségügyi hivatal összes nyilvántartási könyvei és blankettái. Kiemelendők továbbá a munkában foglalt fertőtlenítési utasítás, az első segélynyújtásnak nyilvános helyeken közzétételre szolgáló népszerű leírása, a tanulók számára való egészségügyi szabályok, a népszerű tájékoztatások a ragadós betegségek korai felismerésére. Hatósági orvosok városokban és községekben mindenestre nagy hasznát vehetik a nagy ügybuzgalommal és hozzáértéssel megírt munkát, a mely Kecskemét város tisztiorvosi hivatalában rendelhető meg 5 koronáért.

L. Edinger: Der Anteil der Funktion an der Entstehung von Nervenkrankheiten. Wiesbaden, 1908. J. F. Bergmann.

Edinger szerint az idegrendszer összes bajai 3 csoportra oszlanak, úgymint gőczbajokra, mérgezésekre és felhasználódásbajokra. Könyve az utolsó csoport létjogosultságát akarja bizonyítani. Az egészséges emberben a felhasználás alatt az idegsejtekben a tigroidszemek eltűnnek és a velőrostban osmiumsavval kimutatható szétéstermek mutatkoznak. Ha a szétésés túlságos, vagy ha pótlás nem történik, a sejt és rost elpusztul, helyébe glia áll. Ez a felhasználódásbaj lényege, a mely mindig előrehaladó. Némelykor a sérült pálya teljesen elpusztul. Ez történik az öröklött bajokban, a hol egyes pályák gyengén fejlődtek és mégis folyton működnek.

A felhasználódás bajai létrejönnek, ha az ép pályától és a rendes pótlástól túlsokat követelünk, például munka okozta sorvadás és neuritis, vagy ha a normális működéshez a pótlódás nem egészséges. Ez utóbbi esetekben mérge játszik közre, például lues, ólom stb. A lefolyás a mérge különböző volta miatt különböző, például polyneuritis, tabes, paralysis, kombinált systemamegbetegedés. A pálya gyengén fejlett, nem elég erős arra, hogy a rendes működést elbírja a heredodegenerációban.

E felfogásból Edinger a *therapiára* is von következtetéseket. A mióta tabesos betegek keveset járnak, nem fáradnak, óránként vizelnek, a napon sötét szemüveget viselnek, minden rosszabbodáskor egynéhány napra ágyba fekszenek, súlyosabb rosszabbodást ritkábban észlel, de egyes kifáradások után mégis támad egy-egy új tünet. Polyneuritisben az ágyynyalom, mononeuritisben a levehető fixáló kötés jó eredményeket ad. Hosszantartó betegség után nem támad bénulás, ha az első felkeléskor az erősebb és hosszabb mozgástól visszatartjuk a beteget. Ugyancsak a kimelés okából a gyakorlatokkal és villamos kezeléssel túlozni nem szabad.

Kollarits Jenő dr.

Lapszemle.

Általános körtan.

A gümőkór gyógyítására újabb eljárással kísérletezik Spengler (Davoz). Azt találta, hogy a tuberculosis-immuntestek fő képződés- és felhalmozódáshelye nem a savóban van, hanem a vörösvérsejtekben. Ennek megfelelően gümőkór ellen mesterségesen immunizált állatok vörösvérsejtjeiből állított elő egy anyagot, a melylyel jelenleg gyógyítás-kísérleteket folytat. (Deutsche med. Wochenschrift, 1908. 38. szám.)

A jodkalium hatásmódjáról új elméletet állított fel Zwintz. Állatkísérletei alkalmával azt találta, hogy jodkalium-oldatnak intraperitoneális befecskendezésére egyfelől a vérnyomás lassan csökken, másfelől a pajzsmirigyben sokkal erősebb a véráramlás. Felveszi, hogy ez utóbbi körülmény miatt több belső váladékot is termel a

pajzsmirigy; minthogy pedig — a mint Huchard kimutatta — a pajzsmirigy a vérnyomást csökkentő szervek közé tartozik belső secretuma útján: a jodkaliumnak vérnyomást csökkentő hatása végeredményben tulajdonképpen pajzsmirigyhatás. (Wiener klinische Wochenschrift, 1908. 20. szám.)

A cachexiások vizeletében észlelhető színreactióról értekezik Gaupp. Ismeretes, hogy néhány évvel ezelőtt Strzyzowski azt találta, hogy ha súlyos diabetesesek vizeletéhez 5%-os formolt adunk, 24—48 óra múlva fluoreskáló zökl színeződés áll elő. A nevezett szerző azt hitte, hogy ezt a színeződést az acetium diaeticum okozza, a mely ezekben az esetekben mindig kimutatható volt; csak hogy az acidum diaeticum oldata nem adta ezt a színreactiót. Gaupp vizsgálatai világosságot vetettek erre a kérdésre. Sikerült ugyanis kimutatnia, hogy a reactiót csakugyan az acetium diaeticum adja, de csak akkor, ha ammoniak is van jelen. A reactiónak positiv voltából tehát acidum diaeticum és ammoniak jelenlétére lehet következtetni. Egyébként azt is találta, hogy nem csupán a diabetesesek, hanem a rákos cachexiában és a gümőkór végső szakában lévők vizelete is adja ezt a színreactiót, és hogy a reactionnak positiv volta nem utal okvetlenül rossz prognosira, mert látott oly diabeteses beteget, a kinek a vizelete oly esztendőn át állandóan adta a reactiót, noha az állapota változatlan maradt. (Biochemische Zeitschrift, XIII. kötet. 1. és 2. füzet.)

Belorvostan.

A diabetes keletkezéséről ír Hirschfeld. A szerző már a közelmúltban ismertetett olyan diabetes-eseteket, melyek fertőző baj elszívése után támadtak, nem okoztak polyuriát s a melyekben pár hónapi fennállás után a cukorvizelet megszűnt. A fertőző baj és a cukorvizelet között ilyen esetekben a szerző szoros összefüggést lát: legalább e felvétel létjogosultsága mellett látszik bizonyítani ama körülmény, hogy infectiosus baj következtében a májban és pankreasban lobos, sőt nekrotikus gőczök jelentkezhetnek (pneumonia, scarlatina). A szerző szerint közelfekvő a gondolat, hogy az acut gyulladásnak fontos szerepe lehet a diabetes mellett oly gyakran észlelhető chronikus pankreatitis kiváltásában, másfelől a már fennálló cukorhaj súlyosbodásában. Sok szerző szerint, ha közelebbről nézzük a dolgot, az idült pankreatitis okát az arteriosclerosis, az alkohollal való visszaélés és a lues adja. Hirschfeld azonban Hoppe-Seyler ezirányú dolgozatainak adataira támaszkodva azt állítja, hogy a hasnyálmirigy ereinek sclerosisa a diabetesesekben nem gyakoribb, mint más, diabetesben nem szenvedő egyének pankreasában (?!) s hogy a fiatalabb diabeteses egyének hasnyálmirigyének erei nem sclerososak; a mi pedig a lueses infectiót illeti, a diabetikusokban sem mutatható ki gyakrabban, mint a hasonló életviszonyok között élő nem cukorbetegekben; csak nagyon kivételes az olyan eset, melyben szerzett lues után támadt idült pankreatitis. Az alkoholismust szintén nem lehet a cukorhaj kiváltó oknak tekinteni, sőt úgy látszik, hogy az alkohol okozta májzsugorodás a vele gyakran együtt észlelhető idült pankreatitis ellenére sem hajlamosít, sőt talán bizonyos fokig megvéd a diabetestől. Cholecystitis, cholelithiasis mellett ugyancsak nem ritka a hasnyálmirigy idült gyuladása s mégis mily kivételesen észlelhetni e bántalmak szövödményeképp diabetest! Fontos különben, hogy az említett bántalmak szövödményeképp jelentkező pankreatitis teljesen visszafejlődhet. A szerző az említett oki momentumoknál sokkal inkább számottevőnek tartja az idült pankreatitis előidézésében az infectiót: influenza vagy angina után hajlamos egyénben könnyen támadhat heveny pankreatitis, melyet muló s csekély fokú cukorvizelet árul el; majd a cukorvizelet bizonyos időtartam után szűnik, hogy újabb influenzaroham következtében újra jelentkezzen s így megy át lassan a pankreas többször megújuló heveny gyuladása chronikus pankreatitisbe, melynek most már súlyosabb diabetes lesz a következménye. Ez esetekben tehát, a hogy azt a májzsugor keletkezését illetőleg már korábban kimutatták, a pankreas megbetegedése haematogen úton jön létre s a szerző szerint a baj kezdetén nemcsak a máj, de a hasnyálmirigy is megbetegszik, később azonban a májbeli folyamat visszafejlődik s csak igen finom szöveti változások (az úgynevezett Kupfer-féle rosthálózat könnyebb festődése) engednek a lefolyt gyuladásra következtetni; más alkalommal

azonban, ha például az alkohollal való visszaélés következtében kevésbé ellentálló májszövetet éri az infectio, az zsugorodik s májcirrhosis fejlődik ki, annak ellenére, hogy a haematogen infectio megtörténtkor a hasnyálmirigy is beteg volt, sőt cirrhosis mellett rendszerint többé-kevésbé sclerosisos. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1909. 4. szám.)

Még csak saját részéről szeretnék a szerző dolgozatához egy-két megjegyzést fűzni. Téves ugyanis amaz állítása, hogy nem diabeteses egyének hasnyálmirigyének erei épen oly gyakran sclerosisosak, mint hasonló korú diabeteses egyéneké. Hirschfeld elmélete mindenesetre tetszetős, sorsát azonban csak nagy anyagon tett további igen pontos megfigyelés döntheti el, a nélkül, hogy az infectióos betegségek szerepe a diabetes kórtanában megdönthető az idős egyénekén eddig kimutatott, talán legfontosabb egyik aetiologiai momentumot, az arteriosclerosist. Halász Aladár.

A pellagrának atoxyllal és arsenessávvá való kombinált kezeléséről ír Babes, Vasiliu és Gheorghus. A szerzők nem régebben már közölték azon, 65 betegükön észlelt tapasztalataikat, hogy a pellagra néhány kis dosisú atoxylinjectiótól rövid idő alatt vagy teljesen meggyógyul, vagy legalább is lényegesen javul. Löffler-nek a tengerimalacok trypanosomás betegségében tett tapasztalatai újabbán arra birták a szerzőket, hogy megkíséreljék a kombinált arsenes kezelést pellagra eseteiben is. A gyógyítás eredménye meglepően jónak bizonyult, mert a betegek 1—2 hét alatt csaknem bizonyosan tökéletesen meggyógyulnak. Hogy később nem recidiválnak-e majd az esetek, ez idő szerint még nincsen eldöntve. A szerzők pellagrás betegeiket a következő módon kezelték: 0.5 gm.-os atoxylos injectio, belsőleg egyúttal 1—5 milligramm-nyi arsenessav pilulák alakjában s végül a beteg egészséges bőrfelszínének bekenése 5 gm.-nyi 2%-os arsenavas kenőccsel. A könnyebb pellagrás esetekben néha már egy napos ilyen kombinált arsenes kezelés elegendő. Nehezebb esetekben a fenti adagok a következő napon ismétlendők. Olykor szükséges, hogy ezt a kétnapos kombinált kezelést egy hét múlva megismételjük. A szerzők ily módon 14 pellagrás esetet kezelték. Az ezekre vonatkozó kórtörténeteket igen részletesen és behatóan ismertetik. Kiderül belőlük, hogy a pellagra mind a 14 esetben (melyek között heveny és idült esetek is vannak) kivétel nélkül 1—4-szeri kombinált kezelésre 6—28 napon belül meggyógyult. A 14 eset közül 7 már 6—10 nap alatt gyógyult meg, a többi 7 eset pedig 10—28 nap leforgása alatt. Ezen rövid idő alatt az összes tünetek teljesen visszafejlődtek s néhány hónap alatt nem tértek vissza. Tekintve azt, hogy a fentemlített magas arsenes dosisokat 18—20 kilogrammos gyermekek is jól elbírták, a szerzők azt vélik, hogy az adagok felnőtt betegeken még emelhetők lesznek. A jó eredmény annál feltűnőbb, mert a vizsgálati sorozatban volt néhány olyan beteg is, a kinek pellagrája már 5—20 év óta tartott. A kombinált arsenes kezelés a betegségnek valamennyi tünetét befolyásolja és elmulasztja. Eltűnik elsősorban az erythema és a többszörös oedema, később azután elmúlik a diarrhoea, a szellemi zavartság, a melancholia és az asthenia is. A kezelés úgyszólván specifikusan hat a betegségre. Épen ezért a szerzők nem tartják lehetetlennek, hogy a pellagra nemcsak a romlott tengeritől származó toxikus betegség, hanem esetleg parasitás bántalom is. (Berl. klinische Wochenschrift, 1909. 6. szám.) Guszman.

Sebészet.

A hasúri szervek érzékenységről ír Kast és Mettier. Ellentétben Lenmander-rel, főleg kutyán tett kísérleteik alapján arra a következtetésre jutnak, hogy igenis az összes hasúri szervek érzékenyek, ez az érzékenység mindig kimutatható, ha az érzékenységet kis seben át benn a hasúrban vizsgáljuk, vagy ha csak rövid bélkaecot húzunk elő és ezt rögtön az elhúzás után vizsgáljuk. Kiterjedt laparotomia, evertentatio leszállítja a bél érzékenységét s az érzékenység eme eltűnése annál teljesebb lesz, minél gyengébb az állat. A bél érzékenységének eltűnésével egyidejűleg a bőr érzékenysége is csökken, az állat apathias lesz. Ugyanazok a körülmények, melyek a bél érzékenységét megszüntetik (a bél evertentatiójának nagy foka és hosszú tartama) a bél motilitását is megszüntetik. Mindezt a szerzők főleg az evertentatio által létrehozott reflexgátlásnak tulajdonítják, melynek más irányban, a medulla oblongatán való érvé-

nyesülése shockra vezet, a mi azonban nem jelenti azt, hogy a bél motilitásának és sensibilitásának megszűnése shock nélkül ne jöhetne létre. A dolog ellenkezőleg úgy áll, hogy a bél motilitása és sensibilitása a vérnyomás legesekélyebb változása nélkül bekövetkezik. A mi a sebészeti tapasztalatokat illeti, melyek igazolni látszanak azon tételt, hogy a bél valóban érzéketlen, ezeknek nem lehet a szóban forgó kérdés eldöntésében teljes értéket tulajdonítani, részben mert a műtétek lokális anaesthesiában történvén, a cocain távolhatása is szóba jöhet, mely a szerzők tapasztalata szerint leszállítja a bél érzékenységét, és másfelől, mert rendszerint elgyengült egyénekről van szó, a kikben a bél érzékenysége a szerzők kísérletei szerint legkönnyebben tűnik el. Megjegyzendő még, hogy a szerzők tapasztalatai szerint a lobos bél különösen érzékeny. (Mittheilungen aus den Grenzgeb. der Med. und Chir., XIX. kötet, 4. füzet.) P.

A conjunctivális tuberculinreactio sebészi értékéről ír Zoepf. 300 esetben próbálta ki ezt a reactiót és pedig 154 klinice nem tuberculosus egyénén 11-szer kapott pozitív eredményt, 44 gyanuson 5-ször és 108 biztosan tuberculosuson 98-szor. Míg azonban mirigy-, csont-, genitális tuberculosus 79 esete mindig pozitív eredményt adott, a belső szervek tuberculosusának 16 esete közül csak 13-ban kapott pozitív eredményt. Nyílt fistulás tuberculosus 17 esete közül 12-ben volt pozitív az eredmény, 5 fistula ani esetében negatív, itt azonban a kimetszett fistulajáratban szövettanilag sem lehetett a tuberculosist kimutatni. Vizsgálatai alapján azon eredményre jut, hogy az 1%-os Koch-féle „Alttuberculin“-nal végzett conjunctivális reactio kellő elővigyázat mellett alkalmazva (kerülendő szembetegeken, conjunctivitisre disponált embereken, eczemás gyermekeken) veszélytelen. Zárt csontizületi és mirigy-tuberculosus pozitív conjunctivális reactiót ad. S azért negatív conjunctivális reactio megdönti az ezen betegségre való gyanút, ha egyéb tuberculosus a belső szervekben ki nem mutatható, sőt a reactio gyenge volta és késői megjelenése is ilyen esetekben a lokális megbetegedésnek tuberculosus volta ellen szól. Genitális tuberculosist csak teljesen negatív reactio esetében zárhatunk ki, enyhe reactio is már valószínűvé teszi. A belső szervek tuberculosusának diagnosisában a conjunctivális reactio értéke csekélyebb, és megbízhatatlan a reactio nyílt, fistulás tuberculosus eseteiben. (Mitth. a. d. Grenzgeb., XIX. 3. sz.) P.

Orthopaedia.

A láb elejének fájdalmasságáról értekezik H. Lehr (Dresden) Schanz intézetéből. Mint typusos baj ismeretes a talp elülső részének a fájdalmassága. Az érzékeny pont a II., III. és IV. lábközépsont fejecse alatt van s a fájdalom úgy ránehezéskor, mint direct nyomáskor jelentkezik. E helyen sokszor vastag bőrkeményedés is képződik. A láb eleje láthatóan kiszélesedett és lapos, a járás óvatos, nehézkes, a beteg inkább a sarkára lép s kerül a láb elejének a megterhelését. Nagyon sokszor egyidejűleg az öregujj erős valgus-állásban van. A fájdalmasság jelentkezhetik egy vagy mindkét lábon. A baj okát a láb haránt boltozása lelapulásában találja, a mi által a középső lábközépsontok fejecsei szokatlan megterhelés alá kerülnek. E nézete helyességét mutatja az e feltevésre alapított gyógykezelés-mód eredményessége. Hogy a fájdalmas testrészt tehermentesítse, a láb elejét a talp felé homorú ívbe hajlítja, a mi által az öregujj s az ötödik ujj lábközépsontja mélyebbre kerül, mint a többi, s ily helyzetben a láb elejét 4 cm. széles ragasztótapaszokkal körül fogja. E helyzet a tapasz tartása következtében ránehezéskor is megmarad. A kötés hosszú időn át alkalmazandó s eseteiben mindig megszüntette a fájdalmakat. (Zeitschrift für orth. Chirurgie, XXI. kötet, 4. füzet.) Kopits dr.

A láb elejének fájdalmasságáról értekezik ugyancsak G. Hohmann, a müncheni egyetemi poliklinikáról (prof. Lange). Lehr cikke ösztönözte a közlésre. A baj okának szintén a láb-boltozat leszállásával a középső metatarsusfejecsek túlterhelését tartja. A tapaszkötezt nem találta megfelelőnek — ma már csak provisoriusan alkalmazza —, mert a tapasz nem tartja a lábat huzamosan a kívánt helyzetben, ha pedig szorosan fekszik, elviselhetetlen. Ők bandage-t használnak, mely kitűnően bevált. A bandage 5 cm. széles, 2 mm. vastag puha bőrszalagból áll, mely mindkét

végén keskenyebb ($3\frac{1}{2}$ cm.) s itt fűzésre szolgáló lyukakkal van ellátva; ott a hol a lábball közvetlenül érintkezik, vékony nemezlappal van bélelve. A kötszert úgy teszik fel, hogy egyik vége az ellenkező oldalon lévő haránt hasadékon áthúzva ismét visszatér a lábhátra s az ott található két végén összefűzhető. Ezáltal a készülék húzási iránya olyan, hogy a lábvég domborúságát meg tudja tartani. Használata a gyakorlatban jól bevált. (Zentralblatt für Chirurg. und mechanische Orthopädie, III. kötet. 1. füzet.)

Kopits dr.

Gyermekorvostan.

Az éhezés hatását a táplálkozás-zavar különböző szakaszaiban tanulmányozta *L. F. Meyer* és *Rosenstern* a Finkelstein vezetése alatt álló berlini gyermekmenhelyben. Megszokott eljárás a csecsemők táplálkozás-zavarainak gyógyításában, hogy a kezelést éhezéssel kezdjük. Elrendelünk körülbelül 24 órára kizárólagosan teát, majd a következő napokon az esetnek megfelelő minőségű táplálékot nyújtunk lassan növekedő adagokban, a melyek sokszor 8—10 napig is kisebbek annál, a mely a csecsemő szükségletének fedezésére elegendő. Hogy ezen éheztetés az esetek igen nagy számában jó hatású, a klinikai tapasztalatok eléggé bizonyítják. Így dyspepsiás csecsemőn éheztetésre a bélben lefolyó erjedés gyorsan megszűnik, gyorsan javul az általános állapot s a kívánt súlygyarapodás sem marad el. Ugyanilyen jól hat alimentáris intoxicációban is, hol a magas lázak egyik napról a másikra megszűnnek, a csecsemő visszanyeri öntudatát s a táplálék minőségének és mennyiségének gondos megválasztására azután a táplálkozás-zavar rendbe jön. Ezekkel ellentétben azonban a tapasztalat mutatja, hogy a csecsemők a decompositio szakában éheztetésre nagyon súlyosan reagálnak, s a legrövidebb idő alatt elhalnak.

A szerzők ezért feladatukul tűzték ki, hogy megfigyeljék az éhezés befolyását a klinikai képre a táplálkozás-zavar különböző szakaszaiban. Figyelmüket főleg az érverés számára, a hőmérsék viselkedésére s a testsúlyra irányították. Megállapították észleleteik alapján, hogy míg az egészséges, dyspepsiás és alimentáris intoxicációban szenvedő csecsemőkön az éheztetés után alig vehető észre jelentősebb változás az érverés számában s a hőmérsékben, addig a decomponáltakon — a kik különben a decompositio súlyos klinikai tüneteit még nem mutatták — a legrövidebb idő alatt a legaggasztóbb állapot fejlődik ki mélyre sülyedt hőmérsékkel, alacsony érverés-számmal, szóval olyan tünetekkel, a minők csak a decompositiónak végső szakában láthatók. Ezen rohamos rosszabbodás már az inanitiós diaeta második napján köszöntött be, a mily rövid idő után egészségeseken, dyspepsiásokon, alimentáris intoxicációban szenvedőkön a hő és vérkeringés szabályozásában alig észlelhetünk szembeötlőbb változást. Míg dyspepsiásokon az inanitiós diaeta alatt az érverés-szám átlag 111 volt percenként, addig ezeken 87; s míg ott a közepes hőmérsék 36.8° , addig itt 36.45° . Nehezebb megítélni a testsúly viselkedését, hisz tudjuk, hogy ez ép úgy függ a táplálék minőségétől, mint a mennyiségétől. Az mindenesetre következtethető észleleteiből, hogy míg dyspepsiásokban a táplálék mennyiségének korlátozásával a további súlyosodást végleg megakadályozhatjuk, addig ez a decomponáltakon nem sikerül.

Hogyan magyarázható a decomponáltak ez eltérő viselkedése? Már az egészséges melegvérűben is alászáll éheztetésre az érverés száma s a hőmérsék bizonyos mértékben. Tudjuk továbbá, hogy decompositio esetén a test szövetelemei fokozatosan, lassan beolvadnak, tehát éhező állapot van jelen „belső okokból“ (*Czerny*). Ha egy ilyen gyermeket éheztetünk, a két ártalom összegeződik: a betegséggel járó idült éhezéshez járul a heveny éheztetés, s e kettő együttes hatásaként bekövetkezik a katasztrófa. S miként az egyes szervek működőképessége az éhezés következtében lassan alászáll, miként a fermentatív folyamatok is szenvednek, úgy felmondják a szolgálatot azon működések is, melyeknek feladata a testhőmérséknek s a szív működésnek szabályozása. Úgy látszik, hogy itt különös jelentőség jut a decompositióval járó nagyobb fokú sóvesztésnek.

A gyakorlatra ezen észleletekből le kell vonnunk azon követelményt, hogy mielőtt gyógyítás céljából éheztetést akarunk elrendelni, a legpontosabban kell megejtenünk a betegségi állapot körjelzését. *Míg dyspepsiában és intoxicációban nyugodtan indíthatjuk meg a szokásos éheztetést, nem törődve az éhség ártalmas követ-*

kezményeivel, addig a decompositio az éheztetést szigorúan ellenjaválja. Decomponált csecsemőt még az esetben sem szabad éheztetni, ha súlyosabb béltünetek vannak, hanem arra kell törekednünk, hogy ezeket a táplálék minőségének megváltoztatásával (anyatej javalata) s a mennyiségnek egyidejű leszállításával hozzuk rendbe. (Jahrb. f. Kinderheilk. 69. kötet. 1909. 167. lap.) *Flesch.*

Börkörtan.

A csecsemők alkati eczemájának klinikáját és terapiáját tárgyalja *Feer* (Heidelberg). Az első életévekben, különösen pedig a csecsemőkorban gyakoriak az idült eczemák. A bajra ilyenkor nagy figyelmet kell fordítani, mert az a külső kezeléssel szemben sokszor felette makacsul viselkedik. A rosszul gyógyuló eczemák csoportjából az acut eczemát és az intertrigót teljesen ki kell küszöbölnünk, mert ezek egyedül külső behatásokra keletkeznek és hamarosan is gyógyíthatók. Nem tartoznak ide azonfelül az úgynevezett scrophulás eczemák sem, a melyeket a szerző inkább gümös eczemáknak óhajtana nevezni, mert ezek véleménye szerint mindig együtt járnak latens vagy manifest tuberculosissal. A fiatal gyermek valódi idült eczemája kétségtelenül constitutiós zavar. Az eczemas területeken található bakteriumok, a melyek a bántalomnak impetigós jellegét is kölcsönözhetnek, secundaer infectio eredményének foghatók fel. A gyermekek eczemája főleg két körülmény által van befolyásolva: a veleszületett hajlam és a táplálás által. Ezt a veleszületett hajlamot mind a mellett nem kell positiv hereditásos túterheltségként felfognunk. A szerző a csecsemők alkati eczemájának két alakját különbözteti meg. Az első a nedvező, pörkös fejeczema. A gyermekek rendszeren kövérek, sokszor virulók. A gyermekek olykor le is fogyhatnak a baj folyamán. Ez az eczemas alak legtöbbször lehúzódik a fejtetőről a két fülre és az arezra. A folyamat olykor a két kézre és az alkarra is ráterjed, sőt néha a törzsre és a végtagokra is. A viszketés nem szokott heves lenni. Az eczemanak ez az alakja rendszeren olyan gyermekeket ér, a kik túl vannak táplálva, de egészséges bélműködéssel bírnak. *Feer* ezt az alakot seborrhoeás eczemanak nevezi. A másik alak a disseminált száraz eczema, a melyet *Marfan* is annak nevezett. Rendszerint mesterségesen táplált csecsemőkön észlelhető. Ezek legtöbbször soványak, fonyadtak, halaványak, olykor idült bélzavarokban szenvednek. Ez az eczemas alak nem jelentkezik oly feltűnően, mint az előbbi, és száraz, hámló, infiltrált góczokból áll. A fejtetőt ritkábban éri, erősen viszket és ugyancsak felette makacs. E két kóralak csak a két főtípust képviseli, mert köztük számtalan átmeneti alak is van. A csecsemők eczemájának terapiája igen nehéz feladat. Sok orvos ezért az időre bizza a gyógyítást. Általában a közönség sem szereti nagyon, ha az eczema ellenében beavatkozunk. S valóban olykor tapasztalható is a kezelés következtében az általános jólétnek kisebb-nagyobb megzavarása. Nem oly ritka tapasztalat az, hogy a gyermekek — sokszor óvatos beavatkozásra is — lázassá válnak, convulsiókat kapnak, sőt intoxicációs jelenségek vagy szívtünetek kapcsán meg is halnak. Az „eczema-halál“ nem is lehet oly ritka észlelet, ha tekintetbe vesszük, hogy a szerző néhány év előtt mintegy 30 esetet tudott az irodalomból könnyű szerrel összeállítani. Az eczema-halál oka olykor kétségtelenül sepsises infectio. A szerző a halált azonban legtöbbször mégis az alkati anomália befolyásából magyarázza. A sectio ugyanis gyakran kifejezett status lymphaticust állapít meg. *Feer* az eczemanak külső szereklle való kezelését épen csak érinti, mert vele egyedül csak ritkán érünk el sikert. A szokásos eljárás a pörkők leáztatásában (olajjal, vaselinnel) és a nedvező területek borogatásában áll (például liq. alum. acet. borogatás), később zinkpasták adhatók, a melyekbe óvatosan lenigallolt, naftalant, salicylt stb. adhatunk.

Az eczemanak gyógyulását leghatásosabban tudjuk előmozdítani a táplálási terapiával. Ez sokszor egymagában is el tudja mulasztani a bajt. A táplálási terapiának az irányelve a szűkebb táplálásban és a tejnek lehető megvonásában áll. A folyadék-mennyiséget lehetőleg csökkenteni kell, és *Feer*, a hol csak kivihető, a napi tejmennyiséget $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ literre redukálja. Az elvont tej pótolható ilyenkor cukorral és lisztfőzetekkel. Ily diaeta mellett az eczemanak javulása sokszor már 8—14 nap mulva szemmel látható, mindenesetre azonban néhány hét mulva. A 4. hónap el-

multával a diaetás kezelés már könnyen halad, mert már bővebben adható a lisztes főzet vagy dara, e mellett kaphat még a gyermek kevés főtt vagy nyers gyümölcsöt (alma, körte), valamint zöld főzeléket is. Ha ez a diaetás eljárás sem vezet teljes gyógyulásra, *Feer* nem riad vissza attól sem, hogy megvonja 2—4 hétre teljesen a tejet. Ez idő alatt csakis szénhidrátokat ad. Ily módon tapasztalása szerint még igen renitens esetek is meg szoktak gyógyulni. Később a tej kis mennyiségben megint kár nélkül adható. Az eozinóza gyógyulása után is ajánlatos, hogy a gyermek még hónapokon át tejszegény táplálékot kapjon. Sokkal nehezebb a sovány gyermekek disseminált eozinózájának a kezelése, ilyenkor túltáplálás nem forog fenn. A szűkös diaeta, valamint a tejnek a megvonása ilyenkor nem jár oly jó eredménnyel, de azért általában mégis ajánlatos a diaetás kezelésnek a megindítása. Ezek az eozinóza betegek azonban mindig csak lassabban fognak gyógyulni. Az újabb *Finkelstein* által ajánlott diaetás kezeléssel is érhető el elég siker, de ez *Feer* tapasztalása szerint nem oly feltűnő és állandó. Tudnivaló, hogy *Finkelstein* a tehéntej sóit tartja károsnak az eozinóza nézve, ezért ajánlja a sószegény, de zsírban és fehérjében bővelkedő tejet. *Feer* 10 esetben alkalmazta a *Finkelstein*-féle kezelésmódot s közülük 4 esetben észlelt teljes gyógyulást, illetőleg lényeges javulást. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1909. 3. sz.)

Guszman.

Venerás bántalmak.

Másodlagos gummaképződés ezimén a késői syphilis klinikájához nyújt adatokat *E. Delbanco* (Hamburg). A szerző elméleti mérlegelések és klinikai tapasztalások alapján bizonyítani óhajtja, hogy a gümme élő virust rejt magában s így fertőzésre is képes. Jóllehet a gümme anyaggal végzett majom-oltásos kísérletek pozitív eredménye miatt a szerző ezzel a szándékával nyitott ajtót döngtet. érdekes megfigyelései klinikai szempontból mégis eléggé tanulságosak. Észlelése 5 esetre vonatkozik. Mind az 5 esetben a penisen szétesett gümme keletkezett, mely hosszabb ideig primaer affectiónak látszott. A várt jellemző mirigyduzzanatok és a roseolás kiütés helyett azonban az egyik oldali lágyékkárokból a nyirokcsomókból kiinduló hatalmas beszűrődés támadt, mely nem gyeyedt el és erős remittáló lázzal járt. A diagnosis ezekben az esetekben primaer penis-gümme és secundaer lágyéki gümme állapot meg. Az első három esete diagnostikai nehézségeket okozott, a két utolsónak a diagnosisát a szerző tapasztalása alapján már könnyen megtehette. Esetei alapján *Delbanco* felveszi, hogy a lágyéki nyirokcsomó-gümme a penisen levő gümmeinek secundaer infectiója által jönnek létre. A viszony tehát az a két gümme között, mint a primaer affectio és az annak nyomán kifejlődő indolens bubo között. A szerző a gümme gyógyítását tárgyalva, főleg a belső úgynevezett „traitement mixte“-et ajánlja. E célból ezt a formulát ajánlja: Rp. Hydrargyr. bijodat. rubr. 0.2—0.3, Solut. kalii jodat. e 10.0—15.0 ad 300.0. M. D. S. naponta 1—3 evőkanállal. Tapasztalása szerint e gyógyszer nemcsak igen szerencsésen egyesíti magában a jodot és a kénesőt, de a jodot ily módon sokkal inkább tűri még az érzékenyebb betegek is. A szerző ezúttal is kiemeli, hogy a lueses betegek betegségük korai szakában erélyes kénesős kúrát végezzenek. A késői lueses tüneteket és főleg a tabest és a paralysisist ily módon lehet leginkább elkerülni. Elitéli ezért a lues korai szakában az atoxylnak egyedüli használatát. Az atoxylos kezelés véleménye szerint nemcsak azért veszedelmes, mert megvakulásra vezethet, hanem azért is, mert miatta a kéneső használatát mellőzik, a mi pedig később komolyabb következményekkel járhat. (Monatshefte für prakt. Dermatologie, 1908. 3. füzet.)

Guszman.

Fülörvostan.

Heveny középfülgyulladás társult pseudorheumás mastoiditis. *Louis Bar* nizzai fülörvos az acut mastoiditis minden tünetét észlelte 14 éves leánybetegén, kit ozaena és heveny középfülgyulladás miatt kezelte. A harmadik hónapja fennálló fülgyuladáshoz, a nélkül, hogy a dobhártyakép a retentióra okot mutatott volna, járultak az aggasztó tünetek. A váladék feltűnően kevesbedett, a processus mastoideus hirtelen piros, igen fájdalmas és annyira duzzadt lett, hogy csaknem fluctuált. A hőmérsék 40 C⁰-ra

szokott fel, a pupillák renyhén reagáltak, a beteg nagyon soporosus volt. Egyidejűleg a jobb könyökizületben is heves fájdalmak támadtak. Bar a proc. mastoideus felvését határozta el, mikor egy éjjelen át a beteg állapota javult, négy nap alatt pedig a proc. mastoideus minden tünete megszűnt. A beteg láztalan lett, a fül mögötti tájék lelohadt, érzékenysége elmúlt. Az eddig erősebben belövelt dobhártya rózsaszínű lett és a váladékképződés teljesen megszűnt, de nem retentio miatt.

A beteg fülbaja előtt néhány hónappal igen fájdalmas és erős duzzadással kapcsolatos izületi gyuladásban szenvedett; egy ilyen rohamnak ismétlődésével magyarázza Bar a proc. mastoideuson és a jobb könyökizületben egyszerre támadt heveny tüneteket. A „pseudorheumatismus“ igazi okát Poncet és Lerich (Lyon) a paratuberculosisban, illetőleg latens tuberculosisban találja. Ezen, a csontban és a bőrben egyaránt tüneteket okozó „pseudorheumatismus“ a csalódásig hűen utánozta a heveny genyes mastoiditis minden jelét. (The Journal of Laryngology, 1909 márczius.)

Rejtő Sándor dr.

Mastoid pillow. — Traumás eredetű caries. — Otitis externa membranacea. A londoni kir. orvosegyesület fülészeti szakosztályának 1908 február 6-i ülésén *Dan Mc Kenzie* „mastoid pillow“-ját mutatta be, egy általa szerkesztett párnát, melyre a beteget csecsnyúlvány-operációk után fekteti. Úgy tapasztalta, hogy a váladék legkönnyebben távozik el a sebüregről, ha a seb nyílásával lefelé fekszik a beteg, vagyis bekötött sebére. A közönséges párnán nem teheti ezt, mert fájdalmas a nyomás, mit a párna a sebre gyakorol, ezért *Mc Kenzie* a közepén átlukasztott párnát készített, melynek nyílásába fekteti a beteg sebé.

Arthur Cheate, ki nemrégiben jött haza amerikai útjából, hol több egyetem meghívására bemutatta gazdag sziklaesont-gyűjteményét és felolvasásokat tartott a sziklaesont sebészi anatómiájából. 44 éves férfit mutatott be, kin gyermekkorában óta fennálló otitis media suppurativa mellett a külső hangvezető elülső falának és a proc. zygomaticusnak caries volt jelen. E caries semmiféle összefüggésben sincs a régi középfülgyuladással, hanem traumás eredetű. A beteg ugyanis, hogy kellemetlen viszketőségétől szabaduljon, mintegy 4 hónap előtt hegyes fadarabkával piszkálta fülét, a mely a sérülést okozta.

W. H. Kelson a múlt havi ülésen 10 éves leánykát mutatott be, kinek mindkét külső hangvezetőjét fehér hártya lepte be. Azóta a leányka füleiből a hártýát eltávolította, s mindkét dobhártýát épnek találta. Klebs-Loeffler-bacillust a hártýákban nem találtak, csak staphylococcus aureust. Az eset typosus otitis externa membranacea, egyike a legkritkább fülbajoknak. (The Journal of Laryngology, 1909. márczius.)

Rejtő Sándor dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A bromurallal a gyermekkorban tett tapasztalatait *Cozzolino* tanár a következőkben foglalja össze: 1. A bromural kitűnő sedativum és hypnoticum, kivéve azokat az eseteket, a melyekben az álmatlanság az idegközpontoknak megbetegedésétől feltételezett. 2. A bromural létesítette alvás semmiben sem különbözik a physiologiai alvástól; a bromuralnak semmiféle kellemetlen hatása sincs az emésztésre, a légzésre, a szívre és a vesére. 3. Az alvás körülbelül 15 perc múlva következik be és legalább 3—4 órát tart. 4. Teljes ártalmatlansága miatt kiterjedten használható a gyermekgyakorlatban; hangrészgöres, eklampsia, chorea minor eseteiben is jó eredménnyel adható. 5. Hosszasabb használat esetén sincs cumulativ hatása. (Gazzetta degli ospedali e delle cliniche, 1908. 121. szám.)

Tussis convulsiva ellen csak nemrégiben ajánlotta *Friedmann* az eulatint mint olyan szert, a mely a váladékot hígabbá teszi s a köhögésrohamoknak úgy a számát, mint az erejét csökkenti. *Fränkel P.* berlini gyermekorvos legújabb közlésében szintén dicséri ezt a szert; 14 esete közül csak 2-ben nem látta a hasznát. 0.25 grammos adagban szokás adni (1—4 éves gyermeknek) naponként 3-szor. (Berliner klinische Wochenschrift, 1909. 4. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Magyar orvosi archívum, 1909. 2. füzet. *Herzog Ferencz*: Másodlagos elfajulás a hidban és a nyúlt velőben. *Királyfi Géza*: A tuberculosis-bacillus virulentiaváltozása a Spengler-oltások befolyására. *Váli Ernő*: Adatok a hazai rácsaló emlősök hangvezető készülékének ismeretéhez. *Horváth Mihály*: Adatok a világhozott csipőficzomodás kór- és gyógytanához.

Gyógyászat, 1909. 16. szám. *Veress Ferencz*: A parapsoriasisról. *Mohr Mihály*: Szembajok szimulálása és aggravalása balesetekkel kapcsolatban.

Orvosok lapja, 1909. 16. szám. *Tóvölgyi Elemér*: Az alkohol és a dohány élvezetétől származó hangzavarok.

Budapesti orvosi ujság, 1909. 15. szám. *Rigler Gusztáv*: Kísérletek a typhus és a cholera toxinjának és antitoxinjának előállítására. *Kovács Ernő*: A brom-fersannal elért gyógyeredmények. „Gyermekorvos” melléklet, 1. szám. *Beck Soma*: Az újszülöttek hámlásának szerepe a csecsemőkori bőrbetegségek keletkezésében. *Vajna Armin*: Adatok a csecsemőkori croupban végzett intubatióhoz.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Váli Ernő* dr.-t az igazságügyminiszter a törvényszéki orvosi vizsgáló bizottság tagjává nevezte ki. — *Nyeg Kornél* dr. belényesi kórházi orvost Biharmegye főispánja tiszteletbeli járásorvossá nevezte ki. — *Frank Izidor* dr.-t a székszárdi Ferencz-kórházhoz alorvossá nevezték ki.

Választás. *Kass Andor* dr.-t Világoson községi orvossá választották.

Alkalmazások a kolozsvári egyetem orvosi karán. Megválasztott: *Dumics Ljubomir* dr. gyakornoknak az ideg- és elmeorvostani tanszékhez; *Konrádi Dániel* dr. magántanár tanársegédnek az általános kór- és gyógytani tanszékhez (újraválasztás); *Issekutz Béla* dr. gyakornoknak a gyógyszerintani tanszékhez; *Kovács Károly* helyettes gyakornoknak a gyermekorvostani tanszékhez.

Pesthy István dr. furdőorvosi gyakorlatát Karlsbadban (Alte Wiese „Eiche”) újból megkezdette.

Sipos Dezső dr. furdőorvosi gyakorlatát Karlsbadban (Markt, Haus 3 Ringe) újból megkezdette.

A „Zemplénvármegyei orvos-gyógyszerészi segélyező-egyesület” márczius 28.-án tartotta évi közgyűlését. Az egyesületnek ez idő szerint 68 tagja van, a vagyona pedig 62,381 korona 03 fillér. Az 1909. évben 19 özvegy fog kapni egyenként 159 korona segélyt. Ezenkívül a Chyzer-alapítvány, valamint a tartalékalap kamatait is segélyezésre használják.

A budapesti orvosi kör országos segélyegylete számára történt befizetések. Az 1908. évre tagsági díj címén 4—4 koronát fizetett: *Oravetz Kálmán*, *Márton Imre*, *Schröder Gyula*, *Generich Andor*, *Kramber József*, *Cseresznyés Jenő*, *Erős János*, *Szörényi Zsigmond*, *Szvinnyerev Milán*, *Varga Zsigmondné*, *Blasberg Ignác*, *Róth Márk*, *Kremmer György*, *Kulpin Dániel*, *Révész Zsigmond*, *Terray Lajos*, *Faller Gusztáv*, *Szepesi Zsigmond*, *Bojthár Ambrus*, *Vecsey Gyula*, *Holezer Miksa*, *Vándor Odón*, *Róth Alfréd*, ifj. *Glass Rezső*, *Ligeti József*, *Révész Fülöp*, *Kelen József*, *Lugosi István*, *Kuthy Dezső*, *Mild Adolf*, *Papp Gábor*, *Rácz Adolf*, *Schéda György*, *Aldori Mór*, *Gábor Gyula*, *Csemó Kornél*, *Nagy Imre*, *Strausz Adolf*, *Raitsits Lajos*, *Csengery Gyula*, *Glück Soma*. — Az 1907. évre 4—4 koronát fizetett: *Strausz Adolf*, *Büchler Lipót*. — Az 1909. évre 4—4 koronát fizetett: *Steiner József*, *Skirpán Ambrus*, *Horváth Leó*, *Kollár Kamill*, *Székács Béla*, *Gadányi Lipót*, *Berger József*, *Tóth Lajos*, *Fülöp Jakab*, *Rajnai Béla*, *Prajzák Adolf*, *Zahler Emil*, *Czonitzer Márton*, *Frenreisz Ferencz*, *Paczka László*, *Szabó Mihály*, *Fürst Zsigmond*, *Geyer József*, *Rónay Gusztáv*, *Szalay Béla*, *Klein Eberhardt*, *Baum Ignác*, *Hieronymi Géza*, *Révész Gyula*, *Uhl Gyula*, *Angyán Béla*, *Balkányi Vilmos*, *Bergsmann Ignác*, *Bugsch Gusztáv*, *Büchler Antal*, *Bojtha József*, *Dobosi Márton*, *Csapodi István*, *Göllner Aladár*, *Fuchs Sándor*, *Fried Samuel*, *Hudomel József*, *Kétly László*, *Körmöczy Emil*, *Káldor Bertalan*, *Kanitzer Ignác*, *Kovács Soma*, *Kaiser Károly*, *Kollarits Jenő*, *Nádory Béla*, *Maszák Elemér*, *Reitzer Mór*, *Pölgár Emil*, *Papp Károly*, *Steiner József*, *Stáhlly Ignác*, *Steinberger Armin*, *Schwarz Nándor*, *Schrodt Antal*, *Wiesinger Ferencz*, *Friedler Ernő*, *Wagner Károly*, *Doktor Károly*, *Dolecskó János*, *Bakó Sándor*, *Bartha Gábor*, *Bradách Antal*, *Balogh Jenő*, *Dieballa Géza*, *Adler Zsigmond*, *Hudovernig Károly*, *Gebhardt Ferencz*, *Eröss Gyula*, *Györgyi József*, *Eisler Hugó*, *Liebermann Emanuel*, *Kosztka Emil*, *Móravszky Ernő*, *Kern Géza*, *Mihajlovich Miklós*, *Siklóssy Gyula*, *Réczey Imre*, *Ronschburg Pál*, *Szirtes Alajos*, *Sellei József*, *Somogyi Lajos*, *Schiff Kálmán*, *Székely Adám*, *Szél Manó*, *Szerb Zsigmond*, *Ottova Ignác*, *Kalló Béla*, *Iványi Ernő*, *Dévay Mór*, *Dach Sándor*, *Engel Gusztáv*, *Királyfi Armin*, *Keményi Gyula*, *Nagy Albert*, *Wahrmann Simon*, *Villányi Béla*.
Katona József dr., pénztáros.

Meghalt. *W. Fleiner* dr., a belorvostan rendkívüli tanára a heidelbergi egyetemen, 52 éves korában. — *E. Kufferath* dr., a nőorvostan tanára a brüsszeli egyetemen, április 13.-án 56 éves korában. — *W. F. Woskressensky* dr., a sebészet és topografiai anatomia tanára Charkowban, 56 éves korában. — *R. A. Murray* dr., valaha a sebészet rendkívüli tanára New-Yorkban, 57 éves korában.

Kisebb hírek külföldről. A jeni egyetemen a belorvostani poliklinika vezetését a Bonnba költözött P. Krause tanár helyett *F. Lommel* dr. rendkívüli tanár vette át. — Az új szarotvi egyetem kancellárjává *Razumovszky* dr.-t, a kasani egyetem sebészeti tanárát nevezték ki. — *Arrigo Tamassia* dr.-t, a paduai egyetemen a törvényszéki orvostan tanárát, az olasz király szenatorrá nevezte ki.

A praehistorikus ember betegségeiről értekeznek Mosso, a nagy-hírű physiologus, a turini orvosi akadémia kiadványaiban. Hogy a régi barlanglakók közt a gümőkór elterjedt betegség volt, azt már Broca kimutatta a csontmaradványaikon észlelhető elváltozások, a rajtuk észlelhető caries és izületi ankylosisok alapján. Megállapították azt is egy koponya maradványain, hogy a rák is előfordult már a neolithikus emberben. De a barlanglakó legközönségesebb betegsége az izületi gyulladás volt, melynek nyomait a barlangokban kiásott csontokon igen gyakran találják; Virchow a híres neanderthali koponyán is kimutatta az arthritis deformans jeleit, habár abban tévedett, hogy a koponyatető majomszerű idomát is ebből magyarázta. Azóta egész sorát találták a neanderthalihoz hasonló koponyáknak, úgy hogy kétségtelen, hogy a homo primigenius s. neanderthalensis külön alacsonyrangú emberfajta volt, mely a praehistorikus időkben Európa területén élt. A barlanglakó gyakori izületi betegségeiben bizonyára része volt az ő czélszerűtlen lakásvizonyainak. Abból a körülményből, hogy a neolithikus ember csontjain mélyreható sebések, törések és hosszabb kóros folyamatok után a teljes gyógyulás jeleit lehet látni, Mosso azt következteti, hogy az ősember, ha nem is rendelkezett még tulajdonképeni orvosi ismeretekkel, értett már a betegápoláshoz.

Az orvosok vasárnapi munkaszünete. Több más német város mintájára Münchenben is már két év óta fennáll az orvosok részleges vasárnapi szünete. Ezt úgy valósították meg, hogy minden egyes kerületben vasár- és innepnapokon felváltva 2—2 orvos — köztük egy szülész — kötelezi magát arra, hogy déli 12-től éjjelig a lakásán a betegek rendelkezésére áll; az az orvos, a ki nem akar ily napokon beteghez menni, ezekhez utasíthatja betegét.

A hydropyrin vízben oldható acetylsalicylsó, iztelen, szagtalan. Kitiűnő antipyreticum, analgeticum, antirheumaticum. Könnyű oldhatóságánál fogva gyors salicylhatást fejt ki.

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

LIGETSANATORIUM Budapest, VI., Nagy János-utca 47. szám. (A Városliget közvetlen szomszédságában.) Diéta, diagnosztikus, physikotherapiás sanatorium. — Igazgató: Dr. Jakab László. **Megnyílik 1909 augusztus havában.**

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

FÜRDŐORVOST KERES
MAGYAR TENGERPARTI GYÓGYHELY.

Felvilágosítást a „Petőfi” vállalat nyújt. Budapest, VII., Kertész-utca 16. sz.

GIZELLA-TELEP FÜRDŐ, modern vízgyógyintézet május 1-én nyílik meg.
posta VISEGRÁD (Pest m.)

Vízgyógykezelés, szénasavas-, villanyos-, forróvíz-, mór-, sós-, fenyő- és nap-furdó. Villanyozás, massage. Remek fekvés. Pensio — furdóhasználatlaltal és ötszöri étkezéssel együtt — heti 65 koronától feljebb. Kivánatra prospektus.

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézete VIII., Gyöngygyűk-utca. 14. sz. alatt (a Rókus-kórház közelében) van.

Széchenyi-telepi sanatorium az Erzsébet királyné-úti villamos vég állomásánál. Igazgató-főorvos *Schnier György* dr. Felvétetnek ideg- és kedélybeteg, neurastheniás, hysteriás, kimerülési esetek, alkoholisták, morphinisták. — Sürgöny: Budapest. — Posta: Budapest, Széchenyi-telep. — Telefon 79-72. — Prospectus. 6318

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

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

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

Dr. SIPOS DEZSŐ rendel KARLSBADBAN
Markt „Haus 3. Ringe”.

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

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK
furdókhöz.

:: LÁPSÓ ::
száraz kivonat
ládákban a 1 kiló

LÁPLÚG
folyékony kivonat
üvegekben a 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Közkórházi Orvostársulat. (II. bemutató ülés 1909 február 10.-én.) 317. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya. (1909 márczius 20.-án tartott IV. szakülés.) 219. l.) — (1909 márczius hó 27.-én tartott V. szakülés.) 220. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 320. l. — Pályázatok. 320. l.

Közkórházi Orvostársulat.

(II. bemutató ülés 1909 február 10.-én.)

Elnök: **Elischer Gyula**, később **Oláh Gusztáv**. Jegyző: **Körmöczy Emil**.

(Vége.)

Pityriasis lichenoides chronica.

Csillag Jakab: A pityriasis lichenoides chronica ritkán észlelhető, ismeretlen aetiologiájú, kifejezetten idült jellegű, subjectiv tüneteket nem okozó, az általános egészségi állapotot nem zavaró megbetegedése a bőrnek. Laesiói kölesnyi-körömyi, kerekded, lapos, a bőr felszíne fölé alig emelkedő, halvány sonka színű barnavörös infiltratumok a bőr legfelső rétegeiben, melyek körkörös terjedésre, a szomszédos laesiókkal való összefolyásra hajlammal nem bírnak. Már fennállásuk második napján selyempapir vékonyságú, ezüstfényű pikkelyvel vonódnak be a centrumtól a periferia felé, mely alatt napok alatt teljesen felszívódnak, úgy hogy a pikkely leválása nyomán ép bőr marad vissza. De successive újabb és újabb laesiók keletkeznek, úgy hogy egymás mellett a laesiók fejlődésének és visszafejlődésének minden stadiuma látható. Differentiális diagnostikai szempontból a psoriasis vulgarissal és még inkább a lues papulás eruptiójával téveszthető össze. Therapeutice egyáltalán nem befolyásolható.

E bántalom egyik képviselője a bemutatott eset: M. L.-né, 24 éves, 2 év óta férjezett, jelenleg a 6. hónapban teherben lévő nő; a bántalom 18 éves kora óta áll fenn, nagy fokban az alsó végtagoknak valamennyi felületén és csak elvétve a törzsön.

Ez esetben két irányban mégis eltérés mutatkozott az eddig leírt esetektől: egyes laesiók jelentkezése oly fokú savókiáramlás által volt kísérvé, hogy a hámot varicelliform hólyagesák alakjában emelte fel, majd varrá száradt be; a másik eltérés pedig, hogy a felső végtagokon a laesiók apigmentált területek visszahagyásával szívdóztak fel.

Ez utóbbi eltérés azonban, minthogy csak a felső végtagok bőrén észlelhető, melyet a beteg csupaszon szokott hagyni a felkár közepéig és így külbehatásokra hyperpigmentálttá lett az idők folyamán, kevésbé a bántalom rovására, mint inkább a hyperpigmentált talajára irandó, a mennyiben nem a normális, hanem a többletként acquirált pigment tünt csak el.

Fistula vesico-uterina.

Elischer Gyula: IX. P.-n embryotomia után keletkezett óriási hólyag-méhnyaksipoly esetét mutatja be. A sipoly a húgycső alatt mintegy 3 cm.-nyire kezdődve, az elülső hüvelyfalat egészen a belső méhszájig foglalja el.

Az elzárás akként történt, hogy a sipolyos részek három lebenyben lettek kikészítve, a portio vaginalis újonnan konstruálva, s így három rétegben összevarrva. A gyógyulás katheter alkalmazása nélkül a műtét utáni 8. napon teljes volt.

Fibromyoma uteri.

Elischer Gyula: Óriási fibromyoma, melyet relaparotomia útján távolított el. A beteget 5 év előtt fibromyoma miatt operálták, de a narcosis alatt collabálván, a daganatnak csak részleges eltávolítása végeztetett. Teljesen leromlott, sárgás-szürke arcbőrű, lesoványodott beteg állott előtte, kinek háskörfogata 116 cm; nehézlégzés mellett 110 érverése és 38.6° hőmérséke volt. A hasúrban szabad ascites, a külső ivarszervekből gyermekfejnyi előesett hüvelyfal. A műtétet indicatio vitalis alapján kellett végrehajtani. A rekesznek a 4. bordáig feltolása, a nagy légszomj és a szapora érverés miatt helybeli érzéstelenítés novococainnal, később, midőn a légzés felszabadult, igen könnyű aether-narcosis.

A hassebnek a köldök felett jó 6 harántujnyira és lefelé a symphysisig terjedő meghosszabítása és számos vastag adhaesio

leválasztása után sikerült a máj alatt elterülő daganatot felszabadítani és a hasúrból kiemelni. A hassebnek ideiglenes elzárása után amputatio supravaginalis uteri és a esonkoknak peritoneummal való befedése. A daganat két nagyobb részből áll: a jobboldali kisebb göczből és a baloldali, 8 hónapos terhességben levő uterusnak megfelelő daganatból, mely alatt még 3 hurkaszerű képlet és több kisebb-nagyobb elszórt fibromagóc foglal helyet.

Mindkét petefészek és tuba eltávolítása és a sebeknek peritoneummal beborítása után a esonkot a hassebbe varrtuk be a cystokele rendbehozatala céljából (ventrifixatio). A kórlefolyás — bár subfebrilis a beteg — mindeddig kedvezőnek ígérkezik.

A helyi érzéstelenítés ezen több mint 2¹/₂ órát igénybe vett műtétnél igen jól bevált.

Sycosis parasitaria (trichophytia profunda).

Havas A: Egy különösen a hajzatos arcbőrön jelentkező, a hajtüszökben vagy közvetlen környezetükben lefolyó és a trichophyton tonsurans által előidézett, az esetek legtöbbszörében vehemens lobos tünetekkel járó szőrtüsző-megbetegedésről lesz szó.

A kórokozó trichophyton tonsurans emberről, gyakrabban háziállatokról (kutya, macska, tehén, ló, stb.) jut az ember bőrére. Itt a gomba eleinte csak piros, korpázással járó, korongalakú foltokat idéz elő, majd csakhamar a hajtüszökbe is behatol. Eleinte csak egyes tüszők vagy tüsző-csoportok lobosodnak meg. Alig pár nap alatt a gyuladás a hajtüszőből a szomszédos szövetekre terjed át. Az egész bőr beszűrődik, mogorónyi, diónyi és még nagyobb dudorok keletkeznek. Ezen lobos folyamat azután a bőr mélyebb rétegeire is rohamosan ráterjed és pár nap alatt az egész hajzatos arcbőrt megtámadhatja. A szőrtüszőben annyira meglazul, hogy egyszerű érintésre kiesik. Rendkívül érzékeny a bőr és a tágult szőrtüszőnyílásokból geny bőven nyomható ki. Igen gyakran lázas állapotot és fájdalmat idéz elő e haj.

A bántalom további lefolyásában nagy tályogok képződhetnek s a kórokozó gomba részint kiküszöböltetik, részint tönkretétetik.

A prognosis quoad vitam jó. Quoad sanationem csak akkor jó, ha a beteg kellő időben jut kezelés alá. Spontan gyógyulás is beállhat, de ez majdnem mindig hegeképződéssel és így a szőrtüszőnek végleges eltűnésével jár. Különös, hogy az antiparasitálás gyógyeljárás az ilyen esetekben nem jár mindig kielégítő gyors eredménynyel. De igenis kitűnően bevált azon gyógyeljárás, melyet Jarisch nyomán alkalmazni szoktam. Plumbum acetium basic. solut. 10⁰/_o-os oldatával borogatást alkalmazok a beteg helyekre a pörkök felpuhítása céljából; ha ez megtörtént, szappannal megmosatom a bőrt s az esetleg még meglévő szőrt borotvával vagy ollóval eltávolítom. Ezután az egész felületet jodoldatba mártott vászonnal befedtem és erre egész nap forró pépes borogatást rakatok. Este újra szappanos mosás és éjjelre impermeabilis szövetrel beborított ólomvízborogatás. Ezen eljárás mellett a gyuladós tünetek csakhamar visszafejlődnek és két-három hét alatt a tünetek annyira javulnak, hogy a kúra a Broocke-féle pastával, a mely desinfiál, a nélkül, hogy a bőrt izgatná, befejezhető.

A 25 éves M. J. földműves előadja, hogy bőrmegbetegedése a kórházba jövele előtt 3 héttel kezdődött. Az általa ápolt lovak egyikén a bőrön szürkés, korpázó, szőrnélküli vagy kopott foltok vannak. Rajta ez idő szerint az arcbőr szakállas részén, átterjedőleg a tarkóra a hajzatos fejbőr széléig, vörös, kölesnyi, kendermagnyi és nagyobb, vagy 1—2 cm.-nyire kiemelkedő göbcsék, göbök, hólyagesák, vagy piszkos-barnás pörkkel fedett egyenetlen felületű dudorok észlelhetők, a melyek érintésre igen érzékenyek, nyomásra a tágult hajtüszők nyílásából sárgás-zöldes genyet ürítenek. A hajzat rendkívül meglazult, már enyhe letörésre kihull. A nyak elülső részén a mellkasra átterjedőleg és mindkét kézháton korongalakú, élesen határolt, szélükön erősen korpázó, egészen öt korona nagyságú alakulatok láthatók. A többi szerv nem mutat eltérést.

Öt éves gyermekén végzett gastroenterostomia.

Ádám Lajos: K. I. 5 éves leány 1908 október közepe táján lúgot ivott. A beteget november 4.-én már igen leromlott állapotban vették fel Hainiss osztályára. A gyermek alig tud minimális mennyiségű folyadékot lenyelni, azt is rögtön kihányja. Végbélén át táplálják, az oesophagusát pedig tágitják; sikerül is lassanként 16-os szonda vastagságig kitágítani, úgy hogy szilárd táplálékot is tud nyelni. Azonban szünetlenül mindent kihány és a hányadék az utóbbi 3 napon véres. Minthogy a végbélén át való táplálkozás mellett a gyermek egyre gyengül, úgy hogy már ülni sem tud támasztás nélkül, vitális indicatióból végzendő műtét végett Hüttl osztályára helyezték át.

Lügmérgezés esetén, eltekintve az átfürödésos hashártyagyulladás miatt végezhető laparotomiától, 3 műtétről lehet szó a) gastrostomia, b) jejunostomia és c) az oesophagus kitágítása után gastroenterostomia. A mi esetünkben, minthogy az oesophagus meglehetősen ki volt tágitva, a legezészerűbbnek a gastroenterostomia látszott. 1908 november 17.-én néhány csepp chloroformmal elaltatva a beteget, median laparotomiát végeztem. A gyomrot kitágultnak s úgy látszik az előző körülírt peritonitis folytán a csepleszt felcsapva és a pylorushoz rögzítve találtam. A pylorus megvastagodott, serosáján kerges heg látható, miért is 2 étage-os selyem-szües-Braun-féle varrattal gastroenterostomia antecolica anteriori végeztem.

A beteg a műtétet váratlanul jól állotta ki. A hányás egyszerre megszűnt és a gyermek napról napra gyarapodott. A műtét utáni naptól kezdve a szájon át tápláljuk.

December 29.-én morbillit kapott, miért is a szt. László-kórházba kellett áthelyezni, honnan meglehetősen lefogyva kaptuk vissza január 7.-én.

Ma látva a beteget, még elképzelni is nehéz, hogy azonos azzal az öreges arczkifejezésű, ránczos képű, sápadt, esontig és bőrig lefogyott ronesesal, kinek műtétéhez 10 héttel ezelőtt oly érzéssel fogtam, hogy hullagyakorlatot fogok végezni.

Lövés után keletkezett agyvelőtályog gyógyult esete.

Ádám Lajos: F. S. 16 éves fiú 1908. december 3.-án éjjel öngyilkossági szándékból 7 mm.-es forgópisztolyból bal halántékába lőtt. A lövés után elvesztette eszméletét, egy óra múlva azonban visszanyerte. Másnap vidéken megoperálták s három behorpadt esontot távolítottak el, a golyót azonban nem tudták megtalálni. Az illető orvosa a harmadik napon Budapestre szállította fel.

December 6.-án vették fel Hüttl osztályára. A jól fejlett fiú fején a bal halántékon előre a homlokra terjedő 7 cm. hosszú műteti seb, mely négy selyem-csomósvarrattal van egyesítve; a seb alsó zugában keskeny jodoformesik van. A sebszélek kissé duzzadtak, érzékenyek. A beteg nagy fejfájásról panaszkodik. A jobb pupilla kissé tágabb mint a bal, a két facialis beidegzése között feltűnő eltérés nincs. Nyakát mereven tartja, fejének legkiseb mozgására nagy fájdalmat kél. Mérsékelt tarkómerevség. A mellkasi és hasúri szervek épek. Feltűnő, hogy a bőréhez érő tárgyak érintését igen hidegnek érzi. A hőmérsék 37.8°, az érverés 100.

Röntgen-átvilágításkor dorsoventrális irányban a lövegnek megfelelő árnyék a bal szem külső harmadának vonalán át képzelt síkban látható. Dextero-sinistro átvilágításban az árnyék a külső szemzug mögött egy cm.-re fekvő vonalban látható.

Műtét december 7.-én. A jodoform-esík kihúzása után kevés genyes váladék ürül. A széjjelválasztott sebszélek kissé lepedékesek, a halántékesonton körülbelül koronányi hiány, véralvadékkal kitöltve. Az alatta lévő dura megvastagodott, szakadékon, fényesített, sárgás-zöldesen elszinesedett. Minden irányban csontesípóval tágitva a defectust, a seb felső zugában az agyba ékelve, de a durából kiállva megtalálom és eltávolítom a golyót. A seb alsó zugában a durában kis kerek nyílás, melyen át lüktetve genyes agytörmelék ürül; felhasítva a durát, alatta az agyban mogyorónál nagyobb tályogürt találtam, melyet kitörülgetve, alapjáról két kis csontszilánkot sikerült eltávolítani. Jodoformtamponálás.

Délután az érverés 100, a pupilla-differentia is megvan, a fejfájás azonban csökkent s harmadnapra teljesen megszűnt, vele együtt a tarkómerevség is. A gyógyulás azután rohamosan haladt. A bevezetett csikokat 5—8 nap múlva távolítottam el, a felületes kötést azonban naponta kellett változtatni, mert időnként sárgás

savós folyadék öntötte el a kötést. Február 1.-ére teljesen kitelődött és behámosodott a seb.

Ez idő szerint a lövésű sérülés következményeképpen semmi-féle szervi elváltozást az idegrendszer körében nem találunk; feltűnő a sűrűsre hajlamosság és reszketegség, továbbá a facialis-beidegzés renyhéje.

Húgybeszűrődés esetei.

Blum Simon: Haberern J. Pál főorvos osztályán évenként átlag 20—25 húgybeszűrődés-eset fordul elő, melyek közül sok olyan állapotban kerül hozzánk, hogy a műteti beavatkozás ellenére is elpusztul. Sajnos, hogy ép az ily súlyos esetek legnagyobb része már a betegség kezdetén orvosi megfigyelés s gyógykezelés alatt állott, de fel nem ismertetett, vagy pedig sokszor maga az orvosi beavatkozás idézte elő a folyamatot (katheterezés).

S. J. 52 éves férfi 9 évvel ezelőtt gonorrhoeát szerzett, mely állítása szerint hat hét alatt meggyógyult; azóta csak néha vette észre, hogy a vizeletsugár vékonyabb, s maga a vizelés fájdalmas. Véreset sohasem vizelt. F. é. január 25.-én meghült, nehezen tudott vizelni és ezen nehézsége annyira fokozódott, hogy 28.-án orvoshoz fordult, a ki először Nélaton-, majd ennek nem sikerülte után fém-katheterrel megcsapolta. A csapoláskor a beteg a gáttájon metsző fájdalmat érzett, s utána körülbelül fél napig erősen vérzett a húgyesővéből. 24 órára reá a gáttájon fájdalmas duzzanatot észlelt, melyre orvosa hideg, majd a harmadik-negyedik napon meleg borogatást rendelt. Minthogy a duzzanat fokozódott s a vizelet csak csöppekben ürült, specialistát hívtattak, ki azonnali műtét végett osztályunkra szállította a beteget február 3.-án.

Jelenállapot. A beteg egészen sepsisben benyomást tesz. Száraz, bevont nyelv, beesett, sápadt arc, zavart öntudat, az érverés 120, arhythmias, a hőmérsék 38.7°. Csuklás. A gáttáj erősen elődomborodó. A scrotum és a penis a rendesnél háromszorta nagyobb, praevescialis duzzanat, mely a köldökig terjed. A kültakaró ezeken a helyeken szürkés-kék, egyes részeken halványszürkés. Paraphimosis. A húgyeső szakadékon, 16. sz. Ch.-rel átjárható, a hólyagból vörhenyes, kissé zavaros vizelet ürül.

A raphe-ban bemetszve, a scrotum alatt körülbelül 3 cm.-nyi infiltrált réteg után ökölnyi, bűzös vizelettel és genyes-gangraenás cszfatokkal telt üregre bukkantam, mely a prostata és végbél között foglalt helyet körülbelül 6 cm.-nyi mélységben. A húgyeső alsó szakasza a zöldes-szürkés, sárszerűen mállekony tömegtől alig különböztethető meg s a catheter egyszerű nyomására szétszakadt. Majd a scrotumot kettémetszve, a penisen 3 hosszanti metszést ejtettem a köldöktől a penis gyöke felé, 1 hosszanti s az inguinális hajlattal párhuzamosan szintén 1—1 ferde metszéssel az összes infiltrált részeket feltártam s draineztem. Majd meleg kalium hypermanganicumos vízzel leöblítettem a sebfelületet, alkoholos párakötéssel láttam el a beteget, a hólyagot 1/100 arg. nitr.-oldattal kimostam s hypodermoklysiszt adva, a műtétet befejeztem.

Másnap a beteg már láztalan, mindennap meleg fürdőt kap, továbbá kalium hypermang.-os kötést, hólyagosást. Három nap múlva a csuklás megszűnt, a vizelet tiszta, az étvágy javulni kezd, a pulsus rhythmusos, elég telt, percenként 82.

Jelenleg az elhatárolódás erős genyedéssel igen élénk, a beteg ágyában felül, láztalan, jól érzi magát.

K. L. 53 éves földmives ezelőtt 32 évvel kankót kapott, mely folyton kiújult, s a múlt év tavaszán a folyás oly erős volt, hogy orvossal kezeltette magát. Időnként nehezen vizelt. 1908 december vége felé a gáttájon duzzanata támadt, vizelésnehézségei fokozódtak, többször rázóhidege volt. Mivel állapota igen rosszra fordult, 1909 január 5.-én osztályunkra került, hol azonnal megoperálták.

Ezen betegen is a súlyos sepsis tünetei mellett (39.4° hőmérsék, 146 filiformis pulsus stb.) a gáttájon a scrotumra és a gátra terjedő duzzanatot találtunk, a mely felett a bőr livid volt. A húgyeső 18. sz. Ch. számára átjárható. Szabályszerű metszés után kisalmányi bűzös tályogra akadunk; a scrotumon bemetszéseket ejtünk. A vizelet bomló, bűzös.

Szabályszerű kezelés mellett ma a beteg már catheter nélkül vizel, s a sebe már oly előrehaladottan sarjadzó stadiumban van, hogy plastikára alkalmas.

F. J. 37 éves földmives. 15 évvel ezelőtt gonorrhoeája volt;

vizelésnehézségei 1 év előttig nem voltak. 1907 október 1.-én a vizelete hirtelen elakadt s harmadnap került orvoshoz, ki megcsapolni nem tudta. Azóta herezacskója, hímveszője dagadni kezdett, s ilyen állapotban vették fel 1907 október 5.-én a kórházba, hol azonnal megoperálták. A beteg öntudatlan, súlyos sepsises tünetek, 40.1° hőmérsék, 136 filiformis pulsus. A húgycsőben a pars membr. tájékán szűkület érezhető, mely a filiformis bougiet sem engedi át. A beszűrődés a gáttájra, a scrotumra, a penisre és az egész alhasra kiterjed.

A pars membranaceán behatolva, urethrotomiát végeztünk s a phlegmonét feltártuk.

Azóta a beteg többszörös plasticával (Haberern) annyira jutott, hogy a napokban gyógyultan fogja elhagyni kórházunkat.

K. S. 49 éves czipész; gonorrhoeája sohasem volt. 1908 október 28.-án gáttáját megütötte, mire heréje fájdalmas lett; november 1.-én duzzanat támadt a gáttájra, vizelni tudott. Többször kirázta a hideg.

November 4.-én eszméletlen állapotban, 40.2° hőmérsékkel és súlyos sepsises tünetekkel hozták osztályunkra.

A betegnek a gáttájra a scrotumra reaterjedőleg ökölnyi, kékes-szürkés duzzanata volt. A húgycső átjárható, a pars membr. tájékán szakadékony. Vizelni tud.

A gáttájra behatolva, a pars membr. urethrae mállékony, körülötte bűzös tályogüreg. A scrotum feltárása. Állandó katheter. 4 nap múlva a folyamat az inguinális tájékokra is kiterjedt; bemetszés.

Jelenleg a beteg egyszeri plastica után teljesen gyógyultan, 22 Ch.-nek megfelelő húgycső-kaliberrel hagyja el kórházunkat.

* * *

Ezen pár esetből is láthatjuk, hogy milyen fontos a húgybeszűrődésnek azonnali felismerése s a tüstént való sebészi beavatkozás, egyszersmind hogy milyen bajokat okozhat az erőszakolt katheterezés.

Myxoedema esete.

Ángyán János: Bemutatja a mérsékelten megkisebbedett pajzsmirigyet, valamint a belőle készült mikroskopi metszeteket, melyeken a kötőszövet szaporodása, hyalin degenerációja, a mirigy strumás degenerációja és sejtpusztulás állapítható meg.

A hypophysisen nincs elváltozás. Bemutatásra kerültek még a felső és alsó végtag bőrből kivágott csikok, valamint a bőrből készült szövettani készítmények, a csőves csontok hosszirányú fűrészlapjai, a csontvelőből készült mikroskopi metszetek, melyeken specifikus festéssel a csontvelő mucosus degenerációja volt feltüntetve.

Ángyán Béla: A beteg a szülői osztályán fekiült és sok nehézséggel járt a diagnosis felállítása. Az oedemák részben olyanok voltak, mint myxoedema eseteiben; részben pedig megtartották az ujjbenyomatot mint a közönséges oedemák. A bőr korpádzása kifejezett volt. A szemhéjak typososak, részben az arc kifejezés is. A hajon és a körmökön nem volt elváltozás. Közepes anaemia volt, csekély leukocytosissal és eosinophiliával. A vizeletben nem volt fehérje. A hőmérsék subnormális. Az érverés kicsi, nem szapora (72—76), szabályos. A beteg néha cyanosissal és dyspnoéval küzd.

A beteg intelligenciája nagyon csekély, de azért mégis meg lehet állapítani, hogy 3 éve beteg és hogy a dyspnoés tünetek és a nagyobb oedema később keletkezett. Ilyen körülmények között a myxoedema tünetei mellett a valami okból fejlődött szívgyengeség tüneteit is fel kellett venni, a mit a bonczolás igazolt is. A beteg thyreoidea-tablettákat (Richter) kapott nagyon óvatosan, mert már $1\frac{1}{2}$ tablettá napi adagnál meggyengült a szív működés. A tabletták hatása alatt a diuresis nagyobbodott, más javulás azonban nem állott elő.

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(1909 márczius 20.-án tartott IV. szakülés.)

Elnök: Udránszky László. Jegyző: Konrádi Dániel.

1. **Purjesz Zsigmond** rövid visszpillantást vet az előrehaladó izomsorvadások különböző típusaira s ismerteti annak a típusnak egy nemét, midőn a degeneratio az izomban van. Az ilyen **dystrophia musculorum progressiva infantilis alakját** mutatja be s főlegliti, hogy a bemutatott gyermek bátyja hasonló

bántalomban szenved. Vázolja a megkülönböztető kórjelzést és a különböző gyógybeavatkozásokat.

2. Steiner Pál: Multiplex basalis sejtű rák a fejtető bőrén.

Az 57 éves férfibeteg előadja, hogy négy év előtt három kis csomó keletkezett a hajas fejbőrén: egy a tarkótájra, egy a jobb halánték szélén és egy a homlokesont táján. Ezen három csomó lassan növekedni kezdett, s hasonló csomók képződtek a fejtető bőrén minden irányban. Egyes csomók ki is fakadtak, majd behegedtek. Családjában daganat jelenlétéről nem tud.

Jelenleg az egész hajas fejbőrön, mindkét halántéktájra és arczélen egészen az állkapocsszögletig lencse-diónyi, gombaszerűen kiemelkedő, tömött daganattömeg ül; a daganatok száma körülbelül 350; egyes kis lencsényi esomócskák a tarkón és az orrgyök táján ülnek, ilyeneknek látta a beteg a jelenleg diónyi csomókat is keletkezésük idején. Egyes csomók kocsányosak, egyesek hegesen behúzódottak, tányérszerű felszínnel, hat csomó felületén hiányzik a hám, vérékenyek. A fejbőr hátulso részén a daganatok közt a haj még megvan, elül hiányzik. E daganatok szabad szemmel multiplex fibroma benyomását keltik, a kimetszett részek szöveti vizsgálata, melyet *Buday* tanár végzett, *carcinoma basocellulare adenoideum* derített ki azzal a megjegyzéssel, hogy nem lehetetlen, hogy a kiindulás helyét a bőr mirigyei alkotják.

A fejtetőn ülő multiplex daganatok ilyen megjelenése a ritkább formák közé tartozik, hasonlóképpen a fibromata mollusca, melyek a bőridegek hüvelyével állanak összefüggésben; három ilyen esetről *Bergmann* tesz említést. Makroszkoposan ezen daganatféleség benyomását kelti esetünk is. Újabban többet foglalokoznak a faggyúmirigy-adenomákból képződő rákokkal, a melyek lassú fejlődésűek, aránylag jó természetűek, gyakoriak a hajas fejbőrön. Ezen daganatokat régebben endotheliomáknak tartották, illet közöl *Nasse* a *Bergmann*-klinikáról, *Perthes*, *Léjars*; *Poncet* esetében 60 ily daganat ült a fejtetőn. *Garré* is közöl egy esetet 1897-ben, melyben körülbelül 70 borsó-almányi, széles alapon ülő, gombaszerű, fibromás tapintású daganat volt a hajas fejbőrön, a daganatok szöveteileg endotheliomának bizonyultak. Hasonló multiplex daganatképződést a fejen észlelt *Makara* tanár a *Kovács*-klinikán. Ilyen nagyszámú (350) daganat megjelenését a fejbőrön az irodalmi följegyzésekben nem találtam.

A mi a gyógyeljárást illeti, esetünkben a nagyobb csomók eltávolítását fogjuk végezni, a kisebbeket, tekintve, hogy basocelluláris rák eseteiben a radiotherapia beválk, ezt fogjuk megkísérlni, s csak ha nem használ, fogjuk a műtéti eljárást fogantositani, még pedig a daganatok nagy tömege miatt a skalpozást.

3. Steiner Pál: Új készülék a suprapubikus cystotomia utókezelésére.

Hamilton Irving a *Lancet* 1907. évi egyik decemberi számában új készüléket ajánlott, a mely a magas hólyagmetszés utókezelésében használn értékesíthető. Ezen készüléket, mely celluloidból készül, mutatja be az előadó és több eset kapcsán, melyen *Makara* tanár klinikáján kipróbálta, ajánlja az alkalmazását. Nagy előnye, hogy a hólyagseb nyitva kezelése mellett is a testet megkíméli a vizelet állandó izgatásától, az ágy tiszta marad s megtakarítjuk az egyébként nagy mennyiségben szükséges kötőszert. A hólyagseb gyógyulása kifogástalanul megy végbe, legutóbbi két prostatektomiás esetében a hólyagseb 20—24 nap alatt záródott.

Ezen készüléket mindazon esetekben ajánlja a melyekben a hólyagsebet nem egyesítjük, vagy az alkalmazott hólyagvarratok átvágnak. — Ára 30 korona.

4. Potocky Dezső: Szokatlan lefolyású súlyos rachitis esetből származó készítményeket mutat be.

$3\frac{1}{2}$ éves fiúgyermek csontvázán nagyfokú rachitises elváltozások észlelhetők; a gerincoszlopon többszörös skoliosis, a medeneze rachitises, szűk, kártyaszív formájú. A csőves csontok rövidebbek, vaskosak, hajlottak, a bordák szintén deformáltak. A szöveti képet az igen erős, felszívódásnak nem indult burjánzó porcszövet dominálja, mihez a csontszálkák számbeli megfogyása is járul. Az osteoid szövet nem több, mint az ép csontban. Az eset nem florid rachitis, a mit az osteoid szövet hiánya mutat. Gyógyuló-

félben van, mert a poroz már kezd helyenként felszívódni, és a esontszálkák elmeszesedése meglehetősen előrehaladt.

Azonban eltér a rendes gyógyulási folyamattól épen a poroz nagyon hiányos felszívódása miatt, a minek oka a hiányos vascularisatio.

A deformálódások a florid szakban keletkezhetnek. A hullavérrel positiv volt a Wassermann-reactio, bár sem az anamnesis, sem a honczolás-lelet a luesnek semmi tünetét sem adta. Ha azonban fölveszszük a luest, magyarázatát találjuk a súlyos lefolyásnak, mert épen a veleszületett bujakórban szenvedő gyermekeken fordulnak elő a legsúlyosabb rachitisek. Az előadó szövettani készítményeken is demonstrálja az elváltozásokat.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Idült fájdalmas betegségekben *Schlesinger* nagyon jó eredménnyel használja a skopolamin-morphium-dionin-befecskendezéseket, a mint azt a bécsi belorvosok társulatának január hó 28.-án tartott ülésén előadta. Az oldat összetétele a következő: skopolaminum hydrobrom. 0.0025, morphium hydrochlor. 0.2, dioninum 0.3, aqua destillata 10.0. Ebből az oldatból naponként 1-2-szer feckendez be $\frac{1}{2}$ cm³-nyi mennyiséget s esetleg lassan fokozza az adagot napi 2 cm³ mennyiségig; ha még ezzel sem ér el teljes fájdalommentességet, a morphium és dionin mennyiségének változatlanul hagyása mellett a skopolamin mennyiségét fokozatosan 0.004-re növeli. A morphium-dionin-, valamint a skopolamin-oldatot egyébként külön is készíthetjük és egyidejűleg feckendezzük azután be. A fájdalmak legkésőbb $\frac{1}{2}$ óra alatt megszűnnek és több órára, sőt néha az egész napra fájdalommentesség következik be. E mellett az illetők teljesen jól érzik magukat, szellemi működéseik rendesek, tehát nem az az álomszerű állapot (Dämmerschlaf) áll elő, a melyet némelyik szülész skopolamin-morphiummal létesít. Néhány esetben hónapokon át adta az előadó az említett oldatot, a nélkül, hogy mérgezés tünetei állottak volna elő; csak nagyon kivételesen észlelt múltó zavartsági állapotot, a nélkül, hogy ez a befecskendezések folytatása mellett később ismétlődött volna. Az előadónak voltak betegei, a kik már 0.3 gramm morphiumot fogyasztottak naponként; a skopolamin-morphium-dionin-kezelés megindításával a morphium napi mennyisége az előbbinek $\frac{1}{10}$ -ére volt leszállítható, a nélkül, hogy az abstinentia tünetei jelentkeztek volna.

PÁLYÁZATOK.

2047. sz.

Kisegítő orvost keres a mezőhegyesi ménesbirtok tizenkét korona napi díj, egy szobából álló szabadlakás, útiköltség megtérítése mellett, az állás azonnal elfoglalható és október hó 31.-éig megtartható.

Kérvények sürgősen beküldendőek **folyo hó 30.-ig** a mezőhegyesi ménesbirtok igazgatóságához.

Az állás esetleg szigorló orvossal is betölthetik.

2-1

A m. kir. állami ménesbirtok igazgatósága.

Római kath. vallású, nőtlen, fiatal orvosdoktor kitünő jövedelmező állást kaphat. Bővebb felvilágosítást ad naponta délelőtt 8 órától délután 6 óráig Redecia Rezső, főiskolai tanársegéd, VII., Rottenbiller-utca 23-25. 2-2

A pozsonyi m. kir. bábaképezdében az 1000 korona évi jutalomdíjjal és teljes ellátással rendszeresített **gyakornoki állás** betöltendő. A pályázatok az intézet igazgatóságához nyújtandók be. 1-*

80/909. sz.

Békés vármegye közpánháza belgyógyászati osztályán 1 alorvosi és 1 segédorvosi, — sebészeti osztályán 2 segédorvosi, — és elmebeteg-osztályán 1 segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: a belgyógyászati alorvosi állásnál évi 1400 korona, a belgyógyászati segédorvosi és a sebészeti segédorvosi állásoknál egyenként évi 1200—1200 korona, az elmebeteg segédorvosi állásánál évi 1600 korona készpénzfizetés és mindenik állásnál lakás, fűtés, világítás és I. osztályú teljes ellátás.

Felhívom azon orvostudor urakat, a kik ezen állások valamelyikét elnyerni óhajtják, hogy a szükséges okmányokon kívül, eddigi alkalmaztatásukról szóló bizonyítványokkal is felszerelt pályázati kérvényeiket Méltóságos Dóry Pál úrhoz,

Békés vármegye főispánjához czimezve, hozzám **folyo évi május hó 5.-ig** küldjék be.

Gyula, 1909. évi április hó 21.-én.

2-1

Békés vármegye közpánháza igazgatója.

40/1909. eln. sz.

A vezetésem alatt álló **nagyszabonyi m. kir. állami elmeegógyintézetnél** megüresedett és évi 1600 K fizetéssel, egyelőre egy butorozott szobából álló természetbeni lakással, fűtéssel, világítással és I. osztályú étellel jadvalmazott **másod-orvosi állásra** — belügyminister úr ónagyméltóságának f. évi 36,469. sz. alatt kelt rendelete alapján — pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazon magyarhoni illetőségű orvostudor urakat és orvosnőket, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának II. szakaszában előirt minősítést és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt, egykoronás bélyeggel ellátott és a m. kir. belügyminister úrhoz czímzett folyamodványukat hozzám **f. évi május hó 10.-éig** nyujtsák be.

Megjegyzem, hogy a másodorvos kinevezetéseig az állás ideiglenesen is betölthető, mely czélból a fentemlített javadalmazással kötelező egy évi gyakorlatot végző orvosjelölt, esetleg szigorló orvostanhallgató is felfogadtatik.

Nagyszabony, 1909. évi április hó 13.-án.

2-2

Epstein László dr., igazgató.

60/1909. eln. sz.

A pozsonyi m. kir. állami kórházban **egy másodorvosi állás** megüresedvén, annak betöltésére a nagyméltóságú belügyminister úrnak f. évi április hó 1.-én kelt 43,371/VII. d) számú magas rendelete alapján pályázatot hirdetek.

Felhívom azon magyarhoni illetőségű orvos urakat, kik ezen 1600 korona fizetéssel, szabad lakással, fűtéssel, világítással és I. osztályú étellel jadvalmazott ideiglenes jellegű, két évi időtartamra szóló állást elfoglalni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában megkivánt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt és a belügyminister úr ónagyméltóságához czímzett folyamodványukat **f. évi április hó 30.-áig** alulírottához nyujtsák be.

Pozsony, 1909. évi április hó 9.-én.

2-2

Pantocsek József dr., igazgató-orvos.

11,454. sz.

A diósgyőri m. kir. vas- és acélgyárnál, Diósgyőr Gyártelep székhelyvel újonnan rendszeresített **gyár-orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással az állami vasgyárak és államvasutak hivatalnokai részére érvényben levő VIII. fizetési osztály 3. fizetési fokozata szerint 2300 korona évi fizetés, 200 korona fűtési átalány, természetbeni lakás és az üzleteredményhez képest változó, az évi fizetésnek körülbelül 45 százalékát kitevő jutalék élvezete van egybekötve.

Felhívom azon okleveles, egy évi kötelező kórházi gyakorlattal bíró orvosokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy okmányokkal (keresztlevél, oklevél-másolat, eddigi működésükről kiállított bizonyítvány stb.) kellően felszerelt kérvényeiket **f. évi április hó 30.-áig** alulírott gyárfőnökséghez nyujtsák be.

Az állást elnyerő orvos egy évi megfelelő próbaszolgálat után véglegesíttetik.

Diósgyőr, 1909. évi április hó 1.-én.

3-3

*Diósgyőri m. kir. vas- és acélgyár.
Fleischmann s. k., igazgatóhelyettes, gyárfőnök.*

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

HÉVIZ - gyógyfürdő

Keszthely mellett (Zalamegye).

Kiváló hatású, természetes, radioactiv forrásiszap.
37-39° hévforrás; 9¹/₂ hold területű meleg forrástó.

Gyógyeszközök: Fürdők, göngyölések, ivókúra, orvosi massage, villanyozások stb. Új berendezések.

Prospectussal és felvilágosítással szívesen szolgál a fürdőigazgatóság.



Pezsgő oxigén-fürdők.

Hatásuk: Az ütérőkések számának és a vérnyomásnak csökkentése és szabályozása, a diuresis fokozódása. A Haemoglobintartalom fokozása. A központi és körzeti idegrendszer megnyugtatása. Az alvás megjavítása. Oxigén belégzése fürdés közben.

Javallatok: Szív- és érbetegségek. Arteriosclerosis. Nephritis. Működési és szervi idegbajok. Rheumatosások. Asthma. Gümőkór. Hörghurut. Szívgyengeség heveny fertőző bántalmak után. Általános gyengeség. Klimakterius zavarok.

Megvizsgálva és ajánlva Winternitz, Senator, Brieger, Kéty, Rieder, Sommer és mások klinikáiból kikerült dolgozatok részéről.

Alkalmazás: Minden kádban a használati utasítás szerint; a dobozban lévő poroknak a fürdővízbe (kb. 34 C.) való behintése útján, 3-4-szer hetenként egy Ozetfürdő.

Ár: 3 kor. 25 fill. (6 fürdőből kezdve). Minden gyógyszerárban és drogeriában kapható, ép úgy a főraktár útján. 10 Ozetfürdő = 1 postacsomag. Orvosoknak és intézeteknek árengedmény.

Irodalom rendelkezésre áll.

L. ELKAN, BERLIN O., Raupachstrasse 212.

FÁJÓS LÁBAKRA

hirneves orvosi körök által kiválóan elismert
szabadalmazott LAUFER

boka-fűző

(lúdtalp-betét) kizárólagos készítője és elárújtója

SZÉKELY ÉS TÁRSA

czipőraktára,

BUDAPEST, IV., MUZEUM-KÖRÚT 9. SZÁM.

A bokafűzőhöz nagy raktár kész czipőkben. 7246

Saison
május 1-től
szeptember
végéig.

Badgastein

Tauernvasut, Salzburg.

Május, június és
szeptemberben
lényegesen mérsé-
kelt szobaárak.

A világ legradioaktívabb hőforrása, a forrás hőmérséklete 49° C. Tengeri magasság 1012 méter. A legnehezebb hegyek közepette, szélmentes fekvés. Kíváló hatású az aggkor bántalmainál, idegbántalmak, neuralgiák (ischias), neurasthenia, functionális neurosisok, paralysis (apoplexia), tabes, köszvény, rheumás bántalmak, vese- és hólyagbántalmak (prostatabajok), különféle női betegségek, valamint valamennyi kimerültségi és gyengeségi állapotok ellen. Legkényelmesebb lakás 60 szobában és lakóházban, thermal-fürdők minden házban; ivókurák és berendezések a forrás gözének használatára.

Értesítéseket és prospektusokat küld a Gyógybizottság (Kurkommission).

Thermal-forrás szétküldés MATTONI HENRIK által WIEN. 7183



Prof. Krafft-Ebing véleménye: „Kiváló és jóízű
hizláló szer a vegytiszta, száraz maláta kivonat,
minőt a Gehe-féle gyár kitűnő minőségben
szállít.”

Kiváló táp- és erősítő szer

gyenge egyéneknek és üdülőknek.

Eredeti üvegek $\frac{1}{2}$ 125.0 és 250.0 gramm
2.— és 3.50 korona.

Irodalom és minták ingyen.

GEHE & CO. A.-G., vegyészeti gyár, DRESDEN-N.

Természetes forró-meleg kénes forrástó a Thermál-szálloda
földszintjén.
Izszaporogatások, kő- és kádfürdők a Nagyszálloda
földszintjén.
Gondos pensió. A téli fürdőúvadra vonatkozó felvilágosítás végett for-
duljon a budai **Szent-Lukácsfürdő igazgatóságához.**

MARGIT GYÓGYFORRÁS

(BEREGMEGYE)

a gyomor, belek, húgyhólyag s különösen a légző-
szervek hurutos bántalmainál igen jó hatású még
akkor is, ha **vérezések** esete forog fenn.

Megrendelhető: **Édeskuty L.-nál** Budapesten és a forrás
kezelőségénél Munkácsen. 7065

Világhírű

VICHY

-források.

A francia állam
tulajdona.

== Igazgatóság: Paris, 24 Boulevard des Capucines 24. ==

Elsőrendű orvosi tekintélyek ajánlják!

Célestins-forrás: Vese- és hólyagbajokban, kösz-
vény és diabetes ellen.

Grande Grille: Májkólika és epekö ellen, alhasi pan-
gásoknál.

Hópital: Valamennyi dyspepsiás
bántalom ellen.

Forrástermékek: **Fürdő-, ivósók**
és pastillák.

Kapható minden ásványvízkereskedésben és gyógyszerárban.
Csak akkor valódi, ha a ozimkén és dugóborítékon a forrás neve
rajta van.

**Tessék pontosan a forrást meg-
nevezni.**

5757

Arsen-Triferrol

jóízű Arsen-Triferrin-oldat.



Előnyben részesítendő arsenvizekkel és Fowler-
oldattal szemben.

Javallatok: Ideges gyengeségi állapotok, anaemia, chlorosis, üdülési
szak borbajok, serophulosis stb.

Adag: 3-szor naponta 1 evőkanálnyi vagy 1 pálinkáspohárnyi.
(1 evőkanálnyi tartalma: 0.05 Fe és 0.0003 As.)

Eredeti 300 grammos üvegek ára 3 korona.

Irodalom és minták ingyen.

Rohitsch-Sauerbrunn

Stájerország. Vasút, posta és táviró.

3750

TELJESEN ÁTALAKITVA.

Karlsbad, modernül berendezett vizgyógyintézet.
Styriabad, újonnan felszerelt szénsavfürdők. Ki-
váló gyógyhely gyomor-, bél-, máj- és vesebajok,
székrekedés, aranyér, epekö, elhízás, cukorbeteg-
ség, köszvény, torok- és légesőhurut, szív- és Marienbad-
hoz hasonló gyógyforrások.

Diätetikai és telepkurák. — Kiváló ivóvízvezeték. — Villamos világítás. — Lift. — Modern
oszatornázás. — Állandó gyógyzenekar a híres triesti vonós-négyes közreműködésével.

Báznai VICTORIA-jódsó

Victoria jód- és brom-forrásának nagy
gonddal előállított jódsó-terméke.

Az első és egyedüli magyar forrás-termék.

Báznai Victoria-jódsó

az erdélyi báznai jód-bromsós forrás nagy gonddal előállított terméke. Kiemelendő ezen jódsó tulajdonságai közül, hogy jód-tartalmát illetőleg csupán a legkiválóbb külföldi jódsók tudják megközelíteni, tehát azon betegségeknek (syphillis, gümó- és görvélykór, izzadmányok, a női és férfi húgy- és nemi szervek megbetegedései, bénulások, a légzőszervek chronicus, hurutos betegségei), melyeknél jódsókat akár házi fürdők, akár elpárolva belégzések céljaira használni szoktak, közönségünk nemszorul többé külföldi jódsókra (darkauzi, zablaezi), egyrészt mert azok gyógyhatás tekintetében a báznai Victoria-jódsónál nem jobbak, másrészt azok drágák, míg a báznai Victoria-jódsó olyan olcsó áráért kapható, hogy azt céljaikra még a legszegényebb társadalmi osztályok betegel is bátran használhatják.

Ismertető füzeteket megkeresésre küld a főraktár.

Budapesten kapható 1, 4 és 5 kilogrammos ládákban.

1 láda à 1 kilogramm	---	---	---	1 kor.	80 fill.
1 " à 4 "	---	---	---	6 "	80 "
1 " à 5 "	---	---	---	8 "	50 "

Kizárólagos főraktár:

ÉDESKUTY L. CSÁSZÁRI ÉS KIRÁLYI
UDVARI SZÁLLÍTÓNÁL

BUDAPEST, V., Erzsébet-tér 8.

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-tárban 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 gyógyszertára BUDAPESTEN, Király-utca 12.

4364

Orvosi minták ingyen és díjmentve.

1901 óta.

ALBOFERIN

Dr. Fritz és
dr. Sachsse által
bevezetve.

Vas- és phosphortartalmú vérvépző, tápláló- és erősítőszert kiváló eredménnyel alkalmazható: idegerősítő, rhachitis, emésztési zavarok, étvágnélküliség esetén, reconvalescensknél, neurastheniánál és szoptató asszonyoknál. Számos orvosi dolgozat és vélemény áll rendelkezésre.

Alboferin phosphort és vasat természetes, szerves összetételben tartalmaz, víz-, tej-, kakao-, malátakávéban teljesen feloldódik.

Alboferin-por egy-egy kávékanállal, tej-, kakao- vagy malátakávéban oldva 2—3-szor veendő napjában. Kapható 100, 50 és 25 grammos dobozokban; ára 3.70, 2.—, 1.— korona.

Alboferin-tabletták 0.25, — 50 és 100 darabot tartalmazó dobozokban, naponta 3-szor 2—3 tablettát; ára —.80, 1.— korona.

Alboferin-dragéék (csokoládé-dragéék) 50 és 100 darab, naponta 3—4-szer 3—4 darab. Gyermeknek és asszonyoknál különösen ajánlható. Ára —.90, 1.70 korona.

Tiszta állapot mellett az Alboferin még más gyógyanyagokkal is összehetető és a következő compositiókban használható:

Arsen-Alboferin-tabletták

1/10 milligramm natr. kakodylic-al tablettánként. A táplálás előmozdítására a fent említett betegségeknek. Naponta 2—3-szor 2—3 drb., 50 és 100 drb.-ot tartalmazó dobozokban. Ára 1.60, 3.20 K.

Guajacol-Alboferin-tabletták

0.15 Kal. sulfo guajakollal tablettánként. Katarrhusoknál az emésztés előmozdítására és erősítésére. Naponta 3-szor 3 drb., 50 és 100 darabot tartalmazó dobozokban. Ára 1.75, 3.50 K.

A nagyon alacsony detailárak minden doboz külső borítékán fel vannak tüntetve, s ezen árakon kapható a gyógyszertárakban.

— Brosürák és a nyolcz éven keresztül elért eredményeket tárgyaló dolgozatok, úgyszintén minták rendelkezésre állanak. —

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

Főraktár Bécsben:

G. HELL & COMP. I., Biberstrasse 8.

Jod-Alboferin-tabletták

Nr. 1. 0.050 jodkaliummal. Scrophulosus gyermekeknek sikerrel alkalmazható. Naponta 2-szer 1—2 darab, 50 és 100 darabot tartalmazó dobozokban. Ára 1.60, 3.20 korona.

Jod-Alboferin-tabletták

Nr. 2. 0.050 jodkaliummal. Luetikusoknál utókrúra. Naponta 2—3-szor 3—4 drb., 50 és 100 darabot tartalmazó dobozokban. Ára 1.70, 3.40 korona.

Főraktár Budapesten:

TÖRÖK J. gyógysz. VI., Király-utca 12.