

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markuszovszky 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 Babarczy Schwartzert 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.

Dollinger Gyula: A gümös nyaki nyirokesomók subcutan eltávolítása 200 műtött eset alapján. 321. lap.

Morelli Gusztáv: Közlés az I. sz. belorvostani klinikáról. Igazgató: Korányi Frigyes egyetemi tanár. A Kuhn-féle légzőkosár hatása szívbajokban. 322. lap.

Szinnyei József: Közlés a szt. Rókus-kórház X. orvosi osztályáról. (Főorvos: Wenhardt János egy. magántanár.) Az extractum digitalis depuratum (digipuratum Knoll) hatása a vérkeringési rendszerre. Megjegyzések a digitalis hatásmódjáról. 324. lap.

Kóssa Gyula: A régi magyar orvosnövendék. 326. lap.

A vidéki kórházak igazgatóinak II. országos értekezlete. 328. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Olsavszky Viktor: Az ambulatorikus beteg-

vizsgálat methodikája. — *Lapszemle. Gyógyszertan.* Pohl: A digitalis kombinálása más szerekkel. — *Belorvostan.* Jagic: Az asthma bronchiale rohamának megszüntetése. — *Diego Buttino:* Az elektrargollal elért gyógyeredmények. — *Idegkórtan.* Babinski: A hysteria fogalmának átalakulása. — *Sebészet.* Brandes: Gyomorperforatio után létrejött, idegen test okozta hashártyatuberculosis. — *Wolff, Eisner és Brandenstein:* A lokális tuberculinreakciók sebészeti jelentősége. — *Hacker:* Az oesophagus-sarcoma. — *Giani:* A ganglion Gasseri endotheliomája. — *Börkórtan.* H. Coenen: A Röntgen-carcinoma. — *Kisebb közlések az orvossággyakorlatra.* Netto: Styptol méhvézés eseteiben. — *Werndorff:* Almatein. 328—331. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 332. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 332. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 333—336. lap.

Melléklet. Elme- és idegkórtan. 1. szám. Szerkesztő: Babarczy Schwartzert Ottó és Moravcsik Ernő Emil.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A gümös nyaki nyirokesomók subcutan eltávolítása 200 műtött eset alapján.¹

Irta: **Dollinger Gyula** dr., egyetemi nyilv. rendes tanár.

Tisztelt Uraim!

Az 1903. évi congressusukon előadtam azon módszert, a mely szerint a nyak és az állkapocs alatti tájék gümös nyirokesomóit subcutan módon távolítom el. Azóta azt Németországban Bier tanár, Chicagóban J. Frank több esetben jó eredménnyel alkalmazta. A vezetésem alatt álló klinikán nemesak tanársegédek, hanem ügyesebb műtőnövendékeim is elvégzik. A műtétet eddig 158 betegnek 200 nyakoldalán végeztem s most az ezeken szerzett tapasztalataimról van szerencsém beszámolni. A módszer lényege, hogy a nevezett gümös nyirokesomókat a tarkón, 1 cm.-nyire a hajas résztől a középvonal felé, tehát a hajzat alatt fekvő 6 cm. hosszú metszésből távolítom el. A műtét előtt a hajzatot gondosan megmossuk, a fejet steril ruhákba kötjük, a tarkót és a nyakszirt-táját pedig simára beretvéljük.

Első előadásom alkalmával anatómiai táblákon mutattam be azon nyirokesomók fekvését, a melyek e műtétről tekintetbe jönnek és bemutattam azon utakat is, a melyeken a tarkón fekvő metszésből őket megközelíthetjük. Ezen ábrákat a módszer részleteivel az Orvosi Hetilap 1903. évi folyamának 50—52. számaiban, a vezetésem alatt álló klinika Évkönyveinek II. kötetében és a Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1904. évi 72. kötetében közzétettem.

A beteget fekvő olyan magasan helyezzük el, hogy a műtő alatta ülve kényelmesen helyet foglalhat. A fejet egy segéd fogja s a szükséghez képest forgatja. Ennek az elhelyezésnek az az előnye, hogy a műtét alatt a vér a sebből önmagától szivárog ki és a műtét területe mindig tiszta.

¹ Előadta a német sebészek congressusán 1908-ban Berlinben.

A műtő alulról homlokreflectorral világít be a sebbe. Egy-néhány esztendő óta gummikeztyűben végeztem ezt a műtétet is. A bőrmetszés megejtése után a késre már csak ritkán van szükségem, mert a mélyben a szövetresekben elevatorral hatolok előre a nyirokesomókig s azokat tompán választom ki.

Ha a nyirokesomók beszűrődése nem régi, a kiválasztásuk nem jár nagy nehézséggel.

Egynéhány ilyen műtét 15 perczig tartott. De ez kivételes, mert a betegek rendszeren csak akkor jönnek a műtőorvoshoz, a mikor nyirokesomóik már évek óta meg vannak dagadva. Ilyenkor erős heges kötőszövet veszi körül a nyirokesomókat és köti őket össze a szomszéd szervekkel, s ekkor kiválasztásuk nagy türelmet és kitartást igényel. Különösen erősen vannak ezek a nyirokesomók a felület felé eső oldalukkal a szomszédsággal összenőve, a mi valószínűleg a hosszas és gyakori gyógyító beavatkozásoknak és az erőművi inzultusoknak a következménye. A mint az első beszűrődött nyirokesomót elérjük, azt fogóval megfogjuk s a sebbe húzzuk. Ilyenformán sokszor sikerül az egész beteg nyirokesomóconvolutumot a sebbe húzni és itt nyíltan a szomszéd szövetekkel való összeköttetéseiből kiválasztani. Némelykor olyan tömeget alkotnak, hogy súlyuk 120—160 gm. Ilyen módon sikerült a fej erős oldalhajlítása mellett a kulcsesont feletti árok és a fejbicezentő kulcsesonti feje alatt fekvő gümös nyirokesomókat a tarkón levő seben át tompán eltávolítani. Ha ezen nyirokesomók itt a kulcsesont körül a szomszédságukkal nagyon erősen össze vannak kapaszkodva, nem lehet őket a tarkó-sebbe húzni s ilyenkor a kulcsesonttájón ejtett külön metszésből távolítjuk el őket.

Különösen figyelembe veendők a következő körülmények:

1. Igen gyakran azon nyirokesomók vannak beszűrődve, a melyek a fejbicezentő izom felső vége alatt a nervus accessoriius körülveszik. Az ideget a nyirokesomók közül ilyenkor gondosan ki kell fejteni és a sértéstől megóvni, mert elszakítása a fejbicezentő izom sorvadását és a nyak körvonalainak elferdülését vonja maga után.

2. Az állkapocs alatti nyirokesomók a nyálmirigy tasakjában fekszenek. Hogy hozzájuk férközzünk, ezt előbb fel kell hasítanunk. E végből a bőr alatt az elevatorral tompán a tasakig hatolunk

előre s ezt a homlokreflektorral a sebüreget mélyében megvilágítjuk. A vena facialis antica a tasak külső felületén a nyakról az arezra vonul. Ha a tasakban levő nyirokesomók nagyok, ez a gyűjtőér néha a nyomás folytán sorvadt, máskor azonban ki van tágulva. A tasak megnyitása előtt ezt a gyűjtőeret elevatorral óvatosan félre tolom, azután tenotommal hasítom be a tasakot, mire a nyirokesomókhoz hozzá lehet férni. Ha a vena facialis antica ez alkalommal megsérül, a seb mélyében éresipőbe fogom és a két végét lekötöm.

3. A nyak mély nyirokesomói a vena jugularist veszik körül és vele kötőszövetileg össze vannak kötve. Ha ezeket kifejtés céljából a sebbe húzzuk, magukkal húzzák a gyűjtőeret. Ekkor a szöglet alatt megtört érben vér nincsen s ha a műtét e körülményre nem vigyáz, könnyen megsértheti. Ezért ezeket a nyirokesomókat nagyon óvatosan kell kiválasztani.

4. Újabb eseteim között kettő volt olyan, a melyben a tarkósebből elevator és kanál segítségével a fül előtti tájékról mogorónyi egész mandulányi nyirokesomókat távolítottam el. Az arezideg sértetlen maradt.

5. Ha az elmeszesedett vagy elsaftosodott nyirokesomók a kiválasztás alkalmával darabokra szakadnak, akkor a törmelékeket sebtasakból gondosan ki kell a törölni. Ha a nyirokesomók már gümös tályogokká alakultak át s ezek a kiválasztás közben megpukkadnak, a gümös genyet a sebből szorgosan szárazra ki kell törölni és a sebtasakot úgy mint rendesen drainezni és bevarrni, mert a gümös geny, ha másodlagos sebfertőzés nem járul hozzá és ha gondosan kitöröljük, nem gátolja meg a per primam gyógyulást.

Eddig 7 ilyen, gümös nyaki nyirokesomók széteséséből származó tályogot nyitottam meg ez úton és minden esetben per primam gyógyulást értem el. Olyan esetek, a melyekben a tályog felett a bőr már megpirosodott, vagy a melyek sipolyosak, subcutan műtétre már nem alkalmasak.

6. A vérzés rendesen jelentéktelen. A kis véreket, a melyek a bőrsebben vérzenek, leszorítjuk. A seb mélyében csak kivételesen kell egyszer-mászor egy-egy véreket lekötöni. Újabb eseteimben csak egyszer történt meg, hogy a sebtasakban megsértettem a vena facialis posticát s minthogy megfogni nem bírtam, a sebüreget tamponáltam. Egynehány nap múlva azután a műtétet befejeztem. Egynehány esetben, a melyben a műtét befejezte után a sebüreget még diffus parenchymás vérszivárgás állott fenn, a sebtasakot tamponáltam és csak egynehány nap múlva varrtam be.

Az a sebész, a ki mindig csak sipolyos gümös nyaki nyirokesomókat operál, egészen más viszonyokhoz szokott és nehezen tudja elképzelni, hogyan lehetséges a nyirokesomókat tompan a seb mélyében kiválasztani. Ezen sipolyos esetekben genyelt baktériumok vándoroltak be és az általuk feltételezett phlegmonés lobok igen erős mirigykörül hegessé összenövéseket létesítettek. Ezek olyan erősek, hogy az ilyen esetekben egyszer-mászor a nyirokesomókat csak a fejbicezett izom egy rétegével együtt lehet eltávolítani, a melylyel szilárdan össze vannak nőve, vagy pedig kiválasztásuk a vena jugularis communis alakítását teszi szükségessé. Ezen esetek még nyílt kiirtáskor is próbára teszik a sebész türelmét. Subcutan eltávolításra nem alkalmasak.

7. A mikor már eltávolítottam minden nyirokesomót, még egyszer átvilágítom az egész sebtasak minden zegét-zugát, azt szárazra kitörölöm, vékony drainsövet helyezek belé, a melynek végét a tarkón lévő seb alsó végén kivezetem, a sebet egyébként egészen bevarrom és a betegre kötést alkalmazok, a mely a fejet, a nyakat és a műtött oldalon a vállat befedi.

A 200 nyakoldal közül, a melyet eddig operáltam, 167 per primam gyógyult, 33 esetben rövid ideig tartó genyedés állott fenn. Ezekben a sebtasak legmélyebb pontján tenotommal kis ellennyilást készítettem és drainsövet húztam belé. E helyen pontszerű hegecske maradt. Phlegmonosus gyuladás egy esetben sem fejlődött. Minden betegem meggyógyult. Némely esetben a műtött nyakoldal a műtét után kissé oedomás marad, a mely duzzanatot azonban 3—4 hét alatt eltűnik, rendesen azonban a nyak a műtét után meg sem duzzad. A nyak a műtött oldalon a műtét után teljesen visszanyeri rendes alakját s a mikor a beteg haza a tarkón lévő heg körül ismét megnő, a kiállott műtétnek semmi nyoma sincs.

8. Minthogy a műtét alkalmával rendesen a nyaknak nem

minden nyirokesomója van gümösen beszűrődve és csak azokat távolíthatjuk el, a melyek dagadtak, természetesen, hogy később a többi, a mely megmaradt, szintén elfajulhat gümösen. De ez csak az esetben történik meg, ha a beteg a műtét után ismét régi, nem egészséges életmódját követi, nevezetesen, ha abba a nedves lakásba tér vissza, a melyben a nyirokesomói először megdagadtak. Ez ellen a subcutan műtét épen olyan kevésbé védi meg a beteget, mint a nyílt kiirtás, mert ennél is csak azokat a nyirokesomókat távolítjuk el, a melyek a műtét idejében meg vannak dagadva. Újabb betegeink közül 4 jelent meg 1—1½ évvel az első műtét után recidivával, egy beteg pedig 1 évvel az első műtét után nyaka ugyanazon oldalán kapott recidivát, 1½ évvel a második műtét után pedig nyaka mindkét oldalán. Mindenkor ismét subcutan operáltam meg és pedig 3-szor ugyanazon az oldalon, 1-szer pedig a másikon. A 2. és 3. operatio semmiképpen sem különbözött az elsőttől. Az első műtét hegei a másodikat és a harmadikat semmiképpen sem befolyásolták.

Az a körülmény, hogy egyes nyirokesomó-complexumok már régóta duzzadtak és újabbak azóta nem betegedtek meg, némi valószínűséggel engedi reményleni, hogy a műtét után sem fognak újabb csoportok megbetegedni.

9. A műtétet követő napokon aránylag sok beteg kap mandulagyuladást, oka ennek valószínűleg a megnehezített nyelés. Más nyaki műtétek után is észlelünk hasonlókat. A hőmérsék 38,5—39,0°-ra emelkedik. Azonban e tünetek egynehány nap múlva visszafejlődnek.

Mindezek után ezt a műtétet, a mely 200 esetben jól bevált, ajánlhatom, de meg kell jegyezni, hogy a gümös nyaki nyirokesomók subcutan kiirtása a műtő részéről nagy figyelmet, jó begyakorlást és különösen eleinte nagy türelmet is igényel. Mindezekért azonban bőven kárpótolt az, hogy e műtéttel a beteget feltűnő hegtől kíméljük meg, a mely a tuberculosis körjelzését feltűnő helyre, a nyakára írja.

Közlés az I. sz. belorvostani klinikáról. Igazgató: Korányi Frigyes egyetemi tanár.

A Kuhn-féle légzőkosár hatása szív-bajokban.

Közlő: *Morelli Gusztáv* dr.

1906 június 11.-én Kuhn E. dr.^{1 2 3} a berlini belorvostani egyesület ülésén készüléket mutatott be, melyet a tüdőtuberculosis gyógyítására ajánlott a Bier-féle pangás elmélete alapján. A készülék az altató kosárhoz hasonlóan az orr- és szájnyílásokat légmentesen zárja és míg a kilégzést két igen bő szelep által szabadon hagyja, addig a belégzés csak egy szabályozható részen keresztül történhet, miáltal a belégzendő levegő mennyiségét módunkban áll tetszés szerint korlátozni. Kuhn azt mondta, hogy a mély és sokkal kiadósabb belégzőmozgás, melyet a beteg légszomjának kielégítésére végez, a mellkas negatív nyomásának emelése által egyrészt a jobb szívre nagy szívóhatást gyakorol, másrészt a tüdőgyűjtőerek kiömlését is kissé lassítja, miáltal a tüdő verő- és gyűjtőrendszerét kitágítva, activ és passiv vérbőség jön létre. E pangás a gümőkóros góczok virulentiáját csökkenti, majd kötőszövet-szaporodást okoz, és ezáltal a kórfolyamatot korlátozza, sőt ártalmatlanná teszi. Úgy az ő, mint Stolzenburg⁴ vizsgálataiból kiderült, hogy ez elméleti alapon indult gyógyeljárás gyakorlati haszonnal is jár.

Ugyancsak ő észlelte, hogy a belégzések hatása alatt a vörösvérsejtek megszorodnak, mire nézve ismételt vizsgálatokat végzett mindig azonos eredménnyel.⁵ Ezenkívül egy pár kísérlete alatt azt észlelte, hogy gyenge szívűködésű és alacsony vérnyomású

¹ Sitzung d. Vereins f. inn. Med. in Berlin, 1906 június 11.

² E. Kuhn: Eine Lungensaugmaske zur Erzeugung von Stauungs-hyperämie in den Lungen. Deutsche med. Wochenschrift, 1906. 37. sz.

³ E. Kuhn: Weitere Erfahrungen. Münch. med. Wochenschrift, 1907. 16. sz.

⁴ Stolzenburg: Über die mit der Kuhn'schen Lungensaugmaske in der Heilstätte Slawentzitz gemachten Erfahrungen. Münch. med. Woch., 1907. 16. sz.

⁵ E. Kuhn: Die Vermehrung der roten u. weissen Blutkörperchen, und des Hämoglobins durch die Lungensaugmaske. Münch. med. Woch., 1907. 35. sz.

egyének, kiket a vér viselkedésének tanulmányozása céljából vizsgált. a belégzés alatt és után erőteljesebb szívűködést és magasabb vérnyomást mutattak, a mi utólag is órákon keresztül megmaradt. E hatást úgy magyarázza, hogy az erőltetett belégzés a negatív mellkasi nyomás növekedésével a jobb szívre erős szívóhatást gyakorol és így a jobb szív munkáját megkönnyíti. Igaz ugyan, hogy ugyane tényező a tüdőgyűjtőerek kiürülését is akadályozza, de ezt a bal pitvar szívóhatása ellensúlyozza. Midőn tehát a fáradt jobb szív ily módon pihenéshez jut, ez képessé teszi őt arra, hogy utólag jobban végezze munkáját.

Korányi S. tanár megtisztelő megbízása folytán, melyért e helyen köszönetet mondok, a fenti feltevésekből kiindulva kísérleteket végeztem a szívbjak viselkedésére nézve a légzőkosár hatása alatt és után.

A jelen állapot és körjelzés megállapítása és a beteg ágyban való elhelyezése után meghatároztam a kísérlet előtt a pulzust, a légzésszámot, a vérnyomást és a vérképet. Ezután közvetlenül alkalmaztam a kosarat eleinte nyitva, később az alábbi jelek alapján fokozatosan szűkítve. Ezután 20 perczen keresztül mindezeket ismételttem; végül a kosár levétele után 10 percczel vizsgáltam az utóhatást. Ezenkívül megjegyeztem 5—10 naponként a vérképet, az objectiv szívállapotot és a subjectiv érzést. A pulzust és légzést számolás útján, a vérnyomást Hg-milliméterekben Riva-Rocci szerint határoztam meg. A vérejszámolást Bürker, a haemoglobint Fleischl módszere szerint végeztem, illetve határoztam meg. A betegek a vizsgálat ideje alatt cardiacumokat nem kaptak.

Vizsgálataim eredményét táblázatokba foglaltam, melyek közül a következők álljanak példakul:

Datum		III. 13.	III. 20.	III. 22.	III. 23.	III. 25.	III. 27.	III. 29.	III. 31.	IV. 1.	IV. 4.	IV. 5.	IV. 7.	IV. 9.	IV. 13.	
Belégzés száma ..		I.	II.	IV.	V.	VII.	VIII.	X.	XII.	XIII.	XV.	XVI.	XVIII.	XX.	XXIV.	
Szűkítés foka. ...		0°	0°	0°	2°	2°	2°	4°	4°	4°	4°	4°	4°	4°	4°	
Belégzés előtt	P.	88	84	72	64	134	96	92	104	96	76	96	108	96	—	
	L.	30	28	32	28	40	24	32	24	24	28	28	32	28	—	
	Ny.	90	93	90	90	76	85	85	82	82	87	84	82	80	—	
	P.	5'	84	84	76	60	112	84	84	92	84	76	88	100	92	—
		10'	84	72	72	60	108	80	80	88	88	72	88	92	84	—
		15'	84	76	68	76*	92	84	80	88	80	68	88	88	92	—
		20'	84	76	68	60	92	76	80	88	76	68	76	88	84	—
	L.	5'	34	32	24	32	24	24	24	24	28	28	28	20	32	—
		10'	40	36	28	24	32	28	28	28	28	28	28	28	36	—
		15'	42	44	32	17*	32	32	32	32	28	28	36	28	40	—
		20'	52	68	32	28	32	32	28	32	28	28	36	28	40	—
	Ny.	5'	88	90	86	88	75	78	83	78	81	81	75	76	79	—
10'		86	85	85	87	75	76	78	76	80	79	76	75	77	—	
15'		85	83	82	90*	73	74	76	75	79	77	75	75	75	—	
20'		82	87	80	88	72	72	75	75	78	76	74	73	75	—	
Belégzés után	P.	80	72	60	60	104	72	80	76	80	68	92	84	88	—	
10'-czel	L.	52	48	40	28	32	36	32	36	36	28	32	44	44	—	
	Ny.	87	85	76	88	78	77	77	78	78	85	85	74	76	—	
Vérkép		3.580,000 vörösvér- sejt, 6100 fehérvér- sejt. H = 10.64%			5.350,000 vörösvér- sejt, 5800 fehérvér- sejt. H = 11.54%		4.740,000 vörösvér- sejt, 5750 fehérvér- sejt. H = 11.82%		3.680,000 vörösvér- sejt, 5600 fehérvér- sejt. H = 10.88%			5,040,000 vörösvér- sejt, 5000 fehérvér- sejt. H = 11.66%		5.340,000 vörösvér- sejt, 4100 fehérvér- sejt. H = 11.48%	5.580,000 vörösvér- sejt, 8900 fehérvér- sejt. H = 12.12%	
Jegyzet		Testsúly 46.30 kg.	* A kosár félrecsúszott és a beteg szabadon légtett				Testsúly 49.50 kg.					Testsúly 49.30 kg.			Testsúly 50 kg.	

T. M. 10 éve szívdobogás, nehéz légzés, gyors kifáradás, szédülés, fejfájás, idegesség, álmatlanság. Status pr. Szívcsücslökés az 5. borda közelében a bimbóvonalban, a szívtempulát balra a bimbóvonalig ér, jobbra a szegyszélt két harántujjal meghaladja. Szívcsücs felett diastolés zöreje. Pulmonalis második hangja ékelt. Diagnosis: Stenosis ostii ven. sin. Anaemia.

A 24 napon keresztül mindig ugyanazon időben végzett belégzés hatását tekintve azt találtam, hogy míg az első napokban a kosár kisértéssel oppressiót, köhögést, sőt egyizben muló tüdő-oedemat okozott meglehetősen fizikai izgalom kíséretében, és nagyfokú kiürülés és légszomj még órákkal utóbb is fennállott, addig a kosarat később mindjobban tűrte a beteg és psychice is megnyugodott. A szívdobogás már az 5. légzés után csökkent, ugyanezzel a szívtempulát jobbra csak egy harántujjal haladta meg a szegyszont jobb szélét. A beteg alacsony párnán nyugodtan alszik, subjectiv is jobban érzi magát, erőállapota javult. E javulás kisebb visszaesésekkel állandó, úgy hogy 24 belégzés után szívdobogása csak nagyobb testi megerőltetésre van, nyugodtan alszik, testsúlya gyarapodott. Szívtempulát jobb széle a mellesont jobb széleig terjed, szívzöreje változatlan. Véresejtjei szaporodtak. A módszer annyira megnyerte bizalmát, hogy otthon a kosarat tovább is használja.

Ha e beteg táblázatát megtekintjük, különböző szabályszerűség ötlök szemünkbe. A pulszszám a belégzés ideje alatt legtöbbször fokozatosan csökken, nem mindig szabályszerűen, de 20 perc alatt 2—44-ig.

Ugyanakkor a légzés szaporodik, még pedig az első napokban percenként 36 légzéssel is, később kevesebbel, sőt néha szám-

belileg nem is növekedett. Ilyenkor azonban a mellkas kitérése ki-mutathatólag fokozott volt, a belégzés mélysége tehát nagyobbodott. Ettől eltekintve a légzésszám változása igen függött psychés momentumoktól is, a mi nézetem szerint megadja az úgy itt, mint későbbi eseteimben előforduló elég sok kivétel magyarázatát.

A vérnyomás állandóan, szinte szabályszerűen csökkent a belégzés első percétől a 20. percig 1—10 mm. higanynyomás-sal. A nyomáscsökkenés is nagyobb volt eleinte a rés egyazon állásában, később a nyomáscsökkenés kisebbedett. E tünetek oly szabályosan álltak be, hogy az 5. nap 15. percében (lásd I. táblázat), midőn egész szabálytalan adatot kaptam, annak okát kutatva, kiderült, hogy a kosár félrecsúszott s a beteg szabadon lélekedett. Az utóhatás adatai azt mutatják, hogy a csökkent pulzus és vérnyomás, valamint az emelkedett légzésszám még 10 perc múlva is fennáll, bár már emelkedett, illetve csökkent. Hosszabb-rövidebb idő múlva pedig ismét előáll a belégzés előtti állapot, mihez képest azonban a pulzus kissé teltebb és a vérnyomás emelkedett.

Hasonló eredményt mutatnak a következő esetek.

R. B. Időnként nehéz légzés. Diagnosis: Stenosis ostii ven. sin. 10 belégzés után objectiv eltérés nincs; subjectiv járáskor és futáskor kevésbé fárad, szívdobogása nem jelentkezik. A módszert időnként folytatja.

F. I. Szívdobogás, nehéz légzés, gyors kifáradás. Diagnosis: Stenosis ostii ven. sin. 10 belégzés végzett, az első légzések alatt köhögés és kis, muló tüdő-oedema, szívdobogása ritkábban jelentkezik, kevésbé fárad, utóbb a belégzéseket könnyen tűri.

Még 3 ily esetem mutat hasonló eredményt, s ezekkel ismétlések elkerülése végett bővebben nem is foglalkozom e helyen.

E 6 stenosis ostii ven. sin. diagnosisú esettől eredményeiben eltér más vitiumok viselkedése.

Datum		V. 11.	V. 12.	V. 13.	V. 14.	V. 15.	V. 16.	V. 18.	V. 19.	V. 20.	V. 21.
Belégzés száma		I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.
Szűkítés foka		0°	2°	2°	2°	2°	2°	4°	4°	4°	4°
Belégzés előtt	P.	104	80	92	88	84	80	92	84	84	72
	L.	32	24	20	32	24	20	24	24	20	20
	Ny.	88	84	88	85	85	85	85	82	80	80
	P.	5'	96	80	92	88	80	80	84	76	80
		10'	92	80	88	84	76	76	84	74	78
		15'	92	88	88	84	76	74	84	74	78
		20'	88	84	72	84	76	72	80	72	76
	L.	5'	28	24	20	20	20	24	24	20	20
		10'	32	24	24	20	20	20	24	20	20
		15'	28	16	24	20	20	20	22	20	20
		20'	30	24	24	20	20	20	20	20	20
	Ny.	5'	87	80	84	80	82	83	80	77	78
		10'	86	83	83	79	80	80	77	78	70
		15'	86	90	81	80	78	78	76	79	69
		20'	84	85	80	78	76	75	78	80	68
Belégzés után 10' csel	P.	84	76	92	84	76	76	76	84	72	68
	L.	32	28	28	20	20	24	20	20	20	24
	Ny.	85	83	83	76	77	83	75	77	79	78
Vérkép		4.320,000 vörösvér-sejt. 5100 fehér vérsejt. H=11.9%									4.220,000 vörösvér-sejt. 7370 fehér vérsejt. H=11.5%

S. M. Állandó mellnyomás, nehézlégzés, szívdobogás. Diagnosis: Insufficiencia valv. bicuspid. cum sten. ostii ven. sin. Insuff. aortae in stadio compensationis.

A beteg a kosarat jól tűri, feltűnő azonban, hogy a légzések csak mélységükben változnak, a mellkas alsó része 6 cm.-rel tágul. A belégzés után állandóan fáradt és csak sok idő múlva mulik a fáradtsága. Az előbbi esetektől eltérő tünet, hogy a kísérlet alatt úgy a pulusszám, mint a vérnyomás néha emelkedik. Az utóhatás kisebb, mindazonáltal állapota végeredményben javult, szívdobogása ritkábban jelentkezik.

Teljesen eredménytelen volt következő esetem:

W. G. 4 év előtt izületi rheuma, azóta gyakran nehézlégzés, szívdobogás. 1 éve lábai dagadtak. Diagnosis: Insuff. bicuspid. cum sten. ostii ven. sin. in stadio incompensationis, synechiae pericardii. Anasarca.

A beteg a belégzéseket 10 percenél tovább egyáltalán nem bírja a fenyegetően jelentkező fulladási tünetek miatt. A pulusszám legtöbbször szaporodik, a légzés rendkívül meggyorsul, a vérnyomás rendszeren kissé csökken, de néha emelkedik. A 10. belégzés után a baltüdő kis infarctusából kifolyólag haemoptoét kap, mi miatt a belégzéseket be kellett szüntetni.

(Vége következik.)

Közlés a szt. Rókus-kórház X. orvosi osztályáról. (Főorvos Wenhardt János egy. magántanár.)

Az extractum digitalis depuratum (digipuratum Knoll) hatása a vérkeringési rendszerre. Megjegyzések a digitalis hatásmódjáról.

Irta: Szinnyei József dr.

(Folytatás.)

4. B. Gy. 55 éves asszony, 1907 elején kezdett köhögni és fuldogni; szívdobogás kizárta s lábai megdagadtak. Egy év óta mája tájéka fájdalmas és gyakran émelyeg. Vizelete újabban kevesebb lett. Polyarthritise vagy más betegsége sohasem volt. 10 graviditas.

Status 1908 szeptember 26. A lábfejen oedema. Dyspnoë. A tüdőhatár a paravertebrális vonalban a 12. bordánál, elől a bimbóvonalban a 7. bordánál; légzéskor kissé alább száll; a légzés gyengült, pár szöresülés az alsó lebenyek felett.

Szívesücslökés a 6. bordaközben a bimbó és hónaljvonal között, körülírt, emelő. Szívtompulat: 4. borda — jobb szegyszélet jó

harántujjal meghaladja — kifelé a szívesücslökés helyéig tart. Minden ostium felett systolés zörej, punctum maximum a csücs felett. Az aorta szájadéka és a sternum közepe felett diastolés zörej. Pulsus inaequ., arhyth. Kartünet. A máj homályosan tapintható. Ascites nincsen. A vizelet fajsúlya 1011, albumen nyomokban. Diagnosis: Insufficiencia aortae et bicuspidalis. Arteriosclerosis.

Nap	Ivott (cm ³)	Vizelt (cm ³)	Pulsus	Systole	Vérnyomás (mm. Hg.)	Amplitude	Dosis. Megjegyzés
IX. 26.	1200	1300	80	80	115—145	30	—
27.	900	900	76	79	140—180	40	4 × 0.1 digipuratum
28.	1200	1600	58	58	110—160	50	Dyspnoë kisebb, pulsus reguláris
29.	—	—	57	57	120—160	40	—
30.	—	—	67	67	120—160	40	1 × 0.1 digipuratum
X. 1.	1200	1450	64	—	120—170	50	—
2.	900	1000	57	60	130—165	35	—
3.	1200	900	64	62	110—155	45	2 × 0.1 digipuratum
4.	900	900	54	56	110—165	55	Erős dyspnoë
5.	900	600 ?	64	64	100—150	50	2 × 0.1 digipuratum
6.	400	1000	52	59	95—170	75	1 × 0.1 " "
7.	700	1000	55	55	165	—	—
8.	900	1500	58	—	85—155	70	—
9.	1200	1100	55	—	90—174	84	—
10.	700	800	69	—	80—145	65	—
11.	650	900	66	—	80—155	75	X. 12. javultan távozik

November 26. Újból nagy dyspnoëval, arhythmiás szív működéssel és lábszároedemával jelentkezett. A szívesücslökés alig tapintható, helye nem változott. Szívtompulat: a 3. borda — jobb parasternális vonal — a szívesücslökés helye. Zörejek mint szeptember 26.-án. 5 × 0.1 digipuratum.

November 27. Este hányásinger. 3 × 0.1 digipuratum.

November 28. A hányásinger tart. Este a 3. digipuratum-tablettát kihányta.

December 1. Karjai kissé oedemasak lettek s e miatt a vérnyomást tovább mérni nem lehet. Orthopnoë.

December 2. A karok oedemája tetemesen nőtt, dyspnoë tart. Systolék és pulsusok száma egyezik. A diuresis a digipuratum elhagyása után csökken, 3 × 0.5 gm. thephorint rendelünk. 10 csepp morphin.

December 5. Tetemes diuresis, a lábakon minimális oedema, a karok oedemája is engedett.

December 9. Az oedema teljesen eltűnt. Harmadnapja fáj a feje. Kis dyspnoë. Szívesücslökés 2 harántujjal a bimbóvonalon kívül a 6. bordaközben. Szívtompulat a 4. borda — 2 harántujjal a jobb szegy-

November 12. A máj jelentékenyen megkisebbedett, csak a lábán van oedema. A pulsus telt és rythmusos. Reggel émelygett s gyomorfájásról panaszkodott.

Nap	Ivott cm ³	Diuresis cm ³	Pulsus	Systole	Vér- nyomás (mm. Hg.)	Amplitude	Dosis
X. 1.	1050	200	—	127	120	—	0.1 × 4 digipurat.
2.	1200	300	—	120	—	—	4 × 0.1
3.	1200	400	72	92	116	—	3 × 0.1
4.	1200	600	53	87	90—115	25	3 × 0.1
5.	1350	400	45	83	95—115	20	2 × 0.1
6.	1300	450	42	82	85—110	25	1 × 0.1
7.	1100	400	47	90	70—110	40	1 × 0.1
8.	1100	500	44	88	85—110	25	1 × 0.1
9.	1200	300	43	84	90—115	25	1 × 0.1
10.	1100	400	48	87	110	—	—
11.	1000	350	46	90	80—115	35	—
12.	1000	400	49	91	85—115	30	—
13.	950	300	55	98	70—120	50	3 × 1 cm ³ digalen
14.	1000	300	50	93	70—115	45	3 × 1 cm ³ "
15.	1100	700	49	96	80—120	40	3 × 1 cm ³ "
16.	1000	1000	49	96	85—135	50	3 × 1 cm ³ " és 2 × 0.5 thephorin 1 cm ³ digalen, 3 × 0.5 gm. thephorin mától naponta
17.	1000	900	48	96	85—120	35	Digalent nem kap
18.	800	700	55	108	95—120	25	4 × 0.1 digipurat.
19.	800	750	56	112	105—125	20	3 × 0.5 thephorin
20.	850	800	56	112	95—115	20	"
21.	800	700	56	114	90—125	35	"
22.	900	1000	59	118	85—125	40	3 × 0.1 digipurat.
23.	800	1200	53	106	85—135	50	3 × 0.5 thephorin
24.	1000	1200	51	102	90—120	30	3 × 0.5 thephorin
25.	900	1000	49	110	90—125	35	3 × 0.5 "
26.	900	850	58	114	90—125	35	3 × 0.5 "
27.	1000	950	53	112	100—130	30	3 × 0.5 "
28.	1100	1000	53	106	—	—	2 × 0.5 "
29.	900	900	52	104	85—135	50	2 × 0.5 "
30.	1000	1000	49	96	70—120	50	3 × 0.5 "
31.	900	900	54	98	85—120	35	3 × 0.5 "
XI. 1.	950	900	51	102	80—130	50	3 × 0.5 "
2.	700	800	51	99	85—130	45	3 × 0.5 "
3.	950	850	55	103	85—120	35	3 × 0.5 "
4.	850	800	60	104	85—115	30	0.5 "
5.	800	800	63	115	80—120	40	2 × 0.5 "
6.	900	850	—	—	—	—	3 × 0.5 "
7.	950	1000	67	100	105 ?	—	4 × 0.1 digipurat.
8.	1000	1000	63	103	80—100	40	3 × 0.5 thephorin
9.	800	1000	—	—	—	—	3 × 0.5 "
10.	950	1200	—	—	—	—	4 × 0.1 digipurat.
11.	1000	1000	52	104	—	—	3 × 0.5 thephorin
12.	950	900	48	96	70—110	40	3 × 0.5 thephorin
13.	700	900	50	94	85—120	35	3 × 0.5 "
14.	750	900	52	104	80—120	40	3 × 0.5 "
15.	800	800	50	100	85—115	30	3 × 0.5 "
16.	750	900	50	98	85—115	30	3 × 0.5 "
17.	750	600	58	97	85—115	30	3 × 0.5 "

A pulsus kicsisége és nagyfokú egyenetlensége miatt az első 3 nap csak a systolés nyomást lehetett mérni s így az amplitude viselkedését ez esetben tisztán nem láthatjuk. A systolés nyomás az első digipuratum-cyclusban csökkent 10 mm.-rel, míg a 3 nap alatt bevett 9 cm³ digalen a nyomást nem csökkentette, hanem a 4. napon, egy ízben, 15 mm.-rel emelte.

A második digipuratum-cyclusban, mikor a beteg egyúttal 3 × 0.5 gm. thephorint is szedett, a systolés nyomás az 5. napon — bár csak átmenetileg — 10 mm.-rel növekedett. A harmadik cyclusban egy ízben 10 mm.-t esett a systolés nyomás. (NB. a beteg ekkor már 27 nap óta szedett thephorint.)

A diastolés nyomás az 1. cyclusban ingadozott, a 2. és 3.-ban esett, de elhagyva a szert, ismét emelkedett. A digalen az első 2 nap csökkentette, a 3. nap emelte a diastolés nyomást.

A diuresis megítélésakor tekintetbe kell vennünk, hogy a betegnek a táblázatban megjelölt hasmenéses időszakain kívül is csaknem állandóan 1—3 hig széke volt, a mivel természetesen ismeretlen mennyiségű vizet vesztett. A nem bő diuresis ellenére

is ily módon a beteg oedema és ascites nélkül távozott. Az 1. digipuratum-cyclus befejeztével oedemája még növekedett s ily módon fel sem tételvezhető, hogy a hasmenés pótolta volna a ki nem elégitő diuresist. A digipuratum-thephorin kombinációra a diuresis megközelítőleg akkora lett, mint a bevitt folyadék mennyisége, sőt akár $\frac{1}{3}$ -ával túl is haladta.

A hányás, mely kezdetben jelentkezett, pangásos eredetű volt, minthogy éppen digipuratumra szűnt meg.

Jelentékenyebb revolutio szám csökkenés 3. napra állott be (az 1. cyclusban), mikorra is a pangásos hányás megszűnt, de a diuresis nem nőtt meg kielégítőleg.

(Folytatása következik.)

A régi magyar orvosnövendék.

(Folytatás.)

Legjobban mégis a bonczolások ragadták meg a fiatal orvosnövendék figyelmét. Páriz Pápai mindig pontosan feljegyezi, mikor bonczolás volt a baseli egyetemen. Nem épen gyakran esett, mert akkoriban még előítélet és hatósági rendszabályok korlátozták a hullabontást. Páriz Pápai naplója az 1673. évben mindössze négy bonczolást említ, melyeket mind Glaser tanár végzett, a ki nemesak az anatómiát, hanem a növénytant és a vegytant is tanította. A feldolgozott hullák részint a városi kórházban elhalt betegeké, részint kivégzett bűnösöké voltak. Így egy gyermekgyilkos asszonyé, a kit lefejezték s azután a bonczolásra átengedtek. Minthogy a hullák gyéren akadtak, ezért is alaposan ki kellett azokat használni, és Páriz Pápai két ízben is említi, hogy egy-egy hullán nyolcz napig történt a demonstratio a reggeli órákban, míg délután ugyanezen a hullákon sebészeti operatiókat végeztek. Ha nem volt hullá, akkor állatok bonczolásával is megelégedtek; egyszer egy sündisznót bontottak fel a schaffhauseni városi kórházban Páriz és társai, mások meg (Zürichben) egy vemhes juhot és annak a foetusát. A bonczolásokra néha egyik-másik laikus „magyar atyafit” is elvitték; így Baliga, Göttingában tanuló magyar orvosnövendék Halmágyit és a Teleki-grófokat hívta meg egy bonczolásra, melyet a „nagy” Haller végzett, 1753-ban. Halmágyi erre vonatkozó leírása oly érdekes, hogy már azért is megérdemli a rövidített alakban való közlést, mert kitűnik belőle, hogy a bujakóros betegekkel akkoriban Németországban se bántak nagyon udvariasan. „Volt itten egy leány, ki franczuban esvén, végre annyira utolérte, hogy extra commercium omnium hominum kénytelenítetett a város rekesztetni a vár kerítése mellett lévő egyik toronyban. Rendelt ugyan a magistratus medikust melléje, ki salivatioval sokáig kinozta, de minden orvoslás füstben menván, magára hagyatott és ottan két esztendeig kinlódott. Ezen személy a mult napokban meghalván, anatómiára vitetett, és ma is az ereket demonstrálta Haller uram belőle. Nem vagyok képes leírni ennek fertelmes voltát; ajakát, nyit a nyavalya kiette, orozáját egészen elváltoztatta, teste mindenütt csunya genyedségből és fertelmes materiából állott. Irtózás volt reáézni. Mégis Haller uram és a deákok kezekkel vájkáltak a testében és dicsérte Haller uram, hogy mivel nem húsos és nem kövér, könnyű rajta az inakat demonstrálni. Kár, hogy minden ifjú, kivált ki igen a voluptásnak adta magát, efféle cadavert nem vizsgál, mert megtekintheti ebből a buja életnek gyümölcsét, mely száz óratornál is jobban persvadeálna a szűz és istenes életre.¹ Néha különben az is megesett Göttingában, hogy a szegény emberek maguk vitték be hozzátartozóik hulláját az egyetemre, hogy jópénzért az anatómiának átengedjék. Halmágyi ott tartózkodása alatt egyszer az a furesa „kázus” történt, hogy „egy parasztember béhozván gyermekágyban megholt szűz [vagyis hajadon] leányát az anatómiára, oly conditioval akarta odaadni, ha az élő gyermekét is elveszik; akár feltránszirozzák azt is, akár egyebet csináljanak vele; mely nagy nevetségre adott alkalmatosságot. Történt az academia erectiojkor, midőn a cadavereket keresték, hogy egy paraszt maga feleségének a piacra béhozván cadaverét, kérdezte: hol lakik az az ember, a ki holt embereket szokott vásárolni?” Ennek is kedves felesége lehetett! — teszi hozzá szokott csöndes humorával a napló írója.

Megjegyzem mellesleg, hogy első időben a nagyszombati egye-

¹ Halmágyi Naplója, u. o. 560.

temen is a kivégzettek hulláján történt az anatómiai oktatás. S minthogy a kis Nagyszombat város nem tudott erre való „anyagot“ kellő mennyiségben szállítani, ezért is a helytartó tanács 1771-ben Pozsony és Nyitra vármegyét szőlította fel, hogy az egyetem camera anatómicá-ja számára szükséges hullákat szállítsa; úgy azonban, hogy a szállítás költségeit az egyetem pénztára fődözi.¹ De a Mária Teréziához intézett (1773 május 14.-én kelt) panaszos felirattól kitűnik, hogy ez a két vármegye sem szállított kellő számú hullát, mert a boncztan és a sebészet tanárának állítása szerint egy álló esztendeig egyetlen hullát sem kaphattak. Erre aztán azt felelték Bécsből, hogy mivel Nagyszombatban előreláthatólag sohasem lesz elegendő számú hulla kapható: ennél fogva legjobb lesz, ha az anatómia és chirurgia tanárai az állatokon való bonczolást és operálást veszik segítségül; nam sic docuit antiquitas, sic docent boni in arte“!²

De nemcsak a bonczolással, hanem a vivisectio kezdetleges módjával is megismerkedhetett (egyik-másik külföldi egyetemen) a fiatal növendék. A már említett Baliga Sámuel, ki úgylátszik tehetős ember volt, a göttingai egyetemen Haller vezetése alatt végezte állatkísérleteit, s ezekre néha Halmágyit és a Teleki grófokat is meghívta. Egyszer egy kutya „feltránszsirozására“ invitálta meg őket, „melyet deszkára hanyatt fektetvén, mind a négy lábát erős spárgával bekötözték egy más medicinae studiosussal együtt, a száját is keményen egybekapcsolták, hogy sem nem kiálthatott, sem nem haraphatott. Azután a mellét nyútván meg a bőrtől, az anatómiának azon legális részét demonstrálta, mely szerint, ha a muskuluson vagy oldalesontjai [bordái] között kisebb lyuk esik az aspera vena [trachea] cavitásánál, azon seb nem lethale. Ejtven ugyanis egy kis lyukacska *in musculo*, jól néztük a tüdejét, cum respirazione mint nevedkedett és remített, és semmi hiba respiratiojában nem volt. Nagyobb lyukat nyitván rajta, mintsem in vena aspera vagyon, kifűtta rajta a tüdőt, de mivel a szíve és a tüdőjének fele balfelől még intacte volt, ugyan csak élt. Felnyitván pedig az egész mellét s abban a szívet, s a más tüdőt is előhútván, s arteriáját megvágván, tovább ugyan nem rugódózott, de a szíve azután is annyira vert, hogy absolute comprimálni nem lehetett. Ekkor láttam, mit tesz a halálozó ember vonaglása és annak a pulsusból való megismerése; mely sokáig remített és mely inaequaliter ver akkor a pulsus“. Megmutatta nekik a diaphragmát is, „amelyen való seb ugyan halálos, ha nem cüráltatik, de ha jól hozzálátnak, meggyógyul. Azon alól pedig a bele is kiemelhet a hasán levő nagy seben az embernek; de ha a belet meg nem sérti, karikacsapás meggyógyítani, sőt ha a bél megsértődik is, csak hamar legyen a ki okosan békösse, nem incurabilis“. Baliga az ő kísérleteinek eredményét Hallernek is meg akarta mutatni, de közben megbetegedett, a kutya pedig megbűdösödött. Egy másik alkalommal (szintén kutyán) azt demonstrálta nekik Baliga, hogy ha a vénába levegő jut (csövön keresztül belefűva), az állat görcsök közt elpusztul.

* * *

Az egyetemi tanulmányok, és kiváltképen az orvosiak, régebben sokkal költségesebbek voltak, mint manapság. Már csak azért is, mert annak az ifjúnak, a ki a „bujdosásra“ (peregrinációra) adta magát, sok országot, nagy földet kellett bejárnia, pedig a régi világban a közlekedés sokkal drágább volt, mint ma. Ebből érthető, hogy kint tanuló medikusaink igen gyakran irogatnak haza a meczénásaikhoz pénzmagért. Így Páriz Pápai (1712), mikor a fia Halléban tanul, kéri levéllel fordul gróf Teleki Sándorhoz, hogy segítse továbbra is, mert ámbár a fiúnak sikerült, mások ajánlásával, bejutni a „regia mensára“, a hol mindennap „gratis tisztes-séges ebédjek vagyon, bár vacsoráért fizetni kell keveset: egy hétre egy rhenensis forintot; a milyen alkalmatosságot másutt meg nem talál“, de mindamellett „igen költséges a medicina tanolása“. S így volt ez még sokkal később, a 18. század vége felé is, mert a már említett András Sámuel feljegyzéseiből kitűnik, hogy neki 3000 forintjába kerültek az orvosi tanulmányok, a mi akkoriban igen nagy pénz volt.³

¹ Linzbauer, Codex stb. II. 581.

² Lásd Győry közleményét: Zwanzig Abhandlungen z. Gesch. d. Medizin. Hamburg, 1908. 89. l.

³ Figyelő: XIV. 70., és Irodort. Közlem., IX. kötet. 311. lap.

Ez magyarázza meg, hogy a külföldön tanuló magyarok fennmaradt levelei és naplójegyzetei tele vannak szegénységük, nyomorúságuk keserves panaszával. Hiszen már itthon is többnyire a vékony-pénzü legények sorából kerültek; milyen lehetett az életük a nekik idegen és drága Hollandiában, Németországban és Angliában! Taksonyi Péter theologus (1602) azt írja egyik panaszos levelében,¹ hogy napról napra, óráról órára várják a pénzbeli segítséget otthonról, de hiába; azok közül, kik haza akarnának menni, csak ketten kapták meg a mult évre szóló stipendiumot, a többiek mind csak hitelből éldegélnek; a tél is itt van, nagy a hideg, úgy hogy még ha megkapnák is a pénzt, most már nem indulhatnak hazafelé, hanem meg kell várniok a tavasz elejét. Természetes, hogy ilyen viszonyok közt sok szegény tanuló nagy adósságba verte magát, és ezt az otthoni meczénások rendszeren a diák-pazarlás rovására írták. Így a keresztúri zsinaton (1593) azt határozták, hogy „eddig a magyar nemzetnek nagy becsülete volt külföldön . . . de mostanában rossz hirbe kezd jönni a magyar név, némely akadémikusok nagy pazarlásai miatt. Ennél fogva intetnek a vittembergai és heidelbergi polgárok és tanárok, hogy a magyar ifjaknak való kölcsönzéstől tartózkodjanak, mert nem fogják pénzüket megkapni. A magyar ifjak is intetnek, hogy különösen az elszegényedett hazának nyomorult sorsára tekintve, a pazarlástól tartózkodjanak“.

Hát bizony az akkori medikusok közt is akadtak pazarló korhelyek; ilyen volt például Páriz Pápai András, a Ferencz fia. Halléban jártakor annyit dorbézolt, hogy végre az apai vagyon nagy részét is elverte és hitelezői nem is eresztették haza, a míg összes holmiját el nem licitálták.² De a fennmaradt emlékek eléggé bizonyítják, hogy a nagyobbik részük nem ebből a fajtából való volt, hanem már akkor is megvolt bennük az a komolyság és tisztességes törekvés, mely az orvosnövendéket mindenkor jellemezte. Sőt sokszor hozzájárult még a szegény magyar embernek szegénylőssége és gyámoltalansága is. Szegény sorsában sem adta magát a kéregetésre. Usanaki Máté, a 17. század elején, egy kis munkát írt,³ melyet a svájci városok polgármestereinek és tanácsosainak ajánlott; ebben hosszasan magyarázza, hogy azok, a kik magyar nevet hazudva és koldusok módjára kéregetve bejárják a külföld nagyobb városait, nem magyarok, hanem többnyire tótok,⁴ némely ritkább esetben pedig erdélyi szászok; a magyar fiú idegen földön is későbbi szükségét látni, nyomorogni, hogysem kolduljon. Felszólalására az adott okot, hogy egy Rotari István nevű magyarországi tanuló szorultságában különböző nevek alatt, kéregetve járta be Angliát, Svájcot és Hollandiát. „Ezt a szokást ma is sokan csalárdul gyakorolják“, teszi hozzá sokkal későbbi időben Bod Péter.

A szűkös viszonyok közt élő medikusok akkor többnyire úgy segítettek a helyzetükön, mint manapság; órákat adtak, preczeptorkodtak. Így Moller Vilmos Dániel, pozsonyi fi, mikor Colmarban tanult, a városi bíró három fia mellett vállalt tanítói állást. Mások a tanárok gyakorlatában segédkeztek, olyanformán mint a mai assistensek, és ilyen módon jutottak néhány garashoz. Így mikor Halmágyi (1753) Göttingában megbetegedett, Segner tanár a már említett Baligát bízta meg a kezeléssel, ez praescribált neki „Segner uramnak dispositiója szerint“ és ő „reportálta naponként“ a tanárnak, hogy hogyan van a beteg.⁵

Némelyek a medica mellett a hittan hallgatására is ráadták a fejüket, nem mindig a theologia iránti vonzalomból, hanem azért, mert néhol (így például Utrechtben) a városi tanács elég tekintélyes összeget (az említett helyen 100 frtot) adott azon magyar tanulóknak, kik a hittant hallgatták. Az önszegélynek ezt a módját vette igénybe Pataki Sámuel is.

Természetesen, a mennyire lehetett, egymást is segítették a külföldön szűkölködők, kivált mikor már hazafelé indultak, és fogytán volt a pénz a tarsolyban. „Bajcsi Sámuel uram“-ról írja Bereczk (1695) a többször említett naplóban, hogy „sok keserves bujdosási után Isten segedelméből indult ez sovány földről (Hollandiából)

¹ Dézsi L.: Sz. Molnár Albert Naplója, 138. lap.

² Weszprémi: Succincta stb., IV. kötet. 231. lap.

³ De natura verorum Hungarorum, eorum item, qui se Hungaros mentientes per diversa regna mendicando vagantur.

⁴ Azt hiszem, hogy az úgynevezett olejkárokról czélok, mert vannak róla adataim, hogy ezek a tót kuruzslók Genéve-ben is megfordultak.

⁵ Halmágyi Naplója, 553. l.

édes hazánkba, kit Isten vezéreljen szent lelkével, őrizze minden gonoszoktól, és édes atyja öröme vigye békével, kívánom. Adtam útjára 12 aranyakat 12 belga forintokkal együtt¹.

De nem egyszer a külföldi egyetemek hatóságai és a tanárok is segítettek a megszorult magyarokat. Így a bécsi egyetem jegyzőkönyvei említik, hogy az ottani orvosi kar 1416-ban magyarországi Péternek, köpönyege megvételére, Isten nevében egy forintot adott.¹ Mikor Párizs Pápainak elfogyott a pénze, a heidelbergi rector magnificus adott neki („kéresem nélkül“, jegyzi meg naplójában) egy aranyat „viaticum“-ra, hogy Baselbe mehessen; ugyanekkor a városi könyvkereskedő egy szép „sidó bibliát“, egy német orvosnövendék pedig német grammatikát ajándékozott neki. Schaffhauseni tartózkodása alatt, mikor már egészen kifogyott az erszénye és otthonról semmi segítség sem érkezett, egy ottani előkelő polgár három hónapig ingyen tartotta, a városi orvosok és lelkészek pedig talléronként rakták össze az útravalóját, hogy tovább mehessen bujdosásában. Az élelmes Madács Péter (1754), kiről már szóltam, németországi tanulmányai idején igazán sokféle módját az önsegélynek használta fel, hogy megélhessen; Boroszlóban hittant hallgatott, a mellett a gyógyszerértárbán segédkezett, majd egy gymnasiumi tanár adott neki szállást és ekkor diákok tanításával és az iskolában végzett szolgámkával keresett egy keveset, néha-néha a könyveit adogatta el; kieszközölte, hogy az egyetemi tanárokat ingyen hallgathassa, egy ízben a városi tanács is megsegítette husz forinttal, sőt végezetül egy jótékony özvegy asszonyt is csipett magának, a ki anyagi szorultságából kimentette, sőt örökösevé is akarta tenni, ha a hittani szakon megmarad.²

Kóssa Gyula dr.

(Vége következik.)

A vidéki kórházak igazgatóinak II. országos értekezlete

f. év márczius 28.-án folyt le Budapesten, a kir. orvosegyesület helyiségében. Mint a hozzánk beküldött tudósításból értesülünk, a napirenden levő tárgyak között szerepelt a kórházak élelmezésének egyöntetű szabályozása, melynek előadója Róna Dezső dr. bajai kórházigazgató volt, a ki előadásának tartalmát a következő pontokban foglalja össze: 1. A húsnak napi adagjából nyers állapotban 200 gramm, kenyérből 400—500 gramm, esetleg egy zsemlye teljesen elegendő; az úgynevezett fél vagy egyharmad adagban húsból 20—30 grammal, kenyérből 100 grammal kevesebb nyújtható; az olyan betegeknek, a kiket ez ki nem elégít, élelmezése külön rendeléssel bővíthető. 2. Az eddig szokásban volt rántottleves reggeli és vacsora helyett 3 deciliter tej adassék. Vacsorára esetleg frissen és izletesen készült főzelék adható. 3. Alkoholneműek adása teljesen mellőzhető és legfeljebb csak alkoholistáknak volna megengedhető. 4. Az ételneműek legyenek az adott határok között változatosak és izletesek.

Az ápolási költségek behajtása körüli módosítást Szigeti Gyula Sándor dr. kaposvári kórházigazgató tárgyalta oly értelemben, hogy mindazokat a magánosokat illető költségköveteléseket, a melyeket a kórházból való távozáskor a kórháznál ki nem egyenlítették, a havi számadással külön csoportosítva, az országos betegápolási alap terhére felszámítani lehessen. A kórházi személyzet és a betegsegélyező pénztárak kérdését Papp Gábor dr. szolnoki kórházigazgató referálta, azon formában, hogy a kórház vagy csupán balesetre iratja be minden alkalmazottját a pénztárba, betegség esetén pedig maga kezeli őket, vagy attól teszi függővé alkalmazottainak betegség esetére való biztosítását, hogy a pénztár hajlandó-e kórházi tagjainak gyógykezelését a szakma szerinti kórházi orvosokra bízni vagy nem? E két út közül azt lehet választani, a melyik a külön helyi viszonyoknál fogva kedvezőbb a kórházra és alkalmazottaira.

A kórházi orvosok és tisztviselők helyzetét és fizetési viszonyait Bogdán Aladár dr. balassagyarmati kórházigazgató és Papp Gábor dr. szolnoki kórházigazgató referálta. Hosszas beható vita

után az értekezlet többsége azt határozta, hogy a kórházi orvosoknak külön statusba leendő beosztása tárgyában a belügyminis-teriumban kezdeményező lépéseket tesz. Sokoldalú panasz tárgya volt főleg azon körülmény, hogy számos kórház orvosai sem nem tagjai a kórházat fenntartó törvényhatóság tisztviselői karának, sem pedig nyugdíjképeséssel nem bírnak és különösen az állami kórházak orvosaival szemben jelentékeny hátrányban vannak, holott ugyanazon hatáskörrel bírnak.

Lipscher Mór dr. komáromi kórházigazgató a kórházaknak gyógyszerrel való ellátásáról szóló referatumban a gyakrabban használt gyógyszeranyagoknak nem a gyógyszerértárból, hanem a gyógyszerkereskedőktől — droguistáktól — való beszerzését ajánlja. Az ily módon elérhető költségmegtakarítást — saját tapasztalatai alapján — 50%-nál is nagyobbra teszi.

Róna Dezső dr. bajai kórházigazgató még a betegápolói tanfolyamokról értekezett. Javasolja annak kimondását, hogy az értekezlet 1. nagyobb vidéki kórházakban ápolói cursusok tartását helyesli; 2. ezen cursusok költségei az illető kórházak évi költségvetésébe felveendő; 3. a cursusokat végzett ápolók, illetve ápolónők egyik közkórházban nyilvántartassanak és szükség szerint ez úton helyeztessenek el; 4. az engedély megadásáért ez értelemben az értekezlet a belügyministerhez feliratot intéz.

Mint értesülünk, az értekezletnek eddig 59 tagja van; a hozott határozatok végrehajtásával 12 tagú bizottság van megbízva Petz Lajos dr. győri kórházigazgató elnöke alatt. A kötelező egy évi kórházi gyakorlat tárgyában, mivel kilátás van arra, hogy a jelenlegi rendszer bizonyos kibővülést fog nyerni, az értekezlet egyelőre várakozó álláspontra helyezkedett.

IRODALOM-SZEMLÉ.

Könyvismertetés.

Az ambulatorikus betegvizsgálat methodikája. Irta Olsavszky Viktor dr. járásorvos. Budapest, 1908. „Petőfi“ irodalmi és nyomdavállalat. Ára 2 korona.

A szerző, mint vidéki gyakorlóorvos, saját tapasztalatából tudja, hogy az ambulancián összetorlódó betegeknek mily nehéz a gyors és alapos körjelzés felállítása. Hogy e nehézségeken némileg könnyítsen, határozta el magát e kis zsebkönyv megírására, melyben bennfoglaltatik a belbetegségek minden fontosabb tünete s e mellett bizonyos határozott rendszer a beteg kikérdezésére és megvizsgálására. A kis munka tehát nem tudományos, hanem gyakorlati érdekeket szolgál s benne csupán a beosztás és a kidolgozás formája új. Az anamnesisre vonatkozó adatok után áttér az idegek, az emésztőszervek, az orr, torok és gége, a légzőszervek, a vérkeringési szervek, a vese, a vér betegségeinek diagnostikájára; előadja a vizeletvizsgálatot, valamint a fájdalom semiotikáját.

A szerző nem csalódik azon meggyőződésében, hogy az az orvos, a ki e könyveeske tartalmát tudja, durvább diagnostikai tévedést nem fog követni és jó szolgálatot tesz majd e zsebkönyv az orvostanhallgatóknak is, a terjedelmesebb szakmunkák tanulmányozása után. Remélhető, hogy a könyv újabb kiadásából a tömördek értelemzavaró hiba ki lesz küszöbölve, mert azok a különben helyes irányú mű használatát nem esékély mértékben megnehezítik.

Új könyvek. Bardenheuer und Graessner: Die Technik der Extensionsverbände. Vierte Auflage. Stuttgart, F. Enke. 4 m. — G. Liebe: Vorlesungen über Tuberculose. I. Die mechanische und psychische Behandlung Tuberculöser. München, J. F. Lehmann. 5 m. — Müllern: Grundriss der klinischen Blutuntersuchung. Wien, F. Deuticke. 9 K 60 f. — R. Kutner: Volksseuchen. Jena, F. Fischer. 6 m. — Laan: Die Krankenpflege in der Chirurgie. Leipzig, F. C. W. Vogel. 10 m. — Noorden: Über die Behandlung einiger wichtigen Stoffwechselstörungen. Berlin, A. Hirschwald. 2.80 m. — Hansemann: Deszendenz und Pathologie. Berlin, A. Hirschwald. 11 m. — S. Róna: Dermatologische Pro-pädeutik. Berlin, J. Springer. 3.60 m. — Kirchhoff: Der Gesichtsausdruck bei inneren Krankheiten. Leipzig, J. A. Barth. 0.75 m. — F. Plant: Die Wassermannsche Serodiagnostik der Syphilis in ihrer Anwendung auf die Psychiatrie. Jena, G. Fischer. 4.50 m. — H. E. Schmidt: Kompendium der Röntgentherapie. 2. Auflage. Berlin, A. Hirschwald. 3 m. — B. Lépine: Le diabète sucré. Paris, F. Alcan. 16 fr.

¹ „Placuit etiam facultati, quod domino Petro de Ungaria pro subsidio ad unam tunicam deberet dari 1 flor. propter Deum et factum est“. Schrauf: Acta facult. medic. Univ. Vindob. I. kötet. 31. l.

² Szimnyei: Magyar Irók, VIII. kötet. 214. l.

Lapszemle.

Gyógyszer-tan.

A digitalis kombinálásáról más szerekkel ír *Pohl* tanár. Ismeretes, hogy a digitalist nagyon sokszor adják más szerekkel együtt. A szerző több ilyen kombinációról állatkísérlet alapján bebizonyította, hogy helytelen, mert a digitalis hatását csökkenti. Első sorban utal arra a mások által is már megállapított körülményre, hogy savak a digitalis-infusum bomlását gyorsítják; ezélszerűtlen tehát a tinctura digitalis rendelkezése a savi kémhatású tinctura ferri chlorati aethereával; ugyanezen okból a Gehardt-féle recept (Inf. fol. digital. 1:5:150:0, Natr. bicarbon. 5:0, Acid. citr. qu. s. ad saturat.) készítésekor ügyelni kell, hogy a végreactio alkaliás legyen. Nagyon elterjedt a digitalis kombinálása china-készítményekkel, noha a két szernek antagonistá hatása van. A diuresis hatás fokozására kaliumsókkal is együtt adják a digitalist és a strophan-tust; a szerző kísérletei szerint a kaliumsók akadályozzák a strophan-tin hatását, az ammoniak ellenben elősegíti. A chloroform (chloro-formos viz alakjában) elősegíti a strophan-tin hatását, az opium és morphiüm ellenben hátráltatja, alkalmasint felszívódásának akadályozása útján. A coffein is megszünteti a strophan-tin hatását; a két szernek annyira kedvelt együttes adása tehát nem ajánlható. Végeredményben tehát állítható, hogy a mikor a digitalis-sorozatba tartozó anyagokkal gyors és maximális hatást akarunk elérni, leg-ésélszerűbb, ha egymagukban adjuk őket. (Therapeutische Monats-hefte, 1909. 2. füzet.)

Belorvostan.

Az asthma bronchiale rohamának megszüntetésére *Noorden* tanár klinikáján nagyon jó eredménnyel használják az adrenalin-t. Lehetséges, hogy a tüdőbeli vérereket szűkíti s ennek következtében anaemiássá válik a hörgők nyálkahártyája, a bronchiolusok duzzadsága és szűkülete tehát megszűnik. De lehetséges az is, hogy a sympathicusra gyakorolt izgató hatás a lényeges. *Jagic* az említett klinikáról 5 esetet ismertet, a melyekben $\frac{1}{2}$ cm³ adrenalin-oldatnak (1:1000) bőr alá fecskendezésére a súlyos roham 5—15 perc múlva véget ért. Arról, vajjon hosszabb adrenalin-használat nem javalt-e asthma bronchiale eseteiben, ez idő szerint még nem mondhatni véleményt. Tekintettel arra, hogy állatokon adrenalin-kezeléssel arteriosclerosis idézhető elő, mindenesetre csak nagy óvatossággal szabad az ilyen huzamosabb adrenalin-kezeléssel kísérleteket végezni. Az asthma-roham ellen azonban biztosabban és gyorsabban hat az adrenalin, mit bármely más eddig ajánlott szer (morphium, atropin, chloralhydrat stb.). Az eljárás nem jár kellemetlenséggel; a befecskendezés helyén csak ritkán támadt nagyon kisfokú izgalom; a vérnyomás nem fokozódott számbavehetően; a mérsékelt, gyorsan múló tachycardia nem volt arányban a rohamra gyakorolt jótékony hatással. (Berliner klinische Wochenschrift, 1909. 13. szám.)

Az elektrargollal elért gyógyeredményekről számol be *Diego Buttino*, Battistini prof. osztályáról Turinban. A colloid elektrargol — mint a colloidális eloszlású fémek általában — az elektronegativ colloidok osztályába tartozik. A colloidális fémek előállítására fizikai és kémiai úton sikerül. A Credé-féle collargol a kémiai úton előállított colloidális fémnek a példája, míg az elektrargol a Bredig módszere szerint fizikai úton előállított colloidfém példájául szolgál. A kémiai úton nyert colloidok rendszerint szennyezettek, s igen gyakran az ugyanazon módszer szerinti előállított colloidok sem egyforma hatásúak. A fizikai úton nyert colloidok biológiai s therapiiai szempontból különböző hatást fejtenek ki, a suspendált szemcsék nagysága szerint. Henry s Cernovodeanu kimutatta, hogy a katalysises és mikrobicid hatás legerősebb a kis szemcséjű emulsióval, míg a nagy szemcséjű emulsióval a hatás csekély vagy semmi. A szerző a C. Foà és Agazotti-féle kis szemcsés elektrargolt használta, s azt tapasztalta, hogy in vitro 2 cm³ elektrargolt 5 cm³ bakterium-tenyésztetel összehozva, 12 óra alatt valamennyi csíra megsemmisült; in vivo az elektrargol megmentette az állatot a typhus- és diplococcus-fertőzéstől, míg a strepto- és staphylococcus fertőzésben csak késleltette a halált. A mi az antitoxikus hatást illeti, ilyen csakis a szervezeten belül fejt ki az elektrargol, in vitro nem. In vitro keverve az elektrargolt diphtheria-,

dysenteria-, tetanotoxinnal stb., e keveréknek a szervezetbe juttatása után a toxikus hatás kifejlődött, míg ha a toxint és az elektrargolt egymás után fecskendezte az állatba, az állat a toxikus hatástól megmenekült; ebből Foà és Agazotti azt következtette, hogy az elektrargol nem hat közvetlenül a toxinokra, hanem csak közvetve, az oxydatio fokozódása útján sietteti a toxinok elpusztulását. Az oxydatiós processzus fokozott voltának kísérleti bizonyítékát Robin, azután Ascoli és Izar a szigorúan N-egyensúlyban tartott emberen a kiválasztott N-mennyiség megszorodásának kimutatásával adta meg.

A szerző szerint javult az elektrargol alkalmazása:

1. Fertőző betegségekben. 2. Anyageserebetegségekben. Leghatásosabbnak typhus abdominalisban találta; mintegy 30 typhus-esetben próbálta meg az elektrargol alkalmazását, s azt tapasztalta, hogy néha 3—4, recidiva esetén 1—2 befecskendezés elegendő a teljes gyógyuláshoz. A vér bakteriológiai vizsgálata negatív volt az injectio után olyan esetekben is, a melyekben a kezelés előtt a vér bakteriológiai vizsgálata mindig positiv eredménnyel járt. Streptococcus, staphylococcus okozta septicaemia, polyarthriti rheumatica acuta, malaria, meningitis tuberculosa, meningitis cerebrospinalis eseteiben az elektrargol-kezelés eredménytelen volt. Hatásosnak bizonyult még az elektrargol endocarditis recurrens eseteiben.

Az anyageserebetegségek közül diabetes mellitus 4 esetében próbálkozott meg az elektrargol-injectiókkal, de — Isovesco-val ellentétben — a czukornak csökkentése a vizeletben nem sikerült.

A szerző minden esetben intravenásan alkalmazta az elektrargolt, mert az intramusculáris adagolást igen fájdalmasnak s kevésbé megbízhatónak találta. Egyes adagul kezdetben 5—10 gm.-ot használt, de fokozatosan emelte a dózist 20—30 gm.-ra; az injectiókat 1—2 naponként ismételte meg. Az eseteknek több mint a felében semmiféle subjectív vagy objectív kellemetlenség nem volt észlelhető a befecskendezés után; a hol beállott nagyobb reactio, ott az injectio után $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ óra múlva észlelhető hidegrázásban, lázban (szapora érverés s légzés) nyilvánult, e reactio időtartama nem szokott $\frac{1}{2}$ —1 óránál tovább tartani. A reactio beállta nem volt az elektrargol mennyiségével arányban.

A kezelés nyomán feltűnt, hogy a vérnyomás a befecskendezés után emelkedett, azonban a Charrin, Achard, Weil által leírt leukocytosis az esetek 40%-ában hiányzott. A leukocytosis az injectio után 3—4 órával volt a legerősebb, az általa észlelt legnagyobb leukocytosisban a fehérvérsejtszám 6000-ról 11,000-re emelkedett. A szaporodás a polynucleáris leukocytákat illette első sorban. A Patella által leírt vasalis endothelsejtnak megfelelő nagy mononucleáris, nem szemcsés sejtek többnyire megtalálhatók voltak; ezek alkalmasint a vena falának megsértése folytán kerültek a vérkeringésbe. A vizeletben mindössze csak 2 esetben mutatkozott fehérje, míg más esetekben az eredetileg is fehérjét tartalmazó vizelet albumentartalma nem növekedett. (Il Policlinico. Sez. Pratica., 1909. fasc. 12.)

Galambos Arnold dr.

Idegkórtan.

A hysteria fogalmának átalakulásáról szól *Babinski* cikke, a melyben a szerző elmondja, hogy mint *Charcot* tanítványa, eleinte mesterének nézeteit követte, de később azoktól eltérni volt kénytelen, mert úgy látta, hogy a hysteria körébe olyan esetek kerültek, a melyek nem tartoznak oda, nevezetesen szervi idegbajok, szimulálás és nem hysteriás neurosisok.

Szervi idegbajok megkülönböztetése a hysteriától. Sok szervi hemiplegiát néztek hysteriásnak. Régebben nem is állott rendelkezésre jó criterium a kettő elkülönítésére. Azt mondták, hogy a hysteriás hemiplegia vonásról vonásra utánozhatja a valódit és hogy csak külső körülmények alapján állítható fel helyes körjelzés. A beteg előhaladottabb kora, az esetleges szívbj, lues az előzményben szervi, míg fiatal kor, szívbj vagy lues hiánya, stigmák és ijedség után való keletkezés hysteria mellett szólnak. Ezekből azonban ilyen következtetést biztossággal vonni nem lehet. Pl. a kedélyfelindulás érrepedést okozhat az előidézett fokozott vérnyomás következtében és így szervi hemiplegia támadhat. A stigmák is értéktelenek és igen sok emberen előidézhetők, különösen pedig amúgy is betegeken. Így szervi hemiplegiában szenvedőkön sugge-

rálással elő lehet idézni hemianaesthesiát és ezáltal hysterio-organismus társulás jön létre, a mi más esetekben, különösen epilepsiában is gyakran fordul elő. Csakis a valódi szervi hemiplegia sajátlagos tünetei alkalmasak a kórjelzés megállapítására. A hysteria képtelen az inreflexeket megváltoztatni, tehát a féloldalt fokozott inreflex szervi hemiplegiára mutat. Ilyen tünet a Babinski-talpreflex is. Minthogy a hysteriás jelenségek közé szervi idegbajok is kerültek és a hysteria fogalmának megállapításakor ezeket is felhasználják következtetésekre, a hysteria fogalma eltorzult. A kóros helyen a szervi bajokban oedema, erythema, érzőgátzavar, hőmérsékeltváltozás támadt, a mely tüneteket azért, mert a betegséget hibásan hysteriának tartották, hysteriás alapon létrejöhetteknek képzelték. Így azt hitték, hogy ha érzőgátzavar, hőemelkedés lehetséges hysteria következtében, lehetséges a hysteriás vérköpés, vérhányás, láz is.

Tettetés és hysteria. Régen ismert dolog, hogy a hysteriás beteg hazudozik és tettet, mégis sokan a hysteria rovására írják olyasmit, a mi csaláson alapszik. Ezek a jelenségek több részre oszlanak. 1. Van közöttük olyan, a melyet suggerálás létrehozhat és eltüntethet, pl. bénulás, contractura, érzéstelenség stb. Ezeket a beteg suggerálja magának és így hozza létre, a tettető pedig szándékosan. A különbség a suggerált és tettetett tünet között nem olyan nagy, mert az alap egyféle mechanizmus. A tettető öntudatosan, a suggerált öntudatlanul vagy félöntudattal jár el, mikor a tünetet létrehozza. Néha ellenőrzéssel nyomára lehet jutni a csalásnak, pl. a mikor a paraplegiás, ha nem veszi észre az ellenőrzést, jár. De a tettető vigyázni szokott magára. Ha a tünet nem suggerálható el, inkább tettetésre van gyanú. *Babinski* a suggerálást csak akkor találta hatástalannak, ha a beteg érdeke ellenkező, pl. baleset után megbetegedettek, a kik kártérítést kívánnak, szerencsétleneken, a kik a kórházból eltávozni nem akarnak stb. Mindezek az esetek túlságosan megnövesztették a hysteria birodalmát. 2. Az idevágó esetek másik csoportjába tartoznak azok, a melyek fictivek, de nem hozhatók létre suggerálással. Ide tartozik pl. a láz és az anuria. A mióta kétes esetekben a beteget az orvos méri meg és az állítólagos anuria is jobb ellenőrzés alatt áll, ez a két jelenség eltűnt a párisi kórházakból. 3. Ide tartoznak tárgylagos tünetek is, erythemák, phlyctenák, ecchymosisek, sebek, oedemák. Ezeket a betegek szándékosan hozzák létre irritáló dörzsölésekkel, bőrszúrásokkal, a végtag lekötésével stb. A család nem mindig érdeke a betegnek, sokszor érdeklődés vagy szájalomkeltés céljából is történhetik.

A tünetek suggerálhatóságáról. *Babinski* a suggerálhatóságot a maga módja szerint magyarázza. Megkívánja, hogy a suggerálás következtében létrejött tünetet ugyanaz a suggeráló erő meg is szüntesse. Hogy mely jelenségek tartoznak ide, azt a gyakorlatnak kell eldöntenie. Suggerálható a görcsroham, a bénulás, contractura, reszketés, a rhythmusos chorea, hangadás-zavar, légzés-zavar, anaesthesia, hyperaesthesia, vizeles-zavar. Nem suggerálható az inreflex fokozódottsága vagy hiánya, a bőr vagy pupillareflex rendellenessége, a mozgató-, elválasztó-, trophiás zavar, vérzés, anuria, albuminuria, láz. A suggerálható tünetcsoportra *Babinski* a pithiatismus kifejezést ajánlja.

A kedélyfelindulás szerepéről. A kedélyfelindulásnak *Babinski* szerint nincs olyan szerepe a hysteriás tünetek létrejöttében, mint a milyent neki tulajdonítanak. Sokkal fontosabb az utánzás. Az, a ki hysteriás görcsöket kap, sokszor látott már hasonlót. Viszont arra is kell gondolni, hogy a hysteriás beteg érdeklődést akar kelteni és hogy minden ilyen beteg maga kitölthetja erre a célra a hysteriás görcsrohamot, a mely kiáltásokból és szándékos mozgásokból áll. Ha a beteg valami csodakúrára gyógyul, az is inkább suggerálás, mint emotio eredménye. Ha a hysteriás bēna beteg tűz kiütésekor el tud szaladni a veszedelem helyéről, az sem a felindulás következtében. Tudnunk kell, hogy a hysteriás beteg öntudatlanul vagy „sub concient” módon elvégre mégis csak szerepet játszik és figyelnie kell, hogy szerepéből ki ne essék. A figyelem eltérítésekor meg is szűnik a tünet. Pl. ha a hysteriásan bēnult beteg karját többször egymásután fölelem és a beteg figyelmét elvonom, beszédbe elegyedve vele a vizsgálat alatt, és ha ilyenkor elengedem a karját, az nem esik le petyhüden, mint a valóban bēna kar, hanem bizonyos fokig egy ideig fölemelve marad, ezzel mutatva, hogy valójában nem bēna. Így terelődik el a tűzben a

beteg figyelme lábának bēnaságáról, a mi által az meg is szűnik, a beteg pedig ezt tapasztalva, tudja újból használni a lábát. A hysteriás tünetek tehát nem emotión alapulnak, hanem ilyenkor is suggeráláson. A kedélyfelindulás folytán támadó tünetek a pithiatismus tüneteitől teljesen eltérnek. A pithiatismus tünetei fölött úrrá lehet az akarat, a mely azokat alakítja, fokát, időtartamát megállapítja. A felindulás tünetei, pl. a tachycardia, érzőgátzavar, erythema, izzadás-bélszavarok fölött azonban az akaratnak semmi hatalma sincs. Helytelen megítélésre ad alkalmat e tekintetben az, hogy suggerálható egyénen létre lehet hozni majdnem szándékosan elpirulást vagy szívdobogást is, de tekintettel kell lenni arra, hogy ezt csakis úgy sikerül elérni, hogy ha az illető egyén felindulásba jön. Így hát ilyenkor is nem a suggerálás, hanem a felindulás lesz közvetlen oka az említett jelenségeknek. Tegyük hozzá még azt a különbséget, hogy a suggerált tünet fokát, időtartamát, kiterjedését magunk állapítjuk meg, míg ha a suggerálás után felindult beteg pl. tachycardiát kap, ennek sem a fokára, sem az időtartamára nincs befolyásunk.

Összefoglalva a mondottakat: A hysteriában össze szokás keverni a suggeráláson, felindulásra alapuló tüneteket és a szervi bajok tüneteit, de valójában csak a suggeráláson alapulókat tartoznak a hysteriához.

Babinski ezután még kifejti, hogy a hysteria tünetei épen azért, mert suggeráláson alapulnak, 20—25 év óta teljesen megváltoztak. Azokat a súlyos bénulásokat, contracturákat, a négy szakaszból álló nagy rohamokat ma csak nagy ritkán látni, mert kevésbé keressük és kevésbé tanulmányozzuk azokat.

Egy szerző felemlítette, hogy *Babinski* nézete helytelen, mert a phobiák is suggeráláson alapulnak és suggerálás után gyógyulnak. *Babinski* ezt nem fogadja el, sőt kiemeli, hogy a phobiákban szenvedők meg vannak győződve gondolatuk badar voltáról és mégsem tudnak uralkodni magukon, míg a hysteriások, ha hasonló autopersuasióban van részük, meggyógyulnak. A hysteriát a környezet neveli, míg a phobia vagy a maladie de doute a környezet befolyására nem javul. Hysteriás járványok vannak néha, máskor nincsenek, phobia mindig létezik, de sohasem járvány alakjában. A hysteria a mai korban a korai helyes felfogással és gyógyítással csökken, a suggerálásra nem hallgató elmébajok ma inkább szaporodnak. Azt, hogy a neurastheniás emberen valami tünet javul suggerálás következtében, *Babinski* úgy magyarázza, hogy neurasthenia és hysteria gyakran egyszerre van egy emberen. Az a tünet, a mi a neurasthenián suggeráláskor javul, hysteriás szövődés.

Mindezekhez *Babinski* még a következő gyakorlati tanácsokat fűzi:

1. Az orvosnak tudnia kell, hogy a betegek mennyire az ő szuggerálása alatt állanak, azért vigyázni kell arra a mit mond, hogy kérdések feltevésével, megjegyzésekkel ne befolyásolja a beteget károsan.
2. Tudva azt, hogy a beteg a környezetének befolyása alatt is áll, az orvos nemcsak a maga személyében fogja psychotherapiával gyógyítani betegét, hanem a beteget olyan fizikai környezetbe is fogja helyezni, a mely reá nézve kedvező.
3. Tudva azt, hogy a valódi hysteriás zavaroknak el kell gyorsan mulniok ügyes szuggerálásra, az orvosnak sikertelenség esetén ki kell kutatnia, hogy milyen tényezők fejtenek ki ellenkező szuggerálást és azokat el kell tüntetnie.
4. Ismerve a hysteria határait, nem szabad, mert nem lehet a nem hysteriás tüneteket szuggerálással gyógyítani akarni. Ha olyan ígéretet teszünk, a melyet megvalósítani nem tudunk, elveszítjük hitelünket a beteg előtt és e mellett még el is hanyagoljuk a nem hysteriás tünetek egyéb, nem szuggeráló kezelését.
5. Ez ismeretekkel felfegyverkezve, könnyebb lesz a munkabaleset-ügyeket is elbírálni. Így a balesetet követő hysteriás jelenségeket helyesebben fogjuk megítélni és a balesetet szenvedőket nem fogjuk megfosztani igényeiktől. Másrészt ezzel a felfogással útját álljuk azoknak a visszaéléseknek, a melyeket a munkabiztosító törvény okozott. Nevezetesen tudva, hogy a tettetés létrehozhatja ugyanazokat a tüneteket mint a hysteria, igyekezni fogunk az esetleges csalásnak nyomára jutni. Ha nincs tünet, a mely a károsult jóhiszeműségét kétségbe engedné vonni, ki kell jelentenünk, hogy az elszenvedett kár esékely, mert a psychotherapiának jó körülmények között gyorsan kell hatnia és gyorsan is hat, mihelyt a beteg helyzete végleg rendezve van és a jövőtől való félelem nem akasztja meg a gyógyulást. Az úgynevezett

„trophias és vasomotoros hysterias zavarokat“, bélvérzést, fekélyeket, phlyctenát, gangraenát, bőrvérzést, oedemát a vázolt felfogás alapján nem lehet a traumával összefüggésbe hozni. Ha tehát az ilyen jelenségek nem függenek valamely határozott betegségtől, gondolni kell a család lehetőségére, és fel kell használni minden módot, hogy erről meggyőződünk. (Semaine médicale, 1909 január 6.)

Kollarits Jenő dr.

Sebészet.

Gyomorperforatio után létrejött, idegen test okozta hashártyatuberculosis ír le Brandes. A 43 éves beteg gyomor-fekélye röviddel ebéd után perforálódott. A laparotomia alkalmával nagymennyiségű ételt távolítottak el a hasürből, a perforatiót bevarrták. Három hétig sima gyógyulás, ekkor tüdőgangraena támadt, melynek a beteg további 3 hét alatt áldozatul esett. A boncolás alkalmával a laparotomiás seb teljesen begyógyult. A belek sűrűn teleszórva pontszerű egész lencsemekkoraságú lapos, szürkészínű, egyenlő, el nem sajtosodott göbökkel, melyek histologiai vizsgálata epitheloidsejteket, nagyszámú óriássejteket és valószínűleg növényi eredetű idegen testeket mutatott ki. A beteg ugyanis a perforatio előtt bablevessel lakott jól s a tuberculumokban található idegen testek minden valószínűség szerint babrészek. Hasonló eset még van az irodalomban, egyszer gyomor-, egyszer coecum-, egyszer végbélperforatio és egyszer áthatoló haslövés után képződtek a hasüregbe jutott idegen testek körül a tuberculumok. Mindenesetre érdekes példáit szolgáltatják az esetek annak, hogy a hashártya mennyire tud egyes esetekben a beléje jutott nagymennyiségű ételrészekkel is megbirkózni. (Mitth. aus den Grenzgeb., XIX. kötet, 4. füzet.)

P.

A lokális tuberculinreakciók sebészi jelentőségéről ír Wolff, Eisner és Brandenstein körülbelül 200, főleg gyermekeken tett észlelet alapján. Szerintük a reakciók a sebészi tuberculosis diagnózisának és prognózisának megállapításában épen úgy beválnak, mint a belorvostani tuberculosis megítélésében. A conjunctivális reactio, ha az Anete Enoch-féle praeparatum 1/10-os oldata használatik, teljesen veszélytelen; csak akkor ellenjavalt, ha a szemben valamely tuberculosissal kapcsolatba hozható betegség van, vagy ilyesmi előrement, vagy ha a szembe tuberculin-beceppentés előzőleg valamikor már történt. Ajánlatos úgy a cutan, mint a conjunctivális reakciót végezni, mert míg a positiv cutanreactio a tuberculosissal való infectio, a conjunctivális reactio az activ tuberculosis jele. A reakciók hiánya oly esetekben, midőn a tuberculosis kétségtelen, igen rossz prognosist ad, viszont a cutanreactio hosszú fennállása positiv conjunctivális reactio esetében is jó prognosist nyújt, míg negativ conjunctivális reactio esetében gyógyult tuberculosisra vall. A conjunctivális reactio a serophulosis erethikus formáiban positiv, a torpidokban negativ. (Mitth. aus den Grenzgeb., XIX. kötet, 3. füzet.)

P.

Az oesophagus-sarcómáról ír Hacker 1 saját észlelete kapcsán, melyhez még Eppinger egy esetét és az irodalomban található 19 esetet csatol. Az esetek 3/4-e a 41—70 év közötti korban, túlnyomólag férfiakon észleltetett. Székhelye 4-szer a bázisnak nyaki, 17-szer a mellkasi részében volt s részben mint polypusos, részben mint diffúz infiltráló daganat jelentkezett; többnyire a bázis kerületének csak egy részét foglalta el, de circulás vagy majdnem circulás tumorokat is leírtak. Szövettanilag többnyire kereksejtű, orsósejtű, végyes sarcómák, de leuko- és rhabdomyosarcoma, lymphosarcoma, melanosarcoma is van leírva. A daganatok ulceratióra, nekroszra, metastasisokra hajlandók. Klinice a bázisráktól nehezen különíthetők el, legfeljebb a gyorsabb lefolyás, heves rohamokban keletkező fájdalmak, multiplex, különösen csontmetastasisok jelentkezése s bizonyos aránytalanság a nyelési nehézségek s a sondázás könnyűsége között szolgálhatnak differentiaaldiagnostikai jelül. A bántalom tartama 2 1/2 hó—1 év között ingadozik, átlag 5—6 hó. A sarcoma műtéti eltávolítását csak Hacker kísérlette meg, de a resectiót nemsokára inoperabilis recidiva követte. Palliatív gastrostomia ajánlatos. (Mitth. a. d. Grenzgeb. XIX. 3.)

P.

A ganglion Gasseri endotheliomájának esetét írja le Giani s ennek kapcsán 21 Gasser-dúc-daganatot állít össze az irodalomból. Esetében a tumor keletkezését tuberculosisos termé-

szeti gyulladás előzte meg. A tünetek súlyos trigeminusneuralgián kívül hypaesthesia, keratitis neuroparalytica, ptosis, sükettség és facialisbénulás a fájdalmas oldalon. A Gasser-dúc eltávolítását megkísérelték, de a sziklaconttal és sinus cavernosussal összekapcsolódott daganatnak csak egy részletét lehetett eltávolítani, s a beteg a műtétet követő napon utóvérzésben elhalt. Az irodalomban ismertetett Gasser-dúc-daganatok közül ezenfelül még 3 betegen próbálták meg a kiirtást, ezek közül egy meningitisben elhalt, egyen a fájdalmak változatlanul fennállottak, egy pár hónapra megjavult, de azután rövidesen recidivában elhalt. (Mitth. a. d. Grenzgeb., XIX. 3.)

P.

Bőrkórtan.

A Röntgen-carcinómát ismerteti H. Coenen (Breslau) egy esete kapcsán. Minden kulturális haladás egyúttal bizonyos mértékben károsodást is okozhat. Így a Röntgen-sugarak alkalmazása is a carcinómának aetiologiáját egy új tényezővel bővítette. Az orvosi világirodalomban mindeddig körülbelül 33 oly carcinómára bukkanunk, a melyben a kiváltó ok a Röntgen-sugarak alkalmazásában rejlik. Az eddig közölt carcinomás eseteknek mortalitása ez ideig 24 0/0. De valószínű, hogy ez az arányszám az észlelés idejével emelkedni fog. 27 0/0-ban a carcinoma multiplex volt, 12 0/0-ban pedig a carcinoma mellé típusos sarcoma is szegődött. Látnivaló, hogy e szerint ma már „Röntgen-sarcómáról“ is lehet beszélni. A Röntgen-carcinómát kivétel nélkül megelőzi a jellegzetes Röntgen-dermatitis. A szerző esete Röntgen-csővekkel dolgozó 41 éves technikusra vonatkozik, a ki azokkal egy évtized óta foglalkozott. Évek óta volt dermatitise a két kezén, a mely a kezelésnek makacsul ellen-szegült. A carcinomás elfajulás a bal mutatóujján és a jobb gyűrűs ujján fejlődött. Mindkét daganat az ujjpercen keletkezett egy-egy erosioszerű, heges környezettel bíró területen. A carcinomás elváltozás és az azt követő szétesés főleg a baloldali mutatóujján volt erős, úgy hogy azon a csont szabadon feküdt. A góresővi vizsgálat típusos caneroidot derített ki. Általában megjegyezzük, hogy a góresővileg vizsgált Röntgen-carcinómák valamennyien caneroidoknak bizonyultak. A végtagok primaer carcinómája Bergmann véleménye szerint sohasem fejlődik ki előzetes bőrzavarok és irritatio nélkül. Szerinte a praecarcinomás bőrelváltozások főleg a következők: hegek, sipolyok, fekélyesedés, eczemák, seborrhoeás elváltozások, szemölcsök, naevusok, lupus, leukoplakia buccalis et linguae, xeroderma pigmentosum stb.

A szerző szerint különösen veszedelmes lehet a lupusos egyéneknek a röntgenezés. Minthogy a lupus már amúgy is talajt alkothat a carcinoma számára, nyilvánvaló szerinte, hogy csak fokozzuk a baj lehetőségét, ha még egy praedisponáló tényezőt, a Röntgen-sugarazást igénybe vesszük. És csakugyan a Röntgen-carcinomás eseteknek mintegy a felében a betegek lupusban szenvedtek. Coenen ebből azt a következtetést vonja le a gyakorlat számára, hogy a lupusos betegeknek Röntgen-kezelésével hagyjon fel az orvos. A röntgenezéssel hivatásszerűen foglalkozók pedig csakis a védelmi szabályok legpontosabb betartásával működjenek. A szerző véleménye szerint a Röntgen-carcinoma oly módon jön létre, hogy a hám elsődlegesen lesz bántalmazva, és azután a sugarak által állandó izgalmi állapotba jut. Fontos mindenesetre az a körülmény is, hogy a sugarak izgató hatása sokáig álljon fenn, mert hiszen másfelől azt is tudjuk, hogy a rövid ideig tartó Röntgen-kezelés a bőrcarcinómát tökéletesen meg is gyógyíthatja. (Berl. klin. Wochenschrift, 1909. 7. sz.)

Guszmán.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A styptollal méhvérzés eseteiben kitűnő eredményeket ért el Netto. Véleménye szerint ez a szer közvetlenül az erek falzatára hat s azért előnyben részesítendő a legtöbb más szerrel szemben, a melyeket méhvérzés ellen használni szoktak s a melyek a méh-izomzatra gyakorolt összehúzó hatásuk útján fejtik ki a hatásukat. A styptol 0.05 gramm ható anyagot tartalmazó tablettákban kerül forgalomba. Az adagja naponként 3—4 tablettát. (Deutsche Medizin-Zeitung, 1909. 15. szám.)

Az almatein. a melyről a múlt év folyamán rövid eredeti közlés alakjában már megemlékeztünk, a Lorenz tanár

osztályán tett tapasztalatok szerint hivatva van arra, hogy a sebészeti gümőkör gyógyításában a jodoformot pótolja. Lorenz tanár osztályán, a mint arról *Werndorff* dr. beszámol, egyszerű, valamint nedvedző cezemával járó gümőkörös fistula, továbbá decubitus eseteiben poralakban és 10⁰/o-os gaze alakjában; hideg tályog eseteiben befeccskendezés gyanánt; végül csontcaries eseteiben plomb alakjában használták az almeteint. Különösen kiemelendő a szernek szárító hatása, 100-nál több hideg tályogba fecskendezték az almeteinnek 1⁰/o-os glicerines oldatát a beteg kora és a tályog nagysága szerint 1—10 gramm mennyiségben; az eredmény nagyon jó volt, a felszívódás már 1—2 befeccskendezésre bekövetkezett a legesekélyebb helyi vagy általános tünet nélkül. Mint plomb is kitűnő szolgálatokat tett a jodoform helyett az almetein, főleg erős szárító hatása miatt; ezenfelül valamivel gyorsabban is keményedik meg, a mi szintén előny. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1909. 3. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1909. 17. szám. *Szilárd Béla*: Az ásványvizek meg a levegő radioaktivitásáról és annak jelentőségéről. *Rotter Henrik*: A méhenkívüli terhesség öt ritkább alakja.

Orvosok lapja, 1909. 17. szám. *Tóvölgyi Elemér*: Az acustica, zenekar és táncz okozta hangzavarokról.

Budapesti orvosi ujság, 1909. 16. szám. *Okolicsányi-Kuthy Dezső*: A tüdőgümőkör physikai diagnostikájáról. *Rigler Gusztáv*: Kísérletek a typhus és a cholera toxinjának és antitoxinjának előállítására. „Szemészet” melléklet 1. szám. *Keller Kálmán*: Ophthalmoplegiával szövődött ifjúkori tabes esete.

Vegyes hírek.

Bartha Gábor dr. budapesti egyetemi magántanárnak, a Ferencz József kereskedelmi kórház sebészeti osztálya főorvosának a király a közegészségügy terén szerzett érdemei elismerésül az udvari tanácsosi címet adományozta.

Új egyetemi tanárok. A király báró *Korányi Sándor* dr.-t a budapesti egyetemen a belgyógyászat rendes tanárává, *Kuzmik Pál* dr.-t a budapesti egyetemen a sebészeti műtéttan rendkívüli tanárává és *Imre József* dr.-t a kolozsvári egyetemen a természet rendes tanárává nevezte ki.

Udránszky László kolozsvári egyetemi tanárt a M. T. Akadémia levelező tagjává választotta.

Megbízás. *Schossberger Sándor* dr.-t a belügyminister a temesvári állami gyermekmenhely igazgató-főorvosi teendőinek ellátásával bízta meg.

Kinevezés. *Potuszák Ernő* dr.-t a pozsonyi állami kórházhoz alorvossá nevezte ki a belügyminister. — *Oppenheim Ödön* dr.-t a székesfőváros főpolgármestere kórházi segédorvossá nevezte ki.

Egyetemi alkalmazások a budapesti egyetemen. Megválasztottak: Az általános kórtani intézethez: *Liebermann Pál* dr. díjas gyakornoknak (újraválasztás). Az I. sz. kórbonczolástani intézethez: *Hvozdozics Antal* díjas gyakornoknak. A II. sz. kórbonczolástani intézethez: *Jenny Géza* és *Mészáros Géza* díjtalan gyakornoknak. Az I. sz. nőklinika-hoz: *Csohány János* dr. és *Scherer Sándor* dr. díjas gyakornoknak (újraválasztás). A szemklinikához: *Nagy László* díjas és *Guth Antal* díjazatlan gyakornoknak. A gyermekklinikához: *Vas Jakab* dr. díjas gyakornoknak (újraválasztás). Az elme klinikához: *Winter Ferencz* dr. díjas gyakornoknak. A II. sz. (Jendrassik-féle) belklinikához: *Lichtenberger Béla* dr. díjas gyakornoknak (újraválasztás). A III. sz. (Korányi-féle) belklinikához: *Molnár Béla* dr., *Ország Oszkár* dr. és *Roth Miklós* dr. díjtalan gyakornoknak. — A tanártestület a 130 koronás *Barna Ignác*-féle szorgalmi díjat *Klein Ignác*-nak, a 400 koronás gróf *Andrássy Szeferina*-féle segélydíjat *Szabó János*-nak, a 800 koronás *Fischhoff-féle* szigorlati segélyt ifj. *Kalapos József*-nak, a 600 koronás *Rökk Szilárd*-féle ösztöndíjat *Kis Vilmos*-nak ítélte oda.

Áldor Lajos dr. fürdőorvosi gyakorlatát Karlsbadban (König v. Preussen) újból megkezdte.

Erényi Jenő dr. Karlsbadban fürdőorvosi működését ismét megkezdte.

Az „Irnol” nevű hús- és hurka-konzerválószerre vonatkozó tilalmat a belügyminister az aluminiumhydrátot és hangyasavat tartalmazó valamennyi hús- és hurka-konzerválószerre kiterjesztette.

A budapesti orvosi kör országos segélyegylete számára történt befizetések. Az 1908. évre tagsági díj címén 4—4 koronát fizetett: *Schwarz József*, *Sági Lajos*, *Kratochwilla János*, *Sulkovszky József*, *Donogány Zakariás*, *Lovrich József*, *Zirkelbach Antal*, *Hazslinszky Hugó*, *Maros Mór*, *Takács Márton*, *Detre László*, *Eisler Miksa*, *Goldstein Adolf*, *Dembitz Mátyás*, *Herczeg Lajos*, *Braun Sándor*, *Spitzer Armin*, *Darvas Sándor*, *Antal Illés*, *Welwarth Simon*, *Kerekes Ödön*, *Kinos Miksa*, *Lichtmann Samu*, *Feleki Sándor*, *Hirtenstein Leó*, *Walkó Rezső*, *Chyzer Béla*, *Révész Vilmos*, *Hetényi Imre*, *Göbel József*, *Stern Ignác*, *Sebestyén Ödön*, *Csillag Zsigmond*, *Pollák Mór*, *Grossmann Artur*, *László Mór*, *Moskovitz Ignác*, *Hoffenreich Mór*, *Szegváry István*, *Himler Izsó*, *Flesch*

Nándor, *Perényi István*, *Fuchs Dávid*, *Herczog Arnold*, *Mann Mór*, *Kieska Emil*, *Steiner Simon*, *Barabás Arnold*, *Kádár Antal*, *Becker Arnold*, *Pechán László*, *Kollár Lajos*, *Szigeti Lajos*, *Gráf József*, *Székely Dezső*, *Szauer György*, *Hegyesi Béni*, *Olariu Valér*, *László Elek*, *Csatkay Ignác*, *Vas Sándor*, *Bródy Sándor*, *Arday Károly*, *Pozsgay Lajos*, *Gál Adolf*, *Czobos Károly*, *Gonda Péter*, *Diescher Ferencz*, *Erdős János*, *Bogdanovics Milos*. *Katona József* dr., pénztáros.

Hibaigazítás. A 303. oldal 2. hasábján alulról a 8. sorban „digitoxintól” helyett „digitonintól” olvasandó.

Meghalt. *L. Laqueur*, a természet nyugalmazott rendes tanára a strassburgi egyetemen, április 20.-án 70 éves korában. — *Ph. S. Conner* dr., az ohioi Medical College-en a sebészet tanára, 80 éves korában. — *R. Raeburn* dr., valaha a közegészségügy tanára a Howard-egyetemen, 75 éves korában. — *R. Fleischer*, valaha a belorvostan tanára az erlangen-i egyetemen, 62 éves korában Münchenben.

Kisebb hírek külföldről. A müncheni egyetemen a Bezold tanár halálával megüresedett fürdőorvostani rendkívüli tanári állásra, melylyel az egyetemi fürdőorvostani poliklinika vezetése kapcsolatos, *B. Heine* dr. rendkívüli tanárt hívták meg *Königsberg*-ből, a ki a meghívást elfogadta. — *Bristolban* egyetemet akarnak felállítani. — A greifswaldi egyetemen a belorvostan rendes tanszékére *R. Stern* boroszlói rendkívüli tanárt nevezték ki. — A königsbergi egyetemen megüresedett gyógyszerintézet rendes tanszékét *E. Rupp* marburgi rendkívüli tanárral töltötték be. — A moszkvai egyetemen *Pobjedinszky* dr.-t a nőorvostan rendkívüli tanárává nevezték ki. — *Knauff* tanár, a heidelbergi közegészségügyi és törvényszéki orvostani intézet igazgatója, nyugalomba vonul. — A nápolyi egyetemen *P. Marfiori* dr.-t a gyógyszerintézet tanárává nevezték ki. — Hong-kongban angol nyelvű teljes egyetemet akarnak szervezni, melybe mint orvosi fakultást beleolvasztanák a már meglevő orvosi iskolát.

Cichoria. *Hueppe* dr. egész. tanácsos, egyetemi tanár vizsgálatai. Füzetben megjelent *August Hirschwald* kiadásában. Berlin, 1908.

Hueppe saját beható vizsgálatai alapján ezen úgy a nép ellátásában fontos, mint tudományos szempontból érdekes kávépótlékot kedvezően itéli meg; ennek köszönhető a kávéhasználatban szokásossá vált tejfogyasztás nagy elterjedése, és ezen birálattal helyesbíti az ő „Handbuch des Hygiene” című művének ezen témáról szóló gancsoló kritikáját, melyet töle mások ellenőrzés nélkül átvettek. A vizsgálat értékét és megbízhatóságát növeli az a körülmény, hogy *Hueppe* a nyers anyagból indul ki és követi annak elkészítését kezdettől végig, mely módszer kétségtelenül a legmegfelelőbb a tápszerek megbirálásánál. Az irodalomban feljegyzett vélemények birálata után *Hueppe* pontosan ismerteti a vizsgálati módszereket és az eredményeket áttekinthető táblázatba foglalja.

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 javalkatok: Idült gyomorbélatonia, székrekedés, elhízás, köszvény, csúsz, idegzsákák (ischias stb.). Csonttörések és egyéb sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Érelmeszesedés, szivbajok, bronchialis asthma (villamos fényfürdővel), neurasthenia, bémulások. Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése (Zander módszerével). Gerinczgyöngbűlések.

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

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

GIZELLA-TELEP FÜRDŐ, modern vizgyógyintézet megnyílt.
posta VISEGRÁD (Pest m.)

Vizgyógykezelés, szénsavas-, villamos-, forró- és hideg-, sós-, fenyő- és napfürdő. Vill anyozás massagé. Hízaló és soványító kúrák. Remek fekvés. Pensio — fürdőhasználat és ötször étkezéssel együtt — heti 65 koronától feljebb. Kivánatra prospectus.

Tüdőbetegsagnatorium Tátraháza.

Fekvőszarnokok a fenyvesben. — Napkúra. — Hydrotherapia. — Gondos szakorvosi kezelés.

Teljes napi pensio orvosi kezeléssel, gyógyszerközökkel együtt 12 korona.
Igazgató-főorvos: **MÜLLER VILMOS** dr. Prospektus

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

Orvosi laboratorium es cukorbeteglek tolerantiájának meghatározása
Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd. Andrássy-út 50 (Oktogon-tér). Telefon 26—96.

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

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. (XII. rendes tudományos ülés 1909 március 27.-én.) 333. l. — (XIII. rendes tudományos ülés 1909 április 17.-én.) 333. l. — Közkórházi Orvostársulat. (III. bemutató ülés 1909 február 25.-én.) 334. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya. (1909 március 27.-én tartott V. szakülés.) 335. l. — Pályázatok. 336. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

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

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

(Vége.)

A lipótmezei állami elmegyógyintézet 40 évi betegforgalma.

Hollós István: A lipótmezei állami intézetnek 1868—1908-ig 20,526 betegfölvétele volt. Ezek közül 12,247 férfi, 8279 női fölvétel és így 100 férfifölvételre átlag 64 női esik. Egy beteg átlagos ápolási ideje 230 nap volt. Az első éveknek évi 2—300 fölvétele folyton emelkedett egészen 900-ig is, a mi által az eredetileg 500-ra berendezett intézetben a betegek napi létszáma 1200-ra emelkedett.

A betegek szaporodásából azonban nem lehet a népesség megbetegedésének növekedésére következtetni, mert általában kevés a betegek számára a férőhely.

A fölvétel nagy része — 8106 — Budapestről került az intézetbe. Az első időben azonban a fölvételeknek csak 29%-a volt budapesti. Ma a budapesti és környéki betegek egyedül kellően betöltik az intézetet és a vidék már túlszűfolttságot okoz. De nem is kívánatos, hogy nagy távolságról hozzanak beteget és az intézetben teljesen külön állású és nyelvű emberek kerüljenek össze.

Vidékről legtöbbször küldött Bács- és Zalamegye, általában a délnyugati és déli vidék megyéi.

Legkevesebbet Erdély, Árva- és Ugoesamegye. A városok közül Budapest után első helyen áll Temesvár, azután Székesfehérvár, Arad, Pécs, Kassa és Pozsony. A legtöbb beteg beszállításakor 40 éves volt. Ezt a nagyszámú paralytikus férfiak teszik. Vallás tekintetében a legtöbb, 11,505 beteg római katolikus volt. Utánuk következnek 4109 fölvétellel az izraeliták. A népesség vallásbeli eloszlódásával szembe állítva az izraeliták közül négyszerre több a beteg, mint a római katolikusok közül. Az izraeliták között több a paralytis, a keresztények között nagyobb az epilepsia és az alkoholismus arányszáma. Családi állapot tekintetében sok a házasság, de a 14 éven felüli népességgel arányba hozva, a nőtlenek közül több került be az intézetbe. A népesség foglalkozási eloszlódásával szemben az értelmiségi keresők közül a legtöbb, a kereskedők közül háromszor kevesebb, az iparosok közül 10-szer kevesebb és az őstermelők közül 100-szor kevesebb került be az intézetbe. Nevezetesen az önálló foglalkozású, különösen a hivatalnoknők nagyobb beszállítási aránya decenniumok szerint. Kórformára nézve a beszállított 4099 férfiparalytis közül 763 tisztviselő volt, a mi az összes beszállított (1435) tisztviselőknél több mint fele, míg az 1417 földművesek csak 1/6-a volt paralytikus.

Az alkoholisták közül legtöbb volt a napszámos, de az értelmiségi keresők közül is volt 100 alkoholista. A nők között legtöbb, 5807, a paranoia volt, a férfiak között a paralytis, 4099. Ez az összes férfifölvétel 33·46%-a, a paralytis az első években 26%-a volt és legmagasabbra 1905-ben emelkedett, 37%-ra. Innét lassú esés mutatkozik. A nők 2%-os paralytise állandó emelkedést mutat 14·50%-ig. Az alkoholismusban szenvedőkön is rohamos emelkedés mutatkozik.

Gyógyult a férfiak 8·5%-a, a nők 7·81%-a. A paralytis és idiotismus levonásával a férfiak 31·08%-a, a nők 26·47%-a. A gyógyult férfiak közül 37·4%-a került vissza, a nők közül 39%. A betegek valóságos gyógyításáról nem lehet szó, ha 5—600 beteggel kell egy orvosnak foglalkoznia. Olyan beteg nincs, a ki az orvos gondját igénybe ne venné. Leginkább bizonyítja ezt az a tapasztalat, hogy nem volt ritka az ú. n. letárgyalt betegek között sem a gyógyulás.

A legtöbb beteg 1—2 év alatt gyógyult, de 7% 3—4 év alatt, 3% 4—5 év alatt, 3% 5 éven túl; sőt 2% tíz év után gyógyult. A terheltek hamarabb gyógyulnak, mint a nem terheltek.

Javulatlanul más intézetbe szállított 3661 beteg. Meghalt a férfiaknak 16·89%-a, a nőknek 10·23%-a. A halálozás 1890-ig igen magas volt (22·98), de azóta lényegesen csökkent. Főleg csökkent a tuberculosishalálozás, a mely régebben, főleg a nők között, igen magas volt. A jobb hygienés viszonyokat az ön-élelmezés bevezetése és az osztályok parkettázása teremtette meg. A javult hygienés állapotra utal a régebbi és újabb időben tuberculosiban elhaltak ápolási ideje is.

(XIII. rendes tudományos ülés 1909 április 17.-én.)

Elnök: **Friedrich Vilmos.** Jegyző: **Entz Béla.****Méhérak miatt végzett császármetszés, utána Wertheim-műtét gyógyult eset.**

Kubinyi Pál: Midőn az orvos a terhesség vagy a szülés alatt találkozott ezzel a ritka, de annál veszélyesebb complicatióval, nehéz feladat előtt áll. Két szempont irányítja a cselekvését: a szülés lebonyolítása és az anyának a betegségtől való megszabadítása. E közben két élet érdekét kell védelmeznie: az anyáét s a magzatét, sokszor egymás rovására. Tervszerűen csak akkor cselekedhetik, ha a szülés nem indult meg, mert különben a szülés követelményei módosítják eljárását.

Ebből látható, hogy a helyzetek számos variációja s combinációja állhat elő, melyek közt a gyakorlatban eligazodni nem mindig könnyű. A veszély úgy az anyára, mint a magzatra nézve igen nagy. A rák rendkívül gyorsan terjed a terhesség alatt. Zweifel fonálkaessel jelölte meg a határt, két hét alatt két ujnyi tovaterjedést talált a portióról a hüvelyboltozatra. A terhesség alatt a vérzésre való hajlam sokkal nagyobb, mint egyébkor, a folyás is bővebb, a beteg ereje gyorsabban hanyatlik. Az esetek egyharmadában abortál, de ha elérte a hatodik hót, többnyire kiviseli; gyakori a koraszülés. A szülés alatt vagy abszolút szülési akadály támad, vagy a méh ereje legyőzi az akadályt s akkor a rákos méhszáj bereped, a rák szétmorzsolódik, vérzés támad, megnyitja a parametrium, a szomszédos szervek, így a hólyag, esetleg a Douglas. Elvérzés s sepsis fenyeget. Igen gyakran kell beavatkozni. A bemutató által a méhéről szóló munkájában a II. számú női klinika 20 éves anyagából közölt 18 eset közül csaknem valamennyiben szükségessé vált valamely beavatkozás, a méhszáj bemetszésétől a sectio caesareaig a szülészeti műtétek jó része szerepelt. A beavatkozások igen veszélyesek. Legkedvezőbb, ha a szülés spontán folyhatik le, vagy ha sectio caes. végeztek, vagyis elkerüljük a természetes szülőutakat s így a rákkal való collisiót.

Az anyák mortalitása igen nagy, 30—40% között mozog, ép úgy a magzatoké.

Veszto irányelv nagyjából: Ha a rák operabilis, a terhesség bármely idejében totalexstirpatio végzendő, ha kell, a magzat feláldozásával. Utóbbi érdekében legfeljebb pár hetet szabad várni. Ha inoperabilis, a magzat életérdeke nyomul előtérbe. Ekkor a terhesség lehető kiviseltetése s a sectio caesarea javalt. Ez sokszor módosul, pl. totalexstirpatióra vagy sectio caesareaára készülünk, közben megindul a szülés és valamely szülészeti műtét válik szükségessé, vagy per vias naturales kell a szülést befejezni, még a magzat feláldozása árán is. A mi a rákos méh kiirtását illeti, a terhesség első felében hüvelyen át in toto, vagy előző kiirtás után lehet kiirtani. Újabban itt is inkább az abdom. utat ajánlják, mert a vagin. út eredményei nagyon silányak.

A terhesség II. felében ma még sokan a vaginális út uralkodó idejéből maradt Dührssen-féle sect. caesar. vagin.-t végzek, újabban mind több a hive az abdominálisnak, mert úgy látszik, jobb gyógyulási százalékok ad. Így Briand szerint, a ki 30 esetet gyűjtött

össze, 30⁰/o-ot a vagin. út 22⁰/o-ával szemben, igaz csak 2—3 évi recidiva-mentességet véve alapul.

Az abdominális út tisztább, mert nem operálunk rákos részek közepette, azok a szülöcsatornába zárva maradnak s így kevesebb az oltási recidiva eshetősége is. Bemutató ezt követte.

Életképes magzatról lévén szó, a különben is előrehaladt ráknál, mely már a terhesség előtt constatalható volt és már akkor is át volt terjedve a hüvelyboltozatra, sectio caesareát végzett s utána Wertheim szerint kiirtotta a méhet.

Története a következő:

S. Gy., 32 éves, férjezett, előzőleg négyszer szült, mindig egészséges volt, szülei s 5 testvére élnek s egészségesek. Utolsó terhessége alatt úgyszólván az egész terhessége idejében vérzett, a szülés után jól volt. 1908 augusztus 25.-én jelentkezik a poliklinika ambulanciáján, a hol carc. portio. ad fornicem tendens állapotát meg, s a bemutató műtétet ajánlott. A beteg nem egyezett bele, hazament. Valószínű, hogy már előbb fogamzott volt (tehát már beteg méhben), de a vérzések eltakarták a tisztulás kimaradását. Az egész terhesség alatt vérzett s két hét óta fájdalmai is vannak. Nagyon leromlott. Nyolczadik hónapos terhes állapotában jelentkezik. A méhszáj szélei keményen infiltrálva, a hátulsó ajk jórészt elroncsolva, áttérjedés a hüvelyboltozatra. Minthogy közel van a terhesség végéhez, a magzat érdekében még 1—2 hetet várni akar, mialatt a beteg erejét is conserválni szándékszik. Közben megindul a szülés. A fej áthaladása problematikus, de még ha végbe is megy, a Douglas megnyitásával fenyeget. Ezért sectio caesareát határoz. Excochleatio, Pacquelin. Utána sectio caesarea, a méh sebének összehúzása néhány varrattal s Wertheim-műtét. Utóbbi jól ment, azonban vigyázni kellett, mert a szövetek a terhességi fellazulás folytán igen szakadékonyság s a vascularisatio miatt nagyobb a vérzékenység, mint máskor. Azonban praeparálni jól lehetett. Így az uretereket, art. uterinákat etc. A műtét typosos volt. Jodoform-gaze, drainage. A beteg láztalanul gyógyult, jelenleg két hónapja egészséges, a fiú-magzat születésekor 43 cm. hosszú, 2050 gm. súlyú, fejkerülete 29 cm. Azóta 1050 gm.-t gyarapodott. Ez egyszerűsöd mutatja, hogy a koraszülött sorsa nem oly nagyon kétséges, mint a minőnek sokan festik, feltéve, hogy kellő gondozás jut osztályrészéül.

Dermoid a szemhéj alatt.

Frank Géza: A szemén előforduló dermoiddaganatok elég ritkák. A Bródy Adél-gyermekekórház szembetegrendelésén 12 év alatt megfordult 25,000 szembeteg között összesen két esetben láttunk dermoidot.

A 4¹/₂ éves fiúgyermeket tegnap hozták a Bródy Adél-gyermekekórház szembeteg-rendelésére. A jobb felső szemhéj alatt a külső zugban be- és felfelé terjedő, mandulanagyságú, puha tapintatú, fájdalomtalan képlet látható, melynek borítéka folytatása a külső szemzug bőrének és elülső felületén több finom és durvább szőr foglal helyet; e szőrök feltűnően hosszúak, több közülök 4—5 cm. hosszúságot is elér s a szemrészből részint kilógnak, részint az alsó conjunctivázásokban foglalnak helyet.

A dermoid veleszületett rendellenesség, növekedésre hajlamos, legtöbbször egyéb anomaliákkal együtt fordul elő. Esetünkben a daganatot három hónapos korában vették észre a szülők és úgy látták, hogy a daganat növekedése a szemteke fejlődésével arányos. *Norbe* szerint az eseteknek 65⁰/o-ában a szemén található anomalia (coloboma a szemhéjon, irisen; elváltozás a papillán, macula luteán, stb.), 12⁰/o-ban pedig a bőrön (verruca, lipoma, ichthyosis, stb.). Jelen esetben ilyen rendellenességet nem találunk. A szemfenék ép. Tükörrel 2-0 D. hypermetropia mutatható ki mindkét szemén.

A dermoid kiirtása javulva van:

1. Kozmetikai okból,
2. mechanikus irritatio miatt,
3. mert növekedése és így nagysága folytán a szemmozgásokat, a szemhéjzárást akadályozza,

4. a látást zavarhatja; *Graefe* észlelte, hogy egy ilyen dermoid — idők múlva — a szaruhártya szélét is meghaladta.

Esetünkben tehát javult a dermoid kiirtása.

(Folyt. következik.)

Közkórházi Orvostársulat.

(III. bemutató ülés 1909 február 25.-én).

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

Genitális elephantiasis lymphangiectasiakkal és lymphorrhoeával 12 éves fiún.

Brezovsky Emil: A 12 éves fiú állítólag két évvel ezelőtt coitust végzett. Ezután 4—5 hónapra minden előző gyuladással tünet vagy lázas mozgalom nélkül először a fityma kezdett duzzadni, csakhamar utána a ezombok belfelületén a subinguinális tájékon is a bőr oedemát lett. 1908 december havában a Stefánia-gyermekekórházban a praeputium nagyfokú oedemája és phimosis miatt circumcisiót végeztek. A műtét seb gyógyulása után elboesátották és folyó évi január hó 21.-én vették fel Róna osztályára. Mindkét subinguinális tájékon egy-egy gyermekököllyi, puha, rugalmas bőrduzzanat tapintható. A penis bőre egészben duzzadt, rajta a circumcisio utáni heg látható. A scrotum bőre is duzzadt, rajta mindkét oldalt tárgult nyirokerek és cystákat alkotó nyirok-értágulatok láthatók; ha felszúrunk egyet, bőséges hig, viztisza, kissé nyúlós nyirok ömlik ki. Ilyenkor a scrotum oedemája csökken. Ezen esetben érdekes a genitális elephantiasisnak ilyen zsenge korban (10—12 év) jelentkezése. Ez magában véve is ritka dolog. A másik érdekes pont az előző gyuladással jelenségek nélkül való keletkezése. Ezen utóbbi körülmény minden irányban való vizsgálódásra indított bennünket; a helybeli vizsgálatok lobos jelenségeket nem derítettek ki, a művi beavatkozás is a már elephantiasisos fityma miatt történt és ez nem fokozta a folyamatot. A Röntgen-átvilágítás a kismedenceze feletti részben különös elsötétedést nem mutatott. Ép úgy a vörösvérsejt (4.400.000 vörösvérsejt, 9.500 fehérvérsejt), a melyek legnagyobb része polynuclearis fehérvérsejt sem adott semmi támpontot a betegség keletkezésének felderítésére. A nyirokerek és a vérnek bakteriologiai vizsgálata (mikroszkop, tenyésztés) sem adott útbaigazítást, úgy hogy teljesen tájékozatlanok vagyunk a baj keletkezése iránt. Még arra sincs támpontunk, hogy ebben az esetben a két év előtt megtörtént coitust, esetleg sérülést és ezzel valamelyes infectiót vegyünk fel, mely nyirokérlobot, nyirokér- és mirigyeltömülést okozott volna. A Wassermann-reactió, melyet két ízben végeztem, szintén negatív eredményt adott.

Trichophyton maculosa universalis.

Brezovsky Emil: H. J. 25 éves szobafestőn egy hónappal ezelőtt kezdődött a baj a köldök körül kevés viszketéssel, fillérnyi, élénk hyperaemiát és a periferián apró vesiculát mutató felületes folttal. Herpes tonsuransra volt gyanunk. A mikroszkopi vizsgálat ebben meg is erősített bennünket, mivel számos trichophyton tonsurans-gombát találtunk a kaparékban. Ekkor jodtincturát rendeltünk, de ennek daczára is szaporodtak az egyes herpes tonsurans-plaque-ok.

Patkóvese és uterus didelphys.

Bauer Lajos: 1909 január 30.-án Elischer tanár ambulanciáján jelentkezett egy 26 éves nőbeteg erős alhasi és deréktáji fájdalmakkal. Előadta, hogy négy év óta férjes és azóta beteges, havi baja rendellenes időközökben jelentkezik egy heti, sőt hosszabb tartammal.

A normálisnál nagyobb, de kemény méhet találtunk, melynek jobboldali sarkából vaskos köteg indul fel az uterus mögé, a hol mintegy két ököllyi, rugalmas, felső polusával a promontoriumnak támaszkodó, alig megmozgatható daganatba folytatódik. A kötegnek a méh sarkából való kiindulása és a tumorban való végződése a kombinált vizsgálatkor annyira tisztán volt tapintható, hogy a diagnosis egy vastagabb kocányú petefészek-daganatra biztosnak volt vehető. Öt napi megfigyelés után február 5.-én laparotomiát végeztem.

Elöl az uterus didelphys, melynek jobb sarkából vastag pyosalpinx kanyarodik felfelé és nő hozzá szívós szalagokkal a daganatot borító peritoneumhoz; a daganat u. i. retroperitoneális és a peritoneum alatt annak megfeszítésekor jól látszik a daganatból kiinduló két ureter. Betapintva azután még arról is meggyőződünk, hogy mindkét oldalon üres a vesék helye. Ezek után biztosan megállapíthattuk, hogy a keresztesont vájulatában elhelyez-

kedett patkóvesével van dolgunk. Oldva a pyosalpinxot összenövéseiből, eltávolítjuk, és zárjuk a hasat. A beteg láztalanul, simán gyógyul és február 23-án gyógyultán távozik.

Az ilyen patkóvesék, eltekintve attól, hogy a legkülönbözőbb vesemegbetegedésekre igen hajlamosak, a szülész szempontjából is nagyjelentőségűek, a mennyiben a kis medencébe beszorulva, szülési akadályt, vagy, mint az Albers-Schönberg által leírt esetben, méhrepedést is idézhetnek elő.

Ismételt excochleatio után végzett Wertheim-műtét.

Rotter Henrik: A bemutatandó esetet azért tarja érdemesnek a bemutatásra, mert egyrészt mutatja az operabilitás határát, másrészt a műtét indiciójának felállítását és ennek nehézségeit is jól demonstrálja. Negyvenegy éves asszony, ki több hónap óta tartó rendetlen méhvérvetések után jelentkezett a kórházban. A vizsgálat kiderítette, hogy előhaladott méhnyakrák van jelen, mindkétoldali parametriumok beszűrődésével. Elischer tanár különös tekintettel arra, hogy a beteg igen elhízott, hájas hasfalú asszony, a kiken a gyökeres műtét különben is rossz prognózisú, 1908 szeptember 24-én a rákos tömeget éles kanállal, ollóval eltávolította és a sebfelületet Paquelin-nal megégette. A betegnek rövid időre vérzése, bűzös folyása elmaradt, de egy hónap múlva már ismét felvételét kérte az osztályra, mert előbbi kellemetlenségei újra jelentkeztek. Ismét csak palliatív műtétet végzett Elischer tanár, de ez is csak néhány hétre tudta a beteg panaszait megszüntetni. Most újból jelentkezett az osztályon és ő maga oly műtét beavatkozást kívánt, mely bajától teljesen megszabadítja. Hozzá tartozóinak megmagyarázva a helyzetet, ők is a kétséges prognózis daczára a gyökeres műtét végrehajtását kérték, mert ilyen folytonos bűzös folyással és vérzéssel a beteg önmagának és környezetének csakis terhére van. Arra való tekintettel, hogy az asszony még fiatal és elég jó testi állapotban volt, daczára annak, hogy a parametriumok erősen beszűrődöttek voltak és a méh mozgathatósága ad minimum esőkkent, a Wertheim-műtét végzésére határoztuk el magunkat. A műtétet a bemutató hajtotta végre 1909 január 18-án. A műtét típusos és sima lefolyású volt. Az ureterek teljes kikészítése után sikerült a méhet a tubákkal és ovariumokkal, a beszűrődött parametriumokkal és a hüvelyboltozattal együtt egy darabban eltávolítani, ezenkívül mindkét oldalt a vena iliaca elágazódása helyéről is kiirtották a beszűrődött, csaknem diónyi mirigyeket. Az uretereket a bemutató saját módszere szerint, a musc. ilco-psoas és a pararectalis kötőszövet összevarrása által fedte, a sebeket teljesen elvarrta, drainaget nem alkalmazott. A lefolyás teljesen sima és láztalan volt.

Az eset mutatja, hogy még ilyen előrehaladott szakban is jó elsődleges eredményt lehet elérni, ha a beteg különben jó erőbeli állapotban van, továbbá hogy az indicatio fellállításában döntő szava tulajdonképpen a betegnek van, a ki maga határoz a felett, hogy a gyógyulás reményében vállalja-e a műtét beavatkozás esélyeit.

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(1909 márczius hó 27-én tartott V. szakülés.)

Elnök: Udránszky László Jegyző: Konrádi Dániel.

1. **Braunstein Gábor** a mult szakülésen Purjesz tanár által bemutatott **dystrophiás beteg** testvérét mutatja be ugyanazon megbetegedéssel. Bemutatása keretében az irodalom rövid felemlítésével a betegség pathogenesisét fejtegeti, különös tekintettel a familiáris jellegre.

2. **Góth Lajos osteomalaciás beteget** mutat be, ki több okból különös figyelmet érdemel.

Az illető 24 éves hídési napsz. (183—1909. felv. sz.), ki 2 év előtt szült először rendes időre, rendszeren, gyermekágya rendes volt, gyermeke 2 hónapig élt, addig szoptatta. Egy év előtt újra szült, magzatát orvos vette el halva (műtét?), azóta esztől fájnak, nem tud járni.

A betegten rátekintésre feltűnik a nagy consumptio, tisztán csontból és bőrből állónak látszik. A legnagyobb alak eltérés a

melikason van, a mennyiben a 3 felső borda vályú alakjában behorpadt, különösen jobboldalt megvastagodott megtörési helyekkel. A kulcsesontok majdnem ívben veszik körül kétoldaltól a nyakat és alattuk a két vállizület mintegy előreeszűzva fekszik az említett vályúkon. Az alsó bordákon itt-ott egy-egy megtöréssel kívül nagyobb eltérés nincs. A medence hátulso fele a típusos osteomalaciás elváltozásokat mutatja, a keresztcsont előredőlt, megtört, az ülőgumók alig 1½ ujjnyira esnek egymástól, ellenben a szeméremesontok előrenyomulása hiányzik, a symphysis tájéka majdnem lapos, mintha a szeméremesontok külső végüknél meg volnának törve. A végtagok gracilisek, alakváltozás nincs rajtuk, a gerincoszlop egyenes, a keresztstájon erősebb lordosis. A csontok általában nem fájdalmasok, némely borda még kissé érzékeny.

Az eset három okból is érdemes a bemutatásra:

Először a rendkívül nagy fokú lesoványodás, másodsor a mellkas erős elváltozásai, harmadsor pedig a medence eltérő alakjából szemrázó diagnostikai nehézségek miatt.

Szóba jött az osteomalaciás, a pseudoosteomalaciás és a rhachitico-osteomalaciás (*Fassbender*) medence.

A pseudoosteomalaciás medencét kizárta az az adat, hogy a beteg 2 év előtt normális lefolyású szülésen ment át, ennél fogva az alig ujjat átboesató szűkületnek azóta kellett kifejlődni. Az ellen pedig, hogy egy korábbról angol kóros medence vált volna utólag osteomalaciássá, az angol kór bármely jelének hiánya szól.

A therapia, tekintve, hogy jóformán már lezajlott folyamattal állunk szemben, nem sok kilátással kecsegtet; főleg az erőbeni állapot növelésére kellene törekedni.

3. **Purjesz Béla két osteomalaciás betegen az adrenalinnal való gyógykezelés** eredményéről számol be. Az adrenalint 0.0001 illetve 0.0002 gm. mennyiségben subcután alkalmazta. Az egyik esetben javulás állott be. A másik esetben 0.003 gm. adrenalin subcután adagolása után sem észlelhető semmi nemű változás, majd phosphort kezdett szedni a beteg, s azóta járni tud. Hogy ez a javulás mennyiben tulajdonítható az adrenalin- illetve a phosphor-kezelésnek, mennyiben a megváltozott jó hygienés viszonyoknak, nehezen dönthető el.

Hozzászól: *Góth Lajos, Kánitz Henrik, Szabó Dénes, Ákontz Károly.*

4. **Hevesi Imre „Klinikai adatok a világrahozott deformitások aetiologiájához”** czímen tart előadást.

A veleszületett deformitások aetiologiájára vonatkozó ellen-tes elméleteknek egymás mellé állítása után felsorolja néhány észleletét, melyek nagyobb részében a klinikai, illetve a kórboneczolástani leletek a talált rendellenességeknek mechanikai eredése mellett szólnak.

1. Öröklés esete. Kétoldali esipőizületi ficzamosásban szenvedő anyának egyik leánygyermekét szintén kétoldali esipőficzamosás miatt gyógyította. A fiatalabb nővér ép.

2. Egymáshoz hasonló két esete az alsó végtagok világrahozott elgörbülésének: a jobb oldalon genu valgum, a baloldalon genu varum értelmében, melyek mintegy egymásba illeszkednek. Alkalmassint megterhelési deformitások.

3. Csonka alkarral született férfi, a kinek csonkaságát valószínűleg amnionos lefűződésből lehet származtatni.

4. Az alsó és felső végtagok világrahozott izületmerevsége nyújtott állásban; a kezek varustartásban, a hüvelykek opponálva, hypoplasiások. A valószínűen magzati kénysztartást egy éves korban még könnyen lehetett reprodukálni.

5. Világrahozott kétoldali elülső térdficzamosás dongalábbal. Egy éves korban a magzati kénysztartás még önkényt kínálkozott, úgy hogy a talpak az állat fogták körül.

6. Mindkét térdizület és bokaizület nagyfokú hajlított, illetve a lábhat felé hajlított világrahozott contracturája, nyilván magzati kénysztartás maradványa.

7. Bemutat egy 4 éves fiúgyermekét, a kin a valószínű magzati kénysztartás ma is könnyen reprodukálható úgy, hogy az egymásba kulcsolódó alsó végtagokon a jobboldali pes calcaneovalgus talpába beleilleszkedik a baloldali pes varo-equinus, melynek külső bokáján *Volkman-féle* nyomási bőratrophia látszik.

8. Bemutatja a kórboneczolástani intézetből egy a 8. hónapban ikerszülésből származott újszülött készítményét, melyet erre a célra *Buday* tanár engedett át. Nagyobbokú hajlított könyök-contractura

a bal, kisebbfokú a jobb oldalon. Mindkét oldalon térdizületmerevség feszített tartásban és pes calcaneovarus bilateralis. A végtagok hypoplasiája. A koponya-forma és a törzs elterültsége is arra mutat, hogy a magzat szűk helyen fejlődött. Születése után 2 óráig élt, gyengeség miatt halt el, valamint ikertestvére is, mely rendes formákkal birt.

Előadásában arra a következtetésre jut, hogy valamennyi deformitásra érvényes egységes aetiologiát megállapítani nem lehet.

PÁLYÁZATOK.

1867/1909. sz.

A Körösladány községnél üresedésben levő, **nem ügyvezető orvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Az orvostudori oklevéllel, szolgálati bizonyítvánnyal s születési, anyakönyvi kivonattal felszerelt pályázati kérvények a **folyó évi május hó végéig** adandók be hozzám.

Az állás javadalma: évi 1400 korona fizetés, 400 korona lakpénz s a törvényesen megszabott rendelési, beteglátozási, műtét- és fuvardíjak.

Szeghalom, 1909. évi április hó 21.-én.

3-1

Csánki Jenő, főszolgabíró.

A pozsonyi m. kir. bábaképezdében az 1000 korona évi jutalomdíjjal és teljes ellátással rendszeresített **gyakornoki állás** betöltendő. A pályázatok az intézet igazgatóságához nyújtandók be.

1-4**

2047. sz.

Kisegítő orvost keres a **mezőhegyesi ménésbirtok** tizenkét korona napi díj, egy szobából álló szabadlakás, útiköltség megtérítése mellett, az állás azonnal elfoglalható és október hó 31.-éig megtartható.

Kérvények sürgősen beküldendőek **folyó hó 30.-ig** a mezőhegyesi ménésbirtok igazgatóságához.

Az állás esetleg szigorló orvossal is betölthetik.

2-2

A m. kir. állami ménésbirtok igazgatósága.

80/909. sz.

Békés vármegye közpórházának belgyógyászati osztályán 1 alorvosi és 1 segédorvosi, — sebészeti osztályán 2 segédorvosi, — és elmebeteg-osztályán 1 segédorvosi állásra pályázatot hirdetnek.

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 Meltóságos Döry Pál úrhoz, Békés vármegye főispánjához címezve, hozzám **folyó évi május hó 5.-ig** küldjék be.

Gyula, 1909. évi április hó 21.-én.

2-2

Békés vármegye közpórházának igazgatója.

HIRDETÉSEK.



A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

kítűnő 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-Lipóczi Salvatorforrás-Vállalatnál
Budapest, V. Rudolfrakpart 8

Bittner-féle Fenyőfürdő-kivonat.

Ezen kivonat, mely a fenyvesek aetherikus-olajos, balzsamos-gyantaszerű anyagainak teljesen koncentrált oldatát képezi, igen alkalmas langyos-meleg erősítő és fájdalomcsillapító kádfürdőkre és orvosok által több mint 20 év óta gyermekek és felnőttek részére legmélegebben ajánlatik.

☞ Tessék határozottan Bittner-féle készítményt Reichenau-ból (N.-Ö.) kérni, mert számtalan utánzat létezik.

Főraktár: JULIUS BITTNER cs. és kir. udv. szállító, gyógyszerész Reichenau, N.-Ö.
Egy fürdő 80 fillér. 5730 Egy fürdő 80 fillér.

SYR.HYPOPHOSPHIT.COMP.D^r EGGER

Indicatioi: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Ohlorosis, Rhaechitis.
Kapható minden gyógyszerárban.

EGGER EMULSIÓ KITÜNŐ CSUKAMÁJOLAJ KÉSZÍTMÉNY

Egyetlen szer sem segíti elő annyira a felszívódást, mint a

Vasogen

Jód-Vasogen 6% és 10%

úgy belső, mint külső használatra.
Nincs izgató hatása, a bőrt feltűnően nem festi. Hatást illetőleg jelentékenyen felülmúlja a jódinuturát és a jódókat.

Az értéktelen utánzatok elkerülése czéljából kérjük mindig
„PEARSON“-féle eredeti csomagolást rendelni.

Lactagol

egy specifikus ható lactagogum.

A zsír- és fehérnyetartalom, valamint a tejmeny-
nyiségnek meglepő gyors szaporodása már 1-2
nap múlva világosan észrevehető.

Vasogenfabrik Pearson & Co., Hamburg.

Főraktár Ausztria és Magyarország részére:

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

Rohitsch-Sauerbrunn

Stájerország. Vasút, posta és táviró.

3750

TELJESEN ÁTALAKÍTVÁ.

Karlsbad, modernül berendezett vizgyógyintézet. Styriabad, újonnan felszerelt szénsavfürdők. Kiváló gyógyhely gyomor-, bél-, máj- és vesebajok, székrekedés, aranyér, epekő, elhízás, cukorbetegség, köszvény, torok- és légesőhurut, szívbaj ellen. Karlsbad- és Marienbad-hoz hasonló gyógyforrások.

Dietetikai és telepkurák. — Kiváló ivóvízvezeték. — Villamos világítás. — Lift. — Modern csatornázás. — Állandó gyógyzene a híres triesti vonós-négyes közreműködésével.

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 Babarczy Schwartzert 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.

Ónodi A.: Orr- és gégeorvostani közlemények. 337. lap.

Udvarhelyi Károly: Az ép és a beteg labyrinthus functio-vizsgálatának mai állása. 339. lap.

Roth Arnold és Goldner Viktor: Közlés a szt. Rókus-kórház bőr- és bujakóros osztályáról (főorvos Havas Adolf dr., egyetemi rk. tanár) és sebész-urologiai osztályáról (főorvos Haberern Pál dr., egyetemi magántanár). A lues színreactiójáról. 341. lap.

Morelli Gusztáv: Közlés az I. sz. belorvostani klinikáról. Igazgató: Korányi Frigyes egyetemi tanár. A Kuhn-féle légzőkósr hatása szívujakban. 341. lap.

Színnyei 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. 343. lap.

Kóssa Gyula: A régi magyar orvosnövendék. 345. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Horváth Béla: Vezérfonal a vegytani gyakorlatokhoz. — Lapszemle. Bonczolástan. Kumita: A vese és mellékvese nyirokerei. — C. Haeblerin: Az oldalkamarák pangálása. — Belorvostan. A köszvény kór- és gyógytana. — Sebészet. W. Danielsen: A Neisser-féle agyvelő-punctio. — O. C. Smith: Typhus abdominalis folyamán keletkezett intussusceptio. — Cunningham Wilson: Typhus abdominalis folyamán észlelt acut gyomortágulás. — Kostlivy: A máj- és pancreas megbetegedések viszonya a chromaffin rendszerhez. — Gyermekorvostan. Helmholtz: Duodenum-fekélyek paedatrophia eseteiben. — Venereás bántalmak. A. Blaschko: A Wassermann-féle reactio klinikai értékesítése. — Kisebb közlések az orvostudományról. Edlefsen: A kámför adása. — Boelke: Szer idült tüdőemphysema és asthma ellen. 346—349. lap.

Magyar orvosi irodalom. Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 349. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 349—350. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 351—353. lap.

Melléklet. Fortunat Gralewski krakaui gyógyszerész prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Orr- és gégeorvostani közlemények.

Írta: **Ónodi A.** dr., cz. egyetemi ny. rk. tanár.

1. A Highmor-üreget kitöltő alveoláris cysták.

Egy a Highmor-üreget kitöltő alveoláris cysta műtett esete és négy készítmény alkotja idevonatkozó észleletem anyagát.

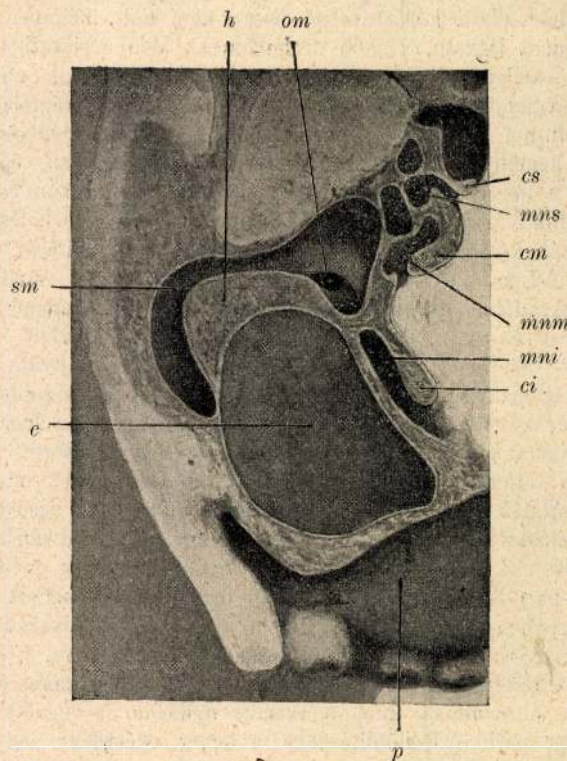
Az alveoláris cystákat két csoportba szokás sorolni keletkezésük kóroktana szerint; ugyanis megkülönböztetnek folliculáris cystákat és periostális cystákat. A folliculáris cystákat a fogak fejlődésével, a periostális cystákat kóros elváltozásokkal hozták összefüggésbe. Magától a cysták keletkezését a gyökérhártya és a csonthártya kóros elváltozásával magyarázza, míg Malassez a fogak fejlődésével hozza összefüggésbe. Maguk a fogcsírák vagy a fogcsírák elszakadt maradványai teszik az alveoláris cysták fejlődésének alapját, a mivel összefügg az alveoláris cystákat belülről kibélelő laphám. Másrészt kóros elváltozások is lehetnek okozói a cysták keletkezésének; a beteg foggyökér és az általa megfertőzött cystatartalom is bizonyító erővel bír. Az alveoláris cysták tehát mindkét módon támadhatnak, továbbá a fogak fejlődésével összefüggő cysták is másodlagos kóros elváltozásokkal lehetnek összekötve. Mindezekre észleleteink tanulságos példákat nyújtanak. A beteg csonthártya és foggyökér folytán keletkezett cysta belső falát kibélelő laphám eredetét Malassez a foggyökéren elszórt hámszige-tekkel hozta összefüggésbe.

A lobos úton keletkezett periostális cystákkal szemben állanak az ébrényi üregekből, a fogcsírákból kiinduló cysták. Ez utóbbi cystákban különböző ébrényi fogmaradványokat is találtak.

Egy alveoláris cystát volt alkalmunk észlelni rendes felső állcsont, fogsor és Highmor-üreg mellett. A sima falú cysta 20 millimeter széles, 13 mm. magas és 8 mm. hosszú, a második praemoláris fog gyökere 3 mm.-nyire nyúlik bele a cystába és ép.

Egy készítményem ritkább leletet nyújt, a mennyiben a lobos eredetű alveoláris cysta áttört a Highmor-üregbe és másodlagosan az empyemáját okozta. A Highmor-üreg 36 mm. hosszú, 26 mm.

széles és 22 mm. magas, a Highmor-üreg fenekén 2 1/2 mm.-nyi kerek nyílás látható, mely a 16 mm. hosszú, 14 mm. széles és



1. ábra. ci alsó orrkagyló, p kemény szájpár, c alveoláris cysta, h hyperostosis, mmi alsó orrkagyló, cm középső orrkagyló, mmm középső orrkagyló, sm Highmor-üreg, om ostium maxillare, mns felső orrkagyló, cs felső orrkagyló.

15 mm. magas alveoláris cystába vezet. A cysta fenéke a második praemoláris fog szúvas gyökerével függ össze, az első moláris fog gyökere 3 mm.-nyire nyúlik bele a cystába. Mindkét üreg genynyel

volt tele. Tanulságos és ritkább esete a genyes alveoláris cysta okozta Highmor-üregemphyemának.

A mellékelt ábra nagy kiterjedésű alveoláris cystát érzékít természetes nagyságban.

A Highmor-üregtet tetemesen szűkíti a cysta, a Highmor-üreg nyílása rendes, 38 mm. hosszú és széles, 35 mm. magas, nyálkahártyája ép. Az alveoláris cysta tetején a Highmor-üreg felé egy 8 mm. erős hyperostosis, a cystát belülről az oldalsó orrüregfal az alsó orrjáratban, alulról a kemény szájpad a fogmedernyútvánnyal határolja. Az első praemoláris fog szúvas gyökere az alveoláris cystával függ össze. Az alveoláris cysta 28 mm. hosszú, 23 mm. széles, 46 mm. magas, genynyel telt és nyálkahártyája lobosan nekrosisos.

Ezen esetben a nagy kiterjedésű alveoláris cysta tartalmát egy beteg szúvas fog megfertőzte, a genyes alveoláris cysta a Highmor-üregtet épen hagyta, de az üregfelőli falon az ostitis folyamat szokatlan, 8 mm.-nyi vastag hyperostosishoz vezetett.

Negyedik esetünk rendkívül ritka alveoláris cystát mutat, mely a Highmor-üregtet kitöltötte.

A Highmor-üregtet teljesen kitöltő multiloculáris cysta 40 kendermag egész borsó nagyságú, vékony köbhámmal bélelt és colloidanyaggal kitöltött cystából állott. A multiloculáris cysta egy részlete a Highmor-üreg és az orr-üreg külső falával függött össze és ez utóbbi túlnyomó részben tömöttebb kötőszövetből állott, de ezen kötőszövetben is apró mákszem egészen kendermagnyi tömlők átmetszetét lehetett látni. Ezen szokatlan multiloculáris cysta keletkezése a fogak fejlődési időszakára vezethető vissza, a mi mellett az egyes tömlőket kibélelő lapám jelenléte is szól és azon körülmény, hogy a tömlőket szétválasztó sűvények nagyobbára ébrényi kocsonyás kötőszövetből állanak.

Észlelt esetünk, melyben gyökeres műtétet végeztünk, a következő:

B. B., 53 éves mosónő, állítása szerint 1908 február havában vette észre, hogy a jobb orrnyílása közelében daganat nő, melyet júniusban kívülről megnyitottak. A seb begyógyult, de a daganat megmaradt és növekedett. 1909 márczius elején jelentkezett a kórházban rendelőre, a következő állapotban: A jobb arczfélén a szem alatt a jobb orrnyílásig terjedő, erősen kidomborodó, a bőr alatt kötőszövettel össze nem nőtt, könnyen elnyomható daganat látható, a jobb orrfélben az alsó orrjáratból az orrsűvényig terjedő és az orr-üregtet elzáró, kutatóval elnyomható daganat, valamint a jobb szájpadon a caninusnak megfelelő irányban 2 cm.-nyi területen egy könnyen elnyomható domborulat látható. A kemény szájpad ezen helyén csonthiány van, éppen úgy hiányzik a fossa canina területén a csont. Az arczon és a szájpadon látható daganat hullámozó. Szokatlan nagy kiterjedésű alveoláris cystát körjeleztünk, melynek gyökeres eltávolítását végeztük a Caldwell-Luc-féle gyökeres Highmor-üreg műtét módjára. A felső ajakredőben a fogmedernyútvány egész hosszában vezettük a metszést és a nyálkahártya felemelésével szabaddá tettük a daganatot; az alsó szemüregszéltől a fogmedernyútványig és az orrszárnyig az egész területen a csont hiányzott. A lúdtőjásnagyságú alveoláris cystát, mely a Highmor-üregnek csupán leghátulsóbb részét hagyta szabadon, különben pedig egészen kitöltötte, leválasztottam és teljesen eltávolítottam; a Highmor-üregnek megmaradt kicsiny hátulsó része ép volt. Az alsó orrjárat falán vésővel széles nyílást készítettem és az üregtet kitakarítottam. Az alveoláris cysta híg, nyúlós, sárgás-szürke váladékot tartalmazott. Az egész üregtet jodoform-gazécsíkot helyeztem és az alsó orrjáratban készített nyíláson az orr-üregbe gazécsíkot helyeztem és a felső ajakredő és a fogmedernyútvány között a nyálkahártyát összevarrva, a sebet elzártam. A lefolyás egészen sima volt, a seb per primam gyógyult, a tampon eltávolítása után a nasalis nyíláson át végzett bórsav- és 5%-os perhydrol-kiöblítések a beteg egészsége helyreállott.

Az eset érdekessége az alveoláris cysta nagyságában és abban áll, hogy a Highmor-üregtet csaknem egészen kitöltötte és fokozódó növekedésével a Highmor-üregtet tágitotta; a dilatatio a csontfalat a fossa canina területén teljesen, a kemény szájpadon és az alsó orrjárat legelülsőbb részletén 2 cm.-nyire usurálta. A csonthiány folytán az alveoláris cysta az arczon, a szájpadon és az orr-üregben egyenesen kitapintható volt.

Természetes, hogy az előzőleg az arczon a bőrön át végzett

metszés és a cysta megnyitása eredményre nem vezetett, mert a bőrseb és a cysta elzárásával a váladék felhalmozódása és a növekvő cysta által okozott dilatatio újlag előrehaladt és a fent leírt nagyságot érte el. A szövettani vizsgálat a cysta bélelő falában többrétegű laphámot állapított meg. Az alveoláris cysták rendszerint híg tiszta folyadékkal vagy nyálkaváladékkal teltek, melyben cholesterolin-jegecek találhatók. A cysták lehetnek genynyel is teltek, továbbá egyszerű vagy többrekeszű multiloculáris cysták. Kisebb terjedelemben a felső állcsontban esetleg észrevétlenül is fennállhatnak. Gerber mutatott rá, hogy többször felismerhetők az alsó orrjáratban, midőn annak falát kidomborítják és fluktuálnak. Ezen tényt más szakemberekkel együtt szintén megerősíthetjük. A magunk részéről is észleltük az alsó orrjáratban az alveoláris cysta kidomborodását és fluktuálását.

Nagyobb kiterjedésekor rendszerint a fossa canina elődomborodása és fluktuálása észlelhető, sőt előfordul a cysta perforatiója úgy a fossa caninában, mint a Highmor-üregben. A sipolylyal bíró alveoláris cystánál a kutasolás és a kiöblítés megállapíthatja a zárt cystát vagy a Highmor-üreggel való közlekedést. Kétes esetekben a kimetszett cystafalrészlet szöveti vizsgálata biztosítja a diagnoszt, illetve a gyökeresen eltávolított cysta a helyzeti viszonyokba betekintést enged és feltárással megállapítható a szűkített Highmor-üreg nagysága, továbbá ép vagy kóros volta. Az alveoláris cysta nagyobb kiterjedésével jár a fossa canina falának elvékonyodása, sőt usurálása, ilyenkor tapintásra az elvékonyodott csontfal serezegetése, usurált csontfal illetve csonthiány mellett a puha cysta jellegzetes fluktuálása érezhető. Esetünkben a növekvő alveoláris cysta az egész fossa canina csontos falát elpusztította, azonfelül 2 cm.-nyi területen a kemény szájpad és az alsó orrjárat csontos részét; a jelzett területeken a csonthiány és a fluktuálás tisztán érezhető volt. A felső állcsont csontos részleteinek ilyen nagyméretű elpusztulása ritkán észlelhető.

A mi az alveoláris cysták gyógykezelését illeti, csupán a gyökeres eltávolításról lehet szó. A tapasztalat mutatta, hogy az ilyen cysták megnyitása, kitakarítása és a seb elzárása nem vezet célra. A cystának nyitva tartása akár a szájüregben, akár az orr-üregben is megkíséreltetett a recidiva kikerülése végett. A Jacques által javalt műtét lényegileg a Caldwell-Luc-féle műtétnek felel meg; a fossa canina feltáratik, az alveoláris cysta eltávolíttatik és az alsó orrjáratban széles nyílás készíttetik, a fossa canina területén a seb elzáratik. Esetünkben is ezen eljárást alkalmaztuk jó eredménnyel és hasonló esetekben a magunk részéről is ezen gyökeres eljárás igénybevételét ajánljuk.

2. Mellkasi daganat által okozott gége- és szemzavarok.

R. B., 36 éves mérnök, nehézlégzéssel és mellkasi daganat kiterjedt kórképével kereste fel a II. belklinikát, a hol a mediastinális daganat által okozott fulladás vetett véget életének. Két tünet volt, mely a figyelmet lekötötte, az egyik a jobb hangszalag hűdött volta és respiratorius állásban levő helyzete, a másik a jobb pupilla tágulata; a pupilla fényre és alkalmazkodásra alig reagált. A bonczolat a mellkasi daganatban sarkomát állapított meg, mely a mediastinumot kitöltötte és a jobb alsó gégeideg törzsét is érintette. Az alsó gégeidegek törzsét Broekart volt szíves megvizsgálni és a baloldali gége idegtörzsét teljesen épnek találta; a jobboldali gégeideg törzsének idegrostjaiban a tengelyfonalakat mindenütt épnek, de az idegrostok velős hüvelyét kezdődő szét-
esésben találta.

Az eset ritkasága és érdekessége az egyoldalú gége- és szemzavar együttes jelentkezésében áll, mely okozatos összefüggésben van a mellkasi daganat által okozott nyomással. A jobb hangszalag teljesen hűdöttnek mutatkozott, respiratorius állásából sem belégzéskor, sem hangoztatáskor nem mozdult, a bonczolás a daganatnak a jobb alsó gégeideg törzsére gyakorolt nyomását megerősítette, de ezen nyomás gyenge volt és kezdődő, miért is, mint a szövettani lelet mutatta, az idegrostok tengelyszálai épek maradtak és csupán a velős hüvely, a myelin szétesésének kezdete volt megállapítható. Tehát a hangszalagnak a respiratorius helyzetben való mozdulatlansága nem tekinthető a jobb gégeideg és a jobb hangszalag hűdésének, hanem a hangrést tágitó izom rostjait ért sérülés, illetve nyomás folytán előidézett izgalmi állapot eredményének, a

hangrést tágitó izom contracturájának. Ugyanígy foghatjuk fel a jobb pupilla merev tágulatát, a pupillatágítórostok izgalma folytán, mint a pupillatágítóizom contracturáját. Az alsó gégeideg hűdésével karöltve járt pupillatágítóizom hűdését két esetben észlelte Broekart, midőn ugyanazon oldalon a hűdött hangszalag mellett a pupilla szűkülete állott fenn. A pupillatágítórostok sérülése megmagyarázza a pupillatágítóizom contracturáját és hűdését. Ismeretes, hogy a pupillatágítórostok a gerincezvelőt az utolsó nyakiideg és az első hátiideg eredésének területében hagyják el és azután az együttérző idegrendszer nyaki határkötegébe lépve, a fej-sympathicus útján a pupillatágítóizomhoz jutnak. A pupillatágítórostok ezen körzeti lefutásukban sérüléseknek lehetnek kitéve, melyek a pupillatágítóizom contracturájához és hűdéséhez vezethetnek. Régebbi vizsgálataink eredményei kimutatták, hogy a gerincezvelőt elhagyó cerebroszpinális idegkötegek bizonyos rendszerben lépnek a sympathicus-határkötegbe, hogy onnan, illetve közvetítésével jussanak távolabbi körzeti rendeltetésük helyére; ugyanis azt találtuk, hogy a nyakon és a mellkas felső részén a cerebroszpinális kötegek nagyobb része a sympathicus-határkötegben felfelé száll, míg kisebb része lefelé halad; ezen alakviszony éppen megfordítva áll a mellkasban és a hasüregben. A gerincezgyat a jelzett területen elhagyó pupillatágítórostok a cerebroszpinális kötegekkel lépnek a nyaki sympathicus-határkötegbe, hogy rendeltetésük helyére jussanak. A gégeidegekről szóló monografiámban leírtam észleleteimet, melyek a gégeidegek és a sympathicus összeköttetéseiire vonatkoznak és különösen kiemeltém Lenhossék Mihály ritka észleletét, melyben az alsó gégeideg tulajdonképpen egy nyaki sympathicus-dúctól eredt és csupán gyenge kis köteggel függött össze a bolygóideggel. Ezen ritka anomalia, az alsó gégeideg és a sympathicus-idegrendszer összefüggése, valamint a pupillatágítórostoknak esetleg rendellenes lefutása megmagyarázhatja a gége- és szemzavaroknak együtt előfordulását. A nyak alsó részén és a mellkas felső részén kóros elváltozások úgy az alsó gégeideg törzsének, mint a sympathicusban haladó pupillatágítórostoknak sérülését okozhatják. Esetünkben a mediastinális daganat kezdődő nyomása a mondottak alapján úgy a hangrést-tágítóizomnak, mint a pupillatágítóizomnak contracturájához vezetett, a mi a pupilla tágulatát és a hangszalagnak respiratorius helyzetben való mozgatlanságát eredményezte.

(Folytatása következik.)

Az ép és a beteg labyrinthus functio-vizsgálatának mai állása.

Irta: **Udvarhelyi Károly** dr., műtő főorvos.

A XIX. század első felében még tisztán halló szervnek tartották a labyrinthust. Az ivjáratoknak ezen felfogás szerint azon szerep jutott, hogy a hang irányának a tudomásunkra jutását közvetítse.

Flourens 1842-ben, az ő korszakot alkotó állatkísérleteivel, mint tudjuk, ezen nézetet egy csapásra megdöntötte. Ő ugyanis galambokon az ivjáratok átmetszésével olyan tüneteket idézett elő, a melyek alkalmasak voltak annak a felfedezésnek a megtevésére, hogy a labyrinthus tulajdonképpen két egymástól teljesen független hatáskörű érzékszervet rejt magában. Ugyanis a csigában levő hallószervet és a labyrinthus pitvarában, meg az ivjáratokban levő azon szervet, mely a test egyensúlyát, az izomtonust és a szemek associált mozgásait szabályozza. Azóta amazt acusticus-labyrinthusnak, emezt statikus labyrinthusnak nevezzük.

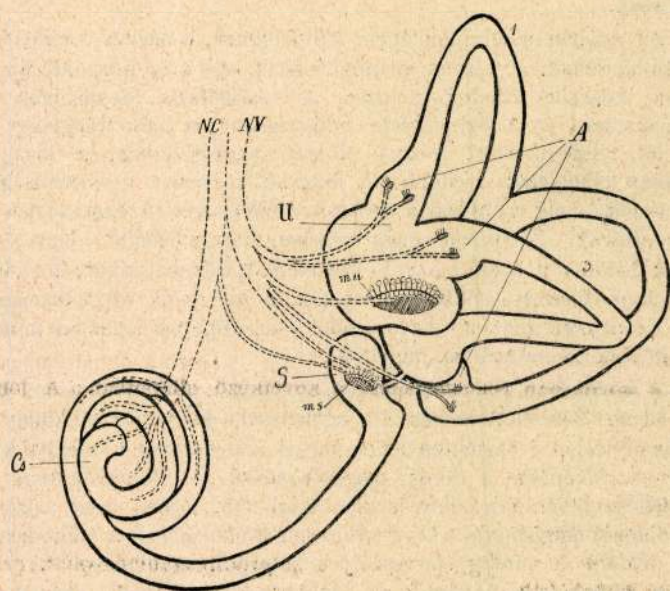
A statikus labyrinthus működését nagy részben csak az utolsó évtizedben ismertük meg alaposabban, de azért e kérdés teljesen megoldottnak még ma sem mondható, bár Flourens óta a tudósoknak egész serege buzgólkodott és buzgólkodik még ma is, hogy teljesen felderítse a labyrinthus ezen szakaszának jól elrejtett titkait.

Az ezen kérdéssel foglalkozó szerzőket két csoportba lehet beosztani. Az egyik csoportnak a bűvarkodását tisztán tudományos cél vezérelte s állatkísérletek alapján vonta le következtetéseit. Ezen csoport kiváló alakjai Flourens-on kívül Mach, Goltz, Cyon, Breuer, Ewald és két magyar tudós: Högyes Endre tanár és Marikowszky György dr. voltak. Ezen csoport alapvető munkálkodásának köszönhetjük főképpen a statikus labyrinthus működésének

a tudományos megismerését. Mivel azonban az állatkísérletekkel elért eredményeket az állatokétól sokban eltérő emberi szervezetre egész teljességében nem lehetett alkalmazni, praktikus szempontból igen értékesek a másik csoport által elért eredmények is.

Ezen második csoportba tartozó bűvárok ugyanis megfigyeléseiket emberen tették, az emberi labyrinthust vizsgálva részint egészséges, részint beteg állapotban. Főleg a legutóbbi évtizedben tett nagy haladást ezen csoport, a mióta Stake, Bergmann, Schwartz és főképpen Zaufal annyira tökéletesítette a fülnek és környékének a műtői technikáját, hogy a labyrinthus az élőben is könnyen hozzáférhetővé vált. Ugyannyira, hogy ma már képesek vagyunk a statikus labyrinthusnak nemesak elpusztulását (egyik vagy mindkét oldalon), hanem normális vagy abnormis működését is konstatálni. E második csoport kiváló alakjai régebbiről: Menier, Schwartz, Pollitzer, Lucae, újabban: Jansen, Stein, Brieger, Wanner, Kreidl, Hinsberg, Kümmel, s legújabbban: Bárány, Alexander, Neumann és Mackenzie.

Hosszadalmas volna részletezni, azon sokszor nagyon genialis módszereket, melyekkel némelyik vizsgáló a labyrinthus különböző részeinek a szerepét megismerte, vagy a véletlen közbejátszását, a mely más oldalon jött segítségül; azért csupán az eddig elért eredmény rövid leírására szorítkozom, melynek könnyebb megért-



1. ábra. A bal hártás labyrinth vázlata. Cs. = Csigá. S. = Sacculus. U. = Utriculus. 1. elülső függőleges. 2. hátsó függőleges. 3. vízszintes ivjárat. A. = ampullák. NC = nervus cochlearis. NV = nervus vestibularis. mu. = macula acustica utriculi, ms = macula acustica sacculi.

hetése szempontjából elkerülhetetlen a boncolástani viszonyoknak rövid vázolója.

A labyrinthus, mint tudjuk, csontos és hártás részből áll. A hártás rész a csontos rész üregeiben úgy van elhelyezve, hogy a csont és a hártás burkok csak egyes pontokon és vonalakon érintkeznek közvetlenül, míg egyebütt a csontfal és a hártya között üreg marad, melyet a perilympa, míg a hártás rész belsejét az endolympa tölti ki. A csontos rész tulajdonképpen csak a fontosabb hártás rész helyzetének a megszilárdítására és védelmére szolgál. Ez utóbbi rész áll a csigából, a két pitvarzsákoeskából és az ivjáratokból, melyek a csontos rész hasonló alakú üregeiben vannak elhelyezve. A pitvarzsákoeskák közül az egyik, a sacculus jelentékenyen kisebb; ez egyrészt a csigával van direct összeköttetésben, másrészt egy vékony csatorna (ductus utriculo-saccularis) révén a másik nagyobb zsákoeskával, az utriculussal közlekedik. Az utriculus pedig az ivjáratokkal áll egyenes összeköttetésben, a mennyiben az ivjáratok 5 szájadékkal az utriculusba nyílnak. A három ivjárat úgy van elhelyezve, hogy a külső oldal felé a vízszintes, elől a frontális síkban elhelyezett függőleges és belül-hátul a sagittális síkban elhelyezett függőleges ivjárat fekszik. Mindegyik ivjáratnak az egyik vége kehelyszerűen van kiöblösödve, mely kiöblösödések ampulláknak nevezetnek.

A VIII. idegpár, a mely tulajdonképpen 2—2 idegből áll, a

halántékesont pyramisának a hátulsó részén levő meatus acusticus internuson lép a labyrinthusba. Az egyik ideg, a nervus cochlearis, egy-két kis ágat leszámítva, mely a sacculushoz megy, osztatlanul lép a csiga modiolusába, honnan a csiga skáláiban elhelyezett Corti-féle szerv hallósejtjeiben végződik. A másik ideg — a nervus vestibularis — közvetlen a labyrinthusba való belépése után 5 ágra oszlik, melyekből egy ágat a sacculus medialis lapján elhelyezett sárgafolthoz, a macula acustica sacculihoz (régii felfogásból maradt elnevezés), egy ágat az utriculus lateralis és elülső falán elhelyezett macula acustica utriculihoz, és egy-egy ágat a három ivjárat ampulláinak a belsejébe küld, a hol azok az ampulláknak 2—2 crista ampullarishoz elhelyezett idegsejtjeiben végződnek.

Úgy a zsákocskák sárga foltjaiban, mint az ampulláris idegvégződéseknél kétféle idegsejt van, és pedig kehely alakúak, melyeknek a szabadon álló végükön 10—15 hajszál finom nyúlvány van — innen a hajszálsejt elnevezés —, továbbá az úgynevezett fonalsejtek, melyek sokkal keskenyebbek és hajszállyal nem bírnak. Ezen idegvégződések felett egy kocsonyaszerű összeállással bíró anyag van elhelyezve, melyben a macula utriculi és sacculinál hatszögletű, szénsavas mészből álló kristálykák — otolithok — vannak beágyazva. Az ampullák idegvégződéseit befedő kocsonyaszerű anyagban, mely itt *cupulának* nevezetik, az otolithok hiányzanak.

Az agyban a tulajdonképeni hallóidegnek, a nervus cochlearisnak, és társának, a nervus vestibularisnak, más-más központi idegmagvak képezik kiinduló pontját. A vestibuláris idegmagvak a IV. agykamara és a Sylvius-féle zsílip feneke, a halló idegmagvak és a két felső ikertest köze közötti agyrészletben, a kisagy-szárakban elhelyezett Deiters-féle magvak közvetlen szomszédságában vannak, mely utóbbival idegrostok által közvetlen összeköttetésben is állanak. Ezenkívül csak részben kereszteződött idegrostok mennek belőlük a szem mozgató idegeinek a központjaihoz, továbbá lefelé a gerinczagy elülső szarvainak a mozgató idegsejtjeihez, végre az agykéreghez is. Ezen utóbbi összeköttetést azonban némelek, köztük *Bönninghaus*, tagadják.

A mint a boncolástani viszonyokból látjuk, a labyrinthusbeli két szerv olyan összeköttetésben áll egymással, hogy bár működésük egymástól teljesen független lehet, mégis az egyiknek a megbetegedése — főképpen a lobos megbetegedése — folyadékjának a közlekedése révén a másikra is kihatással van. Éppen ezen viszony teszi fontossá megismerni a labyrinthus mindkét részének a működését, mert például a mindig életveszélyes labyrinthusgyulladásokat, ezen ismeret birtokában, nemcsak az acusticus-labyrinthusból származó, sokszor megbízhatatlan subjectív tünetekből — megsiketülés, hallási sensációk stb. —, hanem a statikus labyrinthusból származó objectív tünetekből is konstatálhatván, operatív úton a kellő időben elháríthatjuk az életveszedelmet.

A statikus labyrinthus, a tudomány mai állása szerint, a test egyensúlyának a fenntartására, a test különböző irányban való mozgásainak az irányítására és tudomásul vételére, végre a szemek associált mozgásának a rendezésére szolgáló szerv. Az egyensúly fenntartásához, a labyrinthon kívül, még másik két tényező is hozzájárul, és pedig az úgynevezett mély érzések (izület, izomérzés), továbbá a látás. Ha ezen három tényező közül kettő jól működik, akkor az egyensúly még fenntartható, ha azonban kettő hiányzik, akkor az egyensúlyvesztés a másik két hiányzó érzék kiesésével és azoknak az értékével arányos. Így például tabesben a mélyérzések hiányoznak, ezért ép látás mellett még megvan az egyensúly; ha azonban a látást a szem becsukása által kizárjuk, az egyensúly többé fenn nem tartható. Éppen így van ez az elpusztult labyrinthusú egyénekben is. Az egyensúlyt fenntartó triásban a statikus labyrinthusnak nagy értéke van, mert az összes akaratlagos izmoknak a tonusára nagy a befolyása, mondhatni szabályozza azt, s az egyensúlyt megzavaró helyzetekben az ezeket paralyzáló reflexmozgásokat is a labyrinthus indítja meg. Azonkívül, mint *Marikowszky* kimutatta, az érő idegek is befolyása alatt állanak bizonyos mértékben. *Marikowszky* az egész apparátust igen találóan fogathoz hasonlítja, a hol a statikus labyrinthust jelképezi a kocsis, a ki rendes körülmények között mindkét gyeplőszárat egyforma feszésen tartva kormányozza a fogatot és ilyenkor a fogat rendesen halad. Ha azonban a kocsis az egyik gyeplőszárat el-

lazítja vagy elejti, akkor a lovak kitérnek a rendes irányból és a fogat rendetlenül mozog.

Némi kivétellel általános az a nézet, hogy az egyensúly fenntartását nagyrészen és az egyenes vonalban való járást a macula sacculi és utriculiban levő idegvégződések szabályozzák, míg a valamely szeglet alatt való mozgást s részben az egyensúly fenntartását is az ivjáratok szabályozzák. A test minden mozgására, a tehetetlenség törvénye szerint, megmozdul a labyrinthusban levő endolympha; mozgását átadja — egyenes vonalban való mozgáskor — a maculákat borító kocsonyás anyagnak, mely ismét az otolithokkal terhelt hajszállyúványokat hajlítja meg; szeglet alatt való mozgáskor pedig azon ivjárat endolymphája mozdul meg, átadván a mozgást a cupulának s ez a hajszálsejteknek, a melyeknek az irányában jön létre a mozgás. A hajszállyúványoknak ez a kis elhajlása alkotja azon idegingert, a mely az agyvelő-központokban áttétetik a megfelelő izomcsoportra és az agykéregre.

Tulajdonképpen a maculák és az ivjáratok működését teljesen elkülöníteni nem tudjuk, mert nem ismerünk még módszert, a melylyel a maculákat elkülönítve tudnánk izgalomba hozni. Az ivjáratok izgatására azonban többféle móddal rendelkezünk, melyek mindeikére olyan törvényszerű pontossággal állanak elő bizonyos tünetek, hogy belőlük — bár tagadhatatlan, hogy ezen módok által a maculák is izgatva vannak — mégis az ivjáratok működésére biztosan következtethetünk. Ezen tünetek között praktikus szempontból legfontosabbak az ivjáratoknak a szemmozgató idegekkel való összeköttetése révén előálló szemmozgási tünetek.

Högyes szerint mindenik ivjáratrendszer az ugyanazon oldali szem az abducenssel, az obliquus superiorral és a rectus superiorral, a másik oldali szem pedig a rectus internussal, a rectus inferiorral és az obliquus inferiorral áll összeköttetésben. Tehát a jobb ivjáratrendszer a jobb szemet jobbra és felfelé, a bal szemet jobbra és lefelé húzza, a bal ivjáratrendszer pedig a bal szemet balra és felfelé, a jobb szemet balra és lefelé húzza állandóan. Ha az ivjáratok épek ezen állandó tonus kiegyenlítő egymást és a szemmozgások szabályosak; ha azonban az egyik vagy a másik ivjáratban a tonust kiváltó izgalom fokozódik vagy megszűnik, a szemmozgások rendetlenné válnak. *Högyes* tana örök igazság marad, azonban véleményem szerint ki kell egészíteni azzal, hogy egy-egy labyrinthusnak nemcsak a jelzett 6 szemizomra, hanem a többi — az ellenkező oldali — 6 szemizomra is van befolyása, bár ezekre sokkal kisebb mértékben. Szerintem minden egyes ivjárat mindegyik szem 2—2, összesen 4 szemizomra van hatással, és pedig a két szemet egy irányba húzó két izomra nagyobb, mondjuk főhatással, azok antagonistáira kisebb, mondjuk mellékhatással. A horizontális ivjáratnak főhatása van a saját oldali rectus externusra és az ellenoldali szem rectus internusára, mellékhatással van ezen izmok antagonistáira. Az elülső függőleges ivjárat főhatással van a saját oldali obliquus superiorra és az ellenoldali obliquus inferiorra, mellékhatással azok antagonistáira. A hátulsó függőleges ivjárat főhatással van a saját oldali rectus superiorra és az ellenkező oldali rectus inferiorra, mellékhatással azok antagonistáira. Csakis így érthető az, hogy, mint látni fogjuk, egyrészt az egyes ivjáratoknak az izgatására hol bal, hol jobb oldalra tekintő szemmozgásokat hozhatunk létre tetszésünk szerint, másrészt az, hogy az egyik oldali ivjáratrendszer elpusztulása után az ép oldali ivjáratok át tudják venni az elpusztult oldalnak a szerepét és teljes compensatio jön létre a két szem mozgásaiban.

A statikus labyrinthus vizsgálatakor két momentum jön tekintetbe, ugyanis az izgalmi állapota és a belőle származó *izgatási tünetek*, továbbá működésének a megszűnése és az ennek következtében beálló *kiesési tünetek*. Az emberen mindkét esetben a *szem nyistagmusa* a legállandóbb és legfontosabb tünet, a melynek a megjelenése, továbbá az iránya és a tartama igazán bennünket útba a labyrinthus épségét illetőleg.

A labyrinthus megbetegedésekor előforduló spontan szemnyistagmusra (állatokon fejnyistagmus is előáll, a mi az emberen nincs) először *Jansen* hívta fel a figyelmet, de az emberen való tetszés szerinti előhívását és abból a labyrinthus működéskésségére való következtetést *Bárany Róbert* dr.-nak köszönhetjük.

(Folytatása következik.)

Közlés a szt. Rókus-kórház bőr- és bűjakóros osztályáról (főorvos Havas Adolf dr., egyetemi rk. tanár) és sebész-urologiai osztályáról (főorvos Haberer Pál dr., egyetemi magántanár).

A lues színreakciójáról.

Közi: Roth Arnold dr. és Goldner Viktor dr.

„A Deutsche Medizinische Wochenschrift“ folyó évi 14. számában a lues színreakciójáról Lubarsch laboratóriumából mint előzetes közlemény Schürmann-tól megjelent cikk méltán kelthetett feltűnést, mert e reactio egyszerű és könnyen kivihető volta miatt az orvos rendelő szobájában is néhány perc alatt végezhető.

A reactio technikája Schürmann szerint az, hogy physiologiai konyhasóoldattal felhígított és perhydrollal oxydált vérsavóhoz Uffelmann-kémlőszert (phenol 0.5, 5%-os vaschlorid 0.62, párolt víz 34.5; mindig frissen készített) öntünk, a mikor is lues jelenlétében barnás-fekete csapadék áll elő, míg nem lueses esetben sárgászöld a színeződés. E reakcióval Schürmann igen értékes eredményt ért el.

Mi az eredeti előírás szerint és némi lényegtelen módosítással is végeztük a reakciót. A csapadékképződés illetőleg a reactio észleletünk szerint a kémlőcsőben levő folyadék legfelső részében vaskos barnás-fekete gyűrű vagy zöldes-sárgás színeződés képében jelenik meg, a szerint, a mint lueses vagy nem lueses egyéntől származik a vizsgálandó serum. A csapadék 10 percnyi állás után a kémlőcső fenekére száll le. A pozitív reactio beállta után össze-rázva a folyadékot, a csapadék finom szemcsékben úszik benne.

Nem sikerül a reactio serum hozzáadása nélkül, a mikor is teljesen átlátszó folyadékot kapunk; továbbá nem sikerül kevésbé erős oxydáló anyaggal, így a kereskedésben kapható 10%-os hydrogen hyperoxyddal, hasonlóképpen nem a budapesti vízvezetéki vízzel.

Előbbi reakciót nyertünk, ha az eredeti leírástól eltérőleg kétannyi hígító folyadékot s kevesebb reagenst alkalmaztunk. Positív eredmény feltételeként csapadékképződést kívántunk meg; a barnás elszíneződést, melyet a leíró gyengén pozitívnek fogad el, mi *negativnak* minősítettük. A reactio befejeztének ideje 3 perc. Az Uffelmann-reagens mennyiségének szaporításával a kiváló csapadék erősebb lesz, míg a negatív reakciónál a reagens szaporításával az oldat nem változik, legfeljebb színe lesz sötétebb, de csapadékképződés nem indul meg. A 24 óráig állott serum úgy reagál mint a friss.

Mi a reakciót úgy végeztük, hogy 5 cm³ phys. konyhasó-oldathoz adunk 1 csepp perhydrolt, 1 csepp serumot és 10 cseppet a frissen készített reagensből. A reagens készítésekor ragaszkodtunk az eredeti leíráshoz. A reactio lényegére vonatkozólag alig hiszszük, hogy tejsav jelenléte okozná a csapadékképződést; vagy legalább is csak oly minimális mennyiségben van jelen tejsav, hogy a szokásos reakcióval nem mutatható ki. A tejsav kimutatását úgy eszközöltük, hogy a nagyobb mennyiségű savóban esetleg jelenlevő lactatokból felszabadítottuk 10%-os kénsavval a tejsavat, melyet aetherrel kiráztunk és bepárologtatva végeztük a tejsavreakciót negatív eredménnyel.

Összesen 100 esetben végeztük a vizsgálatot, 57 lueses és 43 nem lueses egyénen. A klinikailag is syphilisnek diagnosztizált 57 eset közül 54 esetben (95%) kaptunk pozitív és 3 esetben negatív eredményt.

Ezen esetek a syphilis stádiumait illetőleg a következők:

	Positív	Negatív	Összesen
Primaer sclerosis	1	1*	2
Lues recens	5	1**	6
Lues recidivans	45	1***	46
Lues gummosa	3	—	3
Összesen	54	3	57

* 4 hetes sclerosis, reg. mirigyek.

** Roseola, polyadenitis.

*** 3 éves lues; késői serpinosus syphilit.

A vizsgált 57 syphilises beteg közül 45 kezelés előtt volt, közülük 42 pozitív, 3 negatív eredményt adott, míg a kezelés

után levő 12 esetben végzett vizsgálat mind positive reagált. A fentebbi adatok szerint tehát úgy látszik, hogy a kezelés nem befolyásolja a reactio sikerültét, míg ugyanazon vérrel végzett Wassermann-reactio 7 esetben negatív eredményt adott.

Áttérve a nem lueseseken elért eredményeinkre, a vizsgált 43 eset közül 34 negatív, 9 pozitív eredményt adott.

Negatív reakciót kaptunk:

22 gonorrhoea, ulcus Ducey, sine morbo,
2 hypertr. prostatae, 1 anaemia pernicioza,
2 tuberculosis renis, 1 polyarthrit. rheumatica,
1 lithiasis vesicae, 1 carcinoma ventriculi,
1 pneumonia, 1 tuberculosis pulmonum,
1 hepatitis interstitialis.

A pozitív reagáló 9 beteg közt volt:

2 lupus erythematodes
1 carcinoma buccae
1 psoriasis universalis
1 tuberculosis vesicae urin.
1 hypertrophia prostatae
1 gangraena scroti
2 ulcus Ducey

Összesen 36 esetben ellenőriztük a színreakciót Wassermann-reactióval és a két lupus erythematodes és carcinoma buccae esetben úgy a színreakcióval, mint a Wassermann-reactióval pozitív eredményt kaptunk és így a 3 eset complementkötő képességénél fogva nem egész indokolatlan az a feltevés, hogy e három betegben lappangó lues van jelen.

A végzett vizsgálatok azt bizonyítják, hogy manifest syphilis eseteiben a pozitív reactio egészen egyenlő számú a Wassermann által elért eredményekkel (95% pozitív). Míg a klinice nem luesesnek diagnosztizált esetekben 27% pozitív, vagyis 43 eset közül kilencben pozitív. E pozitív esetek közül három Wassermannra is pozitív. A hátramaradt hat eset, vagyis a vizsgálatok 14%-ának pozitív volta esetleg a vizsgáló módszer hiányosságára engedhet következtetni.

E tekintetben csatlakozunk a Finger tanár osztályáról e héten megjelent közlemény végeredményéhez, mely szintén csak a reactio technikájának tökéletesítésével, esetleg egész átalakításával reméli a vizsgálati mód kiterjedt alkalmazásának jogosultságát. Egyelőre még fontartással és óvatossággal kell hogy nyilatkozzunk, bármilyen csábító is az eredmények.

Közlés az I. sz. belorvostani klinikáról. Igazgató: Korányi Frigyes egyetemi tanár.

A Kuhn-féle légzőkosár hatása szívbajokban.

Közi: Morelli Gusztáv dr.

(Vége.)

Kedvezőbbnek mutatkozott V. M. esete, ki évek óta nehéz-légzésben, szívdobogásban szenved, lábai gyakran megdagadnak. Diagnosis: Insuff. valv. bicuspid. Insuff. aortae. Arythmia. A szív mindkét irányban erősen tágult, oedema nines.

A beteg eleinte igen nehezen tűri a kosarat, csakhamar azonban jól elviseli, arythmiája javul, szívdobogása ritkul, szív-tompulata kisebbedik, nehéz-légzése általában enyhül. Az eljárást tovább is folytatja. Szembeszökő volt a beteg szervezetének alkalmazkodása. A pulsus és vérnyomás itt is legtöbbször szabálytalanul viselkedett, a légzés pedig szinte mindig csak a mélységében változott. Hasonlóképpen viselkedett N. I., kinél a diagnosis myodegeneratio cordis volt erős arythmiával.

Miután mindez esetek legállandóbb tünetként a pulsus szám csökkenéséről győzték meg, kísérletet tettem több oly esetben, hol tachycardia volt jelen a szívbillentyű hibája nélkül.

P. A. évek óta féloldali fejfájás, szívdobogás, ájulás, gyengeség, idegesség. Diagnosis: Hemierania, anaemia, arteriosclerosis.

A 30 belégzés eredménye a következő:

Datum	IV. 3.	IV. 4.	IV. 6.	IV. 7.	IV. 8.	IV. 9.	IV. 10.	IV. 11.	IV. 13.	IV. 14.	IV. 15.	IV. 16.		
Belégzés száma	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.		
Szűkítés foka	0°	2°	4°	4°	4°	4°	4°	4°	4°	4°	4°	4°		
Belégzés előtt	P.	76	100	76	80	88	80	100	84	92	84	88	80	
	L.	20	16	20	24	16	16	20	20	20	20	24	20	
	Ny.	148	146	138	127	139	135	139	132	138	133	138	132	
	P.	5'	88	84	76	88	96	84	76	84	92	80	84	80
		10'	88	80	76	92	92	80	76	80	80	84	80	80
		15'	84	92	76	88	92	84	76	92	76	84	76	80
		20'	84	84	76	84	84	80	76	80	80	82	84	80
	L.	5'	20	20	20	24	20	20	20	20	20	20	20	20
		10'	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
		15'	20	20	20	20	20	20	20	16	20	20	20	20
		20'	20	20	20	16	20	20	20	20	26	20	20	20
	Ny.	5'	147	140	136	127	136	131	135	131	137	130	136	128
10'		147	138	134	124	130	130	132	130	135	125	134	127	
15'		145	141	130	136	128	129	131	128	132	123	134	125	
20'		140	137	123	132	128	129	130	128	130	121	130	125	
Belégzés után	P.	100	96	84	100	100	84	76	84	80	84	76	84	
	L.	24	24	24	24	20	24	24	20	20	20	20	20	
10'-czel	Ny.	135	140	140	132	128	124	136	128	128	120	127	123	
Vérkép		3.610.000 vörösvér- sejt. 5700 feh.- vérsejt. H=8.34%											4.220.000 vörösvér- sejt. 5000 feh.- vérsejt. H=9.26%	
Jegyzet: XX. belégzés után vörösvérsejt 4.200.000, fehérvérsejt 5330, H = 13.20%.														
XXX. " " " " 4.620.000, " 6100, H = 14.36%.														

A tachycardia már az 5. alkalomkor feltűnően csökkent. A pulusszám 2 ízben (a 2. és 7. napon) 100-ról 84-re, illetve 76-ra szállt alá, a vérnyomás mindig erősen csökkent és utólag is órákon keresztül alacsonyabb maradt. A betegnek állandóan igen felületes légzése mély, kiadós lett, arca a belégzések végére kipirult. A légzésszám sohasem változott. A vérkép szintén nagy javulást mutatott. 30 belégzés után a hemierania úgyszólván megszűnt, általános érzése javult, a testsúly 3 kgm.-mal gyarapodott.

Ugyanily jó eredményt mutatott K. T. esete. Diagnosis: Asthenia nervosa, palpitatio cordis nervosa. Palpitatiók szűntek, pulsus, vérnyomás csökkent, légzés szaporodott.

E kedvező esetek alapján kísérletet tettem morbus Basedowii három esetében a tachycardia viselkedésére nézve.

Sz. I. Diagnosis: Basedow-kór. Tachycardia. A pulsus több alkalommal 110-ről 92-re, a vérnyomás 110-ről 100-ra csökkent, a légzésszám változatlan.

S. A. Diagnosis: Basedow-kór. Tachycardia. A pulsus 104-ről leszállt 92-re, a vérnyomás 92-ről 86-ra, a légzésszám változatlan.

G. I. Diagnosis: Basedow-kór. Tachycardia. A pulsus 108-ről 96-ra, a vérnyomás 100-ról 90-re csökkent, a légzésszám néha szintén csökken, de rendszeren változatlan.

Ha a kísérleti sorozatokat megtekintjük, minden esetben mint jellemző tünet ismétlődik:

- I. a pulusszám-csökkenés,
 - II. a légzésszám-növekedés,
 - III. a vérnyomás-csökkenés,
 - IV. a vérsejtek szaporodása.
- és végül gyakran, de nem szabályszerűen

Megkísérlem már most e jelenségek magyarázatát adni.

I. A beteg a légzőkosár szűk résén keresztül kevesebb levegőt kap, mint a mennyi a rendes, felületes légzőkör O₂ szükségletét kielégíti, előáll tehát a légszomj; hogy ezt enyhítse, erőltetett mély belégzéseket végez, a mellkas tehát a rendesnél erősebben kitágul, méréseim szerint 2—8 cm.-rel, a rekeszizom erősen leszáll, vagyis az összes belégző izmok erősen működnek. Következésképpen a mellkas negatív nyomása erősen emelkedik és nagy vérmennyiség tódul a kitágult tüdő verő- és gyűjtőereibe, annál is inkább, mint-hogy ugyanez a tüdő gyűjtőerei is kissé akadályozva vannak a kiürülésben. Ily módon egyrészt a mély belégzések reflectorius hatása, másrészt a nyúltagyi szívgyátló központ szénsavval telített

vértől való izgatása okozza a pulusszám csökkenését a vagus végekre vezetett izgalom folytán.

II. A légzés szaporodik, mert a szénsavas vér erős ingere a nyúltagyi központnak és a szervezet iparkodik szénsavától megszabadulni.

III. A vérnyomás csökkenésének okát abban találom, hogy a vér nagy mennyiségben a tüdőbe ömölve, egyrészt a periferián relatív vérszegénység áll be, másrészt a periferiára kevesebb vér is jut, mert a nagy negatív mellűri nyomás folytán a bal pitvarba a tüdő gyűjtőerei nehezen ömlenek be és így a bal szív csak kevés vért lökhet ki. A pulusszám csökkenésére a vérnyomás kisebbedésével együttesen analog az az élettani kísérlet, melyet Müller irt le, hogy ha befogott orr és száj mellett erős belégzőmozgást teszünk, a pulsus meglapul, sőt kimarad és a vérnyomás csökken. A légzőkosáron át való belégzés ugyanez, csak hogy nyújtott alakban.

IV. A vérsejtek viselkedésére nézve meg kell jegyeznem, hogy a mint a táblázatokból látható, egyes esetekben a vérsejtek szaporodtak, de ugyanazokban későbbben többször csökkent is a számuk. A vérsejtszaporodás magyarázatára nézve utalok Kuhn elméletére, az eredmények azonban jelenleg még nem nyújtanak sem mellette, sem ellene elegendő bizonyítékot, főleg mert a kétségtelenül szaporodott vérsejtek eseteiben a gyomor-bélzavarok enyhítésére gyógyszereket is adtunk és így a vérsejtszaporodás egy része legalább is ennek és a fekvésnek tulajdonítható. Kérdés ezek után, vajjon a vitiumokra is nem a fekvés és esetleg a suggestio hatott-e csupán, a mi az eljárás újdonságából folyik.

Megfigyeléseim alapján azt állíthatom, hogy nem, mert a tüdőben activ és passiv vérbőség van és ez előidézhetheti a fentebb kifejtett tüneteket.

Az activ és passiv vérbőség létrejöttére nézve közvetett bizonyítékokat szolgáltatnak Kuhn vizsgálatai, ki kimutatta a mellkas igen erős tágulását és a rekesz leszállását. Ezenkívül mint az idült vérbőség bizonyítékát felemlíti, hogy több esetben a boncolás alkalmával a tüdő kötőszövetes zsugorodást mutatott, a mi a gyógyult gümös góczok végső állapota. Ettől eltekintve, közvetlen bizonyítékot látok abban, hogy az esetek nem viselkednek egyformán. Az esetek leírásában ugyanis rámutattam, hogy a míg az első 6 esetben a pulusszám- és vérnyomáscsökkenés, valamint a légzésszám-emelkedés szinte matematikai pontossággal ismétlődik a felvett szabály szerint, addig a 7. esetben már a vérnyomás nem igen változik, valamint a légzésszám is többnyire változatlan, és a többi az ezen első eseteimhez viszonyított eltéréseket még fokozottabban

mutatja. E különbség magyarázatát abban találom, hogy az első 6 eset mind tiszta stenosis ostii ven. sin., míg a 7. már insufficienciával van kombinálva, a többi meg különböző vitium, kizárva a stenosis. Mert ha a belégzés által előidézett activ és passiv vérbőség főleg a jobb szív munkáját könnyíti meg, akkor ez és következményei ott fognak leginkább érvényesülni, a hol egyrészt a jobb szív izoláltan van munkaképességének a normálison túl való igénybevételével megterhelve, másrészt a vérnyomáscsökkenés csakis erre hat, a mi bizonyos határon belül annál jobban mutatható ki, mennél nagyobb a szív igénybevétele, illetőleg mennél kevesebb a jobb szív reserv ereje, és éppen ez az eset a sten. ostii ven. sin.

Ha azonban a bal szívbillentyű insufficienciája folytán a negatív mellkasi nyomás növekedésére a bal szívből is vértömegek jutnak a tüdőbe, úgy ez a jobb szívre vonatkozó hatást természetesen csökkenti. E miatt a vérnyomáskülönbség a tüdőben hamarabb kiegyenlítődik, és a periferiáról kevesebb vér vonatván el, a vérnyomáscsökkenés ugyanott kisebb (7. eset). Ugyanez ok magyarázza azon érdekes tapasztalatot, hogy a stenosis ostii venosi sin. és az insuf. f. valv. bicuspid.-nál hallható szívhangok különbözőképpen viselkednek a légzőkosár hatása alatt. Mert míg az előbbi esetben a pulmonalis ékelt diastolés hangja kevésbé ékelt vagy alig hallható lesz, a systolés hang pedig erősödik, addig az utóbbi esetben a pulmonalis ékeltsége nem igen változik, hanem a szívesűs felett hallható systolés zöreje erősödik meg. E tünet, melyről többször volt alkalmam meggyőződni, egyúttal körjelző jelül is szolgálhat a bal gyűjtőeres szájadék szűkületére vagy a kéthegyű billentyű elégtelenségére nézve.

Hogy az activ és passiv vérbőség kiegyenlítése a légzés után a szív nagyfokú túleröltetésével nem jár, azt minden esetben tapasztaltam. Ha ugyanis a légzőkosarat levezesszük, a levegő szabadon, korlátlan mennyiségben jutva a tüdőbe, a felhalmozódott vér kiadón vehet fel oxygent, a felületesebb légzés folytán a negatív mellkasi nyomás csökken. Ezért a bal szív, mely a belégzés alatt, minthogy kevés vért kapott, kípíhent, nagy erővel erőlyes összehúzódásokat végez, és szívóereje most annál kiadósabban fog érvényesülni, minthogy a mellkasban a nyomás pozitív, vagy csak igen kis fokban negatív. Így a felhalmozódott vért hamar feldolgozza, mit az a körülmény is támogat, hogy ekkor a jobb szív a periferiáról még csak kevés vért kap, mert ide a belégzés alatt kevés jutott el. Innen van, hogy a belégzés után a periferián a verőerek lüktetése erőlyes, a vérnyomás emelkedett, mi nemcsak a kiegyenlítés tartama alatt, de még jóval utóbb is fennáll. Az egész folyamatot végig tekintve, a tüdőnek olyan a szerepe, mintha a jobb és bal szív kamra közé még egy harmadik igen nagy kamrát helyeznénk, mely amazok munkáját azáltal támogatja, hogy egyetlen nagy diastoleval megszabadítja őket a túlságos nyomás terheléstől.

Minthogy pedig a negatív mellkasi nyomásnak úgy a nagyságát, mint az idejét pontosan adagolva, a jobb szívet hosszabb-rövidebb időre a szervezet minden kára nélkül módunkban áll tehermentesíteni, a jobb szív bizonyos mechanikai gyakorlását végeztethetjük sok oly esetben is, a hol más szivgyógyászati eljárás már kivihetetlen, főleg minthogy fekvő helyzetben, szabadlevegőn, minden különösebb berendezés és nehézség nélkül végezhető. Ehez járul még a psychének minden esetben tapasztalt kedvező befolyásolása. A légzőkúra elején előforduló kifáradás a légzőizmok mechanikai begyakorlása után csakhamar megszűnt.

Eseteimen tett észleleteim szerint eredmény főleg a jobb szív izolált túlterhelésekor várható. De várható a többi vitiumban is, a meddig a jobb szív a bal szív hibáját kiegyenliti, és a szervezet még bizonyos reactio-erővel rendelkezik. Ha a vitium már a compensatio határán van, vagy incompensált, hatása nem igen lehet, mert az ilyenkor vérrel teljesen felt tüdő nem vehet fel több vért, a jobb szív a már teljes működése ellenére felgyülemlett vért nem tudja kiszorítani, hanem végkimerüléssel fenyeget. Éppen ezért tehát incompensatióval e kísérlet veszélyes, sőt végzetes lehet. Ugyanez áll azokra az esetekre, midőn tüdőinfarctusok jönnek létre (5. tábla), mert a hirtelen nyomáscsökkenés folytán a tüdőbe rohamosan ömlő vér könnyebben ragad magával thrombusokat. Különös jó eredménnyel végződő 7. táblázatú esetben a hatás magyarázata talán abban van, hogy mint láttuk, a feltűnően felületesen légző és magas vérnyomású egyén az intensív, mély belégzésekre kényszerítve egyrészt a magas vérnyomástól kissé szabadult, másrészt

egész vérkeringését hatalmasan élénkítve, a vasomotorius zavarok (migrain, szédülés, szívdobogás) csökkentek, sőt az ez esetben tagadhatatlanul megjavult vérkép is hozzájárult a részben vérszegénységből is eredhető panaszok megszűnéséhez. Ez eljárás végül még különböző eredetű tachycardiákra (12., 13., 14., 15. eset) is mutatott kedvező hatást a palpitiatio enyhítésével.

Az eljárásnak szorosan az esethez szabottnak kell lennie. A légzőnyílás szűkítése mindig csak akkor engedhető meg, ha az előbbi fokhoz a beteg már hozzászokott, a mi a pulusszám és vérnyomás csak csekély süllyedése és a légzésszám kis emelkedése által tűnik ki. Ellenjavallt incompensált esetben, vagy ha tüdőinfarctus jelentkezik.

Összegezve a mondottakat, a légzőkosár a szívtherapia terén észszerű alappal bíró gyógymódot helyez kilátásba, melynek különösen a jobb szív túlterhelésekor lehet jó hatása. Ezenkívül a subjectív szívdobogásokban, valamint ideges alapon jelentkező és vérszegénységből származó szívdobogás eseteiben biztat jó eredménnyel.

Közlés a szt. Rókus-kórház X. orvosi osztályáról. (Főorvos Wenhardt János egy. magántanár.)

Az extractum digitalis depuratum (digipuratum Knoll) hatása a vérkeringési rendszerre. Megjegyzések a digitalis hatásmódjáról.

Irta: Szinnyei József dr.

(Folytatás.)

7. A. J. 60 éves napszámosnő. Két hete fullad, gyakran fáj a feje, étvágytalan, egy ízben hányt is, sokat köhög, vért nem köpött. Székszorulás. Status 1908. október 6. Dyspnoë. Az arc, ajkak, ujjak, lábak cyanosisosak. A lábszárakon csekély oedema; a végtagok hidegek, a beteg igen bódult.

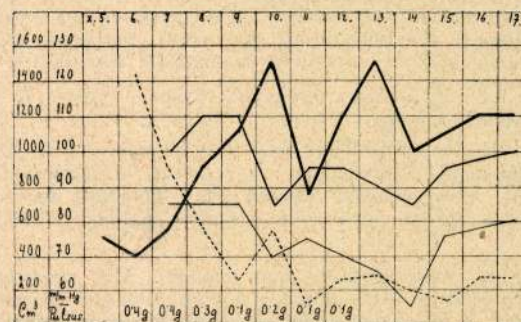
A csücsülökés 1 harántujjal az elülső hónaljvonal mögött. Abs. szívtompulat: 3. borda felső széle — jobb szegyszél (a relativ tompulat ezt 2 harántujjal meghaladja). Minden ostium felett systolés zöreje, de nem minden összehúzódáskor. Arhythmia. Pulsus alig tapintható. Légzés percenként 30.

Az alsó tüdőhatár a paravertebrális vonalban baloldalt a 8. bordánál, jobboldalt a 7.-nél, ez utóbbi tompulat felett gyengült a légzés. A máj a bimbóvonalban 3 harántujjal a köldök magassága alatt tapintható, nyomásra érzékeny. Therapia: 4×0.1 digipuratum (NB. Előző napon este történt felvételek a beteg 15 csepp digalent kapott). *Diagnosis: Insufficiencia bicuspidalis. Insufficiencia myocardii.*

Október 11. Abs. szívtompulat a bal szegyszélig, erős relativ a jobbba terjed. A jobboldali hátulsó tompulat némileg feltisztult, de felette a légzés még gyengült.

Október 12. Oedema nincs, alig cyanosisos, teljesen magához tért.

Nap	Ivott (cm ³)	Diuresis (cm ³)	Systole	Pulsus	Vérnyomás (mm. Hg.)	Amplitude	Dosis
X. 6.	550	400	121	120	?	?	4×0.1 digipuratum
7.	500	550	95	69	85—100	15	4×0.1
8.	550	900	78	77	110	?	3×0.1
9.	200	1100	63	60	85—110	25	1×0.1
10.	400	1500	77	75	70—85	15	2×0.1
11.	500	750	56	58	75—95	20	1×0.1
12.	550	1200	63	61	70—95	25	1×0.1
13.	600	1500	64	62	65—90	25	—
14.	600	1050	60	56	55—85	30	—
15.	—	—	—	57	75—95	20	—
16.	650	1250	—	64	—	—	—
17.	1200	1200	—	64	80—100	20	—



4. rajz.

November 1. Ismét nagy dyspnoë és cyanosis. Oedema, ascites nincsen. Pulsus inaequalis és arhythmias.

November 3. Pulsus folyton szapora, arhythmias. Dyspnoë fokozódott (légzés percenként 48). $2 \times 1.0 \text{ cm}^3$ digalen.

November 12. Pulsus rythmusos és egyenlő lett, nem szapora. Cyanosis és dyspnoë kisebb. Oedema, ascites nincs.

Nap	Ivott (cm^3)	Diuresis (cm^3)	Systole	Pulsus	Vér- nyomás (mm. Hg.)	Amplitude	Dosis
XI. 1.	800	1200	110	110	80—110	30	—
2.	700	1100	120	120	85—105	20	—
3.	800	1300	121	112	85—110	25	$2 \times 1 \text{ cm}^3$ digalen
4.	700	1000	100	95	75—110	35	$3 \times 1 \text{ cm}^3$ "
5.	850	700	98	98	85—120	35	$3 \times 1 \text{ cm}^3$ "
6.	800	—	—	—	—	$3 \times 0.5 \text{ cm}^3$	"
7.	600	850	79	79	70—100	30	3×15 csepp "
8.	450	820	61	58	80—115	35	3×10 "
9.	600	500	—	—	—	3×10	"
12.	800	700	54	53	80—105	25	—

Ez a teljesen bódult állapotban felvett beteg összesen 1.6 gm. digipuratumot szedett 7 nap alatt s a diuresise már másnap megindult némileg, azután fokozatosan emelkedett az 5. napig, mikor a maximumát elérte. A vizelet mennyisége (a táblázatokon fel nem tüntetett október 17.-e és november 1.-je közti időben is) állandóan tetemesen túlhaladta a bevitt folyadék mennyiségét, úgy hogy mikor november 3.-án a cyanosis újból való fokozódása, a pulsus szaporasága és a dyspnoë arra készítetett, hogy ismét cardiacumhoz nyúljunk, még mindig nagyobb volt, mint a megivott folyadék mennyisége.

Éppen ezért természetes, hogy a november 3.-án megkezdett digalen-cyculus alatt és után nem értünk el többé oly jelentékeny diuresist, azonban a bevitt és kiadott folyadékmennyiséget összeadva és összehasonlítva (november 1.-je és 12.-e közt), a mérleg a diuresis javára billent. Mindazonáltal ez esetben is feltűnő, hogy bár a frequentia már másnapra tetemesen csökkent, a vizelet mennyisége még csak 50 cm^3 -rel haladta túl a bevitt folyadék mennyiségét. Harmadnapra már 350 cm^3 pluszt találunk a diuresis javára s ekkorra a pulusszám 43-mal kevesbedett, tehát majdnem $\frac{1}{3}$ -ával, vagyis ez esetben is sokkal hamarabb mutatkozott a digipuratumnak az actio szaporaságára, mint a contractiók energiájára való hatása. A digalen nem csökkentette annyira az actio szaporaságát, mint a digipuratum, bár az is prompte hatott.

A vérnyomást az első napon nem lehetett mérni; a systolés nyomás rövid emelkedés után esett, a diastolés nyomás szintén, de csak az 5. napon, a mikor a systolés nyomás is csökkent; a továbbiakban a diastolés nyomás nagyobb esést mutat, mint a systolés. A digalen nem volt oly jellegző hatással a vérnyomásra, azonban nem szabad elfelejtenünk, hogy a beteg vérkeringése ekkor már nem volt olyan decompensált állapotban, mint a mikor digipuratumot kapott.

8. V. Zs. 57 éves nő. 1908 nyara óta dagadt a lába, szívdobogása van és nehezen lélezkzik. Mérsékelt potus. Polyarthritise állítólag nem volt.

Status 1908 október 13.-án. A lábak erősen oedemasak. Az alsó tüdőhatár a paravertebrális vonalban a 10. borda felső szélé, elől a jobb bimbóvonalban a 7. borda felső szélé. Az alsó tüdőlebenyek felett szőrösölés. Mérsékelt dyspnoë.

Szívesüslökés a 6. bordaközben a bimbó és az elülső hónaljvonal közt. Abs. szívtompulat: 3. borda — jobb parasternális vonal — bal középső hónaljvonal. Szívesücs felett syst. zöreje. Arhythmia. Kartünet. A máj a jobb bimbóvonalban tenyérnyire meghaladja a bordaívét.

Október 14. Az oedema csökkent, dyspnoë nincs. A szívesücs felett kettős diastolés hang.

Október 15. Szívesüslökés az 5. bordaközben másfél harántujjal a bimbóvonalon kívül. Szívtompulat: a 3. borda — 2. harántujjal a jobb szegyszélen túl. A csücs felett systolés zöreje, kettőzött második hang. Oedema alig van. A máj alsó szélé a bimbóvonalban 2 harántujjal a bordaív alatt.

Október 26. Szívesüslökés mint fennebb. Abs. szívtompulat: 4. borda — bal szegyszél; a relativ tompulat a jobb szegyszélet másfél harántujjal meghaladja. A csücsön systolés zöreje, minden ostium felett kettőzött diastolés hang. Arhythmia. A máj nem tapintható. *Diagnosis: Insuff. bicuspidalis et stenosis ostii venosi sin. Insuff. myocardii.*

Nap	Ivott (cm^3)	Diuresis (cm^3)	Systole	Pulsus	Vér- nyomás (mm. Hg.)	Amplitude	Dosis
X. 13.	1500	3500	152	118	136	—	4×0.1 digipuratum
14.	1500	3300	73	73	95—154	59	4×0.1 "
15.	1500	3500	78	81	80—120	40	4×0.1 "
16.	1500	1200	85	76	80—120	40	3×0.1 "
17.	600	1700	60	60	75—120	45	—
18.	500	900	53	50	90—127	37	—
19.	1500	1300	58	58	80—125	45	—
20.	1200	1200	72	72	90—140	50	—
21.	—	—	—	74	80—140	60	—
22.	—	—	—	66	90—155	65	—
23.	1200	1500	—	72	85—130	45	—

A diuresis már az 1. napon hatalmas volt, a mi jórészt az agynyugalomnak tulajdonítandó, mivel a digipuratumot déli 12-től este 9-ig tartó időben vette be. Feltűnő a pulussfrekvenciának szintén tetemes lezárása már a 2. napon. A systolés nyomás 1 napi emelkedés után lezár s csak a szer elhagyása után emelkedik ismét. A diastolés nyomás szintén esik, de a gyógyszer elhagyása után újból emelkedik; mindazonáltal változólag 5—15 mm.-rel alacsonyabb marad, mint eredetileg.

9. Sz. J. 54 éves napszámosnő. Polyarthritistről nem tud. Egy hó előtt osztályunkon feküdt pneumoniában. Jelenlegi panaszai: fullad és jobb lába dagadt; köhög.

Status 1908 október 20. Erősen lesoványodott nő; jobb lábszára térdtől lefelé erősen duzzadt, fájdalmas, az ujjbenyomatot megtartja. Alsó tüdőhatár a paravertebrális vonalban a 10. borda felső szélé, jobb bimbóvonalban a 6. borda felső szélé, az alsó lebenyek felett mindkét oldalt finom s bal oldalon középhólyagú szőrösölések. Dyspnoë. Szívesüslökés az 5. bordaközben 2 harántujjal a bimbóvonalon kívül kiterjedten tapintható. Abs. szívtompulat: 3. borda alsó szélé — jobb szegyszél — szívesüslökés helye. A szívesücs felett systolés zöreje, a nagy erek felett tiszta hangok. Galopp-rythmus. A pulsus nagy hullámú, kihagyó, könnyen elnyomható. Kartünet. A máj 3 harántujjal haladja meg a bimbóvonalban a bordaívét, nyomásra igen érzékeny. Vizelet: savi, fajsúlya 1018, fehérje nyomokban. *Diagnosis: Arteriosclerosis. Insufficiencia bicuspidalis. Insufficiencia myocardii.* Therapia: 4×0.1 digipuratum.

Október 22. Este az utolsó (12.) dosis digipuratum után hányt. Azóta többször émelygett s dél óta gyomorégésről panaszkodott. Dyspnoë nincs.

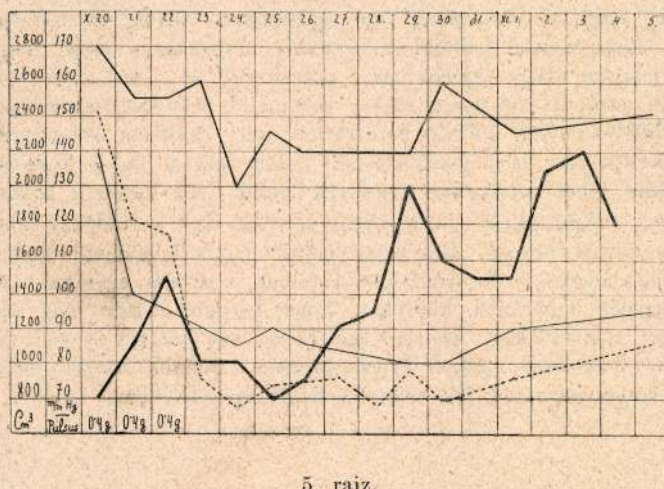
Október 23. Ma nem hányt. A digipuratumot elhagyjuk. Gyomor-fájásról panaszkodott.

Október 27. Szívesüslökés a 4. bordaközben a bimbóvonalban, emelő. Arhythmia. Dyspnoë. Az oedema eltűnt. Szívtompulat: 4. borda felső szélé — jobb szegyszél — szívesüslökés helye. A szívesücs és aorta felett systolés zöreje. A pulmonalis 2. hangja ékelt. Gyomrára nem panaszodik.

Datum	Folya- dék (cm^3)	Diuresis (cm^3)	Systole	Pulsus	Vér- nyomás (mm. Hg.)	Amplitude	Dosis
X. 20.	1200	800	—	151	140—170	30	4×0.1 digipuratum
21.	1200	1100	121	117	100—155	55	4×0.1 "
22.	900	1500	107	103	95—155	60	4×0.1 "
23.	400	1000	76	75	90—160	70	—
24.	400	1000	68	76	85—130	45	—
25.	600	800	—	74	90—145	55	—
26.	800	900	—	75	85—140	55	—
27.	1200	1200	—	76	—	—	—
28.	1500	1300	—	69	—	—	—
29.	1200	2000	—	78	80—140	60	—
30.	1300	1600	—	70	80—160	80	—
31.	1400	1500	—	—	—	—	—
XI. 1.	1300	1500	—	76	90—145	55	—
2.	1500	2100	—	—	—	—	—
3.	1800	2200	—	—	—	—	—
4.	1600	1800	—	—	—	—	—
5.	—	—	—	86	90—150	55	—

Ez esetben úgy a systolés, mint a diastolés nyomás rögtön esett s csak 1 héttel a szer elhagyása után kezdett újból emelkedni, de akkor is 10—25 millimeterrel alacsonyabb maradt a systolés nyomás az eredetinel. A diastolés nyomás már másnapra 40 millimeterrel esett. Az amplitude hirtelen megnagyobbodásának megfelelőleg a diuresis már 3. napra megindult és csak akkor kisebb-

dett, mikor a beteg gyomorfájása miatt kevés folyadékot vett magához; mindig meghaladta azonban a bevitt folyadék mennyi-



5. rajz.

ségét. A frequentia csökkenése is másnapra következett be parallel a diuresissal.

(Folytatása következik.)

A régi magyar orvosnövendék.

(Vége.)

A szegényebb egyetemi hallgatóknak nagy segítségére voltak még az úgynevezett *burzák*, a diákegyesületek, melyekkel több külföldi egyetemen találkozunk. Krakóban már 1492-ben burzát szerveztek a magyar tanulók, közös épületben egyesültek, anyakönyvet vezettek, saját költségükön élelmeztek magukat. Ezt a burzát nemcsak a magyar főpapok és főurak, hanem a lengyel királyok is segélyezték; így 1510-ben Zsigmond király tíz mázsa sőt adott neki, azzal a kötelezéssel, hogy a magyar tanulók ünnepnapokon mise alatt a „Gaude Dei Genitrix” kezdetű zsoltárt énekelik el a király lelki üdvéért. A magyar tanulónak közös kápolnájuk is volt (*Capella Hungarorum*). Ennek a krakói burzának, körülbelül ötven évi fennállása alatt, 783 magyar tagját jegyezték fel. A burza élén egy senior állott, kit a tanulók maguk választottak és a kit az intézet vezetésében négy tanácsos (*consiliarius*) támogatott.

Vittembergában 1546-ban alakult meg a magyar burza, melynek 1555-ben alkotott szabályzata is fennmaradt. Ebben a társulat tagjai a vallásos, erényes életre, kihágások kerülésére stb. nyerneket utasítást és bennünket különösen az a pontja érdekel, mely meghagyja, hogy a tanulók komoly, hosszú, magyar ruhát viseljenek; feltűnő szabású, aranyzsinóros, drágaköves, tollakkal díszlő kalpagokat pedig ne használjanak. „Ha pedig valaki, megfedkezve minden szeméremről, nem pirulna magyar öltözet helyett más nemzetbeliek ruháját felvenni”, akkor első ízben megintik, s ha ez sem használ, kizárják. Itt is egy senior vezette az intézetet, ki társai felett hatóságot gyakorolt, vizsgálataikat kiegyenlítette, gyűléseit vezette, melyeken részint közös érdekeikről tanácskoztak, részint pedig tudományos kérdéseken vitatkoztak. A közös pénztárból a szegény vagy beteg tanulókat, továbbá a hazába visszautazókat segélyezték. Olykor a tanárok tiszteletére lakomákat rendeztek; de olyan közös mulatságaik is voltak, a melyeken csak a magyar ifjak vehettek részt. Otthonról sokszor érkeztek (főleg olyanoktól, kik szintén ezen az egyetemen végezték hajdanában tanulmányaikat) pénzküldemények, azzal az egyenes utasítással, hogy jóféle rajnai borra költessék („ut in Rhenano absumeretur”), de erre nem is nagyon kellett biztatni a szegény burzasokat és a fennmaradt jegyzőkönyvek illető helyén meg is írták, hogy az utasításnak derekasan megfelelték (*quo alacriter praestitum est*). Mikor a burzának jól ment a sora, akkor különösen a tanárok tiszteletére rendezett lakomák igen fényesek lehettek, mert az 1562-ben adott ilyen ebédért 7½ tallért fizettek a vendéglősnek, malagai borért, marcipánért és fűszerekért pedig 8 tallért. A következő évben rendezett vacsora költségei meg éppen 24 talléra rugtak és a lakoma számláján ez az érdekes tétel is előfordul: „pro experimento cibi ungarici,

tallerum unum”. Egyik-másik esetben az egyetem valamelyik tanára vállalkozott a lakoma rendezésére és előállítására, megfelelő díjazással, sőt egy ízben a szász fejedelem kancellárja is megjelent azon. Hogy mily hatalmas lehetett ez a vittembergai magyar burza, azt elképzelhetjük már abból is, hogy csak a 16. században több mint ezer magyar ifjú ebben a városban nyerte az egyetemi kiképzést.

A bécsi egyetemen is már igen régen megalakult a magyar tanulók testülete, vagyis *nációja*, a hogy itten nevezték. Ezen egyetemen az 1384-i szervezés szerint ausztriai, rajnai, magyar és szász náció volt; a magyar nációba ekkor a csehek, lengyelek, morvák, szlávok és görögök is be voltak osztva. A náció élén a *prokurátor* állott, a kit mindegyik nemzet maga választott. Ez a náció tagjain fegyelmi jogot gyakorolt, büntetést szabhatott rájuk és a kirótt bírságot behajtotta. A magyar náció patronusa Szent László volt, ennek a napját ünnepélyesen megülték, tiszteletére a domokosok, majd később Szent István templomában nagymisést szolgáltatnak, a melyet szentbeszéd követett; ezt a beszédet a náció egyik tagja tartotta. Az ünnepség után előadásra mentek s végül áldomást ittak. A náció a maga halottainak a temetéséről is gondoskodott, s érettség évenként misét mondatott. 1453-tól 1630-ig 3296 tanulót irtak be a magyar náció anyakönyvébe; ezek közül magyar 2449, vagyis 74 százalék.

A bécsi egyetemen medikát tanuló magyarokra vonatkozó adatokat Schrauf Károly fontos kutatásainak köszönhetjük. Az ő munkáiban¹ egész sora található azoknak a magyar orvosoknak, a kikről se Weszprémi, se más hazai források nem tudnak. Így Bécsben tanult Zeckel (Székely?) Péter (1480), Kuttner Lénárd pozsonyi származású orvosnövendék (1481), Magister Jacobus de Cibinio (1455), Magister Valentinus de Corona (1494), Caspar de Leitschovia (1474), Ladislaus Országvilág de Pozsegavár (1475), Mathias Szekeres de Ilmatz (1490), Mag. Valentinus Pellificis de Corona, továbbá Jo. Adamus Eperiensis, Jo. Bagay de Antiquosolio, Paulus Chyrrer de Corona, Czibak Imre, Petr. Gaems de Pfarrkirchen, Horváth Márk, Jordán Tamás, Ottmann János, Peremárton vagy Premárton (Sartoris) Mihály, Sartoris Joh. de Pest, Mich. Pannonius, Joh. Stubenrauch, Ladisl. Stuff, Gregor. Weger, alias Kundtstockh de Buda, stb.

Ne gondoljuk azonban, hogy ezek az egyetemi életüket csakis Bécsben végezték. Mint már említettem, régi időben bevett szokás volt, hogy egyik egyetemről a másikra vándoroltak és olyanok is akadtak, kiknek tanulmányútja évtizedekre nyúlt. Zsámboky János (Sambucus) például 1545-ben iratkozott be a vittembergai egyetemre; 1550-ben Strassburgban találjuk; 1552-ben Párisban; 1555-ben Páduában; 1562-ben harmadizben látogatja meg Olaszországot, s itt Genuában, Nápolyban és Ferrarában tölt hosszabb időt; csak 1564-ben telepszik le Bécsben,² Róla is el lehet mondani, a mit a világot látott és nagyműveltségű Kölesériről írt Páriz Pápai: Magyarországot ültette; Anglia, Belgium és Németország öntözgette

Hunnia plantavit, Brito, Belga et Teuto rigavit.

Ez az egyetem-járás még a 18. század közepén is divatozott; Weszprémi például először Zürichben tanult másfél évig, azután a belga egyetemeket látogatta, innen Oxfordba és Cambridgebe ment, majd Londonban volt másfél évig, s az orvosi oklevelet Utrechtben szerezte meg; mielőtt azonban itthon a gyakorlatot megkezdhetette volna, Pozsonyban a helytartótanács felhatalmazott orvosa (Perbegg) előtt újra szigorlatot kellett tennie s így habilitáltatnia a diplomáját. Úgy látszik, hogy régebbi időben a nádor is adhatott engedélyt a külföldi oklevéllel bírónak, hogy Magyarországon gyakorolhassanak; legalább egy Trotelli János Mária nevű, Körmöczbányán letelepedett orvosdoktorról (1614) az van mondva, hogy „Illustr. Dnus Palatinus ipsi concessit facultatem in toto Regno Hungariae medicam exercendi”.³

* * *

Hogy a régi orvosnövendékről szóló rövid jellemrajzom teljes legyen, még csak arról kell néhány szóval megemlékezni, hogy milyen volt az egyetemi pályafutás befejezése hajdanában?

¹ Acta facultatis medicae universitatis Vindobonensis. (Bécs, 1894–1904.)

² Lásd: Adatok Zsámboky János életéhez c. közleményemet. (Irodalomtört. Közlemények, XVIII. 363.)

³ Ernyey József: A bányavárosok orvosai a 16–17. században. (Gyógyászat, 1905.)

Páriz Pápai naplójegyzetei erről is kellő felvilágosítást adnak.

1674. év szeptember 6.-án elment a baseli templomba, hogy Isten segítségét kérje a szigorlatokon való szerencsés átesésre; azután Bauhin-nál, az akkori dékánál jelentkezett s a szigorlatokért járó összeget (17 tallért és két arany forintot) lefizette. Egy hét múlva volt az első szigorlata az egyetemi bizottság előtt, mely alkalommal két órán át feleltették az „universa medicina“-ból. Egyszersmind egy elméleti és egy gyakorlati tételt tűztek ki, melyekről másnap fél órán át szabad előadást kellett tartania. Az előadás után következett a tulajdonképeni szigorlat (examen rigorosum), és három hét múlva a „disputatio inauguralis“, a tanárok, városi orvosok és az egyetemi hallgatóság jelenlétében. Csak két héttel ezután következett az ünnepélyes felavatás: korán reggel összegyűltek az egyetem rektora és egyéb előkelőségei, s a felavatandókkal együtt a nagy templomba mentek. Mindegyik jelöltnek egy-egy tanár volt a vezetője. A szertartás ünnepélyes egyházi szónoklattal kezdődött, melynek végén a pap és a hívők a doctorandusok üdvéért imádkoztak. Innen ugyanolyan rendben az egyetemre mentek vissza, hol a promoteálást végző tanár elmondotta a jelöltek életrajzát és személyi adataikat, azután egyenként felszólította őket, hogy a doktori beszédjüket mondják el, melynek befejeztével a jelölt barátai és némelyik tanára olvasta fel azokat az üdvözlő versikeket, melyeket a jelölthöz intéztek. Majd az egyetem pedellusa a vice-cancellariusához vezette le őket, ki előtt letették az orvosi esküt. A vice-cancellár szép beszédet intézett hozzájuk s „medicinae licentiatus“-okká avatta őket. Csak most következett a doktorrá avatás, melyre ismét a pedellus vezetésével mentek az akademiára, zenekísérettel.

Mindez pedig nagy költséggel járt. Páriz fel is jegyzi, hogy mi minden kiadása volt. A pedellusnak négy tallért kellett fizetnie, a jegyzőnek szintén annyit, a zene vezetőjének egy tallért, a promotornak tizet, a szegény diákoknak fél tallért, a selyemtalárra egy tallért stb., de legtöbbször került a „convivium doctorale“, mely húsz tallérjába került.

Ez a convivium, vagy a hogy még nevezték: *disputatioi vendégség*, rendszerint erősen megtogyasztotta a szegény fiatal doktor erszényét, mert nemcsak a külföldi ismerősök, hanem az alkalommal élő „magyar atyafiak“ is megkivánták, hogy az valóban „prandium splendidum“ legyen, minden földi jóval, a mi szájnak és gyomornak kívánatos. Nagyon rossz néven vették, ha szegényes volt az áldomás. Mikor Bereczk elvégezte a tanulmányait, a disputatioira mindössze 11 forintot, a vendégségre pedig majdnem a felét, 5 forintot költött. „Mégis egy becsületes fecsegő atyámfia megszólott, hogy mind ki nem adhattam költségemet a lakadalomra; hálá istennek, hogy egészen meg nem mezítenitett égő torka a jóbarátomnak!“

Pedig a disputatioi vendégséggel még nem volt vége a hiába való költsékezésnek, mert mikor a fiatal doktor hazafelé vagy más egyetemi városba indult, még egy nagy *conviviumot* kellett adnia, búcsúzásképen. *Induló-pohárnak*, vagy deákosan *transitumnak* nevezték ezt a régiségen.¹ Ezzel szemben megvolt az a gyenge vigasztalása, hogy a doktori titulus megszerzésével tanári functiók végzésére is joga volt, s ez úton is juthatott némi mellékjövedelemhez. Bereczk írja a naplójában, hogy mikor Frankfurtban időzött, „Albinus doktor denunciálván két tanítványát közönséges solemnitással doctorságra, ütem én is a professorok között, 4 garas jövedelemem lévén innen“.

Az orvosi dissertatio nyomtatása is sokba került abban az időben. De ez legalább örök emlékül szolgált a gyakorlatára induló fiatal Hippokratesnek, mert külföldi és hazai barátai, tanárai és iskolatársai is irtak bele egy-két emléksort, rendszerint distichonokban, de olykor hosszú magyar versekben is. Néha ezek az üdvözlő versek igen elmések és tréfások. Így például Komáromy János értekezéséhez: „De vino Hungarico“, Zvinger baseli tanár irt egy ilyen elmés latin epigrammát, melynek az a csattanója, hogy ő nem hiszi, hogy az értekező kollega a maga gyakorlatából ismerné a magyar bor hatását, mert akkor nem volna ilyen kiváló judiciuma; ha pedig nincsen magának tapasztalata ezen a téren, akkor ugyan hiába beszél a jó bornak minéműségéről.²

¹ Így találom egy 1557-ből való levélben. (Orsz. levéltár; Nádasdy Tamáshoz intézett levelek közt.)

² Lásd Wessprémy, ugyanott II., (I.) 115. l.

Már fentebb említettem, hogy a külföldi tanulmányok befejezése után sokan nem jöttek mindjárt haza, hanem még néha 5—6 évig és tovább is orvosi gyakorlatot folytattak Németország, Olaszország nagyobb városaiban, sőt egyik-másik végleg ott telepedett meg. Ezen hosszú külföldi tartózkodás magyarázza meg, hogy a régi magyar orvos valóban nagy műveltségű és a szó szoros értelmében európai színvonalú ember volt, a ki nemcsak itthon, hanem a külföldön is sok előkelő baráttra tett szert. Külföldi ismerőseikkel hazatértük után is megszakítatlanul fenntartják a baráti jóviszonyt, a mikor lehet üdvözlőlevelet küldenek nekik, sőt itthon a hatalmas magyar magnásoknál pártfogolják is őket. Így a Nádasdy Tamás nádor udvari orvosa, Fraxinus Gáspár egyik levelében¹ melegen ajánlja a nádornak Fracantianus Antalnak, a páduai egyetem akkori leghíresebb tanárának kérelmét, kinek Gáspár doktor még olaszországi tartózkodása idejéből jóbarátja, sőt komája is volt. Egy másik alkalommal, mikor Tamás presbiter Itáliába utazik, lelkére köti, hogy olasz barátait szívesen üdvözlölje nevében.

* * *

A fentebbiekben röviden vázoltam a régi magyar orvosnövendék egyetemi pályafutását. Kétségtelenül hiányos a kép, a mit róla adtam; de hiszen ez érthető, mert kulturéletünk legtöbb történeti bizonyítéka még ott hever a hazai levéltárak iratesomóiban. Vázlatomban nem is terjeszkedhettem ki minden adatra, a mit jegyzeteimben a régi medikusokról talállok; de talán a fenti hiányos jellemzés is elegendő arra, hogy némi fogalmunk legyen arról, milyen volt az egyetemi élet itthon és a külföldön. Ebben a rövid jellemzésben különben csak a legszerencsésebb esetre, tudniillik arra voltam tekintettel, hogy a magyar tanuló sikeresen elvégezve a súlyos megpróbáltatásokkal járó orvosi tanfolyamot, becsülettel végzett nehéz munka után, tapasztalatokkal bőven megrakodva és vágyódó szívvvel tért a régen elhagyott, szegénységgel megvert, hatalmas ellenségektől sanyargatott hazai földre: *patriae infelicis fidelis*.

De hányan voltak, a kik nem láthatták viszont az itthoni családi és baráti kört, hanem ott a nagy idegenben, névtelenül, nyomorúságban pusztultak el? A kiknek sirhalmára a szomorkodó külföldi „magyar atyafiak“ ráírták a bánatos filozófiával teljes halotti verset, hogy ime: sem az ifjúság ereje, sem az orvosi tudományok oltárán való áldozás nem oltalmaz meg a halál kiméletlen erőszaka ellen:

Hic juvenis, fortis, medicus, jacet; ergo nec aetas,
Nec vis, nec medicus, vincere fata queunt.²

Kóssa Gyula dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Vezérfonal a vegytani gyakorlatokhoz. Irta Horváth Béla dr. állatorvosi főiskolai tanársegéd. Kiadta Mai H. és fia. Ára 8 kor.

15 íves munka fekszik előttünk, mely sok igyekezettel, a kémia tanításában szerzett jártassággal és gyakorlati tapasztalatokkal íródott, a minek érdemét a szerző az igazsághoz híven tanárjára, Bugarszky István-ra hárítja nagy részben, mint a kinek „Vezérfonala“ volt az ő munkájának az alapja.

Sajnos, hogy a megírásban vagy a sajtó alá rendezésben valami sürgető szükségesség hajtotta a szerzőt, mert csak ennek tulajdoníthatjuk azt a 2 oldalra terjedő sajtóhibát, mit ő maga fűz könyvéhez, s az ilyféle komikusan értelemzavaró kitételeket, hogy „Az arsen és antimon azonosságának megállapítása“ (86. l.). Erre mutat a szövegközti rajzoknak silánysága is, a mi a reproductiv ipar mai állása mellett szinte érthetetlen. Azt azonban már nem tudom, hogy a sietség számlájára kell-e írnom azt, hogy a hyperoxydok, perchloratok reakciói kimaradtak, pedig mindkettővel találkozunk a gyógyszerkönyvben és a praxisban is elégyszer.

A munka általános bevezetéssel kezdődik, melyben a külön-

¹ Levele az országos levéltárban található.

² Kökösi István, Páduában tanult magyar medikus (1649) sirirata, ugyanott.

bőző fizikai és kémiai műveletek minuciózus leírása mellett (különösen a mérésnél) mintegy rövid compendiumát kapjuk elméleti magyarázatok és mindenki által könnyen megérthető számítások alakjában a kémia és fizika érintkezési pontjainak. Ehhez sorakozik még az analitikai kémia bevezető része, melyben az oldatok fizikai-kémiai törvényei, s a rettegett ion-elmélet van oly egyszerű és vonzó formában előadva, hogy világosságot derít még az előtanulmányok nélkül való elmékben is.

Az elemek részletes tárgyalásában nagyon becses a felbontott képletekkel való levezetése a végbemenő reakcióknak, a mi a megértésüket lényegesen megkönnyíti. A könyv rejtett értékét alkotják még azon elszórtan, egyik-másik elem tulajdonságainak leírása mellett meghúzódozó elméleti magyarázatok, a melyeket az író a reakcióknak az ion-elmélet alapján való modern felfogása érdekében szükségesnek tartott munkájába belefűzni. Így példának okáért szerényen húzódik meg a „gyógyszerhatás” szempontjából ma oly fontos *complex-ionok* magyarázata az ezüst reakcióinak tárgyalásakor; a fémhiganynak rézzel való leválasztásakor az *ionok elektroaffinitása*, majd ugyanennek kapcsán az *oxydatio* és *reductio* fogalmának kifejtése, mihez a leggyakrabban használt oxydáló és redukáló eljárások világos és képletekkel támogatott magyarázata csatlakozik.

Általában a könyv főérdeme azon törekvése, hogy a reakciókat végrehajtó tanulóit önkénytelenül is beleviszi abba, hogy a reakciókban necsak sárga, fehér, vagy fekete csapadékok keletkezését és bizonyos oldószerekben való mystikus eltűnését észlelje és lássa, hanem a reagáló testek és keletkezett reactio-termékek alkotórészeit, ionjait is világosan maga előtt lássa s helyzetváltozásait törvényszerűségei iránt érdeklődjék. S ezt a mindenütt feltüntetett, számos esetben meg is ismételt, komplikáltabb helyzetek esetén felbontott képletek levezetésével és a vegyértékeknek úgyszólván örökös feltüntetésével éri el. Éppen ez a mód teszi a könyvet az autodidaxisra is kiválóan alkalmassá, s laboratóriumokban a dolgozó tanulók sokasága és a tanító személyzet mai csekély száma mellett kiválóan becsessé. A munka gyakorlati használhatóságát emelik az egyes osztályok után beillesztett táblázatos összeállítások.

Végül a qualitativ analitikai részt az egyes kationok és anionok felkeresése egyszerű avagy összetett testekben fejezi be.

A quantitativ analitikai részt ugyanaz a részletes és világos, semmit magyarázatlanul nem hagyó tárgyalási módor jellemzi, mint az előbbben.

Végül 17 oldalon a vizelet vegyi vizsgálatának elemeit kapjuk, jelölül annak, hogy a szerző munkáját főleg állatorvosok s orvosok számára írta. Be kell vallanunk, hogy az orvosok kémiai képzését előmozdítani és szükségleteiket kielégíteni törekvő vegytani munkák egyik legjobbjá fekszik előttünk. Nemesak e kis todalék miatt, avagy a quantitativ részben a Volhart-féle chlortitrálás és a czukormeghatározás felvétele, a gyógyszerkönyv titrálásainak erős tekintetbe vétele, avagy a vizelet amphoter vegyhatását okozó natrium dihydrophosphat és dinatrium hydrophosphat alakcseréinek részletes vázolása miatt mondom ezt, hanem első sorban azért, mert a már fentebb jellemzett tárgyalási módor lehetővé teszi a hosszas rákésülésre, a kémiai mathesisbe való elmélyedésre bonczolásai, góresőve és betegészlelései miatt nem érkező orvoshallgatóknak is a gyakorlati kémiában való jártasság megszerzését, sőt ezen közben az annyira respektált elméleti kémia titkairól is lehull előtte a lepel, még pedig „sinus” és „cosinus” nélkül!

Azt a mit nyújt, kitűnően nyújtja, de messze van még attól, hogy megfeleljen az orvosok szükségleteinek, mert erre egy vizeletvizsgálati rész betoldása valóban nem elegendő. Gáncs ezért a fiatal szerzőt azonban nem érheti, mert ebben egész orvosképzésünk hibás, s a helyes alapot nem is fogjuk előbb lerakhatni, mint midőn már jól képzett orvoskémikusaink lesznek. Nagyon sokat kellene a kémikusoknak engedni az ő általuk elengedhetetlenül szükségesnek vélt anyagból, hogy az orvoshallgatóknak elég ideje és energiája maradjon a neki lépten-nyomon annyira szükséges szerves kémiai és biokémiai ismeretek megszerzéséhez!

Vámossy.

Lapszemle.

Bonczolástan.

A vese és mellékvese nyirokereit vizsgálva Kumita, a következő eredményre jutott: Külön kell választani a vese és

mellékvese tokjának nyirokereit a parenchyma nyirokereitől. A tokban levő nyirokereket két hálózatot alkotnak, egy egészen felületest, a mely közvetlenül a peritoneum alatt fekszik, s egy mélyebbet, a mely a capsula adiposában közel a vese felszínéhez helyezkedik el. A felületes nyirokérhálózat közös a vese és mellékvese között, a mélyebb hálózat nem. A felületes hálózat nyiroktörzsei a jobb oldalról a vena cava inf. jobb szélén a vena renalis dextra eredése felett levő nyirokesomóba ömlenek, a baloldaliak a vena renalis sinistra felett levő nyirokesomóba mennek. Az egyes ágak anastomozálnak a rekesz, a máj és a mélyebb hálózat nyirokereivel. A mélyebb hálózat ágai a jobb oldalról átmennek a vena cava inf. bal oldalára, a vena renalis sinistra eredése alatt levő nyirokesomóba, a baloldaliak pedig az aorta mellett a vena renalis sinistra alsó szélén fekvő nyirokesomóba ömlenek. A mellékvesék tokjának mélyebb nyirokereit külön haladnak, de ugyanazon nyirokesomókba ömlenek.

Sokkal nevezetesebb a veseparenchyma nyirokereinek elhelyezése. Ezek Kumita szerint finom capillaris hálózat képében körülfonják a vese egész mirigyesrendszert, a kanyargós csatornákat, a Henle-féle hurkok szarait, a gyűjtőcsöveket, sőt a Bowmann-féle tokot is, a honnan benyomulnak a glomerulus erei közé. A capillarisokból összeszedődő nagyobb ágak az arteriák mentén a pyramisok között haladnak. A mellékvesében a capillarisokat csak a kéregben sikerült kimutatnia. (Archiv für Anatomie u. Entwicklungsgeschichte, 1909. I—II. füzet.)

Nagy László dr.

Az oldalkamarák pungálására nézve fontos adatokat közöl C. Haebelin. Edinger intézetében Röntgen-sugarakkal vizsgálta az agykamarák nagyságát és topographiáját olyan agyvelőkön, melyeken a kamarák üregét bismuthum subnitricum-porral töltötte meg. A megtöltés a legnagyobb óvatossággal történt, úgy hogy a kamarák üregének arteficiális kitágítása ki volt zárva. A Röntgen-képek alapján Haebelin megerősíti Symington régi állítását, hogy a hátulsó és alsó szarvban normális körülmények között nincs üreg, hanem az itt levő képződmények gyorsan összefeküsznek egymással. A formalinnal keményített agyvelőkön található üreg szerinte a zsugorodás következtében létrejött műtermék. Minthogy tehát normális viszonyok között csak a pars centralisban és a cornu anteriusban van üreg, legezelszerűbb a punctiót a Keen által ajánlott ponton, 3 cm.-rel a külső hallójárat fölött és mögött végezni. Igaz ugyan, hogy punctiót rendesen kitágult agykamarákon végezzünk, a hol a hátulsó és alsó szarv is megnyílik, de ilyen esetekben is csak az említett ponton számíthatunk biztosan liquor cerebrospinalisra, minthogy a hátulsó és alsó szarvak képződményei a korábban lezajlott gyulladás folytán ismét összenőhetnek egymással. (Archiv für Anat. u. Entwicklungsgeschichte, 1909., I—II. füzet.)

Nagy László dr.

Belorvostan.

A köszvény kór- és gyógytanát tárgyalta a hamburgi orvosegyesület 1909 január 12.-én tartott ülésén. Az egyes előadók kijelentései lényegileg újat nem igen tartalmaznak, legfeljebb bizonyos kórélettani nézetek vagy orvoslási ajánlatok megerősítését, illetve helyesbítését találjuk.

Az aetológiát illetőleg Lenhartz szerint nagy jelentőséget kell tulajdonítanunk az öröklésnek és az ólommérgezésnek. Rámutat arra, hogy a bőrorvosok gyakran helytelenül állítják fel a köszvény körjelzését bizonyos bőrbajokban, bár nem tagadható, hogy többször észlelhetünk urat-diatheissal járó psoriasis- és eczema-eseteket, a melyek köszvényellenes kúrával eredményesen orvosolhatók (Arning). Deneke szerint a veseköbetege és köszvény szövődése nem oly gyakori, mint ezelőtt gondolták. Az eredményes orvoslásból (ex adjuvantibus) azt következteti Thost, hogy a felső légutak bizonyos makacs hurutjait köszvényes eredetűnek kell mondanunk. Egy ilyen esetben urat-kristályokkal beszűrődött nyálkahártyát talált. Vannak orvosok, a kik összefüggést látnak a köszvény és a szénalázra való hajlamosság között. Kitűnik tehát ezen tapasztalatokból, hogy a köszvény bizonyos betegségekben mint kóroktani tényező szerepeltethető.

Tudjuk, hogy a köszvényben a kórbonczolástani elváltozások előszeretettel támadnak meg bizonyos izületeket, leggyakrabban az öregüjj izületét. Fraenkel azt találta hullavizsgálatokban, hogy ha

ez az ízület szabad, akkor a többiben sincs elváltozás. Preiser rámutat arra, hogy éppen az a körülmény, hogy a köszvény gyakoribb a lábujjakon, nagyon sokszor diagnostikai tévedésre adhat alkalmat. A lábujjköszvénynek nevezett elváltozás rendszeren nem köszvény. Különbséget kell tennünk a 2.—5. ujjnak és az öregujjnak duzzadása közt. Az első esetben a 2.—5. ujj első perczének belső oldalán kiskökű fájdalmas duzzadást találunk, a Röntgenkép a belső interosseusok tapadása helyén periostitisis árnyékot mutat. Ennek a gyuladásnak az oka a csontközötti izmok túlságos igénybevétele kezdődő pes planovalgus miatt. Az öregujj duzzadása esetén legfájdalmasabb a metatarsophalangeális ízület. Tapintáskor az ízület laterális oldalán csontszerű ellenállást érzünk, a melyet a Röntgen-vizsgálat alapján exostosisnak gondolnánk, bonczoláskor pedig arról győződünk meg, hogy az ízület laterális oldalán az első metatarsus ízületi felszíne laterális szélének meghosszabbodását alkotó csontlécz foglal helyet, a mely nyilván úgy keletkezik, hogy szűk lábbeli először valgusállásba kényszeríti az öregujjat; ennek következtében az ízületi tokszalag laterális része és az ízületi felszínek laterális széle izgalom alá jut, deformáló arthritis (ízületi felszínvándorlás) és periostitis indul meg, a melynek folyamán csont képződik. Ha az ilyen egyén egyúttal köszvényes is, akkor könnyen érthető, hogy éppen az öregujjban támad legkorábban a kőbonczolástani elváltozás, mert tudjuk, hogy a köszvény előszere-ttel viseltetik az elváltozott ízületek iránt.

A köszvény tudvalevőleg a purintestek anyagforgalmának sajátos zavara, melynek a húgysavas diathesis csak egy rész-jelensége (Umber). Legjellemzőbb ezen bajra az exogen és endogen húgysav görbéje, a melynek viselkedéséből kétes esetekben biztossággal megállapíthatjuk a kórjelzést. (A köszvény lényegét illetőleg különben lásd Brügge és Schittenhelm dolgozatának referatúáját, Orvosi Hetilap, 1907. 39. szám.)

A köszvény orvoslásában nagy jelentőséget tulajdonítanak már régóta a purinmentes diatézisnek. Az előadónak az a véleményük, hogy ehhez nem kell olyan mereven ragaszkodni. Anyagforgalmi vizsgálatok alapján meg kell állapítani, hogy a beteg hogyan táplálható legezelszerűbben, meg kell vizsgálnunk, éppen úgy mint a cukorbeteg a szénhidrátok, a köszvényest a purintestek iránti toleranciájára. Schmilinsky hangsúlyozza, hogy vannak köszvényesek, kiknek nem a purintestek, hanem a szénhidrátok ártanak. Bönne pedig azt tapasztalta, hogy a hüvelyes vetemények rendszeres és mértéktelen élvezete is okozhat köszvényt. Reiche nem tulajdonít nagy fontosságot a purinmentes táplálásnak. Ő könnyű diatézis tartja betegeit és óvja emésztési zavaroktól. A sósav jó hatásait az emésztés javításából magyarázza, nemkülönben lényeges stomachicus hatást tulajdonít — vízélethajtó és a szervezetet kilyűgöző hatásuk mellett — az alkáliás ásványvizeknek, míg Umber az e kúrákkal elért eredményeket egyedül az általános vízhatásnak s a fürdőhelyeken uralkodó hygiénés életmódnak tulajdonítja. A radio-activ fürdők használatától valami lényegesebb jótékony hatást nem láttak, sőt előfordulhat, hogy kellő elővigyázat hiján az emanáló gázok a testbe hatolván, megkárosítják a szervezetet (Wichmann). Heveny köszvényrohamban a colchicint tartja leghatásosabb szernek Deneke. (Münchener med. Wochenschrift, 1909. 4. szám.)

Sebészet.

A Neisser-féle agyvelő-punctio tulzott alkalmazásától int bennünket W. Danielsen (Breslau). Javallatait következőképpen foglalja össze: Az agyvelő-punctiót diagnostikai célból csak akkor alkalmazzuk, ha egyéb diagnostikai módszereink elégtelenek oly körülírt és lokalizált folyamat jelenlétének eldöntésére, a mely esetleg műtéti beavatkozásra alkalmas.

Ezen előfeltételek mellett pungálhatunk 1. ha az elkülönítő kórjelzés a homlokagyvelő és a kisagyvelő megbetegedése között egyb-ként nem lehetséges és 2. ha fennálló hemianopsia mellett tájékozódni akarunk, vajjon a megbetegedés a fal, a halánték vagy a tarkó-lebenyben székel-e. 3. Kétes esetekben Neisser-punctióval döntjük el a kórjelzést az extradurális haematoma és a tályog között. Érdős újképződmény gyanúja azonban ilyenkor ellenjavallja a punctiót. (Münchener medicin. Wochenschrift, 1909. 6. szám.) Gergő.

Typhus abdominalis folyamán keletkezett intussusceptiót operált sikerrel O. C. Smith. Az intussusceptio a typhus

kezdeti szakában állott be s a 6. napon lön megoperálva. Az ileum 6 cm.-nyi darabja volt a coecumba türemkedve. A desinvaginatio könnyen sikerült, a processus vermiformist eltávolította, az ileum végét újabb invaginatio elkerülésére a hassebbe varrta. A heveny has-tünetek ezután elmúltak, míg a typhus tünetei csak most léptek előtérbe (roseola, láz, delirium stb. Vidal-reactio positiv). A typhus lefolyása után a beteg meggyógyult. Ez a 9. eset az irodalomban, a hol a typhus invaginatioval szövődött. Ezek közül hármat a bonczolás alkalmával fedeztek fel. 5 operálva lett, közülük 4 meggyógyult, 1 meghalt, 1 eset végződése ismeretlen. (Annals of surgery, 1909 január.) Pólya.

Typhus abdominalis folyamán észlelt acut gyomor-tágulást, ír le Cunningham Wilson. Ez az állapot, mely a megbetegedés harmadik hetében keletkezett és folytonos hányással, nagyfokú haspuffadással és igen szapora szív működéssel járt, bél-átfűródás gyanúját keltette, a miért is explorativ laparotomia történt; ez alkalommal kitért, hogy a gyomor óriási módon tágult és leér egészen a medenczébe. A gyomorsó bevezetése után sok gáz és folyadék távozott s a gyomor normális nagyságúra zsugorodott. A hasat bevarrták. Többszörös gyomormosás után zavartalan gyógyulás. (Annals of surgery, 1908 november.) Pólya.

A máj- és pankreas megbetegedések viszonyát a chrom-affin rendszerhez tárgyalja Kostlivy (Prága). 19 esetben vizsgálta májbetegek vérsavójának adrenalintartalmát. Azt találta, hogy acut choledochus-elzáráskor nem mutatható ki a vérben adrenalin, ellenben a hosszabban fennálló chronikus elzáródáskor állandóan lehet a vérsavóban adrenalin található. Azonfelül sikerült a vérsavóban adrenalin kimutatnia icterussal járó gangraenás appendicitisben, bilirubin- és urobilinaemiával járó súlyos subcutan májsérülésben, icterussal járó leukaemiában szenvedő betegek vérsavójában. Az adrenalin az icterus multával eltűnt a vérsavóból. Míg másféle betegeken hosszabb narcosis után nem egyszer adrenalin jelentkezik a vérsavóban, ilyen májinsufficienciában és cholaemiában szenvedő egyének vérsavójában az adrenalin mennyisége már 1 óráns narcosis után lényegesen csökken, illetve teljesen eltűnhetik, a mi a mellékveséknek gyors kimerülése mellett szól. Hogy májbetegekben az adrenalin a vérsavóban való megjelenése mi által jó létre, a mellékvese hypersecretiója, vagy a vérbe került adrenalin hiányos megkötése által, s hogy minő szerepe jut ezen adrenalin-aemiában a pankreasnak, arról ez idő szerint nem tud nyilatkozni. (Mitth. aus den Grenzgeb., XIX. 4.) P.

Gyermekorvostan.

Duodenum-fekélyek paedatrophia eseteiben. Az irodalom csak öt esetet említ, melyben a melaena vera duodenum-fekélyekkel volt szövődve. Helmholz-nak ily atrophia-ban szenvedő 16 betege közül nyolczban volt duodenum-fekélyesedés. A közölt esetek kapcsán felveszi, hogy az atrophia nem a duodenum-fekélyek okozta pylorus-stenosis következménye, hanem ellenkezőleg, az elsődleges az atrophia és a fekélyesedés a másodlagos tünet. 9 esetet ír le, a melyek közül egy végződött gyógyulással; 8 betegének kórtörténetéhez a bonczolási jegyzőkönyvet csatolja. Ezen esetek kapcsán következtetései ezek:

1. A fekélyek thrombosis folytán jönnek létre, a melynek anatómiai oka nem mutatható ki. A felületes nekrosis gyorsan lökődik le és a sejtes beszűremkedésnek a duodenumba jutó gyomornedv által való gyors megemésztése folytán sima szélű anyaghiányok jönnek létre.

2. A fekélyesedés kezdetben rendszeren nem okoz más tünetet, mint a gyermek gyors sorvadását, a mi melaena vera eseteiben a hámnak az egész béltractuson való működési insufficienciája által van feltételezve. A hivatását nem teljesítő hám még a nem hyperacid gyomornedvvel szemben sem tud védekezni; a hám on-áthatoló, az érfalakra ható gyomornedv okozhatja az előbb említett thrombosit.

3. A fekélyek rendszeren a pylorus és papilla Vateri között, a pars horizontalis felső-hátulsó falán, egyes vagy többes számban (a legtöbb négy volt) ülnek, 2 cm. nagyságuk is lehetnek, sima szélűek, mintha lyukasztó vassal volnának ütve; széleik tiszták, vérzés csak ritkán van a környezetükben.

4. Mikroskop alatt peptikus fekélyeknek felelnek meg, felületük nekrosisos, kevés sejtes beszűrődés van a környezetükben, alapjukon pedig kötőszövetes sarjadzás; a szomszédban levő erek rendszeren thrombusosak.

5. Felismerésük az első időben igen nehéz, mert a hirtelen súlyvesztés már a melaenában is beáll. Legbiztosabb diagnostikai jelük a vérzés, de ez már csak abban a szakban szokott jelentkezni, a midőn a beteget megmentenünk már nem lehet. A vérzéshez társuló sápadtság jó útbaigazító jel lehet. Vérhányást sohasem észlelt. A kezdődő akut peritonitis is útbaigazító lehet.

6. A lefolyás rendszeren gyors, a mennyiben néha már maga a sorvadás, legtöbbször a vérzés, máskor a pneumonia és peritonitis végéig az amúgy is debilissé vált szervezettel.

7. A felismert ulcusok prognosisa igen rossz, a mennyiben rendszeren csak a végső stadiumban sikerül a diagnosis. De másrészt a baj leküzdése után a gyermek nagyfokú elgyengülése miatt igen hajlamos pneumoniára, a mely rendszeren halálos kimenetelű.

8. A gyógyítás főleg a táplálásban áll (nő-tej). A vérzés ellen a régi vérzéscsillapítók mellett gelatinának bőr alá fecskendezését ajánlja.

9. Mindezek alapján végkövetkeztetésképp láthatjuk, hogy a duodenum-fekély a csecsemőkorban nem megy ritkaságszámba és hogy a melaena verával szoros kapcsolatban van. (Deutsche med. Wochenschrift, 1909. 12. szám.)

Bókay Zoltán dr.

Venereás bántalmak.

A Wassermann-féle reactio klinikai értékesítéséről nyilatkozik A. Blaschko (Berlin). A szerző a syphilis serodiagnostikájáról már több ízben adott véleményt. Előző közléseiben eléggé nem dicsérhető objectivitással tárgyalta a kérdést s így csak nagy meggyőződéssel fogadta el a Wassermann-féle reactio gyakorlati alkalmazásának hasznát. Legújabb közlésében véleményét úgy módosította, hogy ma már sokkal nagyobb jelentőséget tulajdonít a reactiónak a gyakorlatban, mint annakelőtte. Blaschko nagyszámú vizsgálata támaszkodik. Adatai mintegy 1000 esetre vonatkozó 1400 serumvizsgálaton alapszanak. Tapasztalása alapján kijelenti, hogy a syphilisnek klinikai nyilvánulása és a Wassermann-féle reactio között határozottan bizonyos párvonalosság áll fenn. A legnagyobb hibaforrások abból származnak, hogy a reactióval foglalkozók a legkülönbözőbb anyagokkal, eljárással és adagolással dolgoznak. Szükséges volna az ügy érdekében egységes eljárást követni. A határozott és erős pozitív és a teljes negatív eredmény közé sok fokozatot megállapítani igen fölösleges és zavaró. Ez annál is inkább így van, mert valódi értéke csak a határozott pozitív és negatív reactiónak van. A reactio aránylag elég gyakran akkor is negatív, ha klinikailag kétségtelen manifest tünetek vannak. A szerzőnek 1400 vizsgálata között 36 esetben a fennálló lueses tünet ellenére az eredmény negatív volt. Megjegyzi azonban, hogy ilyenkor a tünet mindig csak körülírtabb jellegű volt. Aránylag gyakori a negatív reactio agyvelősyphilis esetében és különösen lueses csontmegbetegedés eseteiben.

A vizsgált eseteknek egy részében antilueses kezeléssel a reactio megváltoztatható, és pedig oly módon, hogy az erősen pozitív reactio gyengébbé vagy negatívvá válik. A szerző 90 esetről számol be, a melyben ezt az átalakulást többszörös serumvizsgálattal észlelte. Ezek közül 52 esetben a kezelés megindítása idejében a syphilis tüneteket mutatott, 38 esetben pedig tünet nem állott fenn. A kezelésnek befolyása a reactióra nézve összesen 84%-ban mutatkozott. Hatás dolgában alig van különbség az injectió kezelés és a kenőkéra között. Feltűnő azonban, hogy a gyengének tartott belső kénesekezelés (pilulakúra) is lényegesen megváltoztathatja a reactiót. A szerző tapasztalása szerint a reactio átalakulása a syphilis javulásától függ, nem pedig, a mint gondolható volna, magától a higanytól. A reactiónak kedvező átalakulását tekintve, az a kérdés támad, szükséges-e minden esetben a kezelést addig folytatni, a míg a pozitív reactio negatívvá válik. A szerző erre általában igennel válaszol. A végletekig ez természetesen nem megy. Hiszen az egész kérdésben mégis csak a beteg egyén állapota a fontos és nem a reactio. A luesesek kezelését a jövőben a szerző úgy gondolná, hogy a beteget bizonyos időközönként, a klinikai vizsgálaton kívül, serologiai szempontból is meg-

vizsgáljuk s a nyert reactio alapján intézzük az antilueses kúrát. Hogy ily eljárással hypochondriás egyéneket lehet nevelni, Blaschko is belátja, de itt sok függ az orvos egyéniségétől is, mely ezt megakadályozhatja. Sokszor szóba jön a reactiónak prognostikai jelentősége is. Erre nézve azt tapasztalta a szerző, hogy a syphilisnek első 2-3 évében a pozitív reactiónak nincsen kedvezőtlen, a negatívnak pedig nincsen kedvező prognostikai jelentősége. Még kisebb a jelentősége a reactiónak akkor, ha a serumot közvetlenül a kezelés után vizsgáltuk. Másként áll a dolog a későbbi években. Ha ilyenkor éveken át már nem végeztetett kezelés, a Wassermann-reactio pedig állandóan negatív eredményt ad, bizonyos valószínűséggel állítható, hogy a syphilis kialudt. A negatív eredmény abszolút értékű azonban ilyenkor sem lesz. Nem szabad azonban sohasem elhanyagolnunk az állandóan mutatózó pozitív reactiókat a syphilisnek késői szakában. A szerző szerint a paralysis-jelöltek ebből a csoportból kerülnek ki. Szükséges tehát, hogy a pozitív reactiót, a mennyire csak lehetséges, negatívvá iparkodjunk átváltoztatni. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1909. 9. szám.) Guszman.

Kisebbs közlések az orvosgyakorlatra.

A kámfort Edlefsen tanár szerint nagyon későn avagy nagyon kicsiny mennyiségben adják. Ha kielégítő mennyiségben és nem ultimum refugiumként használjuk, sokszor meglepő eredményt érhetünk el vele heveny bajokban vagy idült bajoknak heveny fokozódásakor, első sorban pedig pneumoniában. E bajban rögtön kell adni, mihelyt a szív működés elégtelenségének legelső jelei mutatkoznak, esetleg már a betegség 2. 3. napjain, eleinte a szájon át (naponként 4-szer 0.1—0.2 grammot), később, a mikor fenyegetőbb a baj, bőr alá, legezélszerűbben aetherrel együtt (Rp. Camphorae 2.0 Ol. amygdal. dulc. 8.0; Aether. sulfur. 2.0). Heveny bronchitisben, vagy idült bronchitis fokozódásakor liquiritiával együtt szereti adni a szerző a kámfort: Rp. Camphorae trit. 2.0; Gummi arab. qu. s., Aqu. destill. 175.0. F. emulsio. Adde Elixir. e succo liquirit. 25.0. Naponként 4-szer evőkanálnyit. Kicsiny gyermekeknek 0.5 gramm kámfort rendelünk 60 gramm emulsióra és 15 gramm elixir. liquirit.-t adunk hozzá; ebből kávékanálnyit vesznek be naponként többször. Bronchitis capillaribus és ebből fejlődő pneumonia lobularibus szenvedő gyermekek számára nagyon jó ez az orvosság. (Ref. Deutsche med. Wochenschrift, 1909. 14. szám.)

Idült tüdőemphysema és asthma eseteiben Boelke a berlin-rixdorfi városi kórházban nagyon jó eredménnyel használja a pyrenolt. Naponként 3-szor ad 1—1 grammot hosszabb időn át. Szövődmények a szív és a vese részéről nem ellenjavallják a használatát. (Medizinische Klinik, 1909. 8. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Klinikai füzetek, 1909. 4. füzet. Doctor Károly: A syphilis-fertőzés kórismézése az újabb vizsgáló eljárásokra való tekintettel. Torday Árpád: A vészes vérszegénységről, különös tekintettel a vérképzésre, a bántalom kóroktanára és az anyagcsereforgalomra.

Gyógyászat, 1909. 18. szám. Alexander Béla: A röntgenológiából. Szilárd Béla: Az ásványvizek meg a levegő radioaktivitásáról és annak jelentőségéről.

Orvosok lapja, 1909. 18. szám. Barabás József: A diarrhoea nervosáról.

Budapesti orvosi ujság, 1909. 17. szám. Földi Ottó: A zsigerek megfordított fekvésének esete. Rigler Gusztáv: Kísérletek a typhus és a cholera toxinjának és antitoxinjának előállítására. Deák Imre: A sorisínről.

Vegyes hírek.

Paikert Alajos dr. nyugalmazott vezértörzsorvosnak és törvényes utódainak a király a magyar nemességet adományozta seprősi előnévvel.

Kinevezés. A székesfőváros főpolgármestere Pertik Tamás dr.-t kórházi alorvossá, Steinfeld Géza dr.-t pedig kórházi segédorvossá nevezte ki. — Freyler Károly dr.-t, tamási járásorvossá nevezték ki. — Fülser István dr.-t Palics fürdő orvosává, Fenyő Győző dr.-t a pécsi városi kózkórházhoz segédorvossá nevezték ki.

Választás. Harth Árpád dr.-t Mezőhegyesen községi orvossá választották. — Huszár Dezső dr.-t kastélyosdombi körorvossá választották.

Fornet Elemér dr. volt egyetemi belklinikai első tanársegéd gyakorlatát Marienbadban újból megkezdte.

Menyhért Jenő dr. fűrdőorvosi működését Marienbadban (Haus goldener Falke) ismét megkezdte.

Rosenthal Béla dr. karlsbadi fűrdőorvosi működését újból megkezdte és Alte Wiese „Melone” című házban rendel.

A **Markusovszky-féle egyetemi jubiláris előadások** 1909. évi ciklusát a budapesti kir. tud.-egyetem orvostanári testületének meghívására júniusban **Jacques Loeb** fogja megtartani. Először fog ezúttal megtörténni, hogy ezeket az előadásokat külföldi tudós tartja meg. **Jacques Loeb**-re már első, az agyphysiologiával foglalkozó tudományos közleményeinek nagy originalitása felhívta a figyelmet, de vizsgálatai közül különösen azok keltették föltűnést, a melyekben az alsóbbrendű állatok locomotiójára és növekedésére ható physikai befolyások (a föld vonzásának, a fény terjedésének iránya, villamosság, vízben élő állatokon az áramlás iránya stb.) tanulmányozása útján az alsóbbrendű állatok „physiologiájának” és fejlődési, növekedési törvényeinek egészen új és eredeti felfogásához jutott. Az e téren elért sikerek után őt a chicagói egyetem physiologiai tanszékére hívták meg, a hol az általános biológiába bevezetve a physikai-chemiai kutatási irányt, a mindinkább önálló tudománygyá kialakuló biologia egyik alapvető munkássává vált. Chicagói tartózkodása idejére esnek azok a felfedezései, a melyek a petesejt megtermékenyítését a physico-chemiai bűvület tárgyává tették és a melyek fényes eredménye volt a megtermékenyítés sperma nélkül, a mesterséges parthenogenesis. **Loeb** később a berkeleyi University of California biologiai laboratóriumának vezetője lett, a hol jelenleg is működik. Vizsgálatainak methodikájáról és főbb eredményeiről fog közöttünk német nyelven előadásokat tartani, a melyek érdekességét biztosítja a tárgy és az előadó személye.

A **XVI. nemzetközi orvosi congressus** vezetősége a napokban küldte szét második körlevelét, mely a congressus ideiglenes programjával együtt terjedelmes füzetet tesz ki. A congressus f. é. augusztus hó 29.-étől szeptember hó 4.-éig lesz Budapesten; a megnyitót és záró ülés a fővárosi vigadó nagy termében lesz, a 21 szakosztály ülései a régi műegyetem helyiségeiben fognak tartatni; az összes ülések helyére nézve még nem történt megállapodás.

A congressus úgylátszik a sikerültebbek közé fog tartozni. Látogatottságát és tudományos sikerét eleve biztosítja az a tény, hogy márczius 31.-éig máris 1000-nél több referatumnak és előadásnak jelentettek be a congressusra s az előadók közt a külföldi leghíresebb orvos-tanáraiknak neveivel találkozunk, a minők, hogy csak néhányat említsünk: Baccelli, Bashford, Laveran, Loeb, Waldeyer, Ramón y Cajal, Verworn, Calmette, Doyen, Huchard, Kocher, Killian, Bossi, Bumm, Döderlein, Pozzi, Schauta, Wertheim, Hegar, Baginsky, Hensehen, Unna, Casper, Freyer, Rovsing, Semon, Rubner, Bordet, Ehrlich, Gruber, Sonnenburg. Az előzetes programban számos magyar előadó is szerepel, bár kívánatos volna, hogy a magyar orvosok még nagyobb arányban venniék ki a részüket a congressus tudományos munkálkodásából.

A legnagyobb gondot a külföldi vendégek kelő elszállásolása okozza a fővárosban. A congressus vezetősége az elszállásolás ügyét a Menetjegyirodának adta át. Kívánatos, hogy a congressusra a fővárosba jövő magyar orvosok lehetőleg fővárosi rokonaiknál vagy ismerőseiknél szálljanak meg, hogy így a szállodák egészen a külföldi vendégek rendelkezésére álljanak. A congressus vezetősége felkéri a budapesti orvosokat, hogy a mennyiben lakásviszonyaik engedik, külföldi kollegáikat lakóvendégül lássanak maguknál. A congressus csak pár napig tart, s az idegen vendég elszállásolásával járó kényelmetlenséget bőven ellensúlyozhatja az a tudat, hogy a vendéget látó orvos a maga részéről is hozzájárult ahhoz, hogy a külföldi collegák kedvező benyomásokkal hagyják el fővárosunkat és országunkat.

Trachoma-tanfolyamok. A trachoma kórtanából és gyógyításából az 1886. évi V. t. cz. alapján közszégi, kör- és hatósági orvosok számára a belügyminister megbízásából 1909. évi június hó 10.-19.-éig bezárólag tíz napig tartó trachoma-tanfolyamok fognak tartatni. És pedig: 1. **Budapest** a kir. magyar tudomány-egyetem szemklinikáján és a budapesti magyar kir. állami szemkórházban. 2. **Kolozsvárt** a magyar kir. Ferenc József tudomány-egyetem szemklinikáján. 3. **Brassóban** a magyar kir. állami szemkórházban. 4. **Szegeden** a magyar kir. állami szemkórházban. Az indokolt jelentkezések a választott hely megjelölésével f. évi május hó 15.-éig a közigazgatási felettes hatóságok útján a magyar kir. belügyministerhez intézendők, a ki a felvétel felett dönt. A résztvevő orvosok úti költségeik megtérítésén kívül 8 korona napidíjat kapnak.

Gáspár Ferenc dr. operateur-fogorvos lakását V., Bálvány-utca 8. szám alá helyezte át.

A **budapesti önkéntes mentő-egyesület** márczius hóban 812 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 731 szállítást végzett, 92 esetben mint mozgóorvos működött és 18-szor vaklármá és téves jelentés folytán vonult ki. A márczius havi működési főösszeg tehát 1653.

A **budapesti egyetem I. sz. nőbeteg-klinikáján** április hóban 165 szülés folyt le (82 először szülő és 83 többször szülő). A született magzatok száma 169 volt, még pedig élő 153, halott 9, macerált 7; érett 138, kora 19, éretlen 12; fiú 87, leány 76, kérdéses nemű 6; törvényes 82, törvénytelen 83. A terhesek, szülők és gyermekágyasok közül egy sem halt meg, a csecsemők közül 4. A nőbeteg-osztályon 74 beteget ápoltak, a kik közül 3 halt meg. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét 126 esetben vették igénybe; a műtétek száma 91 volt.

Meghalt. **S. Sell** dr., a szemészet tanára a sheffieldi egyetemen, április 17.-én, 58 éves korában.

Kisebb hírek külföldről. Halléban az egyetemi fűrdőorvostani poliklinika vezetését **Fr. Isemer** dr. magántanár vette át. — A giesseni egyetemen **P. Mönckeberg** dr., a kórboncolóstan magántanára, rendkívüli tanár lett. — **Mestorf Johanna** úrnőt, a kieli régiségtár nagydírmű igazgatóját, 36 éves működése után történt nyugalmába vonulása alkalmával a kieli egyetem orvosi kara a doctor medicinae honoris causa címmel tüntette ki. — **Munk** tanár, a hírneves berlini fiziologus, 50 éves doktori jubileumát ünnepelte. — A new-yorki College of Physicians and Surgeons kórboncolóstan tanszékét, mely T. M. Prudden tanár nyugalmabonulásával megüresedett, **W. G. Mac Callum** dr.-ral, a baltimorei Johns Hopkins-egyetem tanárával töltötték be. — A parmai egyetemen **G. Salvi** dr.-t az anatomia rendkívüli tanárává nevezték ki.

Jelen számunkhoz **Fortunat Gralewski** krakaui gyógyszerész prospectusa van mellékelve.

Elhízás elleni kúrák támogatására Prof. Mladějovský a következő alkatrészekből álló labdacsokat ajánlja: glandula thyreoidea, theobromin, natriosalic., podophyllin, chinin muriat., extr. cascarae. Kétféle labdac készül. Az I. számúak olyanok részére, kiknél keringési zavarok nincsenek, a II. számúak oly elhízottaknak, hol a szív vagy érrendszer részéről szövödmények állanak fenn. A II. számúban kevesebb a thyreoideaanyag és több a theobromin és a hashajtó. A labdacsokat **Fragner** prágai gyógyszerész hozza forgalomba. Időszakonként és csak rövid ideig kell őket vagy a fogyó kúra vége felé (ha az eredmény nem ki-elégítő), vagy befejezése után az eredmény megtartása céljából rendelni. Adag: reggel éhgyomorral 3-6 labdac; rövid idő múlva 200-300 gm. alkális ásványvíz ivása ajánlatos.

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

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

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

Siemens és Halske r.-t. Röntgen- és elektromedikai berendezések. Fulguratio. Budapest, V., Lipót-körút 5. szám.

IGLÓFÜRED. Elsőrangú vízgyógyintézet gyógyfürdő Szepesmegyében fenyvesek közepén. Fekvésesarnok, inhalatorium, szénsavas-, sós-, napfűrdők. Villanyozás. Massage. Diätetikus konyha stb. Jutányos árak. Fűrdőorvos: **Dr. Groó Béla.**

GIZELLA-TELEP FÜRDŐ, modern vízgyógyintézet megnyílt. posta VISEGRÁD (Pest m.)

Vízgyógykezelés, szénsavas-, villanyos-, forró- és hideg-, mór-, sós-, fenyő- és napfűrdő. Villanyozás, massage. Hízáló és soványító kúrák. Remek fekvés. Pensio — fűrdőhasználattal és ötszöri étkezéssel együtt — heti 65 koronától felfelé. Kívánatra prospectus.

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézete VIII., Gyöngygyűt-utca. 14. sz. alatt (a Rókus-kórház közelében) van.

Széchenyi-telepi sanatorium az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál. Igazgató-főorvos **Schnier György** dr. Felvételnél 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. Villamos orvosi műszerek különlegességi gyára.

Orvosi laboratórium és csukorbeteg tolerantiájának meghatározása **Dr. Mátrai Gábor** v. egyetemi tanársegéd. Andrassy-út 50 (Óktogon-tér). Telefon 26-96.

Tüdőbetegsanatorium Tátraháza. Fekvésesarnokok a fenyvesben. — Napkúra. — Hydrotherapia. — Gondos szakorvosi kezelés. Teljes napi pensio orvosi kezeléssel, gyógyszerközzel együtt 12 korona. Igazgató-főorvos: **MÜLLER VILMOS** dr. Prospectus

Dr. SIPOS DEZSŐ rendel KARLSBADBAN Markt „Haus 3. Ringe”.

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

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

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK

fűrdőkhoz.

„LÁPSÓ”
száraz kivonat
ládákban á 1 kiló

LÁPLUG
folyékony kivonat
üvegekben á 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Budapesti kir. Orvosegyesület. (XIII. rendes tudományos ülés 1909 április 17.-én.) 351. l. — Közkórházi Orvostársulat. (III. bemutató ülés 1909 február 25.-én.) 352. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya. (1909 április 17.-én tartott VI. szakülés.) 352. l. — A német pathologiai társaság XIII. évi összejövetele. 352. l. — Pályázatok. 353. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XIII. rendes tudományos ülés 1909 április 17.-én.)

Elnök: **Friedrich Vilmos.** Jegyző: **Entz Béla.**

(Vége.)

A tuberculosis-bacillus impermeabilitásáról.

Preis Károly: A sav-alkoholállóság nem önálló fogalom, hanem csak kifejezője és mértéke azon impermeabilitásnak, mely a tuberculosis-bacillusan a vízzel és többé-kevésbé az alkohollal és más folyékony ágensekkel szemben fennáll. A carbol nem pácz festési értelemben, hanem csak vehiculum, mely éppen úgy szolgálhat festésre, mint elszintelenítésre. Kénsavval való kezelésre sem színtelenedik el, de simán elszintelenedik, ha a carbol-fuchsinban a fuchsinat kénsavval helyettesítjük (1%) és azzal hevítjük a készítményt, míg apró buborékok jelennek meg. Ugyane bacillus elszíntelenedik azonban akkor is, ha tisztán 5%-os carbololdattal hevítjük, csak hogy itt többé nem festékroncsolásról van szó, hanem kimosásról. Ha a készítményt tisztán csak vízzel hevítjük a mondott módon, minden elszíntelenedik és csak a gümöbacillus marad fenn; ellenfestés után még szebb készítményeket nyerünk, mint ha savat alkalmazunk. Tehát ép annyi joggal beszélhetünk vízállóságról, mint savállóságról. Különben a saválló smegma-bacillusok vízzel való hevítésre elszíntelenednek. Két százalékos guajacol-oldattal hevítve a gümöbacillus nem színtelenedik el.

Valamely egyszerű folyékony*ágensnek azon mennyisége, mely behatol bizonyos testbe, függ mindkét anyag minőségétől, az időtől, a hőfoktól és a nyomástól, vagyis $M = T_1 - 2$. I. H. Ny; a gümöbacillusra vonatkoztatva pedig $M_t = T. I. H. Ny$.

Ezen képlet áll úgy a festésre, mint az elszíntelenítésre és ellenfestésre is.

Ha ezen három műveletnél, melyből a második vagy a harmadik nyilván el is maradhat, a behatolás intenzitásának valamely differentiáját létesítjük, akkor a gümöbacillus a többi bakteriumtól elkülöníthető. A fenti képletből, melynek tételei és mennyiségei tetszés szerint variálhatók, a gümöbacillusokra számtalan festőmód vezethető le.

Ez impermeabilitás okát nem kell éppen bizonyos zsírsavakban vagy viaszban keresni, hanem tekintve azt, hogy a köröm szarúsejtjei ugyanazokat a festési viszonyokat mutatják, mint a gümöbacillus, feltehető, hogy ez utóbbinak burka, vagy inkább váza olyan anyagból áll, mely molekuláris structurája miatt impermeabilis.

A gümöbacillus fiatal korában nem saválló, azaz permeabilis, minthogy pedig az impermeabilitás bizonyos védelmet nyújt, a gümöbacillus volna az egyedüli valamennyi bakterium között, mely a sporogen bakteriumokhoz hasonlóan, már magában az állati szervezetben bizonyos ellenálló alakot (Dauerform) ölt; ez a szervezetre nézve annál veszedelemesebb, mert ezen bacillus igen hosszú ideig nyugalmi állapotban maradhat, úgy hogy amolyan fractionált sterilisatio nem jöhet létre és a végképpeni gyógyulás csak kötőszöveti eltokolódás útján történhetik.

A tuberculin hatása olyképpen volna magyarázható, hogy az impermeabilis alakokat szaporodásra indítja és így permeabilissá, azaz a szervezet által könnyebben legyőzhetővé változtatja, a mikor persze kétélű kardként szerepelhet.

A Marmorek-serum éppen a permeabilis alakok ellen irányul. Mindez azonban csak elmélet. Ha még tekintetbe vesszük a Muchféle granulákat, láthatjuk, hogy a tuberculosis okozóját egészében még korántsem ismerjük, és hogy még számos döntő fontosságú kérdés vár megoldásra.

Krompecher Ödön: Az előadó szerint a savállóságot a bakterium molekulás összetételéből kell magyarázni. A szülő azt hiszi, hogy a zsíroknak is van fontosságuk. Kiderül ez onnan, hogy a b. typhi, a staphylococcus, a b. coli nem saválló és zsírokkal való összekeverés által savállóvá lesz. Mikor a szülő e kérdéssel foglalkozott, ugyanakkor

Bauer gümöbacillusokból vegyi úton zsirt állított elő. Ekkor jutott szülő arra a gondolatra, hogy zsírokkal való összekeveréssel savállókká lesznek a fennmilitett mikrobák. Azt hitte akkor, hogy új dolgot talált, de kiderült, hogy már Bienenstock is észlelte ezt. A zsíroknak tehát fontos szerepük van. Hogy a molekulás összetételnek is van szerepe, nem tagadhatjuk.

Detre László: Három év előtt 50–60 gm. tuberculosis-bacillust kezelt zsírkivonó anyagokkal (xylollal, aetherrel, alkohollal). Az összes zsírokat kivonva, fehér port kapott, melyben göreső alatt látni lehetett a gümöbacillusokat, de a savállóságuk minimális, majdnem nulla. Tehát nem lehet mondani, hogy a zsíroknak nincs szerepük. A „molekulás összetétel” kifejezés nem mond semmit. Hogy a viaszburkok megvan, az bizonyos, hogy egyedül ez okozza-e az impermeabilitást, nem tudjuk.

A mi azt a véleményét illeti, hogy a zsír vagy más impermeabilis burkok a védelmi reakciók közé tartozik, ez ellen állást kell foglalni már azért is, mert a kulturában védelmi reakciónál szó sem lehet. Burkok bacillus, mint védelmi reactio csakis ott lehet, a hol a bacillus megküzd a szervezetben; pl. a lépfenebacillusnak a kulturában nincs burka, de az állatban, ha megküzd, burkot ölt, miközben kártékony hatását folytatja.

A „Tuberkelbacillusträger”-ről is esett szó. A szülő hozta be a kifejezést. Fialat emberről volt szó, kit Meránban filtrált tuberculinnal kezeltek. Mikor a szülőhöz került, láztalan volt, 8–10 kgm.-ot hízott. A köpetben pedig látóterenként ezernyi bacillus volt. Ez a fiú a tuberculosis mérge ellen teljes immunitást nyert, vagyis a szövetei nem érzékelték meg a gümöbacillust. Ennek jellegzésére használta a kifejezést, de ez más, mint a mit az előadó említett.

Preis Károly: Nem beszélt molekulás összetételről, hanem molekulás structuráról, a mi egészen más dolog. Más dolog a zsírnak impermeabilitása, mely nem oldódik vízben, mint a körömnek impermeabilitása, mely nem oldhatlanságánál fogva impermeabilis, hanem structurájánál fogva. Nem tagadta, hogy a gümöbacillusban zsír van; de a köröm-ben nincs zsír, mégis impermeabilis. Ez mind savállóság, de a zsír csak elmélet, melyet nem lehet biztosra venni. Szülő azt hiszi, a zsíron kívül más is szerepel: nem tudja mi, de azt hiszi, más sem tudja.

A mi a védelmi reakciót illeti, Detre a lépfenét hozta fel, hogy burka van az emberben, de nem a kulturában. A kulturában azonban spórát termel, az emberben pedig nem. Tehát más bacillusról az emberi gümöbacillusra következtetni nem lehet.

Közkórházi Orvostársulat.

(III. bemutató ülés 1909 február 25.-én.)

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

(Vége.)

Az extractum digitalis depuratum (Digipuratum Knoll) hatása a vérkeringési rendszerre.

Szinnyei József: Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.

Wenhardt János: Az előadónak a társulat több szempontból köszönettel tartozik. Először is mintegy példáját adta, miként kell a klinikusnak az egészen új, vagy a régi, de új formában kinált orvossággal elbánania, ha egyáltalában foglalkozni akar vele. Bizonyára nem túlzok, ha állítom, hogy a kereskedői szellem új gyógyszerek, különösen mixturák előállításában igen sokszor túllépi a megengedett határokat. Ennek a következménye, hogy az ember napról napra nagyobb skepticismussal fogadja az új szereket. Ennek ismét a legtermészetesebb folyamánya, hogy értékes új szerek, ha nem is kallódnak el végképpen, legalább is csak később válnak közkinccsű, mint megérdemelnék.

E baj előidézésében sokszor az orvosok is bűntársak. Azokról nem szólok, kik csengő ellenértékért dicsérő cikkeket írnak, de igenis beszélek azokról, kik nem elég számú eset észlelése és felszínes bírálat alapján minden új szerrel és gyógyító eljárással dicsimuszokat zengenek. Persze nehezebb és fáradságosabb sok és pontos klinikai vizsgálatra alapított előadást megszerkeszteni, de az ily csendes, reális dolgozásoknak, ha nem is a nagy közönség, de azon kevesek előtt, kik hozzáértőknek mondhatók, annál nagyobb az erkölcsi és gyakorlati értéke. S ha megtörténnek, hogy a következtetések minden tekintetben nem állanak helyt, ott vannak a becsületes munkával megállapított pontos és rideg adatok, melyekből mindenki azt következtetheti, a mit jónak lát.

De az előadó sokkal többet adott, mint a mennyit a szerény czím-ben ígért. Nem csak a digipuratumnak a vérkeringési rendszerre gyakorolt hatását ismertette, hanem értékes adatokkal bővítette a digitalis hatás módjára vonatkozó ismereteinket, sőt a szív működés frequentációjára és a diuresis megváltozásának idejére vonatkozó figyelmeztetés által úgy a diagnózis mint prognózis szempontjából úgylátszik igen használható körü-

ményre hívta fel a figyelmet. Ha ugyanis további tapasztalatok, melyekhez természetesen évek kellenek, beigazolnák, hogy a digitalis tűrhető jó szívizomra oly hatással van, hogy a szív működésének számának megfogyása és a diuresis megindulása időbelileg összeesik, rosszabb myocardium esetében pedig előbb eszik a szív működésének frequentiája és csak később — még pedig annál később, minél rosszabb a szív izma — következik be a diuresis megnagyobbodása, akkor ezen eljárással, mely utóvégre minden kunyhóban végrehajtható, a functionális diagnózis terén jókora lépéssel jutottunk előbbre. Akármily nagyra becsüljük is az anatómiai diagnózist, az mindenkor holt diagnózis, mely csak másodsorban érdekel bennünket, egészen eltekintve attól, hogy a betegségnek csak többé-kevésbé előhaladottabb szakában ejthető meg. Ellenben az élő, a functionális diagnózis már oly esetekben is megállapítható, mikor még a legfinomabb fizikai vizsgáló eljárásokkal sem sikerül anatómiai elváltozást kimutatni, sőt akárhányszor már akkor, mikor még a kórbonezoló sem talál sem makroszkopos, de még mikroszkopos elváltozást sem.

Nil novum sub sole. Csak az elnevezés: functionális diagnózis újabb keletű, de a tény régi. Hiszen régebbi elődeink, kiknek csak igen tökéletlen fizikai vizsgálati eljárások állottak rendelkezésükre, a functionális diagnosztika egy részét emelték tökélyre, mikor a pulsustant a legapróbb részletekig dolgozták ki. Jól tudták, hogy abból a kis vérhullámból, mely a radialis végén tapintható, a vérkeringési rendszer működésképpességére lehet következtetni, tehát functionális diagnózist csináltak. Érdekel bennünket, de csak másodsorban, hogy milyen stenosis vagy insufficiencia, a myocardiumnak milyen anatómiai elváltozása (anaemia, atrophia, degeneratio, lob, fragmentatio) van jelen, de mégis első sorban a szívizom munkaképességét, vagyis a functionális diagnózist óhajtjuk. Ezen célra már régebben használtuk a digitalist. Mert az insufficiencia myocardii minden esetében, melyben a digitalis pontosan hat, tűrhető állapotban levő szívizomra következtetünk, s minél gyengébb a helyes digitaliskúrának a hatása, annál rosszabb szívizmot veszünk fel. A Szimnyi-féle jellel azonban már oly időben diagnosztizálhatjuk a myocardium számottevő rosszabbodását, a mely időben eddig még elég tűrhető szívizomra következtettünk. Ugyanis eléggé meg voltunk elégedve, ha a digitalis a szív működésének számát csökkentette és a diuresist fokozta. Most azonban valószínűvé vált, hogy erre csak akkor vagyunk feljogosítva, ha a szív működés ritkulása és a diuresis növekedése időbelileg egybeesik. Ellenben ha az utóbbi késik (mint bonezolások bizonyították), a szívizom már rosszabb állapotban van, ha nem is romlott még le annyira, hogy a digitalis hatástalan maradjon.

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(1909 április hó 17.-én tartott VI. szakülés.)

Elnök: Turesa János. Jegyző: Konrádi Dániel.

I. Kanitz Henrik urticaria pigmentosa esetet mutat be.

II. Genersich Gusztáv lues congenita esetet mutat be.

Hozzászól: Marschalkó Tamás.

III. Veress Ferenc bemutatásai a bőrgyógyászati klinikáról:

a) *Gangraena praeputii et glandis*. 50 éves férfiú, kinek négy hét előtt paraphimosisa keletkezett, melyet ezelőtt egy héttel, a klinikára való bejövetelekor, dorsalis incisióval feltárt. Ekkor kitért, hogy az egész makk, valamint a praeputium belső lemeze tenyérnyi nagyságú fekete gangraenás tömeggé alakult át. A szétválasztott termékek *fusiformis bacillusok és spirillumok tiszta kultúráját tartalmazták*. A bemutatás alkalmával már az egész praeputium és a makk legnagyobb része demarkálódott, 40^o-os láza pedig megszűnt.

Az üszkösödés létrejövételének módja ebben az esetben még nem deríthető ki biztosan. Lehet, hogy az említett mikroorganizmusok elsődlegesen hatoltak a penis bőrébe, de az sincs kizárva, hogy a fertőzés kapujául egy már előzetesen megvolt lágy vagy kemény fekély szolgált. A regionális mirigyek multiplex és indolens módon beszűrődtek s ezért a további megfigyelés fogja kideríteni, hogy a fuso-spirillumos fertőzés sclerosishoz társult-e? Az is valószínű, hogy a paraphimosis alakjában érvényesülő tartós nyomás, a velejáró táplálkozási zavar és az ennek kapcsán másodlagosan történt fusiformis fertőzés idézte elő a gangraenát.

b) *Multiplex epithelioma* esete. 68 éves férfiú. Az arczán a tíz év óta meglévő *senilis (seborrhoeás) verrucák* rendre rákosan fajulnak el. Két évvel ezelőtt már egyszer e helyen bemutatta a beteget, azóta néhány további verrucája alakult át epitheliomává. Az eset érdekes azért, mert kitűnik belőle a rákra hajlamos egyéneknek a *senilis verrucák praedisponáló szerepe*.

(Vége következik.)

A német pathologiai társaság XIII. évi összejövétele.

A mióta a német természettudósok és orvosok évenkénti összejövételeiből a pathologusok különváltak, az idén tartották meg első összejövetelüket április hó 15—17-én Lipcsében, nagyszámú német, osztrák és külföldi résztvevő jelenlétében.

A congressus helyisége az a fejedelmi bőkezűséggel tervezett és a legnagyobb körütekintéssel épült, minden képzelhető segéd-eszközzel ellátott kórboneztani intézet volt, melyet a lipcei egyetem 2 év előtt nagynévű tanára, *Marchand* számára épített, hogy ezzel megtartsák a lipcei fakultásnak. Ez a pazar pompájú és terjedelmében a pesti normal anatómiai épületnek mintegy kétszeresét kitevő intézet méltó keretjé volt a magas színvonalú tanácskozásnak, a melyen e szakma leghivatottabb képviselői szinte teljes számmal vettek részt.

Az első napi tárgyalás idejénekleg nagyobb részét a rhachitisről és osteomalaciáról szóló referátum vette igénybe, melyet igazi német alapossággal *M. G. Schmidt*, zürichi tanár adott, míg az inkább csak ezen megbetegedések pathogenesisééről szóló correferátumot *Stoelzner* hallei docens állította össze, mindkettő, főleg azonban az előbbi, igen élénk és hosszas vitára adván alkalmat.

Schmidt előadásának lényegeképpen azon álláspont kristályosodik ki, hogy a csontelváltozásokban fundamentális különbséget a rhachitis és osteomalacia között nem tehetünk, egyedül a porcz-beli elváltozások különítik el a két kórfolyamatot.

A rhachitises endochondrális fejlődés-zavarban pedig a porczvelőcsatornácskának tulajdonítható a legfontosabb szerep.

A mi a mindkét megbetegedésben található s mindaddig vitás eredetű osteoidszövet keletkezését illeti: ez, eltekintve a fibrosus endostális burjánzásból származó reczeszerű csonttól, a kevésbé súlyos esetekben (egyszerű rhachitis, physiologiai osteomalacia) újonnan képzett, apponált és el nem meszesedett szövetből, a súlyosabbakban (osteomalaciás rhachitis, puerperális osteomalacia) azonfelül a régi csontszövet elmesztelenedéséből jön létre. Mindkét folyamat: a nem meszes szövetek appositioja és a mesztelenedés, a halisteresis egymással kapcsolatban, egyidőben fordulhat elő. Ez utóbbinak előfordulása góresővileg is kimutatható, azonban létezését ezenfelül osteomalaciás betegekben a meszkivittelt illetőleg végzett anyagcserevizsgálatok is bizonyítják.

Hasonló értelemben nyilatkozott *Stoelzner* is, a ki a rhachitises és osteomalaciás elváltozásokat lényegileg szintén azonosnak mondja, hangoztatván, hogy nemcsak a csontrendszer sajátlagos megbetegedéseivel állunk szemben, hanem általános kórfolyamatokkal, a melyeket a *Ca* egyensúlyzavarával megmagyarázni nem lehet. A kísérletileg calciumszegény táplálékkal etetett állatok csontelváltozásai sem felelnek meg szövettanilag a valódi emberi rhachitisnek.

Ezen általános megbetegedés legvalószínűbben egy belső secretiós szerv működési elégtelenségére vezethető vissza, hasonlóan a mayxoedemához, a melylyel amúgy is sokban látszik rokonnak. A már régebben felállított pajzsmirigy-, epitheltest- és ovariumelméletek a kórfolyamatok megnyugtató magyarázatára elégtelennek bizonyulván, *Stoelzner* a mellékvesékre utal, mint a melyeknek insufficienciája okozati összefüggésben állhat a rhachitis és osteomalacia keletkezésével. Számos érve közül, melylyel elméletét támogatja, mindenek szerint legsúlyosabb az a többektől megerősített észlelete, hogy az adrenalin adagolása igen kedvező eredményeket szolgáltat rhachitises és osteomalaciás betegekben.

E két előadás kapcsán megindult vita mindenekelőtt kevesebb fontosságot tulajdonított az érvekkel talán nem is elegendően támogatott *Stoelzner*-féle elméletnek és főleg a halisteresis szerepének kérdésével foglalkozott behatóbban. Míg *Marchand* jóformán azonosította magát *Schmidt* felfogásával, addig *Schmorl*, *Looser*, *Pommer*, *Ribbert* és mások éppen ellenkezőleg tagadták a halisteresis létezését és az osteoidszövet keletkezésében kizárólagosan mesztelen szövet appositioját vélik látni. Meggyezés azonban a két ellentétes felfogás között a hosszas vita folyamán sem jött létre. A rhachitis pathogenesisére vonatkozólag említésre érdemes mindenképpen még *Weichselbaum*-nak, a pathologiai társulat ez évi elnökének felszólalása, a ki figyelemreméltó érveket hozott fel az epitheltestek és a kérdéses kórfolyamatok közötti összefüggésre,

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Herzog Ferencz: Közlés a budapesti kir. magy. tud.-egyetem idegklinikájáról (Igazgató: Jendrassik Ernő dr. egyetemi nyilv. rendes tanár) és az I. számú sebészeti klinikájáról (Igazgató: Dollinger Gyula dr., udvari tanácsos, egyetemi nyilv. rendes tanár). Extramedulláris gerincvelő-daganat. 354. lap.

Ónodi A.: Orr- és gégeorvostani közlemények. 357. lap.

Udvarhelyi Károly: Az ép és a beteg labyrinthus functio-vizsgálatának mai állása. 358. lap.

Szinnyei József: Közlés a szt. Rókus-kórház X. orvosi osztályáról. (Főorvos: Wenhardt János egy. magántanár.) Az extractum digitalis depuratum (digipuratum Knoll) hatása a vérkeringési rendszerre. Megjegyzések a digitalis hatásmódjáról. 360. lap.

Árkövy József: A budapesti kir. magy. tudomány-egyetem stomatológiai klinikája. 362. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Prof. H. Eichhorst: Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. — *Lapszemle.* Belorvosan. G. Richter: A tüdők vizsgálata esúshurut esetén. — *Idegkórtan.* Lhermitte: Az agyvérzés seborvosi kezelése. — *Sebészet.* R. H. Fowler: A diffus sepsises peritonitis kezelésének eredményei. — *Ch. H. Goodrich:* Appendicitis kapcsán támadt tetania. — *Orthopaedia.* R. R. Wreden: A sebészi tuberculosis conservatív gyógyítása kámfor-naphthol befecskendezéssel. — *Gyermekeorvos.* Fritz Meyer: A diphtheria-mérgezés ismerete és kezelése. — *Marfan és Jean Hallé:* Igen gyorsan beállott váratlan halál csecsemőkori eczema esetében. — *Bőrkórtan.* L. Zweig: A foglalkozásból eredő carcinomák. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* Burwink: Tartarus depuratus májcirrhosis ellen. — *Lecy:* Szer malária ellen. 364—367. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 367. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 367. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 368—369. lap.

Melléklet. F. Hoffmann-La Roche & Co. Basel, cég „Secacornin“ és „Thigenol“ prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a budapesti kir. magy. tud.-egyetem idegklinikájáról (Igazgató: Jendrassik Ernő dr. egyetemi nyilv. rendes tanár) és az I. számú sebészeti klinikájáról (Igazgató: Dollinger Gyula dr., udvari tanácsos, egyetemi nyilv. rendes tanár).

Extramedulláris gerincvelő-daganat.

Írta: **Herzog Ferencz** dr., idegklinikai tanársegéd.

J. I., 20 éves napszámos, 1908 február 3.-án jelentkezett az idegklinikára járóbeteg-rendelésén. Kórelőzményének adatai és az idegrendszeri lelet valószínűvé tették, hogy a betegnek extramedulláris gerincvelő-daganata van. Ezért megfigyelés és pontosabb vizsgálat végett felvettük a beteget a klinikára.

A beteg családjában terheltség nincsen, tuberculosis nem fordult elő. Szülei, négy testvére egészségesek, egy testvére 3 éves kora óta siketnéma. Atyjának, anyjának testvérei és azoknak gyermekei épek.

A beteg rendszeresen fejlődött és mostani bajáig mindig egészséges volt. Luest, potust tagad.

Mostani baja 4 év előtt kezdődött fájdalommal a jobb felkar belső részén. Ezen fájdalom lassanként fokozódott és 1906 telén oly hevessé lett, hogy a beteg miatta nem tudott aludni. Reggel sokszor merev volt a nyaka. Jelenleg alig van fájdalma. 3½ év előtt gyengülni kezdett a jobb keze. Ezen gyengeség azóta egyre fokozódott. Egy év előtt zsibogni és gyengülni kezdett a bal lába. 1907 augusztusában már annyira gyenge lett a bal lába, hogy e miatt abba kellett hagynia rendes foglalkozását. 1907 novemberében óta gyengül a jobb lába is, zsibogása ezen lábban nem volt. Egy év óta kisebb fokú vizeleti és székelési zavarok. 2—3-szor vizelet csak naponta és ha megindult a vizelete, nem tudja visszatartani. Székét sem tudja visszatartani, ha hig. Vizeletét és székét érzi. Vizeleti ingere van. Bal karjában sohasem volt fájdalma, bal kezének erejében és ügyességében nem vesz észre változást.

Felemlítendő még, hogy a betegnek fejfájása, szédülése,

kettőslátása nem volt, hogy beszéde és írása rendes és olyan mint régebben.

A jól fejlett és jól táplált beteg csontrendszere és ízületei épek. A gerincoszlop minden irányban jól mozog, nyomásra sehol sem fájdalmas. A beteg bőre időnként a köldökön át haladó vonalon alul kipirosodik. Megnagyobbodott mirigyek nem tapinthatók.

Izomzata jól fejlett, csak a felső végtagok kissé soványak. A kezek kis izmai kissé atrophiasak, különösen a jobb kézen. A kezek szorítóereje csökkent, jobboldalt erősebben. Az alkar-, felkar- és vállizmok jól működnek, erejük baloldalt rendes, jobboldalt valamivel gyengébb az alkar feszítése és hajlítása. Karjait egyenlően emeli. A felső végtagok passiv mozgásában nincsen eltérés. A kezek kis izmainak galván és farados ingerlékenysége csökkent, elfajulási reactio azonban nincsen. Egyebütt sehol sincsen eltérés az izmok villamos ingerlékenységében. A bal triceps-inreflex jól kiváltható, a jobb gyenge és kiváltása csak néha sikerül.

A törzs és alsó végtagok izmai rendes tömegűek, hypertoniások. Mozgatókör ellenállást érezni az alsó végtagok összes ízületeiben. Actív mozgáskor, bőringerre rhythmusos összehúzódások keletkeznek a m. gluteusokban és quadricepseken. A nagy lábujjak majdnem állandóan dorsalflexióban vannak. Az alsó végtagok és a törzs actív mozgása megnehezített, a beteg nehezen tud felülni ágyában, járása kifejezetten merevgöresös, nem ataxiás.

A patella- és Achilles-inreflex mindkét lábon erősen fokozott. Mindkét lábon Babinski-féle tünet, lábtünet és patella-clonus. Egyik hasi reflex sem váltható ki. A cremaster-reflex gyenge.

Az érzésvizsgálat eredménye a következő: A tapintásérzésben eltérés van a 3. bordától lefelé a törzsön és az alsó végtagokon, továbbá a felső végtagok belső felületén és a kezeknek IV. és V. ujján. A felső végtagokon csak igen gyenge hypaesthesia van, a törzs a köldök magasságáig szintén csak hypaesthesia, innen lefelé azonban anaesthesia következik. Ugyanezen területen csökkent a hideg-, meleg- és fájdalomérzés. Legkisebb fokban az alkarokon, a hol csak subjective van eltérés. A nyomásérzés is csökkent a leírt területen, a Weber-féle körök pedig megnagyobbodtak vagy egyáltalán nem határozhatók meg. A mozgásérzés a lábak nagyujjain rossz.

A szemeknek tengelye egy horopterben találkozik, mozgásaik szabadok. Balratekintéskor néhány nystagmusszerű rángás. A szemrések egyenlők. A pupillák középtágak, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. A szemfenék ép. A látótér fehérre és színekre rendes. Centrális scotoma nincsen. Az agyidegek épek. Intentiós tremor nincsen. A belső szervekben nincsen eltérés. A vizelet idegen alkotórészeket nem tartalmaz. A beteg észlelésünk idején láztalan.

A 20 éves férfibeteg egy év alatt lassan fejlődik ki az alsó végtagoknak spasmusos paraplegiája csekély vizelési és székzavarral. A paraplegiát azonban egyéb tünetek előzték meg. Négy év óta igen heves fájdalma van jobb karjában, mely csak legutóbb szűnt meg, 3½ év óta gyengül a jobb keze és ezen gyengeség egyre fokozódik. A beteg idegrendszerének vizsgálata a gerincvelőnek haránt laesiójára enged következtetni a 8. nyaki vagy 1. háti segmentum magasságában. Az alsó végtagokon a merevgörösös bénulásnak minden tünete megvan, a mi a központi mozgató neuron bántalmazottságára mutat. Hogy ezen neuron a gerincvelőnek mely részében sérült, arra az érzésbénulásnak kiterjedéséből, nevezetesen annak felső határától és az atrophíával járó izombénulásból következtethetünk. Az érzésbénulásnak esetünkben nem volt éles határa. A jól érző területek és a teljes anaesthesia között széles hypaesthesiás terület volt. Így a teljes anaesthesia felső határa sem volt éles. Nem teljes harántsérüléskor különben úgy sem használható fel a teljes anaesthesia határa a magassági diagnózisra, mivel az anaesthesia felső határának magassága a laesio fokától függ és gyakran sokkal lejjebb van, mint a mi a laesio magasságának megfelel. Esetünkben pedig semmi esetre sem volt teljes harántlaesio. Arra törekedtünk ezért, hogy lehetőleg pontosan határozzuk meg a hypaesthesiának felső határát. Esetünkben jól felhasználhattuk erre azt, hogy milyenek érezte a beteg az érintést, rendesnek-e vagy pedig nem ilyenek. Olyan területeken, a hol objective alig volt kimutatható hypaesthesia, subjective még nagyon különbözött az érzés a rendestől. Betegünknek megfigyelőkéessége elég jó volt, úgy hogy pontosan sikerült meghatározni a hypaesthesia felső határát. A Seiffer-féle rajz szerint a IV—V. ujját és az alkar belső felületét a 8. nyaki és 1. háti, a felkar belső részét az 1. és 2. háti, a mellkas bőrét a harmadik borda magasságáig a 2. háti segmentum látja el. Ezen területeken már hypaesthesia volt jelen esetünkben, a laesiót tehát a 8. nyaki segmentum magasságában kellett keresnünk. A caudalisabb segmentumokban mindenütt hypaesthesia vagy anaesthesia volt jelen, a magasabban fekvő harántlaesiónak megfelelően.

Az érzésbénulás szerint tehát a 8. nyaki segmentumban van a laesio felső határa. Ennél magasabban fekvő segmentumokban nem volt eltérés az érzésben. Az érzésbénulásból a laesio helyére tett következtetéssel egyeznek a környéki mozgásbénulás tünetei. A környéki mozgató-neuronok sérülésére visszavezetendő atrophias bénulás csak a kezeknek kis izmaira terjed ki, a felső végtagoknak többi izma pedig ép. Igaz ugyan, hogy a jobb alkar hajlítása és feszítése gyengébb erővel történt mint baloldalon, de ezen gyengeség onnan is származhatott, hogy a beteg csak keveset használta ezen izmokat jobb kezének gyengesége miatt. A kis kézizmok idegei a 8. nyaki és 1. háti segmentumban erednek, atrophias bénulásuk tehát ezen segmentumoknak vagy egyiküknek megbetegedésére mutat. Az ujjak hosszú hajlítóinak (8. nyaki segmentum) épsége a mellett szólana, hogy a laesio helye az 1. háti segmentum, az oculopupillaris tünetek hiánya viszont arra mutathatna, hogy ezen segmentum ép és hogy a 8. nyaki segmentumban van a sérülés. Esetünkben azonban a gerincvelő sérülése nem volt oly nagyfokú, a paraparesisen kívül az érzésbénulásnak nem súlyos volta is azt bizonyítja, hogy a sérült segmentumok működésének teljes kiesését kellett volna várunk. Gyengébb sérülés mellett épen maradt az említett segmentumokban lokalizált működések egy része. A jobb kéznek erősebb bántalmazottsága a mellett szól, hogy a gerincvelő jobb fele sérült súlyosabban. A sorvadással járó bénulás elterjedése tehát támogatja az érzésbénulás felső határától vont következtetésünket, az utóbbi a 8. nyaki, az előbbi a 8. nyaki és 1. háti segmentum sérülésére mutat. A magasabb nyaki segmentumok csekély sérülésére talán a jobb tricepsreflex gyengesége mutatható. A műtét beavatkozás helyének meghatározásakor ezt azonban nem vettük tekintetbe, mivel az ezen segmentumoknak megfelelő mozgásban és érzésben nem volt kiesés és mivel ezen

reflex localisatiójára vonatkozó adatok nem egészen egyértelműek. A laesio helyén áthaladó központi mozgató-neuronok sérülésének megfelel az alsó végtagok spasmusos paraplegiája. Feltűnő volt azonban, hogy a bal alsó végtag romlott előbb, holott a jobb kéz súlyosabb bénulása arra mutatott, hogy a gerincvelő jobb fele vagy a jobb gyökök sérültek erősebben. Ezen ellentmondó tüneteket később fogok igyekezni megmagyarázni. Ezen merevgörösös bénulás, továbbá a vizelési és székelési zavaroknak igen csekély volta arra utal, hogy a gerincvelő alsóbb részei épek.

A laesio felső határát tehát a 8. nyaki segmentumba kellett helyezni. Nehezebb volt alsó határának megállapítása. Az érzésbénulás nem használható fel erre, mivel a gyöki anaesthesia nem különböztethető meg a vezetési anaesthesiától, a háti segmentumokból eredő mozgató idegek pedig a bordák izmait idegzik be és ezért vizsgálatuk nem lehetséges, ha csak néhány bordaközi izom bénulásáról van szó. Ezen tüneteken kívül azonban felhasználhatjuk még a kórelőzményben leírt heves fájdalmakat a laesio magasságának és kiterjedésének localisatiójára. A betegnek igen heves fájdalma volt hosszú időn keresztül jobb felkarjának belső részén, sohasem volt azonban fájdalma mellkasában. Valószínű tehát, hogy csak a jobb 1. háti gyökök sérültek és hogy a mélyebb gyökök épek.

A mozgás és érzésbénulás tünetei és a fájdalmak elterjedése tehát arra enged következtetni, hogy a gerincvelő és gyökerei a 8. nyaki és 1. háti segmentum magasságában sérültek. A gerincvelőnek ezen része a 7. nyakesigolya és a 6. nyakesigolya alsó felének magasságában van. A megfelelő gyökök ugyanezen területen vannak és az 1. háti csigolya magasságában, a hová az 1. háti gyökér lehalad. Ezen helyre lokalizált góccsal megmagyarázhatók az összes tünetek. Hogy mi a tünetek okozója, az alig kétséges a haj kifejlődésénél fogva. A lassú fejlődés miatt kizártnak mondhatjuk az acut myelitist; chronikus myelitis ellen a sokáig majdnem izoláltan jelenlévő gyöki fájdalom szól. Lueses, tuberculosos bántalomra nincsen adat, bár feltétlenül nem zárható ki. Számba jöhetne még a sclerosis polyinsularis és syringomyelia, melyek esetleg ilyen tüneteket okozhatnának hasonló lefolyással. De ezen bajok jelenléte is valószínűtlen, mivel jellemző tüneteik hiányoznak. A gerincoszlopou nem volt eltérés. Tekintve a hosszú ideig egymagában fennálló fájdalmat a jobb felső végtagban és a gyengeséget a jobb kézben, melyhez csak 3 év múlva csatlakozott az alsó végtagoknak lassan fejlődő merevgörösös bénulása, legvalószínűbbnek kellett tartanunk, hogy a tüneteket egy jóindulatú, lassan nagyobbodó, a gerincvelőn kívül fekvő daganat okozza, mely a 8. nyaki és 1. háti segmentumot összenyomja és a mely valószínűleg a gerincvelőnek jobb oldalán fekszik, mivel sokáig csak a jobb felső végtagon voltak tünetek. Ezen diagnosissal tettük át a beteget 1908. március 1.-én az I. sebészeti klinikára. a gerinczesatornának megnyitását ajánlva a 6. és 7. nyakesigolya iverének eltávolításával.

A beteget Dollinger tanár operálta április 1.-én. Dollinger tanár a műtétet a következőkben vázolja: „A beteg fejhajzatát rövidre nyírjuk, a tarkót és a nyakszirt táját a füleket összekötő vonal magasságáig leberetvéljük. A tarkón két oldalt, mintegy 3 cm.-nyi távolságban a tövisnyújtványoktól, a 3. nyakesigolyától a 2. háti csigolyáig terjedő, a bőrön és az összes lágyrészekben áttérjedő metszéseket ejtünk, a melyek a csigolyaíveket közvetlenül az ízületi nyúlványok mögött érik. A 7. nyakesigolya tövisnyújtványa alatt a két metszést harántmetszéssel egyesítem, a mi által a seb H alakot nyer, és egy felső és alsó lebenyt kapok. Ezután a felső lebeny két oldalmetésének mélyében a 7. és 6. nyakesigolya íveit kétoldalt, közvetlenül az ízületi nyúlványok mögött, éles vésővel úgy véssem át, hogy a vésőt az iv alsó széléről a felső felé irányítom, a mi által elkerülöm azt, hogy a zökkenések a gerincagyat ériék. Miután a 7. nyaki és 1. mellkasi csigolya hátulsó iveri között kifeszülő szalagot átvágtam, a 7. és 6. nyakesigolya hátulsó iveriből és a fedő lágyrészekből álló lebenyt felhajtom s ezáltal a gerincoszlopesatornát a daganat vélt helyén kitárom.

A gerinczagy zsákja e helyen szokatlanul ki van tágitva és feszes. A kemény agykérget a középvonalban hosszában felhasítom, mire a seben keresztül egy halaványrózsaszínű, tömött daganat nyomul elő, a melyet finom, erezett hártya borít és a melyet könnyen el lehet távolítani.

E daganat a gerinczesatorna jobboldali hátulsó részét foglalta el és a gerinczagyat balra és előre nyomta. Kiválasztásakor csupán a 6. csigolya magasságában vérzett egy finom verőerecske. A gerinczagon a daganat helyén szabad szemmel elváltozást látni nem lehetett. Színe és tömörsége rendes volt. A daganat szabad szemmel vizsgálva halaványrózsaszínű, keménysége rostdaganat-szerű, alakja orsószerű, legnagyobb hossza 6 cm. szélessége 2,5 cm., vastagsága 12 milliméter. A később megejtett göröcsövi vizsgálat fibromának körjelezte.

A vérzés csillapítása után a kemény agykérget finom selyem-öltésekkel egyesitem, a felhajtott csont- és lágyrészlehenyt a helyére visszahajtom és egynéhány elcsúsztatott varrattal ott fixálom és a sebet két draincső alkalmazása mellett bevarrom. A sebgyógyulás zavartalan volt, 8. napra eltávolítottam a fonalakat és a draincsöveket.

A műtét tehát beigazolta diagnosztikus helyességét. A gerincvelőnek 8. nyaki és 1. háti segmentuma volt legerősebben összenyomva, míg a 7. nyaki segmentum már alig szenvedett nyomást, bár a daganat (lásd az ábrát) ezen magasságig ért, mivel a daganatnak keskeny és vékony vége feküdt ezen segmentumon. Ezen csekély nyomásnak következménye lehetett a jobb tricepsreflex gyengesége. A 2. háti segmentumra pedig már nem terjedt rá a daganat. A magassági diagnosztikán kívül beigazolódtott azon felvételünk is, hogy a daganat erősebben nyomja össze a gerincvelő jobb felét.



A diagnosis megbeszélésekor említettem, hogy ellentétben van a jobb karon kezdődő tünetekkel az, hogy nem a jobb, hanem a bal alsó végtag lett gyenge először. A gerincvelő egyik oldalán fekvő tumor rendszeren először segmentumos, azután a sérült oldalnak megfelelő Brown-Séquard-féle tüneteket és végül paraplegiát okoz. Azt hiszem, hogy esetünkben ezen különös tefolyásnak okát abban kell keresni, hogy a tumor lágy voltánál fogva igen nagyra nőhetett és a gerincvelő mögé is terjedhetett a nélkül, hogy a gerincvelő hosszú pályáinak működését zavarta volna. A tumornak a gerincvelő jobb oldalán fekvő része okozta a jobb felső végtagon levő tüneteket, de a nyomás nem volt elegendő nagy arra, hogy a gerincvelő jobb felének hosszú pályáit sértse. A tumornak azon része, mely a gerincvelő mögött feküdt, sértette először olyan nagy fokban a gerincvelőt, hogy a hosszú pályák működésében zavar állott be, azaz hogy a bal alsó végtagon paresis fejlődött ki. A daganat további növekedésével később a jobb alsó végtag is gyenge lett és paraparesis jött létre. A nagy tumor tehát kereszttezett tüneteket okozott a betegség bizonyos szakában, mivel lágyasága miatt nem mindenütt, hanem csak két helyen nyomta össze azon időben a gyökereket és a gerincvelőt annyira, hogy a működésben zavar állott be. A daganat nyomása az egyik helyre segmentumos tüneteket okozott a jobb felső végtagon, a másik helyre történő nyomás pedig baloldali velőcompressio folytán az ugyanazon oldali alsó végtagnak bénulását idézte elő.

A beteget Dollinger tanár szíves engedelméből a műtét után ismételtén megvizsgálhattam.

Április 1.-én (műtét napja) délután az alsó végtagok 60^o-ig emelhetők a vízszintes fölé. Mindkét lábon clonus és Babinski-féle tünet. Fokozott térdreflexek. A hőmérsék este 37,2, a verőerflökés 80. Állandó, igen heves fájdalom mindkét felső végtagban. A jobb triceps-inreflex nehezen váltható ki. A bal rendes.

Április 2. A hőmérsék reggel 37,8^o, este 38,2^o. Pulsus 110. Állapota olyan, mint tegnap. Érzés: az alsó végtagokon és a hason nem érzi az ecsetérintést, a felső végtagokon csak a felkarok belső felületén jelez bizonytalanul. A tü hegyét a fokától megkülönbözteti ezen területeken, de a szúrást tompábbnak érzi, mint az ép részen. A melet és hideget csak a czomboknak külső felületén nem ismeri fel néha. Vizeles mint a műtét előtt.

Április 3. A hőmérsék reggel 36,8^o este 37,6^o.

Április 4. A hőmérsék reggel 37,2^o, este 37,9^o. Karjaiban kevesebb fájdalom. Lábaik könnyebben mozgatja. A jobb láb 80^o-ig emelhető, a bal 60^o-ig. Mindkét Achilles- és patella-inreflex fokozott. Mindkét lábon clonus és Babinski-tünet. A jobb triceps-inreflex nem váltható ki, a bal gyenge. Erősebb ecsetérintést mindenütt megérez. Fájdalom-, hideg- és melegérzés mint április 2.-án. A cremaster-reflexek élénkek, az alsó hasi reflexek gyengék, a felsők hiányzanak.

Április 5. A hőmérséke reggel 36,8^o, este 38,0^o, 6.-án 37,6^o és 38,0^o, 7.-én 37,8^o és 38,6^o.

Április 8. A seb per primam gyógyult. A hőmérsék 36,6^o és 32,7^o. Reflexek mint 6.-án. A tapintásérzés javul az alsó végtagokon és hason, csak az igen finom érintést nem érzi. Mozgásérzés jó. Ezután láztalan.

Április 20. Járása javul. Fájdalma csak bal karjában van néha.

Április 28. Már csak a lábszárakon és a lábfejekon van kisfokú hypaesthesia. Subjective még más a bénult volt területek érzése. Inreflexek, hasi és cremaster-reflexek mint 4.-én. Mindkét lábon gyenge clonus és néha Babinski-tünet. Az alsó végtagok tonusa rendes. Járása tetemesen javult. Többször, rendes időközökben vizez. Fájdalma nincsen.

Május 5. Járása rendes, nem merevgörösös. Lépcsőn is bot nélkül jár. Kezei erősebbek. A jobb lábon clonus és Babinski-tünet. Baloldalt hajlító a talpreflex, clonus nincsen. Az érzésben már a lábszárakon és lábakon is alig van eltérés. Egyebütt subjective is jó. Felső és alsó hasi-, cremaster-reflexek élénkek. Inreflexek mint április 4.-én.

Május 16. A műtét óta csak csekély erővel tudja kifeszíteni jobb alkarját. A jobb m. triceps sorvadott. Az érzés jó.

A műtét után tehát gyorsan visszafejlődtek az idegrendszeri tünetek. Eleinte az érzéskénulás javult. Előbb a fájdalom-, hideg- és melegérzés tért vissza, később a tapintásérzés. Az utolsó vizsgálat alkalmával az érzésben nem volt eltérés. Lassabban javult a mozgásbénulás, de négy hét múlva már rendes az alsó végtagok tonusa és a beteg járása tetemesen javult, kezei erősödtek. Clonus és Babinski-féle tünet még van mindkét lábon. Vizelese már rendes. Öt hét múlva a beteg, a ki műtét előtt sik talajon is csak botra támaszkodva tudott járni, lépcsőn is bot nélkül jár, járása rendes, nem merevgörösös. Ekkor már csak a jobb lábon van clonus és Babinski-tünet, a bőrreflexek pedig mind visszatértek, élénkek.

Megemlítendő még, hogy a beteg a műtétet követő héten lázas volt és hogy különösen a műtét utáni első napokban igen heves fájdalom volt mindkét felső végtagjában. Ezen tüneteket megmagyarázhatná a gerinczagi burkok körülirt gyuladása. Még valószínűbb lesz ezen felvétel az által, hogy a műtét után állandóan gyenge volt a jobb m. triceps és hogy ezen izom észlelésünk végén határozottan sorvadott volt a túloldalihoz képest, inának reflexe pedig nem volt kiváltható. Valószínűtlen, hogy a műtétkor sérültek volna az ezen izomhoz haladó idegrostok, mert a daganat igen lazán függött csak össze a burkokkal és ezért igen könnyen volt eltávolítható.

Nyolcz hónappal a műtét után a beteg azt írja, hogy teljesen jól van. Jobb karja ugyan még valamivel gyengébb mint a bal, de a földműves munkát is egészen jól el tudja vele végezni.

A daganat hosszú fennállásának ellenére a gyógyulás a műtét után majdnem teljes. Kevés idegszövet pusztult csak el a daganat nyomása következtében és nagyrészt működés-zavar okozta a tüneteket, a mi a daganat igen lágy voltának és lassú növekedésének köszönhető.

Orr- és gégeorvostani közlemények.

Irta: **Ónodi A. dr.**, cz. egyetemi ny. rk. tanár.

(Folytatás.)

3. A gégebemenet érzéketlensége az alsó gégeideg hűdésekor.

A gége érzési zavarainak kóroktana még tisztázatlan kérdés és nagy vitára adott alkalmat, a nélkül, hogy a kérdés végleges megoldást nyert volna. Ismeretes a gégeidegek sérülésekor, átmetszésekor, továbbá a tabes, bulbaerparalysis, diphtheria, cholera és hysteria eseteiben a gége részleges és teljes érzéketlensége.

Traumann és Avellis eseteiben szúrás folytán metsződött át a hypoglossus és a vago-accessorius törzse, okozván a nyelvnek, a sternocleidomastoideusnak és a cucullaris izmoknak, az inyvitórlának és a hangszalagnak féloldali hűdését, a gégeinek megtartott, illetve féloldali nem zavart sensibilitása mellett. Az esetekből azon következtetés lett levonva, hogy a felső gégeideg érző rostjai sértetlenek maradtak. Avellis későbbi közlésében ezen következtetését visszavonta és mint mondja: „Zur Beantwortung der Frage nach der Verteilung der sensiblen Fasern im Larynx: 1. in wie weit der eine Lar. sup. die Gegenseite mit versorgt und 2. in wie weit der Recurrens an der sensiblen Versorgung teilnimmt, sind weitere Forschungen und Beobachtungen sehr wünschenswert, auch um fernere falsche Schlussfolgerungen aus klinischen Beobachtungen — denen ich selbst unterlag — mit besserer Einsicht zu verhüten“. Egy esetet észlelt, melyben a gége féloldali érzéketlensége kombinálva volt a hangszalag hűdéssel, ez utóbbi az alsó gégeideg körzeti hűdésén alapult és nem változott, míg a gége hemianaesthesiája suggestióval megszüntethető volt. Ezen combinatio tehát véletlen, minden okozatos összefüggés nélküli volt, de hypaesthesia maradt vissza.

Massei a baloldali alsó gégeideg hűdésekor többnyire anaesthesiát, a jobboldali hűdésekor hypaesthesiát észlelt általánosan és nem egyoldalúan. Massei az anaesthesiát majdnem állandó kísérő tünetnek tartja az alsó gégeideg hűdésekor, sőt szerinte a hűdés előtt is konstatálható. Avellis véleménye az, hogy a gége hemianaesthesiája csak hysteriánál fordul elő, egyéb idegzavarok az alsó és felső gégeidegekben teljes érzési zavarokat idézhetnek elő, de semmiesetre egyoldalú anaesthesiát.

J. Gordon Wilson azt találta, hogy az érzőidegek nagyobb részt a megfelelő oldalon ágaznak szét, de számos rost a közép-vonalat átlépi és a másik oldalra tér. Ha átmetszetik az egyik felső gégeideg, akkor az idegrostok elfajulása a másik oldalra a közép-vonalon túl követhető. Avellis ezen leletek kapcsán azt mondja: „wir müssen auch hieren eine Stütze für die Behauptung finden, dass die Annahme, jede Kehlkopfseite würde ausschliesslich von den ihr zugehörigen Nerven sensibiliert, von jetzt ab als irrthümlich aufgegeben werde“. Massei a szóban forgó érzéketlenséget a felső és alsó gégeideg között levő összeköttetések alapján egy neuritis communicans felvételével igyekszik megmagyarázni.

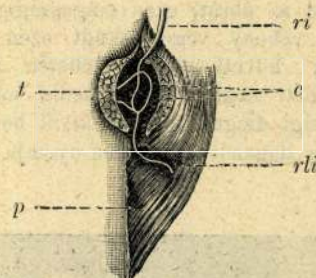
Maragliano kutyákon az alsó gégeideg törzsének nyomására a gégebemenetben érzéketlenséget észlelt.

Kuttner és Meyer az alsó gégeideg hűdésének eseteiben sohasem észlelte a gégebemenet érzéketlenségét és egy esetben a felső gégeideg átmetszésére ép alsó gégeideg mellett azon oldalon a gégeben a reflexingerlékenység megszűnt.

Hangsúlyozzák továbbá, hogy emberen eddig az alsó gégeidegekben érző idegrostok kimutathatók nem voltak. Manciola klinikai eseteivel megerősíti Massei leletét, a mely a gégebemenet érzéketlenségére vonatkozik az alsó gégeideg hűdésekor. Kutyákon kísérletileg is meggyőződött e tényről, az alsó gégeideg átmetszése vagy összenyomtatása után 5—15 nappal a gégebemenetet érzéketlennek találta és ezen jelenséget a ganglion plexiformehez felszálló és a felső gégeidegekben leszálló neuritissal magyarázza.

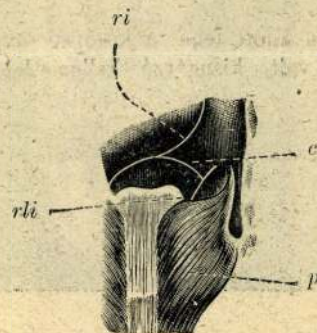
Klinikai észleleteinkben sohasem volt alkalmunk meggyőződni az alsó gégeideg környéki része nyomás okozta hűdéseinek eseteiben a gégebemenet érzéketlenségéről. Sokszor mutattuk be hallgatóinknak éppen az ellenkezőjét, különösen a baloldali alsó gégeideg nyomási hűdésének eseteiben, midőn Massei szerint a gégebemenet teljes érzéketlensége van jelen. De van egy észleletünk, mely öngyilkossági kísérletre vonatkozik, midőn a gége és a szakcsont között úgy a középső, mint az oldalsó ligamentum hyo-

thyreoidium teljesen át volt metszve, közvetlenül a pajzsporcok felső szélének magasságában a gége szabadon volt áttekinthető és a felső gégeideg belső ágai a metszés vonalába estek. A beteg, a ki teljesen meggyógyult, a canule-on át vezetett szonda a subglottikus terület érintésekor köhögést vált ki és a beteg érzi az érintést, éppen úgy a supraglottikus területen is. Az epiglottis és a kannaporcok érintését a beteg, bár gyengébben, érzi. Klinikai észleleteink összhangzásban állanak régebbi megfigyeléseinkkel, melyek szerint a géget az érző rostok kereszteződésük folytán kettősen idegezik be. Mandelstamm tergerimalacson észlelte, hogy a hátulsó gégefalon átlépik egyes rostok a közép-vonalat a nyálkahártyában. Weinzeig emberen látta göröcső alatt a rostok kereszteződését a közép-vonalban és a nyálkahártyának beidegzését úgy a felső, mint az alsó gégeideg részéről. A mi észleleteink emberen mutatták, hogy a haránt kannaizom területében számos összeköttetés létezik a felső gégeideg belső ága és az alsó gégeideg ezen izom-ága között. A 2. ábra mutatja az összeköttetést (c) a felső gégeideg belső ága (ri) és az alsó gégeideg ága (rli) között.



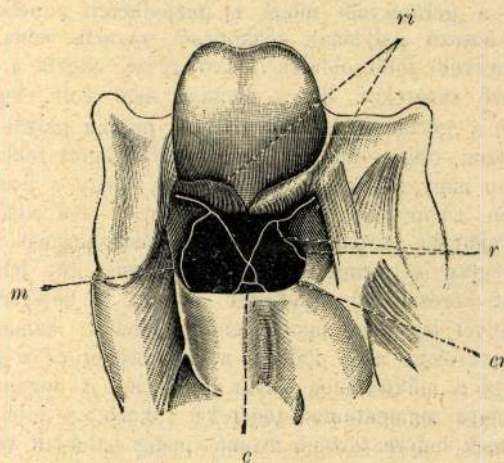
2. ábra. Ember. ri a felső gégeideg belső ága, rli az alsó gégeideg ága, c összeköttetés a felső és alsó gégeideg között, t musculus arytaenoideus transversus, p musculus cricoarytaenoideus posticus.

A harmadik ábra szintén mutatja a gége nyálkahártyájában ezen összeköttetést (c) a felső (ri) és az alsó gégeideg (rli) között.



3. ábra. Ember. ri a felső gégeideg nyálkahártya ága, p musculus cricoarytaenoideus posticus, c összeköttetés a felső és alsó gégeideg ágai között, rli az alsó gégeideg ága.

A negyedik ábra a gége nyálkahártyájában mutatja, hogy a felső gégeideg belső ágának kötegei a közép-vonalat átlépik és a kereszteződés után újból összekötődnek.



4. ábra. Ember. ri a felső gégeideg belső ágának kötegei, r nyálkahártya-ideg, m nyálkahártya, cr a nyálkahártyaágak kereszteződése, c a kereszteződött kötegek összeköttetése.

Ezen az emberen fennálló és általam bonczolástaniilag kimutatott tényeket összehasonlítva bonczolástani tények phylogenetikai megvilágításban mutatják be. Ugyanis az alsóbb rendű állatokban az azonoldali alsó és felső gégeidegek egymással, valamint az ellenoldali idegtörzsekkel is összefüggnek és a kettős beidegzés képét adják. Ezen morphologiai tények alapján tehát nem feltűnő az emberen megállapított keresztezett és kettős érző gégebeidegzés. Az érző idegrostok lefutásának és eredetének finomabb viszonyait tisztázni még további kutatásoknak van fenntartva, de ezen tények is megadják bonczolástani alapon is a magyarázatát azon klinikai észleléseinknek, melyek szerint az alsó gégeideget ért sérülés és nyomás a gégebemenet érzéstelenségét nem vonja maga után és így a Massei által felállított tételt a mondottak alapján el kell ejtenünk.

4. A homloküreg megnyitása, a szemgödörfeletti ideg neurectomiája.

Ismeretes, hogy egyes esetekben a homloküreg megbetegedésének tünetei állanak fenn és a műteti beavatkozás a homloküreget épnek találja. Megesett az is, mint a közlések mutatják, hogy meg lettek nyitva a vélt beteg homloküregek és a műtétkor kitűnt, hogy homloküreg egyáltalán nem volt jelen és a koponya-üreg lett megnyitva. A csalódást okozhatják a fennálló nagy fejfájások és neuralgiák, melyeket egyebek közt a szemgödörfeletti ideg is okozhat a homloküreg ép volta mellett; a középső orrjáratban geny jelenléte, mely azonban nem a homloküregből, hanem a rostasejtekből vagy a Highmor-üregből származik; a homloküreg területének fájdalmassága és nyomási érzékenysége, mely azonban nem az ép homloküreggel függ össze; és végül a villamos és a radiographikus homloküreglelet, mely kóros homloküreg mellett szól, pedig a homloküreg ép vagy éppen hiányzik. Egynéhány nagyon tanulságos eset lett közzétéve, melyet két idevonatkozó észleletünkkel kiegészítünk, melyek a homloküregnek próbamegnyitására vonatkoznak. Mindkét esetben a homloküreg jelenlétét a Röntgen-lemez mutatta, csak hogy az egyik esetben kóros homloküreget, a másik esetben pedig ép homloküreget találtunk.

Az egyik esetünkben, B. M., 17 éves leányban baloldali idült Highmor-üreggyenyedés állott fenn, a középső orrjáratban geny volt látható, genyfolyása volt, kisugárzó kellemetlensége a felső fogorban, ehhez társultak a baloldali homloktáji szorítózkodó fokozódó fejfájások, a homloküreg területének elülső és alsó falának nyomási érzékenysége és fájdalmassága és a szemgödörfeletti idegtörzs nyomási fájdalmassága. A Highmor-üreg villamos átvilágítására a baloldali üreg sötét és a baloldali subjectiv fényérzés hiányzik, a homloküreg villamos átvilágításra baloldalt sötét. Ezen tünetek alapján felvettük a baloldali Highmor-üreg és a bal homloküreg megbetegedését. Endonasális kezeléssel, a Highmor-üreg megnyitásával az alsó orrjáratban és az üreg kiöblítésével szépen javult a bal Highmor-üreg, úgy hogy a Röntgen-képen a két Highmor-üreg között alig volt már valami különbség látható; azonban a homloküreg baloldalt a Röntgen-lemezen kifejezett elfátyolozottságot mutatott és e mellett a fejfájások, a homloktáji fájdalmak és a nyomási érzékenység fokozódtak. Ezen okból elhatároztuk a baloldali homloküreg próbamegnyitását és megbetegedése esetén gyökeres kitakarítását, ellenkező esetben a szemgödörfeletti idegnek neurectomiáját. Altatás mellett a homloküreget megnyitottuk és meglepetésünkre épnek találtuk, a próbamegnyitás után a szemgödörfeletti ideg törzsét kihúztuk és eltávolítottuk néhány centiméternyi hosszúságban. A csonthátyát, a bőrsbet összevarrtuk. A beteg fejfájásai megszűntek; további észleléstünk alatt áll.

Ezen esetben nagy valószínűséggel lehetett a homloküreg megbetegedésére gondolni, melyet nagyon támogatni látszott a Röntgen-felvétel. De ez esetben is, mint a néhány közölt esetben kiderült, hogy a Röntgen-lelet nem bír abszolút értékkel a homloküregbántalom körjelzését illetőleg. A lemezen az elfátyolozottság, mely határozottan volt látható, a homloküreg elülső falának vastagabb voltával magyarázható meg.

Második észleletünk H. M., 28 éves nőbetegre vonatkozik, kin a heveny homloküreggyulladás minden klinikai tünete megvolt, fejfájás, homloktáji fájdalom, a homloküreg elülső alsó falának nyomási érzékenysége, genyfolyás, a középső orrjárat legelülsőbb részén eltörölhető és rá nyomban jelentkező geny és azonfelül villamos átvilágításkor elsötétedés. A betegben a középső orrkagyló resectióját végeztem és a homloküreg kiöblí-

tését, ezen endonasális kezelésre a beteg jobban lett. Két hó múlva erős fejfájással jelentkezett, geny az orrúrból konstátálható nem volt, villamos átvilágítással tiszta volt a homloküreg, éppen úgy a Röntgen-felvétel is a homloküreg épsége mellett szólt. A beteg az új szt. János-kórházba vettette fel magát, a hol Manninger Vilmos a szemgödör feletti ideg neurectomiáját végezte, de ugyanekkor a homloküreg próbamegnyitását is eszközölte, mely megerősítette a Röntgen-felvétel leletét; a homloküreg ép volt és az általunk kezelt heveny homloküreggyulladás jól folyt le, minden elváltozás nyoma nélkül. A két eset tanulságos, és míg egyrészt a Röntgen-lelet értékét a körjelzésben csökkent, másrészt kétes vagy valószínű esetekben is a homloküreg próbamegnyitása mellett szól. Ez utóbbi esetben a talált lelet irányítja az eljárást, akár a neurectomia, akár a gyökeres homloküregfeltárás tekintetében. Ha a próbamegnyitás negatív, akkor a szemöldök ivén át vezetett metszés, valamint a homloküreg elülső falának eltávolított részlete kozmetikai szempontból nem okoz zavart. Az 5. ábra érzékíti a baloldali homloküreg elfátyolozottságát a Röntgen-felvételen. A különbség a két homloküreg között jól kivehető.



5. ábra. Röntgen-felvétel természetes nagyságban.

(Vége következik.)

Az ép és a beteg labyrinthus functio-vizsgálatának mai állása.

Irta: **Udvarhelyi Károly** dr., műtő főorvos.

(Folytatás.)

I. A statikus labyrinthus s főleg az ívjáratok izgalmaiból származó tünetek.

Mint láttuk, az ívjáratokban levő endolympha mozgása a cupulára, innen az ampullák idegvégződésére tétetik át. Az ilyen módon keletkezett ideginger a megindítója az agyvelő-központokban a szemek mozgását okozó impulsusnak. Ezen szemmozgások a rendes körülmények között előjövő kisebb fokú ingerekre lassan és alig észrevehetően nyilvánulnak, ha azonban az ívjáratokra erősebb ingert gyakorolunk, nystagmus áll elő. Erősebb ingert vagy azzal tudunk gyakorolni, hogy az ívjáratok endolympháját nagyobb fokú mozgásba hozzuk, vagy azzal, hogy az egész testet forgatva, hirtelen megállítjuk, a mikor a forgási utónystagmus áll elő, vagy az által, hogy az ívjárat endolymphájában lehűtéssel vagy felmelegítéssel hőmérsékülönözötet állítunk elő, a mikor is a hidegebb rész lejjebb süllyedvén, ez által folyadékáramlás áll elő, létre hozván a *kalorikus nystagmust*. Ezen módokon kívül a labyrinthus idegvégződéseit directe is izgathatjuk galvanárammal, a mikor előáll a *galvanikus nystagmus*. A nyomás vagy szívás által létrejövő nystagmusról, mely ép labyrinthus mellett nem igen fordul elő, alább lesz szó. Azon sik, a melyben az ilyen módokon előállított rythmusos nystagmusban mozog a szem, mindig megfelel azon ívjárat síkjának, a mely izgatva van. És pedig az ampullák felé mozgó endolympha éppen ellenkező irányú nystagmust vált ki,

mint az ampullák felől az ivjárat közepe felé mozgó endolympha. (A nystagmus iránya az, a mely irány felé a gyors tempójú rángások húzzák a szemet.) Így a vízszintes ivjárat izgatására vízszintes síkban mozog a szem, azaz *horizontális nystagmus* jelenik meg; az elülső függélyes ivjárat izgatására, mely ivjárat a frontális síkban van, a szemmozgások ezen síkban félkör alakot irnak le jobbra vagy balra; ez a *rotatorius nystagmus*. A sagittális síkban álló hátulsó függélyes ivjárat izgatására, előre és hátra nem mozoghatván a szem, csak egyvonalon fel- vagy lefelé fog mozogni, ez a *vertikális nystagmus*.

A nystagmus mindig akkor legkifejezettebb, ha a kísérleti egyén a nystagmus iránya felé néz, és leggyengébb, ha az ellenkező oldalra tekint. A kisérték horizontális nystagmust a tekintetnek valamely tárgyra való rögzítésével meg is lehet szüntetni. Ezért célszerű, hogy a horizontális nystagmus vizsgálása alkalmával a kísérleti egyén szemeire homályos, átlátszatlan szemüveget tegyünk, a melylyel a tekintet rögzítését kizárhatjuk.

A *forgási nystagmus* előállításához forgótengelylyel ellátott karosszék szükséges, a melyiknek a hátlapjához egy legalább 1 méter hosszú sima rúd van erősítve. Erre a székre ültenve a homályos szemüveggel ellátott egyént, a széket a támlányon levő rúd segítségével kézzel forgatjuk. A tapasztalás azt mutatja, hogy a 10-szeri forgatás (20—22 másodperc alatt) adja a leg-erőteljesebb szemnystagmust. Akár többször, akár kevesebbszer forgatjuk az egyént, a nystagmus tartama kevesebb lesz. A forgatás által csupán azon ivjáratokban áll be endolymphmozgás, a melyik a forgási tengelyhez nem párhuzamos síkban áll, hanem a kettő között eltérés van. Mentől nagyobb szeglet alatt tér el az ivjárat síkja a forgási tengely irányától, annál nagyobb fokban mozdul el az endolympha és így annál nagyobb fokú nystagmus áll elő az illető ivjárat síkjában. Így ha egyenes fejtartás mellett forgatjuk az egyént, akkor csak a vízszintesen álló ivjáratban támad endolymphmozgás, s ennek megfelelőleg vízszintes irányú lesz a nystagmus is, míg ezen esetben a másik két, függélyesen álló ivjáratban az endolympha mozdulatlan marad. Ilyen módon bármelyik, tetszésünktől függő ivjáratot izgathatjuk, a mennyiben a fej különböző tartása mellett más-más ivjáratban hozhatunk létre endolymphmozgást, sőt egyszerre többen is.

A forgás közben és a forgás hirtelen megszűnte után ellenkező irányú endolymphmozgás jön létre, ennek megfelelőleg a forgás alatti nystagmus is ellenkező irányú lesz, mint a forgás utáni; nekünk tulajdonképpen csak ez utóbbi hozzáférhető, azért csak ezt vizsgáljuk. Egyenes fejtartás mellett, mint láttuk, csakis a vízszintes ivjáratot izgatjuk, tehát az utónystagmus is vízszintes síkban fog mozogni, és pedig, ha jobbra történt a forgatás, balra, ha balra történt a forgatás, jobbra.

Csak kombinált számításokkal lehetne megtudni, hogy például több ivjáratnak egy időben való izgatása milyen nystagmust okoz; de erre nincs szükség, mert a nystagmus síkja mindig az lesz, a melyben a horizontális sík a corneát metszi (Bárány).

Bárány és többek szerint a forgatás által mindig azon oldali labyrinthus jön erősebb izgalomba, a mely felé a forgatás történt; ez azonban nehezen érthető meg, hogy miért, a mikor rendszeren mindegyik labyrinthus egyforma nagy kört ír le, egyforma gyorsan mozog és egyformán hirtelenül áll meg. Erre még visszatérünk.

Érdekes jelenség az, hogy azon egyéneken, kik gyakran táncolnak és táncközben jobbra forognak, a jobbraforgatás után a balfelé irányított horizontális nystagmus sokkal rövidebb ideig tart, mint a balraforgatás után a jobbfelé irányított vízszintes nystagmus, a nélkül, hogy a labyrinthusoknak valami baja volna. Ezt a *megszokás* teszi. Ezen egyének ilyen forgatás után szédülni sem szoktak. Így látunk ballerínákat, kik 20—25-ször is megfordulnak saját hossz tengelyük körül; látunk tornászokat, a kik a nyújtón mindenféle fejtartás mellett forognak, a nélkül, hogy szédülnének. Viszont a neurastheniások, hysteriások és általában a fokozott ideg ingerlékenységben szenvedőkön a kiváltott nystagmus és az azt kísérő szédülés sokkal kifejezettebb.

Normális körülmények között a forgási horizontális utónystagmus átlagosan 58—59 másodpercig tart, míg a forgás utáni rotatorius nystagmus tartama 22—24 másodperc; és pedig a jobbraforgatás után balra irányuló nystagmus mindig 1—2

másodperccel tovább tart, mint ugyanazon egyéneken a balraforgatás után jobbra irányuló.

A *kalorikus nystagmus*. Ha egyenes fejtartás mellett például a jobb fülbe egy vékony kaliberű, a hallójáratba 1—1½ cm. mélyen bedugott csövön át a test hőmérsékénél legalább 10 C°-kal alacsonyabb hőfokú, mintegy 1½ liternyi vizet fecskendezünk, akkor az elülső vertikálisan álló ivjáratban tömegmozgás fog létrejönni, még pedig oly módon, hogy a lehűtött folyadékreszecskek lefelé szállanak. Ezen ingerre balfelé irányított rotatorius nystagmus áll elő. Ha az így előhívott nystagmus tartama alatt a fejet az előbbi állásához viszonyítva 180°-nyira lehajtjuk, akkor a nystagmus iránya ellenkezővé, azaz jobbra tekintővé válik, mert a tömegmozgások ellenkező irányt vesznek, lévén az utóbbi helyzetben az elülső vertikális ivjáratnak éppen az ellenkező része a legmélyebb pont, hova a hidegebb víztömecek leszállanak. Természetes, hogy a test hőmérsékénél melegebb vízzel való befecskendezésre éppen ellenkezően fognak a viszonyok alakulni, azaz a jobb fülbe való befecskendezésre egyenes fejtartás mellett a nystagmus iránya jobbra fog tekinteni. A test hőmérsékével egyenlő hőmérsékű víz befecskendezésére pedig egyáltalán semmiféle reactio sem áll be.

A leírt kalorikus nystagmus előáll minden esetben, akár ép a dobhártya, akár nem, ha a vestibularis apparatus működésképes. Csupán akkor marad el, ha a labyrinthus lehűtését vagy felmelegítését mechanikai okok akadályozzák, például ha a hallójárat-atresia van jelen, vagy ha a hallójárat akár cholesteatoma, akár csak egyszerű fülzsír-dugasz által el van zárva, végre, ha a dobüreg nyálkahártyája heveny lobos infiltratio miatt meg van vastagodva, a mikor is a kitágult véregek melege kiegyenlíti a hőmérsékeltkülönbséget, s így a labyrinthust lehűteni nem sikerül. Azon esetben, a midőn a dobhártyán száraz perforatio van jelen, ezen kísérlet nem alkalmazandó a dobüreg esetleges inficiálásának veszélye miatt.

A kalorikus nystagmus tartama normális viszonyok között a *Kyproff* vizsgálatai szerint 2' 50"—3' 10" között váltakozik.

A *galvanikus nystagmus* állandó árammal hívhatjuk elő, és pedig úgy, hogy az egyik elektródot (mely gömbalakú és áramszakítóval van ellátva) meleg konyhasóoldatba mártva, közvetlen a fülkagyló fölé a temporális tájékra helyezzük, a másik (lapos) elektródot pedig az egyén kezébe adjuk, vagy a csuklójára erősítjük. Ezután fokozatosan emeljük az áram erejét 0-tól egészen addig, a míg megjelenik a nystagmus. Ezen pillanatban az áramot fokozatosan és lassan gyengítve megszüntetjük.

Tudjuk, hogy kathod-izgatásra katelektrotonus áll elő, a mely nemcsak az illető idegvégződésre hat izgatólag, hanem azon ideg vezetőképességét is fokozza, a mely az ingert az agyhoz viszi. Az anódra ellenkezőleg nemcsak hogy csökken azon idegvégződés ingerfelvételképessége, a melyet hatása alá helyeztünk, hanem az ingert az agyhoz továbbító ideg vezetőképessége is alászáll. Így érthető, hogy a labyrinthus részéről a szemizmokra is gyakorolt normális tonus kathodizgatásra ugyanazon az oldalon fokozódni fog és így ugyanazon oldalra irányított rotatorius nystagmus fog előállni. Az anod-elektrod alkalmazására ellenkezőleg azon az oldalon a labyrinthusnak a szemizmokra gyakorolt befolyása csökkenni fog, sőt a vestibuláris ideg vezetőképessége is alászállván, még ezen csökkent befolyás sem juthat teljesen érvényre. Természetes tehát, hogy így az ellenkező oldali labyrinthus normális befolyása jut túlsúlyra, mely a szemeket a maga oldala felé húzza, vagyis az anodhatásnak kitett labyrinthus oldalával ellenkező oldal felé irányított rotatorius nystagmus fog előállni. Tehát ha a jobb labyrinthusra a kathod-sarkot helyezzük, akkor jobbfelé irányuló, ha az anod-sarkot helyezzük rá, akkor balfelé irányuló rotatorius nystagmus fog előállni.

A *G. W. Mackenzie* tapasztalatai szerint azon áramerősség, a mely csupán a vestibuláris idegvégződéseket izgatja, 1.5—7 milliampère között váltakozik (míg magának az idegtörzsnek az izgatására 10—14 milliampère erejű áram szükséges). A közép szám 4 milliampère. Ilyen erejű áramoknál az áramnyitáshoz és az áramzáráshoz is izgató hatása van, és pedig az áramnyitási nystagmus ellenkező irányú, mint az áramzárási nystagmus.

Mackenzie szerint ép labyrinthus mellett általában a következő a viszony a galvanikus izgatásra:

Jobb oldalon: K. 4 m.a. = rot. N. → j.; K.ny.N. = K.z.N.; A. 4 m.a. = rot. N. ← b.; A.ny.N. = A.z.N.

Bal oldalon: K. 4 m.a. = rot. N. ← b.; K.ny.N. = K.z.N.; A. 4 m.a. = rot. N. → j.; A.ny.N. = A.z.N.

vagyis jobb oldalon kathodizgatásra 4 milliampère áramerősség a minimum, a mely rotatorius nystagmust okoz jobbfelé. A kathodizgatási nystagmus egyenlő erejű a kathodizgatási nystagmussal stb.

A labyrinthus-nystagmust kísérő melléktünetek.

A horizontális nystagmussal ritkábban, a rotatorius nystagmussal gyakrabban, az illető egyén izgékonyaságával arányosan, kisebb-nagyobb fokú melléktünetek járnak. Ezek közé tartoznak:

1. Az illető egyént körülvevő tárgyaknak a látszólagos forgása vagy mozgása, mely behunyt szemmel az illető egyén testének a képzelet forgásává válhat.

2. Némelyek főleg erős intenzitású nystagmus mellett úgy érzik, mintha el kellene esniük a nystagmus iránya felé. Ezen érzés csak akkor jön elő, ha a legtöbb izom el van ernyesztve, és azonnal megszűnik, ha az illető az izmait megfeszíti vagy feláll.

3. Egyensúlyzavar. Ha a kísérleti egyént a rotatorius nystagmus tartama alatt felállítjuk becsukott szemmel úgy, mint a hogy a Romberg-féle tünetet szoktuk vizsgálni, akkor az illető elesik és pedig a nystagmus irányával ellenkező oldalra, de mindig a nystagmus síkjában; tehát jobbfelé irányított nystagmusnál egyenes fejtartás mellett balra. Ha azonban a fejet 90°-nyira jobbfelé fordítjuk (a test nélkül), akkor a nystagmus hátrafelé fog irányulni, és az illető előre bukik; ha pedig a fejet balra fordítjuk, akkor hátrafelé esik. De ha a fejet 90°-nyira előre hajtjuk, akkor a nystagmus síkja egybeesvén a horizontális sikkal: nem esik el az egyén. Csak is akkor lehet tehát az ivjáratokból eredő egyensúlyzavarról beszélni, ha egyszerre jelenik meg a nystagmussal, és az egyensúlyzavar irányára a fejtartással befolyást gyakorolhatunk. A vestibuláris egyensúlyzavart főképpen az elpusztult labyrinthusú egyének tudjuk kimutatni a Mackenzie, Alexander és Stein-féle goniometerrel; erről később. Klug tanár szerint az ivjáratokból eredő egyensúlyzavar akaratlagos, és úgy áll elő, hogy a kísérleti egyén a 2. pont alatt jelzett elesési érzés ellen védekezve, az ellenkező oldalra tesz kiegyenlítő mozgást, mi által csakugyan elveszíti az egyensúlyát és elesik.

4. Nem ritkán elsötétedik a látótér, szín- és szikralátás jelentkezik.

5. A horizontális nystagmusnál ritkán, a rotatoriusnál gyakran jelentkezik hányásinger és hányás.

6. Elhalványodás, elpirulás, izzadás, szívdobogás, érverésszerűbuborítás, reszketés, a lélekzet ritkulása vagy szaporodása főképpen ideges egyénekben jelentkezik.

7. Tudommal eddig senki sem figyelt a vérnyomás magatartására. Én a nystagmus tanulmányozása közben erre is kiterjesztettem a figyelmemet. Vizsgálataimat a Riva Rocci-féle vérnyommérővel végeztem, megmérve a vérnyomást a nystagmus előidézése előtt és a nystagmus alatt. Azt tapasztaltam, hogy 20 egyénen végzett 27-szeri vizsgálat alkalmával 17-szer emelkedett a vérnyomás, 7-szer csökkent és 3-szor változatlan maradt. A pulusszám a legtöbb esetben kevesbedett.

8. A pupillák magatartását először Ostino figyelte meg, de egyrészt csak fülbetegeken, másrészt a hallási érzéssel kapcsolatban. Ő fülbetegeken, bár igen ritkán, anisokoriát (egyenlőtlen pupillát) talált, a mely esetekben a tágabb pupilla a beteg oldalon volt. Azt is tapasztalta Ostino, hogy magas (c³, c⁴) és erősen hangzó hangvillát közvetlenül az ép fül mellé tartva, oscillatorius pupillamozgás támad (hogy melyik oldalon, azt nem jelzi). Ezen tünet szerinte totalis siketségnél hiányzik, olyan siketekben azonban, kiken hallási maradvány volt még, a rendesnél élénkebben jelentkezett. A pupilláknak magatartásáról a nystagmus közben nem szól. Én a pupillákat a labyrinthus-nystagmus alatt figyeltem meg. 27-szeri vizsgálat alatt, melyet 20 egyénen végeztem, 22 esetben az egyik pupillát tágultnak észleltem, és pedig 15-ször a nystagmus iránya felőli oldalon és 7-szer a nystagmus irányával ellenkező oldalon, 5 esetben a pupillák egyenlők maradtak ugyan, de ezek közül is 2-szer mindegyik oldalon tágultak. A pupillatágulás minden esetben addig tartott, a meddig a nystagmus erőteljes volt. Ezen még folyamatban levő kísérleteimről különben bővebben fogok beszámolni.

(Vége következik.)

Közlés a szt. Rókus-kórház X. orvosi osztályáról. (Főorvos Wenhardt János egy. magántanár.)

Az extractum digitalis depuratum (digipuratum Knoll) hatása a vérkeringési rendszerre. Megjegyzések a digitalis hatásmódjáról.

Írta: Szinnyei József dr.

(Folytatás.)

10. D. P., 43 éves férfi. Három hete köhög és fullad, azóta alsó végtagjai is duzzadtak. Fekvőbeteg azelőtt sohasem volt.

Status. 1908. október 27. Csípőig terjedő oedema az alsó végtagokon, mérsékelt dyspnoé, kis cyanosis. Az alsó tüdőhatár a paravertebrális vonalban a 10. borda, a jobb bimbóvonalban a 6. borda felső szélé. Mindkét alsó lebeny felett szőresölések és gyengült légzés. Csúcs-lökés nem tapintható. Szívtompulat: 3. borda — bal szegyszél — bal bimbóvonal. A szívhangok igen gyengék. Pulsus: kicsiny, inaequalis, rhythmusos, szapora. Kartünet; az art. radialis rigid. A máj 3 harántujjal a bordaív alatt homályosan tapintható. Ascites nincsen. Vizeletben nyomokban albumen. *Diagnosis: Arteriosclerosis. Insufficientia myocardi.*

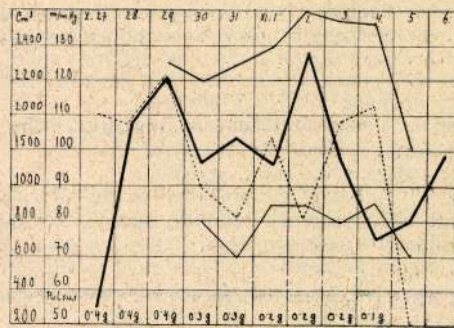
Oktober 31. Obstipatio miatt keserűvizet iszik; utána hányt.

November 1. Rossz étvágyról panaszkodik, gyomra nem fáj, nem émelyeg.

November 3. Szívtáji fájdalom fogta el; véreset köpött.

November 5. Véres köpés megszűnt, szívtáji fájdalom tart. Bradycardia. Szív változatlan.

Datum	Folyadék (cm ³)	Diuresis (cm ³)	Pulsus	Vérnyomás (mm. Hg.)	Amplitude	Dosis
X. 27.	800	300	110	—	—	4 × 0.1 digipuratum
28.	800	1600	107	—	—	4 × 0.1 „
29.	900	2200	120	125	—	4 × 0.1 „
30.	600	1300	90	80—120	40	3 × 0.1 „
31.	700	1600	82	70—125	55	3 × 0.1 „
XI. 1.	1000	1300	104	85—130	45	2 × 0.1 „
2.	900	2300	81	85—140	55	2 × 0.1 „
3.	1000	1400	108	80—137	57	2 × 0.1 „
4.	500	700	112	85—136	51	1 × 0.1 „
5.	800	800	47!	70—100	30	—
6.	900	1400	—	—	—	—



6. rajz.

A vérnyomás az első két nap technikai okokból nem volt mérhető, 1.5 gm.-ra azonban emelkedett s azután 2.5 gm.-ra a therapiás szakból hirtelen a toxikusba esett át a vérnyomás és frequentia súlyosodásával. Ekkor a diastolés nyomás is esett, de aránylag sokkal kevesebbet (15:36), mint a systolés. A diuresis a pulsus-frequentia csökkenésétől függetlenül másnapra megindult. A pulsus-frequentia teljesen szabálytalanul viselkedett.

11. P. L., 40 éves nő. Sokszor szenvedett tonsillitisben, polyarthritist nem volt. 1906 óta szívdobogást érez; ez évben dagadtak meg lábai s volt nehézlégzése első ízben; azóta többször volt incompens. stadiumban.

Status 1908 október 30.-án. A lábszárakon csekély oedema; varicositas. Inspirat. dyspnoé. Alsó tüdőhatár a paravertebrális vonalban baloldalt a 11. borda, jobboldalt a 10. borda; jobboldalt a bimbóvonalban a 6. borda felső szélé. Az alsó lebenyek felett belégzéskor kishőlyagú szőresölések, a légzés kissé érdes.

Csúcs-lökés a 6. bordaközben, közel az elülső hónaljvonalhoz, kissé diffus, de emelő. Actio szapora, igen rendetlen. Időnként surranás a szívcsúcs táján. Szívtompulat: 3. borda — jobb szegyszélet vagy

2 cm.-nyire meghaladja s kifelé a csücslökés helyéig ér. Minden ostium felett systolés zörej. Pulsatio epigastri. A pulsus kihagyó, inaequalis, arhythmias.

A beteg az ágyból felkeltében összeesett s egy ideig bal karját és lábát emelni nem tudta, de eszméletét nem veszítette el; beszélni tud.

November 1. Felemelt bal karját bírja tartani. Frémissement cataire. Diastolés zörej a csücs felett.

November 2. A szívesűcs felett systolés zörej, diastolés hang és ezt követő zörej; a többi ostium felett tiszta hangok. Bal karját teljesen felemelni nem bírja, a jobb szájjug mozgáskor elmarad.

Diagnosis: *Insufficiencia et stenosis ostii venosi sin. Myodeg. cordis.*

Datum	Folya- dék (cm ³)	Diure- sis (cm ³)	Systole	Pulsus	Vér- nyomás (mm. Hg.)	Amplitude	Dosis
X. 29.	700	400	—	—	—	—	—
30.	900	700	128	64	105	—	4 × 0.1 digipuratum
31.	300	1500	92	88	115	—	3 × 0.1 "
XI. 1.	600	800	88	81	70—95	25	3 × 0.1 "
2.	1000	1600	63	62	70—95	25	2 × 0.1 "
3.	1100	1400	84	79	80	—	2 × 0.1 "
4.	1200	1500	65	59	70—96	26	2 × 0.1 "
5.	1100	1000	66	64	70—100	30	2 × 0.1 "
6.	1200	1400	—	—	—	—	—
7.	1200	1300	—	65	75—110	35	—
8.	1200	1100	48	48	70—100	30	—

A diuresis emelkedése és a frequentia csökkenése már másnapra egyidejűleg állott be. A systolés nyomás eleinte 10 mm.-t emelkedik, majd tetemesen esik, azután újból emelkedik. Az első két nap a diastolés nyomást mérni nem lévén lehetséges, az amplituderől tiszta képet nem nyerhetünk.

12. Cs. Zs., 48 éves nő. Három hete lábait megdagadtak. Hasonló bajjal már feküdt osztályunkon.

Status 1908 november 16. Az egész test oedemás. Az arczon turgor és nagyfokú cyanosis. Ascites nincs. A máj alsó szélé homályosan a köldök magasságában tapintható.

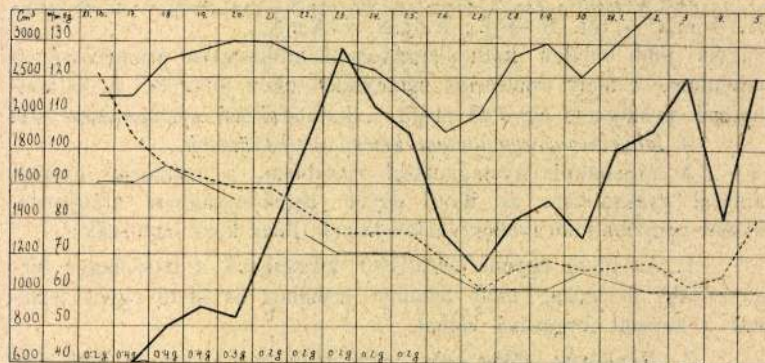
A szívesűcslökés nem tapintható. Szívtompulat: 4. borda — jobb szegyszél — bimbó és elülső hónaljvonal közt középen végződik balfelé. Minden ostium felett systolés zörej, punct. max. a csücs felett, a pulmonalis 2. hangja ékelt. A pulsus alig inaequalis, rhythmusos. Az érfal rigid. Vizeletben kevés albumen. Diagnosis: *Insufficiencia bicuspidalis. Insuff. myocardi. Arterio-sclerosis.*

November 25. Oedema nincs. A máj 3 harántujjal a bordaív alatt (bimbóvonalban). Szívesűcslökés nem tapintható, tompulat: 4. borda — jobb szegyszél — bal bimbóvonal. A szívesűcs felett systolés zörej. Csekély cyanosis. A tüdő alsó határa a paravertebrális vonalban a 12. borda felső szélénél; az alsó lebenyek felett sok ropogás.

December 4. A szívesűcslökés homályosan tapintható az 5. borda között egy harántujjal a bimbóvonalon kívül. Az aorta 2. hangja ékelt. Erős kartünet. A pulsus rhythmusos, egyenlő.

December 6. A beteg, ki subjective is oly jól volt, hogy éppen hazamenni készült, ülőhelyzetéből lefordult, eszméletét veszítette, állítólag görcsösen rángatózott s másnap reggel 1/23-ra meghalt. A sectio a diagnosist igazolta, egyéb lényeges elváltozás nem találtatott.

Datum	Folya- dék (cm ³)	Diure- sis (cm ³)	Pulsus	Vérnyomás (mm. Hg.)	Amplitude	Dosis
XI. 16.	—	—	121	90—115	25	2 × 0.1 digipuratum
17.	1000	600	104	90—115	25	4 × 0.1 "
18.	1600	800	95	95—125	30	4 × 0.1 "
19.	1500	900	—	—	—	4 × 0.1 "
20.	900	850	89	85—130	45	4 × 0.1 "
21.	1000	1300	89	130	—	3 × 0.1 "
22.	1000	1800	82	75—125	50	2 × 0.1 "
23.	1000	2900	76	70—125	55	2 × 0.1 "
24.	1200	2300	76	70—122	52	2 × 0.1 "
25.	1300	1900	76	70—115	45	2 × 0.1 "
26.	1400	1300	69	65—105	40	2 × 0.1 "
27.	1200	1100	60	60—110	50	—
28.	1300	1400	66	60—125	65	—
29.	1300	1500	68	60—130	70	—
30.	1200	1300	66	65—120	55	—
XII. 1.	1300	1800	—	—	—	—
2.	1300	1900	68	60—140!	80!	—
3.	—	2500	62	65—150!	90!	—
4.	—	1400	64	60—155!	95!	—
5.	—	2500	80	60—140!	80!	—



7. rajz.

Az actio szaporasága már fekvésre és 0.2 gm. digipuratumra másodnapra csökkent, harmadnapra pedig a pulsusfrequentia 121-ről 95-re lezuhant; a diuresis is nőtt keveset, de csak a 6. napon haladta meg a bevitt folyadék mennyiségét. A diuresis jelentékeny megindulása egybeesik az amplitude megnagyobbodásával, mely még a digipuratum elhagyása után is fokozatosan nőtt.

A systolés nyomás eleinte nő, azután 2.1 gm.-ra kezd esni s a digipuratum elhagyása után újból emelkedik, még pedig sokkal magasabbra, mint a mekkora volt a kezdeti emelkedés maximuma. A diastolés nyomás csak az 5. napon kezd csökkenni s a szer elhagyása után is állandóan alacsony maradt, még akkor is, a mikor a systolés nyomás nőtt.

13. H. J., 58 éves férfi 5—6 éve munkaközben el-elhullad, 1908 június 6-án köhög és fokozatosan nehezebben lélegzik. Eteleben fekvő beteg nem volt. Luesről nem tud. Mérsékelt potus és dohányzás. A kórházban való tartózkodása alatt dagadtak meg lábait.

Status. 1908 november 24. Lábszárok erősen oedemásak. Orthopnoë. Peripheriás erek kanyargósak. Kartünet. Tüdő alsó határa a paravertebrális vonalban a 12. borda felső szélé, a jobb bimbóvonalban a bordaív szélé. Hangos légzés, az alsó lebenyek felett sok szöresülés.

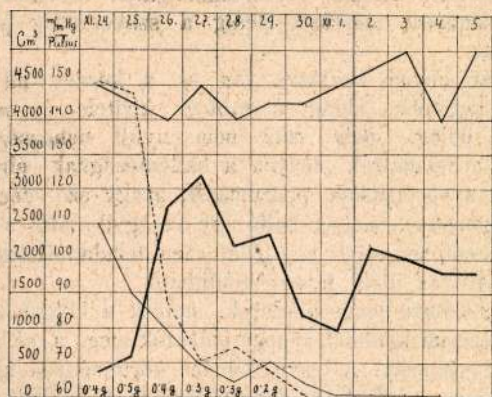
Csücslökés a 6. bordaközben, közel az elülső hónaljvonalhoz, emelő. Szívtompulat: 5. borda — bal szegyszél — csücslökés helye. (Relativ: 4. borda — jobb szegyszél — bal elülső hónaljvonal). A szívhangok tiszták (?). Frequentia 151. Pulsus celer et altus. Vizelet fajsúlya 1029, albumen nyomokban, cukor nincsen benne. A beteg sensoriuma nem tiszta; azt képzei, hogy megmérgezik.

December 4. Csücslökés a 6. bordaközben, 1 1/2 harántujjal a bimbóvonalon kívül; systolés és gyenge diastolés zörej a csücsön. A nagy erek szájadéka felett erős, rövid systolés és gyenge, fúvó, decrescendo diastolés zörej; punctum maximum a sternum közepe felett. Oedema nincs. Capillaris pulsus. A beteg teljesen nyugodt. Diagnosis: *Arteriosclerosis. Insufficiencia aortae. Emphysema pulm. Insufficiencia myocardi.*

Datum	Folya- dék (cm ³)	Diure- sis (cm ³)	Pulsus	Vér- nyomás (mm. Hg.)	Amplitude	Dosis és megjegyzés
XI. 24.	2000	400	151	110—150	40	4 × 0.1 digipuratum
25.	1500	600	148	90—145	55	5 × 0.1 "
26.	1000	2750	88	80—140	60	4 × 0.1 "
27.	1000	3200	71	70—150	80	3 × 0.1 "
28.	1500	2200	75	65—140	85	3 × 0.1 "
29.	1500	2450	68	70—145	75	3 × 0.1 digip. Keserűvíz
30.	1000	1200	62	65—145	75	2 × 0.1 digipuratum
XII. 1.	1500	1000	—	—	—	3 × 0.1 "
2.	1500	2150	54	60—155	95	keserűvíz (5 hig szék)
3.	1000	2000	57	60—160	100	—
4.	1500	1800	49	60—140	80	—
5.	—	1800	68	60—160	100	—
6.	—	1950	—	—	—	—
7.	—	2250	—	—	—	—
8.	—	1500	80	65—140	75	—

Ez esetben a diuresis a pulusszám tetemes csökkenésével egyidejűleg a 3. napon következett be s állandóan tetemes is maradt, kivéve azt az egy napot, a mikor hashajtás által sok vizet

vesztett a beteg. A systolés nyomás, míg a digipuratumot szedte, mindössze 5 mm.-nyi esést mutat, azután váltakozólag emelkedik



8. rajz.

és süllyed. A diastolés nyomás már másnapra csökkent 20 mm.-t, a 9. napra pedig elérte a süllyedés maximumát: 50 mm.-t; ily módon a kezdeti 40 mm. amplitude 100 mm.-re is felemelkedett.

(Folytatása következik.)

A budapesti kir. magy. tudomány-egyetem stomatológiai klinikája.

(Épült 1908-ban, működését megkezdte 1908 október 19.-én, az orvoskari tanártestületnek bemutatott 1909 február 14.-én.)

Valahányszor egyetemünk valamely tudományszaka új és a modern igénynek megfelelő otthont kap, nemcsak esemény számba megy az illető fakultásra nézve, de fel kell tennünk, hogy — az orvosiról lévén szó — örömmel tölti el az összes orvosokat is, a kik orvosi tanításunknak mindinkább a legmagasabb polezra való felvirágzásának egy mozzanatát pillanthatják meg az illető esetben.

A történelmi fejlődés vázolatát ezen leírás későbbi momentumának tartva fenn, legyen szabad az új klinikának leírásába közvetlenül belekezdenem. A stomatologia sajátos viszonyainál fogva inkább arra fektetem a súlyt, hogy a disciplina jelen idő szerinti tartalmának és az intézmény megalkotásában mérvadóan hatott irányeszméknek vázolatával foglalkozzam, semmint a sablon-szerű épületleírással.

A stomatologia egyik ága az orvostudománynak; tudás- és működésköre a szájüregekre terjed ki, még pedig annak összes kemény és lágyképleteire, vagyis az ajakpirtól kezdve a légyszájpadlás végéig. A szakma gyakorlati érvényesítése kiterjed minden betegségre, mely intraorális úton gyógyítható.

A stomatologia tartalma, illetőleg a szakma anyaga három osztályba tagolódik. Az első a *stomatológiai propaedeutika*; magában foglalja az összes elméleti ismereteket, melyek a szájüreggel, illetőleg ennek képleteivel közelebbi vagy távolabbi összefüggésben vannak. Idetartozik nevezetesen: az odontographia palaeontológiai, az anomáliák tana anthropológiai viszonylataival, a részletes bonczolástan klinikai vonatkozásaival, a normális és pathológiai szövettan, elméleti metallurgia, alkalmazott physika és chemia (tekintettel a tömőanyagokra stb.), műszer- és kötszerian, diaetika és hygiene.

A második osztály a *stomatológiai klinikai pathologia és therapia*. Hogy mi értendő ez alatt, az közismert, mert érvény-nyel bír minden orvosi disciplinára nézve, éppen ezért nem szorul közelebbi magyarázatra, már azon oknál fogva sem, mert a fenti definitióban már utalás történt rá. Csak a therapiát illetőleg nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a stomatologus a szájüreg területének leghivatottabb therapeutája és ennél fogva mindazon beavatkozások — legyenek azok gyógyszeresek vagy sebésziek —, melyek ezen terület határain belül esnek, az ő tudásának és kezének dominiumába tartoznak.

A harmadik osztály a *stomatológiai technika*, melyet kiegészít a gyakorlati metallurgia és az újabb időben nagy lendületet vett restauratív prothesis, mely utóbbi szükségképpen extraorális területekre lép, minthogy feladataihoz tartozik az ajak-, orr-,

sőt fülképzés is, mint nyilvánvaló bizonyítéka annak, hogy ezen különben mechanikai munkálatok végzéséhez is orvosi tudásra van szükség.

Lehetetlen volt mellőzni a fenti fejtegetéseket egyrészt a stomatologia lényegének megmagyarázására, másrészt pedig és főképpen tekintettel annak tanítására és ezen célra szolgáló épület emelésére. Ha már el van fogadva, hogy a stomatologia tanítása az orvosi tanítás keretén belül eszközözlendő, vagyis abba bekebelezettnak tekintendő, akkor valamennyi orvostanhallgatónak hozzáférhetővé kell tenni, vagyis alkalmat kell adni — történjék ez akár egyetemen, vagy pedig, miként Angliában és Amerikában, orvosképző kórházakban —, hogy ezen szakmában éppen úgy az általános gyakorlat számára, mint a szakorvosi működésre szolgáló ismereteket megszerezhessek. Ennek logikai folyamánként a tanításnak kétirányúnak kell lennie, de még tovább, magának a tanításhoz is úgy építésében, mint felszerelésében a legmesszebbmenő ily irányú követelményeknek kell megfelelnie. Mert azt a keveset, mire az általános gyakorlatra készülő orvosnak szüksége van, könnyű szerezni meg fogja találni abban a többletben, mely a leendő szakorvos kiképzésére szolgál, holott megfordítva ez lehetetlen. Tekintettel ezen szükségletre, mindazon betegségek, melyek regulárisan (tehát akár primaerek, akár secundaerek) vagy accidentálisan a szájüregben honosak, a hallgatóságnak bemutatandók.

Ennél fogva a mindennapos gingivitiseken és stomatitiseken kívül a tanítás körébe kell vonni a dermatológiai és neuropathológiai megbetegedések szájbeli tüneteit, továbbá a határterületeken előfordulókat is, hogy a szemléleti kép teljes legyen. Természetes azonban, hogy a szájsebészeti esetek túlsúlyban lesznek és tüzetes tárgyalást igényelnek. Ezen tájékoztatásra a fiatal orvosnak, illetve specialistának okvetlenül szüksége van, különben nem tud helyes diagnoszt felállítani a szájüregben; ha pedig már járatos ebben, akkor a gyógyszeres kezelésen kívül, ha kedve tartja, sebészeti műtéteket is végezhet, a mi persze attól függ, van-e az illetőnek sebészi vénája, a mi éppen nincsen mindenkinek megadva.

* * *

Ha már most áttérünk egy megfelelő tanintézet *építéséhez*, első sorban a helyiségek *háromirányú tagoltsága* mutatkozik szükségesnek, nevezetesen: a propaedeutika, a klinika és a stomatotechnika számára. A budapesti stomatológiai klinika építkezésénél ez az elv szolgált alapul és remélhetőleg a kivitel — az eddigi tapasztalatok szerint — tartósan be fog válni.

Egy másik elvből megállapítást igényelt a helyiségeknek helyes egymásmelletti és egymásutáni tervezése, még pedig ezen szempontból mérvadó nem a betegkezelés, hanem a tanítás.

Ebben a tekintetben egy főiskola tanintézete lényegesen különbözik egy „charity institution”-tól. Ez utóbbinál minden a betegkezelés kényelméhez és javához idomul, minthogy a tanítás, még kevésbé a tudományos törekvés nem integráló elvi alkotórésze az ily intézménynek.¹

Ennél fogva a *tanterem a klinika központjává* tétetett.

A közlekedésnek úgy az orvosi személyzet számára, mint az orvostanhallgatónak és a betegnek a lehető legkényelmesebbnek kell lennie. A mi épületünkben csakugyan úgy vannak a helyiségek beosztva, hogy a tanterem egyik oldalán azonnal hozzáférhető a sebészi műtőterem és a hozzátartozó mellékhelyiségek a sterilisatio, radiographia és narcosis számára, továbbá az egész ambulancia; a tulsó kisebbik oldalon pedig van a klinikai tanár szobája és a gazdag szakkönyvtár. Innét, nevezetesen az ambulantiától, három irányba terelhető az egész beteganyag: 1. a tanterembe, 2. a betegkezeléshez (mely rögtönösen elintézhető részleteiben már most a nagy ambulancia-teremben végeztetik) a második emeleten és

¹ Dispensariumok, poliklinikák és jótékonyági betegintézmények nagyon jól használhatóak gyakorlatokra és tapasztalatok szerzésére az orvosi vagy szakorvosi kiképzés után, de — véleményem szerint — alkalmatlanok mint tanintézetek, mert hiányzik nekik ebben a tekintetben a felszerelés, sőt gyakran a megfelelő tanszemélyzet is. A káros következmények csakhamar — néhány év múlva — nyilvánvalóvá lesznek, mert az ily helyen kiképzett szakorvos egyszerű empirikussá lesz, kinek nincs meg a tudományos alapja, az egyedüli mód, melyen még a gyakorlat számára is a továbbfejlődés lehetséges. Egyszerűen elveszti a talajt lábai alatt.

3. a földszinti technikai osztályba. Mindegyike ezen három osztálynak külön-külön váróteremmel bír. Azon helyiségek, melyek függelék gyanánt tekinthetők, pl. a technikai laboratórium, az alagsorban találtak elhelyezést, mely ennek megfelelően bőségesen van világossággal és levegővel ellátva. Ide tartozik a földszinten elhelyezett technikai kísérleti dolgozó, mely egyszersmind a technika tanárának szobája. Valamennyi épületrész (souterrain, földszint, első és második emelet) az orvosok használatára külön vasszerkezettű csigalépcsővel van összekötve.

Hátra van még a stomatológiai propaedeutika helyiségeinek vázolója. Ezek az épület második emeletén vannak a többi résztől üvegfalal teljesen elkülönítve. Magában foglalják a vivisectió helyiséget, a bakteriológiai és szövettani laboratóriumot 4—6 dolgozó számára és ennek szomszédságában a muzeumot odontographiai, anatómiai és pathológiai gyűjteménnyel. Középtűt bemenettel a vivisectió helyiségből van a propaedeutika tanárának tágas, barátságos szobája, a ki ilyformán a klinikától teljesen elkülönített otthonnal bír, a mint ez egy bűvált megillet.

Térbelileg elkülönítve a betegek és tanulók forgalmától kellett elhelyezni a fekvő betegek osztályát; egyrészt, hogy a kívülről szállított alimentációnak könnyen hozzáférhető legyen, másrészt pedig, hogy a szenvedő, lázas betegek nyugalmat találjanak. Ezért ezen célra a nyugalmas technikai applikáló helyiségtől oldalt eső földszinti épületszárny használtatott fel. A betegek bemutatása a hallgató-ságnak az első emeleten történik, a hová esetleg hordágyon vitetnek; ha pedig állapotuk miatt az ágyat el nem hagyhatják, akkor az orvostanhallgatók a tanár vezetése mellett csoportonként a beteg-osztályra mennek.

Felemlítendő még, hogy a klinikán folyó kutatások támogatására szolgál az udvarban elhelyezett állatpavillon, továbbá az első emeleti röntgenező helyiség, a sötétkamara és a szárazdolgozó; a két utóbbi a második emelet végében.

Némely helyiség (könyvtár, gyűjteménytár stb.) aránytalanul zsúfolt, a mit sajnálattal kell felemlíteni, mert a közoktatási kormány az épületnek udvari szárnyát a tervekben törölte.

Az épület költségei 290,000 koronára rúgnak a telek értékén kívül, melyet az egyetem több évvel ezelőtt körülbelül 100,000 koronán vásárolt. Az épület ugyanazon utcák egyikében — Máriateve — van, a hol a többi klinika pavillonjai állanak. A belső berendezés, még pedig a bútorzat 27,640 koronába került, a szak-beli felszerelés pedig 77,679 koronába, összesen tehát 105,319 koronába. Ehhez járul még a régi klinika használható felszerelése, melynek értéke 40—50,000 koronára tehető. Valamennyi kiadás összegezésével minimális számítással az egész költség tehát 535,319 koronára tehető.

Ebbe az összegbe azonban nincsenek beleértve sem a könyvtár, sem a gyűjteménytár, sem más tanszerek (mint rajzok stb.) és egyéb taneszközök, melyeknek becsértéke mintegy 22,100 korona minimumban állapítható meg. Viszonyítva mindahhoz, a mi a klinikán és klinikában megvan, a végösszeget aránylag szerénynek kell mondani és csak nagyon gazdaságos körülmények eredmények tekinteni.¹

* * *

A tanítás kérdéséről már a bevezetésben megemlékeztünk, de érdemes erre tüzetesen visszatérni annál is inkább, mert a nézetek ezt illetőleg lényegesen eltérnek egymástól. A college rendszer mintája egyáltalán nem jöhetett szóba, tekintve a mi teljesen elütő viszonyainkat úgy a tanuló-ság, mint a tanítószemélyzet értelmében és egyáltalán az egyetemi, illetve orvosi oktatás szempontjából. Midőn a ministerium 1889-ben ezt a tanügyi kérdést felvetette és a budapesti orvosi fakultást felszólította ily irányú előterjesztés megtételére, a fogászat akkori magántanárai, *Iszlay dr.* és *Árkövy dr.* közösen dolgoztak ki egy tanítási tervet.

Ebben ők egyértelműleg a tananyagának propaedeutikára, klinikai részre és stomatotechnikára való megosztását javasolták, a mihez úgy a fakultás, valamint 1890-ben a minister is hozzájárult. A tananyagának ezen következetes és most már egész terjedelmében megvalósított hármas felosztása tehát ezen időponttól

datálódik. Ezen rendeletben (1890 január 29.) a tanításnak két-irányú fogantatása kívántatik, még pedig egyrészt az általános orvosi gyakorlatra készülő orvostanhallgatók számára szükséges ismeretek előadása, másrészt pedig a szakorvosok kiképzése és nevelése által.

Ha már elvben tisztázva van az a kérdés, mi tartozik a szakképzés keretébe, akkor a tanterv kivitele és megvalósítása másodrangú dolog, mely már nem nyújt nehézséget. Itt szó lehet vagy a feladatról, melyet a hallgató-ságnak elvégezni kell, kiváltképpen a specialisták penzumáról, avagy szó lehet azon idő-tartamról (semester), melyen belül úgy az egyik, mint a másik penzum elvégezhető, és végül szó lehet ezen feladatteljesítés igazolási alakjáról, mely az illető javára kiállítható.

Ezek azonban olyan kérdések, melyek a különböző országok sajátosságai szerint különféleképpen oldhatók meg, a nélkül, hogy az elvi lényegét érintenék. A lényeg minden körülmények között abban áll: az általános gyakorlatra készülő orvosnak gyakorlata számára annyi szakismeretet adni útjára, a mennyire éppen szüksége lehet; a szakorvosnak pedig a szakma mindhárom részéből teljes elméleti és gyakorlati tanítást nyújtani akként, hogy nemcsak önálló cselekvésre, hanem a szaktudományának továbbfejlesztésére is képesítve legyen.

Ezen eszmék szerint történt a stomatológiai klinika építése és a szaktanítás szervezése, melynek keresztülvitele, vagyis átültetése a valóságba, a most már teljes felszerelés mellett és térbelileg a kor színvonalának megfelelő keretben 1908 október hava óta folyik.

A szakoktatás terve és menete röviden a következőkben foglalható össze.

Előadások: Hétfő 5—7-ig este poliklinika = stomatológiai klinikai pathologia és foghúzási gyakorlatok a hallgató-ság számára, előbb phantomon, azután betegeken.

Kedd 5—7-ig este stomatológiai propaedeutika; 7—8-ig idevonatkozó bemutatások (mikroszkop, projectio, készítmények).

Csütörtök 5—7-ig este stomatológiai műtét phantomon és betegeken.

A keddi és csütörtöki előadás leendő szakorvosok igényeit szolgálja, a hétfői pedig az orvosnövendékek nagyobb hallgató-ságának való.

Szerda és péntek 5—7-ig este odontotechnika és metallurgia, továbbá restauratív prothesisek. Ezen előadások is szakorvosok számára valók.¹

Az általános orvosi gyakorlatra törekvő hallgató-ságnak még egy további alkalom van adva a foghúzási gyakorlat elsajátítására, a mennyiben *Szabó József dr.* egyet. m.-tanár

szombat 5—7-ig este tart nekik előadást „válogatott fejezetek a stomatológiából” ezimen, összekötve foghúzási gyakorlatokkal phantomon és betegeken.

Ezen előadási órákon kívül az összes idevágó betegkezelések a hivatalos tanszemélyzet felügyelete alatt a stomatológiai pályára készülő növendékek által végeztenek gyakorlatok alakjában.

Gyakorlatok: 1. a beteganyagon naponta d. e. 8—12-ig és 4—8-ig este az összes műteti helyiségekben;

2. a technikai laboratóriumban ugyanazon órákban az idő és alkalom szabad választásával;

3. a technikai applicatióban;

4. a stomatológiai propaedeutika laboratóriumban (vivisectio, histologia, bakteriologia) korlátlan óraszámban.

Az orvostanhallgatók felügyelet és vezetés mellett csupán foghúzási és kötözési gyakorlatokban vehetnek részt, a betegek kezelése a kész orvosoknak van — felelősség terhe mellett — fentartva; csak nagyon ügyes szigorlókkal lehet néha kivételt tenni.

A betegkezelésre szolgáló műtőszékek száma a kiképzést váró szakorvosok szerint lön megállapítva, és minthogy eddigi tapasztalat szerint az országnak tényleges és komoly szükséglete évi 8—12 stomatologusra tehető, ennek megfelelően 12 szék lett felállítva; de a jövő fejlődésre való tekintettel helyről és felszerelésről gondoskodva van még további 6 szék számára. Minden növendék egy széket kap, és ha történetesen egyszer több növendék volna, mint szék, akkor két növendéknek kell felváltva dolgoznia egy széken.

¹ Az építés tervezésében, valamint a szakberendezés összeállításában közreműködtek: *Hattyasy dr.* egyet. m.-tanár, *Szabó dr.* egyet. m.-tanár, *Walheim dr.*, *Salamon dr.* és *Sturm dr.* tanársegédek.

¹ Természetesen az egyetemeken divó tanszabadság teljes fentartása mellett.

Az ambulatorium és a technikai applicatio külön székekkel rendelkezik, hasonlóképpen a műtő- és tanterem. Az összes székek száma ennél fogva 27, közöttük egy Partsch-féle műtőasztal Haertel-től Breslauban és a tanteremben egy eredeti Ritter Columbia-szék.

Mindenféle készülék, fűrógép és nagyon bőséges instrumentarium áll a betegkezelés rendelkezésére. A technikai laboratoriumban 18 munkahely van, azonkívül mindenféle készülék, valamint metallurgikus és vegyi fűlkék.

Árkövy József dr.

ny. rk. tanár, klinikai igazgató.

(Vége következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Prof. H. Eichhorst: Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg.

Az imént megjelent negyedik kötet, a mely a mellékvesék, a vér és az anyagcsere bajait, valamint a fertőzőbetegségeket tárgyalja, teljessé vált Eichhorst zürichi tanár belorvostani kézikönyvének 6. kiadása.

Tulajdonképpen felesleges is írni oly munkáról, a mely már ennyire elterjedt s már elterjedtségével is bizonyítja jóra való sajátosságait. A mikor röviden mégis szólnunk az új kiadás előző kötetének megjelenésekor a munkáról, s most, befejeződése alkalmával is megemlékezünk róla: csak azért tesszük, hogy felhívjuk rá azoknak a figyelmét, a kik talán még nem ismerik ezt a kiváló munkát.

Eichhorst belorvostana sikerének titka egyfelől abban rejlik, hogy egységes és e mellett a legkisebb részletekre is kiterjeszkedő; de mellőzve vannak a túlságos elméleti fejtegetések és vörös fonalként húzódik át az egészen a gyakorlati élet követelményeinek a legnagyobb mértékben szemmel tartása. A részletek tekintetében annyira kimerítő ez a munka, hogy a nagyobb belorvostani gyűjtőmunkákat is pótolhatja. Természetesen a részletekre nagyon is kiterjeszkedés némi hátránnyal jár, a mennyiben a kezdőt a sok részlet kissé zavarhatja a lényeges dolgoknak kellő észreveszésében és értékelésében. Az újabb kiadások azonban ez irányban is tetemes javulást tüntetnek fel, úgy hogy a régebbi kiadásokra vonatkozó az a nézete sokaknak, hogy e munka kimerítő volta miatt az előhaladottnak nélkülözhetlen ugyan, a kezdőnek azonban a lényeges dolgoknak és a kevésbé fontos részleteknek nem eléggé élesen különválasztása miatt kevésbé ajánlható: erre az új kiadásra már alig vonatkoztatható.

De van egy más körülmény is, a mely Eichhorst munkájának a nagy elterjedést biztosította, és ez a therapiának kimerítő tárgyalása. Alig van másik belorvostani tan- vagy kézikönyv, legalább a nekünk könnyebben hozzáférhető német orvosi irodalomban, a mely a gyógyításra vonatkozó részekre oly nagy súlyt vetne, mint éppen ez a munka.

Azt hisszük, ez a rövid utalás elég arra, hogy a mi orvosaink körében is újabb híveket szerezzen magának az orvosi tudás terjesztésében már is oly nagy sikert kivívott munka. Csak azt akarjuk még jelezni, hogy a számos ábrával diszitett és egyébként is kifogástalan kiállítású négy hatalmas kötet ára fűzve 84 K.

Lapszemle.

Belorvostan.

A tüdők vizsgálatáról csúshurut esetén értekezik G. Richter. A tüdőcsúshurut kezdődő szakának körjelzésében az újabb vizsgáló eljárások mellett is még mindig a pontos anatómiai és élettani tudáson alapuló fizikai vizsgáló módszerre — a kopogtatásra és hallgatódzásra — vagyunk utalva. Betegünket legezélszerűbben ülő helyzetben vizsgáljuk s a kalapács-plessimeter percussio helyett az ujjal való lehetőleg halk kopogtatási methodust használjuk. A szerző szerint is Krönig felfogása értelmében a csúshurut kezdődő szakának felismerésében nagyobb jelentősége van a

kopogtatási eltérésnek, mint a hallgatódzaskor észlelhetőnek. Fontos a jobb- és baloldali teljes éles, nem dobos hangot adó kopogtatási területek, tüdőhatárok kopogtatás által nyert projectióinak feltüntetése és egymással való összehasonlítása (Krönig). Halk kopogtatással igen könnyen meg fogjuk találni e terület mediális határvonalát, már ennél jóval nehezebb, főképpen hátul, a laterális tüdőhatár kikopogtatása, de némi gyakorlat mellett, ujjunkat a mellkas falához erősen odaszorítva, ez is sikerül. A csúshurut kezdő szakában a határvonalak elmosódottá lesznek; a kóros folyamat előrehaladtával s ennek megfelelőleg a légtartalmú tüdőszövet fogyásával a kóros gócz helyzetének megfelelően laterális vagy mediális irányban keskenyebb lesz a kopogtatással meghatározható tüdőzóna; e szakban rendszerint már hallgatódzaskor is kimutatható az eltérés. Nagyon fontos az alsó tüdőhatárok pontos megállapítása is: Krönig szerint ugyanis az egyik csúcs kezdődő hurutjakor a beteg oldalon kisebb a légzési excursio, sőt adott esetben teljesen meg is szűnhet. Krönig e tünetet a fali és zsigeri mellhártya összenövésével igyekszik magyarázni. Richter különben nem tartja pathognomoniának e tünetet, mert némelykor előrehaladott csúcsfolyamat mellett is hiányozhat. Egyébként minden tüdőgümőkóros esetben nagyon ajánlatos az összes tüdőhatároknak nemcsak mozgékonyaságukra, de maximális excursióképességükre való pontos vizsgálata. A mediális és hátulsó tüdőhatárra vonatkozólag megjegyzendő, hogy szemben a könyvek adataival, hogy tudniillik a XI. háti csigolya magasságában található, rendszerint a IX. háti csigolya magasságában van. Azt sem szabad felednünk, hogy kivételesen egészen ép tüdőcsúcs felett is tompultabb lehet a kopogtatási hang.

A mi a hallgatódzási eltéréseket illeti, előfordul, hogy a csúcsokra lokalizálunk oly zörejekeket, melyek nem ott, de például az izomzatban támadnak, másfelől durvább és finomabb szörtyögőzörejek, a melyek nyeléskor keletkeznek, szintén a csúcsok felett hallhatók.

Minderre való tekintettel a szerző figyelmeztet, hogy oly esetben, mikor kopogtatáskor eltérés nem mutatható ki, a csúcsok felett hallható zörejek megítélésükre igen óvatosan járjunk el. Az egyik csúcs felett hallható hurutos zörejek sem mondhatók abszolút biztonságos gümőkórra jellemzőnek: influenza után, mint nem specifikus hurut residuumát, gyakorta észlelhetni egyik tüdőcsúcs felett hurutos zörejekeket, melyek csak hetek múltával tűnnek el. Kevés hurutos zöreje könnyebben észlelhető, ha Krönig ajánlatának megfelelően az esti órákban annyi morphint vagy codeint adunk a betegnek, a mennyi a köhögési inger teljes elnyomására szükséges s reggel, mielőtt köhögött volna a beteg, vizsgáljuk; e fogással Krönig-nek gyakran oly esetekben is sikerült száraz és nedves zörejekeket hallania, a melyekben napközben a csúcsok felett semmi sem volt hallható.

Máskülönben a jobb csúcs felett minden egyéb tuberculosisra valló tünet hiányában is észlelhető a kopogtatási hang megrövidülése és a tüdőmező keskenyülése, így az orrlégzésnek hosszú ideig tartó akadályozottsága esetén, továbbá mint a tüdőcsúcs nem specifikus induratiójának következménye.

A tüdőcsúcsok *Röntgen-diagnostikája* ma még csak másodlagos jelentőségű; ez jól érthető, ha meggondoljuk, hogy a tüdő röntgenogrammjának legárnyékoltabb része éppen a csúcs, s hogy azon apró góczok, melyeknek felismerését kezdődő csúcs tuberculosisban óhajtanók, még puha, succulens és árnyékot alig adó beszűrődések. Hasznát a Röntgen-átvilágításnak inkább a megnagyobbodott hörgőmirigyek felismerésében és idősebb, már elmeszesedett vagy a mélyben fekvő tuberculosis-góczok kimutatásában vehetjük. (Deutsche med. Wochenschrift, 1909. 8. és 9. sz.)

Halász Aladár dr.

Idegkórtan.

Az agyvérzés seborkvosi kezeléséről megjelent észleleteket foglalja össze Lhermitte. Az agyvelővérzés kezelésében az volna a feladat, hogy a szívet megnyugtassuk, hogy a vérnek a fejbe való toلولását megakadályozzuk és hogy a vérzést megállítsuk. Mindez elég nehezen sikerül. Az érvágás e javulatokból azelőtt majdnem kötelező volt. Ma ez a nézet már vitás. Sőt úgy látszik, hogy ezen régóta gyakorolt eljárás nemcsak hogy nem szünteti meg a vértörődést, hanem egyes esetekben súlyosbítja a bajt. Tehát a

„várakozó” kezelésre vagyunk utalva, a beleket kiürítjük, a bőrt ápoljuk stb.

Van e mellett a tétlenségre kárhóztató kezelésmód mellett újabb eljárás is, a mely talán hatásosabb lehet. Ez a sebészi eljárás, a melynek célja, hogy trepanatio után a véralvadékok kiürítsük, ha a vérzés már megtörtént, vagy megállítsuk a vérzést a carotis összenyomásával, ha még nem szűnt meg.

A carotisösszenyomást *Spencer* és *Horsley* ajánlja. Kísérleti adatok mellett szólunk. E szerzők majmokon bebizonyították, hogy a carotis összenyomása a középső verőérben, a melynek ágai szoktak leginkább vérezni, megszünteti a vérkeringést. Bemetszették az insula és capsula interna vidékét és azt látták, hogy az így támadó vérzés igen gyorsan megszűnik a carotis összenyomásakor vagy lekötésekor. Így volna ez bizonyára az aproplexiában is, csak hogy az orvos nem szokott éppen az ictus pillanatában ott lenni, később pedig, ha a vérzés már megtörtént, a dolognak úgy sincs célja.

Ilyen esetekre találták ki *Halsted* és *Cushing* amerikai orvosok a vérzéses göcz kiürítését. Betegüket eszméletlenül találták az utcán jobboldali petyhüdt hemiplegiával, Cheyne Stokes-lélegzéssel, 50 érelökessel percenként és fokozott vérnyomással. Temporo-parietális lebenyen hatoltak be, nagy ablakot készítve minden érzéstelenítés nélkül, a mennyiben a beteg ügyis mozdulatlanul feküdt. Az agyvelő cyanosisban volt, a kékereket a vér kifeszítette. A kutató trocar a Rolando-barázda mögött 4 cm. mélységben ráakadt a vérző göczra, a melyből egynehány csepp vér ürült ki. A trocar mellett behatoltak késnyéllel és kiürítették a véralvadékokat és ott levő vért. A vérnyomás 30-ról 23-ra szállt erre hirtelen alá, a nélkül, hogy az érverésen bármi észlelhető lett volna. Másnapra a stupor engedett és a beteg táplálkozott, a légzés javult, és a vérnyomás rendes volt. Egynehány mozgás sikerült és a conjugált deviatio megszűnt. Három nap múlva tüdőbeli tünetek közt a beteg meghalt. A boncolás mutatta, hogy a lenesemag elpusztult. A pusztulás helyén sem vér, sem véralvadék nem volt található. *Osler* baltimorei professor hasonló módon járt el egy esetben. Ezek a sebészeti eljárások sikertelenségük ellenére mutatják, hogy a vér kiüríthető az agyvelőből. Az amerikai orvosok kísérletezése sikerebb folytatóra akadt *Russel* és *Sargent* angol sebörvosokban, a kik hasonló eljárással czélt értek.

Russel és *Sargent* cloroform-narcosisban dolgoztak. A feszes dura mater bemetszése után a trocar a parietalis ascendens-lebenyen keresztül 6 cm. mélyre hatolt, a hol csökkent ellenállású területbe fúródott, a honnét egynehány csepp sötét vér folyt. A bemetszés diónagy göczra bukkant, a melyből a véralvadékok kiszedték. Itt is hirtelen szállott alá a műtét után a vérnyomás, a nélkül, hogy az érverés megváltozott volna. Négy nap múlva a beteg visszanyerte eszméletét, de aphasiás volt. A hemiplegia és aphasia csak 9 hónap után jött nagyjában rendbe. Hasonló esetet azóta *Hervis* közölt, a mely gyorsabban gyógyult.

Ezen kísérletek eredményeivel kecségetnek. Ezért fel kell vetni a kérdést, hogy mily esetben történjék sebörvosi beavatkozás apoplexiában. Az érrepedés és vérömlés nem mindig egyenlően súlyos jelenség. Így például öreg embereken, mint *P. Marie* kimutatta, a vérzés igen csekély, mondhatni miliáris és a javulás gyors szokott lenni. Itt nincs célja a műtétnek. Másrészt a Bright-kórosokon a vérzés igen nagy szokott lenni, betör az agykamarákba, nagy roncsolást okoz és a halál gyorsan beáll. Ilyenkor sincs célja a műtétnek. Ugyanez áll a nyúltvelő, a hid, és a pedunculus vérzéseire is. Célyszerű lehetne a műtét olyankor, a mikor a bénulás csak az egyik oldalra szorítkozik, mély coma van jelen és javulás nem jelentkezik. E tünetekből azt lehet következtetni, hogy a vérzés nem hatolt a kamarákba és hogy a koponyafüri nyomás nagy. Ez a nyomásfokozódás, a mely egymagában is halálos lehet, adja a trepanationnak igazi jávalatát. *P. Marie* kimutatta, hogy a nagy vérzések, a melyek a szürke magvakban székelenek, a kisagyvelőt eltörlő, úgyannyira, hogy az occipitalis nyílást elzárja. A bulbus így megnyomódik és vérellátása szenved. Ennek a tünete a lélegzés-zavar, a melyet az angol és amerikai szerzők találtak. És éppen ez a tünet javul hamar a beavatkozás után. A műtétnek azonban kellemetlen oldalai is vannak. Az agyvelőkéreg átmetszése olyan rostokat tesz tönkre, a melyek csupán nyomás alatt lettek volna a vérzés következtében. Ezért

csak a legsúlyosabb esetben szabad a sebörvosi beavatkozásra gondolni. A behatolás helyét leginkább a subtemporalis utat lehet választani. A mondottakból látszik, hogy az új eljárás csak kevés esetre illik. (*Semaine médicale*, 1909. 11. szám.)

Kollarits Jenő dr.

Sebészet.

A diffus sepsises peritonitis kezelésének eredményeit közli *R. H. Fowler* Abbe osztályáról. Érdekes eredményeinek egybevetése a technika és az utókezelés egyes változataival, a mit a következő táblázat illusztrál:

Év	Operált			Irrigált		Nem irrigált		Ülőhelyzet		Nem ülőhelyzet		Entero-stomia		Halálozás
	szám	†	%	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	
1898	4	4	100	4	4	0	0	0	0	4	4	0	0	93.3%
1899	11	10	91	8	7	3	3	0	0	11	10	0	0	
1900	8	6	75	6	4	2	2	1	1	7	5	0	0	62.90%
1901	5	2	40	4	2	1	0	1	0	4	2	2	1	
1902	2	2	100	1	1	1	1	0	0	2	2	1	1	
1903	4	4	100	2	2	2	2	4	4	0	0	0	0	
1904	10	7	70	8	6	2	1	6	3	4	4	0	0	
1905	7	4	57	4	2	3	2	5	2	2	2	0	0	
1906	7	5	71	3	2	4	3	4	2	3	3	0	0	
1907	11	4	36	10	3	1	1	11	4	0	0	1	1	
Összeg	69	48	69.5	50	33	19	15	32	16	37	32	4	3	

Tehát az irrigált esetekben 66%, a nem irrigáltakban 78.9% volt a halálozás; az ülőhelyzetben utókezelték 50%-a halt meg, míg a nem ülőhelyzetben utókezelték 81.8% halálozást mutatnak.

A technikára és utókezelésre nézve a következő conclusiókra jut:

1. a halálozás esökkenése inkább függ a beavatkozás koraiságától, mint a technika bárminő javulásától;
2. a beteget lehető korán hozzuk ülőhelyzetbe, már a peritoneum öblítése alatt is. Ezzel elkerüljük a felszívódást a diaphragma felől, míg a medence felől, melynek peritoneuma már úgy is gyuladt, a sepsises anyagok felszívódása kisebb veszedelemmel fenyeget;
3. öblítés, mely addig folytatandó, míg a peritoneális ürrészben el van zárva;
4. bő drainage;
5. konyhasós beöntések;
6. kis incisio, gyors eltávolítása a primaer göcznak; kerülni kell az evisceratiót és a legnagyobb gyengédséggel kell bánni a belekkel. (*Annals of surgery*, 1908 december.)

Appendicitis kapcsán támadt tetaniát észlelt *Ch. H. Goodrich* fiatal nőn; a tetania az acut appendicitis tünete után pár órával támadt. A gangraenás appendix eltávolítása után a tetania is rövidesen megszűnt s a beteg teljesen meggyógyult. (*Annals of surgery*, 1908 december.)

Orthopaedia.

A sebészi tuberculosis conservatív gyógyításáról kámfor-naphtol befeccskendezéssel cím alatt közli *R. R. Wreden* (Szt.-Pétervár) e szerrel elért eredményeit. A kámfor-naphtol különösen a francia sebészek, köztük *Calot*, oly jó eredménnyel használják, mint semmi más kémiai készítményt. Hatása a gümőkóros szövetre kétféle: első sorban mint bakteriumölő szer hat, második sorban activ lobos reactiót és lokális leukocytosist okoz. A befeccskendezésre váró, teaszínű folyadék 2 rész kámfort és 1 rész β -naphtolt tartalmaz, mely szer azonban, minthogy vízben oldhatatlan, a képződhető emboliák miatt veszélyessé válhat a szövetekbe fecskendezve. E hátránya miatt, *Calot* ajánlatára, az ízületbe befeccskendezésre a keverék 5—6 rész sterilizált glicerinnel készült, friss emulsió alakjában használatos, mely módon alkalmazva teljesen veszélytelen. *Wreden* 1 rész kámfor-naphtol és 2 rész glicerinn arányában szokta használni az emulsiót, melyből első alkalommal felnőtteknek 1 gm.-ot, gyermekeknek fele mennyiséget fecskendez

be. További befeeszkendezésekkor fokozatosan emeli az adagot, felnőtteken 2 gm.-ig, gyermekeken 1 gm.-ig; 5 éven aluli gyermekeknek az emulsiót a Calot-féle arányban készíti el, de azt is a fentebbi mennyiségben feeszkendezi be. Az injectio különböző hatásban nyilvánul a szerint, hogy mily célból, illetve mily sűrűn alkalmazza. Ha a gümös folyamat kezdeti szakában a beteg szövetek sclerotizálását akarja eredményezni, minden 5 napban, illetve minden héten 2 injectiót alkalmaz egészen addig, míg a folyamat megállapodik, azaz a betegség összes lokális tünetei megszűnnek, a mi rendesen 3—8 injectióra következik be. Ha 14 napi megfigyelés után a folyamat exacerbál, újabb befeeszkendező ciklust kezd. Másképen jár el, ha már előrehaladt folyamattal, fungosus sejtömegekkel áll szemben. Ilyenkor ezek széttroncsolása végett 5 napig naponként alkalmaz befeeszkendezést, a mire erősen kifejezett akut lobos reactio következik be, a gümös tömegek helyén azok széteséséből, elfolyósodásából származó tályog támad, melynek tartalma a lobos transsudatio következtében támadó vérzés miatt legtöbbször csokoládébarna. E tályog tartalmát, minthogy steril, punctio útján szívja ki. A reactiv folyamat lezajlásával az addig sűrűen ismételt punctio után nyomókörtést alkalmaz, hogy a tályog falai érintkezzenek s összetapadjanak. Ha a tályog tartalma a gümös folyamatra jellegzővé válik, a befeeszkendezéseket addig ismétli, míg az akut lobos reactio lezajlása után savós, kissé véres folyadékká válik a tályog tartalma; ekkor a hegesedés gyorsítása végett a kevésbé izgató, activ hyperaemiát okozó jodoform-befeeszkedésre tér át. E gyógyító eljárással az esetek legnagyobb részében a véres mütét elkerülhetővé válik.

Súlyedési tályogokba, minthogy azok sarjszövettel vannak bélelve, a miért is az embolia veszélye nem fenyeget, tiszta kámfor-naftol feeszkendezhető. A befeeszkendezett folyadék mennyisége legfeljebb 0.5 gm., mert a heves, nagyfokú lobos reactio a tályogot fedő bőr necrosisát okozhatja. A további kezelés megegyező a fungosus sarjakkal leirt alkalmazásmóddal. Gümös sipolyok a kámfor-naftol-befeeszkendések megkezdése előtt a mindig jelenlévő, külső infectióval bejutott pyogen-bakteriumoktól megtisztítandók. Ha a sipoly nem tiszta, a befeeszkendőzés magas lázat okoz, mert a sarjak széttroncsolásával a fertőző anyag felszívódásra jut. A fertőtlenített sipolyba eleinte gyengébb emulsiót feeszkendezünk s lehetőleg úgy zárjuk el a kötőszernel a sipoly nyílását, hogy a folyadék vissza ne ömöljön. A jelentkező lobos reactio itt is a sipolyment falainak az összetapasztója. (Zeitschr. für orth. Chirurgie, XXI. köt. 4. füzet.)

Kopits dr.

Gyermekorvostan.

A diphtheria-mérgezés ismeretéhez és kezeléséhez szolgáltat adatokat Fritz Meyer (Berlin). Céljával tűzte ki, hogy tanulmányozza a diphtheria-mérgezés tünetsoportozatát és pontosabban körülhatárolja a klinikai és bonczolástani adatok figyelembe vételével a specifikus és tüneti kezelés eredményeit. Ezen vizsgálatainak eredményét a következőkben foglalja össze:

1. A kísérleti mérgezés diphtheria-toxinallal kimutatható vérnyomáscsökkenést von maga után. Ez rendesen 24—30 órai lappangási időszak után következik be és tartósan halad előre a halál bekövetkeztéig.
2. Kellő időben alkalmazott gyógysávoval sikerül megakadályozni a diphtheria-halált megelőző vérnyomáscsökkenést, ki nem elégitő adagokkal pedig kitolni.
3. Még a legnagyobb gyógysávoadag sem tudja a már bekövetkezett vérnyomáscsökkenést megszüntetni.
4. Az egyetlen kezelésmód, a melylyel a súlyosan beteg állaton momentan eredményt érünk el: a Heidenhain-féle adrenalin-konyhasós befeeszkendezés.
5. A többszörösen halálos adag méregnek bőr alá fecskendezése után még legkésőbb 9 óra múlva, intravénás befeeszkendezése után legkésőbb 11/2 óra múlva meggyógyíthatjuk savóval az állatot.
6. A mérgezés előrehaladott szakaszaiban kis savóadagok az életet meghosszabbítják, nagyok gyógyítanak.
7. A mérgezés állapotokban a komplementtartalom kimutatható megkevesbedését vonja maga után.
8. A diphtheriatoxinnal mérgezett állat vörösvérsejteinek resis-

tenciája anisotoniás sóoldatokkal szemben jelentékenyen alászállott. (Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmacologie, 1909. 60 kötet. 208. l.)

Flesch.

Igen gyorsan beállott váratlan halál csecsemőkori eczema esetében czímmel tartott előadásukban Marfan és Jean Hallé egy tíz évvel ezelőtt megfigyelt betegükről értekeznek. Már régóta eczema seborrhoicában szenvedő 13 hónapos leánygyermek került kórházi észlelésük alá. Már behozatalának napján este lázas volt a gyermek; a láz alatt, noha a gyermek semminemű kezelésben sem részesült, az eczema visszafejlődésnek indult. Másnap a láz fokozódott, pedig sem a tüdő, sem más szerv részéről kimutatható oka a láznak nem volt. Estére az igen magas láz mellett az eczema teljesen visszafejlődött, a gyermek sápadt, görcsök jelentkeznek és pár óra múlva beáll a halál. Bonczoláskor a thymust nem találják megnagyobbodottnak, a szervek teljesen épek, csak az agy kissé bővére és kisfokú meninx-oedema van. A halál beállta után három órával a szívből vett vérről végzett anaërob- és aërob-oltások minden táptalajon negatívak maradtak. A vérkészítményeken sem lehetett semminemű bakteriumot kimutatni. A halál oka tehát teljesen rejtélyes. Hulinel hozzászólásában említi, hogy ily ok lehetne az ostipatio oldása czéljából beadott ricinus hatására beálló bélmozgás által kiváltott bélsárpangásos intoxicatio is, az előadó azonban kijelenti, hogy bélsárpangás ez esetben nem volt. (Bulletin de la Société de Pédiatrie de Paris, 1909 márczius.)

Bókay Zoltán dr.

Börkörtan.

A foglalkozásból eredő carcinomákról ír L. Zweig (Dortmund), a ki ideszámítja az úgynevezett kéményseprő-, kátrány- és paraffin-rákot. Már hosszú idő óta ismeretes, hogy olyan munkások, a kik állandóan bizonyos vegyi ingereknek vannak munkájuk közben kitéve, szemölcszerű képződményeket kaphatnak a bőrükön, a melyek idővel carcinomás jelleget ölthetnek. A szerző közleményében elsőben is a kérdés irodalmát ismerteti. Az első, a ki az efajta carcinomát ismertette, Percival Pott volt, a ki kéményseprők serotumán észlelte 1775-ben. A szerző 3 carcinomás esetet ismertet, valamennyi oly munkásokra vonatkozik, a kik kőszénbrikett-gyárban dolgoztak. Első esete 35 éves férfira vonatkozik. Ezen a betegen a folyamat még csak a kezdeti szakban volt, mert csak a szemölcsképződésig fejlődött. A beteg arcán előzetes bőrgyulladás nyomán lassanként több szemölcszerű növedék keletkezett, mely leégetésre elmúlt, de másutt ismét újra támadt. Helybeli recidiva egyik szemölcs nyomán sem támadt. Ha a munkás ilyenkor abbahagyja káros foglalkozását, teljesen meggyógyulhat, mert e szemölcsök idejekorán elpusztítva jóindulatúnak látszanak. A második esetben a munkásnak a serotumán okozott bajt a kátrány. Kisebb-nagyobb dudorok keletkeztek, a melyeknek egy része központilag már fekélyes volt. A daganatok már klinikailag is carcinomának látszóttak, a mi a szövettani vizsgálat által be is bizonyult. A szerzőnek 3. esete a legsúlyosabb, ez halálosan végződött. A rákos folyamat az arczon több gócból indult ki. A beteg ekkor a 24. évében volt. A carcinoma szemölcsökkel vette kezdetét, melyek később fekélyes daganatokká fejlődtek. A rákos elfajulás néhány év alatt annyira tovaterjedt, hogy az arc jobb fele tökéletesen elpusztult. A bonczolat belső metastasist nem derített ki. A szerzőnek ez az utolsó esete annyiban tér el a kátrány által előidézett legtöbb ráktól, hogy egyrészt igen korán okozott halált, tehát felette rosszindulatúnak bizonyult, s hogy másrészt az arcot lepte el. Ez a localisatio ugyanis rendkívül ritka. A foglalkozásból eredő carcinomák szorosabb aetiologiájára nézve Zweig analogia- és magyarázat-keppen B. Fischer-nek érdekes kísérleti vizsgálatát idézi. Ismeretes, hogy e vizsgáló a „Scharlach-Rot“ nevű festőanyagának olajos oldatát házinyulak fülébe fecskendezte. A fecskendés nyomán a hámnak igen nagyfokú atypusos burjánzása keletkezett, mely igen hasonlított a lapos hámú rákhoz, a mennyiben izolált hámgyöngyök és hámesapok is keletkeztek. Fischer véleménye szerint a burjánzásnak főoka abban rejlik, hogy a befeeszkendezett olaj oly ingert fejt ki, mely a hámra chemotaxisos hatást gyakorol. A szerző a kátrány okozta rák-eseteket is ily módon kívánja magyarázni. Szerinte a kátrány is hatalmas, a hámra nézve chemotaxisos ingert fejt ki, Fischer kísérleti eredményével szemben azzal a különbséggel, hogy

a kátrány a hám felszínén gyakorolja ezt a hatást, mert a kötőszövetbe nem is jut. A foglalkozásból eredő carcinomák aetiologiáját nagyjában ismerve, szükséges, hogy a bajt idejében elhárítsuk. A prophylaxis e téren igen sokat segíthet. Nem kell ugyanis egyéb, mint hogy egyrészt arra fogjuk a munkásokat, hogy munka után a kátrányt vagy egyéb irritáló anyagokat testükről lemossák, másrészt, hogy már az első szemlésszerű daganatok kifejlődése idején a munkást más foglalkozásra szorítsuk. (Dermatologische Zeitschrift, 1909. XVI. kötet, 2. füzet.) *Guszmán.*

Kisebb közlések az orvógyakorlatra.

A tartarus depuratusról nemrégiben említettük, hogy Eichhorst tanár nagyon jó eredményekkel használja májcirrhosis eseteiben. Ezt a tapasztalatot *Burwinkel* is megerősíti, a ki hónapokon át ad a szóban forgó betegségben naponként kávéskanálnyi cremor tartari-t. Incompensált szívbaj okozta pangásos vizenyő ellen is jó a tartarus depuratus digitalis-szal kapcsolatban. Rp. Pulv. fol. digitalis 0.1; Kalii bitartar. 1.0. F. pulvis. D. tal. dos. Nr. XX. Naponként 5 por fogyasztandó el. Különben a citromkúra is felhívja a figyelmet, a mely tapasztalása szerint néha májcirrhosis okozta ascites olyan eseteiben is hat, a melyekben valamennyi többi eljárás már hatástalannak bizonyult. (Medizinische Klinik, 1909. 17. szám.)

Malaria ellen *Levy* Nyugatindianában és a Panama-esatorna vidékén szerzett bőséges tapasztalatai alapján a chinint pyramidonnal együtt ajánlja: Rp. Chinini hydrochlorici, Pyramidoni aa 2.0. Div. in dos. No. VIII. D. ad capsul. gelatin. S. 3 óránként egyet. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1909. 7. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1909. 19. szám. *Hollós József*: A szokványos székszorulás mint a gümőkóros intoxicatio egyik jele. *Veress Ferenc*: A parapsoriasisról.

Orvosok lapja, 1909. 19. szám. *Sellei József*: A vizelet vizsgálata.

Budapesti orvosi ujság, 1909. 18. szám. *Safranek János*: A légutak betegségeinek balneo-physico-therapiája. *Hollós József*: Basedow-kór és tuberculosus. *Hönig Adolf*: Egyoldali hirtelen megvakulás a látóidegnek agyvérzés okozta compressiója folytán.

Klug Nándor †.

Lapunk zártakor értesülünk arról a nagy veszteségről, a mely a magyar tudományosságot s a budapesti egyetemet Klug Nándor halálával érte. Az elhunyt jeles tudós méltatását lapunk következő számára kell halasztanunk.

Vegyes hírek.

Magyarevits Mladen dr. székesfővárosi tisztii főorvosnak a közegészségügy terén szerzett érdemei elismerésül a király a III. osztályú vaskorona-rendet adományozta.

Tóth Imre dr. bányakerületi főorvosnak a tudományos irodalom és a bányaelegségügy terén szerzett érdemeiért a király *vértesi* előnévvel a magyar nemességet adományozta.

Kinevezés. Torontál vármegye főispánja *Nonay Pál* dr.-t tisztelbeli megyei főorvossá, a kereskedelemügyi miniszter *Novák József* dr. szabadkai és *Sterk József* dr. tamási orvosi állanvasúti pályorvossá nevezte ki. — *Petrovits Milenkó* dr.-t és *Pepetián János* dr.-t a debreczeni közpórházhoz segédorvossá nevezték ki.

Választás. *Budin Miklós* dr.-t Giládon, *Barak Gábor* dr.-t Kátyon és *Bálint Lipót* dr.-t Moholon községi orvossá választották.

Décsy István dr. orvosi gyakorlatát Vihnye-fürdőn újból megkezdte.

Szabóky János dr. volt egyetemi tanársegéd fürdőorvosi gyakorlatát Gleichenbergben ismét megkezdte.

Halász Aladár dr. belorvos lakását VIII., József körút 87. sz. alá tette át.

Pozsonyi Jenő dr. nőorvos lakását VIII., Rákóczi-út 19. sz. alá helyezte át.

A katonarvosok számának szaporítása céljából a hadvezetőség elhatározta, hogy azoknak az orvosoknak, a kik tényleges szolgálatba lépnek, 6000 korona tanulmányi kárpótlást ad. Az erre pályázóknak 6 hónapos próbaszolgálatot kell teljesíteniök és kötelezettséget vállalniök arra, hogy ezen próbaidőn túl hat évig szolgálnak a katonarvosi karban. A tanulmányi segély első felét a próbaidő eltelté után, második felét pedig az ezredorvossá kinevezéskor fizetik ki. A próbaszolgálatra be-

hívtak a rangjuknak megfelelő illetményt kapják, s ha mint az önkéntes év II. felét leszolgáló tiszthelyettesek teljesítik a próbaszolgálatot, a tiszthelyettesi fizetésen kívül 70 korona pótlékban részesülnek. A kérvények az előírt szolgálati úton a hadügyminiszteriumhoz intézendők; melléklendő születési, honossági és katonai bizonyítvány, oklevél-másolat, erkölcsi bizonyítvány, nőtlenség igazolása, továbbá revérzális, melylyel az illető kötelezi magát a 6 évi szolgálatra; ezenkívül activ szolgálatban álló törzs- vagy főorvos által kiállított bizonyítvány is csatolandó a kérvényhez a hadi szolgálatra való teljes képességről.

Siketnémák felvétele. A siketnémák budapesti állami országos intézetének I. osztályaiban a jövő tanévre 30 új növendék számára van üresedés. Felvételt nyernek első sorban a székesfővárosban és a szomszéd falvakban élő teljesen siketnéma, részleges hallással és némi beszédmaradvánnyal bíró, az előrehaladottabb korban megsiketült gyermekek. A szegénysorsúak a képzés idejére eltartási és úti segélyt kaphatnak az intézettől. Másodsorban az ország távolabbi részeiből is felvételnek oly hasonló fogyatékos érzékű gyermekek, a kiknek eltartási díjait egészben vagy részben biztosítják a hozzátartozók vagy a kik segélydjira érdekesek. Felsőbb osztályokba való felvételért is lehet folyamodni. Érdeklődőknek díjtalanul küld felvételi nyomtatványokat az intézet igazgató-sága, VIII., Mosonyi-utca 8. szám.

Meghalt. *A. Gultstadt* dr. magántanár Berlinben május 4.-én 69 éves korában. Az elhunyt Németország egyik legelső tekintélye volt az orvosi törvénykezés és orvosi statistika terén. — *G. F. Yeo* dr., az életlen nyugalmazott tanára a londoni King's College-on, május 6.-án, 64 éves korában. — *Galvagni* dr., a belorvostan tanára a modenai egyetemen. — *F. C. Holtz* dr., valaha a szemészet tanára Chicagóban. — *Th. C. Hayes* dr., a nőorvostan nyugalmazott tanára a londoni King's College-on.

Kisebb hírek külföldről. A boroszlói egyetemen a múlt héten nyitották meg a gége-, orr- és fülklinika új épületét. A klinika vezetője *V. Hinsberg* dr. rendkívüli tanár. — A berlini Moabit-kórház igazgató-jává *Renvers* dr. utódjaként *G. Klemperer* tanár nevezetett ki. — *P. Funajohi* dr., az elmekórtan tanára a sienai egyetemen, nyugalomba vonult. — Németországban balneológiai központi intézetet létesítettek Frankfurtban. Az intézet 1910 január 1.-én nyílik meg.

Lapunk mai számához az *F. Hoffmann-La Roche & Cie.* Basel cég „*Secacornin*” és „*Thigenol*” gyógyszerekre vonatkozó prospectusa van mellékelve.

Magas kitüntetés. Dr. *Victorio Serravallo* triesti gyógyszerésznek ö Felsége a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta.

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 javalkatok: Idült gyomorbélatonia, székrekedés, elhízás, köszvény, csúsz, idegszabák (ischias stb.). Csonttörések és egyéb sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Érelmeszesedés, szívbajok, bronchialis asthma (villamos fenyfűrdővel), neurasthenia, bénulások. Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése (Zander módszerével). Gerinczgyöngbűlések.

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

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

IGLÓFÜRED. Elsőrangú vízgyógyintézet gyógyfürdő Szepesmegyében

fenyvesek közepén. Fekvőcsarnok, inhalatorium, szénsavas-, sós-, napfürdők. Villanyozás. Massage. Dietetikus konyha stb. Jutányos árak. Fürdőorvos: Dr. Grózy Béla.

GIZELLA-TELEP FÜRDŐ, modern vízgyógyintézet megnyílt.
posta VISEGRÁD (Pest m.)

Vízgyógykezelés, szénsavas-, villanyos-, forró- és mór-, sós-, fenyő- és napfürdő. Villanyozás, massage. Hízító és soványító kúrák. Remek fekvés. Pensio — fürdőhasználat és ötszöri étkezéssel együtt — heti 65 koronától feljebb. Kivánatra prospectus.

Tüdőbetegsanatorium Tátraháza.

Fekvőcsarnokok a fenyvesben. — Napkúra. — Hydrotherapia. — Gondos szakorvosi kezelés. Teljes napi pensio orvosi kezeléssel, gyógyszerközzel együtt 12 korona.

Igazgató-főorvos: MÜLLER VILMOS dr. Prospektus
Orvosi laboratorium és cukorbeteg tolerantiájának meghatározása

Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd. Andrassy-út 50 (Oktogon-tér). Telefon 26-96.
Elektromágneses intézet Budapest, VII., Városligeti Fásor 15. sz. Gyógytényezők: D'Arsonval, Elektromágnes-, Sinusoidal-, Galvan-, Farad-, Franklin-, Leduc-áram. 4 cellás villanyfürdő. V. forró- és hideg. Vibr. massage. Prospectus. Vezető orvos: REH BÉLA dr.

Dr. GRÜNWALD 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. Nőbetegek és szülők részére

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Közkórházi Orvostársulat. (IV. bemutató ülés 1909 márczius 10.-én.) 368. l. — A német pathológiai társaság XIII. évi összefüvetele. 369. l. — Pályázatok. 369. l.

Közkórházi Orvostársulat.

(IV. bemutató ülés 1909 márczius 10.-én.)

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

Coaltarral kezelt eczema-esetek.

Werner Sándor. A praktikus dermatológiának egyik legfontosabb fejezete az eczema gyógyítása. Talán nincsen olyan betegség, mely az orvos és a beteg türelmét egyaránt annyira igénybe venné, mint a chronikus eczema. Némely esetben a külső szerek egész légióját kipróbáljuk. Átmegyünk a belső adjuvans szerekhez is és a betegség még mindig stagnál, esetleg kis időre javul, hogy ismét recidiválgatva kerüljön kezünkbe. A kórokozót eltüntetni, megsemmisíteni és így a reakciós jelenségek visszaféjlődését elősegíteni volna itt az orvos feladata. Egységes elv szerint azonban nem lehet mindig haladni, mert legtöbbször complex ártalomról van szó, tehát individualizálva, napról-napra a tünetekhez képest variálva kell alkalmazni a rendelkezésünkre álló gyógyszereket. E gyógyszerek Hebra és Kaposi óta lényegükben alig változtak, számuk azonban napról-napra szaporodik. Nevükkel sokat ígérő új készítmények tüntek fel, melyek nem voltak egyebek, mint jó vagy rossz plusz-tulajdonsággal bíró változatai a régi gyógyszereknek. Most egy rég ismert szer hatásosságáról szólnak a közlemények. Dind svájci, Broca és Jambon francia dermatologus a nyers, nem rectificált kőszénkátrányt, az úgynevezett coaltart hozza be az idült bőrlobok terapiájába és igen szép eredményekről referál. Róna tnr. megbízásából a szert osztályunkon is kipróbáltuk.

A coaltar vagy „goudron de houil brut“ a mi gyógyszerkönyvünkben mint oleum lithanthracis szerepel. Nem egyéb, mint a kőszén egyenes lepárlási terméke. Tartalmazza mindazon magasabb szénvegyületeket, a melyek a lepárlás főfokán a carboniumból keletkeznek. Az oleum ruscihoz színét és összeállását illetőleg szerfölött hasonlít, de szaga nem annyira penetráns. Csakis nyers, nem tisztított állapotban érték el vele azon eredményeket, a melyekről referálnak; mihelyt akár a színt, akár a szagát illetőleg rectificálták és így alkalmazták, elmaradtak az eredmények, mert a rectificáláskor hatékony anyagok távoztak el a készítményből. Rendkívül olcsó, egy kilogramm 90 fill. A coaltart a legkülönbözőbb természetű endogen és exogen eredetű chronikus dermatitiszek ellen használtuk olyanképpen, hogy az illető területre sörte-cset segítségével vittük úgy, hogy a coaltar teljesen elfedje a kezelendő területet, azonban még se legyen vastagon felkenve. Ekkor azután szaradni hagytuk. A száradás legalább 20—30 percig, de néha 2 óráig is eltart, ha nagy felületre alkalmaztuk. Ez alatt az idő alatt kevés kellemetlenséget, égető érzést okoz a betegnek, különösen erodált eczema eseteiben, a melyekben a bőr idegvégei ki vannak szolgáltatva a szernek, vagy például a scrotumon; mihelyt a kátrány megszáradt, a kellemetlenségek eltűnnek és a beteg fehérneműjét magára veheti, mert a leszáradt coaltar egyáltalában nem piszkít.

Eddig 17 esetben alkalmaztuk, még pedig exogen eredetű bőrgyulladás 15 és haematogen eredetű bőrgyulladás 2 esetében. A legszembetűnőbb javulást észleltük a külső eredetű, mérsékelt nedvező dermatitiszekben. A kezelt 5 esetben a nedvezés mindjárt az első bekenés után csökkent s a 3. vagy 4. bekenés után megszünt; az egyik betegen 4 év óta állott fenn az alsó végtagokat teljesen elborító nedvező dermatitis, mely öt év alatt teljesen munkaképtelenné tette; egy másikon 2 éve volt meg a lábszáron lokalizálódva a haj és ez idő alatt egyszer sem gyógyult meg. Szinte rögtönösen csillapodott ez esetekben a pokoli viszketés, a mely a dermatitist kísérte. A 4—5. bekenés után 3 esetben apró vesicopustulák keletkeztek a coaltar alatt, melyeket 20%-os lapisoldattal eseteltünk. 5—8 bekenés után az infectio megszűnt és a bőr 10%-os zink-vaselin kötés alatt rendes külsejét visszanyerte. Nem nedvező, chronikus, hónapok óta fennálló pyodermatitiszekkel

kombinált dermatitis 4 esetében is alkalmaztuk a szert. A pyodermiás laesiókat először meggyógyítottuk a pustulák megnyitásával és salicyl-tapaszszal. Itt is feltűnő volt a viszketés gyors alábbhagyása és a beszűródés visszaféjlődése. Csak egy esetben nem értünk célzt, a melyben teljesen generalizálódott volt a betegség és technikai nehézségekbe ütközött a pontos alkalmazás.

Egy két év óta fennálló „eczema seborrhoicum“-ban szenvedő nőn is alkalmaztuk a coaltart igen jó eredménnyel. A kísérő nedvezés, viszketés, makacs beszűródés 3—4 bekenés után visszaféjlődött.

Hólyagos dermatitisnek a tenyerekre és a talpakra lokalizálódó 3 esetében a javulás nem volt olyan prompt, de a keletkezett vesicopustulák szorgos feltárása után ezek is gyógyultak.

Egy esetben alkalmaztuk az egész köztakaróra lokalizálódó trichophyton-fertőzés ellen, mely már másfél hó óta makacsul ellenállott a jodtincturának; 5 bekenés után visszaféjlődött.

Haematogen pruritus nyomán keletkezett secundaer dermatitis ellen is használtuk a coaltart; gyorsan visszaféjllesztette ugyan az elváltozásokat, de a viszketést csak 1—2 napra szüntette meg.

Az összes esetekben ügyeltünk arra, hogy az ép környezetben a coaltar okozta acut dermatitist coupirozzuk 10%-os zinkvaselinnal vagy zinkoxyd-linimentummal, ügyeltünk továbbá a vesék esetleges alterációjára, naponkénti vizsgálatl ellenőrizvén a vizeletet.

A coaltart először Leistikov alkalmazta 1900-ban, 1906-ban Dind referált egy pár kezelt esetről a berni dermatologiai congressuson és legújában Brocq és Jambon foglalkozott vele alaposan.

A mi therapiiai kísérleteink arra engednek következtetni, hogy a coaltar kitűnően beválik 1. makacs, különösen exogen, banális genyesztő bakteriumokkal fertőzött, mérsékelt nedvező vagy hámló chronikus eczema eseteiben. Egyedüli kellemetlen mellékhatása az égető érzés, mely legtöbbször csak néhány percig tart és csak ritkán néhány óráig. Hatása a nedvező területek szárításában, a pruritus megszüntetésében és a lobos tünetek eltüntetésében nyilvánul. Mindennek oka alkalmasint a kórokozóra való direct hatása és az újabb ártalmak távoltartása. Leginkább a kórházi praxisban alkalmazható, a magánygyakorlatban a szaga és az alkalmazásának piszkossága miatt nem annyira. Természetes, hogy sok esetet nem gyógyít meg véglegesen, hanem más szerekkel kell felváltani.

Havas A.: Az előadó által említett gyógyszert „Liantral“ név alatt már kb. 10 év óta alkalmazza az eczema különböző alakjaiban, úgy mint nedvező, lichenoid, seborrhoeás eczema jól megválogatott eseteiben. Az elért gyógyeredmények megegyezők az előadóival. A készítmény unguent. caseini cum 10 % liantrali név alatt, fémtubusokban jön forgalomba. E gyógyszer nem okoz kellemetlen tüneteket, könnyen szédírszölhető a bőrön, s azután vékony, száraz réteg alakjában fedi a beteg felületet. Nagy előnye, hogy vízzel bármikor könnyen lemosható és hogy ambulanter könnyen alkalmazható.

Extragenitális lues-fertőzések.

Leopold Béla: 1. A lues első nyilvánulása az emlőn. A 25 éves nőbeteget egy hét előtt vették fel Róna tanár osztályára. Előadja, hogy vidékre 2 hó előtt szoptatásra egy csecsemőt kapott a fővárosból és hogy körülbelül a második hét végén, a mikor a csecsemőt szoptatta, emlőbimbóján pörsest vett észre, melylyel orvoshoz folyamodott, ki a laesiót jelentéktelennek mondta; mint-hogy azonban nem gyógyult, egy idő múlva újból elment az orvoshoz, a ki most vizsgálat végett osztályunkra utasította. Az említett elváltozás a syphilis első nyilvánulásának felelt meg. Utóbb kiderült, hogy a gondjára bízott csecsemő, ki ezután a fővárosi lelenczházban nyert elhelyezést, veleszületett luesben szenved. A betegen typosos behámosodott sclerosis van a jobb emlőbimbó fölött, diónyi mirigy a jobb hónaljban és általános foltos syphilid.

2. A lues első nyilvánulása a mutatóujjon. A 33 éves szülésznő múlt év december elején vidéken szülést vezetett, mely után a 8. napon jobb kezének mutatóujján kis gyulást vett észre, a mit az orvosa panaritiumnak nézett; 2 ízben incidálta s utóbb, mivel gyógyulási hajlamot nem látott, a körmet eltávolította. Csak midőn a törzsön roseolák jelentkeztek, ismerte föl a sérülés mibenlétét; ekkor

került a beteg osztályunkra a jobb kéz mutatóujjára lokalizálódott primaer sclerosissal s általános foltos és kis papulás syphiliddel.

Különösen ezen utóbbi extragenitális fertőzést fontosnak tartottam bemutatásra és közlésre, mivel az ujjakon előforduló extragenitális lues-fertőzéseket már ismételt panaritium gyanánt kezelték, holott manapság, midőn a spirochaeta-vizsgálat segélyével könnyen megállapíthatjuk a diagnoszt, megkímélhetjük részben betegünket az operatio fájdalmaitól, részben nem kerülhetünk ferde helyzetbe, hogy tudniillik a bajt nem ismerjük fel azonnal.

Havas Adolf: Mind gyakrabban fordulnak elő az olyan esetek, hogy a lueses gyermeket szoptató nő inficiálódik. Ennek részben az az orvosi felfogás az oka, hogy a gyermek érdekét tartván szem előtt, ilyen esetekben is megengedik a szoptatást. Sőt mióta a gyermekvédő liga vidékre adja ki a gyermekeket szoptató nőkhez, tömeges lues-fertőzések is történnek, egész családok inficiálódnak. Állást kell tehát foglalni ezen felfogás ellen.

A bemutató másik esete, midőn a bábaasszony az ujján inficiálta magát és a panaritiumszerű baj tulajdonképpen primaer lueses affectio volt, arra int, hogy mindazokat a panaritiumokat, melyek nem gyógyulnak rövidesen a beavatkozás után, meg kell vizsgálni spirochaetára.

(Folytatása következik.)

A német pathologiai társaság XIII. évi összejövele.

(Vége.)

Morpurgo turini tanár parabiosisban élő patkányait mutatta be, a melyek közül némelyek már 1 évnél hosszabb ideje élnek összevarrottan, közös hasüreggel. Érdekesekek az ilyen állatokon végzett kísérletei, a melyekből kitűnt, hogy az egyik állat szerveinek működését a társállat teljesen kompenzálni tudja; így pl. az egyik patkány mindkét veséjének kiirtása után a másiknak veséi veszik át helyettesítően a funkciót és mindkét állat életben marad. Parabiosis nemcsak egynemű állatokon érhető el, mert him és nőstény patkányt is sikerült együtt életben tartani, a nélkül azonban, hogy egyéni jellegük bármely változást szenvedett volna.

A hullák vérével végzett Wassermann-féle reactio értékéről szólott **Löblein**, megállapítván, hogy a friss hullavérrel végzett serologiai vizsgálat ugyanolyan értékű, mint az élővel végzett s hogy bizonyos óvatossággal szemmel tartása mellett az eljárás diagnostikai eszköznek a kórbonezoló számára is értékesnek mondható.

A hamburgi közkórház bonezolás anyaga alapján **Fahr** a chronikus alkoholismus bonezológiai képének kérdéséhez szólott s statistikai összeállítások alapján kimutatta, hogy az arteriosclerosis és a chronikus nephritisek előidézésében az alkoholismusnak semmi-féle szerep sem tulajdonítható. Ugyancsak redukálendő az a fontosság is, melyet sokan a májcirrhosis keletkezésében az alkohol hatásának juttatnak. Állandóbb bonezológiai kritériumnak egyedül a zsírmáj és idült gyomorhurut mondható, a melyek természetesen leg azonban éppen oly gyakran más okból is előfordulnak.

Igen érdekes volt **Henke** közlése a latens tuberculosis-bacillusokról; vele azonos értelemben szólalt fel **Beitzke** is. Ugyanis oly egyénekben, a kik manifest tuberculosis elváltozásokat nem mutatnak, a néha alig megnagyobbodott nyirokmirigyekből, a melyekben sem szövettanilag tuberculosis meg nem állapítható és bacillus sem lelhető fel górcsővel, tenyésztés útján, vagy még sikeresebben állattartás segítségével virulens tuberculosis-bacillusok nyerhetők. Többnyire oly egyénekről van szó, a kik tuberculosisokkal szoros együttlétben éltek és e közben accidentaliter más korban elhunytak.

Mönckeberg az asthma brönciale kórbonezológiai kérdéséhez járult hozzá újabb adatokkal egy esete kapcsán, melyben a bronchusfalzatban számos apró, zacskószerű kitüremkedést észlelt, a melyeknek elongált csillószerű hengerhámja a kis kryptákban lévő sűrű nyálkatömegekkel keveredve s a légáram által mozgattatva, létesíti a Curschmann-féle spirálisokat. Magyarozatát a hozzászólók, az adott esetet elfogadva, általánosságban érvényesnek nem tekintették, a mihez különben **Mönckeberg** is csatlakozott.

Kísérleti mérgezésekkel előidézett anaemiákról szólott **Sternberg**, vizsgálva az ilyenkor keletkező extramedullaris myeloidgócokat, a melyek szerinte tartalmaznak ugyan myelocytaikat, azonban valóságos myeloidszövetnek nem tekinthetők. E góczok különben nem a csontvelőből keletkeznek mintegy metastasis útján, hanem lokális eredetűek. Keletkezésükre a lép kiirtása, vagy, a mennyire kísérletileg lehetséges, a csontvelő kiiktatása, nincsen be-

folyással. **Schmorl** hozzászólásában egy igen súlyos anaemia esetét említi, a melyben osteoplastikus prostatocarcinoma-áttetelek a csontvelőt szinte mindenhonnan kiszorították, s a melyben a különböző szervekben mégis igen kiterjedt myelocytagócok voltak találhatóak.

Már részben ismeretes vizsgálatainak kibővítésekként számolt be **Schultze** göttingeni docens oxydáló hatású fermentnek, az oxydasenak jelenlétéről különböző szövetekben, nevezetesen a nyál- és könnymirigyek hámjának granulatióiban. Az oxydase úgy a nyálban és könnyekben, valamint szövettanilag is igen egyszerű festési eljárással kimutatható, és lényeges antibakteriumos hatása folytán magyarozatát adja az említett váladékok határozottan baktericid jellegének.

Bayer Zürichben, **M. B. Schmidt** intézetében végzett vizsgálatairól számolt be a typhus abdominalisban található és általánosan mondható nyirokmirigyfertőzésről, a mely szerinte másodlagosan vezet a typhus-septicaemiához és az ennek tüneteként támadó bélbeli fekélyedésekhez. Több hozzászóló, nevezetesen **Kretz**, saját vizsgálatait és azonos leletei kapcsán csatlakozott az előadó felfogásához.

A mellékvesék pathológiájához járult hozzá néhány adattal **Oberndorfer**, a ki olyan esetekben (chronikus nephritis, arteriosclerosis), melyekben némelyek a chronikus affinszövetnek megszaporodását észlelték, ilyen nem tudott kimutatni s a mellékvesék adrenalin-tartalmát sem találta nagyobbra. A mellékvesében észlelhető apró egymagvú sejteket pedig lymphocytaiknak minősíti s nem tartja ű. n. sympathoblastsejteknek, mint azt **Wiesel** leírta volt. A megindult vita alkalmával e sorok írója hangoztatta a mellékvese kéreg- és velőállománya egymáshoz való viszonyának fontosságát, illetve a nephritis és arteriosclerosis eseteiben előforduló relativ velőállománybeli túlsúlyt, a mit **Schmorl** is megerősített, a ki szerint ilyenkor az adrenalinmennyiség is megnagyobbodott.

A pankreasnak, illetve **Langerhans**-féle szigeteinek elváltozásairól szólott **Herxheimer**, a ki kimutatta a pankreaszövetnek a szigetekből való regenerációját, alkalmat adva ezzel a szigetek belső secretióját tárgyaló, de eredménynyel nem járt vita kezdetére.

Igen szép neuroglia-készítményeket mutatott be **Held**, a ki vizsgálataival kimutatta a neurogliasejtek vándorlási képességét. E sejtek amoeboid mozgásuk segítségével a nyirokvezetékbe kerülhetnek és lényeges részét szolgáltatják az agyszövetben megjelenő szemcsesejteknek.

A tér szűke nem engedi, hogy mindazon nagyszámú és ugyancsak érdeklődésre számot tartó bemutatást is megemlítsen, a mely a tárgyalások idejét annyira igénybe vette, hogy az elnök 1—1 előadás idejét 10 perczre, a hozzászólásokét pedig 5 perczre volt kénytelen leszállítani.

Az eredményes munkát végzett tárgyalások berekesztése előtt a pathologiai társulat még azt a határozatot hozta, hogy a jövőben tárgyalásai alkalmából két referatutumot fog elintézni.

Goldzieher Miksa dr.

PÁLYÁZATOK.

A pozsonyi m. kir. bábaképezdeben az 1000 korona évi jutalomdíjjal és teljes ellátással rendszeresített **gyakornoki állás** betöltendő. A pályázatok az intézet igazgatóságához nyújtandók be.

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, műteti, távolsági díjak, természetbeni fuvar. A szabályrendeletileg megállapított 40 fill. halottkémleli és hűsvégelési díjak.

Felhívom pályázni óhajtokat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket hozzám **1909. évi május 25.-éig** nyújtsák be.

Ujvidék, 1909. évi május hó 12.-én.

2—1

Nikolits Izidor, főszolgabíró.

107/909. sz.

Békés vármegye közkórházának sebészeti és elmebeteg-osztályán 1—1 segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: a sebészeti osztályon évi 1200 korona, az elmebeteg-osztályon évi 1600 korona és mindenik állásnál I. osztályú teljes ellátás, lakás, fűtés és világítás.

Pályázni kívánókat felhívom, hogy képesítésüket, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyadmanyaiukat méltóságos Döry Pál úrhoz, Békés vármegye főispánjához czimezve, hozzám **folyó évi május hó 25.-éig** küldjék be.

Gyula, 1909. évi május hó 12.-én.

2—1

Békés vármegye közkórházának igazgatója.



Tabl. Ferri Protoxal.

Dr. Deér

sine et cum arseno

készítmény — megbízható vérképző és tonicum — alkalmazása még a természetes agensek mellett is szerencsés gondolat. Klinikusok, nőorvosok, előszeretettel rendelik. 100 darab tablettát üvegben 2 korona. Kapható a gyógyszerárakban. 4437

ROZNAU

Új vízgyógyintézet
(am Radhost)

Morvaország 7322

a legrégibb világhírű
klimatikus gyógyhely és
nyári üdülőhely.

Évad: május hó 15.-től szeptember 15.-éig. Prospektusokat ingyen küld
Minden további értesítéssel szívesen szolgál a gyógybizottság.

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

Segédorvosi állás!

Zander- és Finsen-intézetemben való segédkezésre, valamint Röntgen-laboratoriumom vezetésére keresek egy a physikális therapiában némileg jártas

segédorvost

(lehet szigorló is). Alkalmazása egyelőre a fürdőidény tartamára szól, megfélelése esetén abbáziai szanatoriumomban állandó alkalmazást nyer. Ajánlatokat rövid életleirással s a fizetési igények megjelölésével kér

Mahler Gyula dr.,

hivatalos fürdőorvos Buziásfürdőn,
a fürdőkórház igazgatója.

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 legremekesebb hegyek közepette, szélmentes fekvés. Kétféle hatású az aggodor bántalmainál, idegbántalmak, neuralgiák (ischias), neurasthenia, functionális neurosisok, paralysis (apoplexia), tabes, köszvény, rheumás bántalmak, vese- és hólyagbántalmak (prostatitisek), különféle női betegségek, valamint valamennyi kimerültségi és gyengeségi állapotok ellen. Legkényelmesebb lakás 60 szobában és lakókórházban, thermal-fürdők minden házban; ivókúrák és berendezések a forrás gőzének használatára.

Értesítéseket és prospektusokat küld a Gyógybizottság (Kurkommission).

Thermal-forrás szétküldés MATTONI HENRIK által WIEN.

7133

GLEICHENBERG GYÓGYHELY STEIER-ORSZÁG.

Klimatikus gyógyhely. Nyári üdülő.

Gyógyjavallatok: a légzőszervek hurutjai, daganatok és kergek, tuberkulózis (csak kezdetleges stádiumban, vagy régi elhatárolt állapotban) tüdő-emphysema, asthma, arteriosklerosa, hibás szívbillentyű, görvélly, hólyaghurut, köszvény és csúsz, női betegségek, idegbajok, lábbadozás. Teljes gyógyszerkészlet minden betegségi jelenségre. 7222

Világhírű gyógyforrások. Évad: május 15-től szeptember 30-ig. Prospektust küld és minden értesítéssel szolgál A fürdőigazgatóság.

„PHOSPHATINE FALIERES“

(készítői: Chassaing és Társa. Paris)

a legkiválóbb gyermektápszer

kapható minden gyógyszerárban.

MAGYARORSZÁGI FŐRAKTÁR: ZOLTÁN BÉLA GYÓGYSZERTÁRA BUDAPEST.

Tuberkulosisnál és hurutos bántalmaknál
a vízben oldható, jó ízű és kitűnően emészthető
Guajacol-készítmény:

SYRUPUS GUAJACOLI COMP. HELL

Synonym: Aphthisin syrupformában vagy

Capsulae Guajacoli Comp. Hell

Synonym: Aphthisin tokokban.

Kérjük határozottan Syrupus Guajacoli „Hell“-t
rendelni, mivel ez a készítmény hatásában lé-
nyegesen különbözik más hasonló syrupoktól.

a legjobb sikerrel alkalmaztatik. Hell Guajacol-praeparatuma a legmegbízhatóbb és legemész-
hetőbb Guajacol-praeparatum, melyet a bükkfa-kátrány és a kőszén-kátrány leghatásosabb
alkatrészeiből állítanak elő és 9 rész Guajacolsavas kaliumból és 1 rész petrosulfol ammon-
ból áll. — Adag: 3—4-szer naponta egy teáskanálnyi syrup, vagy 3—4-szer napjában
1—2 capsula.

Irodalom: „Zur Behandlung der Lungentuberculose“ a „Med.-chirurg. Zentralblatt“
1902. évi 9. sz.; „Beiträge zur Behandlung der Lungenerkrankungen“, az „Ärztliche Central-
zeitung“ 1902. évi 17—18. sz.; „Die Behandlung nicht tuberculöser Erkrankungen der Athmungs-
organe“ az „Ärztl. Centralzeitung“ 1902. évi 41. sz.; „Beitrag zur rationellen Behandlung
der Lungentuberculose“ a „Wiener Med. Presse“ 1902. évi 45. sz.; a „Med.-chirurg. Central-
blatt“ 1902. évi 44. sz. és a „Leipziger Reichsmedizinalanzeiger“ 1902. évi 12. sz. és még
többek.

Irodalom és minta kívánatra rendelkezésre állanak.

Részleteladási ára egy üveg syrupnak 3 K, betegpénztárak számára csomagolásban
2 K., egy doboz capsulának 2 K. — Betegpénztárak és szegényebb betegek számára kérünk
rendelni: Syr. Guajacoli comp. Hell lagen. min. — Gyógyszertárakban csak orvosi rendel-
ményre adatk ki.

Fabrik pharmazeutisch-chemischer Producte G. HELL & COMP., Troppau és Wien.

BROMLECITHIN RICHTER

A NEURASTHENIA
SPECIFIKUS SZERE

RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁRA BUDAPEST, X.,

Tannismut

(Kettős cersavas wismut.)
Igen hatásos, könnyen szed-
hető, olcsó béladstringens.

A wismut és tannin hatását magában egyesíti.

Salif

Fájdalmat gyorsan csillapító
és gyógyító bedörzsölési szer
mindennemű rheumatikus
megbetegedéseknél. Higítás nélkül a bőrt nem izgatja.

Gastrosan

Kettős salicylsavas Wismut;
savképzés ellen hypersecretio-
nál stb. Dobozok à 10 vagy
20 czukorkák à 0.75 gm.

Creosotal „Heyden“, Duotal „Heyden“,
rég bevált gyógyszerek a légzőutak összes fertőző bajai
ellen. (III.)

Minták és irodalom díjmentesen.

Megrendeléseknél szíveskedjék 27 C hirdetési sz.-ra hivatkozni.

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

Serravallo**China-bor vassal.**

Ödülőknek és vérszegényeknek orvosi szaktekintélyek által
legjobban ajánlva.

Kitűnő íze miatt főleg gyermekek és nők szívesen veszik.
Egészségügyi kiállítás Wien 1906: állami díj és díszoklevél, nagy aranyérem.
Legmagasabb kitüntetés.

Sokszor kitüntetve. — Több mint 5000 szakvélemény.
Orvos urak kívánatra irodalmat és mintát ingyen és bérmentve
kapnak. **J. Serravallo, Triest-Barcola.**

THURZÓ-FÜRED.

A déli Szepességnek egy remek ősi fenyvesek közepette. A kassa-
oderbergi vasút gölniczbányai szárnyvonalán, vasúti állomás Gölniczbánya, 572 m. Posta és távirda helyben.

Elsőrangú klimatikus gyógyhely.

Vízgyógyintézet, vízkúrák, inhalációk, diéta kúrák, szabad nap-
és tófürdők, villanyozás és massage. Mindennemű idegbajok, lég-
zési, emésztési, vérkeringési, anyagcsere és más egyéb bajok ellen.
Igen védett hely, állandóan enyhe, Kitűnő konyha és olcsó ellátás. Elő-
szép tavaszi időjárással. — és utóidényben 30% árengedmény.

Állandó fürdőorvos:
Dr. FANZLER LAJOS.

7260

Prospektussal szolgál
a FÜRDŐIGAZGATÓSÁG.

**GÁNÓCZ GYÓGY-
FÜRDŐ.**

Szepesmegyében, a Kassa-oderbergi vasút fővonalán Poprádfelka
állomástól 30 perc. Posta, vasút, telefon és csendőrs helyben.

Fürdőidény május 15.-től szeptember 15.-ig.

Rendkívüli szénsavtartalmú 24 fokú természetes hévízzel, mely most
újából lett vegyelemezve és a fürdőtelep újonnan vízvezetékkel ellátva. Férfi- és
női tükörfürdők massage-zsal és hideg-gyógyászati alkalmazása. Ajánlatos
rheuma, köszvény, ischias, ideges szívajok, gyomorhurut, emésztési bántal-
maknál, vérszegénység, női bajoknál, sőt izomhúdeknél, görvélyes bántal-
maknál és angolkórú felülmulthatatlan és egyedül.

Szobaárak naponta 1.20 koronától feljebb. Házilag kezelt kitűnő, jó,
ízletes és olcsó ellátás. 1909. évben újonnan épült és modernül berendezett
kitűnő és olcsó kóser konyha.

— **à la carte és table d'hôte.** —

Elő- és utóidényben tetemes árengedmény. Állandó fürdőorvos. Prospektust
kivánatra ingyen és bérmentve küld a

Fürdőgondnokság **Gánócz** vagy a **Menetjegyiroda Budapest,**
Vigadó-tér I. szám. 7261

GRADO tengeri fürdő

„Alla Salute“ gyógyintézet és pensio.

Sebészet, orthopaedia, Zander-Intézet, elektrotherapia, vizgyógyászat, Röntgen-labora-
torium, valamint az összes modern gyógytényezők. **Tornakurzusok** gyermekek és
 felnőttek számára. Tabes-kezelés Frenkel és Prof. Leyden szerint. Egész éven át
nyitva. Prospektust kívánatra díjmentesen küld a vezető orvos és tulajdonos:

Dr. M. Oransz,

a gyermekbetegségek és orthopaediai sebészet szakorvosa.

Jodol

Legjobb jodoform-pótlék, szagtalan és nem mérgező. Minden-
nemű syphilitikus betegség ellen, sőt kiváló hatással (0.4—2.0 pro
die) mint a jodkalium pótléka belsőleg is alkalmazható.

— MENTHOL-JODOL —

Dormiol

Gyorsan ható altató szer 0.5—3.0 gm. adagokban.
Hatása a chloralhydrattal egyenlő, ennek hátrányai nélkül.
Mellékhatásai nincsenek.

— DORMIOL-CAPSULÁK à 0.5 gm. —

Bismon

Formicin

Drexin

Lysargin

(2)

Irodalmat ingyen és bérmentve küld

Kalle & Co. A.-G. vegyi gyár, **Biebrich a/Rhein.**

Belügyminister által engedélyezett gyógyszerkülönlegességek:

Pilulae kalii jodati perennes
Szöllősi 0.20.

4749

Eltartható czukorral obducált jodkészítmény.

Használatánál jodismus nem képződik. — Ára 2 kor. 60 fill. Ajánlva: Korányi,
Marschalko, Havas, Irsay, Tauszk, stb. egyetemi tanár urak által.

Főraktár: „Arany oroszán“ gyógyszertár, Budapest, III., Lajos-utca 28. szám.
Kapható minden gyógyszertárban.

Diujodin.

(Pastilli theobromini jodati Szöllősi.)

Tartalmaz: 0.30 gm. Diuretint, 0.20 gm. Kal. jod-ot. Javalva:
Arteriosclerosis, Nephritis chronica, Angina pectoris, Myocar-
ditis eseteiben. Napi adag 3—5 pastilla. — Ára 2 kor. 50 fill.



Leghatásosabb és legolcsóbb

diuretikum

különösen ajánlva a natrium-
acetat kettős sója



Theophyllin

alakjában.

(1·3-Dimethylxanthin).

Napi adag:

2-3-szor 0·1-0·25 Theophyll. purum
2-3-szor 0·15-0·3 Theophyll. natrioacet.

Vízben oldva!

Kis adagokkal kezdeni!

Tabletták:

30 darab à 0·1 Th. pur.	...	K. 1·30
15 „ à 0·25 Th. pur.	...	„ 1·50
20 „ à 0·15 Th. natrioacet.	...	„ 1.—

C. F. Boehringer & Soehne

Mannheim-Waldhof

Irodalom és minta az orvos uraknak
díjmentesen. 4891-3

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.

Elberfeld.

Protargol

Elérhetetlen antigonorrhoeum

(gynaekologikus
praxisban és prophylaktikus czélokra.)

Legjobban bevált
az ophthalmolog., laryngolog. és otiatr.
praxisban.

(Az oldatok frissen és hidegen készíthetők.)

Kittinő antisepticum a seb- és eczema
kezelésénél:

inficiált sebek, égési sebek, panaritíák, furunkulosi-
sok, eczemák.

Rp.: Protargol 3·0, solv. i. Aqu. dest. frig. 5·0,
Lanolin. anhydr. 12·0. Vasel. flav. 10·0.

Képviselet Ausztria és Magyarország részére:

Idr. Bayer & Co., Wien, I., Biberstrasse 15.

MATTONI-FÉLE

GIESSHÜBLER

természetes
égyényes
SAVANYÚVIZ.

Bromlecithin „Agfa”

Vaspraeparatumok pótszere vérszegénységnél.

Adag: 3 × 2 pilula pro die. — Üvegek à 50—100 pilula à 0·1 gm. Bromlecithin „Agfa”.

I. számú
erősség
erősen
savanyú.

Acidol-Pepsin

II. számú
erősség
gyengén
savanyú.

Kitünő hatású, teljesen tartós

Sósav-Pepsin-Készítmény.

50 0·5 gm.-os pastillákat tartalmazó cartonokban.

Minták és irodalom kívánatra.

ACTION-GESELLSCHAFT FÜR ANILIN-FABRIKATION.

PHARMACEUTISCE ABTHEILUNG. BERLIN S. O. 36.

ORVOSI HETILAP.

Szerkesztőség:

IX., Knežits-utca 15.

Megjelenik minden vasárnap 2 1/2—3 1/2 íven. Mellékletei: Szemészet Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. Gynaecologia Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. Elme- és Idegkórtan Babarczy Schieortzer Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 füzet. Urológiai Szemle Haberern Jonathan Pál és Illyés Géza szerkesztésében 4 szám.

ALAPITOTTA

MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben. ANTAL GÉZA és HÖGYES ENDRE.

FOLYTATTA:

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY ÉS SZÉKELY ÁGOSTON

FŐSZERKESZTŐ.

SZERKESZTŐ.

Küldemények és előfizetések czíme

Orvosi Hetilap szerkesztősége és kiadóhivatala Budapest, IX., Knežits-utca 15. sz.

Hirdetések kizárólagos felvétele:

"PETŐFI" irodalmi és nyomdai vállalat, Budapest, VII., Kertész-utca 16. szám. Saját ház.

Kiadóhivatal:

IX., Knežits-utca 15.

Előfizetési árak:

helyben és vidéken:
egész évre... 20 kor.
fél évre... 10 "
negyed évre... 5 "
Orvostanhallgatók, szigorló orvosok és a kötelező kórházi gyakorlatot teljesítők felét és a portót fizetik.
Egyes számok kaphatók Kilián Frigyes egyetemi könyvkereskedésében (Váci-utca 32.sz.)
Egyes szám 60 f. Mellékletes szám 1 kor. 20 f.

Idegbetegek családi jellegű otthona.

Dr. Batizfalvy-féle

SANATORIUM ÉS VÍZGYÓGYINTÉZET

Budapesten, VII., Aréna-út 82. szám.

Fennáll 50 éve (alapított 1859-ben), 1908-ban a modern igényeknek megfelelően átalakítva és berendezve.

GYÓGYESZKÖZÖK: Vizgyógymód. Szénsavas fürdők. Villamos fényfürdő, hőfürdő. Napfürdő. Villamosítás (galvan-, farado-, Franklin-áram). Massage (diatetikus és orvosi). Vibrációs és rotációs massage. Gimnastika. Hízáló és soványító gyógymódok. Kötő ellátás, mérsékelt árák. Állandó orvosi felügyelet. Gondos ápolás. Kiváló tisztaság.

Vízgyógykezelésre bejáró betegek is felvétetnek.

Dr. Ulrich Gyula, vezető főorvos.

Telefon 15—35.

Kívánatra prospektus.

NERALTEINUM

(Para - aetoxyl-phenyl - amidonatrium metansulfonatum).

Longe optimum Antipyreticum, Analgeticum, Antineuralgicum et Antirheumaticum sine ullo effectu venenoso, in aqua solubile.

Lepetit, Dollfus & Gansser, Milano □ Wien, IX/2



60° C. term. meleg iszapfürdők óriási radiumtartalommal. :: Állandóan nyitva. :: Hazánk leglátogatottabb fürdőhelye (1908-ban 12,000 fürdővendég). :: Prospectus: Fürdőigazgatóság, Pöstyén. Budapestről 3 1/2 óra közvetlen gyorsvonattal. ::

HÉVIZ - gyógyfürdő

Keszthely mellett (Zalamegye).

Kiváló hatású, radioactiv forrásiszap.

37—39° C. hévforrás; 9 1/2 hold területű meleg forrástó.

Javallatok: Csúz, köszvény, zsábák, izzadmányok; esont- és mirigybajok; balesetek utókezelése stb. — Új berendezések. — Szép, száraz szobák. — Prospectussal szívesen szolgál a fürdőigazgatóság.

Bornyval

(Borneol-Isovaleriansav-ester)

megsokszorozva mutatja a tiszta valeriana hatását, kellemetlen mellékjelenségek nélkül.

Specifikum minden idegbántalom ellen,

nevezetesen a keringési, emésztési és központi idegrendszer betegségei ellen, továbbá szívneurosis, hisztéria, hipochondria, neurasthenia, ideges álmatlanság, általános fejfájás, menstruációs és klimakterikus zavaroknál.

Adagja naponként 3-szor 1 gyöngy.

Aperitol

Név törvényileg védve, német birod. szabad. bejelentve.

Isovaleryl-+ Acetyl-Phenolphthalein enyhe és fájdalomtalan hatású, teljesen ártalmatlan

Hashajtó szer

kellemes ízű | könnyen szedhető
gyümölcsbontban | tabletták
alakjában.

Eredeti dobozok | Eredeti csővecskék
à 16 darab ára 1 márka. | à 12 db ára 0.65 márka.

Aperitol a hashajtóként bevált Phenolphthalein-t tartalmazza, mely vegyileg az alhasi fájdalmakat csillapító Baldrian-nal van összekötve.

Minták és irodalom az orvos uraknak díjtalanul rendelkezésre állanak.

J. D. RIEDEL A.-G., BERLIN N. 39.

Korytnicza gyógyhely.

Saison-megnyitás május 15-én.

Kiválóan elismert gyógyvíz,

bél- és aranyeres bántalmak ellen, máj- és lépdegánatoknál, sárgaság, székrekedés, epekövek, húgysavas diathesis és diabetes ellen.

== Kapható: fürdőigazgatóság által Korytniczán. ==
Ujonnán épült, a legmodernebb igényeknek megfelelően berendezett vízgyógyintézet.

Reformált pensiorendszerünket különös figyelembe ajánljuk.

Vasútállomás Korytnicza.

(Interurban-Telefon.)

Bővebb felvilágosítást nyújt dr. Ormai József, kir. tanácsos, valamint a fürdőigazgatóság Korytniczán.

OKISTYPTIN M

(COTHARNINUM HYDROCHLORIC)

ÉHVÉRZÉSEK
ÉHATONIA
ÉHVÉRZÉSI RENDELLENESÉGEK
ÉH KÖRÜLI LOBOK
ÉH KLIMAKTERIUS ZAVAROK

SPECIFICUMA

RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁRA BUDAPEST, X.,

Magyar ember csak magyar ásványvizet igyék!

MAGYAR ÁSVÁNYVÍZ

forgalmi és kiviteli részvénytársaság
Budapest, V., Báthory-utca 5. szám.

Kizárólag természetes magyar ásványgyógyvizet hozunk forgalomba.

Egy liter víz palackcsere mellett:

Borszéki Boldizsár, idült gyomorbaj ellen 34 fill.
Borszéki Főkút, az ásványvizek ki-
rálya köszvény ellen 28 "
Borszéki Kossuth, vérszegénység
ellen 28 "
Bodoki Matild, alkális savanyúvíz 28 "

Baross, vesebaj ellen 28 fill.
Borhegyi, húgyhajtó 28 "
Bohóti, üdítő víz 28 "
Előpataki, sárgaság ellen 34 "
Felsőrákosi Mária, légesőhurut ellen 28 "
Hargitaligeti, üdítő ital 28 "
Horgász, étvágygerjesztő 28 "

Kászonifőkút (Salutaris) jód és lithium
tartalmú 28 fill.
Répáti, égvényes ásványvíz 34 "
Székely-Selters, idült gyomorbajok
ellen 28 "
Sztójkai, czukorbetegség ellen 34 "

Kérdezze meg az orvo-
sát és megtudja, hogy a

természetes ásványvíz

gyógyhatása és kellemes íze össze nem
hasonlítható a mesterséges ásványvizekkel
7123

Magyar ásványvizeinkkel a külföld majdnem összes gyógyvizet pótolhatók.

Tíz palackot már házhoz szállítunk!

1901 óta. ALBOFERIN

Dr. Fritz és
dr. Sachsse által
bevezetve.

Vas- és phosphortartalmú vérvépző, tápláló- és erősítő szer kiváló eredménnyel alkalmazható:
idegerősítő tápláló- és erősítő szer vérszegénység, sárgaság, scrophulosis,
rhachitis, emésztési zavarok, étvágytelenség esetén, reconvalescenseknél, neurastheniánál és szoptató asszonyoknál. Számos orvosi
dolgozat és vélemény áll rendelkezésre.

Alboferin phosphort és vasat természetes, szerves összetételben tartal-
maz, víz-, tej-, kakao-, malátakávéban teljesen feloldódik.

Alboferin-por egy-egy kávéskanállal, 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. Gyermekeknél és asszo-
nyoknál 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 elő-
mozdítására 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 gyógyszerárakban.

Brosürök 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.

Főraktár Budapesten:

TÖRÖK J. gyógyszer. VI., Király-utca 12.

Dr. PÁPAY VILMOS-féle oltó-intézet BUDAPEST,
VI., Teréz-körút 31.

Pontosan szállít kitűnőnek ismert, biztos fogamzású

himlőnyirkot bő adagolásban s a régi mérsékelt árakon. Tömeges oltásra: 8 fillér
egyenként. Ugyanott beszerezhető: kitűnő hatékonyságú
diphtheria-serum.

Igazgató-orvos: Dr. SZÉKELY ÁDÁM.

Telefon.

Sürgőnyczím: PÁPAY oltó-intézet.



Pezsgő oxigén-fürdők.

Hatásuk: Az ütőerőkések 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.

Jávalatok: Szív- és érbetegségek. Arteriosclerosis. Nephritis. Működési és szervi idegbajok. Rheumatizmusok. Asthma. Gümőkór. Hörghurut. 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 fürdővizbe (kb. 34 C.) való behintése útján. 3-4-szer hetenként egy Ozetfürdő.

Ár: 3 kor. 25 fill. (6 fürdőtől kezdve). Minden gyógyszerboltban 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.

Fibrolysin

könnyen oldható

Thiosinamin - vegyület.

Hegpuhító hatású

stenosisok, stricturák, kontrakturák és belső összenövések esetén.

Fájdalmatlan intramusculáris injectiók.

Fibrolysin-oldat

2-3 cm³-es steril phiolákban.

Irodalom rendelkezésre áll.

Tannoform

a csersav és a formaldehyd

condensatiós terméke, belső és külső használatra.

Teljesen méregmentes adstringens és antidiarrhoicum.

Desodoráló hatású

antisepticum.

Kitűnő váladékesöklentő szer

hyperhidrosisnál

főleg Tannoform hintőpor alakjában.

E. Merck-Darmstadt.

„Bayer”

CONTRATUSSIN

„Bayer”

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a

VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR

Budapest, VI., Andrásy-út 84.

Minden gyógyszerboltban kapható.

Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

Dr. Pajor új sanatoriuma

A fővárosban legújabbban épült, orvos-higiéniai tekintetben legteljesebben felszerelt és berendezett gyógyintézet.

Belgyógyászati, dietetikai, sebészeti és bőrgyógyászati osztályok 70 betegszobával.

A betegek a kezelő orvosokat szabadon választják.

Bennlakó és bejáró betegek részére:

külön női és férfi vízgyógyászati osztály.

Pneumatikus kamrák, inhalatorium.

Szénsavas-, villanyos fény- és kádfürdők.

Röntgen-laboratorium. **Pöstyéni iszapkúra.**

Budapest, VIII., Vas-utca 17.

Ulcus molle

ellen

„Sozjodol“-Natrium

durván porítva pure a fekélyre hintendő.

„Egy tényleges specifikum.”

Irodalmat (a „Sozjodol“-Therapia vademecuma) és kísérleti mennyiséget díjmentesen küld

H. Trommsdorff, vegyi gyár, Aachen 36 J.



Fersan

(Jolles)

Vas- és phosphortartalmú tápláló és erősítő szer.

Uj! Brom-Fersan-Pastillák.

Fersan-por.Rp.: Pulv. Fersani
25.0**Fersan-pastillák.**Rp.: Pastill. Fersani (à 0.5 gm.
vagy à 0.25) scat. orig. No. 50

25 gramm, mely elegendő 6-7 napra, 1 koronába kerül.

Különösen javallva: Sápikórság, vérszegénység, rachitis, neurasthenia, gyengeségi állapotok, étvágytalanság és tuberculosishál.

Jod-Fersan-pastillák felnőtteknek

(eredeti kartonban 100 darabjával és 50 darabjával).

Specificum arteriosclerosis ellen.

D. S. Kétszer naponta 3-6 pastilla, az illető indicatio szerint.

Jod-Fersan-eszkoládé gyermek-pastillák

(eredeti kartonban 50 darabjával).

4844

D. S. Kétszer naponta 2-4 pastilla.

Kapható minden gyógyszerboltban.

Szénsavfürdő-berendezéseket

szállít és felszerel

Dr. Wágner és Társai Egyesült gyárak m. b. t. cég

Budapest, IX. ker., Tinódy-utca 3. sz. alatti gyártelepe.

A fürdők kitűnő gyógyeredményeket mutatnak fel és az összes fővárosi szanatoriumokban be vannak vezetve.

Prospektusok ingyen és bérmentve.

7069

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markosovszky 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 Babarczy Schwartzert 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.

Kentzler Gyula: Közlés az I. sz. belklinikai laboratóriumából. (Igazgató: báró Korányi Frigyes dr. ny. r. tanár.) Vizsgálatok a phagocytosiról és az opsoninról. 370. lap.

Galambos Arnold: Közlés a budapesti kir. tud.-egyetem III. sz. belorvostani klinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyetemi ny. r. tanár.) A Schürmann-féle színreactio értékéről lues eseteiben. 372. lap.

Udvarhelyi Károly: Az ép és a beteg labyrinthus functio-vizsgálatának mai állása. 373. lap.

Színnyei József: Közlés a szt. Rókus-kórház X. orvosi osztályáról. (Főorvos: Wenhardt János egy. magántanár.) Az extractum digitalis depuratum (digipuratum Knoll) hatása a vérkeringési rendszerre. Megjegyzések a digitalis hatásmódjáról. 375. lap.

Tangl Ferencz: Klug Nándor f. 378. lap.

Árkövy József: A budapesti kir. magy. tudomány-egyetem stomatológiai klinikája. 380. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Láday Győző: Emlékezés két hírneves budapesti egyetemi tanárról. — *W. M. Bayliss:* The nature of enzyme action. — *Lapszemle. Idegkórtan. Jellé:* A nyakszirtmerevedés serungyógyítása. — *Sebészet. Lejars:* Hepatocholeangioenterostomia. — *Shoemaker:* A sphincter ani reconstitúciója. — *Szülészet és nőorvostan. Freund:* A kolkokoeliotomiák és az Alexander-Adams-féle műtét kellemetlen következményei. — *Fül-orvostan. Pasquier:* Epilepsiaszerű göresök középfülgyulladásból eredő geny retentiója miatt. — *Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra. Fleisch:* Bromfersan. — *Hönnigsmied:* Hheroin. 381—383. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 383. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 384. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 385—387. lap.

Melléklet. Glück Rezső gyógyszerész „Digestol” prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés az I. sz. belklinikai laboratóriumából. (Igazgató: báró Korányi Frigyes dr. ny. r. tanár.)

Vizsgálatok a phagocytosiról és az opsoninról.

Irta: **Kentzler Gyula** dr. klinikai gyakornok.

Ezen vizsgálataim azt a célt szolgálták, hogy vajjon a phagocytosis szempontjából a vér több vagy kevesebb fehérvérsejttartalma befolyással van-e a sejtek által felvett bakteriumok mennyiségére. A vizsgálat megejtésére az eredeti Wright-féle eljárás, melynek segítségével a phagocytosis fokát és az opsonin-indexet megállapítani szokás, nem volt azonban megfelelő. Ezen eljárásnál ugyanis a leukocyták izoláltnak, tehát a vörösvérsejtektől elkülönítve kevertetnek az opsonint tartalmazó savóval és a megfelelő bakteriumokkal, ezen eljárásnál tehát a fehérvérsejtek elkülönítése folytán megváltozott viszonyok állnak fenn a vér eredeti fehérvérsejt-tartalmához képest.

Ezen eljárás helyett, kiindulva Becher vizsgálataiból, oly methodikát alkalmaztam, melynél a fehérvérsejteknek a vörösvértestecskéktől való elkülönítése elmaradt és a vizsgálandó vért csak a saját savójától, mely egyúttal opsonint is tartalmazott, különítettem el többszöri mosás és centrifugálás által. Az ezen vérsejtekből előállított emulsió tehát körülbelül az eredeti számnak megfelelő mennyiségben tartalmazott fehérvérsejteket, a mely emulsiót azután egy normál opsonint tartalmazó serummal és bakteriumokkal kevertem és ily módon határoztam meg a phagocytosis fokát. Ezen eljárásnál a fehérvérsejtek izolálása elesvén, elmarad a sejtek többszörös centrifugálása is és így a vizsgálat sokkal gyorsabban vihető keresztül és valószínűleg éppen az említett okból a phagocyták is csekélyebb fokban károsíthatnak meg. A vörösvérsejtek jelenléte Becher vizsgálatai szerint, kinek adatait saját vizsgálataim alapján magam is megerősíthetem, a phagocytosist egyáltalán nem befolyásolja. Az opsonint tartalmazó savót a szokásos eljárással nyertem és így rendszeren a vér megalvadása után kiváló

serumot használtam fel vizsgálataimhoz. A mi végül a felhasznált bakteriumokat illeti, ezek staphylococcus pyogenes aureus 24 órás agarcultúráivoltak, melyeket physiologiai konyhasóoldatban emulgeáltam oly módon, hogy 1 mm³-ben 10—12 millió coccus foglaltassék. A bakteriumoknak ezen számbeli viszonyát a Wright-Leisham-féle eljárással állapítottam meg, mint ismeretes, oly módon, hogy a bakteriumemulsiót oly véresejt-szuspensióval kevertem, melyben a vörösvérsejtek száma ismeretes volt. Ezen keverékből festett készítményt csináltam és megállapítottam, hogy látóterenként hány bakterium és hány vörösvérsejt látható. Rendszeren 100 látóteret vizsgáltam ily módon át. Mivel a véresejtszuspensio vörösvérsejttartalma ismeretes, a látóterek átvizsgálásával megállapítottam, hogy 1 vörösvérsejtre hány coccus esik, s így egyszerű arányszámítás alapján megállapítható volt a coccusoknak 1 mm³-ben foglalt mennyisége is. Ha ez ismeretes, egyúttal meg van adva a hígítás foka is, mely szükséges ahhoz, hogy oly keveréket kapjak, melynek coccustartalma 1 mm³-ként 10—12 millió legyen.

A bakteriumoknak a vizsgálat ideje alatt történő megszorodását azáltal zártam ki, hogy a coccusokat 60° mellett előltem. Az idevágó vizsgálatok, legutóbb Bechhold (Münch. med. Woch. 1908. 34. szám.) vizsgálatai kimutatták, hogy a phagocytosis szempontjából mindegy, akár élő, akár elölt bakteriumokat használunk fel a kísérleteinkhez, ez átkísérleti eredményeket nem befolyásolja. A vizsgálatokhoz 10 napon a ugyanazon coccusemulsiót használtam fel. Ezen idő alatt változás az emulsióban nem jött létre. 10 nap után az esetleges autolysis miatt újabb emulsiót készítettem a már vázolt módon, ennek coccustartalmát újból megállapítottam és ezen újabb emulsió ismét 10 napig szolgált kísérleti anyagnak.

Kísérleteimet úgy végeztem, hogy a véresejt-, illetőleg a mosott vér-emulsióból, a normál savóból és a bakteriumemulsióból egyenlő mennyiségeket kevertem össze. Ezután a keveréket 1/2 órára thermostatba helyeztem, majd a kivétel után a keveréket tárgylemezre kentem fel, s szárítás után lángon fixáltam. A fixálás után destillált vizet öntöttem a készítményre, mely 1—3 perc alatt a vörösvérsejtek feloldotta. Az újból végzett szárítás után a készítményeket megfestettem. A készítményeknek híg ezetsavval való kezelését, mint azt Becher végzi, nem vettem igénybe, mert a vörösvérsejtek

oldása a destillált víz hatása alatt is beáll és a fehérvérsejtek festése az előzetes ecetsavval való kezelés mellett kevésbé jól sikerül. A festésre a Grüber-féle pyronin-methylzöld festéket használtam, melyhez 4:1 arányban 4%-os pyronin-oldatot adtam. 10 percig tartó festés után a készítményeket folyó vízzel lemostam és megszáritottam. Ily módon a zöldes violet fehérvérsejtekben a sötétvörös coccusok jól láthatók és könnyen megszámlálhatók voltak.

A számoláskor első sorban megállapítottam azon leukocytaszámot, mely mutatta, hogy 100 leukocytá között általában hány tartalmaz bakteriumokat. Ezután megállapítottam a coccusok számát 100 phagocytáló sejt bakteriumtartalmának megszámlálásával.

Ezen eljárás szerint emberi és állati leukocyták phagocytáló képességét vizsgáltam meg. A kísérleteket úgy végeztem, hogy a vázolt eljárásnál felhasznált vér 1 mm³-ben foglalt fehérvérsejtek számát is meghatároztam a szokásos fehérvérsejtszámláló eljárásal. Az így ismert mennyiségű fehérvérsejtet tartalmazó vért hoztam azután össze a normál opsoninokat tartalmazó disznósavóval és a bakteriumemulsióval.

Először normál állatok fehérvérsejtjeinek phagocytáló képességét vizsgáltam meg. Ezután részint natr. nucleinicum injectiója, részint előlt vagy élő staphylococcus-cultúrák beoltása által leukocytosist, illetve cholin injectiója által hypoleukocytosist igyekeztem előidézni. Ezen emelkedett vagy csökkent leukocytaszám mellett kísérleteimet újból hasonló methodika mellett végeztem.

Emberen először szintén rendes mennyiségű fehérvérsejtet tartalmazó vért használtam fel kísérleteimhez, majd oly betegek vért vizsgáltam, kiken infectiosus eredetű leukocytosis, illetve leukopenia állott fenn, e mellett még leukaemiások vére is szolgált vizsgálataim tárgyul.

A mint az I. táblázat mutatja, a normális házinyulak vére 9800—14,600 leukocytát tartalmazott 1 mm³-enként. Nagyobb külön-

I. tábla. Normal nyulak leukocytáinak phagocytosisa.

Szám	Fehérvérsejt-szám 1 mm ³ -enként	100 sejt közül		100 sejt által felvett bakteriumok száma	1 sejtre számított átlag
		phagocytált	nem phagocytált		
1	9,800	77	23	253	2.5
2	10,800	63	37	228	2.3
3	11,100	69	31	285	2.9
4	11,200	70	30	277	2.8
5	11,700	77	23	217	2.2
6	11,900	70	30	203	2.0
7	12,400	71	29	225	2.3
8	14,600	73	27	223	2.2

ség a phagocytosis fokában az aránylag mégis változó számú leukocytamennyiség ellenére nem volt megállapítható. Sem a phagocytáló és nem phagocytáló sejtek számarányából, sem a felvett bakteriumok mennyiségéből további következtetéseket nem vonhatunk. Ezen eredmény megfelel azon vizsgálati eredményeknek, melyek egészséges normális egyénekben végeztek és a mely vizsgálatok szerint, bár kisebb ingadozások előfordulnak, általában a normális egyének fehérvérsejtjeinek phagocytosisa körülbelül ugyanaz.

A normális állatok sejtjeinek átlagos 1 sejtre vonatkoztatott phagocytosisa 2.3. Ennek megfelelően az opsonin-index határa, ha az átlagos szám egységül vették, 4.87 és 1.26 között található. Ily ingadozások tehát rendes viszonyok között is előfordulhatnak. Együtt az is látható a táblázatból, hogy a phagocytált bakteriumok száma a fehérvérsejtek számától teljesen független.

A II. táblázatban azon 26 állaton végzett kísérletek eredménye van összefoglalva, melyekben leukocytosis volt található. Ezen állatok egyrészt natrium nucleinicummal (0.5 gm.), másrészt előlt vagy élő staphylococcusokkal kezeltettek. Az oltást rendszerint tetemes leukocytosis követte. A legkisebb leukocytá-szám előlt staphylococcus oltása után (14,200), a legmagasabb natr. nucleinicum befecskendezése után (30,500) volt található.

A legkisebb index 0.82, a legmagasabb 1.65 volt. Ha a vizsgált esetek az index szerint állítattnak össze, akkor látható, hogy a legkisebb index (0.82) 17,600 leukocytaszámmal; 0.90 index 18,600, 20,900, 16,100 leukocytá mellett; 0.95 index 22,000,

II. tábla. Phagocytosis kísérleti leukocytosissal.

Szám	Fehérvérsejt-szám 1 mm ³ -enként	100 sejt közül		100 sejt által felvett bakteriumok száma	1 sejtre számított átlag	Index	Megjegyzés
		phagocytált	nem phagocytált				
9	16,300	56	44	269	2.7	1.17	9—25-ig az
10	17,100	67	33	287	2.9	1.26	állatok natr.
11	17,400	75	25	319	3.2	1.39	nucleinicum-
12	17,800	60	40	302	3.0	1.30	befecskende-
13	18,600	63	37	205	2.1	0.91	zést kaptak.
14	18,900	61	39	298	3.0	1.30	
15	19,600	75	25	329	3.3	1.43	
16	19,800	64	36	270	2.7	1.17	
17	20,400	62	38	281	2.8	1.21	
18	20,900	67	33	209	2.1	0.91	
19	22,000	70	30	222	2.2	0.95	
20	22,600	70	30	303	3.0	1.30	
21	22,800	80	20	303	3.0	1.30	
22	26,000	75	25	265	2.7	1.17	
23	27,400	57	43	244	2.4	1.04	
24	28,900	80	20	328	3.3	1.43	
25	30,500	84	16	345	3.5	1.52	26—30-ig az
26	14,200	89	11	321	3.2	1.39	állatok előlt
27	16,100	72	28	205	2.1	0.91	staphylococ-
28	17,600	78	22	194	1.9	0.82	cus culturával
29	23,200	84	16	217	2.2	0.95	oltattak be.
30	27,100	84	16	233	2.3	1.0	31—34-ig az
31	18,500	77	23	297	3.0	1.30	állatok élő
32	20,200	86	14	377	3.8	1.65	staphylococ-
33	23,400	69	31	296	2.3	1.0	cusokkal ol-
34	2,600	54	46	220	2.2	0.95	tattak be.

23,200, 26,000 leukocytaszám mellett; 1.0 index 27,100, 23,400 leukocytá mellett; 1.04 index 27,400 leukocytá mellett; 1.17 index 16,300, 19,800, 26,000 fehérvérsejt mellett; 1.21 index 20,400 mellett; 1.16 index 17,100 mellett; 1.30 index 17,800, 18,900, 22,600, 22,800, 18,500 leukocytá mellett; 1.43 index 19,600, 28,900 mellett; 1.52 index 30,500, végül 1.65 index 20,200 leukocytá mellett fordult elő.

A harmadik sorozatban cholin-befecskendezésekkel hypoleukocytosist igyekeztem előidézni. Ez azonban nem sikerült, mert a cholin-injectiók ellenére (1.0 gm. subcutan) és annak ellenére, hogy a vérvételt a legalkalmasabbnak jelzett időben, 5 órával a befecskendezés után végeztem, a fehérvérsejtek számának nagyobb fokú csökkenése nem állt be, sőt egy esetben még leukocytosis volt található. Ily módon 3 állatot kezeltem (III. tábla), ezek között

III. tábla.

Szám	Fehérvérsejt-szám 1 mm ³ -enként	100 sejt közül		100 sejt által felvett bakteriumok száma	1 sejtre számított átlag	Index
		phagocytált	nem phagocytált			
35	21600	87	13	333	3.3	1.43
36	9700	76	24	264	2.6	1.13
37	14500	75	25	225	2.3	1.0

egynél 9700 leukocytá volt található, ez volt a legkisebb és 21,600 a legmagasabb leukocytaszám. Az index szerint összeállítva 1.0 index volt 14,500; 1.13 index 9700; 1.43 index 21,600 leukocytá mellett található.

Hogy a kísérleteket értékelni tudjuk, a II. és III. táblázat eredményeit az I. táblázat eredményeivel össze kell hasonlítanunk, a miről a IV. tábla ad felvilágosítást.

IV. tábla.

Index	Leukocytaszám normál állatokban	Leukocytaszám leukocytosisban	Leukocytaszám cholininjectio után
0-82	—	17,600	—
0-87	11,100	—	—
0-91	—	18,600, 20,900, 16,100	—
0-95	11,700, 14,600	22,000, 23,200, 26,000	—
1-0	10,800, 12,400	27,100, 23,400	14,500
1-04	—	27,400	—
1-08	9,800	—	—
1-13	—	—	9,700
1-17	—	16,300, 19,800, 26,000	—
1-21	11,200	20,400	—
1-26	11,100	17,100	—
1-30	—	22,800, 18,500, 17,400	—
1-43	—	14,200	—
1-52	—	19,600, 28,900	21,600
1-65	—	30,500	—
	—	20,200	—

A táblázat megtekintéséből kiderül, hogy a phagocytosis úgy a normál állatokban, mint azokban, melyekben kísérleti leukocytosis volt jelen, nem függ a vérben jelenlevő leukocyták számától. Ez még abból is kitűnik, hogy még az sem függött a leukocyták számbeli mennyiségétől, hogy 100 leukocytá között egyáltalán hány tudott bakteriumokat magába felvenni.

(Vége következik.)

Közlés a budapesti kir. tud.-egyetem III. sz. belorvostani klinikájáról (Igazgató: Bárány Sándor dr., egyetemi ny. r. tanár.)

A Schürmann-féle színreactio értékéről lues eseteiben.

Irta: Galambos Arnold dr., klinikai gyakornok.

A Deutsche Medizinische Wochenschrift-nek 1909. 14. számában „Luesnachweis durch Farbenreaction“ czímen Lubarsch experimentális therapiái intézetéből W. Schürmann új eljárását ismerteti a lues kimutatására.

Schürmann szerint a reactiót úgy végezzük, hogy $\frac{1}{10}$ cm³ vérsavóhoz 3—4 cm³ destillált vizet adunk, ehhez 1 csepp perhydrolt (Merek), aztán összerázzuk e keveréket és hozzáadjuk a reagenst, melynek összetétele: phenol 0.5, 5% ferrum sesquichloratum 0.62, aqua dest. 34.5; erre a lueses savóban azonnal tómpa, barnás-fekete szín áll elő, mely összerázás után sűrű folyadék benyomását teszi; míg a nem lueses savóban a reagens hozzáadása az érintkezés határán gyenge zöldes színeződés keletkezik, mely csakhamar vagy eltűnik teljesen, vagy pedig világos kékes-zöldes színnek ad helyet; összerázás után a folyadék teljesen átlátszó marad. A syphilitis savóban ezenkívül a reagens hozzáöntésekor mindenkor erős habzás volt észlelhető.

Hogy meggyőződjem arról, hogy a lueses és a nem lueses vérsavók ezen színreactiókülönbséget valóban mutatják-e vagy nem, az előírásához mindenben pontosan ragaszkodva, biztosan lueses, s biztosan nem lueses egyének vérsavóját vettem vizsgálat tárgyává. Mikor első ízben végeztem a reactiót, a leírthoz némileg hasonló, de nem azonos reactiót észleltem, tudniillik hogy a lueses vérsavóban habzás állott be, továbbá, hogy a habzó lueses savó a reagens hozzáöntésekor világos zöldes-sárga maradt, míg a nem lueses, nem habzó vérsavó sűrű, gomolyos, barnás-fekete, csapadékos színreactiót mutatott. Természetesen azonnal megismételtem a reactiót más, ugyancsak biztosan lueses s biztosan nem lueses egyének vérsavójával. Itt azonban az előbbi esetnek éppen megfordítottját észleltem, tudniillik a nem lueses vérsavó habzott s világos maradt, míg a lueses vérsavó habzás nélkül sűrű, fekete, csapadékos színreactiót mutatott. Megjegyzem, hogy itt is, mint más helyütt is, a habzás mindig a perhydrol hozzáseppentésekor, nem pedig a reagens hozzáelegyítésekor keletkezett. Az ezek után lueses s nem lueses vérsavó-

kon megismételt újabb vizsgálatkor a reactio teljesen hasonlóan folyt le: minden habzás nélkül, a tipusos megsötétéssel.

Ezen látszólag érthetetlen eredmények után a habzásnak, a megfeketedésnek, illetve ezek kimaradásának okát kezdtem kutatni.

Feltűnt, hogy az első esetben a lueses, a második esetben a nem lueses vérsavó kissé vöröses, vérséjtekkel szennyezett volt; ezeknél a centrifugálás után a vérsavó lepipettázása nem történt elég óvatosan. Az első gondolat az volt, hogy talán a jelenlevő vérséjtek, vagy a kioldott haemoglobinnak az, mely a reactionnak a kimenetelét befolyásolja! És csakugyan, ugyanazon vérsavók, melyek előbb habzás után világos színreactiót adtak, újból alapos centrifugálás s gondos lepipettázás után habzás nélkül reagáltak, s az előállott szín sötét barnás-fekete volt. Az ilyen módon az előbbi vérsavókkal újból megismételt vizsgálatok alkalmával a lueses s nem lueses vérsavók teljesen egyformán reagáltak: habzás egy esetben sem volt, s az előállott szín mindig sűrű barnás-fekete volt.

Hogy csakugyan a vér jelenléte okozta a habzást, s közvetve a színreactiókülönbséget, azt bebizonyítottam csak akkor tekintetbe, a mikor egy sorozatot vizsgáltam meg, a mely sorozatnak az egymás után következő tagjai mind több vért tartalmaztak, s ekkor azt észleltem, hogy a vér mennyiségének fokozatos emelésével az előállott habzás mind nagyobb lett, s a színreactio intenzitása ennek arányában mindinkább csökkent, úgy hogy a vérsavó savó — a skála alsó tagja — nem habzott s fekete színű lett, míg a skála utolsó, sok vért tartalmazó tagja igen erősen habzott, s a habzás szünte után hozzáadott reagensre átlátszó, világos zöldes-sárga szín keletkezett. A színreactio különbsége annál kifejezettebb volt, minél későbbben, a habzás szünte felé adtam hozzá a vas-carbols reagenst. Ha a habzás kezdetén adtam hozzá a reagenst, szindifferentia nem volt, vagy ha igen, inkább abban az irányban, hogy az élénken habzó folyadék — valószínűleg az in statu nascendi keletkező, szabad O₂ hatása alatt — még erősebb reactiót adott, mint a vért nem tartalmazó savó pozitív reactiója; de ha bevártam a habzás megszüntését és a folyadékot — habtól mentesen — átöntöttem egy más epruvettába, akkor az imént jelzett éles színkülönbség a vért tartalmazó s vért nem tartalmazó savók közt nagyon kifejezett lett. Hogy az ilyenkor kimaradó pozitív reactionnak az oka azonban nem a vérsavó lueses vagy ép voltával van összefüggésben, hanem kizárólag a perhydrolnak jelenlététől, illetve ennek a vérséjtekben levő oxydasek hatása alatt történő elbomlásától tetetik függővé, azt úgy bizonyítottam be, hogy az ilyen erősen pezsgett, s így perhydrolt nem tartalmazó, negatív reactiót adó vérsavóhoz újból perhydrolt adtam, s ekkor a negatív reactio azonnal erősen pozitív reactióba ment át.

Mintán láttam, hogy a lueses s nem lueses savók e színreactiódifferentiát nem adják, újabb vizsgálat tárgyává állati vérsavókat választottam (tengerimalacz-, marhavérsavó); ezekkel a — vérséjtektől mentes — vérsavókkal szintén fekete színreactiót kaptam, habzás nélkül. Most aztán physiologiai konyhasó-oldattal, majd destillált vízzel próbáltam meg a vérsavót helyettesíteni, s a reactio itt is teljesen hasonlóan folyt le, mint a különböző vérsavókkal. De itt is a vérséjttel történő szennyezés (bármely állati vérséjttel) a színreactionnak negatív kimenetét (habzás, világos szín) eredményezte.

Sem a habzás, sem a szindifferentia tehát nincs összefüggésben a vérsavó lueses, illetve nem lueses voltával. A reactio tulajdonképpen nem egyéb, mint a carbolnak a perhydrol által történt oxydatiója a FeCl₃ katalysise hatása alatt. A vérséjtek jelenléte, illetve hiánya annyiban bír jelentőséggel, hogy vérséjtek jelenlétében az oxydasek hatása alatt a perhydrol elbomlik (habzás közben) és így hiányozván a carbol oxydatiójához szükséges anyag, a pozitív reactio — a fekete színreactio — kimarad, azonban a perhydrolnak újból, utólagos hozzáseppentésekor a reactio újból előáll.

Az egész reactióban a legfontosabb szerepe kétségtelenül a perhydrolnak van; a vérsavó a reactionhoz nem szükséges, a FeCl₃ helyett katalysatornak a CuSO₄-ot is vehetjük, a carbol helyett oxydabilis anyagnak a resorcinot vagy pyrogallolt; csakis a perhydrol nem sikerült helyettesíteni, legalább a legközöségebb (KMnO₄, NH₂O₂-t tartalmazó HNO₃) oxydáló anyagokkal nem.

A reagens a FeCl₃ s a carbol bizonyos keverékét tartalmazza. Ez az elegy nem azonos az Uffelmann-féle reactionál szereplő vas-carbol vegyülettel. Az Uffelmann-féle reactionál a tejsav a kanári-

sárga színt csakis a vascarbolvegyületben hozza létre, míg a carbol stb.-re hatva a tejsav, a kanári-sárga szín kimarad. Ha a Schürmann-féle reakciónál a FeCl_3 helyett CuSO_4 -ot használunk katalysatorként, akkor a reactio sokkal lassabban jön létre, mert a CuSO_4 katalysises hatása sokkal gyengébb, mint a FeCl_3 -é. A katalysises hatást a CuSO_4 -nál élénken fokozhatjuk enyhe melegítéssel. A carbol pótolható resorcinnal, pyrogallollal (valószínűleg sok más, a carbolsoportha tartozó vegyülettel is, valamint a FeCl_3 helyett valószínűleg egyéb, mint pl. vanadium-, cerium-, higany-sók is használhatnának katalysatorként), úgy hogy a reactio létrejön például FeCl_3 s resorcinnal vagy CuSO_4 s pyrogallollal, vagy FeCl_3 és pyrogallollal stb. Sőt a pyrogallol még érzékenyebb reagensnek látszik, mint a carbol, mert a tejsavnak azon koncentrációja mellett, melynél a perhydrol a FeCl_3 katalysises hatása alatt a carbolt még nem tudja oxydálni, a pyrogallol oxydatiója kitűnően sikerül.

Schürmann azt gondolta, hogy a lueses reakciókban talán a lueses vérsavó tejsavtartalma szerepel! Azonban az eprouvetta-reactio éppen az ellenkezőről győzt meg, ugyanis tejsav jelenlétében a különben létrejövő pozitív reactio kimaradt. A tejsav kifejezetten gátlólag hatott a pozitív reactio létrejöttére. A perhydrol nem gátolta meg az Uffelmann-féle reactio létrejöttét, azonban a tejsav meggátolta a carbolnak a perhydrol által történő oxydatióját.

Hogy a tejsav mint olyan, avagy a tejsav mint sav szerepel-e a reactio kifejlődésének gátjában, ennek eldöntése végett egyéb híg savak jelenlétében kísértem meg a reactio végzését, s ekkor azt észleltem, hogy különböző szerves s ásványsavak, továbbá a lúgok is megakadályozzák a reactio kifejlődését, ennél fogva szükséges, hogy a reactio létrejöttének feltételeként a közeg semleges, vagy csak igen gyengén savi, avagy lúgos legyen; a reactio kimaradt tejsav, ecetsav, sósav, salétromsav, kénsav ($\frac{1}{10}$ n. kénsav), natronlúg stb. jelenlétében.

Ennél fogva kísérletileg bebizonyított tény, hogy a reactiohoz sem a lueses, sem az ép vérsavónak semmi köze sincsen; a reactio nem egyéb, mint a carbolnak a perhydrol által a FeCl_3 katalysises hatása alatt történő oxydatiója. Valahányszor e reagensek semleges közegben vannak jelen, a reactio mindannyiszor létrejön; valahányszor a közeg savi vagy lúgos, vagy ha a perhydrol (vérsav jelenlétében) elbomlik, a reactio kimarad.

Végül köszönetet kell mondanom Fogarasi Imre dr. kollegámnak, ki a chemiai rész kidolgozásában segítségemre volt.

Az ép és a beteg labyrinthus functio-vizsgálatának mai állása.

Irta: **Udvarhelyi Károly** dr., műtő főorvos.

(Vége.)

II. A labyrinthus működésének megszűnéséből eredő tünetek.

Ha az egyik labyrinthus bármely okból hirtelen megszűnik működni, pl. acut genyes gyulladás, labyrinthusbeli vérömleny vagy sérülés következtében, akkor igen heves tünetek lépnek előtérbe, a melyek rendkívül intenzív spontán nystagmusból — a mely mindig az egészséges oldal felé irányul —, igen erős szédülésből, az egyensúly teljes megszűnéséből, kínzó hányásingerből és hányásból, nagyfokú izzadásból állanak. Ezen objectív tünetek mellett subjective teljes megsiketülés, a hangvezetés teljes megszűnése (a csonton át is) és kisebb-nagyobb fokú fülzúgás van jelen.

Ezen állapotnak a prototypusa a *Menière* által először észlelt s róla elnevezett betegség. Ezen betegségben a nystagmus és a szédülés oly nagy, hogy a betegek sokszor még az ágyban fekvéskor sem tudják megtartani az egyensúlyukat s legurulnak. Állandóan az ép oldalukon fekszenek s szemüket a beteg oldal felé irányítják, mert így legkisebb intenzitású a nystagmusuk s ezzel arányosan a szédülésük.

Ezen heves tüneteknek az oka az, hogy a beteg labyrinthus által eddig fenntartott izomtonus hirtelen megszűnése, az épen maradt labyrinthus tonusa jut azonnal túlsúlyra s ez az ép oldal felé húzza teljes erejével a szemeket, a mi a leghevesebb spontán rotatorius nystagmusban nyilvánul az ép oldal felé, mely mellett minden velejáró melléktünet is a legkifejezettebben jelenik meg.

Ezen kínos állapot azonban csak néhány napig tart. Azután lassanként javul a helyzet; már 2—3 hét múlva a spontán nystagmus és a szédülés eltűnik s beáll a latens labyrinthusrönsolódás állapota, a melyben a szemek associált mozgása is már egész normálisan történik; szóval teljes kiegyenlítődéss jön létre, úgy hogy a latens labyrinthusrönsolódásnak a jelenlétét csak alapos vizsgálattal tudjuk körjelezni. Éppen ebben rejlik a különbség a kisagybeli rönsolódások következtében létrejött és a labyrinthusból származó nystagmus között, mert amaz nem szűnik meg, hanem állandó marad s a mellett az iránya független a labyrinthus állapotától.

Most az a kérdés támadhat, hogy az egyoldali acut labyrinthusrönsolódásból származó heves tünetek miért szűnnek meg néhány nap alatt? Hiszen ha az elpusztult labyrinthus által fenntartott izomtonus teljesen megszűnik, s az épen maradt labyrinthusból fenntartott izomtonus jut érvényre, ezen állapot állandó nystagmust, állandó egyensúlyzavart kellene hogy létrehozzon, s azt látjuk, hogy a nystagmus napról napra kisebb fokú lesz s bizonyos idő múlva a szemek és a test mozgásai ismét teljesen normálisak lesznek. Ez véleményem szerint csakis úgy történhetik, hogy mint már jeleztem, egy-egy labyrinthusnak nemcsak a *Högyes* által kimutatott 3—3 szemizom tonusára van befolyása, hanem a többi 3—3 szemizomra is, csak hogy a *Högyes* által jelzett szemizmokra nézve ezen hatás sokkal nagyobb, mondjuk kétszer olyan erős. Így lehet meg a képessége az épen maradt labyrinthusnak arra, hogy az elpusztult társának a működését átvegye bizonyos ideig tartó gyakorlás után, úgy hogy a saját oldalán levő szemizmok tonusára való befolyása gyengül, az ellenoldali izomzatra való befolyása pedig növekedik.

Ezen kiegyenlítődéss azonban hosszú ideig csak látszólag tökéletes, s éppen az így maradt hiányok kimutatása adja kezünkbe az eszközt, mely, mint alább látni fogjuk, a körjelzés megtevéséhez vezet bennünket.

A kiesett labyrinthus működését pótló kiegyenlítést az épen maradt labyrinthus csak lassan, mintegy a begyakorláshoz szükséges idő alatt teheti meg. Ezen idő meg van adva akkor, ha az egyik labyrinthus valamely lassú folyamat által pusztult el. Ilyenkor a labyrinthuselpusztulás észrevétlenül, latens módon következik be. Így például a középfül tuberculosus lobjához társuló diffúz labyrinthusgyengedések legtöbbször lappangva, egy-két kisebb szédülési rohamot leszámítva, tünet nélkül folynak le.

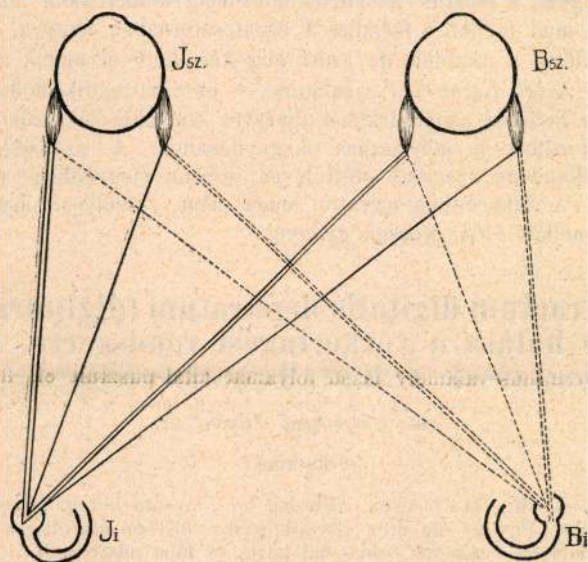
Néha nem az egész labyrinthus betegszik meg, hanem csak egy része. Például egy ívjárat — legtöbbször a horizontális ívjárat — falán képződik caries vagy necrosis, a mely olykor csak körülírt lobot okoz a megfelelő ívjáratban. Ezen részleges megbetegedés hogy milyen tüneteket okoz, az attól függ, hogy a folyamat egyenletes lassúsággal halad-e előre, vagy pedig bizonyos ugrásokkal. Az előbbi esetben észrevétlenül, tünet nélkül folyik le, míg az utóbbi esetben spontán nystagmosus és szédüléss rohamokat idéz elő, melyek azonban korántsem oly intenzívek, mint a diffúz labyrinthusrönsolódásoknál előjövők; legtöbbször jelentékenyebb egyensúly-zavarokkal nincsenek is összekötve. Az így létrejött spontán nystagmus iránya attól függ, hogy a kóros folyamat izgatólag hat-e a megtámadott ívjáratra, vagy pedig csupán a működését bénítja meg. Előbbi esetben a megbetegedett oldal felé (ez a leggyakoribb eset), utóbbi esetben pedig az ép oldal felé irányított a spontán nystagmus. Az előbbi esetben a fej gyors mozgása vagy a lehajlás utáni gyors felállás is tud nystagmust és vele szédülést okozni.

A *fistula-tünet*. A labyrinthus-fistulánál a szédüléss rohamtól mentes időben is mindenkor lehet nystagmust előhívni, a már ismert módokon kívül az által is, hogy a hallójáraton, vagy esetlegesen a csecsnyúlványon levő sipolyon keresztül légritkítás vagy légsűrítés által nyomást vagy szívást gyakorolunk a fistula-nyíláson át a hártás labyrinthusra. A légritkításra előállt nystagmus ellenkező irányú, mint a légsűrítésre előállt. Ezen úgynevezett fistula-tünet, bár ép labyrinthus-fal mellett a legtöbb esetben nem hívható elő, azonban néha, ha a kengyel lapjának a körhártája nagyon mozgékony, ép labyrinthus mellett is előjöhethet. Azért nem mondható ezen tünet a labyrinthus-fistulára nézve teljes bizonyosságu pathognomoniás jelnek, hanem csupán olyan tünetnek, a melynek az előhívhatása valószínűvé teszi a jelenlétét.

A latens egyoldali labyrinthus-roncsolódás vizsgálata történhetik:

1. *Forgatás által.* Ha azon egyént, kinek például a jobb labyrinthusa el van ronesolva, jobb felé forgatjuk 10-szer, akkor a forgatás után előállott, balra irányuló utónystagmus kisebb lesz mint normális viszonyok között, de sokkal nagyobb, mint a bal felé való forgatás után előállott, jobb felé irányuló utónystagmus, vagyis, az egészséges oldal felé irányuló utónystagmus sokkal erősebb lesz, mint az elpusztult labyrinthus oldala felé irányuló utónystagmus. Ezen jelenséget *Bárány, Ewald* kísérleteire hivatkozva, úgy magyarázza, hogy a forgatás a forgás iránya felé eső labyrinthusra sokkal erősebb ingerként hat ugyan, mint a másik oldalra; mégis ezt az oldalt is izgatja a forgás, és mivel ez az izgalom is a forgási iránynyal ellenkező irányú nystagmust okoz, így ép állapotban a forgási utónystagmus úgy a jobb mint a baloldali labyrinthuszizgatásnak az összehatására áll elő. Ha az egyik labyrinthus el van pusztulva, akkor természetesen csak az egyik labyrinthust lehet izgatni, és így az egy labyrinthusból származó forgatási utónystagmus általában gyengébb lesz, mint a két labyrinthus izgatásából előálló utónystagmus; a mely gyengülést még az is fokozza, hogy a megmaradt labyrinthus izgathatósága is lejjebb száll.

Sem ezen magyarázat, sem a Högyes-féle theoria nem fejt meg kellőképpen a dolgot. Ha *Bárány* szerint azon oldali labyrinthus izgalma, mely a forgatás iránya oldalán van, nagyobb



2. ábra. Az ívjáratoknak a szemizmokra való hatásának vázlata. J. i. = jobb vízszintes ívjárat. B. i. = bal vízszintes ívjárat. J. sz. = jobb szem. B. sz. = bal szem.

lesz a forgatás által, mint a másiké, akkor az épen maradt labyrinthus felé való forgatás után miért sokkal kisebb a beteg oldal felé irányult utónystagmus, mint a beteg oldal felé való forgatás után az ép oldal felé néző utónystagmus. Hiszen ezen theoria szerint éppen az ép oldal felé forgatva gyakorolunk nagyobb ingert a megmaradt labyrinthusra, tehát ezen nagyobb izgalomból kiváltott s a hiányzó labyrinthus felé irányuló nystagmusnak kellene nagyobblnak lenni. A Högyes-féle theoria szerint, ha egy-egy labyrinthus csak azon szemizmokra hat, melyek a szemet a saját oldala felé húzzák, akkor egy labyrinthusból sohasem lehetne az ellenkező oldalra irányuló nystagmust előhívni. Ha azonban a már többször érintett álláspontomat tekintjük valóságnak, hogy tudniillik mind-egyik labyrinthus mind a 12 szemizom tonusára befolyással bír, csak hogy az egyik-egyik labyrinthusnak befolyása a szemgolyót a saját oldala felé húzó szemizmokra nézve nagyobb, tegyük fel kétszerannyi, mint az ellenoldaliakra nézve, akkor könnyen magyarázható a dolog. Vegyük például a horizontális ívjáratokat, a melyeknek a hatása mind a két szem rectus externusára és rectus internusára kétségtelen. Csak hogy az egyik, például a jobb horizontális ívjárat, a míg a jobb szem rectus externusára és a bal szem rectus internusára 2—2 erőegységgel hat, addig a jobb szem rectus internusára és a bal szem rectus externusára csak 1—1 erőegységgel van hatással. A baloldali horizontális ívjárat hatása a nevezett szemizmokra fordítva történik, azaz a saját oldali

rectusokra 2—2, az ellenoldaliakra 1—1 erőegység esik. Ilyenformán ép állapotban a két horizontális ívjárat együtt egy-egy szemizomra összesen 3 erőegységgel hat, melyek közül 2 erőegység azon oldali ívjáratból származik, a melyik oldalon az illető szemizom van, míg az ellenkező oldali ívjáratból csak egy erőegység jön. Ha az egyik oldali labyrinthus elpusztul, akkor a 4 szóban levő szemizomra nézve elesik az egyik ívjárat hatása, míg az épen maradt ívjárat úgy hat rájuk, hogy a saját oldali izmokra 2—2 erőegységgel, az ellenkező oldaliakra pedig 1—1 erőegységgel hat. Így, míg a kiegyenlítődés meg nem történik, az ép labyrinthus oldala felé 1—1 egység túlerő húzza mindkét szemet, s a nystagmus is ezen irányban 2-szer oly erős lesz, mint az elpusztult labyrinthus irányában. A kiegyenlítődés is jobban érthető ezen álláspont szerint, a mennyiben a gyakorlat* által az ellenkező oldali egyszeres erejű impulsus növekedik, s a kétszeres erejű impulsus ereje fogy, s csakugyan 1—2 év alatt a kiegyenlítődés a kétoldali tonuskülönbség között olyan fokot ér el, hogy a forgási utónystagmusnál már nem vehető észre.

2. Másik módja a latens labyrinthus-roncsolódás vizsgálatának a *calorikus nystagmus* előhívása. Ez az elpusztult labyrinthus oldala felől egyáltalán nem sikerül, míg az ép oldalról a kezdeti spontan nystagmus is befolyásolható ezen módszerrel, a latens alakban pedig jól sikerül vele a nystagmus előhívása. A nystagmus tartamára nézve a normálistól való eltérés a calorikus nystagmusban is éppen olyan, mint a hogy a forgási utónystagmusnál említettük. A calorikus vizsgálat adja tehát a legbiztosabb és legkézzelfoghatóbb adatokat a féloldali latens labyrinthus-roncsolódás körjelzéséhez.

3. A *galvanikus nystagmus* az elpusztult labyrinthus oldalán csak úgy váltható ki, ha az áram oly erős, hogy már az idegtörzs esonkját is izgatni tudja — ha ugyan még működésképes —, a mi csak 10—14 m.a. erejű árammal sikerül. Ha az idegtörzs is elvesztette az ingervezetőképességét, akkor igen erős áram sem válthat ki nystagmust, míg az ép oldalon 0.5—5 m.a. erejű áramra már beáll a reactio. Ebben különös az, hogy kathodizgatásra az ép oldalon kisebb áramerőre áll elő a galvanikus nystagmus, mint azon esetben, melyben mind a két labyrinthus ép, s viszont nagyobb erejű áram tud anod-reactiót előidézni. A képlet jobb-oldali labyrinthus-roncsolódásnál így alakul *Mackenzie* szerint:

Jobboldalt: K. 10 m.a. = rot. N. → jobbra; A. 3 m.a. = rot. N. ← balra;

baloldalt: K. 3 m.a. = rot. N. ← balra; A. 7 m.a. = rot. N. → jobbra.

Ez azt bizonyítja, hogy az egészséges oldalon a galvanikus ingerre a kathod iránti ingerlékenység nem csökkent, hanem fokozódott. A mi érthető akkor, ha felveszszük, hogy az elpusztult labyrinthus szerepét is átveszi az épen maradt labyrinthus.

Rendkívül érdekesen világítja meg a galvanikus vizsgálat eredménye az egyik oldalon beteg, de még működésképes labyrinthus eseteiben az épen maradt labyrinthus működésének alkalmazkodását. Mint említettük, azon legkisebb áramerősség, a mely nystagmust idéz elő ép állapotban, átlagosan 4 m.a. úgy a kathodra, mint az anodra nézve. Ha az egyik oldalon, például circumscrip labyrinthusmegbetegedés következtében, a labyrinthus izgatott állapotban van, akkor a fokozott izgatottságnak megfelelőleg, sokkal kisebb áram szükséges ahhoz, hogy kathodizgatásra nystagmus álljon elő, de ugyanakkor ugyanazon az oldalon anodizgatásra ugyanannyival nagyobb áramerőre áll be nystagmus. Például, ha a jobb oldalon 2 m.a.-re áll elő kathodizgatási nystagmus — a mi a normálisnál 2 m.a.-rel kevesebb ($4 - 2 = 2$) —, akkor ugyanazon az oldalon csak 6 m.a.-rel ($4 + 2 = 6$) hívható elő a nystagmus. Ámde éppen az alkalmazkodási kiegyenlítődés folytán ezen esetben az ép bal oldalon is megváltozik a viszony, a mennyiben ott most csökken a labyrinthus ingerelhetősége, és pedig éppen annyival, mint a mennyivel a másik oldalon növekedett. Így most a bal oldalon a kathod-nystagmus kiváltására nem mint rendesen 4 m.a., hanem ($4 + 2 =$) 6 m.a.-nyi áramerősség szükséges; míg az anodra ($4 - 2 =$) 2 m.a. áramerősség mellett áll be a nystagmus. *Mackenzie* képlete a felhozott példában:

Jobboldalt: K. 2 m.a. = rot. N. → jobbra; A. 6 m.a. = rot. N. ← balra;

baloldalt: K. 6 m.a. = rot. N. ← balra; A. 2 m.a. = rot. N. → jobbra.

* * *

A mindkétoldali labyrinthust elpusztító folyamatok igen ritkák, leginkább az ébrényi életben fordulnak elő, vagy még ritkábban a gyermekkorban szerzett vörheny és diphtheritis-fertőzéstől erednek, ez utóbbi esetben az alapbetegség súlyos képe eltakarja a labyrinthuspusztulás tüneteit.

A kétoldali idült labyrinthus-roncsolódást a siketnémákön találjuk meg. Ezeken semmiféle módon nem tudunk labyrinthus-nystagmust előidézni, de ezek a szédülés fogalmát sem ismerik. A mi az egyensúlyzavart illeti, ezt legezálszerűbb az Alexander által módosított Stein-féle goniometerrel mérni, a mely csavarok és csiga által egyenletesen fokozható ferde sikot alkot. Ezzel meghatározhatjuk azon lejtő fokát, a melyen még tudnak a vizsgált egyének egyensúlyt fenntartani, de azon túl már nem. Ezen fok azokon, kiken az egyik vagy mindkét oldalon el van pusztulva a labyrinthus, sokkal kisebb, mint azokon, a kiken a labyrinthus mindkét oldalon ép.

* * *

A jelen dolgozatban ismertetett módszerek segítségével, mint láttuk, biztos tudomást tudunk szerezni a labyrinthus működés-képességéről. Ez azonban nem elég, mert tudnunk kell azt is, hogy mikor jut a labyrinthus megbetegedése azon szakba, a melyben az operatív beavatkozás szükségessége elérkezett. Ez pedig igen fontos dolog, mert a diffus genyes labyrinthitis, bár néha beavatkozás nélkül is lefolyhatik, az esetek igen nagy százalékában meningitishez vagy mély agytályogok képződéséhez vezet, a mely complicatiók pedig mondhatni feltétlenül halálosak. Másrészt, a mint Alexander, Neumann és mások tapasztalása révén tudjuk, sokszor szegődik az idült, de főleg a heveny genyes középfülgyulladásokhoz úgynevezett serosus labyrinthitis, a melynél a labyrinthust műtéttel elpusztítani nem szabad, mert lefolyása után a hallási képesség rendesen visszatér. Már pedig a savós labyrinthus-gyulladás tartama alatt is éppen úgy fel van függesztve a labyrinthus működése, mint a genyes gyulladásnál. Az acutan keletkezett labyrinthitisben a vele járó vehemens tünetek útbaigazítanak arra nézve, hogy mikor lett megtámadva a labyrinthus, de a latens alakban erre nézve csak az anamnesis pontos felvételekor nyerhetünk esetleges felvilágosítást, ha ugyan voltak szédülési rohamok; ha nem voltak, akkor esetleg semmi támpontunk sincs a keletkezés megállapítására, mert a hallás egyoldali elvesztése gyakran észrevétlenül következik be. Megtörténhetik ugyanis, hogy régen működésképtelen labyrinthus mellett keletkezik genyes középfülgyulladás ugyanazon az oldalon; ha ezen esetben a megejtett labyrinthusvizsgálat adatai szerint a labyrinthus működését megszüntnek találván, megnyitnánk, benne a genynek nyomát sem találván, és teljesen felesleges műtétet hajtottunk volna végre. Hogy ezen sorsot kikerülhessük, minden középfülgyulladásban megbetegedett egyént első sorban is a hallására kell megvizsgálni és főképpen a hangvilla hangjának a csonton át való vezetését. Ez abban áll, hogy mély vagy közepmagas hangú rezgő hangvillát teszünk a beteg feje tetejére. A hangvilla hangját a koponya-csontok elvezetik mindkét labyrinthushoz. A középfülgyulladásokban a duzzadt nyálkahártya és az ott levő váladék a dobüreget jobban kitöltve, ezen az oldalon jobban vezettetik a csonton át a hang, úgy hogy a betegek állandóan a beteg oldalon hallják erősebben a hangvilla hangját. Ha azonban a labyrinthus megbetegszik, akkor képtelen a hangot percipiálni, s így most csak az egészséges oldalon hallják az ilyen betegek a hangvillát. Ha ezen hangvillavizsgálatot gyakran végezzük, megtaláljuk azon időpontot, a melyben a labyrinthus bevonatott a bántalom körébe és most vehetjük elő az ismertetett labyrinthus-functio-vizsgálatot, a mely objective is meggyőző bennünket arról, hogy csakugyan a labyrinthus megbetegedése-e az oka a csontvezetés megváltozásának, vagy más körülmény. Olyan kis gyermekeken és eszméletlen kívül levőkön, a kiken a hangvilla-vizsgálat nem vihető keresztül, az eset súlyossága szerint járunk el; ha gyanú van labyrinthusgyulladásra, a calorikus vizsgálattal győződünk meg a jelenlétéről.

Hogy megállapított labyrinthus-gyulladás esetén mikor kell beavatkozni, erre nézve jelenleg két táborra vannak oszolva az otológusok. Az egyik táborbeliek (Hinsberg stb.) megállapított laby-

rinthitis esetén, sőt esetleg a gyanujánál is már active avatkozni be, s a középfülnek széles megnyitása mellett keresik szondával az esetleges fistulát, s ha ezt megtalálták, meg is nyitják a labyrinthust. A korai beavatkozást azzal indokolják, hogy nagyon gyakran megcsúsz, hogy a beavatkozás elkészik, s az agy-complicatiókat megakadályozni már nem lehet. A másik tábor ellenben (Friedrich, Leroni, Heine, Uffenorde stb.) óva int a korai beavatkozástól. Ezek beérik egyelőre a középfülnek úgynevezett radikális feltárással, s várnak néhány napig, hogy a labyrinthitis nem fejlődik-e vissza, a mi serosus labyrinthitis esetén igen sokszor meg szokott történni. Ha a visszafejlődés kimarad, vagy a bántalom természete olyan (vörheny, diphtheritis), hogy az nem is várható, csak akkor nyitják meg a labyrinthust. Ezen utóbbi párthoz tartozó otológusok az esetlegesen jelenlevő ivjáratcipolyt sem háborgatják, ha a labyrinthus még működésképes, mert sokszor megcsúsz, hogy a kikapálás után támad a diffus labyrinthitis, míg a fistula a dobüreg feltárása után magától is gyógyulhat.

A mi magát a labyrinthus-műtétet illeti, háromféleképpen járnak el; mindegyik módszert megelőzi a széles nyílással végzett gyökeres műtét. Az egyik módszer szerint a horizontális ivjáratot követve megnyitjuk a vestibulumot először az ivjáratok felől, azután az ablakok felől; a másik módszer szerint nemcsak a vestibulumot nyitjuk meg, hanem az ivjáratokat és a labyrinthus tokját is kiirtjuk, egész a meatus acusticus internusig kitakarítunk mindent. Ezen két mód mellett a facialis a csontesaternában hagyva, végezzük körülötte a műtétet, de azért alig kerülhető el annak a megsérülése. Azért Eschweiler ajánlatára — ez a harmadik módszer — először a facialis csontburkából kivésve, szabaddá tesszük s csak azután kezdünk a labyrinthus megnyitásához. A szabaddá tett facialis állandóan szemünk előtt lévén, jobban megvédhető a sérülésektől. A labyrinthus-operatio maga nem veszélyes, megfelelő kezelés mellett elég gyorsan gyógyul.

Az extractum digitalis depuratum (digipuratum Knoll) hatása a vérkeringési rendszerre. Megjegyzések a digitalis hatásmódjáról.

Irta: Szinnyei József dr.

(Folytatás.)

14. V. M., 60 (?) éves. Állítólag 6—7 év óta beteg, főpanasza a nehézlégzés. Egy év óta érez szívdobogást, 1907-ben állítólag a nélkül, hogy eszméletét veszítette volna, bal karja és lába megbénult.

Status 1908 december 7. Nagyfokú orthopnoë. A sensorium zavart. Az alsó tüdőhatár a paravertebrális vonalban a 12. borda alsó szélé, jobboldalt a bimbóvonalban a bordaívénél; a bal középső hónalj-vonalban a 10. borda. Az egész tüdő felett érdes légzés, az alsó lebenyek felett sok kishólyagú, az egész bal felső lebeny felett hátul középhólyagú szörcsölés.

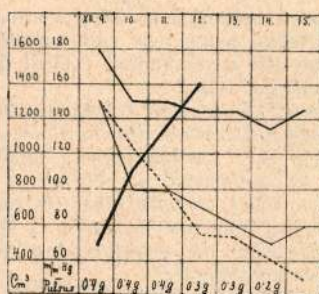
Csúcslövés az 5. bordaközben a bimbó és elülső hónaljvonal közt. Szívtompulat: 3. borda — bal szegyszél. A hangok tiszták. Delirium cordis. A pulsus egyenetlen, kihagyó. Kartinet. A vizelet fajsúlya 1010; fehérjét, cukrot nem tartalmaz.

Diagnosis: Emphysema pulmonum. Arteriosclerosis. Insufficiencia myocardi.

December 15. A beteg nyugtalan, éjjel ágyából ki-kimászik, vizeletét nem gyűjti, mindenfelé köpköd. Dyspnoë, oedema nincs. Csúcslövés az 5. bordaközben 1 harántujjal a bimbóvonalon kívül. Szívtompulat: 5. borda — bal szegyszél. Az aorta 2. hangja ékelt. A szívhangok tiszták. A pulsus inaequ., arhythmiás.

Datum	Folyadék (cm ³)	Diuresis (cm ³)	Systole	Pulsus	Vérnyomás (mm. Hg.)	Amplitude	Dosis
XII. 7.	—	—	—	—	—	—	10 csepp digalen
8.	—	400	—	—	—	—	3 × 10 csepp digalen
9.	1300	500	150	—	150—180	30	10 csepp digalen
10.	1000	900	126	92	100—150	50	4 × 0.1 digipuratum
11.	—	—	102	93	100—150	50	4 × 0.1 "
12.	1200	1400	77	80	90—145	55	3 × 0.1 "
13.	?	?	75	68	80—145	65	3 × 0.1 "
14.	?	?	62	62	70—135	65	2 × 0.1 "
15.	?	?	50	52	80—145	55	—

A beteg az első 2 napon összesen 40 csepp digalent kapott, a mi hatástalannak bizonyult. Digipuratumra (2-00 gm.) úgy a



9. rajz.

systolés, mint a diastolés vérnyomás alászállott, főleg azonban a diastolés nyomás. A rendelkezésünkre álló néhány vizeletmérési adatból látszik, hogy az amplitude növekedésével a diuresis is nőtt, még pedig parallel a frequentia csökkenésével.

15. F. S., 68 éves asszony. Két hó előtt fulladni kezdett és megdagadtak a lábai; kórházi kezelésre meggyógyult, de két hete ismét megpöfödtek a lábai, étvágytalan s nehéz a légzése.

Status 1908. december 24. Az alsó végtagok, a has és a lumbális tájék bőre oedemas. Dyspnoë. A tüdő alsó határa a paravertebrális vonalban a 8. háti csigolya magasságában, elől a jobb bimbóvonalban a 7. borda, mindkét oldalt pedig a 6. borda magasságában. Az alsó lebeny felett jobboldalt szöresülés. A tompulat felett gyengült légzés. Kis ascites.

Csücslökés homályosan a 6. bordaközben érezhető; szívtompulat: 4. borda — 1½ harántujjal a jobb szegyszélén túl. A szívhangok a gyors actio miatt meg nem ítéltetők. Pulsus inaequalis, arhythmias, szapora.

December 26. A dyspnoë elmúlt. Csücslökés a 6. bordaközben, közel az elülső hónaljvonalhoz. Abs. szívtompulat: 5. borda — bal szegyszél. Tiszta szívhangok. Az alsó tüdőhatár a paravertebrális vonalban a 11. borda, a légzés hangos. A máj éles széle a köldök magasságában tapintható. Az oedema kisebb.

December 28. Étvágytalanságról és émelygésről panaszkodik.

December 31. Hányásingere elmúlt.

1909 január 5. Oedema, dyspnoë nincsen. A szív változatlan. *Diagnosis: Myodeg. cordis.*

Nap	Ivott (cm³)	Vizelt (cm³)	Pulsus	Systole	Vérnyomás (mm. Hg.)	Amplitude	Dosis
XII. 23.	—	350	—	—	—	—	4 × 0.1 digipuratum
24.	1000	900	140	154	120—160	40	4 × 0.1
25.	1200	4500	102	106	90—155	65	3 × 0.1
26.	1100	5000	100	100	80—155	75	3 × 0.1
27.	1000	4000	96	96	70—155	85	2 × 0.1
28.	1000	1500	82	85	70—155	85	1 × 0.1
29.	—	—	80	—	70—150	80	—
30.	1000	600	80	—	70—150	80	—
31.	900	1400	74	—	70—150	80	—
1909. I. 1.	1000	1600	76	—	60—140	80	—
2.	900	1700	70	—	70—145	75	—
3.	1000	1200	80	—	75—150	75	—
4.	1000	1200	68	—	70—145	75	—
5.	1000	1200	76	—	80—145	65	—

Ez esetben a diuresis és a frequentia csökkenése már másnapra párhuzamosan következett be. A systolés nyomás keveset csökkent, a diastolés már másnapra erősen esett (30 mm.). Az amplitude megnövekedése nagyjából a diastolés nyomás süllyedése által jött létre.

16. G. J., 46 éves, asszony. Három év óta nehezen lélegzik, szívdobogást érez. Egy év előtt kórházunkban feküdt hasonló panaszokkal, ekkor azonban lábai is meg voltak dagadva. 26 éves korában nyaka kifakadt egy helyen, melynek hegesedése ma is látszik. Négy év előtt heves lábszárgatások kínozták. Egy partus; el nem vetélt. Pár év előtt vért is köpött.

Status. 1908. december 8-án. Cyanosis, dyspnoë. A beteg bódult. Bőre hideg. Oedema, ascites nincsen. A jobb fossa supraclavicularisban behúzódtott heg. Az alsó tüdőhatár a paravertebrális vonalban a 11. borda felső széle, elől a jobb bimbóvonalban a 6. bordánál.

Csücslökés a 6. bordaközben homályosan tapintható. Szívtompulat: 4. borda — 1 harántujjal a jobb szegyszélén túl — bal elülső hónaljvonal. Minden ostium felett systolés zöreje, punctum maximum a csücs felett. A pulsus kicsi, inaequalis, könnyen elnyomható. Pulsatio epigastrica. A máj 3 keskeny ujjal a bordaív alatt (bimbóvonalban). A vizeletben fehérje nincsen.

December 17. A dyspnoë elmúlt. Csücslökés a 6. bordaközben, közel az elülső hónaljvonalhoz. Szívtompulat: 4. borda — bal szegyszél — csücslökés helye. A csücs felett systolés zöreje és kettős diastolés hang, mely utóbbi minden ostium felett hallható. Kartünet. A pulsus egyenetlen, kissé arhythmias. A máj nem tapintható.

1909 január 3. A beteg 3 nap óta étvágytalan, köhög s újból szívdobogást érez. Dyspnoë. Oedema nincsen; a máj a bimbóvonalban a köldök magasságáig ér. Abs. szívtompulat jobbfelé a jobb szegyszélre terjed. A csücs felett systolés zöreje. 4 × 0.1 digipuratum.

Január 4. Kevés émelygésről panaszkodik. Csücslökés az 5. bordaközben a bimbóvonalban. Szívtompulat: 4. borda — sternum közepe. A csücs és pulmonalis felett systolés zöreje és kettős diastolés hang; a pulmonalis felett a 2. diastolés hang ékelt. Dyspnoë nincsen. Január 6. Mától fogva naponta 0.1 digipuratum január 16-ig.

Diagnosis: Insuff. bicuspidalis (et stenosis ost. ven. sin.?). Insuff. myocardii.

Nap	Ivott (cm³)	Vizelt (cm³)	Systole	Vérnyomás (mm. Hg.)	Amplitude	Dosis
XII. 9.	1000	750	157	110	—	4 × 0.1 digipuratum
10.	1100	900	137	90—120	30	4 × 0.1
11.	1000	2000	84	90—130	40	4 × 0.1
12.	1300	2300	76	80—140	60	3 × 0.1
13.	1200	2100	65	70—140	70	2 × 0.1
14.	1200	1100	86	70—135	65	2 × 0.1
15.	1200	1400	65	80—130	50	1 × 0.1
16.	1200	1300	62	70—135	65	—
17.	1200	1200	64	70—120	50	—
18.	1100	1000	72	70—140	70	—
19.	1200	1200	60	75—135	60	—
20.	1100	1100	67	75—120	45	—
1909. I. 2.	900	700	—	—	—	—
3.	1000	900	156	80—115	35?	4 × 0.1 digipuratum
4.	1000	1000	71	70—145	75	—
5.	1100	1300	—	—	—	—
6.	1100	1000	58	80—135	55	0.1 digipuratum
7.	1100	1600	—	—	—	0.1
8.	1100	1400	—	—	—	0.1
9.	1400	1500	72	80—130	50	0.1

A diuresis, az amplitude megnövekedése és a frequentia csökkenése az első cyclusban 3. napra egyszerre következett be. Az amplitude megnagyobbodása ez esetben a systolés nyomás megnövekedésére és a diastolés nyomás csökkenésére vezethető vissza. Igen tanulságos azonban a 2. digipuratum-cyclus, mikor is kezdődő incompensatio miatt újból digipuratumhoz nyúltunk s már 0.4 gm.-ra hirtelen felénynél többlet leszállott másnapra a frequentia s az amplitude is nagyon megnőtt; igaz ugyan, hogy a diastolés nyomást biztosan január 3-án nem lehetett megmérni, de maga a systolés nyomás 30 mm.-rel emelkedett 0.4 mg.-ra s ez részben önmagában is mutatja az amplitude megnövekedését. Nagy diuresis természetesen várható nem volt, minthogy csak kezdődő incompensatio miatt adtuk digipuratumot. A beteg még 10 napon át kapott a 0.1 digipuratumot s a folyadékgyengeség továbbra is megmaradt.

17. L. L., 57 éves férfi. Jelen baja 2 év előtt jelentkezett először lábainak megpöfödésével, szívdobogással és fulladással. Ugyanez ismétlődött egy év előtt s most harmadikban dagadt meg a lába. Egyéb-ként polyarthritise nem volt. 1878-ban typhuson, 1884-ben malarián és 1886-ban pedig valószínűleg pneumonián ment keresztül.

Status 1909 január 13. Lábszár-oedema. Az alsó tüdőhatár a paravertebrálisvonalban a 10. borda felső széle, elől a jobb bimbóvonalban a 7. borda felső széle, a középső hónaljvonalban a jobb oldalon a 8. borda, a bal oldalon pedig a 9. felső széle. Légzés puha sejt. Csücslökés nem tapintható. Szívtompulat: 4. borda — bal szegyszél — bal bimbóvonal. A szívhangok tiszták. Aorta 2. hangja kissé ékelt. Kartünet. Pulsus reguláris, szapora. A májtájéki nyomásra érzékeny, de se a máj, se a lép nem tapintható. Ascites nincsen. A vizeletben idegen alkotórész nincsen. *Diagnosis: Arteriosclerosis. Insufficiencia myocardii.*

Nap	Ivott (cm ³)	Vizelt (cm ³)	Pulsus	Vér- nyomás (mm. Hg.)	Amplitude	Dosis
I. 13.	?	300	—	—	—	—
14.	1500	1800	112	110—150	40	3 × 0.1 digipuratum
15.	2100	2650	88	80—150	70	2 × 0.1 "
16.	1200	2000	60	80—150	70	1 × 0.1 "
17.	1500	1600	58	75—135	60	—
18.	1200	1300	58	75—130	55	—
19.	1500	1200	50	75—130	55	—
20.	1500	1300	—	—	—	—
21.	1200	900	52	75—100!	25	—
22.	1200	1000	56	100—130!	30	—
23.	1200	1200	39	85—125	40	—
24.	1300	1400	—	—	—	—
25.	—	—	49	85—120	35	—

A diuresis megindulása ez esetben egybeesik a pulsus-szám csökkenésével és az amplitude megnövekedésével. Valószínű azonban, hogy ez esetben maga az ágynyugalom is már hozzájárult a compensatiohoz, mivel másodnapra hirtelen megindult a diuresis, holott csak 0.3 gm. digipuratumot szedett s ezt is a déli 12-től este 9-ig terjedő időközben.

18. G. A., 47 éves, asszony. Egy éve érez szívdobogást, 3 hét előtt megdagadtak a lábai. Fél éve fullad. 2 hónap előtt véreset köpött. Polyarthritise nem volt.

Status 1909 január 21. Sárgás bőrszín, a lábak oedemásak. Tüdőhatárok a paravertebrális vonalban a 10. borda, a jobb bimbóvonalban a 6. borda felső szélé. Valamivel hangosabb légzés, az alsó lebenyek felett sok kishólyagú szőrcsölés. Dyspnoé.

Szívesücslökés a 6. bordaközben az elülső hónaljvonalban. Szívtompulat: 3. borda — jobb szegyszél — szívesücslökés helye. A csúcs felett systolés zöreje. A pulsus rhythmusos, egyenlő. Pulmonalis 2. hangja ékelt.

A máj a jobb bimbóvonalban 1 harántujjal a köldök alatt, tompa szélű, igen érzékeny. A lép 4 harántujjal nyúlik ki a bordaív alól, tömört, érzékeny. A vizelet fajsúlya 1011, albumen nyomokban. *Diagnosis: Insufficiencia bicuspidalis. Insufficiencia myocardi.*

Január 23. Nagy dyspnoé. Agynyugalomra nem javulván, 0.001 strophantin Böhringert kap intravenosusan 110 pulsus és 90—110 vérnyomás mellett; 1 óra múlva a pulsus 96, a vérnyomás 85—135.

Január 26. Oedema nincs, dyspnoé, bronchitis tart. Abs. szívtompulat a sternum közepéig terjed, egyébként a szív változatlan.

Január 27. Gyomorfájásról panaszokodván, ma nem kap digipuratumot.

Február 1. Szívtompulat: 4. borda—bal szegyszél. Csúcs felett systolés zöreje. A digipuratumot elhagyjuk.

Nap	Ivott (cm ³)	Diuresis (cm ³)	Pulsus	Vér- nyomás (mm. Hg.)	Amplitude	Dosis.
I. 21.	1200	1000	108	90?—120	30?	—
22.	1200	1000	106	100—120	20	—
23.	1000	600	110	90—110	20	0.001 strophantin intraven.
24.	1000	2000	?	90—110	20	4 × 0.1 digipuratum
25.	1200	3400	94	85—135	50	4 × 0.1 "
26.	1200	4200	84	90—130	40	3 × 0.1 "
27.	1100	3400	90	80—130	50	—
28.	1400	1500	96	70—120	50	2 × 0.1 digipuratum
29.	1000	1500	89	85—135	50	2 × 0.1 "
30.	1000	1500	101	85—130	45	2 × 0.1 " és 0.02 codein
31.	1200	3000	100	85—130	45	2 × 0.1 digipuratum és 0.02 codein
II. 1.	1100	3000	102	80—135	55	0.02 codein
2.	1100	1500	108	90?—135	45?	"
3.	1100	1800	103	70—110	40	"

Ezt a beteget egy napig minden gyógyszer nélkül feküdni hagytuk, hogy esetleges spontán javulását láthassuk, mely másnapra nem mutatkozván, 0.001 strophantin Böhringert adtunk intravenosusan, a mi 1 óra múlva már nagy amplitude-megnövekedést és diuresist hozott létre. Másnap azután digipuratum-kezelést kezdtünk meg, a mi az amplitude-nek és diuresisnek tartós megnövekedését eredményezte, de a pulsus-számot csak átmenetileg és kevésbé csökken-

tette. A pulsus-szám a digipuratum elhagyása után 4 nappal sem csökkent. (Február 4.:106.)

19. T. E., 56 éves asszony. 17 éves korában bal kulcsontját törte, egyébként soha fekvő beteg nem volt. Luesről nem tud, polyarthritise nem volt. 1908 nyarán megdagadtak a lábai. Újabban 3 hete ismét megdagadtak alsó végtagjai, fullad.

Status 1909 január 25. Az alsó végtagok, törzs és bal emlő oedemásak. Az arc kissé kékes. Dyspnoé. Erős kartünet, a pulsus rhythmusos, egyenlő. Szívesücslökés a 6. bordaközben a bimbó- és elülső hónaljvonal között középen. Szívtompulat: 3. borda — 2 harántujjal a jobb szegyszélén túl. Csúcs felett gyenge, aorta és pulmonalis felett erős systolés és diastolés zöreje, punctum maximum a sternum közepe felett. Pulsatio epigastrica. A hasban helyzetváltozásokor kevés szabad folyadék. Máj a bimbóvonalban a köldökig ér.

A tüdő alsó határa a paravertebrális vonalban a 11. borda, a jobb bimbóvonalban a 6. borda felső szélé. Az alsó lebenyek felett érdes légzés és szőrcsölés.

A bal kulcsont callus-szal gyógyult törést mutat. A bal pupilla nagyobb a jobbnál, egyik sem reagál fényre. Jobb patellareflex hiányzik, Achilles-inreflex mindkét oldalt hiányzik. Romberg. Érzés-zavar biztosan meg nem állapítható. Vizeletben albumen nyomokban. *Diagnosis: Arteriosclerosis. Insufficiencia aortae. Tabes dorsalis.*

Február 3. Oedema minimális, dyspnoé nincs. Szívtompulat: 4. borda—bal szegyszél. A zörejek változatlanok. A vizelet fajsúlya 1014, fehérje nincsen benne. Harmadnapja 2—3 híg széke van.

Nap	Ivott (cm ³)	Vizelt (cm ³)	Pulsus	Vér- nyomás (mm. Hg.)	Amplitude	Dosis.
I. 25.	1000	600	86	85—135	50	—
26.	1400	600?	91	90—140	50	—
27.	1300	800	96	80—130	50	4 × 0.1 digipuratum
28.	1500	1900	86	80—160	80	3 × 0.1 "
29.	1600	2250	76	80—160	80	3 × 0.1 "
30.	1200	2500	77	75—155	80	3 × 0.1 "
31.	1200	2100	69	75—150	75	2 × 0.1 "
II. 1.	1200	1200	70	75—145	70	—
2.	1300	1050	69	75—145	70	—
3.	1300	800	68	80—140	60	—

Ez esetben is a diuresis és amplitude megnövekedése és a pulsus-szám csökkenése mindjárt másnapra bekövetkezett. Az amplitude megnövekedése eleinte főleg a systolés nyomás emelkedésének tulajdonítandó.

20. Gy. J., 70 éves férfi. 1896-ban kezdett fulladozni s azóta főleg télen nehéz a légzése. Fiatalkorában potator volt. Luesről nem tud. A kórházban való tartózkodása alatt megdagadtak a lábai. Köhög és sokat köp.

Status 1909 január 29. Domború, szélesbordájú mellkas. Dyspnoé. A felső tüdőhatár hátul a 7. nyaki, az alsó a paravertebrálisban az 1. ágyéki csigolya magasságában, a jobb bimbóvonalban a bordaív szélénél, a középső hónalji vonalban a 10. borda felső szélénél van. Légzés az alsó lebenyek felett gyengült, a felsők felett érdes. Az alsó lebenyek felett sok szőrcsölés és bűgás. Sok genyes-zöldes köpet.

A csúcslökés nem tapintható. Szívtompulat: 5. borda — bal szegyszél — 1 harántujjal a bimbón belül. A hangok tiszták. Az aorta 2. hangja ékelt. Az art. brachialis kanyargós, vastag- és rigidfalú, igen erős kartünet. Pulsatio epigastrica. A pulsus rhythmusos és egyenlő. Máj és lép nem tapintható. A vizeletfajsúlya 1014, albumen nyomokban. A lábak oedemásak. *Diagnosis: Arteriosclerosis. Emphysema pulm. Insufficiencia myocardi.*

Nap	Ivott (cm ³)	Vizelt (cm ³)	Pulsus	Vér- nyomás (mm. Hg.)	Amplitude	Dosis
I. 29.	900	1700	76	130—160	30	3 × 0.1 digipuratum
30.	1100	2500	88	160—210	50	2 × 0.1 "
31.	1000	1600	74	110—160	50	2 × 0.1 "
II. 1.	1000	2500	—	—	—	2 × 0.1 "
2.	1000	3100	81	100—150	50	2 × 0.1 "
3.	1000	2000	72	110—160	50	2 × 0.1 "
4.	1000	2700	74	120—170	50	2 × 0.1 "
5.	1000	1600	84	110—160	50	1 × 0.1 "
6.	1000	1000	75	110—170	60	Dec. senegae
7.	—	1400	—	—	—	"
8.	—	—	68	90—140	50	"

Ez esetben a systolés nyomás csupán egy ízben nőtt meg jelentékenyen, egyébként 10 mm.-nyi csökkenést, illetőleg emelke-

dést mutat az eredetihez képest; a diastolés nyomás ellenben süllyedt, s az amplitude megnövekedését nagyjából éppen a diastolés nyomás süllyedése eredményezte. A diuresis már első nap is tetemes, míg a frequentia nem mutat a digipuratum adagolása alatt ritkulásra való hajlamot.

(Folytatása következik.)

Klug Nándor †.
(1845—1909.)

A halál kegyetlen sarlója ismét lézagot vágott jeleseink sorába. Még alig hullottak le a levelek arról a koszorúról, melyet Thanhoffer Lajos sírjára tettünk, ismét hantot kellett borítanunk egy igazi, tiszta lelkű magyar tudós hült tetemeire. Klug Nándor meghalt. Hosszas betegeskedés után — melyet egyetlen fiának elvesztése indított meg — midőn minden jel arra mutatott, mintha az alattomosan gyilkoló arteriosclerosis pusztító munkáját megszüntette volna, a mikor a látszólagos javulásnak esalóka, de annál hatalmasabb



subjectív érzete új életörömmel és reményekkel töltötte el lelkét, szélhűdés vetett hirtelen, gyötrelmennélküli véget életének. Ha egy munkás életnek hirtelen váratlan befejezése mindig a tragikum erejével hat és ha már minden gyógyíthatlan betegség feltartóztatlan kifejlődése mindig mély szomorúsággal tölti be a szemlélőt, úgy Klug Nándor betegsége és halála igazán megrendíti az ember szívét, mikor látja, hogy oly embernek kellett ily korán, ilyen betegségben életének végét találnia, a ki egész életében, kora ifjúságától kezdve finom etikai érzésében gyökerező bámulatos energiával tudta mindenben a józanság és mértékletesség legszigorúbb szabályait megtartani, a kinek szíve és lelke a legideálisabb családi élet gyönyörűségeiben találhatta meg mindig a munka utáni üdítő pihenést, a ki egész életében „igazán mindig úgy élt, mint egy szent“, a mint azt egyszer az mondotta, a ki őt legjobban ismerheti. Mily gyarló az orvosi tudásunk, mily tehetetlenek vagyunk a természet titkaival szemben!

Klug Nándor született 1845 október 18.-án Kotterbachban Szepesmegyében. Orvosi tanulmányait Bécsben és Pesten végezte, s itt avatták 1870-ben orvos-sebész doktorra és szülésmesterré. Már hallgató korában megszerette az élettant, vele foglalkozott legtöbbet s a körébe vágó tudományos dolgozatokkal több pályadíjat

is nyert. 1871-ben az orvostermészettani és 1873-ban az élettani tanszék assistense lett. 5 éven át működött mint tanársegéd Jendrassik Jenő tanár oldalán, a kinek szeretetét és nagyrabecsülését csakhamar megnyerte lelkiismeretességével s fáradhatlan szorgalmával, úgy hogy már 1874-ben ajánlta őt a magántanári képesítésre, melyet még ugyanezen évben meg is nyert. 1876-ban a nyári félévet Lipcsében töltötte Ludwig hírneves fiziológus és a vivisectio nagymestere laboratóriumában. 1877-ben a budapesti egyetemen nyilván. rendkívüli tanár lett, 1878-ban pedig a kolozsvári egyetem élet- és szövettani tanszékére mint nyilvános rendes tanár hivatott meg. E tanszéken 1891 augusztus haváig működött, s a legnehezebb viszonyok között nemesak az élet- és szövettani tanítást fejlesztette mindig a tudomány haladásának megfelelően, hanem páratlan odaadó buzgalommal és az igazi tudós soha ki nem fáradó ideális lelkesedésével vitte maga is előre saját kutatásaival tudományát, melyet igen számos értékes dolgozattal gazdagított. Ő tudományos tevékenységével egyik úttörő előharczósa a kolozsvári orvosi kar azon nagy kulturális jelentőségű fáradozásainak, melyek végre kellő méltánylásra találva az illetékes intéző körökben, a mai kolozsvári új egyetemi intézetek felépítéséhez vezettek, melyek a külföldi egyetemek hasonló intézeteivel bátran felvehetik a versenyt. Klug Nándor ezen fáradozásainak gyümölcseit már nem élvezhette, mert éppen akkor hagyta el Kolozsvárt, mikor az új intézetének építése elkészült; a berendezés már utódjára maradt. 1891-ben ugyanis Klug, mint mesterének, Jendrassik Jenőnek utóda, a budapesti egyetem élettani tanszékét foglalta el, melyet haláláig töltött be.

Kolozsvárt három ízben volt az orvosi kar dékánja, az 1889/90. tanévben az egyetem rektora, a budapesti egyetemen pedig két éven át, az 1899/900. és az 1900/01. tanévben az orvosi fakultás dékánja.

Kiváló tudományos érdemeinek elismerése nyilvánult abban, hogy számos bel- és külföldi társulat-tagjává választotta. Az Erdélyi Múzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztályának titkára és elnöke volt. Mindjárt budapesti tartózkodásának első éveiben megalapította a Természettudományi Társulat élettani szakosztályát, melynek számos éven át volt elnöke, s később örökös tiszteleti elnöke. A Magyar Tudományos Akadémia 1890-ben levelező és 1894-ben rendes tagjává választotta. Rendes tagja volt még a lipcei élettani társulatnak és levelező tagja a firenzei Academia medico-fisica florentinának.

A legfelsőbb helyen is elismerést nyertek érdemei a magyar nemesség és a m. kir. udvari tanácsosi cím adományozásában.

Klug Nándor egyéniségét és igazi nagy érdemeit csak az ítélet meg teljesen, a ki őt laboratóriumában, a tanteremben tanítványai körében is látta. Kevés olyan lelkes és buzgó tanítója van egyetemünk hallgatóságának, mint a milyen ő volt, a ki fáradhatlanul dolgozott különösen a gyakorlati oktatás és demonstráció lehető tökéletesítésén. Mily örömmel adta ő tanítványai kezébe az „Észlelő Könyv“-ét, a mely valóban igen hasznos szolgáltatást tett s lényegesen megkönnyítette az élettani gyakorlati oktatást. Nem rég a harmadik kiadásban jelent meg! Kifogyhatlan volt előadási kísérletek és készülékek kieszelésében, melyeket folyton javított és tökéletesített, csak hogy minél jobban megértethesse hallgatóival az élettani nehezebb problémáit. Nem riadt vissza azon nehézségektől sem, melyeket a hallgatók számának folyton növekedése különösen az élettani gyakorlati tanítása elé gördített s nem nyugodott addig, míg intézete végre megfelelően kibővített, de új laboratóriumának berendezését már nem érte meg.

Modorának egyszerűsége és keresetlensége, és természetes szeretetreméltósága csakhamar megszerettette őt hallgatóival és vonzotta azokat laboratóriumába, a kik az ő vezetésével akartak élettani problémák megfigyeltetésén dolgozni. Az ő intézetében úgy Kolozsvárt mint Budapesten igen serény, élénk és eredményekben gazdag búvárkodás folyt s hosszú tanítványainak a sora, a kik az ő intézetében készített dolgozataikkal nevet és Klug iskolájának a külföldön is elismerést szereztek. Ezek között vannak Högyes Ferencz, Bikkfalvi Károly, Velits Dezső, Genersich Gusztáv, Landauer Ármán, Donogány Zakariás, Hirschler Ágoston, Terray Pál, Beck Soma, Benedikt Henrik, Farkas Géza, Pekár Mihály, Kőrösi Kornél, Tezner Ernő és még sokan.

De nemcsak a laboratóriumában tudott ő érdeklődést és szeretetet kelteni az élettan iránt, hanem bevitte a társadalom szélesebb köreibbe is. A Természettudományi Társulat élettani szakosztályának alapításával az elméleti orvosi tudományokkal foglalkozók között szorosabb kapcsolatot, közvetlenebb collegiális érintkezést teremtett, és lehetővé tette az elvont, tisztán tudományos tárgyú vizsgálatok eredményeinek megvitatását oly körben, a melyben a megindult eszmecsere nem egyszer hatott termékenyítőleg további kutatásokra s nem egy tévedést tett jóvá. S milyen élénk, pezsgő élet volt e szakosztályban különösen akkor, a mikor Klug Nándor volt az elnöke, a ki magán tanítványaiával együtt legbuzgóbban fáradozott azon, hogy minél eredményesebb legyen a szakosztály működése.

Mint tudós Klug Nándor igen számos értékes dolgozatával gazdagította tudományát s maradandó emléket emelt nevének. Kutatásai a sokoldalú, szakmájának majdnem valamennyi körében otthonos, alapos és lelkiismeretes szakemberre vallanak. Pályája kezdetén, a mikor matematikával és fizikával foglalkozott sokat, az érzékszervek élettana köréből merítette themáit, vagy az élő szervezetek fizikai tulajdonságai keltették fel leginkább érdeklődését. Legelső dolgozata (1873) az *emlősök fülszigetéről* szól, mely szövettani vizsgálatnak eredményeire építette ő a hallás elméletét, melyet később tankönyvében is kifejtett. Ezen időben végezte azon érdekes kísérleteket, melyekkel a *bőr hővezető képességét* vizsgálta s megállapította, hogy a bőr felülete irányában jobban vezeti a hőt, mint vastagsági átmérőjének irányában. A *dobos kopogtatási hang lángképének* elemzésével pedig megerősítette azt, hogy az egyszerű zenei hang. Ki kell emelnünk a *színerzésről indirect látás mellett* (1875) című dolgozatát, melyben mint első vizsgálta saját szerkezetű periméterrel a perifer színerzést spektrál színekkel. Nem kevésbé értékesek a *szem fénytörő közegeinek hőszugárátbocsátó képességéről* végzett kísérletei, melyekkel Brücke-vel szemben kimutatta, hogy a vörösnél hosszabb hullámú fénysugarakat a szem fénytörő közegei nem nyelik el.

A *vérkeringés élettana* is, mely éveken át foglalkoztatta kutató elméjét, több dolgozatával gazdagodott meg. A *béka szívbeidegzéséről* több új adatot nyújtott s különösen a *digitalis hatásának* kérdését tisztázta. Későbbi kutatásai, midőn a *chemiával* foglalkozott többet, majdnem mind az *anyagcsere élettana* körébe tartoznak. Megmutatta, hogy a *vasdagbél Lieberkühn-féle kriptái* nem választanak ki emésztő nedvet. Nagyobb szabású dolgozata „*Az enyv mint tápanyag*” című akadémiai értekezése, melylyel nagyszámú kísérletének eredményeképpen bebizonyította, hogy a vérbe jutott enyv az anyagforgalomban nem értékesíthető s hogy az enyv a tápláló csatornában albumosekhoz és peptonokhoz hasonló vegyületekre hasad, melyek azonban nem mint olyanok szívódnak fel. Igen értékesek *pepsin-dolgozatai*, melyekkel igen valószínűvé tette, hogy a különböző állatok pepsinje nem azonos. Megdöntötte Glaessner-nek a *pseudopepsinről* szóló állítását, bebizonyítván, hogy pseudopepsin nem létezik. S csak a múlt évben jelent meg az a nagy gonddal végzett kísérletes munkája, melyben Weinland kísérleteivel szemben bebizonyítani igyekezett, hogy a gyomrot és a belet nem egy antifermentum védi meg az *önemésztéstől*, hanem főleg a mucin.

Ezekkel még korántsem merítettem ki Klug Nándor értékes kutatásainak sorozatát, de messze túlhaladnék e megemlékezés keretén, ha mind fel akarnám sorolni, vagy érdemeik szerint méltatni. Nem hagyhatom azonban említés nélkül, hogy nem egyedül ezen kutatásokból állott Klug Nándor tudományos munkássága. Itt van mindenekelőtt tankönyve (*Az emberi élettan tankönyve*, 2 kötet), melylyel hazai egyetemeink hallgatóságának megbecsülhetlen szolgálatokat tett, a mit legjobban bizonyít az a körülmény, hogy rövid idő alatt második kiadásra volt szükség s ez is már rég elfogyott. Igen értékes, nagy szorgalommal és körültekintéssel összeállított kiegészítése e tankönyvnek az a könyv, mely Klug Nándornak „*Az anyagforgalom élettanának újabb haladásáról*” szóló, 1894-ben tartott Markusovszky-féle jubiláris előadásait tartalmazza. E két könyv Klug Nándor nagy tudásának, kiváló és sokoldalú szakképzettségének és jeles előadói talentumának hű tükröi. A ki ismeri hazai orvosi irodalmunk szegénységét jó tankönyvekben, örök hálával fog tartozni Klug Nándornak, hogy szakmájában e nagyon is érezhető hiányt pótolta.

S milyen számosak Klug Nándor-nak összefoglaló, részben népszerű értekezései és előadásai, melyekben egyszerű, keresetlen, minden czikornyától mentes nyelvezettel igyekezett és sikerült is érdeklődést kelteni az élettan fontosabb kérdései iránt s fejleszteni a művelt társadalom fogypatékus élettani ismereteit.

Ilyen Klug Nándor életmunkája!

Jellemének tisztaságában, igénytelenségében, örökké ifjú lelkesedésében és buzgóságában, mértéket nem ismerő munkaszeretetében és lelkiismeretességében egyesítette mindazon tulajdonságokat, melyek munkás életét eredményekben gazdaggá tették. Ő utolsó lehetéig a tudományáért, a fiziologiáért élt s magában a tudományos munkában kereste mindig s lelte is mindig legnagyobb gyönyörűségét és ambíciójának kielégítését, melynek tisztaságát nem zavarta meg soha a szereplés vagy a lármás elismerés utáni vágy. Ilyen tudósokra van szükség hazánknak, ilyen tudósok elvesztése igazán fájdalmas veszteség.

Tanul Ferenccz.

* * *

Klug Nándor temetése e hó 16.-án ment végbe az egyetem központi épületének előcsarnokából a tudományos világ nagy részvéte mellett. Az egyházi szertartás után az orvosi fakultás nevében *Liebermann Leó* dékán búcsúztatta az elhunytat a következő beszéddel:

„Súlyosnál súlyosabb veszteségek sűrűn érik az orvostudományi kart és ezzel az egyetemet.

Ismét ravatal előtt állunk, hogy fájdalomtelt szívvel megadjuk a végső tiszteletet kartársunknak, a kihez mindnyájunkat a baráti szeretet kötelékei fűztek. Szelíd, érzékeny, minden zajtól visszariadó lelkülete kizárta azt, hogy valaha, bármily rögzös legyen is a legtöbb ember pályafutása és bármilyen akadályokat talált legyen ő is élete útjában, valakivel komoly összeütközésbe kerüljön. Egészségtelen ambíció sohasem bántotta, sohasem követte azoknak példáját, kik könyökükkel, erőszakosan törnek utat maguknak, hanem szerényen meghúzódva, türelmesen bevárta idejét és nyugodtan, meglepődéssel fogadta azt, a mi jót hozott a sors, a mint hogy türelmesen és csendes megadással fogadta a végzet által reáért csapásokat is.

Csak egy csapás volt az, mely kihozta lelkét addig mindig megőrzött egyensúlyából, s ez betegsége volt. Nem a betegség maga, nem a vele járó kellemetlen érzések és fájdalmak tették türelmetlenné, hanem a *munkaképtelenség* réme, melyet az utolsó időkben mindig maga előtt látott, volt szenvedésének valódi oka. Az a gondolat, hogy sokáig, talán éppen sohasem lesz többé képes tanári kötelességeit teljesíteni, tette boldogtalanná, szinte kétségbeesetté.

Klug Nándor a kötelességtudás, a lelkiismeretesség mintaképe volt. Lelkes, buzgó tanár, kinek életszükséglete volt a tanítás s ki legnagyobb örömét tanítványaiában és az ezekkel elért sikerekben találta, s így érthető az a bánatos nyugtalanság, a mely életének hátralevő részét elkeserítette.

Csak az utolsó hetekben mutatkozott javulás öntött bele új reményt és vigaszt szolgálhat megtört családjának és vigaszt szolgálhat nekünk is, régi hű barátjainak, hogy a kérlelhetetlen sors itt vágta ketté élete fonalát, hirtelen, gyorsan és szenvedés nélkül!

Súlyos veszteséget szenvedtünk mi, mert elvesztettünk ismét egy szinte puritán tiszta életű barátot; súlyos veszteséget szenvedett az egyetem, örökre elveszítve egyik legbuzgóbb és legmunkásabb tanárát; de nehezen elviselhető veszteséget szenvedett az egész ország, a magyar tudomány is, mert Klug Nándorral ismét sirba száll egyik lelkes művelője, azon kevesek egyike, kik szakadatlan munkával becsületet szereztek a magyar névnek mindenütt a világon, a hol a tudományos komoly törekvés elismerésre talál. *Aldás kísérje emlékét!*“

Ezután még *Tanul Ferenccz* tanár emlékezett meg kegyelettel a M. T. Akadémia és Természettudományi társulat nevében, a sirnál pedig *Pekár Mihály* dr. adjunktus mondott utolsó Isten veled-et.

A budapesti kir. magy. tudomány-egyetem stomatológiai klinikája.

(Vége).

Hátra van még a *betegosztály* vázolója. Úgy a tanításnak, mint a betegkezelésnek régen érzett hiánya volt, hogy ágyak hiányában a klinikán nem lehetett fekvő betegeket elhelyezni. Mindazon idetartozó megbetegedéseket, melyek lázas tünetekkel járnak, valamint sebkezeléseket a szájban és állsontokon, melyek napjában többszörös kifeeszkendezést, illetve kötözést igényelnek, ilyenformán el kellett utasítani és így elveszték úgy az észlelés, mint a kezelés, de legsajnosabban a tanítás számára. Különösen kínosan nyilvánult ezen tarthatatlan állapot restauratív prothesisek esetében, a mikor a legtöbbször nagyon szegény és vidékről jött betegek elhelyezés és ellátás hiányában nem maradhattak addig a városban, a míg ezen pótlásoknak gyakran hosszabb időt igénybe vevő elkészítése és kipróbálása eszközölhető lett volna. A sebészeti klinikák és kórházak, a honnét ezek a szerencsétlenek az előbbi stomatológiai klinikára utaltattak, rendszerint már nem tudták őket elszállásolni, a stomatológus keze pedig akarva-nem akarva meg volt kötve azáltal, hogy tisztán csak ambulanter kezelhető betegeket foglalkoztatott, a mi persze a tanítási és tanulási alkalom lényeges megszorítását jelentette. Ennélfogva már igazán ideje volt ezen a bajon segíteni és férfi és női kórtermeknek — habár ez idő szerint még korlátozott számban — felállításával ezt a tarthatatlan állapot megszüntetni. Mennyire jogosult volt ez a kíváncsi, azt a tapasztalat rögtön a klinika megnyitása után fényesen igazolta.¹ A hallgatóság nemcsak a legmagasabb fokú érdeklődéssel követte a bemutatott szájsebészeti és állsontbetegségeket, hanem az ilyenekben szenvedők, még az országnak legtávolabbi részeiből is, a klinikán mind nagyobb számban jelentkeznek. A fekvőbetegek elhelyezésénél kizárólag a szaktanítás szükséglete volt irányadó. Csak most, a fenti tapasztalatok alapján jöttem tudatára annak, hogy nemcsak a tanításra nézve, hanem a betegkezelés szempontjából is általános és hézagpótló szükségletet tölt be a klinika ebbeli tevékenysége. Ennélfogva már a második hónapban két pótágy beállításával az ágyak számát hatról nyolczra kellett emelni, és mint-hogy előkelőbb patienssek is jelentkeztek szájsebészeti kezelésre, ezek számára egy különszobáról kellett gondoskodni.

A jelenlegi hivatalos személyzet a következőkből áll:

1. egy nyilvános rendkívüli klinikus-professor, a ki egyszerűsmind ügyvezető igazgató (*Árkövy József* dr. tanár);
2. a propaedeutika tanára, kinek állása *Iszlay* elhalálózása óta üresedésben van és ennélfogva egyelőre a propedeutikát a klinikus-professor adja elő;
3. egy magántanár a stomato-technika és a gyakorlati metallurgia előadására (*Hattyasy Lajos* dr.);
4. két assistens (*Salamon Henrik* dr. és *Sturm József* dr.) segédkezik a klinikai és technikai tanításnál; egy-egy dijas gyakorlók van a betegkezeléshez és a tudományos laboratóriumhoz besorozva (*Máthé Dénes* dr. és *Faistl F.*); egy gyakorlók klinikai természetbeni lakással és ellátással végzi éjjel-nappal a napos orvosi teendőket (*Major E.* dr.); ezeken kívül két díjtalan gyakorlók ad honores segédkezik a betegkezelésben (*Kanitzer J.* dr. és *Apáti J.* dr.). A stomatotechnikai osztály laboratóriumában egy állandó fogtechnikus van alkalmazva.

A szolgálatot végzi egy ápolónő, egy gépész, a ki szabad óráiban egyszerűsmind kapus, egy laboráns, három szolga és két nőceslád, a téli hónapokban egy fűtő a központi fűtésnél.

A hallgatóság átlag 80—110 orvostanhallgatóból áll, kik közül 10—15 iratkozik be a szakorvosi előadásokra. *Szabó József* dr. magántanár segédelőadásai, illetőleg foghúzási gyakorlatai, melyek szombatnapon este tartottak, nagyon látogatottak; hallgatóinak száma 90—150 között váltakozik. Mivel azonban a tanterem csak

¹ Szinte a véletlen játékának tekinthető, hogy mindjárt az első hónapokban nem csak szám szerint, hanem változatosság tekintetében is a legkülönfélébb esetek — köztük ritkaságok is — jelentkeztek felvételre és mutattattak be, mely körülmény indokoltá teszi azoknak gyűjteményes közlését a hozzájuk tartozó radio- és fotogramokkal együtt, a mi e folyóirat egyik legközelebbi számában fog megtörténni. Célunk a tanítás. A szájmegebetegedés területe nemcsak sok érdekeset nyújt, hanem sok tekintetben még nincsen kiaknázva, ennélfogva úgy a kutatás, mint a gyakorlati tevékenység számára még nyitva van.

63 ülésel van ellátva, ilyen nagyobb hallgatóság alig helyezhető el; de levezetőleg hatnak a közbejövő szigorlatok és a katonai szolgálat.

Az orvostanhallgatókon kívül évente 10—18 végzett orvos talál szakorvosi kiképzést. Számuk jelentékenyen ingadozik, pedig nagyon kívánatos volna a nagyobb állandóság, mely legcélszerűbben úgy volna elérhető, ha a stomatológus műtőnövendék-rendszer hozatnék be bizonyos meghatározott tanulmányi idővel. Ez a közelebbi jövő feladata. Jelenleg a fiatal orvos addig szenteli magát a szaktudománynak, illetőleg a gyakorlatoknak, a míg neki tetszik, vagyis amint azt körülményei megengedik. Ezen állapot visszássága a jövőben olyanformán fog ellensúlyoztatni, hogy mindenkinek egy bizonyos pensem fog kijelöltetni, melynek sikeres elvégzésével a klinikai igazgatótól a szaktanulmányt igazoló bizonyítványt fog kapni. A szaktanítás ezen külső körülményei csak fokozatos fejlődés után terelhetők a javulás felé.

* * *

A klinika története és fejlődésének menete némely olvasót talán érdekelni fog, ezért függelékül álljanak itt a főbb adatok. A fogászat tanítása a budapesti egyetemen a múlt század negyvenes éveire nyúlik vissza, a mikor professor *Georg von Carabelli*-nek Bécsben már tanszéke volt. 1843 december 30.-án V. Ferdinánd király *Nedelkó Döme* dr.-t nevezte ki a pesti orvosi fakultáshoz a fogászat rendkívüli tanárává, de azon megjegyzéssel „praelectiones gratuitas servandi”. *Nedelkó* élete végéig, 1882-ig a fakultás kebelbeli tagja volt. 1865-ben *Barna Ignác* dr. habilitálta magát magántanárrá (mindkettő *Carabelli* iskolájából származott).¹ 1881-ben majdnem egyidejűleg *Iszlay József* dr. és *Árkövy József* dr. lettek a szakma magántanárai. Addig nem létezett tulajdonképpeni klinikai tanítás, mert az illető tanárok részint csak ex cathedra tanítottak, részint pedig magángyakorlatuk anyagát használták fel tananyagul. Miután a közkórház akkori igazgatója tartózkodólag viselkedett, nem maradt más hátra, mint magánesezközökkel nyilvános ambulatoriumot létesíteni, a mi 1881-ben meg is történt,² három kis szobának kibérlésével a Magyar-utca 21. számú házában közel a többi orvosi intézethez. Ez a kis intézet csakhamar elismerést talált a fakultásnál, mely tulajdonosának és vezetőjének, *Árkövy* magántanárnak előbb 400, majd 500 forint évi segélyt eszközölt ki a ministertől. Persze ezzel a segélylyel az évi 1000—1200 forintra rugó fenntartási költségek távolról sem voltak fedezve. Ez az állapot 1889-ig tartott, a mikor *Müller Kálmán* tanár lett a közkórházak igazgatója, a ki a fogászatnak is adott hajlékot a gondjaira bízott egyik kórházban. De helyszűke miatt legjobb akarata mellett sem lehetett alkalmas helyiséget rendelkezésre bocsátani és ennélfogva a klinikai tanítás csak egy évig tengődött a Rókus-kórházban. Csak nagy erőfeszítés útján sikerült a tanügyi kormánynál, annak ellenére, hogy ezen szaktanítás szükségessége felől régen meg voltak győződve, ennek térbeli bekebelezését a többi klinikai csoportba keresztülvinni. Így nyert 1890-ben a szakma ideiglenes jellegű helyiséget (tantermet, kezelési helyiséget stb.) a klinikák gazdasági épületében. Dacára a nagyon korlátozott számú helyiségnek, szerencsére mégis sikerült egy szobát a tudományos kutatás számára fenntartani. Természetesen fájdalmasan kellett nélkülözni a betegágyakat. Úgy a hallgatóság száma (70—120), mint az ambulans betegeké (6—8000) azonban oly rohamosan emelkedett, hogy ezek az ideiglenes helyiségek nagyon szűknek bizonyultak. Tizennyolcz évig — az ember szinte szeretné hangosan kikiáltani — nem kevesebb, mint tizennyolcz évig kellett ezen szegényes, ideiglenes helyiségekben türelmesen és megadással dolgozni. És valóban, ha a tudományos munkálkodási kedv serkentő hatása már 1881-ben, ott ama bérházban és folytatódva itt, nem villanyozta volna fel az ernyedő erőket, az embernek igazán kétségbeesve kellett volna félreállania. Az orvosi fakultáson még annyit kellett szervezni és létesíteni, míg a különböző szakmák modern hajlékba jutottak, hogy a fogászatnak folyton háttérbe kellett szorulnia és egy jobb jövővel való bizta-

¹ Barna 1872-ben leköszönt, mint panaszkodott, mert a fakultás részéről nem tapasztalt sem jóindulatot, sem támogatást.

² Ebben a tekintetben bizonyos hasonlatosságot mutatkozik a nagyérdemű prof. *Eduard Albrecht*-nek Berlinben 1856-ban keletkezett magán-klinikájával.

tással kellett beérnie. Időközben *Iszlay* nagyszerű odontographikus és egyéb gyűjteményeivel megtartotta propaedeutikus előadásait. 1892-ben nevezetett ki *Árkövy* címzetes ny. rk. tanárnak, majd 1902-ben *Iszlay* is. 1903-ban a propaedeutika tanítása számára külön hámoszobás helyiség bocsátatott rendelkezésre, sőt ezen tanszék mellé már a tanársegédi állás szervezése is megindult, a mikor fájdalom, *Iszlay* hirtelen elhunyt. Ilyenformán a propaedeutika tanerő hiján maradt és ennél fogva az idetartozó fejezeteket ideiglenesen a klinikai tanítás keretébe kellett bevonni, hogy az előadások megértése lehetővé váljék.

Végre megvirradt a szaktanítás újabb aerájának napja is. A tanügyi hatóságok belátták a modern szaktanítás szervezésének, valamint az ennek megfelelő klinika építésének szükségességét. (Min. rend. 83125/1904 és 8223/1906.) Gyors egymásutánban következett a tanszék rendszerezése a szabályos illetményekkel (ő Felsőegének magas rendelete 1906 márczius 6) és ugyanazon évben az eddigi „fogászat” elnevezés elhagyásával a tanszéknek és klinikának „stomatologiai” névvel való jelzése (min. rend. 101,152/1906), melynél fogva ezentúl stomatologiai tanszéknek és stomatologiai klinikának nevezendő, valamint minden ezen szakmára vonatkozó jelölés alkalmával ezen név használata rendeltetett el.

Az építkezés terveit *Kauszer József* kitűnő műépítészünk készítette és úgy ezeknek kivitele, valamint a berendezés is a vezető igazgató útmutatásai szerint történt. A költözködés a régi klinikáról az újba 1908 október elején kezdődött és október 19.-én ez már új hajlékában vette fel működését. 1909 február 14.-én végtére a berendezés utolsó részletei is befejeződtek, úgy hogy ezen napon a fakultás a megtekintésre meghívható volt.

Ezen idő óta a klinika az oktatási és betegkezelési feladatának teljes terjedelmében működik és pedig oly módon, a mint ez egyáltalán az előbb leírt tanítási, felszerelési és helyiségviszonyok mellett, különösen pedig oly szellemben, a mely a bevezetést átlengeti, teljesíthető.

A stomatologia ezen épülettel, ezen felszereléssel és ezen szervezetével immár az összes attributumokkal el van látva, melyek azt az egyetemi klinikai tanítás keretébe és szolgálatába beillesztik.

A szakvilágra kell bízunk annak eldöntését, vajjon csakugyan sikerült-e itt mindkét tekintetben azon magas szempont szerint, mely itt vezérelvül szolgált, oly mintaintézményt alkotni, mely talán már azért is ilyennek tekintendő, mert létrehozásakor nem lehetett idegen országoknak ilyenmő mintaképére támaszkodni. Különben az orvosi világnak alkalma lesz az idén Budapesten megtartandó nemzetközi orvosi congressus idején önálló ítéletet alkotni.

* * *

Epilogusként a budapesti stomatologiai klinika leírásához álljanak itt még azok a nevek, melyeknek viselői az imént vázoltak megvalósításában el nem évülő érdemeket szereztek. A szaktanításnak első hathatós támogatása néhai *Balogh Kálmán*, akkori orvostudományi dékán előterjesztésére vezethető vissza. Ugyanazon időben *Markusovszky Lajos*, az egyetemi ügyek referense a közoktatásügyi ministeriumban, mozdította elő a szaktanítás szervezését és neki köszönhető az ideiglenes helyiségek kieszközlése. Hivatali utódja, *Tóth Lajos* dr. büszkén vallhatja magát a megkezdett mű továbbfejlesztőjének (így a technikai osztály létesítése tisztán az ő érdeme) és a jelenlegi végleges betetőzés előmozdítójának. *Berzeviczy, Lukács* és gróf *Apponyi* közoktatásügyi ministerek jóindulatukkal soha el nem hervadó érdemeket szereztek a tanintézet megalkotása körül.

Kauszer József műépítész pedig megelégedéssel tekinthet erre a méreteiben bár szerény, de belsőleg praktikus és külsőleg izlésesen megalkotott épületre.

Végül még a kegyelet koszorúját tesszük le a szakma néhai képviselői: *Nedelkó, Barna, Iszlay* emlékének. Ők mindannyian fenkölt gondolkozással és nemes buzgalommal állottak az ügy szolgálatában, és ha a sors megvonta is tőlük, hogy egy 65 éves küzdelem céljainak megvalósulását megpillantsák, a történelem megadja emléküknél az elégtételt, hogy az előharcosok ők voltak és működésükkel kiérdemelték a hazai szakvilág háláját.

Árkövy József dr.

ny. rk. tanár, klinikai igazgató.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Emlékezés két hírneves budapesti egyetemi tanárról. Irta **Láday Győző**, mezőbándi gyógyszerész. 40 16-rét lap. A szerző kiadása. Ára 80 fillér.

E kis füzetet a szerző 1875—77. évbéli budapesti egyetemi kartársainak ajánlja és *Balogh Kálmán*, valamint *Szabó József* élet- és jellemrajzát igyekszik nyújtani. E kísérletet figyelemre méltó kezdeményezésnek kell tekintenünk; mert hasonló irányú megemlékezés nálunk eddig nem igen látott napvilágot. A mai ember gyorsan feled, önző és háládatlan; elismerést érdemel tehát minden olyan törekvés, mely az ellenkezőről tesz tanubizonyságot. Elhunyt két nagy emberünkről lehetetlenség ugyan néhány oldalon megfelelő képet rajzolni; még fogyatékosabb az, ha kölcsönzött részek segítségével van megalkotva. De azért e vázlat is értékes, ha azt, annyi idő után, a tisztelet, szeretet és hála sugalmazta. A *Balogh Kálmán* kommentárjának felélesztését célzó indítvány általános figyelemre tarthat számot. Valóban vétek volna e nagyszabású munkát a feledésnek átadni. Hiszen az újabb kiadását maguk a gyógyszerészek biztosíthatnák.

Szándékában van e füzet szerzőjének többi volt tanáráról — *Jedlik Ányos*ról, *Margó Tivadarról*, *Than Károly*ról, *Jurányi Lajos*ról — is hasonló irányú emlékezést kiadni. Kívánjuk, hogy munkáját még szebb sikerrel végezhesse. *Erdős János* dr.

W. M. Bayliss: The nature of enzyme action. London. Longmans, Green and Co. 1908. 90 lap.

A szerző, kinek e téren mint önálló bűvárnak is kitűnő neve van, igen világosan és tömören ismerteti e művében az enzimek általános tulajdonságait, felhasználva a legutolsó évek vizsgálatainak eredményeit is. A katalysátorok általános tulajdonságainak és az enzimek előállítás módjainak ismertetése után külön fejezetet szentel a megfordítható enzimhatás kérdésének. Ezután igen áttekinthetően tárgyalja az enzimhatás sebességének érdekes törvényeit. Végül ismerteti a co- és antienzymeiket és a zymogeneket. E mű egyik füzeté egy nagyobb vállalatnak, mely monografiákban fogja tárgyalni a biochemia valamennyi részét. Érdeklődéssel várhatjuk e vállalat többi füzetét. *Körösy*.

Lapszemle.

Idegkörtan.

A nyakszirtmerevedés serumgyógyításáról tartott előadást *Jehle Bécsben*, a ki a meningococcus-serummal dolgozott. E bajban contactusfertőzés alig fordul elő. A szerző szénbánya-munkásokról kiderítette, hogy a felnőttek a munka helyén fertőzik magukat, a csirákat magukkal viszik a családba, a hol a gyermekek csókolás következtében vagy akkor kapják meg, a mikor a szülők őket gondozzák. Azokban az explosioszerű megbetegedések halmazatokban, a melyek Bécsben többször észlelhetők, nagy szerepük van az egészségtelen maradó coccusvívőknek. A fertőzés továbbterjedését csak ezen coccusvívőkön elérhető rendszabályok akaszthatnák meg. E célból különösen az orr-garatüreget fertőtlenítését kellene tekintetbe venni.

A szerző 1903 és 1909 között 100 esetet észlelt a szent Anna-gyermekkorházban, a hol a számuk az utóbbi időben állandóan nőtt. Ugyanezt más bécsi kórházakban is észlelték. A betegek egy részét serummal kezelték, más részét nem. Ez utóbbiak közül sokan ugyanabban az időben voltak a kórházban, mint a serummal kezelték. Az eredmények összehasonlításában tehát epidemiológiai különbségről nincs szó. 96 klinikailag és bakteriologikailag bebizonyított meningitis cerebros spinalis közül 55 serumot nem kapott. Ezek közül teljesen gyógyult 3, a kik közül egy siket maradt és 39 meghalt, idült hydrocephalus-szal gyógyulatlanul távozott 13. Ez igen nagy halandóság és csekély gyógyulás. Serumkezelést kapott 41 beteg. Egynehány esetben a *Merck*-gyár meningococcus-serumát alkalmazták, de a legtöbb esetben a bécsi serotherapiái intézetét, ezt *Palltauf* és *Kraus* tanárok bocsátotta rendelkezésre. A siker megítélésakor tekintetbe kell venni a következőket. Minél

frissebb a megbetegedés, annál inkább lehet sikert várni. Fontos a beteg kora is, továbbá a fertőzés súlyos volta és a szövődések. A végeredmény az, hogy a serumkezelés alatt álló 41 eset közül teljesen meggyógyult 19, gyógyulatlan maradt 4 és meghalt 18. A gyógyultak közül három kivételével valamennyien az első 4 nap alatt gyógyultak meg, a legtöbben már az első három nap alatt. Az első évben lévő gyermekek mind meghaltak, a második évben lévők majdnem mind. Ezeken a befeeszkendezés többnyire későn történt, mert ebben a korban a kórjelzés korai felállítása nehéz. A többi korán kezelésbe vett és annak ellenére meghalt gyermek bonczolása kiderítette, hogy az anamnesis helytelen volt és kiújuló esetek voltak, nem pedig frissek. Feltűnő, hogy a baj első napján befeeszkendezett esetek között gyakori volt a halálos kimenetel. Ezeken már a klinikai kép és a lefolyás a befeeszkendezés után mindjárt sajátságos volt. A gyermekek többnyire komás állapotban, cyanosisban, jactatióval kerültek felvételre. Az állapot a befeeszkendezés után feltűnően romlott, collapsus állott be, a lélegzés kimaradt az érverés kielégítő volta ellenére, és két óra leforgása alatt beállott a halál. Valamennyi ilyen bonczolt esetben thymus-hyperplasiát találtak és a belek nyirokrendszerének hyperplasiáját, a mi a status thymico-lymphaticusnak felel meg. Úgy látszik ezek gyengébb gyerekek, a kik a baj viharos beköszöntése következtében, talán a beavatkozás shockja következtében is, pusztultak el. Ugyanilyen esetek a serum nélkül kezelték között is előfordultak. Ha ezeket a kedvezőtlen eseteket leszámítjuk, a többi 41 eset közül, a melyben joguk volt eredményt várni, csak 6 halt meg. Sőt ezek között is egynehányon kiterjedt lobusos pneumonia volt mint szövődés.

Eredményt csak az intralumbális befeeszkendezéstől lehet várni, a bőr alá feeszkendezéstől ellenben semmit. Minthogy 10—20 cm³ serumot kell befeeszkendezni, előbb ugyanannyi cerebrospinalis folyadékot ki-boesáthatunk. De ez nem okvetlen szükséges. A szerző több esetben nagyobb adagot feeszkendezett be, egynehány csepp cerebrospinalis folyadék kieresztése után. A befeeszkendezés után könnyen fejlődik collapsus, de ebből többnyire gyorsan felocsodik a beteg és a kedvező befolyást leginkább a subjectiv érzésnek javulása jelzi. A beteg többnyire mély, nyugodt álomba merül, a fejfájás megszűnik, vagy legalább sokat veszt erejéből. A hőmérsék sokszor már 12—24 óra alatt a rendesre száll alá és a következő 12—24 óra múlva a tarkómerevség is annyira enged, hogy a beteg fel tud kelni. Ha ilyen kedvező esetben 3—4 nap múlva megvizsgáljuk a lumbalpunctióval nyert folyadékot, csak egynehány egymagvú leukocytát találunk benne. A folyadék ilyenkor már steril. Az eseteknek másik csoportjában a 12—24. órában ugyan szintén beáll a kritikai lázleesés, de a gyermek fejfájása és tarkómerevsége nem szűnik meg. Ilyenkor új hőemelkedést várhatunk, a lumbalpunctio pedig genyes, meningococcus-tartalmú folyadékot ad. Ilyenkor második befeeszkendezés történt, a mely meghozta a végleges gyógyulást. Ezen esetek közül kedvező volt a lefolyás 15-ben, míg négyben 10—12 napig váratott magára és lysis-szel oldódott a láz. Ha a serum-befeeszkendezés felmondja a szolgálatot, a lefolyás az lesz, mint a serum nélkül kezelt esetekben. Herpes gyakran a gyógyulás után támad csak. E szerint a serumtherapia a halandóságot 70%-ról 45%-ra csökkentette. Káros behatást sohasem lehetett észlelni. E szerint minden friss esetben minél korábban kell a serumtherapiához nyulni.

Az előadáshoz vita fűződött, a melyben *Paltauf* kijelentette, hogy Bécs többi kórházában nagyjában ugyanilyen volt az eredmény. Az életben maradt gyógyultakon a hydrocephalus nem akadályozható meg, mert a következményes elváltozásokon, például meningeális összenövésnek stb. nem lehet segíteni. Ezért csak a korai esetekben lehet bízni, mikor még nincs exsudatum, vagy csak kevés van. *Kraus* a kérdés elméletét adta elő.

Míg az előadó tapasztalatait gyermekeken szerezte, addig a következő felszólaló, *Schlesinger*, majdnem kivétel nélkül felnőtt embereken próbálkozott. Felnőttek között is növekedett az utolsó években a megbetegedettek száma. *Schlesinger* minden esete más-más épületből származott, csak két eset volt egy családban. A leg-súlyosabb esetben a kórlefordulás 23 óráig tartott. A bonczoláskor az exsudatum sűrű volt és vastag rétegben borította az agy- és gerincevelőt. Felnőttek között sok atypusos eset van, leginkább az öregebb korban lehet ezt észlelni. *Schlesinger* csak egynehány esetben adott

subcután *Ruppel*-féle serumot, a többi esetben a *Paltauf*-félét alkalmazta. Az eredmény igen jónak látszott, ha tekintetbe vesszük a kórkép átalakulását a befeeszkendezés után. Sajnos, a serumkezelés ellenére is ijesztően magas a halandóság, körülbelül az esetek $\frac{2}{3}$ -a halt meg, mindazonáltal ez a kezelésmód felülmul minden mást. E számadatba be vannak véve azon esetek is, a melyekben a halál következményes vagy késői baj miatt állott be. Nem nagyon ismeretes, de való, hogy a baj a láz megszűntekor még nem gyógyult meg. Ilyenkor még hetek után is beállhat a ki-újulás lázzal. A meningitis további fenállását a *Kernig*-féle tünet, esékély tarkómerevség, érverés-szaporaság és a spinalpunctio eredménye bizonyítja a láz megszűnte után is. Az érverés 120—130 körül lehet, a nélkül, hogy ez még valami rosszat jelentene. Nem ritka esetben a serum eleinte kedvezően hatott ugyan, de később idült volt a lefolyás és végül a beteg mégis elpusztult. Így például az egyik beteg látszólag gyógyultan hagyta el a klinikát, de azután hydrocephalus támadt és a beteg egynehány hónap múlva meghalt. A bonczoláskor a foramen Magendie el volt zárva, a meningitis pedig meggyógyultnak látszott. A serum hatása feltűnő. Az általános állapot javul utána, a közérzés felszabadul, sokszor a láz azonnal leesik. Kellemetlen melléktünet nincs. A *Ruppel*-serum 6 esetben volt kipróbálva és szintén kedvezőnek látszott. Felnőtteken az eredmények sajnos nem olyan kedvezők, mint gyermekeken.

Falta egy esetben jó eredményt látott és rámutat arra, hogy az eset akkor is jól folyhat le, ha az öntudatzavar korán jön.

Knöpfelmacher 42 gyermekben próbálta meg, *Paltauf* 2 esetben, a *Jochmann*-féle meningococcus-serumot a gerincezsatornába feeszkendezve. A halandóság ezalatt igen lecsökkent. Az előző években 85% volt, most 38% lett, a mi fényes eredmény. Csakhogy a két szám egymás után következő évekből való és így egymással nem hasonlítható össze. Legkedvezőtlenebb a csecsemők helyzete. Közülök a serumkezelés előtt 14 közül kettő gyógyult, a serumkezeléssel pedig 20 közül 8. Minél korábban alkalmazzuk, annál jobb. A klinikai lefolyásban *Knöpfelmacher* nem látott olyan bizonyos behatást, mint az első felszólalók. A lázlefordulás többnyire annyira atypusos volt, hogy a befeeszkendezés után támadt hirtelen leesés nem okvetlen serum-hatás. A befeeszkendezés nem öli meg a meningococust, az ki volt tenyésztethető ismételt befeeszkendezés után is a cerebrospinalis folyadékból.

Sternberg szerint a baj megelőzése volna fontos, de az e célból ajánlott eljárások nem váltak be. *Paltauf* és *Kraus* arra gondoltak, hogy immunissá kellene tenni azokat a gyermekeket, a kik coccusvívőkkel érintkeznek, de ez alig vihető ki.

Escherich *Knöpfelmacher*-rel szemben azt mondja, hogy a klinikai képen a befeeszkendezés feltűnően változtat. A mérgezés-tünetek és az általános állapot javulása igen tisztán észlelhető, bár rendszeren csak rövid ideig tart. A hatás mégis kevésbé biztos, mint a diphtheria-serumé. Legfontosabb a prophylaxis, a melynek lényege az orrgaratfür esirátlanítása minden coccusvívőben.

Kraus *Flexner* statistikájára utal, mely szerint 400 esetben 58—80%-ról 25%-ra szállt le a halandóság a meningococcus-serum segítségével. A prophylaxisra nincs biztos mód. A meningococcusvívők elkülönítését nem fogadták el, nem is volna célja.

Jehle zárszavában a prophylaxissal is foglalkozik, kifejtve, hogy a betegek elkülönítése nem célszerű. A kórházban a többi beteg között fekszenek és még sohasem támadt házi epidemia. A coccusvívők többnyire felnőttek. (Wiener klin. Wochenschrift. 1909 április 29.)

Kollarits Jenő dr.

Sebészeti.

Hepatocholangoenterostomiát végzett *Lejars* egyik nőbetegén köves eredetű choledochus-szűkület miatt. A nő 4 nappal a műtét után heveny cholangoitisben halt el. A peritoneum intact volt, a varratok kitűnően tartottak, a mint hogy különben az eddig közölt hasonló műtéteknek úgyszólván mindegyikében bebizonyult, hogy a májat és belet biztosan záró anastomosist létesíteni csakugyan lehet. A legfőbb aggály, a mi ez ideig ezen műtét ellen felmerült, s a mire alapot *Enderlen* és *Zumstein* kísérletei szolgáltatottak, az volt, hogy a májbeli epeutakon ejtett nyílás a hegesezés folyamán elzáródik s így a sipolyképzés nem ígér tartós eredményt. Hogy ennek nem kell így lennie, azt bizonyítja *Garré* egy esete, melyben a műtét óta $3\frac{1}{2}$ év telt el s ezen idő alatt az icterus nem

tért vissza s az egyén teljes egészségben él. Úgy látszik tehát, hogy az előzetes hosszas pangás folytán kitágult epeutak nem záródnak el olyan könnyen, mint a hogy az állatkísérletek alapján felvehető volna. Másfelől a bél felől való infectio veszedelme emberekben, a hol az előzetes hosszas choledochuselszűrés a máj-beli epeutakat már úgyis megbetegítette, sokkal nagyobb, mint az állatkísérletek alkalmával, midőn a műtét ép májon történik s ez az a pont, melyre *Lejars* esete kapcsán különösen felhívni kívánja a figyelmet, hogy tudniillik a hepatocholeostomia, melyhez csak ultimó resugiumképpen szabad folyamodnunk, a bél felől kiinduló heveny septikus epeútfektettségnek teszi ki az erre úgy is hajlamos chronikus choledochuselszűrésben szenvedő beteget. (*Semaine médicale*, 1909. 11. szám.) P.

A sphincter ani restructiójára új eljárást ajánl *Shoemaker*. Mindkét glutaeus maximusból 3—4 cm. széles lebenyt vett az izom rostjaival párhuzamosan s az egyiket a rectum elé, a másikat mögéje fektetve, a két lebenyt egymáshoz erősítette. Természetesen gondoskodás történt, hogy az izomlebenyek be, idegzése ne sérüljön. Ezt az eljárást egy esetben, hol a sphincter ani paralyse folytán rectumprolapsus állott fenn, sikerrel alkalmazta. A beteg 6 hét múlva már meg birta tartani a beöntést és 9 hét múlva az új sphinctert energikusan birta összehúzni. (*La semaine médicale*, 1909. 14. szám.) P.

Szülészet és nőorvostan.

A kolkopeliotomiák és az Alexander-Adams-féle műtét kellemetlen következményeit ismerteti *Freund* tanár (*Strassburg*). Az abdominális és vaginális műtétek összehasonlításában nagy szerepe van azon érvelésnek, hogy az utóbbi után nem keletkezik hasfali sérv; a szerzők nagyrésze ezért ezen műtét javára billenti a mérleget. Azonban miként *Freund* esetekkel kimutatja, a vaginális műtéteknek is vannak árnyoldalai és azokat csak akkor vesszük észre, ha nem a saját operáltjainkat vizsgáljuk utólag, hanem olyanokat, a kiket mások operáltak; sok beteg ugyanis, ha a műtét eredmény nem volt kielégítő, a műtőorvosát nem keresi fel újból, hanem panaszaival más orvoshoz fordul és újabb gyógykezelésnek veti alá magát. *Freund*, a ki maga is sok vaginális műtétet végzett, elismeri ezen eljárás előnyeit, de kötelességének tartja a hátrányokra is rámutatni, hogy a jövőben elkerülhetők legyenek.

Ezen hátrányok úgy az elülső, valamint a hátulsó kolkopeliotomiára vonatkoznak. Már több szerző figyelmeztetett arra, hogy a hüvely sebébe belek, tuba, cseplesz nőhetnek, vagy a seben át prolábilhatnak, a mi dislocatiót, vongálást, fájdalmat, folyást, vérzést stb. okoz; azonban még eddig ismeretlen volt az, hogy úgy az elülső, mint a hátulsó kolkopeliotomiák után a méh retroflexiója keletkezhetik. *Freund* két esetet ismertet, az egyikben az elülső hüvelyfal harántmetszése után a heg a méh nyakát elől fixálta, a mire a méh teste hátrabukott. A metszés ezen esetben közel volt a portiohoz, a szerző ezért ajánlja, hogy akár a hosszanti, akár a harántirányú metszést a portiótól távolabb tegyék. A második esetben a méh teste egész hosszában a hátulsó hüvelyboltozathoz volt rögzítve, fixált retroflexióban, a minek okát valószínűleg a tamponadeban vagy gaze-drainageban találja; ezért nem ajánlatos a hátulsó boltozaton át való erős tamponálás vagy drainage, de ha el nem kerülhető, csak lazán eszközözendő. A méh ilyen rögzítése előre vagy hátra súlyos panaszoknak lehet kútforrása, különösen ideges és érzékenyebb asszonyokon. Egyáltalában idegesen terhelt vagy arra hajlamos asszonyokon csak a legszigorúbb indicatio, beható anamnesis és a beteg egyéniségének alapos ismerete után ajánlja *Freund* a műtétet.

Vaginális császármetszés után figyelemmel kell kísérnünk a netalán keletkező repedéseket és heges összenövéseket, mert későbbi terhesség alkalmával szülési akadályok lehetnek. Ajánlatos ezért az operáltak utólagos megvizsgálása; ha a heges összenövések nagyok, a műtét indicatiója különösen primiparákon szűkebb korlátok közé szorítandó. Vajjon az extraperitoneális császármetszés a vaginalisnak helyébe fog-e lépni, avagy eredményei jobbak lesznek-e mint a classikuséi, a jövő fogja megmutatni.

Freund végül az Alexander-Adams-féle műtétnek néhány eddig

úgy látszik kevésbé ismert és nem óhajtott következményéről tesz említést. Három esetet ismertet, a melyben idegesen terhelt egyénben a műtét után súlyos psychés izgalmak fejlődtek, ezért a műtét előtt a beteg előéletére, családi körülményeire és az anamnesisre különös súly fektetendő. E mellett a lokális diagnosist is tökéletesnek kell lennie, különben a műtét rossz következményekkel járhat. Egy esetben súlyos adnexmegbetegedés mellett *Alexander-Adams*-műtétet végzett egy neves gynaekologus; a betegnek heves fájdalmai és panaszai növekedtek, a miért is a szerző később hasmetszés útján a beteg adnexumokat eltávolította, a mire a beteg meggyógyult. Ezen esetben tehát, ha az adnexmegbetegedés konstálva volt, ez contraindikálta az *Alexander*-műtétet, az adnexumok eltávolítása volt az egyedüli számbajövő műtét. Egy másik esetben pelveoperitonitis chronica mellett végeztek *Alexander*-műtétet, természetesen a gyógyítás eredménytelen maradt.

Vajjon a terhességben vagy szüléskor nem fog-e a lig. rotundumok megrövidítése akadályt okozni, arra nézve eddig kevés feljegyzés van; mindenesetre a műtéttel nem szabad túlzásba menni; a legtöbb esetben, különösen fiatalabb asszonyokon nem szükséges a méhfenekeket erősen előhúzni a lig. rotundumok intraperitoneális részének fixálása által, mert erős méhodanövés keletkezik, mint a ventrofixuránál, a mely után relative gyakran tapasztaltak szülési akadályt. (*Münchener med. Wochenschrift*, 1909. 5. szám.)

Bogdanovics dr.

Fülörvostan.

Epilepsiaszerű göresök középfülgyuladásból eredő geny retentioja miatt. *Pasquier* 8 éves leánykát mutatott be a párisi orr-, fül- és gégeorvosok egyesületében, ki gyermekkorától szenved vörheny utáni középfülgyulladásban. A külső hangvezetőben hártás elzáródás volt, s a geny egy alig észrevehető kis fistulán folyt ki. A mikor e kis fistula is elzáródott, heves féloldali fejfájás kíséretében két ízben epilepsiaszerű göresök jelentkeztek az ellenkező oldali testfelén. (*The Journal of Laryngology*, 1909 április.)

Rejtő Sándor dr.

Kisebbs közlések az orvosgyakorlatra.

A bromfersannal nagyon jó eredményeket értek el *Benedikt* tanár poliklinikai osztályán, a mint azt *Flesch* írja. Naponként háromszor adtak 3 pasztillát. Különösen kevésvérűség talaján fejlődött functionális neurosis eseteiben ajánlható a nevezett szer. (*Wiener klinische Rundschau*, 1908. 35. szám.)

A heroinról irt cikkében *Hönigschmied* először is kifejti ezen szernek nagy előnyeit a morphiommal szemben. Ezen előnyök legfontosabbika az, hogy a szervezet nem szokja meg; nem megvetendő előnye az is, hogy a kiköpést elősegíti, és hogy nem okoz székszorulást. Pharyngitis eseteiben a Siegle-készülékkel szétporlasztva használtatja a heroin-oldatot (minden alkalommal 0.005 gm. heroinum muriaticumot 20 gramm vízben). Gégegyógyászati eseteiben befúvásokat végez a következő összetételű porral: Rp. Heroini muriatici 0.005; Kalii szozojodol. 0.002; Tale. venet. 0.10; Amyli 0.10. M. f. p. Gyomorfájás ellen jó a következő orvosság: Rp. Heroini hydrochlorici 0.10; Tinct. nucis vomicae 0.30; Tinct. amar. 20.0. M. D. S. 3 óránként 10—15 cseppet bevenni. Gyomorfekély vagy gyomorrák okozta, továbbá ideges eredésű hányás esetén nagyon jó eredménnyel használható a heroin cocainnal: Rp. Heroini hydrochlor. 0.10; Cocaini hydrochlor. 0.20—0.30; Aquae destill. 20.0. M. D. S. 3 óránként 5—10 cseppet bevenni. (*Allgem. Wiener mediz. Zeitung*, 1909. 7. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1909. 20. szám. *Vértes Oszkár*: A női nemi szervek és a gyomor bántalmainak egymáshoz való viszonyáról. *Inselt A. Arnold*: A prostata-massage-ról.

Orvosok lapja, 1909. 20. szám. *Sellei József*: A vizelet vizsgálata.

Budapesti orvosi újság, 1909. 19. szám. *Preisich Kornél*: A vörhenyről. *Safranek János*: A légutak betegségeinek balneo-physiotherapiája. „Bőr- és bűjakkórta” melléklet 2. szám. *Török Lajos* és *Vas Bernát*: A Wassermann-féle reakcióról. *Kiss Gyula*: A Wassermann-reactio. *Schein Mór*: Fehér szőrszálak bőven festékezett verrucosus naevuson.

Vegyes hírek.

Szalárdi Mór dr. nak, a budapesti állami gyermekmenhely volt igazgató-helyettesének és főorvosának a gyermekvédelem terén szerzett érdemeiért a király *rákospalvi* előnévvel a magyar nemességet adományozta.

Kinevezés. *Goldzieher Vilmos dr.* egyetemi rendkívüli tanárt és *Siklóssy Gyula dr.* egyetemi magántanárt a kereskedelemügyi miniszter a munkásbiztosítási orvosi tanács tagjává nevezte ki. — *Krassó-Szőrény-megye főispánja Klein Jakab dr.-t* tiszteletbeli főorvossá nevezte ki. — *Háromy Ferenc dr.-t* a lipótzemei elmegyógyintézetbe, *Lamberger Jakab dr.-t* az angyalföldi elmegyógyintézetbe, *Rosenthal Félix dr.-t* és *Mituch Augustus dr.-t* pedig a pozsonyi állami kórházhoz másodorvossá nevezte ki a belügyminiszter.

Választás. *Barna Ármán dr.-t* Nagyváradon tisztiorvossá; *Gaál Mihály dr.-t* Szoboszlón tisztiorvossá; *Bod Péter dr.-t* Bonyhádán, *Nagy László dr.-t* Újfalun, *Tirnoveán Emil dr.-t* Uzdiszentpéteren és *Barta Szabó Sándor dr.-t* Gyöngyösmelléken kórorvossá választották.

Egyetemi alkalmazások a budapesti egyetem orvosi karán. Megválasztottak: Az élettani intézetbe: *Pekár Mihály dr.* adjunktusnak (újválasztás) és *Erdélyi Pál dr.* díjtalan gyakornoknak. A gyógyszerészeti intézetbe: *Vámosy Zoltán dr.* adjunktusnak (újválasztás). A törvényszéki orvostani intézetbe: *Rabstein Mátyás* és *Melha Armand dr.* díjazott gyakornoknak. A III. sz. belklinikához: *Beneze Gyula dr.* harmadik tanársegédnek.

Gáger Károly dr. királyi tanácsos fürdőorvosi gyakorlatát Gasteinban újból megkezdette.

Czirfusz Dezső dr. királyi tanácsos fürdőorvosi gyakorlatát Bártfafürdőn megkezdette.

Ormai József dr. fürdőorvosi gyakorlatát Korytniczán megkezdette.

Packi Miklós dr. orvosi gyakorlatát Buziásfürdőn megkezdette.

Szűnidei orvosi cursus. A kolozsvári tudomány-egyetem orvostudományi előadói június 1-étől 14-éig tanfolyamot rendeznek. A részvétel díja 20 korona. Jelentkezni május hó 25-éig lehet *Jancsó Miklós dr.* egyetemi magántanárnál (Kolozsvár, Belgyógyászati klinika).

Magyarország szemorvosainak egyesülete május 30-án d. e. 10 órakor az I. sz. szemklinikán V. közgyűlést tartja a következő napirenddel: a) Elnöki megnyitó. b) A titkár jelentése. c) A vaksgügyi bizottság jelentése. d) Két választmányi tag és titkár választása. A közgyűlés után az elmaradt tudományos ülés helyett az új szemklinikát és a budapesti állami szemkórházat tekintik meg.

Gyermekektelep-felügyelőnök. Az állami gyermekvédelem hatalmas haladásában újabb lépést jelent a gyermekektelepeken a telep-felügyelőnök alkalmazása. Ezen telep-felügyelőnök a telep-orvosnak vannak alárendelve, sőt őt az adminisztratív munkától egészen mentesítik. Az első tanfolyam a budapesti állami gyermekmenhelyben most fejeződött be. Előadók voltak: *Szana Sándor dr., Torday Ferenc dr., Szabó Mihály dr.,* az intézet főorvosai és *Tóth Kálmán,* a menhely gondnoka. A vizsgán *Bosnyák Zoltán dr.,* a belügyminisztérium gyermekvédelmi főosztályának főnöke elnökölt, helyetteseként *Karsay Sándor dr.* miniszteri segédtitkár működött. A tanfolyamot jó sikerrel letett növendékek több hónapi próbaszolgálatot fognak azon menhelyben végezni, a mely őket alkalmazni óhajtja.

A „Fehér kereszt” délvidéki gyermekvédő egyesület szülészeti és nőgyógyászati intézetében *Tauffer Jenő* főorvos kimutatása szerint az elmúlt évben 314 szülő és gyermekágyas nőt, továbbá 304 nőbeteget, összesen tehát 618 nőt ápoltak. Ezenkívül a nyilvános orvosi rendelésen 452 nő részesült ingyen gyógykezelésben. A szülészeti osztályon 153 műtétet végeztek; haláleset 4 fordult elő (1 haldokolva hozatott, 1 tüdővész, 2 gyermekágyi láz). A nőgyógyászati osztályon 119 volt a műtéték száma. A kötelező egy évi kórházi gyakorlatnak a szülészetre eső két hónapját *öt orvos* teljesítette az intézetben; ellátásuk költségeit Temesvár város fedezte. Az intézettel kapcsolatos bábaképző-tanfolyamon 29 baba nyert teljesen ingyenes kiképzést.

A nyíregyházai „Erzsébet” kórházban 1908-ban 1991 férfit és 1687 nőt, összesen 3678 beteget ápoltak. Egy betegre 18-26 ápolási nap esett. A halálozás százaléka 3-6 volt. Belgyógyászati eset volt 2405, sebészeti 852, szemészeti 258, fülészeti 30, nőgyógyászati 49, szülészeti 84. Nagyobb műtétet 490 esetben végeztek, az operáltak közül 5 halt meg (shock, hashártyagyulladás, tetanus 1—1 esetben, sepsis 2 esetben szerepelt haláluk gyanánt).

A budapesti egyetemi II. sz. női klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikum április hóban 90 esetben nyújtott segélyt. A műtéték száma 74 volt.

A budapesti poliklinika rendelésein április hóban 4354 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 11,925 volt.

A szabadkai önkéntes tüzoltó-testület mentő-osztálya április hóban 113 esetben működött.

Meghalt. *Ziffer Károly dr.,* Budapesten e hó 19-én 60 éves korában. — *H. v. Ranke,* a gyermekorvos tanár rendkívüli tanára s a gyermek-klinika igazgatója a müncheni egyetemen, május 12-én 79 éves

korában. — *P. S. Conner dr.,* valaha a sebészet tanára Cincinnati-ban, *P. de Almeida Magalhaes dr.,* a belorvos tanár Rio de Janeiro-ban, *D. Brown dr.,* a gyermekorvos tanár Burlingtonban, *L. B. Durocher dr.,* valaha az elmekörtan tanára Montrealban. — *F. W. Draper,* a törvényszéki orvostan tanára a bostoni Harvard-egyetemen, 66 éves korában.

Kisebbségi hírek külföldről. Nyugalomba vonult: *Vergely* (általános kórtan), *Picot* (belorvos) és *Lannelongue* (sebész) tanár Bordeaux-ban, *A. V. Phelps* tanár (anatómia) Cincinnati-ban, *Villeneuve* tanár (sebész) Marseille-ben és *Thomas* tanár (sebész) Toursban. — Rendkívüli tanár lett: *Fleischer dr.* (szemészet) Tübingenben, *E. Rossa dr.* (nőorvos) Grácban, *G. Viola dr.* (belorvos) Palermo-ban, *G. Salvi dr.* (anatómia) Sassari-ban. — *S. Grusdew dr.* Charkowban a belorvos tanár lett. — *St. Mc Donald dr.-t* a kórboncolást tanárává nevezték ki Newcastle-on-Tyne-ban. — A berlini egyetem élettani intézetén osztályvezető lett rendkívüli tanár minőségben *H. Steudel dr.* és *H. Piper dr.,* a kik közül az első eddig Heidelbergben, a második Kielben működött. — *R. Disselhorst dr.-t* Halleben az anatómia rendes tanárává nevezték ki. — *Podgysotzky dr.,* a szentpétervári kísérletező orvostani intézet igazgatója június 1-én üli tanárságának 25. évfordulóját.

Jelen számunkhoz **Glück Rezső** gyógyszerész „Digestol” és „Liquor Hydrobromin” című prospektusa van mellékelve.

Szigeti Márton dr. Abbaziából Gleichenbergbe érkezett és fürdőorvosi működését újból megkezdte.

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

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

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

IGLÓFÜRED. Elsőrangú vízgyógyintézet gyógyfürdő Szepes megyében fenyvesek közepén. Fekvőcsarnok, inhalatorium, szénsavas-, sós-, napfürdők. Villanyozás. Massage. Diatetikus konyha stb. Jutányos árak. Fürdőorvos: **Dr. Groó Béla.**

GIZELLA-TELEP FÜRDŐ, modern vízgyógyintézet megnyílt. posta VISEGRÁD (Pest m.)

Vízgyógykezelés, szénsavas-, villanyos-, forró- és hideg-, sós-, fűtő- és napfürdők. Villanyozás, massage. Hízító és soványító kúrák. Remek fekvő. Pensio — fürdőhasználat és étkezési étkészlet együtt — heti 65 koronától feljebb. Kiváncra prospektus.

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézete VIII., Gyöngygyűlő-utca. 14. sz. alatt (a Rókus-kórház közelében) van.

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

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

Tüdőbetegsanatorium Tátraháza.

Fekvőcsarnokok a fenyvesben. — Napkúra. — Hydrotherapia. — Gondos szakorvosi kezelés. Teljes napi pensio orvosi kezeléssel, gyógyszerközzel együtt 12 korona.

Igazgató-főorvos: **MÜLLER VILMOS dr.** az „Erzsébet királyné” san-t. v. assistense. Prospektus

Orvosi laboratorium és csukorbeteg toleranciájának meghatározása **Dr. Mátrai Gábor v.** egyetemi tanársegéd. Andrassy-út 50 (Oktogon-tér). Telefon 26-96.

Siemens és Halske r.-t. Röntgen- és elektromedikai berendezések. Fulguratio. Budapest, V., Lipót-körút 5. szám.

Dr. SIPOS DEZSŐ rendel KARLSBAD-BAN Markt „Haus 3. Ringe”.

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

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1909 május 17.-én.) 385. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (XIV. ülés 1909 május 8.-án.) 385. l. — Közkórházi Orvostársulat. (IV. bemutató ülés 1909 március 10.-én.) 386. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya. (1909 április 17.-én tartott VI. szakülés.) 387. l.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1909 május 17.-én.)

Elnök: Entz Géza.

Jegyző: König Gyula.

Orvosi érdekű értekezés volt a következő:

Tangl Ferencz lev. tag bemutatja **Bársony Tivadar** és **Szász Tibor** „A táplálék és ivóvíz befolyása a vér molekulás koncentrációjára” című, a budapesti kir. m. tud.-egyetem általános kórtani intézetében készült dolgozatát.

Kutyákon végzett 22 kísérleti sorozatban rendszeresen vizsgálták, minő befolyást gyakorol a hús evése, illetőleg a víz ivása a vérsavó fagyáspontjára, elektromos vezetőképességére és fehérjetartalmára. Megfelelő ellenőrző kísérletek kimutatták, hogy a hús evése után 22—25 perc múlva mutatható ki biztosan a molekulás koncentráció növekedése, mely körülbelül háromnegyed órával a hús evése után éri el tetőpontját. Minél nagyobb az elfogyasztott húsnak az állat testsúlyához viszonyított mennyisége — ceteris paribus —, annál nagyobb a vérsavó koncentrációjának növekedése. Növekedik a fehérje koncentrációja is, általában a szerves molekulák aránylag erősebben szaporodnak, mint a szervetlenek. A vérsavó ezen besűrűsödése részben híg emésztőnedvek — első sorban a gyomornedv — elválasztásának, részben emésztési termékek, első sorban N-tartalmú termékek felszívódásának következménye.

A víz ivása után a vérsavó hígul s a hígulás az ivott víz mennyisége szerint hat óránál is tovább tarthat. A hígulás foka nem az ivott víz abszolút, hanem relatív — a test súlyához viszonyított — mennyiségétől függ. A híguláskor a szerves molekulák száma aránylag erősebben fogy, mint a szervetleneké, valószínűleg azért, mert az elektrolitek a szövetekből a vér felé irányuló diffúzió útján gyorsabban pótolatnak, mint a nem elektrolitek.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XIV. rendes tudományos ülés 1909 május 8.-án.)

Elnök: Dollinger Gyula. Jegyző: Rotter Henrik.

A külső női ivarszervek kiterjedt égési hegei miatt végzett műtét.

Holzwarth Jenő: Nőbeteget mutat be, kinél a vulva, a czomb és a has, valamint a gáttájék tövének égés után keletkezett nagy hegesedése és a nagy szeméremajkak összenövése folytán a vulva majdnem teljesen el volt záródva, a mennyiben csakis a hátulsó commissura táján maradt meg egy lencsenagyságú nyílás, melyen át a vizelet és menstruációs vér kiszivárgott, a symphysis alatt pedig egy második, filiformis bougie számára átjárható szűk kis nyílás volt. A sérülést a jelenleg 21 éves beteg úgy szenvedte el, hogy 6 éves gyermek korában székszorulását falusi javasasszony úgy gyógyította, hogy spiritussal leöntött égő tégladarabok fölé ültette. A cohabitatio lehetetlensége vezette 15 év után orvoshoz. A műtét a nagyajkak heges összetapadásának szétfejtéséből, a nyálkahártya felszabadításából és a sebszélhez való kivarrásából állott, s teljesen kielégítő eredménnyel járt.

Kubinyi Pál: A szülés esélye ilyen hüvelyhegesedések esetében igen jó. Külföldi klinikáról eredő közlés szerint olyan szűk heges vaginán át, melybe alig fért be tollszár, a szülés zavartalanul ment végbe, annyira fellazultak a heges szövetek.

Vörhenyből gyógyult egyének által okozott fertőzések.

Preisich Kornél: Budapesten, mint a legtöbb nagyvárosban, a vörheny ki nem fogyó heveny fertőzőes betegség, e mellett időközönként járvány jellegűt ölti, és a járvány rendszerint hosszú ideig húzódik el minden óvintézkedés ellenére. Ennek egyik okára utal az előadó. Tapasztalható, hogy a kórházból gyógyultak, a

teljes lehámlás után elbocsátott gyermek még tovább fertőz, a mit a néhány nappal később heveny vörhenyben megbetegedett testvér-gyermekek bizonyít legjobban. Nemcsak otthon, hanem rokonoknál, ismerősöknél és az iskolában is fertőz az ilyen egyén.

Az 1904-ben bejelentett összes vörhenybetegnek pontos átvizsgálásakor kiderült, hogy 145 olyan beteg fertőzött, a ki mint gyógyult szabadult fel az izolálás alól, ezek közül 66 került ki a sztr. László-kórházból, a többi otthon állott gyógykezelés alatt vagy kis részben más kórházból került ki. Az előadó tapasztalatai azt bizonyítják, hogy nem a köztakarónak alapos megtisztítása után esetlegesen megmaradt hámfoszlányok azok, melyek tovább fertőznek, hanem a nyálkahártyákon még visszamaradt kórokozók. Kóros nyálkahártyákon a kórokozók hosszabb ideig maradnak meg, mint egészséges nyálkahártyákon. Míg az otthon gyógykezeltéknél elérkezik oly időpont, melyen túl a betegek nem fertőznek, még pedig ép nyálkahártyával 5—6 hét múlva, beteg nyálkahártyával 3—4 héttel később, addig a kórházi közös kórteremben ápoltnál ezen időpont nem következik be, mert ha a saját kórokozójától már megszabadult is a nyálkahártya, mindig újat vesz fel az újonnan érkezett, még fertőző betegektől, azért a kórházi közös kórteremben való ápolásnak bármily megnyújtása sem teszi elkerülhetővé a további fertőzés lehetőségét, sőt nem is csökkenti.

A veszély csökkentése céljából a reconvalescenseket a 3. hét végével el kell különíteni az újonnan érkező betegektől és azoktól, a kiken valamelyes szövödmény van, a kiknek nyálkahártyái még betegek. Teljesen gyógyult nyálkahártyákkal is még 2 hétig kell tartania az elkülönítésnek és az otthon gyógykezelték elkülönítését is csak ezután szabad beszüntetni.

Az említett szempontokból a kórházi társfertőzéseknek a lehetőségig való csökkentése céljából az előadó a fertőző-kórházakban 6 ágyas, teljesen elkülöníthető kórtermek létesítését kívánja oly számmal, hogy minden újonnan felvett vörhenybeteg 2—3 hétig itt legyen megfigyelhető, innen történnek azután a betegek osztályozása nagyobb kórtermekbe, gyógyult reconvalescensek és olyanok szerint, kiken kóros folyamatok még vannak; ez utóbbiak is a nyálkahártyák teljes gyógyulása után kerülnek az egészséges reconvalescensek közé, a hol még két hétig maradnának.

Gerlóczy Zsigmond: A hatósági küzdelem a legtöbb fertőző betegség ellen sikerrel járt, például hastypus, diphtheria ellen, de a vörheny ellen a legerélyesebb intézkedések sem hathatósak. Az ímént halott adatok csak egy esztendőre vonatkoznak. A 20 évi főorvosi praxisa alatt látott sok tízezer beteg szerzett tapasztalatai alapján beszél. Általában úgy tudjuk, hogy a vörheny akkor a legfertőzőbb, mikor hámlik a beteg bőre. Így tanultuk, így tanítjuk és így is van. Bizonyítják ezt azon esetek, melyek diphtheria diagnózisával szállítottak be, a diphtheria-osztályon helyeztetnek el és ott derül ki, hogy tulajdonképpen vörhenyesek, és a legtrikább esetben okoznak fertőzést a diphtheria-osztályon. De ha hámlik bőrről kerül egy beteg a diphtheria-osztályra, ennek többszörös fertőzés a következménye. Az előadó által említett „gyógyultak” elbocsátott betegek által okozott további fertőzések korántsem oly gyakoriak, mint az előadó hiszi. Mert ott egyéb hatányok is vannak. Honnan tudja az előadó, hogy a hazabocsátott beteg okozta a fertőzést? Néha a szülő is aggodalmaskodott, hogy a hazabocsátott beteg tovább fertőz, különösen olyankor, ha genyedő otitis volt, vagy operált nyakmirigy-sebe. Ezért az ilyen betegeket a gyógyulás befejeztéig haza nem bocsátotta, még ha 4—6 hónapig tartott is a folyamat. Az ilyen beteg hatósági orvosi engedéllyel szállíttatik haza és a hatósági orvos felügyelete alatt áll. De sokszor a gyógyult vörhenyes beteg hazabocsátása előtt 2—3 nappal hozzák be testvéreit új fertőzéssel, a mi ha később történik, a fertőzést bizonyára a hazabocsátott betegnek tulajdonítják.

Jobb körökben a hámítás befejezte után történő fertőzések ritkábbak; de a rossz lakásokban, kevésbé intelligens lakosságban a más okból származó fertőzések gyakoriak, különösen mert a fertőtlenítéstől idegenkednek és egyes tárgyakat a fertőtlenítés elől elrejtene.

Tehát a kórházból elbocsátottak által okozott fertőzések nem lehetnek túlságosan nagy számúak.

A vörheny terjedésének egyik oka az enyhe vörheny, mely kisfokú torokgyuladással, felületes erythemával jár, orvost sem hívnak, a beteg hámlik és terjeszti a vörhenyt. Másik oka, hogy a köznéptudatlan, nincs érzéke a hygiene iránt és lelkiismeretlenül hordja a kórházi rendelésre villamoson a már diagnosztizált vörhenyt is. 25%-a az összes

fertőző betegségben szenvedőknek villamoson szállítatik a kórházba. A környező községek is állandó forrásai a fertőző betegségeknek, a honnan állandóan hordják be, rendszeren villamoson, a fertőzést. Hiába igyekezik a főváros, míg a nép nem világosodik fel, és érteke nem ébred a higiéné iránt, a vörheny megmarad, bár terjedése nem oly óriási, mint az előadó hiszi.

A nyálkahártya-lasiók kezdetben szoktak meglenni, és a későbbiek okai lehetnek a fertőzésnek, a mint az előadó is hiszi. De ezt még a gyakorló orvosok észleleteivel is ki kell egészíteni.

Szontagh Félix: Nagy érdeklődéssel hallgatta az előadó fejtegetéseit. A kérdésnek nagy gyakorlati fontossága van. A vörheny contagiositásának kérdésével már régen foglalkozik és nem restelli bevallani, hogy a klinice megállapítható contagiositás nincs arányban a vörheny elterjedésével. A dogmák az életben nem válnak be. Ne felejtjük el, hogy a véletlen nagy szerepet játszik. Eppen haza akarunk bocsátani egy „gyógyult” vörhenyes beteget, a mikor behozzák a testvérét; ha néhány nappal később történik a behozatal, azt hisszük, hogy a kórházból hazakerült beteg fertőzte.

Minden gyakorló orvos aláírja, hogy a vörheny contagiositása nem olyan, mint más fertőző betegségé; a lényegét nem ismerjük a vörheny-fertőzésnek.

Tagadhatatlan, hogy a vörheny bizonyos betegségekhez hasonló. Így a folliculáris tonsillitishez és a puerperális sepsishoz. A vörheny-járványt megelőzi a nagyszámú tonsillitis follicularis és a vörheny ennek képe alatt folyhatik le. Ezt minden szerző elismeri. A puerperális sepsissel már 1828-ban összevetették a vörhenyt.

Kérdés, a két vírus között nincs-e összefüggés.

Nincsen kizárva, hogy a vörheny kóroktana nem egységes, ezt már Gerhardt tanította. Néha a szüléshez, sérülésekhez társult sepsis vörheny képében zajlik le, melylyel azonos a „scarlatina septica” is, és valószínűleg a vírusa is rokon.

Nem tartja valószínűtlennek, hogy a streptococcusfertőzés néha vörheny képében zajlik le, és így érthető volna a vörheny nagy változatossága és a genius epidemicus is megfigyelhető volna.

Ha felveszünk a streptococcus-fertőzést, megfigyelhetjük, hogy az otitis, a sebek is terjeszthetik a vörhenyt. A felnöttek vörhenye néha krizissel végződik, tehát a kórokozó hirtelen tönkremegy. A bőrczafatok fertőző volta ellen felhossa, hogy véleménye szerint az exanthemat nem a vírus okozza, hanem csak a toxin.

Deutsch Ernő: 13 év óta kísérő éber figyelemmel a vörheny-fertőzésnek esélyeit az orvosi felügyelete alatt álló három internatus (két fiú-árvaház és egy süketnéma-intézet) átlag 350 növendékén. Egyetlen egy esetben sem fordult elő a vörheny endemián, mindig sikerült a fertőzést első csirájában elnyomni. Eljárása a következő: Az intézetek igazgatói a heveny fertőző megbetegedések felismerésére be vannak gyakorolva. A növendékek felkelését követő reggeli ellenőrzéskor a derékig lemeztelenített gyermekreget átnézik, a betegnek jelentkezéket elkülönítik, s az orvost rögtön tudósítják. Ily módon rendszeren enanthemával, legrosszabb esetben kezdődő exanthemával látja a felszólaló a beteget. A bejelentést telephonice eszközöl, minek következtében fél napon belül megtörténik a beteg növendék elszállítása és a fertőtlenítés. Az elszállítás egy a betegszobába nyíló s a kertbe szolgáló lépcsőn történik, úgy hogy a beteg az intézet helyiségeit nem fertőzi. Fertőtlenítésnek veti alá a háló-, dolgozó-, iskolatermeket, s az elkülönítő helyiséget, s nem elégszik meg, mint azt egyebütt szokták megcselekedni, csupán azon helyiségek fertőtlenítésével, melyekben a megbetegedést megállapították, s a melyekből a gyermeket elszállították. A kórházból egészségesen elbocsátott növendék az intézetben tíz napig marad elkülönítve, megfigyelés alatt, s társai közé csupán ismételt fűrésztés és az orrgaratüreget fertőtlenítése után kerül; sohasem engedő a kigyógyultat társai közé azon ruhában, melylyel a kórházból elbocsátottat. Az elkülönítő helyiséget a gyógyult beteg kikerülése után házilag fertőtleníti. Az orrgaratüreget megbetegedéseire nagy súlyt fektet. Különösen sokáig fertőzők az adenoid vegetatiókkal bírók, ilyenek késői fertőzés okai is lehetnek.

Berend Miklós: Egyrészt Szontagh azon megjegyzésére óhajt reflektálni, mintha a vörhenyjárványok alatt észlelhető halmozódásából a mandula-loboknak a vörheny streptococcus-aetiologiájára lehetne következtetni. Szólok éppen ily járványok alkalmával, figyelemmel kísérve az észlelt tonsillitisek bakteriologiai képét, semmikép sem kapta azon meggyőződést, mintha ilyenkor a streptococcus-tonsillitisek halmozódnának, a minek ellene szól a klinikai tapasztalat is, a mely az esetek teljesen jóindulatú voltát bizonyítja.

Másik megjegyzése a vörheny, s általában a fertőző kútegek megelőzésére vonatkozik a gyermekkorházakban. Minden gyermekorvos előtt ismeretes, milyen nehéz, majdnem lehetetlen volt eddig a védekezés a behurcolt, a lappangási szakban levő fertőzések továbbterjedése ellen a gyermekkorházakban. Erre tekintettel a Fehér-kereszt-gyermekkorház kórházépítési és munkatervénél ezt tartotta szóló legelső sorban szem előtt s ez okból a megfigyelő osztályra helyez kivétel nélkül 14 napra minden, a kórházba felvett beteget. Ez osztály zárt fülkékre, boxokra van osztva, minden külön elkülönítő ezella jelle gével bír, orvos, ápolónő csak külön köpenyben mehet be a beteghez; a kézmosás a beteg érintése után kötelező. E rendszernek köszönheti szóló, hogy 16 hó alatt osztályára, daczára a felforgó vörhenyjárványoknak, vörheny egyetlen egyszer sem hurcoltatott be, sőt még kanyaró behurcolásának négy esete közül is kétszer sikerült a fertőzés

továbbterjedését meggátolni, a mi ha nem is teljes eredmény, de már nagy javulás az eddigi viszonyokhoz képest. Preisch észleléseit a kórházi fertőzések ezen szempontjából is nagyon fontosnak tartja.

Preisch Kornél: A hámlás alatt látunk legtöbb fertőzést azért, mert ezen idő alatt történik a kórokozó vírusnak eliminálása. Fontosnak tartja a szülő a köztakaró megtisztítását, de a nyálkahártyákat is gondozni kell. Az otthon gyógykezelteknek statistikája azért jobb, mert gondosabban kezelteknek. 95.5%-a a kórházból elbocsátottaknak nem részesül további kezelésben.

A betegség lezajlása után, ha beteg még a nyálkahártya, eliminálja a vírust, és ha még adenoid vegetatiók is vannak, még tovább tart az eliminatio, éppen úgy otitis eseteiben is.

Az enyhe megbetegedések okozzák főleg a járvány terjedését és a további fertőzések miatt nem szűnik meg nálunk a járvány.

Hogy a vörheny a puerperális lázzal, a streptococcus-infectióval nexusban volna, az ellen szól az a körülmény, hogy a vörheny immunitást hagy vissza, a streptococcusfertőzés ellenben nem.

Közkórházi Orvostársulat.

(IV. bemutató ülés 1909 márczius 10.-én.)

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

(Vége.)

Psoriasis és syphilis szövődése.

Leopold Béla: A 34 éves földmivest 1909 febr. 23.-án vették fel Róna tanár bőr- és bujakóros osztályára.

A beteg előadja, hogy hasonló baja 4 év előtt kezdődött elszórt foltok alakjában, melyek eleinte főképpen a lábszáraira lokalizálódtak, törzsén csupán néhány 5 koronányi és ennél kisebb plaque alakjában. Orvosi kezelésben ismételt részesült, kátránnyal és kenőcsökkel kezelték, melyekre baja visszafejlődött ugyan, teljesen azonban sohasem mult el. Újabban két hó óta áll fenn, még pedig oly fokozott mértékben, mint eddig még soha, ezért osztályunkat kereste fel a következő állapottal: A beteg egész törzsére és végtagjaira, valamint az arcára és a hajzatos fejbőrére lokalizálódott generalizált psoriasist látunk. Feltűnő azonban a sternumon 2—3 erősen infiltrált, kerek, alig hámló, sepiabarna plaque, melyek figyelmessé tettek bennünket, hogy betegünkön nem tisztán psoriasissal, hanem hozzája társult lues-infectióval állunk szemben. A beteget kikérdeztük, hogy nem tud-e valamilyen genitális betegségről, de tagadó választ nyertünk. Megvizsgálva a penist, a sulcus coronariusban a volt sclerosis nyomát megtaláltuk. Ekkor az említett barna plaqueból, melyet a syphilis haematogen nyilvánulásának véltünk, spirochaeta-vizsgálatot végeztünk, azonban negatív eredménnyel, míg az egy időben végzett Wassermann-reactio erősen positiv volt. Újra tüzetes vizsgálatnak vetettük tehát alá a beteget és ekkor az ajakon 2 kis, alig lenesényi secundaer papulát találtunk, melyekben a spirochaeta pallidát könnyen kimutattuk. Ma a kép már sokkal feltűnőbb és jellemzőbb, mert míg vizsgálatunk alkalmával csupán a sternumon volt 2—3 papula, addig most az egész törzs és a végtagok telehintettek hasonló nagy papulás lueses exanthemával.

Cysta az epiglottison.

Simkó Lajos: Az eset Morelli osztályáról való. A 16 éves nőt betegen azt találtuk, hogy az epiglottis nyelvi felszínén egy körülbelül diónyi, hólyagszerű, sárgás-fehér képlet van, a mely az epiglottisnak különösen jobb felét foglalja el; szondával megérintve ruganyosnak bizonyul. Punctiókor kitűnt, hogy a képlet sárgás-fehér, kissé nyálkás folyadékkal telt cysta; a nyílást gégekessel tágitottuk és a cysta falának egy részét kivágtuk. Jelenleg a cysta helyén csak kis duzzanat látható.

Gümőkóros daganat az orrban.

Simkó Lajos: A 21 éves betegen több helyütt sipolyjáratok gyógyulásából eredő hegek láthatók. Az orrnyílások ki vannak töltve rózsaszínű, dudoros felületű, porc kemény daganattal, a mely a septumból indul ki, hátrafelé a choanáig ér, de azt nem lépi túl. A garat és a gége ép; a tüdőlelet negatív. A próbaexcisio a tuberculosis képét mutatja. A beteg még műtét előtt van.

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(1909 április hó 17.-én tartott VI. szakülés.)

Elnök: Turesa János. Jegyző: Konrádi Dániel.
(Vége.)

IV. Szabó Dénes bemutat:

a) 106 napos, 47.5 cm. hosszú, 2750 gm. súlyú csecsemőt, kit f. évi január hó 2.-án 51 kgm. súlyú, 20 éves, először terhes nő szült. A magzat 40 cm. hosszú, 1700 gm. súlyú volt, tehát az életképesség határán állott, az utolsó havi bajtól számítva körülbelül 30 hetes lehetett, a méretei megfelelnek *Ahlfeld* átlagos méreteihez viszonyítva a 28—29. hétnek. A felnevelést nehezítette, hogy az anyatejet nélkülözni volt kénytelen; melegítő-szekrényben tartva, időnként dajkatejet kapott. Január 12.-éig fogyott 300 gm.-ot, eredeti súlyát két hét múlva visszanyerte, azután körülbelül három hétig ingadozott a súlya 1700 gm. körül, a míg lassanként fejlődésnek indult. A magzat fejkerülete 28 cm. volt s így a *Fehling* által megállapított 28.75 cm. átlag alatt maradt, tehát az életképessége ezen megállapítási alap szerint is kétes volt. Bemutató a melegítő-szekrényt évek óta használja és jó segédeszköznek tartja ott, hol a magzat hozzátartozói komolyan akarják a kétes életképességi magzatot fölnevelni.

b) 30 éves nőt, ki arról panaszkodik, hogy külső nemi részei egy év óta állandóan duzzadtak. A körülbelül három ujjnyi hengerekkel átalakult, puhás tapintatú nagy ajkak bőre keményes, sötét rózsaszínű, a felszínén lévő apró göbök itt-ott reczés felületet adnak. Az ilyen túltengés rendszeren nyirokpangásnak a következőképpen: a külső nemi részek nyirokerei a czombhajlásban lévő mirigyek felé vezetnek. A betegen mindkét oldalt heges tasakok sorozata látható 15 évvel ezelőtt kifakadt genyes góczok maradványaként. Az egyszerű pangásos vizenyővel szemben itt túltengést látunk, a bőr keményes, apró göbök emelkednek ki belőle. A kóros folyamat *hypertrophia lymphatica vulvae* nével jellemezhető; későbbi túltengéskor nemesak kötőszöveti, papillás, de hámtúlnyúlás is mutatkozik és a baj az *elephantiasis*, illetőleg *pseudo-elephantiasis* nevet kapja a daganat külső alakja miatt. A pangó nyirkot levezetni nem sikerül, azért rendszerint eltávolítjuk a daganatot. Első sorban a esikló, azután a kisajkak s végül a nagyajkak a leginkább megváltozott részletek. Részleges eltávolításuk a keringési viszonyok megváltoztatásával (a keletkező heg miatt) az el nem távolított részek további túltengését többnyire megszünteti, azért a műtétet részleges is lehet.

Hozzászól: Marschalkó Tamás és Veress Ferencz.

PÁLYÁZATOK.

1141/1909. sz.

A nagyállói m. kir. állami elmeorvosintézetben újonnan rendszeresített, évi 2000 korona fizetés, egy adag I. oszt. élelmezés (bor nélkül), természetbeni lakás, fűtés, világítás élvezetével egybekötött, végleges jellegű, lemondás folytán megüresedett **intézeti orvosi állásra** a nagymélt. m. kir. B. ű. min. f. évi febr. 13.-án 8597—909. sz. m. rendelete folytán pályázatot hirdetnek.

Felhívom azon orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1888. évi I. t.-cz. 4. §-ában körülírt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt 1 koronás bélyeggel ellátott s a nagymélt. m. kir. belügyminister úrhoz intézett folyamodványokat a nagyállói m. kir. áll. elmeorvosintézet igazgatóságához **1909. évi június hó 10.-éig** bezárólag nyújtsák be.

Elkésetten érkezett folyamodványok figyelembe nem vétetnek.
Nagyállói, 1909. évi május hó 17.-én.

Langer Árpád dr., igazgatóhelyettes.

2837/1909. eln. sz.

A városi közkórháznál üresedésben lévő és főispáni kinevezés útján 3 évi időtartamra betöltendő **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Ezen állás javadalmazása 1200 korona évi fizetés, élelmezés, a közkórházban kötelező lakás, ennek fűtése és világítása.

Felhívom azon nőtlen orvostudorokat, kik a jelzett állást elnyerni óhajtják, hogy minősítettségüket s netalán eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérelmüket **f. évi május hó 29. napjának d. u. 5 órájáig** Kelemen Béla dr. főispán úrhoz címezve a főispáni hivatalba nyújtsák be.

Szeged, 1909. évi május hó 3.-án.

Lázár György dr., polgármester.

1222/909. kg. sz.

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

Javadalmazás: 1600 korona évi készpénzfizetés. Továbbá a vármegyei törvényhatósági bizottság által megállapított lakpénz, látogatási, rendelési, műteti, távolsági díjak, természetbeni fuvar. A szabályrendeletileg megállapított 40 fill. halottkémleli és hűsvégdíjak.

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

Újvidék, 1909. évi május hó 12.-én.

2—2

Nikolits Izidor, főszolgabíró.

107/909. sz.

Békés vármegye közkórházának sebészeti és elmebeteg-osztályán **1—1 segédorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Javadalmazás: a sebészeti osztályon évi 1200 korona, az elmebeteg-osztályon évi 1600 korona és mindenik állásnál I. osztályú teljes ellátás, lakás, fűtés és világítás.

Pályázni kívánókat felhívom, hogy képesítésüket, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos Döry Pál úrhoz, Békés vármegye főispánjához címezve, hozzám **folyó évi május hó 25.-éig** küldjék be.

Gyula, 1909. évi május hó 12.-én.

2—2

Békés vármegye közkórházának igazgatója.

2193/1909. kig. sz.

A dunavesei járáshoz tartozó **Solt** községben elhalálozás folytán megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Az állás javadalmazása az 1908. évi XXXVIII. t.-cz.-ben megállapított 1600 korona évi fizetés, lakás természetben és a vármegyei szabályrendeletben megállapított látogatási díjak.

Felhívom pályázni szándékozókat, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket **folyó évi június hó 10.-én déli 12 óráig** hivatalomnál nyújtsák be. A választást f. évi június hó 12.-én d. e. 9 órakor fogom Solt községében megtartani.

Dunavese, 1909. évi május hó 5.-én.

2—2

Csikay, főszolgabíró.

1654/909. sz.

Somogy vármegye közkórházában Kaposvárott üresedésben lévő, 1000 korona fizetés, lakás, fűtés, világítás és élelmezéssel javadalmazott **két segédorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy Kapotsfy Jenő főispán úrhoz címzett kérvényeiket **1909. évi június hó 10.-éig** a kórházigazgatóságához nyújtsák be.

A kinevezés két évre szól és esetleg meghosszabbítható, az itt töltött segédorvosi szolgálat a szülészeti kivételével a kötelező orvosi gyakorlatnak beszámíttatik. Magánygyakorlat nincs megengedve.

Kaposvár, 1909. évi május hó 7.-én.

4—2

Szigeti Gyula Sándor dr., igazgató főorvos.

HIRDETÉSEK.



A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

kitűnő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatása!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

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

GLEICHENBERG GYÓGYHELY STEIER-ORSZÁG.

Klimatikus gyógyhely. Nyári üdülő.

Gyógyjavallatok: a légzőszervek hurutjai, daganatok és kergek, tuberkulózis (csak kezdetleges stádiumban, vagy régi elhatárolt állapotban) tüdő-emphysema, asthma, arteriosklerosa, hibás szívbilientyű, görvély, hólyaghurut, köszvény és csúsz, női betegségek, idegbajok, lábbadozás.

Teljes gyógyeszközök minden betegségre. 7222

Világhírű gyógyforrások. Évad: május 15-től szeptember 30-ig.
Prospektust küld és minden értesítéssel szolgál A fürdőigazgatóság.

Stájerországi gyógyhely

"TOBELBAD"

Májustól októberig.

Az 1909.-iki évadra teljesen modernül átalakított.

Rég ismert vasas aczélforrások. — Hőfok 30 és 26 fok Celsius.

Rádium, az erősen radioaktív források között harmadik helyen áll.

Gyógyhatás egyenlő Gastein, Wildbad, Johannisdorf stb. fürdővel.

Igen egészséges enyhe éghajlat, 330 méter a tenger színe felett. Erős erdei levegő, tágas fenyőerdők, remek hegyi levegő.

Fürdők.

Javalatok:

Ivókúrák.

Csúsz, köszvény, ischias, idegbajok, női bajok, vérszegénység, sápkórság, haemorrhoidák.

Dietetikus és természetes gyógyeljárások.

Faradatio, galvanisatio, gépekkel való vibrációs massage, manuális massage.

Hydrotherapia hévízzel. Inhalatio, gyógyfű-fürdők, négyrekeszes fürdő, villamos fény- és kék fény-fürdők, gőzfürdő, változó áramú fürdő, szénsavas fürdő, Zander-gymnastika, Boghean dr. szerinti légzési szék, von Schrötter által javítva.

Napfürdők, légfürdők, fekvőcsarnokok, légsátrak.

Czelszerűen és újonnan kiállított lakosztályok, előkelő villákban. Elsőrendű konyha. Kosmetikai salon. Képző zene (naponta háromszor). Tennis-terek. Croquette-tér. Kuglizó stb. stb.

Gyógyivóvíz. Csatornázás. Villamos világítás.

Posta, sürgöny, telefon. Automobilgarageok. Vasútállomás Tobelbad-Premstätten 20 percz.

Graztól a Fürdőigazgatóság automobilján 25 percz.

Orvosi vezetők: Erich v. Schrötter dr. főorvos, Erich Kühnelt dr. Kíváratra prospektus.

7384

LAUFER szabadalmazott és orvosilag jónak elismert

ludtalp-betét

(boka-fűző)

ludtalpuak és fájóslábuak részére

mely bármely cipőbe alkalmazható. Kizárólag kapható:

**Székely és Tsa**

Budapest, IV., Múzeum-körút 9.

Nagy raktár a boka-fűzőkhöz alkalmas cipőkben.

Saison május 1-től szeptember végéig.

Badgastein

Tauernvasut, Salzburg.

Május, június és szeptemberben lényegesen mérsékelt szobaárak.

A világ legradioaktívabb hőforrása, a forrás hőmérséklete 49° C. Tengeri magasság 1012 méter. A legremekesebb hegyek közepette, szélmentes fekvés. Képző hatás az aggkor bántalmainál, idegbántalmak, neuralgiák (ischias), neurasthenia, functionális neurosisok, paralysis (apoplexia), tabes, köszvény, rheumás bántalmak, vese- és hólyagbántalmak (prostatitisek), különféle női betegségek, valamint valamennyi kimerültségi és gyengeségi állapotok ellen. Legkényelmesebb lakás 60 szobában és lakóházban, thermal-fürdők minden házban; ivókúrák és berendezések a forrás gőzének használatára.

Értesítéseket és prospektusokat küld a Gyógybizottság (Kurkommission).

Thermal-forrás szétküldés MATTONI HENRIK által WIEN.

7133

Rohitsch-Sauerbrunn

Stájerország. Vasút, posta és táviró.

3750

**Pezsgő oxigén-fürdők.**

Hatásuk: Az ütérkövek 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.

Javalatok: Szív- és érbetegségek, Arteriosclerosis, Nephritis, Működési és szervi idegbajok, Rheumatizmusok, Asthma, Gümőkór, Hörghurut, 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 gyógyszertárban és drogeriában kapható, ép úgy a főraktár útján. 10 Ozetfürdő = 1 postacsomag. Orvosoknak és intézeteknek árendésmény.

Irodalom rendelkezésre áll.

L. ELKAN, BERLIN O., Raupachstrasse 212.

HÉVIZ - gyógyfürdő

Keszthely mellett (Zalamegye).

Kiváló hatású, természetes, radioaktiv forrásiszap.

37-39° hőforrás; 9 1/2 hold területű meleg forrástól.

Gyógyeszközök: Fürdők, göngyölések, ivókúra, orvosi massage, villanyozások stb. Új berendezések.

Prospectussal és felvilágosítással szívesen szolgál a fürdőigazgatóság.

A. Smith gyógyintézete Alkohol-elszoktatás

részére

Rittergut Nimbsch a. Bober, Sagan mellett (pr. Schlesien) — Absolute kényszer nélkül! Szép erdőségi tartózkodási hely, Szilárd legégségesebb vidéken. Prospektusok postafordultával bérmentve.

Orvosi vezető: Dr. LERCHE egészségügyi tanácsos.

7320

Landes-Sanatorium „Steinhof“ WIEN XIII.

7385

Legnagyobb és legmodernebbül berendezett

Gyógy- és ápolóintézet ideg- és kedélybeteg részére

(hatósági kezelésben)

Legteljesebb berendezés neurasthenia, hysteria, hypochondria, ideges állapotok, morfinizmus, kokainizmus, alkoholizmus stb. kezelésére.

Legnagyobb kényelemmel berendezett 10 pavillon, saját gyógyház: mechanó-, elektro- és hydrotherapeutikus gyógyeszközökkel, téli uszoda: társalgó és étterem, biliárd, dohányzó- és zenetermek, színház, házi zenekar, központi fűtés, villamos világítás.

Penziónarak: lakás, világítás, fűtés, ellátás (naponta 4-szer étkezés), orvosi kezelés, ápolás- és felügyeletért Alsó-Ausztriába illetékes egyének részére naponta I. oszt. K 9-től feljebb, II. oszt. K 7.50; nem Alsó-Ausztriába illetékes egyének részére I. oszt. naponta K 10-től feljebb, II. oszt. K 8.—. Prospektus portó- és díjmentesen. Telefon-szám: Ottakring 278. Villamos vasút megállóhelye.

Bittner-féle

Fenyőfürdő-kivonat.

Ezen kivonat, mely a fenyvesek aetherikus-olajos, balzsamos-gyantaszertü anyagainak teljesen koncentrált oldatát képezi, igen alkalmas langyosmeleg erősítő és fájdalomcsillapító kádfürdőkre és orvosok által több mint 20 év óta gyermekek és felnőttek részére legmélegebben ajánlatik.

Tessék határozottan Bittner-féle készítményt Reichenau-ból (N.-Ö.) kérni, mert számtalan utánzat létezik.

Főraktár: JULIUS BITTNER cs. és kir. udv. szállító, gyógyszerész Reichenau, N.-Ö. Egy fürdő 80 fillér. 5730 Egy fürdő 80 fillér.

TELJESEN ÁTALAKITVA.

Karlsbad, modernül berendezett vízgyógyintézet. Styriabad, újonnan felszerelt szénsavfürdők. Kiváló gyógyhely gyomor-, bél-, máj- és vesebajok, székrekedés, aranyér, epekő, elhízás, csukorbetegség, köszvény, torok- és légcsőhurut, szív- és tüdőbetegségek ellen. Karlsbad- és Marienbad-hoz hasonló gyógyforrások.

Dietetikai és telepkúrák. — Kiváló ivóvízvezeték. — Villamos világítás. — Lift. — Modern osztorozás. — Állandó gyógyzenekar a híres triesti vonós-négyes közreműködésével.

Mint mindennapi diaetikus ital, kávé és tea helyett a

**Dr Michaelis-féle
Makk-Cacao**

az emésztési szervek zavarai tekintetében prophylaktikus hatással bír, a mennyiben ezen szerveket normális állapotban tartja.



Számos év óta orvosok által kipróbált
Tonicum és Antidiarrhoicum
idült hasmenésnél.

== Magas tápértékű; ==
Könnyen emészthető;
== jó ízű. ==

Kapható minden gyógyszerárban.
Megkeresésre orvosoknak és klinikáknak ingyen küldünk próbákat.

Egyedüli gyárosa:

STOLLWERCK TESTVÉREK R.-T.
kir. udvari szállítók.
Pozsony.

ROZNAU

Új vízgyógyintézet
(am Radhost)

Morvaország 7322
a legrégibb világhírű
klimatikus gyógyhely és
nyári üdülőhely.

Evad: május hó 15.-től szeptember 15.-éig. Prospektusokat ingyen küld
Minden további értesítéssel szívesen szolgál a gyógybizottság.

Liq. Gude
MANGAN-VAS-PEPTON GUDE

Liquor mangano-ferri peptonat. Gude.

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

készíti: **1890** óta.

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

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

ARSOJODIN

Jod-Arsen-kurák.

Csakis orvosi rendeletre, Scrofulosis, Asthma bronchiale, Psoriasis, valamint secundaer és tertiaer lues ellen.

== Felvilágosítással és kimerítő irodalommal szolgál a ==

Magyarországi főraktár:

Zoltán Béla gyógyszerháza, Budapest, V., Szabadság-tér.

BAD HALL

Felső-Ausztria. 1-ső rangú jód-sófürdő.

Európa legrégibb és leghatásosabb jódforrása. — Női betegségek, izmágyak, idült gyulladások, gümőkör, szerzett vagy öröklött syphilis és annak következményei köszvény, csúsz stb. ellen.

!! A legmodernebb gyógyeszközök !!

Sáson május 1.-étől szeptember 30.-ig. :: Felvilágosítást nyújt ::

A fürdőkezelőség.

Dr. v. Gerstel sanatoriuma télen át is nyitva.

PARUVÁR FÜRDŐ

Szlavóniában, a Délvasút állomása.

Vasas- és iszapforrások 34-50°C.

Kies vidék, remek park, nagy erdő. Márvány-, porcellán-, tükörfürdők és lápfürdők. Fagyó-gyógykezelés és hidegvizkúra, lég- és napfürdők, szabadban való fekvés és hízókúra. Kiváló gyógyeredmények valamennyi női bajnál, vérértelenségnél, csúsznál, köszvénynél, valamint idegfájdalmaknál, különösen ischiásnál. Mérsékelt árak.

Prospektussal szívesen szolgál a fürdőigazgatóság.



DYMAL

Méregtelen, nem izgató, váladékesöklentő,

száraz antisepticum,

mely sebek, égések, hyperidrosis, intertrigo és más betegségeknek bevált; **olcsósága** miatt a többi jódform-pótszerekkel szemben előnyben részesítendő.

ESTORAL

Egyszerű és kellemesen ható **nátha elleni** szer.

Irodalom: „Heilmittel-Revue“, 1906. február.

A t. orvos uraknak irodalmon kívül minták is rendelkezésre állanak. Megrendelés esetében szíveskedjenek a 184. sz. hirdetésre hivatkozni.

BAD KISSINGENI TERMÉSZETES ÁSVÁNYVIZEI

RÁKÓCZY

világhírű, anyagcserebántalmak, gyomor-, bél- és májbetegségek részére. Szív- és edénymegbetegedésnél stb.

Kissingeni keserűvíz.

Fürdőszó.

Bockleti aczélkút.

Az orvos urak előnyben részesülnek és mintákat díjmentesen kapnak.

Mindenütt kapható vagy közvetlenül az Ásványvízfürdők Kezelősége által.

7184

Kütleírások díjmentesen kéréndők.

MAXBRUNNEN

gyógy- és ivóvíz, hurutoknál, vese-, hólyag-, epekövek és csúszbántalmak ellen.

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 Babarczy Schwartzert 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.

Fornet Elemér: Gyógyjavulatok idült szívbajokban. 388. l.

Ónodi A.: Orr- és gégeorvostani közlemények. 390. l.

Kentzler Gyula: Közlés az I. sz. belklinikai laboratóriumából. (Igazgató: báró Korányi Frigyes dr. ny. r. tanár.) Vizsgálatok a phagocytosiról és az opsoninról. 391. lap.

Színnyei József: Közlés a szt. Rókus-kórház X. orvosi osztályáról. (Főorvos: Wenhardt János egy. magántanár.) Az extractum digitalis depuratum (digipuratum Knoll) hatása a vérkeringési rendszerre. Megjegyzések a digitalis hatásmódjáról. 393. lap.

A Stefánia-gyermekekórház jubiláris közgyűlése.

Győry Tibor: A mellkas kopogtatásának felfedezése 1761-ben.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Polgár Károly: Legelső segélynyújtás mindenki használatára. — Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Plesch: Az egy

szívösszehúzóással kilökött vér mennyiségének meghatározása. — Belorvostan. Schreiber: Műleány albuminuria. — Idegkórtan. Boudon és Caraven: Kétszeres trepanatio szinlelt meningitisben. — A tabes körjelzése pupillamerevség nélkül. — Sebészet. Elsworth Elliot: Genyes szívburoklobmütét. — Cabot: Medence-törés által okozott teljes haránt húgycsőszakadás. — Farrar Cobb: Acut haematogen veseinfekciók. — Gyermekorvostan. Göppert: Gyermekkori pyelocystitis. — Bőrkórtan. Risson: Adatok a felnőttek sclerodermájának ismeretéhez. — C. Vignolo-Lutati: Az úgynevezett melanoderma phthiriatrica vizsgálata. — Fizikai gyógyításmódok. Bernhard: A napfény therapeutikai alkalmazása a sebészetben. — Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra. Rothmann: Szer orrvörösség ellen. — Pawlowsky: Typhus gyógyítása xylollal. 399-402. l.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 402. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 403. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 404-407. lap.

Melléklet. Gynaekologia. 1. szám. Szerkesztik: Tóth István egyetemi tanár és Temesváry Rezső egyetemi magántanár.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Gyógyjavulatok idült szívbajokban.

Irta: **Fornet Elemér** dr. marienbadi fürdőorvos, volt egyetemi klinikai első tanársegéd.

Azon nagyarányú haladás, mely a szívbántalmak kórélettánában az utóbbi évek alatt mutatkozik, örömdetes befolyást gyakorol gyógyító eljárásunkra is, melynek javallatai határozottabban körülírhatóvá váltak. A szív anatómiai és biológiai viszonyait a régi eljárásokon kívül pontosabb percussió módszerekkel, Röntgen-felvételekkel, a szív erejének számokban kifejezhető mérésével, a systolés és diastolés vérnyomás meghatározásával stb. igyekszünk felderíteni. Kórtani tudásunk a szívműködés rhythmus-zavarait illetőleg jelentékenyen bővült, az idegrendszernek s különösen a vasomotoroknak szerepe a vérkeringésben mindinkább nyilvánvalóvá vált, a szív izomzatának betegségeit, az arteriosclerosis kórtánát stb. számos értékes megfigyelés és dolgozat révén alaposabban ismerjük.

Újabb kórtani adatok azonban gyakran használtatnak fel újabb therapiás javulatok felállítására olyankor is, a mikor azok csupán ártalmas vagy felesleges polypragmasiához vezetnek, különösen akkor, a mikor úgyszólván naponta merülnek fel újabb gyógy-eljárások s nagy reklámmal hirdetett gyógyszerek. Már pedig az emberi pathologia kevés terén használhat a céltudatos gyógyítás a betegnek annyit, mint éppen a szívbetegségek lefolyásában, de egyúttal nem egykönnyen válhatik oly végzetessé valamely kapkodó, helytelen indicatióval fogantatott eljárás, mint éppen ezen a téren. A gyógyításnak tervét első sorban valamely oly kórtani mozzanat felkutatása kell hogy alkossa, a melynek megszüntetése vagy enyhítése gyógyító hatással lehet. Ilyen például az elhízás, a syphilis okozta, vagy az alkohol, kávé, tea stb. szertelen élvezete által előidézt szívműködésbeli zavar, valamint bizonyos mellkasi rendellenességekből származó szívbántalom. Ha eme indicatio causalisnak meg nem felelhetünk, további teendőnk a lehetőleg pontos kórboneczolástani diagnosison kívül a szívműködés teljesítő

képessége kell hogy irányítsa. Az alantiakban nem czélom mindazon gyógybeavatkozások indicatióit tárgyalni, melyek idült szívbetegségek lefolyása közben felmerülhetnek, hanem csupán néhány oly gyógy-eljárás és gyógyszer alkalmazásáról kívánok tisztán a gyakorlat szempontjából észrevételeket tenni, a melyeknek használata concret esetekben rendszerint huzamos időn át javalt.

Mindaddig, a míg compensatiós zavarok nem mutatkoznak, vagy ha azok a hygienés előírások betartása után maguktól is visszafejlődnek, feltétlenül kerülni kell a cardiacumok használatát. Azonban már ebben az időszakban is — mely némely szívbetegnél évtizedeken át eltarthat — törekvésünk a szív tartalékerejének növelésére s a vérkeringés könnyítésére kell hogy irányuljon. E végből szükséges a beteg egész életmódját orvosilag szabályozni és irányítani.

Már a teljes compensatio időszakában is feltétlenül indikált a CO₂-fürdőkúrák használata, mert nem lehet kétség az iránt, hogy a lehetőleg korai időszakban — de soha az acut vagy subacut endocarditisekben — megkezdett s évente megismételt ily rendszeres kúrák alkalmazása által számos szívbeteg életét sok évvel megnyújtjuk. Hiszen ha a CO₂-fürdőknek csupán azon általános hatására vagyunk is tekintettel, melyet a bőr vérkeringésének élénkítése s így a belső szerveknek vérrel való könnyített és gyorsabb módon történő ellátása által a tüdő, szív, idegrendszer, bélsatorna és máj tonusának fokozására kifejtenek, nyilvánvaló, hogy mivel ezen általános hatás a vérkeringés befolyásolása révén jön létre, annak első sorban a szív látja hasznát. Az idült szívbántalmaknak éppen kezdeti szakában oly gyakran van alkalmunk meggyőződni arról, hogy csekély fokú vérkeringés-zavarok és subjectiv nehézségek CO₂-fürdőkúrák rendszeres használatára állandóan vagy sok időre elmúlnak, hogy mulasztás a beteggel szemben, ha ezen gyógymód következetes használatára már eleinte reá nem szorítjuk. Vonatkozik ez úgy a szerzett, mint a veleszületett billentyűbajok összességére, valamint az idült myocarditises és arteriosclerosisos bántalmakra.

Ugyanacsak már a compensatio időszakában is végeztessünk rendszeres Oertel-féle légzési gyakorlatokat. A légzés mechanizmusa ugyanis nagymértékben elősegíti a szív munkáját részben az által, hogy minden belégzés alatt a mellkasban uralkodó negativ nyomás

a véráramra szívó hatást fejt ki, részben pedig azért, hogy egyidejűleg a tüdőnek és a szívnek véreire kitágulnak s így ezen szerveknek átáramoltatása könnyebbé válik. Kellő kimételességgel végzett légzési gyakorlatok ezért a szívbántalmak minden időszakában csakis javítólag hathatnak a szív táplálására és erősítésére.

Egyike a legfontosabb kérdéseknek a megengedhető *testmozgás mértéke*. Ez természetesen változó lesz a bántalom helye, jellege, kiterjedése, valamint a beteg erőbeli állapota s szokásai szerint. Általában megengedhető a testmozgás oly mértéke, mely subjectív nehézségeket nem okoz, s mely után a kompenzált állapotban levő szívnek működése néhány perc alatt eredeti tulajdonságaira ismét visszatér. Legkönnyebben elkerülhető a túlzás a mitrális bántalmakban, a mennyiben itt nagyon megbízható útbaigazítást ad a légvétel mineműsége. Minden oly testmozgás, mely dyspnoét okoz, túlságos, addig a határig azonban megengedhető. Ha eme gyakorlati szabályt szem előtt tartjuk, számos esetben nem fogjuk elvonni az illetőket a mérsékelt emelkedő séták óvatos megtételétől, a croquet-játektől stb., meggyőződésem és tapasztalatom szerint a betegek hasznára. Az aorta-billentyűk bántalmaiban viszonylagosan inkább fenyegeti a betegeket azon veszély, hogy a szívnek vagy esetleg a verőereknek erejét meghaladó munkát végeznek, mivel huzamos időn keresztül esetleg semmi kóros tünetet sem észlelnek a szív részéről. Aorta-insufficienciában, tekintve azt, hogy minden fokozottabb szív működés a függőér tágitása és a vérnyomás fokozása folytán a bántalmat károsan befolyásolja, kerülniük kell a betegeknek minden hevesebb vagy megerőltető testmozgást. Jó, ha a betegek napközben is pihennek jobb oldalukra fekvé 1—2 órát. A friss levegő élvezete fáradság elkerülésével legyen összekötve. A stenosis aortaében a testmozgás korlátozása valamivel kevésbé szigorúan viendő keresztül, mint az aorta-insufficienciában, azonban a verőerekben uralkodó fokozott vérnyomás s az esetleg hirtelen beállható szívtúlérőltetés itt is óvatosságra fog inteni a netalán hiányzó subjectív tünetekkel szemben. A cor adiposum kezdeti szakai hálás anyagot szolgáltatnak rendszeres terrain-kúrák számára. Kezddő myocarditisekben gyakran észlelhetjük az arhythmias szív működés megjavulását a szív erejéhez mért testmozgás végzése után. Nagy elővigyázat szükséges az arteriosclerosis eredetű angina pectoris eseteiben, mert csekély fokú túlérőltetés is könnyen vezethet a szívizom ischaemiájához és hűdéséhez. Azonban minden, bármily jól kompenzált szívbajban is elkerülhetlenül szükséges a végzett testmozgásnak hatását a pulsusra, vérnyomásra és légzésre időnként pontosan ellenőrizni a végből, hogy túlzások elkövetésének veszélyeitől távoltarthassuk a beteget.

A mikor valamely idült szívbántalom lefolyásában elérkezett az az időpont, a melyben a szív működés rendellenessége *objectív és subjectív tünetekben* nyilvánuló vérkeringés-zavarokat vált ki, rendszerint felmerül egyúttal a szívre és az érrendszerre közvetlenül ható gyógyszeres és egyéb kezelés szükségessége is. Ezek közül néhány leggyakrabban alkalmazásba jövő gyógyhatányra kívánok gyakorlati szempontból tekintettel lenni.

Tudjuk, hogy a *digitalis* — mint az ezen csoportba tartozó szerek legkiválóbbját a rövidség okáért csak ezt említem — a szívizomra való közvetlen hatás által annak tonusát növeli, a szív működést erősebbé teszi, lüktetési volumenjét nagyobbítja, a verőeres vérnyomást emeli, a kiadósabb diastole által a szívnek a gyűjtőerekre gyakorolt szívó hatását növeli s a vérkeringést így azokban is megkönnyíti. Ezen tulajdonságain kívül hatásának magyarázatára — részben kísérletek alapján — még fel kell vennünk azt is, hogy az emberen alkalmazott adagokban a hasi nagy ér-hálózatra szűkítőleg hat, a mi által viszont a bőr véreire reflectorice kitágulnak. A digitalis tehát ilyen módon legértékesebb gyógyszerünk a *szívelégtelenségből származó tünetek leküzdésére*, viszont azonban tudjuk, hogy vannak a szív működés elégtelenségének oly esetei is, a mikor teljesen cserben hagy. A *vérnyomás alacsony vagy magas volta nem szolgálhat ilyenkor alkalmazását illetőleg biztos útmutatásul*. Számos erre irányuló megfigyelés mutatja ugyanis, hogy a digitalis első sorban és kiválóan az alacsony vérnyomással járó pangások megszüntetésére alkalmas ugyan, de viszont sok esetben kórosan fokozott vérnyomással járó pangásos tünetek digitalis alkalmazására megszűnnek s egyidejűleg a kórosan fokozott vérnyomás is csökken. Ilyen egyének — kik rendszerint szapora pulzust mutatnak s nagy dyspnoében szenvednek — elképzelhető,

hogy a nagyobb áramlási akadály a vasoconstrictorok útján a szén-sav által izgatott vasomotoros centrumból váltatik ki. A digitalis hatására beálló nagyobb pulsus azután legyőzve a keringési akadályt, megjavítja a szöveteknek verőeres vérrel való ellátását, minek következtében viszont az addig görcsösen összehúzódott verőerek kitágulnak, a vér áramlási medre kibővül s a kórosan fokozott vérnyomás súlyosod. A nervus depressor hatása ezután már szintén érvényesülhet s a pulsus gyérebbé válik.

Olyan esetekben, a melyekben a szív a jobb kamara insuficienciája folytán nem tudja a vérnek átáramlását a gyűjtőeres rendszerből a verőérrendszerbe elvégezni s a vér a jobb szívben és a hasüri szervekben felhalmozódik, leggyakrabban előnyösen fog hatni a digitalis. Nyilvánvaló, hogy ilyen keringés-zavar úgy a szívizom megbetegedése, mint billentyűbántalom folytán jöhet létre. Természetes az is, hogy ily zavarok könnyebben és korábban jöhetnek létre a mitrális bántalmakban, mint az aorta billentyűinek kóros elváltozásakor, mivel ezen utóbbi esetben az ép mitralis védi a kis vérkörbeli keringést és a jobb szív működését. Tudjuk azonban, hogy az aorta-bajoknak vagy az arteriosclerosisnak későbbi időszakában szintén előfordulhat a keringés-zavaroknak a kis vérkörre és általában a jobb szívre való áttérjedése és ily esetekben is rendszerint jó hatásúnak mutatkozik a digitalis. Mégis kétségtelen, hogy *gyakran az említett pangásos tünetek fennállása ellenére a digitalis használata eredménytelen marad*.

Melyik tünet tehát az, a mely a digitalis alkalmazásának javallat voltát leginkább mutatja? Aránylag a legmegbízhatóbb útmutatást nyerjük e tekintetben a szívhangok ékeltségi arányának megfigyelése által, mint azt Heitler és Hoffmann is kiemeli. Normális viszonyok között, álló helyzetben vizsgált egyének tudvalevőleg a szívcsúcson az első hang erősebben ékelte mint a második, a nagy erek felett pedig az első kevésbé ékelte mint a második. A szívcsúcson hallható első hang erősebb mint a nagy erek felett hallható első hang, a második hang a szívcsúcson gyengébb mint a második hang a nagy erek felett. Ha ezen normális viszonyokban oly változás észlelhető, mely szerint a második hangok nem hallhatók vagy a nagy erek felett kifejezetten gyengébben hallhatók mint az első hangok, úgy a digitalis alkalmazásától sikert ne várjunk. *Az első hangok túlnyomóan erős ékeltségénél a digitalis contraindikált*. Magyarázata ezen magatartásnak nézetem szerint abban keresendő, hogy a szív-kamara fokozott működésével szemben hiányzik a verőérrendszer részéről a normális ellenhatás. A digitalis ilyenkor rendszerint subjective is rosszul hat — fejfájást, congestiót, gyengeségi érzést okoz —, objective pedig a szív működést szabálytalanná teszi, a pulsus rhythmusát rontja.

Anélkül, hogy a digitalisnak más szerekek egyidejűleg való alkalmazására bővebben kitérni akarnék, nem mulasztatom el, hogy reá ne utaljak a *digitaliskezeléssel egyidejűleg alkalmazott vérelvonásoknak* nagy hasznára és jelentőségére bizonyos esetekben. Bár mind gyakrabban jelentkeznek az utóbbi években hangok, melyek a vérelvonások hasznát úgy alkati betegségekben, mint heveny fertőző bántalmakban és vérkeringés-zavarokban kifejezésre juttatják, eme gyógymód mégis csak igen lassan tud az orvosok körében híveket szerezni, azon meggyőző és meleg ajánlatok ellenére, melyekkel egyes kísérletezők ellátják. Ügylátszik, hogy az előző évtizedek tanításainak sikerült eme századokon át gyakorolt és jó észlelők által nagyrabecsült beavatkozásnak — melylyel azonban nyilván sok visszaélés is történt — orvosok és laikusok előtt oly rossz híret kelteni, hogy annak alkalmazásához gyakran a meggyőződés elszántsága szükséges a betegek s néha az orvosok idegenkedésével szemben. Különösen szembeötlő a vérelvonások használya oly esetekben, a hol a bal szív a kis vérkörbeli pangást már digitalis segítségével sem tudja legyőzni, a mikor is a verőeres vérnyomás a nagy vérkörben jelentékenyen súlyosod. Ilyenkor egy kiadó vérvétel életmentően hathat olyképpen, hogy a kis vérkörbeli pangást nagy mértékben csökkent, a mi viszont a nagy vérkörbeli keringést megkönnyíti s akkor azután a digitalis hatása szintén könnyebben érvényesülhet. A vérelvonás a vér viscositásának csökkentése útján is kevesbiti a keringési akadályokat. Vérelvonásokra külső okokból rendszerint a nadályozást vagy a véres köpülőzést használok, de mindenestre gyorsabb és erősebb eljárás az ugyanazon módon ható érmetszés. Azon objective és subjectiv nagy javulást, melyet a helyén való vérelvonás létre szokott hozni, jól tünteti fel a következő eset:

50 éves magánzó, insufficiencia bicuspidalis, merev thorax, plethorás egyén. A nyakon hullámzó tágult gyűjtőerek, a szívtempulát minden irányban megnagyobbodott, a szívcsúcson fúvó systolés zöreje. A pulmonalis második hangja erősen ékelt, billentyű-záródás érezhető. Pulsus 136. Vérnyomás 90. Légzés 50. Cyanosis. A máj nagyobb, érzékeny, a lábszárak oedemásak. Asthmás állapot miatt éjjelenként alig alszik. Több ízben szedett már digitalist, utoljára igen csekély haszonnal.

Nyolcz jól szívó pióca alkalmazása után másnapra nagy subjectiv könnyebbég. A szív működés szabályosabb, a pulmonalis második hangja kevésbé ékelt, pulsus 108, teltebb, vérnyomás 100, légzés 36. A vizelet szaporodott. Éjjel jobban aludt. Kúrája után — 28 CO₂-fürdő — pulsus 98, légzés 28, vérnyomás 115. A máj kisebb, nem érzékeny. A lábszár-oedem eltűnt. Az asthmája megszűnt, éjjelenként jól alszik.

A már fentebb említett, magas vérnyomással járó azon pangásos állapotokban, melyek cardiacumok használatát teszik javalltá, szintén nagyon ajánlatos előzőleg erőlyes vérvételt alkalmazni. Ily módon ugyanis kétségtelenül sikerül az agy véreinek plethoráját a digitalis használatának innét fenyegető veszélyeit csökkenteni. Időnként megismételt vérelvonásokat ajánlok plethorás egyének arteriosclerosis s anginás rohamai ellen is. A minden kétségen felül álló jó eredmények létrehozásában egyéb tényezők mellett szerepe lehet bizonyos toxinok kiürülésének is.

A digitalis-készítmények megválasztását illetőleg rövid ideig tartó alkalmazáskor — a mikor sürgős beavatkozásra nincs szükség — legjobban beválik a physiologiai hatására nézve megtitrált levelekből készült főzet. Ismételt gyakori használatra megbízható készítmény a Golaz-féle digitalis-dialysatum és a digalen. *Chronikus digitalis-kúrákra*, a melyeket rendszerint akkor alkalmazok, ha rövid ideig tartó erőlyes digitaliskezelés után hamar mutatkozik ismét szívinsufficiencia, rendszerint titrált digitalisport vagy digalent használok — utóbbi néhány cseppnyi napi adagban — vagy a Catillon-féle extr. strophantiból háromszor napjában egy szemet.

(Vége következik.)

Orr- és gégeorvostani közlemények.

Irta: *Ónodi A. dr.*, cz. egyetemi ny. rk. tanár.

(Vége.)

5. Angioma uvulae.

A nyelvcsapon ritkán fordul elő az angioma. Esetünkben a mogorónyi daganatot fokozódó zavarok miatt eltávolítottuk. L. S., 33 éves quaesturai hivatalnok állítása szerint már 7 évvel ezelőtt konstataáltak a nyelvcsapján a tágult ereket. Maga is észlelte, hogy nyelvcsapja hosszabbodik és vastagodik. Eleinte csupán az idegen test érzete zavarta, később hányási és köhögési inger bántotta, majd éjjelenként többször felriadt, köhögési rohamok lepték meg, melyek néha fuldoklással is jártak. Ez okból az uvula mogorónyi daganatát eltávolítottam, mely a nyelvgyököt érintette és az angioma klinikai képét mutatta. A lágyyszájpad nyálkahártyája adrenalinval és cocainnal lett beecsetelve, azután 1/4%-os novocain-oldattal és 1/2 milligramm adrenalinval a nyálkahártya alatt érzéstelenítve, a lágyyszájpadon az uvula gyökétől 1 cm.-nyire a tágult ereket kétoldalt lekötöttem és thermokauterrel az uvulát a lágyyszájpadról leválasztottam. Az eltávolított daganat szövettani vizsgálata az angioma képét nyújtotta.

6. A középső orrkagyló mucoceléje.

Egy mucocèle-esetet közöltem, mely a középső orrkagylóból indult ki, a belső szemzugban kiálló dudort alkotott és exophthalmust okozott. Endonasális kiirtásával a beteg meggyógyult. Jelen esetünk egy M. S., 21 éves nőre vonatkozik, ki négy év óta a bal orrfél eldugulásában szenved, melyhez a halántékra kisugárzó fájdalom és torokszárazság járult. A vizsgálat tömött tapintatú, diónyi daganatot mutatott, mely a középső kagyló területének felelt meg, esonthólyag képét nyújtotta, az orrsüvényhez és az alsó kagylóhoz szorosan odafeküdt. Trocarral ellátott egyenes esontfogómmal

nyitottam meg és távolítottam el elülső részét. A képlet esonthólyagnak, a középső orrkagyló mucocélájának bizonyult, melyben szürkés-sárgás nyálka, sima erezett nyálkahártya volt jelen és 4 centimeter átmérőjű egykamarás üreget alkotott. A középső orrkagyló nyálkahártyája polyposusan túltengett. Észleleteink szerint rostasejtnek felel meg a középső orrkagyló esonthólyagja, a esonthólyag helyett a kagylósejt elnevezését ajánltuk. A kagylósejtet 9-szer a középső orrkagylóban és 2-szer a felső orrkagylóban észleltük. A kagylósejt egy készítmény kivételével mindig a felső orrjáratba nyílt. A középső orrkagylóban az általunk észlelt kagylósejt hossza 8 és 20 mm., szélessége 5 és 14 mm. és magassága 7 és 16 mm. között ingadozott, a felső orrkagylóban talált kagylósejtek közül az egyik 14 mm. hosszú és széles és 9 mm. magas, a másik 23 mm. hosszú, 19 mm. széles és 13 mm. magas volt, azonfelül a kagylósejt a canalis opticus alsó falát alkotta.

Ezen kagylósejtek tartalmazhatnak levegőt, nyálkát vagy geuyet, kóros elváltozások folytán nőhetnek és az egész orrüreget is kitölthetik; a zavart orrlégzésen kívül nyomástüneteket, reflexjelenségeket, exophthalmust, látás-zavarokat okozhatnak. Mindezen tünetek endonasális eltávolításuk után megszűnnek. Többnyire levegővel vannak tele, a kóros elváltozások ritkábban észlelhetnek mucocèle vagy pyocèle alakjában. A kagylósejt nyílásának legtöbbször magas helyzete a hólyag tetején a felső orrjáratban a felgyülemelő nyálka vagy geuy kiürülését megnehezíti vagy megakadályozza, a nyílás elzáródása pedig kóros növekedéshez vezet, különböző vastagságú csontok képződésével. A nyomás folytán keletkező exophthalmuson és látás-zavaron kívül keletkezhet neuritis retrobulbaris és atrophia optica is olyan esetben, midőn észleletünk szerint a látóideg csatornájának alsó falát alkotja. Az endonasális eltávolítás a csontfal vastagsága szerint ollóval, kaecsesal, esontfogóval vagy vésővel történik. Még néhány megjegyzést kívánunk tenni arra nézve, hogy nehézségek foroghatnak fenn a mucocèle kiinduló pontjának megállapítását illetőleg. A praeformált üregeken, a melléküregeken kívül a rostalabyrinthus egyes részletei, mint a kagylósejt, a bulla frontalis és a bulla ethmoidalis is alkothatják a mucocèle székhelyét és sokszor nehéz megállapítani csupán a vizsgálatból, hogy mennyiben van a homloküregnek része benne. A műtéti feltárás természetesen teljes felvilágosítást nyújt. Egy esetben 2 cm. magas és 2 cm. hosszú bulla ethmoidalis ritka nagy kamaráját észleltem. Ha ilyen praeformált üregben támad a mucocèle, további növekedésében úgy az orrüreg, mint a homlok- és a szemüreg felé növekedhetik és könnyen megnehezítheti a mucocèle kiinduló pontjának megállapítását. De azon esetekben, midőn a homloküregben vagy a homlok területében levő bulla frontalis alkotja a mucocèle székhelyét, néha nehéz, vagy feltárás nélkül nem is lehetséges megállapítani, hogy a mucocèle a homloküregben vagy a bulla frontalisban székelt. Vizsgálataim szerinte bulla frontalis különböző mértékben szűkítheti a homlok üregét és különböző falaival lehet összenőve. Egy esetben a homlok területén két nagy bulla frontalis volt jelen, ott a hol rendesen a homloküregek fekszenek, és csak mögöttük voltak találhatók az igazi homloküregek. Tehát a bulla frontalisból, mint rostasejtből kiinduló mucocèle könnyen téveszthető össze a homloküreg mucocélájával.

7. Homloküreggyulladás által okozott látás-zavar esetei.

1. J. B., 34 éves férfin jobboldali kis exophthalmus és diplopia, fejfájás, homályos látás a jobb szemén, 1/2 meter távolságig látás van. A jobb homloküreg elülső és alsó fala nyomásra fájdalmas, a jobb orrban a középső orrjáratban a homloküreg nyílási területén geuy. Adrenalin- és cocain-ecsetelés és kiöblítése a homloküregnek némi javulást eredményezett; a középső kagyló elülső végének resectiója után a homloküreg kiöblítésére bórsavval és perhydrollal a secretio mindinkább kevesbedett és a látás javult, az exophthalmus megszűnt és nyolcz hét mulva a beteg jól látott.

2. F. B., 25 éves nő azzal a panasszal jött a kórházba, hogy bal szemén néhány nap óta rosszul lát, csupán a közvetlenül előtte lévő tárgyakat látja; öt nap mulva látása teljesen elromlott. A szemvizsgálat a bal szem amaurosisát állapította meg. Az orr vizsgálata a bal orrüregben a középső orrjáratban nyálkás váladékot mutat, mely a homloküreg benyílási területében eltörülve újra jelentkezik, a homloküreg alsó fala nyomásra érzékeny. Adrenalin- és cocain-

esetelésre, valamint a homloküreg öblítésére a váladék gyérül, a fájdalom a homloküreg területén megszűnik és a látás javul, majd pedig teljesen helyreáll.

8. Meningeális tünetekkel lefolyt heveny homloküreggyulladás.

A heveny és idült homloküreggyulladások komoly szövőd-ményeihez tartoznak az agyhártyák következményes megbetegedései. A kóroktani tényezők között ismeretes a direct fertőzés, a fertőzés útja a szövetek folytonosságában, meg az érpályák és az anastomososok útján. Ezen kérdéssel más helyen részletesebben foglalkozom, itt csupán egy érdekes és sima lefolyású esetet említek fel, melyet a heveny homloküreggyuladást kísérő meningeális tünetekkel észleltem. H. K., 25 éves férfi állítása szerint erős náthát kapott, melyhez nagy fejfájások csatlakoztak, a jobb orrfeléből pedig sárgás váladék ürült. Másnap a beteget göresös rohamok és többszöri szédülések érték, egy ízben eszméletét veszítette és így került a kórházba. A vizsgálat azt mutatta, hogy a jobb oldali homloküreg területe a legesekélyebb érintésre nagyon fájdalmas, az orrüregben a középső orrjáratban a homloküreg nyílása területén sárgás váladék, nagy fejfájás, szédülés, fokozott térdreflex, Troussseau-vonalak, hányás, 39° láz. Ezen tünetek három napig tartottak, azután a beteg láztalan lett, de a fejfájás még tartott. Egy nappal utóbb a beteg szintén láztalan, a szédülések szüneteltek, a fejfájás csekély, a homlokterület nyomásra nem fájdalmas, csupán a homloküreg alsó fala érzékeny még nyomásra. A belső szereléssel, az orrüreg kezelésével, mely a homloküreg benyílási területének tonogen- és cocain-esetelésében és a homloküreg kiöblítésében állott, az összes tünetek megszűntek és a beteg gyógyultán hagyta el a kórházat.

A homloküreg megbetegedésének egyik szövőd-ményét, a következményes meningitis serosát öt esetben írták le; a rosta-sejtek empyemájának következményeként egy esetben és az ikéből empyemájának szövőd-ményeként két esetben írtak le meningitis serosát. Ezen esetek közül hat meggyógyult.

9. Intermittens szaglás-zavarok.

Klinikai észleleteink és vizsgálataink alapján a szaglászhiány három alakját különböztettük meg, úgymint a központi essentiális anosmiát, az erőművi respiratorius anosmiát és a functionális anosmiát. Részletes vizsgálataink eredményei „Zur Pathologie der Anosmie“ című munkánkban az Archiv f. Laryngologie 15. kötetében vannak közzételve. Ez alkalommal a szaglás-zavarnak néhány ritkább alakjáról, intermittáló anosmia, hyposmia, hyperosmia és parosmia eseteiről kívánok megemlíkezni. Ezen intermittáló szaglás-zavarok többnyire ideges egyénekben, hysteria és neurasthenia eseteiben észlelhetők, midőn az ok, a tárgyi alap meg nem állapítható. Ideges egyénekben, hysteria és neurasthenia eseteiben hosszabb és rövidebb ideig fennálló teljes vagy részleges szaglászhiányt és kakosmiát észleltünk, melyek azután az alaphántalom kezelésével javultak és megszűntek. Észleltünk egyoldalú és kétoldalú anosmiát és hyposmiát. Egy 17 éves leányon hysterián alapuló bal hemiplegia esetében baloldali látótérzsűküllet és baloldali anaesthesia mellett a bőr, a nyelv, a garat, a gégefedő, az orrfél és a szaruhártya részről baloldali teljes szaglászhiány volt jelen, míg a jobb oldalon a szaglóképeség teljesen ép volt. Az intermittáló szaglás-zavar ritka alakjára Zwaardemaker hívta fel a figyelmet, anosmia intermittens gyógyult esetét közölve.

Egy 50 éves nő, ki a Basedow-kór enyhébb alakjából gyógyult meg, az anosmia intermittens körképét észleltük. Minden különösebb vagy megállapítható ok nélkül a beteg néhány napra teljesen elvesztette szaglását, mely azután ismét visszatért. Másor néhány hétig teljesen szünetelt a szaglóképesége, mire újra visszatért.

Egy 30 éves nő váltakozva jelentkezik a kellemetlen szagok érzése, melyek környezetében nem léteznek és azután egyidőre ismét megszűnnek. Közben azután teljes szaglászhiány áll be egy-két napra, mely ismét megszűnik és a betegnek azután szaglás-zavarai nincsenek.

Egy 45 éves férfibeteg napokon és heteken át tartó teljes szaglászhiány van jelen, azután hónapokon át ismét jól szagol, sőt túlfinomán. Szaglászhiánya oly méretű, hogy a foghagymaszusz 5000 egységét nem érzi. Fejfájását követi, orrhurujta is előidézi,

testi és szellemi kifáradásakor is jelentkezik, míg klimatikus helyen való tartózkodásakor, pihenő, erősítő kúra mellett teljesen jól érzi magát és utána is hónapokon át. Az ideges alapon nyugvó körképre jellemző, hogy a szaglászhiányt azután túlfokozott szaglási észre-vevés, hyperosmia követi. Az anosmia intermittens és a hyperosmia intermittens érdekes alakjával van dolgunk ez esetben.

Ezen esetekben az alaphántalom, az idegesség, hysteria, neurasthenia, vérszegénység veendő kezelés alá, az orrüregben esetleg fennálló elváltozások megfelelő gyógykezelésével.

Közlés az I. sz. belklinikai laboratóriumából. (Igazgató: báró Korányi Frigyes dr. ny. r. tanár.)

Vizsgálatok a phagocytosistról és az opsoninról.

Írta: **Kentzler Gyula** dr. klinikai gyakornok.

(Vége).

A további vizsgálatok során azzal a kérdéssel foglalkoztam, vajjon nem jutok-e más eredményre akkor, ha a leukocyták számát, nem mesterséges úton változtatom meg, hanem ha a leukocytosis illetőleg leukopenia valamely betegség folytán jön létre. Az idevonatkozó kísérleteket emberi leukocytákkal végeztem. Először ezen sorozatban is sok normális esetet vizsgáltam át, a mely vizsgálatok eredményeit a leukocytosis, illetve leukopeniával járó betegségek eseteinek vizsgálati eredményével hasonlítottam össze. Ezekon kívül néhány esetben leukaemiások vörsejtjeinek phagocytáló képességét is megvizsgáltam, ezen esetek azonban külön tárgyalandók.

Normál ember-vörsejtek phagocytáló képességét összesen 16 esetben vizsgáltam. (V. tábla.)

V. tábla.

Szám	Fehérvérsejt-szám 1 mm ³ -enként	100 sejt közül		100 sejt által felvett bakteriumok száma	1 sejtre számított átlag	Index
		phago-cytált	nem phago-cytált			
1	6700	68	32	271	2.7	0.90
2	7600	71	29	261	2.6	0.86
3	6100	73	27	287	2.9	0.96
4	7100	71	29	292	2.9	0.96
5	7900	79	21	304	3.0	1.0
6	6800	84	16	317	3.2	1.06
7	6900	73	27	305	3.1	1.03
8	7800	69	31	278	2.8	0.93
9	8600	72	28	322	3.2	1.06
10	6900	71	29	327	3.3	1.10
11	7100	81	19	301	3.0	1.0
12	8100	77	23	305	3.1	1.03
13	8900	77	23	321	3.2	1.06
14	7500	68	32	267	2.7	0.90
15	6700	74	26	298	3.0	1.0
16	7900	79	21	294	2.9	0.96

A leukocyták számában oly különbség, mint a hogy az a normál állapotokon volt látható, itt nem állott fenn. Az index 0.86—1.10 között ingadozott, tehát az ingadozás is kisebb volt, mint a normál állapotokon, a hol egyes esetekben a normál érték 1.2 határára volt az index. (A normál értékek határát tudvalevőleg Wright 0.8—1.2 között szabja meg.)

Ha ezen eredményeket a leukocytosis illetve leukopenia eseteinek vizsgálati eredményeivel (VI. tábla) hasonlítjuk össze, akkor

VI. tábla. Phagocytosis leukocytosis és leukopenia esetében.

A betegség neve	Fehérvérsejtszám 1 mm ³ -enként	100 sejt közül		100 sejt által felvett bakteriumok száma	1 sejtre számított átlag	Index
		phago-cytált	nem phago-cytált			
Perimetritis...	12,600	67	33	292	2.9	0.96
Appendicitis...	17,200	77	23	327	3.3	1.10
Appendicitis...	14,100	75	25	279	2.8	0.93
Parametritis...	19,800	89	11	341	3.4	1.13
Typhus abdominalis	3,400	71	29	262	2.6	0.86

ez esetben sem találunk semmi összefüggést a phagocytosis foka és a leukocyták száma között. Hasonlóképpen a leukocytaszám és a phagocytáló sejtek százalékszámát között sem áll fenn semmi kapcsolat, éppen úgy, a hogy az az előző sorozatban is található volt, mert például 71 phagocytáló sejt mellett (100 közül) 7600, 7100, 6100, 3400; 77% phagocytáló sejt mellett 8100, 8900, 17,200 fehérvérsejt találtatott 1 mm³-enként.

Végül 4 vizsgált leukaemia-esetről kell beszámolnom, melyeknek vérsajtjeit hasonló célból vizsgáltam meg. A négy eset között 1 lymphatikus leukaemia volt 96% lymphocytával. Az első myeloid leukaemiában 152,000, a másodikban 73,000, a harmadikban 545,500, a lymphatikus leukaemiában 384,000 volt a fehérvérsejtek száma. (VII. tábla.)

feltöltve. E csövecskék 1 órára thermostatba tették. Erélyes centrifugálás után a feltisztult folyadék 0.1 cm³-ét 0.1 natrium citricumban felfogott és háromszor mosott vérrel és 0.1 cm³ mm³-enként 11 millió coccust tartalmazó staphylococcus-emulsióval kevertem össze. A keveréket újabb 20 perczre thermostatba tettem, azután a phagocytosis megállapítása céljából a vázolt eljárás szerint praeparatumokat készítettem.

A savó complementtartalmának megállapítása végett az a—d serumpróbák egy részét haemolysises savóval sensibilizált marhavörösvérsejtekkel hoztam össze. Miután 3 óra múlva a haemolysis beállott, a feloldott vérsejtek haemoglobintartalmát colorimetriás úton határoztam meg. Minél nagyobb fokú volt a haemolysis, annál kevesebb complement használtatott el a haemolysis előtt.

VII. tábla.

Szám	Fehérvérsejt-szám 1 mm ³ -enként	Szöveti kép, fehérvérsejthalakok százalékban								Phagocytáló sejtek száma	Phagocytált coccusok száma	1 sejtre számított átlag	Index
		poly-nucleáris leukocyt	kis lymphocyt	nagy lymphocyt és átmeneti sejt	myelocyt	eosinophil myelocyt	eosinophil leukocyt	basophil leukocyt	normoblast				
1	152,000	52.7	2.2	1.2	31.6	0.4	—	0.7	9000	30	54	1.8	0.60
2	73,000	46.6	1.0	4.7	42.0	1.0	0.3	4.4	9000	29	48	1.7	0.59
3	545,500	44.0	7.0	3.5	36.0	3.5	5.0	1.0	5000	26	65	2.5	0.83
4	384,000	2.6	88.6	7.4	—	0.6	0.6	0.2	4000	18	25	1.4	0.46

A normálshoz képest ezen esetekben igen csekély phagocytosist találunk. Különösen feltűnő a phagocytáló fehérvérsejtek száma. De érthető azért, mert a phagocytosis csak a neutrophil fehérvérsejtek között található, a többi sejthalak phagocytosist nem tüntet fel. Azonban még a phagocytálni tudó sejtek között is igen csekély a valóban phagocytáló sejtek száma és ennek megfelelően igen csökkent az index is. Vajjon ennek oka a Röntgen-kezelésben keresendő, mely tudvalevőleg a lymphoidszövetek tönkremenetelét idézi elő és talán a besugárzott fehérvérsejtek csökkent működés-képességét hozza létre, egyelőre függőben hagyhatjuk.

Miután kísérleteimből arra az eredményre jutottam, hogy a leukocyták phagocytáló képessége teljesen független azon tényezőktől, melyek leukocytosira, illetve leukopeniára vezetnek, azt vizsgáltam, vajjon a serum complementtartalma mily módon befolyásolja a phagocytosist. Ily módon az opsoninok mibenlétéről is isztább képet véltem magamnak alkothatni.

A savó complementtartalmának megváltozását különböző módon idézhetjük elő. Ennek egyik módzata, mely in vivo is szerepet játszhatik, a Gengou-Bordet-féle complementkötési módszer. Friss savót, mely főleg mennyiségben tartalmazott complementet, typhusimmunsavóval sensibilizált typhusbacillusokkal hoztam össze. A complementfőlöleget azért vettem, hogy a kötési kísérlet befejezése után csekély mennyiség maradjon még kistokú haemolysis előidézésére. A complementkötés előidézésére a keveréket 1 óráig át hagytam thermostatban. Azután a savót a bakteriumoktól centrifugálás által választottam el és haemolysises savóval sensibilizált vörösvérsejtekkel kevertem össze. Miután 3 óráig thermostatban állás után a haemolysis beállott, a lysis fokát colorimetriás úton határoztam meg, hogy ezáltal a beállott vérdoldódás fokáról az alkalmazott savó complementtartalmára következtetést vonhassak. Az eljárást részletesen a *Királyfi dr.-ral együtt* végzett kísérletünkben ismertettük (Magyar orvosi archívum 1907). A complementkötéskor a megkötött complement mennyiségének megítélésére szolgálnak azon controlok, melyekben a complement csak a typhusimmunsavóval, illetve csak a typhusbacillusokkal volt érintkezésbe hozva. Kísérleti berendezésem tehát a következő volt:

a) 0.05 cm³ typhusimmunsérum + 0.05 cm³ 24 óráig typhusbacillus-bouilloncultura + 0.3 cm³ friss savó;

b) ugyanaz, csak a typhusimmunsavó helyett 0.85%-os konyhasóoldat;

c) ugyanaz, csak a typhusbacillusok helyett 0.85%-os konyhasóoldat;

d) 0.3 cm³ friss savó konyhasóoldattal egyenlő mennyiségre

Az eredményt az egyik ily kísérlet tünteti fel.

	Haemolysis	Coccust tartalmazó phagocyt 100 között	Phagocytált coccusok száma
1. Complementkötés nem volt	428	81	327
2. typhussavó által feltételezve	430	83	341
3. Complementkötés typhusbacillusok által feltételezve	390	80	319
4. Complementkötés typhusbacillusok + typhussavó által feltételezve	52	54	189
5. Complement konyhasóval helyettesítve	—	63	178
Complement konyhasóval helyettesítve	—	49	227

Ebből a kísérletből következik, hogy a savó phagocytosist előidéző képessége csökken, ha a complement az antigen és az antitest között beálló valamely specifikus reactio folytán megköltetik.

Más kísérleti berendezés mellett oly módon csökkentettem a friss savó complementtartalmát, hogy sensibilizált vörösvérsejtekkel hoztam érintkezésbe. A kísérlet menetét a VIII. tábla tünteti fel.

Ez a kísérlet szintén azt bizonyítja, hogy a phagocytosis a savó complementtartalmának csökkenésével kisebbedik.

Egy másik módzat a complement és az opsonin közötti összefüggés bizonyítására az a kísérleti berendezés, a hol a complement mennyiségét vesszük állandónak és a lysin mennyiségét csökkentjük. A csökkent mennyiségű lysin a savó complementjéből arányosan csökkenő mennyiséget fogyaszt el és ez, mint a következő IX. tábla mutatja, a phagocytosis fokában is kifejezésre jut.

Habár bizonyos ingadozások előfordulnak is, ezek a kísérletek bizonyítják, hogy a phagocytosis általában nagyobb fokú, ha a haemolysishoz kevesebb complement használtatott el.

Ezután azt vizsgáltam meg, vajjon megfordítva a phagocytosist el tűnik-e a savóból complement vagy sem. A kísérleti berendezés igen egyszerűen volt készíthető.

1. 0.05 cm³ friss disznósavót physiologiai konyhasóoldattal 0.6 cm³-re egészítettem ki, ez 1.8 cm³ 5% sensibilizált marhavérsejtemulsiót tudott oldani. (A sensibilizálás 1:100 arányban történt.)

2. Ugyanezen kísérletet végeztem, de előbb a friss savót nyúlverrel és staphylococcusokkal hoztam érintkezésbe, és ily módon

VIII. tábla.

5% marha-vörösvérsejt	Lysin 10-szer hígítva	Complement	0.85% NaCl		Oldás	A lecentrifugált folyadék mennyisége	Mosott nyulvér	Staphylococcus-emulzio		Phagocytáló sejtek száma	Phagocytált bakteriumok száma
1:0	0:1	0:10	—		complet	0:2	0:2	0:2		47	70
1:0	0:1	0:09	0:01		"	0:2	0:2	0:2		62	113
1:0	0:1	0:08	0:02		"	0:2	0:2	0:2		61	113
1:0	0:1	0:07	0:03		"	0:2	0:2	0:2		45	76
1:0	0:1	0:06	0:04		majdnem complet	0:2	0:2	0:2		47	70
1:0	0:1	0:05	0:05		"	0:2	0:2	0:2		50	77
1:0	0:1	0:04	0:06		"erős oldás"	0:2	0:2	0:2		55	111
1:0	0:1	0:03	0:07		közepes oldás	0:2	0:2	0:2		80	158
1:0	0:1	0:02	0:08		kevés	0:2	0:2	0:2		83	208
1:0	0:1	0:01	0:09		—	0:2	0:2	0:2		72	138
1:0	—	0:10	0:1		—	0:2	0:2	0:2		89	229
1:0	—	—	0:20		—	—	0:2	0:2		62	98

IX. tábla.

5% marha-vörösvérsejt	Complement	Lysin 1:10 hígításban	0.85% NaCl		Oldás	A lecentrifugált folyadék mennyisége	Mosott nyulvér	Staphylococcus-emulzio		Phagocytáló sejtek száma	Phagocytált bakteriumok száma
1:0	0:1	0:1	—		complet	0:2	0:2	0:2		58	87
1:0	0:1	0:09	0:01		"	0:2	0:2	0:2		51	94
1:0	0:1	0:08	0:02		"	0:2	0:2	0:2		53	76
1:0	0:1	0:07	0:03		"	0:2	0:2	0:2		62	118
1:0	0:1	0:06	0:04		"	0:2	0:2	0:2		59	141
1:0	0:1	0:05	0:05		igen erős oldás	0:2	0:2	0:2		76	157
1:0	0:1	0:04	0:06		erős oldás	0:2	0:2	0:2		87	203
1:0	0:1	0:03	0:07		közepes oldás	0:2	0:2	0:2		83	207
1:0	0:1	0:02	0:08		kevés oldás	0:2	0:2	0:2		87	231
1:0	0:1	0:01	0:09		—	0:2	0:2	0:2		82	211
1:0	—	0:10	0:10		—	0:2	0:2	0:2		67	105
1:0	0:1	—	0:10		—	0:2	0:2	0:2		88	243
1:0	—	—	0:20		—	—	0:2	0:2		59	117

phagocytosist idéztem elő. Haemolysis nem állott be. Tehát a phagocytosist a complement teljesen felhasználhatta.

3. Ha a disznósavót csak a nyulvörösvérsejtekkel hoztam össze, akkor a savó aktiváló képességéből, tehát complementtartalmából semmit sem vesztett.

4. Ha a savó csak a staphylococcusokkal hozatott össze, a savó complementtartalma kisfokú csökkenést tüntetett fel.

Az összes kísérletekből tehát az a következtetés vonható le, hogy a complement megkötése a savó opsonizáló képességét lecsökkenti és hogy az opsoninhatásnyilvánulás mindig complement-fogyással jár karöltve. Lehet, hogy ez utolsó jelenség az opsoninhatás megítélésének egyszerűbb methodikájára és így felhasználhatóságának szélesebb körben való értékesítésére vezethet. Erről legközelebbi vizsgálataim fognak számot adni.

Az extractum digitalis depuratum (digipuratum Knoll) hatása a vérkeringési rendszerre. Megjegyzések a digitalis hatásmódjáról.

Irta: Szinnyei József dr.

(Vége.)

Ez a 20 válogatatlan eset a digitalis hatásának többféle klinikai képét nyújtja, melyeknek analysise bár tökéletlen, mégis éppen a hatásmód más-más megnyilvánulása folytán állatkísérletek útján szerzett tapasztalataink által világot vet némely homályos területre. Tökéletlen ez az analysis, mert mindjárt azt sem tudjuk eldönteni, hogy a digitalis hatásából mennyi jut az erek idegzésére és mennyi a myocardiumra.

A digitalissal való kezelés eredményességét közönségesen három jelenség mutatja meg, nevezetesen a vérnyomás és vele egyetemben az amplitude viselkedése, a szívverés szaporaságának csökkenése és a vizelet mennyiségének megszorodása. Mellesleg még az érverés szabályozása olyan tényező, a mely a kezelés

eredményességét mutathatja, de ezt még nehezebb meggyőzően magyarázni, mint a szívmozgásra és az erekre való hatást.

Általánosságban vizsgálva már most számsorainkat, a systolés nyomás egyike azoknak a factoroknak, mely több változatosságot mutat. A 20 esetben összesen 26 cyclusban adtam digipuratumat s 13-szor tapasztaltam a systolés nyomás csökkenését, míg csupán 7 ízben emelkedett a systolés nyomás. Az esés 5—50 mm.-nyi közben változott.

A diastolés nyomás majd minden esetben súlydult, többnyire már a 2. napon; az esés minimuma 5 mm., maximuma 80 mm. volt. Az amplitude megnövekedése 15 ízben a 2. napra és 2 ízben már a 3. napra bekövetkezett, még pedig a cyclusok fele számában (13-szor) a diastolés nyomás súlydése folytán, 3 ízben a systolés nyomás emelkedése következtében, 5-szor pedig úgy a systolés nyomás emelkedése, mint a diastolés nyomás súlydése következtében nőtt meg.

Az amplitude a digipuratum elhagyása után hosszabb-rövidebb idő múlva megkissebedhetik, de mindig nagyobb marad az eredeti amplitudenél s ez természetesen a leghűbb indicatora is a tartós digitalis-hatásnak. Néha a diuresist megelőzőleg is nő az amplitude, mint azt A. Fraenkel is tapasztalta.

A diuresis 11 esetben már másnap megindult, négyben pedig az első nap már meghaladta a bevitt folyadék mennyiségét. Három esetben 3. napra és 2-ben pedig 4. napra indult meg csupán a vizelet, míg ennél nagyobb késedelmest csak 1—1 esetben tapasztaltam, nevezetesen 5., 6. és 7. napra.

Különös azonban a szívverés szaporaságának viselkedése, illetőleg a szívverés szaporasága és a diuresis között levő viszony. Fontos tétel a digitalis hatásáról való ismereteink között az, hogy a szívverés szaporaságának csökkenése is segíti a szívnek diastolés telődését és a vagus-izgalom (ritkább pulsus) a szív diastolés kitágulását lényegesen fokozza. A szívverésnek digitaliskezelés után való ritkulását régebben úgy magyarázták, hogy a vérnyomás emelkedése, a mit a digitalis okoz, indirecte izgatja a vagus-centru-

mot és ennek következtében ritkul meg a szívverés. Ez a feltevés manapság már csak történeti értékű, mert állatkísérletek útján kiderült, hogy mikor a vérnyomás még nem is emelkedett, a szívverés szaporasága már csökkent.¹ Megdönti azonban ezt a hypothésist az a kétségtelen klinikai tapasztalat is, melyről *Sahli* számolt be először a IX. német belgyógyászati kongresszuson, tudniillik hogy a digitalis nemcsak hogy emelőleg nem hat minden esetben a vérnyomásra, hanem sokszor határozottan csökkenti is a vérnyomást.

A ritkább szívverés következtében főleg a diastole nyúlik meg és a diastolék eme meghosszabbodása éppen alkalmas arra, hogy a szív több vért fogadhasson magába. Most azonban, ha közelebbről szemügyre vesszük számsorainkat, és a szívverés frekvenciájára vonatkozó adatainkat összevetjük a diuresisre vonatkozókkal, arra a különös eredményre jutunk, hogy egyes esetekben a szívverés szaporasága hamar csökken, néha már a 2. vagy 3. napra, míg a vizelet mennyisége, ha több is lesz az előző napinál, még akkor sem felel meg az aznap megivott folyadék mennyiségének.

Részletesen kifejtve következőket észleltem:

1. eset.

Folyadék	Diuresis	Retentio	Systole	Dosis
1500	500	1000	109	0.4 gm. digipuratum
1000	700	300	89	0.4 gm. "
1400	550	850	61	—
900	1800	—	66	—
4800	3550	2150		0.8 gm. digipuratum

Vagyis az első 3 napban 2150 cm³ tiszta retentio volt annak dacára, hogy a frequentia ugyanakkorra 48-czal volt kevesebb; a diuresis csak 4. nap indult meg, vagyis csak ezen a napon nincsen már retentio.

2. eset. (1. cyclus.)

Folyadék	Diuresis	Retentio	Systole	Dosis
1300	420	880	98	0.4 gm. digipuratum
1150	310	840	105	0.4 gm. "
1400	400	1000	68	—
1800	600	1200	74*	—
1600	800	800	84	0.2 gm. digipuratum
1700	680	1020	87	0.3 gm. "
1600	1300	300	84	0.2 gm. "
10,550	4510	6040		1.5 gm. digipuratum

* Pulsusszám.

Ez esetben 0.8 gm. digipuratumra 3. napra 30-czal csökkent a szívverések száma, de még a következő napokban sem indult meg a diuresis, úgy hogy 8. napra, mikor a napi folyadék-bévitelt a vizelet mennyisége túlhaladta, már 6040 cm³ tiszta retentiót találunk.

3. eset.

Folyadék	Diuresis	Pulsus	Dosis
—	1400 ?	107	0.3 gm. digipuratum
—	500 ?	87	0.1 gm. "
—	750	86	0.2 gm. "
1200	500	81	0.1 gm. "
1400	600	86	0.2 gm. "
1200	800	85	—
1300	1100	82	—
1400	1500	80	—

A diuresis 8. napra indult meg, míg ellenben a frequentia már másnapra csökkent 20-szal. A retentio a számokból kiviláglik.

4. eset.

Folyadék	Diuresis	Retentio	Pulsus	Dosis
600	100	500	96	0.5 gm. digipuratum
800	500	300	74	0.3 gm. "
800	700	100	78	0.3 gm. "
800	700	100	68	0.3 gm. "
600	900	—	50	—
800	600	200	—	—
4400	3500			1.4 gm. digipuratum

¹ *Gottlieb*: Zur Theorie der Digitaliswirkung. Medizinische Klinik, 1906. 37. szám.

Tiszta retentio ez esetben 900 cm³; a diuresis csak thephorin segítségével a 7. napon indult meg, míg a frequentia már másnapra csökkent. Ennek a betegnek, mialatt a digipuratumot szedte (5. napra), karjai is oedemások lettek, a pulsus-frequentia pedig jóval előbb ritkább lett. Egyébként az eset epikrisisére utalok.

Nem kevésbé jellemző a következő, 6. eset is:

Folyadék	Diuresis	Retentio	Systole	Dosis
1050	200	850	127	0.4 gm. digipuratum
1200	300	900	120	0.4 gm. "
1200	400	800	92	0.3 gm. "
1200	600	600	87	0.3 gm. "
1350	400	950	83	0.2 gm. "
1300	450	850	82	0.1 gm. "
1100	500	600	88	0.1 gm. "
1200	300	900	84	0.1 gm. "
1100	400	700	87	0.1 gm. "
10,700	3550	7150		2.0 gm. digipuratum

Ez esetben a tiszta retentio 9 nap alatt 7150 cm³ volna, meg kell azonban jegyeznem (l. epikrisis), hogy a betegnek állandóan híg széke illetőleg hasmenése volt, mialatt természetesen ismeretlen mennyiségű vizet vesztett; mindazonáltal még továbbra is oedemás maradt a beteg, sőt 10. napra még nőtt is láthatólag az oedemája. Ily módon tehát joggal értékesíthető ez az eset is, melyben a szívverés szaporasága 3. napra engedett, a nélkül, hogy vele egyidejűleg a diuresis is megindult volna.

Végül még ide iktatom a 12. esetet:

Folyadék	Diuresis	Retentio	Pulsus	Dosis
—	—	—	121	0.2 gm. digipuratum
1000	600	400	104	0.4 gm. "
1600	800	800	95	0.4 gm. "
1500	900	600	—	0.4 gm. "
900	850	50	89	0.4 gm. "
5000	3150	1850		1.8 gm. digipuratum

A frequentia-csökkenés, mint látható, a 12. napra, a diuresis megindulása pedig a 6. napra esik, e közben pedig 1850 cm³ folyadék halmozódott fel a szervezetben, illetve szaporította az oedemát.

A felsorolt hat esetben tehát a szívverés ritkulása jóval megelőzte a diuresis elkövetkezését. Még bonyolódottabbnak tűnik fel a szívverés szaporasága és a diuresis megindulása között való viszony, ha a 10., továbbá a 2. és 6. eset egyes cyclusait vesszük szemügyre, melyekben a diuresis megindulását éppen nem követte a szívverés jelentékeny ritkulása. Így például a 10. esetben csak a diuresis megindulása után 4. napra lett ritkább a szívverés.

A legtöbb esetben a diuresis megindulása és a szívverés ritkulása egyszerre következik el, ez közösleges típusa a digitalis-hatásnak. Ezenkívül a diuresis és frequentia viszonya tekintetében még két formát észlelhetünk, nevezetesen 1. melyben a diuresis megindulását jóval megelőzi a szívverés ritkulása és 2. melyben a szívverés ritkulását előzi meg a diuresis megindulása.

Visszatérve már most az említett 6 esetre, melyben a diuresis csak jóval a frequentia csökkenése után indult meg, azt láthatjuk a közölt számokból, hogy ugyanakkor, a mikor a digitalis hatását a szívverés frekvenciájára nézve már észlelhetjük, akkor a szervezetben még mindig folyadék gyülemlik fel. Vagyis ezekben az esetekben a szivactio szaporaságának csökkent volta alatt eleinte még tart az incompensatio s csak bizonyos idő elmultával, egy csapásra indul meg a diuresis. Nyilvánvaló tehát az ilyen esetekben a digitalis-hatás dissociációja, azaz az actio szaporaságára és az egyes szívösszehúzódnások energiájára való digitalis-hatás időbeli különválása.

Kétségtelenül megállapított jelenség az, hogy a vagus izgatására a szívverés frekvenciája csökken, valamint arról is könnyű cardiographiás vagy manometriás eljárással meggyőződni, hogy az egyes revolutiónak ilyen módon való meghosszabbodását főleg a diastole megnyúlása okozza. *Gottlieb*¹ szerint a digitalisnak systolés és diastolés hatása van; a systole tökéletesebb, a diastole pedig mélyebb lesz „und diese diastolische bessere Füllung ist von der Verlang-

¹ *Gottlieb*: Zur Theorie der Digitaliswirkung. Medizinische Klinik, 1906. 37. szám.

samung des Herzschlags durch Digitalis unabhängig und tritt auch unter Bedingungen ein, unter denen die Frequenz gleichbleibt“. Manapság már általánosan elfogadott tétel a digitalis hatás négyes összetétele, úgymint a szív munka növekedésére (positiv inotrop hatás), az erek összehúzódására, a szívverés frequentiájára és rhythmusára való hatás. A szív munka növekedése és az erek összehúzódása emeli a vérnyomást,¹ de therapiiai tekintetben a szívmunkra való hatás a döntő; az erek összehúzódása azonban csak bizonyos körülmények közt szerepel, mint adjuvans².

Hogy a digitalis adagolására bekövetkező pulsusritkulás nem primaer izomra való hatás, hanem vagushatás, azt már Traube eldöntötte számos állatkísérlet útján. Ugyancsak Traube³ volt az első, ki megfigyelte, hogy a digitalis a lázas betegek vérnyomását csökkenti. „Denn nichts ist leichter, als sich davon zu überzeugen, dass die Digitalis, wenn sie bei fiebernden Kranken in grösseren (3—5 gränigen) Dosen (zweistündlich) zur Anwendung kommt, wie in der Pneumonie, bei der Polyarthritis rheumatica etc., nach verhältnissmässig kurzer Zeit neben einer beträchtlichen Verminderung der Pulsfrequenz eine bedeutende Verminderung der Spannung des Aortensystems zur Folge hat“. (260. l.)

Ha békába subcutan kiesi, nem halálos mennyiségben digitalist fecskendezünk be, akkor még oly esetekben is, melyekben centralis vaguszizalom közbejátszását nem lehet feltételezni, a szívverés megkevesbedik. „Es ist also beim Frosch die Vaguswirkung nicht die einzige Ursache der Verlangsamung“ mondja Brandenburg⁴.

Hogy a digitalis az ép emberi szívre minő hatással van, arra nézve A. Fraenkel végzett igen becses kísérleteket. Ő ugyanis 0.001 atropint injiciálva ép ember bőre alá, a vérnyomásban semmiféle változást sem talált, ellenben a pulusszám növekedését észlelte. Már most atropinnal kizárva a vagushatást, strophantintablettákat szedtetett a kísérleti egyénre és akkor azt tapasztalta, hogy a vérnyomás emelkedett; ebből a kísérletből azt következteti Fraenkel, hogy a szívverés ritkulása az, a mi a vérnyomás emelkedését meggátolja.

A között 6 eset, melyben a szívverés ritkulása jóval megelőzte a diuresis megindulását, kellő világításba helyezi a digitalisnak az insufficiens szívre való hatását és bizonyítja klinikai észlelés alapján a vagushatásnak a primaer szívmunka hatástól való függetlenségét. A meghosszabbodott diastole alatt ugyanis több vér folyhat be a kamrákba, a szív telődése tehát tökéletesebb lesz. Ezt a meghosszabbodott diastolét és a vele együtt feltételezett tökéletesebb szívtelődést a részletesebben ismertetett 6 esetben sem tagadhatjuk, bár az ezekben az esetekben kimutatott folyadékretentio arra enged következtetni, hogy a szív ugyanabban az időben, a mikor actióinak szaporasága csökkent, még nem bírt a feltételezett nagyobb telődésnek is eleget tenni. Ha a szívverés szaporasága engedett, de a diuresis még nem indult meg, sőt eleinte még folyadékretentiót is konstatálhatunk, ez annyit jelent, hogy a szívmunka ereje még elégtelen. Hogyan értelmezzük most a digitalishatásnak ezt a látszólagos dissociációját?

Minthogy az olyan esetekben, melyekben a diuresis nem indul meg parallel a frequentia csökkenésével, hanem csak késve jelentkezik, de a diastole meghosszabbodását azért természetszerűleg fel kell vennünk: más magyarázatot aligha adhatunk ennek a látszólag paradox jelenségnek, mint hogy a diastole igenis megnyúlt, de csupán vagushatás alatt, míg ellenben a szívmunka contractilitása még nem érte el azt a fokot, hogy a megnyúlt diastolét s az ezzel járó nagyobb telődést ki is aknázza. Más szóval: a szívmunka ereje nem volt elegendő a megnyúlt diastole alatt bejutott vértöbblet kinyomására.

Ennél a pontnál azonban arra is kell gondolnunk, hogy a diastole nem passiv, hanem activ folyamat és ily módon még az elgyengült izmú szívben se gyűlhet fel akármennyi vér a digitalis hatása következtében megnyúlt diastolék alatt, mert az activ diastolével a szív nemcsak szívóhatást fejthet ki, hanem maga hatá-

rozza meg a befogadandó vér mennyiségét. Ennélfogva, ha egyes esetekben a digitalis hatása a vagusra hamarabb is mutatkozik mint a myocardiumra, ez még nem jelenti azt, hogy a telődés is nagyobb lesz vagy legalább is nem jelentékenyen nagyobb, mert nagyobb telődés gyenge systole mellett azonos volna az incompensatio fokozódásával. „Das Herz, das sich besser entleert, schöpft auch besser“, mondja Gottlieb.¹ Tökéletesebb kiürülés pedig csakis erősebb systole által lehetséges. A vagus izgalma következtében beállott ritkább szívverés azonban a szív szívóhatását a nagyobb diastolés kitágulás folytán fokozza; de Gottlieb szerint még kérdéses, hogy a diastole pulsusritkulás nélkül is mélyebb lesz-e.

Ellenben még kell azt is gondolnunk, hogy a digitalis ugyanakkor, a mikor a vagusra hat, már a myocardiumra is fejthet ki hatást, s ez a hatás, mely természetesen a contractiók energiájának növekedésében áll, ha még nem is elegendő arra, hogy normális erősségű systolákat váltson ki, elegendő lehet annyiban, hogy az activ diastolét energikusabbá teszi. Vagyis a beáramló vér a diastole activitása miatt korlátozva van: nem akármennyi vér folyhat be az időegységben, mivel nem tágíthatja a szívmot, mert ennek ellenáll a diastolés izomfeszülés. S éppen ez által van szabályozva a megnyúlt diastole alatt bejutó vér mennyisége. A míg a szívmunka kimerült, elégtelen a systoléja, gyenge a diastoléja, relative petyhüdt a szívmunka, felhalmozódik a szívben a vér. Most kezd a digitalis hatni. Ha, mint talán a legtöbb esetben, egyszerre lesznek a contractiók energikusabbá és csökken a szívverés szaporasága, akkor a diuresis is párhuzamosan indul meg a frequentia csökkenésével. De ha a szívmunka hosszabb időre van szüksége, hogy erőre kapjon, akkor előtérbe jut a digitalisnak vagushatása: csökken a szívverések száma, megnyúlnak a diastolék, de az egyes szívösszehúzódások ereje még nem elegendő a nagyobb vérmennyiség kinyomására s ekkor látjuk azt, hogy a frequentia csökkenése jóval megelőzi a diuresist. Azonban a digitalisnak a myocardiumra való hatása is már nyilvánulhat a diastolék és systolék valamelyes erősödésében, a mely elegendő a bejutó vérmennyiség szabályozására s ez a magyarázata annak, hogy a megnyúlt diastolék nem fokozzák az incompensatiót.

Csekélyebb incompensatio sok esetben tapasztaljuk azt, hogy pusztán ágyynyugalomra, minden cardiacum nélkül megindul a diuresis, csillapodik a szívverés szaporasága s rövid időn belül eltűnik az oedema. Nyugalmi helyzetben ugyanis a szívmunka a megmaradó energia többletét az egyes revolutiók tökéletesítésére fordíthatja. Ezáltal helyreáll a vérkeringésben az egyensúly s tart mindaddig, míg a szív reserve-erejét szükségig munkát nem kénytelen hosszabb időn át végezni. S most gondolkozóba esünk azon, hogy a mikor a vagus a digitalis hatása alatt meghosszabbítja a diastolét, csökkenti a szívverés szaporaságát: nem ugyanazzal a folyamattal van-e dolgunk, mint a midőn csekélyebb incompensatióval a munkatöbblettől való megszabadítás helyreállítja a keringést? Vagushatás alatt meghosszabbodik a revolutio, főleg a diastole s a szív a megtakarított energiát activ működésének (act. diast. + syst.) erősebbé tételére fordíthatja. Csakhogy míg kiskorú incompensatióval és jobb szívmunka esetében maga a nyugalom elegendő a compensációra, addig súlyosabb esetekben szükség van a digitalis vagus-hatására is, hogy a szív relativ nyugalma, azaz kiméltése beálljon. Azt lehetne persze ellenvetésül felhozni, hogy ha a vagus hatása következtében megnyúlt diastole alatt több vér jut be a szívbe, akkor — feltéve, hogy a digitalishatás csak vagushatás volna s a myocardiumra a szer semmiféle befolyást nem gyakorolna — az incompensatio nem javulhatna, sőt fokozódna kellene. Azonban éppen az az energiatöbblet, a mit a szív az actiók ritkulása folytán nyert, éppen úgy szabályozhatná a benyomuló vér mennyiségét, mint ezt primaer úton a digitalis az izomsejtek contractilitásának fokozása által idézte volna elő.

További gondos klinikai észleléssel lehetne csak eldönteni, hogy éppen a tárgyalt digitalishatás időbeli dissociációjában nem találunk-e kulcsot a myocardium állapotának megítélésére. Azok a betegek, kiknek kórtörténetét a 2. és 12. esetben vázoltam, s kik ilyen hatásdissociációt mutattak, azóta sectióra kerültek s mindkettőben a szívmunka súlyos elváltozását láthattuk; a 2.-ban a klinikai

¹ Gottlieb és Magnus: Über die Gefässwirkung der Körper der Digitalisgruppe. Archiv f. exp. Pathol. u. Pharmak., 47. kötet.

² Gottlieb: Herzmittel und Vasomotorenmittel. Verhandl. d. IX. Congr. f. inn. Medicin.

³ Traube: Gesamm. Beiträge zur Pathologie u. Physiologie, I. k.

⁴ Brandenburg: Zeitschrift f. klinische Medicin, 53. kötet.

¹ Herzmittel u. Vasomotorenmittel. Verhandl. d. Congr. f. innere Med., 1901.

észlelés alapján felvett súlyos myocarditis interstitialis, a 12.-ben pedig a myodegeneratio (a billentyűk épnek találtak) a sectionál beigazolódt.

Igaz van *Fraenkel*-nek, mikor a frequentia csökkenését a digitalis hatás „semmi esetre se megbízható” indikátorának nevezi. A revolutiók szaporaságára önálló hatással van a digitalis s ennél fogva ez vagy lépést tart a myocardiumra való hatással, vagy pedig előbb jelentkezik, esetleg nem is következik be (jelentékeny) frequentia-csökkenés. Ez utóbbi észleletnek magyarázatát adni nem tudom, de ép emberrel is megessék, hogy digitalisra a pulusszám nem csökken, mint azt *A. Fraenkel* is észlelte.¹ Éppen ezért gyakorlatilag számbajöhet a pulusszám megkevesbedése, mint a beállott digitalis hatás mértéke, mert talán a legtöbb esetben párhuzamos is a vagus hatás a myocardiumra való hatással, de tudományos tekintetben szét kell a kettőt választani. S igaz van *Fraenkel*-nek abban is, hogy: „so gut es keine Fieberbehandlung ohne Temperaturbestimmung gibt, so wenig ist die Behandlung von Kreislaufstörungen ohne Wasserbilanz möglich”², mert ebből és az amplitudé megnagyobbodásából ítélhetjük meg pontosan a beállott digitalis hatást, nem pedig a pulus számlálásából.

Azokat a kellemetlen gyomortüneteket, mik főleg étvágytalanságban, émelygésben és hányásban jelentkeztek, a 4., 9. és 10. esetünkben csak mint intoxicációt lehet felfognunk. A 4. esetben másnapra 0.8 gm.-ra, a 9.-ben 3. napra 1.2 gm.-ra, a 10.-ben pedig 1.8 gm.-ra 5. napra következett be a hányás, míg ellenben akár nagyobb mennyiségű digipuratumot minden panasz nélkül elviselt a többi beteg, úgy hogy azt kell mondanom, hogy elkerülve az intoxicációt, a szer nem bántalmazza directe a gyomrot.

A digipuratum adagolásakor úgy jártam el, hogy lehetőleg fél napra koncentráltam a napi dosist. Déli 12-től esti 9-ig terjedő időközben szedte be a beteg a napi quantumot, a mely 0.5 gm.-ot meg nem haladott. *Hoepffner* tanácsa szerint rendszerint 0.4 gm.-ot kapott a beteg az 1. nap s a hatást másnap megítélve, esetleg módosítottam az adagot. Legtöbbször az 1., 2. illetve a 3. napon 0.4 gm.-ot kapott a beteg, azután szükséghez képest 0.3 illetve 0.2 vagy csak 0.1 gm.-ot folytatólag, esetleg egy-két napi időközben. Legjobb módszer masszív dosissal kezdeni a súlyos incompensatiókban, 0.4—0.5 gm.-mal az 1. nap s a szükséghez képest a 2. és 3. napon is ugyanannyit adni. Ekkorra vagy teljes hatás következik be, vagy már lényegesen javul az incompensatio, úgy hogy vagy abba hagyjuk a szer adagolását, vagy pedig naponként illetve kétnaponként 0.1 gm.-mal csökkentjük a napi dosist mindaddig, míg a teljes hatás beáll. Nem szükséges hangoztatnom, hogy az adagolás módját és beszüntetését csakis az amplitudé és diuresis megfigyelése szabhatja meg. Az egy kúrára elhasznált legkisebb digipuratum mennyiség 0.9 gm. volt, a legtöbb 3.2 gm. Rendszerint 1.0—2.0 gm. elegendő egy kúrára.

A digipuratum absolute megbízható digitalis-készítmény, mely a már említett 3 tulajdonságánál fogva, úgymint, 1. állandó hatás-erőssége, 2. kombinált (digitalin és digitoxin) összetétele és 3. tisztasága spec. digitoninmentessége miatt minden incompensatio-ban adható, ha a per os medicatio-ra idő van. Incompensatio folytán beállott acut életveszély esetében intravenosusan alkalmazható cardiummal kezdjük a kúrát s egyidejűleg folytatjuk az extr. digit. dep.-ot, mert ez az ősi infusumnak azt az előnyét is magában foglalja, hogy nem pusztán egy cardiacus hatású glycosidát tartalmaz.

A Stefánia-gyermekkorház jubiláris közgyűlése.

A Stefánia-gyermekkorház-egyesület, melynek kezdete 1839-re nyúlik vissza, f. hó 23.-án tartotta jubiláris közgyűlését, az egyesület fennállásának 70. és a Stefánia-gyermekkorház létesülésének negyedszázados évfordulója megünneplésére. Az igazgató választmány ez ünnepi alkalommal leplezte le elnökének, Zichy Ágost gróf, v. b. t. t.-nak Stettka Gyula mester által megfestett pompás mellképét, *Bókay János* dr. egyet. tanár, kórházi igazgató alábbi ünnepi beszéde kapcsán:

¹ *A. Fraenkel*: Über Digitaliswirkung am gesunden Menschen. Münch. med. Wochenschrift, 1905. 32. szám.

² *A. Fraenkel*: Über Digitalistherapie. Ergebnisse der inn. Medicin etc., I. kötet 105. lap.

Tisztelt ünnepi közönség!

Midőn 1839 február havában Schöpf-Merei kezdeményezésére néhány philantropikus érzületű áthatott, tehetséges pesti polgár megalakította Ürményi Ferencz, volt koronaőr, a híres Ilményi régi nemes család sarjának elnöke alatt a Pesti Szegény Gyermekkorház Egyesületet, bizony nem merhették remélni, hogy az Öt-pacsirta-utcai emeletes bérház három szobájában szerényen meghúzódo 12 ágyas kisdud kórház 70 év után eljut mai fejlődési fokához.

Hogy az egyesület ezt elérhette, a vezetőségnek mindenkorai bőles és körütekintő s a legsúlyosabb körülmények között is kitartó gondosságának köszönheti, melyre az intézménynek a multban bizony ismételt nagy szüksége volt. Hisz tudjuk, hogy a Fáy András, Kossuth Lajos, Szentkirályi Mór és a lelkes Ürményi Ferencz buzgalma folytán oly szépen lendülő intézet, mely 1845-ben már Ösz-utcai saját otthonába költözködhett át s az egész művelt világon sorrend szerint a negyedik, önálló hajlékkal bíró gyermekkorház volt, a szabadságharc után a mostoha és nyomasztó pénzügyviszonyok folytán majdnem végleg beszüntette működését.

1848-tól 1852-ig úgyszólván teljesen szünetelt az egyesületi működés s hogy a kórház kapuja be nem zárult a beteg kisdudek előtt, csak Ürményi Ferencz erélyes kitartásának és áldozatkészségének volt betudható.

Az emberbaráti szeretettől áthatott nemes főúr néhány polgártársával megmentette az enyészettől a kórházat és 1852 február 2.-án tartatott 4 hosszú év után ismét közgyűlés, melyet követően az 1855.-i közgyűlés az egyesületet új alapszabályokkal mintegy másodszor alapította meg. Ekkor választottak be az igazgató választmányba Csengery Antal, Jókai Mór, Simonsich János, Rottenbiller Lipót, Tóth Lőrincz és Wodianer Albert, közéletünknek ismert, immár elhunyt jelesei s az ő fáradságtalan buzgalma az egyesület működését egészséges irányba terelte és kezdetét vehette a pénzügyi kibontakozás nehéz munkája.

1858-ban az egyesületet nagy veszteség éri azáltal, hogy elveszti érdemeiben gazdag elnökét, Ürményi Ferenczet s az 1865.-i választó ülés az elnöki székbe Ürményi Józsefet ülteti, Zala vármegye főispánját, kinek az elhunyt Ürményi Ferencz nagybátyja volt. Ezen tisztújító ülés jelöli ki alelnököknek Rottenbiller Lipótot és Csengery Antalt, közéletünk ezen két kiváló alakját, kik Ürményi Józseffel élükön a kórház pénzügyeinek gyökeres orvoslását taggyűjtésekkel és alapítványok szerzésével oly buzgalommal végzik, hogy már 1866-ban 101,000 forintot tudott az egyet vagyonként kimutatni, holott az 1865. évi költségvetés 2696 frt deficitet mutatott fel, mely összeg az előző évek deficitjével együtt 5779 forintot tett ki.

Az 1868—71-ig terjedő időtartam a kórház történetének különösen szerencsés éve közé tartozik, mert ezen időben szavazta meg a képviselőház az 5000 frt évi államsegélyt, mely segély, míg egyrészt a Pesti szegény gyermekkorház létjogának az állam részéről való elismerését bizonyította, másrészt az intézetet az anyagi gondoktól — legalább egy időre — jórészt felszabadította és így a kórház fejlődése elé gördített akadályokat az egyetnek legyőzhetővé tette.

Deák Ferencz, hazánk bőlese, egyetünknek 1854-től fogva rendes tagja volt az, ki barátainak, Ürményi József elnöknek és Csengery Antal alelnöknek felkérésére a kérvényt 1871 december 12.-én a ház asztalára tette és az ő hathatós és lelkes szavainak köszönhető az, hogy az országos segély a képviselőház által egyhangúlag megszavaztatott.

Ürményi József bőles vezetése alatt az egyesület évről évre izmosodik, erősödik s a kórház működése fokról fokra nagyobb s nagyobb tevékenységet fejt ki. Míg az ötvenes évek elején az Ösz-utcai gyermekkorházépületben kórházi ezélokra csak az emeleti helyiségek használtak és a földszinten lévő szobák lakásokul szolgáltak — (itt laktak annak idején Szentpéteri és Szerdahelyi József, a híres Szerdahelyi apja, a magyar színészet ezen két jelesei) —, addig a 70-es években már az egész épület kórházi ezélokra szolgál s dacára ennek az évről évre fokozódó beteganyagot immár befogadni képtelen volt. Ezen kellemetlen körülmények már az 1871. évi május 27.-i választmányi ülésen szőnyegre hozták

egy új gyermekkorház építésének eszméjét; az építés tárgya azonban csakhamar letűnt a napirendről, mert az egylet erre nagyobb, erejét jóval túlhaladó költsön felvétele nélkül képtelennek érezte magát.

Az új kórházépítésnek kérdése 1877-ben merült fel újból és az 1877-i júniusi közgyűlés már határozatképpen mondotta ki a mielőbbi építkezés szükségességét. S Ürményi lelkes vezetése mellett megkezdődött a gyűjtés, oly eredményesen, hogy az építési előmunkálatok 1879-ben már megindulhattak.

1880-ban az egyesületet újabb nehéz veszteség éri Csengery Antal alelnök halálával, melyet nemsokára követ az egylet érdemdús elnökének, Ürményi Józsefnek gyászos elhunyt, ki felejtethetetlen nagybátyja, Ürményi Ferencz után majdnem húsz évig viselte az elnöki tisztséget.

Az 1881. évi május 8-i közgyűlés az elnöki székbe közakarattal Zichy Ágost grófot emelte, gr. Zichy Ferencz tárnokmester fiát, kinek elnöki működése egybeesik az egyesület eddigi legfényesebb időszakával, a Stefánia-gyermekkorház létesítésével és kifejlesztésével.

Zichy gróf egyike volt azon magyar mágnásoknak, kikről elmondhatjuk, hogy a nagy Széchenyi István iskolájából kerültek ki, mert nem elégszenek meg azon előnyökkel, melyeket nekik az életben a születés és rang biztosít, hanem keresik az alkalmat, hogy hazájuk javára minél intenzívebben munkálkodhassanak, hogy saját erejükből is előmozdíthassák azt, hogy magyar hazánk a kulturnemzetek sorába minél méltóbban beilleszkedhessenek.

Zichy gróf erős egyéniségére volt szükség, hogy az egyesület az új kórház építéséhez az első lépéseket megtehesse és az ő egyénisége egyszersmind teljes garantiát nyújtott arra, hogy az új kórház oly alakban fog létesülni, mely a modern igényeknek teljesen megfelel. Zichy Ágost gróf Bókay seniorral, Morlin Imrével és Török Józseffel, e szellemi triumvirátussal együtt működve alkotta meg a Stefánia-gyermekkorházat oly alakban, hogy ahhoz fogható akkoron a külföldön is keresni kellett. E szellemi triumvirátuson kívül az egyesületnek egy szerény tisztviselője volt az, ki Zichy gróf oldala mellett az egyesület ezen munkájának végzésében ugyancsak kivette részét, legtöbbször mint „névtelen hős“, és ez Deák Ferencz és Szemere Pál volt íródiákja, Halász Dezső volt, ki évtizedekig folytatott ernyedetlen, hangyasorgalmú, fárasztó munkásság után titkári tisztét ez ünnepi közgyűlésen teszi le.

Ha a lefolyt 25 évre visszatekintünk, látjuk magunk előtt az intézet fokozatos, szép fejlődését, melylyel lépést tart az egyesület vagyoni gyarapodása és ez eredményezi azt, hogy Zichy gróf böles elnöki vezetése alatt ma oda jutottunk, hogy a közoktatásügyi kormányhatalmhoz kötött egyezmény alapján kórházunk az egyetemi oktatással, melyet évtizedeken át mindenkor önzetlenül szolgált, a legszorosabb, szerves kapcsolatba lép, mely lehetővé teszi a Stefánia-gyermekkorháznak oly nagy arányú továbbfejlesztését, hogy a külföld hasonló mű legnagyobb intézeteivel a versenyt újból és eredményesen felveheti.

Disztermünk falait díszítik Ürményi Ferencz, Schöpf-Merei, Bókay senior, Morlin Imre és Török József képe és a művész ecsetje által megörökített képmások lelki szemeink elé varázsolják a kórházunk mozgalmas múltját és azon kitartó, eredményes küzdelmet, melyet dicső elődeink folytattak intézetünk megtarthatása és továbbfejlesztése érdekében. E képek sorozatát ma kiegészíti Zichy Ágost grófnak Stettka Gyula mesteri ecsetje által megörökített pompás képe, melynek megfestése által az igazgató választmány az érdemekben oly gazdag elnök iránt érzett nagy hálájának óhajtott kifejezést adni. A képek ezen díszes sorozata az Egyesület personifikált 70 éves történetét mutatja be és Zichy gróf leleplezett képe ezen collectióban a múlt időket köti össze a jelennek és a jövővel. Adja az Egek Ura, hogy egyesületi elnökünk kórházunk javára s mindnyájunk örömeire még sokáig viselhesse az elnöki tisztséget s böles tanácsával és támogatásával a bekövetkezendő új aerában is oly hathatósan legyen segítségünkre, mint a milyen eredményesen segített a múltban, több mint negyedszázados elnöksége alatt.

Isten áldása lebegjen, úgy mint a múltban, a jövőben is mindenkor ezen egyesület felett, mely az emberszeretet műve, s a magyar társadalom egyik legszebb és legrégebb alkotása.

A mellkas kopogtatásának felfedezése (1761).

Egyetemi előadás. Tartotta Auenbrugger halálának 100 éves fordulójának alkalmából Győry Tibor dr. magántanár.

Tisztelt Uraim!

Kivételes alkalom készítet rá, de szinte kötelességemmé is teszi, hogy rendszeres előadásaim láncolatát ma megszakítsam. Éppen száz esztendeje annak, hogy „az újkori diagnostika megalapítója“: Auenbrugger Lipót meghalt. Ha életének és működésének sorsáról ma megemlékezni kívánok Önök előtt, teszem ezt több okból. Hadd mutassam be Önöknek egy értékes darabját ama nagy hagyatékoknak, melyeket a mi, tudományban oly gazdag korunk még a múlttól kapott; de hadd lássák azt is, hogy e reánk maradt kincsek mellett mily nagyok azok az adósságok is, melyeket a kései elismerésnek adójával még törleszteniünk kell. És erősítse meg az Önök ifjú és fogékony lelkületét ama férfiú életének példája, ki azon a téren, a melyen elévülhetlen érdemeit szerezte: csalódottan, letaszítva a jogos ambíciók teljesülésének útjáról élte végig életét s a ki az elismertetés hiánya ellenére is komoly és maradandóvá vált munkásságban kereste gyönyörűségét s találta meg lelki jutalmát.

Ezek az Auenbruggernek egy külön fajtát képviselnek az emberi nemnek; azt, a melyet Nietzsche oly szépen és találóan „Adelsmenschen“-nek nevezett. A szomorúság, a magába szálló lemondás emberei ezek, a kik mégis, mindennek dacára, lázasan dolgoznak és csalódottságuk tudatára is csak nagy kivételesen és éppen akkor jutnak, a mikor egy pillanatra a boldogság látogatja meg őket. Auenbruggernek e pillanat röviddel a halála előtt adatott meg.

Tisztelt Uraim! Auenbrugger neve és jelentősége nem ismeretlen Önök előtt. Volt már alkalmunk róla, mint a mellkasi szervek kopogtatásának felfedezőjéről szólni.

A kopogtatás, mint módszer, régen ismeretes volt már előtte is. De a kopogtatást csak a hason gyakorolták, főleg az ascites és tympanites megkülönböztetésére. Csak néhány közkeletű példát kívánok erre felsorolni.

„... et ad digitorum pulsationem sonus tympani redditur.“ (Aëtius, kb. 502—575, Sermo IV, cap. 78.)

„... tympanias autem, quod ubi ferimus ventrem, tympani modo strepitum quendam elidere videatur.“ (Alexandros de Tralles, 526—605, De askite. Lib. IX, cap. 2.)

„... adeo ut si verberetur superior venter, instar tympani sonitum edat.“ (Paulus de Aegina, kb. 625—690, De re medic. Cap. 48.)

„... et si locus percussus cum manu, inde audietur sonus ut tympani.“ (Rhazes, 850—922?, De egritudi matricis, Cap IX., lib. 2.)

Wepfer J. schaffhauseni orvos feljegyzéseiből tudjuk, hogy a XVII. században a svájci állatorvosok kis kalapácsok segítségével kopogtatták a szarvasmarhák koponyáját az agyban székelő cysticercusok megállapítása céljából.

A mellkas kopogtatásáról azonban, tehát éppen ott, a hol e módszer a legsubtilisebb felvilágosításokat hivatott és tud adni, 1761-ig sehol sem esik szó.

Hét esztendeig dolgozott, vizsgált, kísérletezett Auenbrugger a VI. Károly császár által alapított bécsi spanyolkórház beteganyagán, mint ennek fiatal segédorvosa, míg végül a „septennis observatio“ könyvvé érlelődött s 1761-ben megjelent Trattinnernél, Bécsben, 95 lapnyi terjedelemben: „Inventum novum ex percussione thoracis humani ut signo abstrusus interni pectoris morbos detegendi“ címmel. Ez a könyv az eredeti kiadásban ma már a legnagyobb ritkaságokhoz tartozik. Helyette azonban bemutathatom Önöknek egy későbbi, 1843. évi kiadását, az úgynevezett Ungar-féle kiadást, mely Skodának az iniciatívájából látott napvilágot.

A könyv praefatióval kezdődik, a melyet szó szerinti fordításban ezennel felolvasok Önöknek.

„Előszó.

„Átadok néked, nyájas olvasó, egy általam felfedezett s a mellkas betegségeinek felderítésére szolgáló új jelet.

„Áll pedig ez az emberi mellkas megkopogtatásából (percussio); „az ezáltal keletkezett hangok különböző rezgéseiből ezen üreg belső állapotára lehet következtetni.

„Nem írási viszketeg (pruritus scribendi), sem különös czélzatos számítás, hanem hét évi észlelés készlet felfedezésem rendszerbe-szedésére, elrendezésére és kiadására.

„Már előre is nagyon jól láttam, hogy felfedezésem közlésével nem csekély akadályokba fogok ütközni. Mert azoknak a férfiaknak, a kik felfedezéseikkel világosságot vagy tökéletesítést vittek a tudományokba és művészetekbe, sohasem volt hiányuk irigységben, a rosszindulat, a gyűlölködés és az ócsárlások eme szövetséges társában.

„Elhatároztam, hogy ennek a veszélynek kiteszem magamat, azonban azzal az eltökélt szándékkal, hogy az említettek közül senkinek sem fogok észleléseimről számot adni.

„Leírtam mindazt, a miről érzékszerveim hü tanúsága mellett sok munkával és nehézséggel újra és ismételt tapasztalatokat tettem; de e mellett sohasem tettem engedményeket az ámitó önszeretnek.

„De nehogy bárki is azt higgye, hogy jelemhez a felsorolt betegségekben már semmi hozzátenni való nem maradt, teljes őszinteséggel bevallom, hogy még sok a hiány, melyet idővel szorgos észlelésnek pótolni kell; meg lehet, hogy ezáltal más betegségek körül is meg lesznek állapíthatók igazságok, a mellbajok felismerésének, kórjólátának és gyógyításának hasznára.

„Ez volt az oka, hogy miért állottam meg egyszerűen a jeleknél és itt is mindenütt ott, a hol el nem kerülhettem az észleléseim magyarázatul szolgáló néhány oki mozzanat felsorolását, a fenkölt báró *van Swieten* commentárjaihoz folyamodtam, mivel ezekben minden befoglaltatik, a mit csak egy észlelő embertől kívánni lehet.

„Feloldva éreztem ily módon magamat a bővebb közléstől, de egyszersmind a legerősebb alapot nyertem bennük, melyen felfedezésem kezdetlegességei kitűnő támaszt nyertek.

„Ezért nem is kételkedem benne, hogy az orvosi művészet igaz tisztelői előtt kedves dolgot végeztem, midőn ismertetni kívántam mindezt, a mi nem kis világosságot fog vetni az elrejtett mellbetegségeknek eddig még oly hiányos ismereteibe.

„Nem vettem fel sok kétes vagy kevésbé feldolgozott részletet; azonban nem fogok megszűnni a jövőben sem ezeknek a kidolgozásán munkálkodni.

„Végül: nem törekedtem kevélykedni az írásmódban; oly stílust választottam, hogy könnyen megértessem.

„Isten veled!

1760. december 31.-én.

Bemutattam Önöknek ezt az egész előszót, ezt a typosus document humain-t, mely minden jellemzésnél jobban világíthatta meg Auenbrugger egyéniségét, gondolkodását. A jövő sikerében bízik, de az emberekhez máris megrendült a bizalma, kivéve egy férfit: van Swieten, volt tanárát.

Különösen kiemelem azt a passust, melyben azt mondja, hogy előre látta az irigységet, a rosszindulatot, az ócsárlásokat. Ezekről tehát úgy beszél, mint vele máris megtörtént dolgokról. A sorok közt olvashatjuk, mennyi gúnyolódásban lehetett a fiatal orvosnak része, a mikor a spanyol kórházban hét éven át végig kopogtatta a betegeket, vagyis olyasmit tett velük, a mit a világ egyetlen orvosa sem szokott tenni. Szinte védekezni kíván, a miért felfedezését végül publikálja; „nem írási viszketeg, sem czélzatos számítás“ az, mi rá viszi, hanem a 7 éves észlelés, a „septennis observatio“.

Térjünk immár rá pontonként a könyv tartalmára. Az egyes szakaszoknak (összesen 48 § van s mindegyiket egy magyarázó scholium követi) csak rövid, telegrammstílusú tartalmát óhajtom nyújtani.

1. §. Az egészséges ember mellkasa, ha megkopogtatjuk, hangot ad.

2. §. A mellkas kopogtatási hangja hasonló ahhoz a hanghoz, melyet egy kendővel vagy valamely más erősebb gyapjuszövetel leborított dob ad.

3. §-ban pontosan megállapítja a rendes kopogtatási hang határait köröskörül az egész mellkason, nem mulasztva el külön figyelmeztetni a szívtoppulatra.

4—9. §. A kopogtatási eljárásról szól. A kiegyenesített ujjak egymást egy síkban érintsék, maga a kopogtatás az ujjhegyekkel végzendő, és pedig rendes viszonyok közt: lassan és enyhén (lente

atque leniter); az erős izomzatú és a kövér emberek mellkasát azonban erősebben kell megütni. A mellkast Auenbrugger lefedi inggel, vagy e helyett maga hűz keztyűt, mert — úgy véli — a meztelen testnek keztyűtelen kézzel történt kopogtatása alkalmával a két bőrfelület zavaró mellékhangot támaszthat. A chirotheca, vagyis a keztyű bármily bőrből való lehet, éppen csak glacié-bőr (ex polito corio) ne legyen. Elsőbb rendes lélegzetvételt közben kopogtat, de azután újra kezdi visszatartott lélegzet mellett. A ki- és belégzés alatt ugyanis, valamint a lélegzet visszatartása alatt, különböző árnyalatokat mutathat a kopogtatási hang, a mit a diagnostikai itéletben értékesíteni kíván.

A mell kopogtatása alkalmával a vizsgálandó szegje kissé hátra a fejét s vállait is húzza kevésbé hátra; a mellkas oldalfelületeinek kopogtatása alatt a karok a fej felé támasztandók meg, s a hát kopogtatása közben a beteg kissé hajoljon előre; ily módon a kopogtatási hang mindenütt tisztábban hallható lesz. (Mint látjuk, Auenbrugger még a direct kopogtatást alkalmazta; a ma divó közvetett kopogtatást csak Stokes vezette be.)

10. §. Az orvosnak minél több egészséges emberen kell a kopogtatást begyakorolnia; a lapoczkák, az emlők, a szív, az erős zsírpárna, mindezek természetes kopogtatási akadályok, melyeknek módosító befolyásához szoknia kell a vizsgálónak.

A rendes kopogtatási hang, a sonitus vagy sonus minősége Auenbrugger szerint a következő lehet: sonus vel altior, vel profundior; sonus vel clarior, vel obscurior, vel quandoque prope suffocatus (ezombhang).

12. §. Ha egyenlő intenzitású kopogtatás mellett olyan helyeken, a hol a kopogtatási hangoknak egyenlőknek kellene lenni, mégis eltérés hallható, ez annak a jele, hogy a mellkasan valamely kóros elváltozás [morbosum quid] lappang.

Itt említi meg Auenbrugger, hogy számos észlelés arról győzte meg őt, hogy eljárása nélkül a legveszélyesebb betegségek is felfedezetlenek maradnának, mivel jelenlétüket soha másképpen el nem árulják, csakis a kopogtatás által.

12—17. §. A rendellenes kopogtatási hangokról szól. Ha a mellkas valamely sonorus (a mai nomenclatura szerint: teljes, éles, nem dobos) része egyenlő kopogtatási intenzitás mellett magasabb hangot ad, ez oda mutat, hogy a magasabban hangzó mellkasfélben van a kóros állapot.

Ha egyenletes kopogtatás mellett valamelyik mellkasfélben tompultabb a kopogtatási hang, itt kell keresni a kóros elváltozást.

A hol a kopogtatás olyan hangot ad, a minőt egy percütált hústömegetől kapunk, ott kóros elváltozás van jelen (sonus carnis percussae vel suffocatus). A próbát mindenki a saját ezombjának percütálásával ejtheti meg.

Ha a mellkas valamely területe felett ezombhangot kapunk, akkor a beteget mély belégzésre s a lélegzet visszatartására kell felszólítani; ha a ezombhang ebben az állapotban is megmarad, akkor a kóros elváltozás mélyen székel a mellkasan.

Ha a ezombhang a mellkasnak nemcsak elülső, hanem hátulsó részén is hallható, akkor a kóros elváltozás az egész mellkason át kiterjeszkedik.

Mindezeket az eltéréseket olyan okok idézik elő (folyadék vagy szilárdtest), melyek a mellkasüreg rendes levegőtartalmát vagy csökkenti, vagy teljesen kiszorítják. A kísérletet hordókon is meg lehet tenni: a míg üresek, minden ponton hangzanak; megtöltés által azonban a szerint vesztik hangzásukat, a mint a bennük foglalt levegő kevesbedik.

18. §. A rendellenes kopogtatási hang egyaránt előfordulhat úgy az acut, mint a chronikus betegségekben; állandó kísérője azonban a mellkasan tért foglaló folyadékoknak.

Mindezekre vonatkozólag bizonyítékokat lehet szerezni az acut és a chronikus bajokban elhaltak hulláinak bonczolata útján (defunctorum . . . aperta cadavera haec facta esse demonstrant). A hullán kísérletet is lehet tenni: ha mellkasába folyadékot fecskendünk, a megtöltött oldalon addig a határig kapni tompulatót, a meddig a befecskendezett folyadék ér.

19. §. A kopogtatási hang vagy az acut betegségek lefolyása alatt, vagy a végük felé válik rendellenessé. Az orvosok sok beteget tekintettek már gyógyultnak, a kik azután újra lázat kaptak, melynek okai a tüdőben keletkezett beszűrődések voltak.

20. §. Főleg a ezombhang az, mely az acut betegségekben előáll.

21. §. A betegség lefolyásának vége felé előálló rendellenes hang azokban a betegségekben észlelhető, melyekben a körtermékek kiválasztása nem felel meg a betegség fokának, vagyis előrehaladottságának.

22. §. A mellkasi szervek lobos megbetegedéseikor rendszerint a 4. napon észlelhető a rendellenes hang, ritkán korábban, de gyakran később.

23. §. Ebben az esetben a hang rendellenes minősége a betegség természete, foka és tartama szerint megjelenésének 1. napjától fogva fokozódik; visszafejlődése rendessé az expectoratio minősége, mennyisége és tartama szerint történik.

24. §. Ha a rendellenes hang egyszer megjelent, akkor a betegség vagy halálhoz vezet, mely a kritikus napon áll be, vagy kiválasztás útján oldódik, vagy végül más betegségbe megy át.

(Láthatjuk, hogy Auenbrugger ezen szakaszokban egyenesen a pneumoniát veszi fel például.)

A 25. §-ban, melyben az új jelet a prognózis szempontjából is értékeli, a következő 8 pontot állítja fel:

1. Minél tompultabb a kopogtatási hang, s minél inkább közelíti meg a czombhang jellegét, annál komolyabb természetű a baj.

2. Minél nagyobb kiterjedésű a tompulat, annál veszélyesebb az állapot.

3. A beteg veszélyeztetettebb, ha nem a jobb, hanem a bal mellkasfél van megtámadva.

4. A mellkas felső részén, a kulcsesont és a 4. borda közt elterülő tompulatok kevésbé veszélyes jellegűek, mint a mellkas alsó részén ülők.

5. Veszélyesebb az, ha a rendes kopogtatási hang a hátulsó, s nem az elülső felső mellkasfalon hiányzik.

6. A rendes kopogtatási hang eltűnése valamelyik teljes mellkasfélen többnyire halálos jel.

7. A rendes hang hiánya a szegycsont felett halállal szokott végződni.

8. Nagy kiterjedésű czombhang a szívnak megfelelő terület felett veszélyt jelez.

A 26—29. §-ban azon chronikus betegségeket tárgyalja, melyekben kopogtatási eltérések voltak kimutathatók s a melyek bonczolat alá kerültek.

30—32. §-ban azon kopogtatási eltérésekről szól, melyek a mellüregbe zárt folyadékfelhalmozódások állandó kísérői (1. chylus, 2. vér, 3. savó és nyirok).

33—36. §. azokról a mellkasi betegségekről szól, melyek a kopogtatási eljárás segélyével ki nem deríthetők, mint például a pertussis, az asthma, a dyspnoë, a terhes asszonyok köhögése, bizonyos formái a tüdővésznek.

37. §. Azon bonczolati leletekről szól, melyekben az élőben megállapított kopogtatási eltéréseknek megfelelő elváltozások találtak. (Tehát már Auenbrugger jelölte ki és követte azt az irányt, mely később, az új bécsi orvosi iskola idején Skoda és Rokitansky együttes vizsgálatait oly nevezetessé tette.)

A 38. §-tól fogva végig, a 48. §-ig differentiál-diagnostikai szempontból tárgyalja a következő, bonczolattal is tanulmányozott betegségeket: scirrhus (mely a mi nomenclaturánk szerint megfelel a hepatistának és indurációnak), a vomica (tuberculosis caverna), empyema, hydrops pectoris, hydrops pericardii, nagy vérömlenyek a mellkasban és aneurysma cordis (szívtágulat).

Munkáját e néhány szóval fejezi be:

„Szolgáljanak az elmondottak a szegény betegeknek megvigasztalására, az orvostan igaz művelőinek pedig művészetük fejlesztésére. Ezt óhajtom.”

(Vége következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Legelső segélynyújtás mindenki használatára. Irta Polgár Károly dr. Budapest. Athenaeum. Ára 50 fillér.

E füzetke a mindennapi élet használatára van szánva. E céljának úgy tartalmánál, mint terjedelménél fogva derekasan meg is felel s kívánatos, hogy sok 10,000 példányban lásson napvilágot. A szerzőnek e munkája voltaképpen utasítás egy kis

mentőszekrény használatához, melyet ugyanő állított össze. Tartunk azonban tőle, hogy e hasznos könyvecske elterjedésével a 7 koronába kerülő mentőszekrény beszerzése nem fog lépést tartani s e körülmény a várt eredmény veszélyeztetését vonhatja maga után.

Az elég jó magyarsággal írott munka nyelvezetére csupán azt jegyezzük meg, hogy a köznép számára is való írásban ne emlegessünk „általános elveket”, hanem inkább „mindenkinek szükséges tudnivalókat”; a nép nyelvén az *idővesztés* nem *végzetes*, hanem a *késedelem* halálos lehet; a mérges gombákról szólva nem azt mondják, hogy feltörve belsejük kékesre változtatja színét, hanem azt hogy: ha szétörjük, megkékül. (A mi azonban nem mindig igaz és sok tévedésre ad alkalmat.)

A tartalomra nézve a következőket tartjuk szükségesnek megjegyezni: A sebkötözés körül követendő *tisztaság* fogalmát nem ártott volna kissé bővebben értelmezni. A szűrt és lőtt sebeknél a 29. lapra való hivatkozás nem megfelelő. A sebmosó folyadék hiányában, a tiszta vízzel való seblőtítés előnyösebb, mint a kétes tisztaságú sós vízzel; ez utóbbi a véralvadék képződését hátráltatja és így a vérzést — a laikusok legnagyobb rémét — előmozdítja; fertőtlenítő hatása pedig egyáltalában nincs. A méh- és mérges légyszűrásokra hiába való ammoniát eszepeztünk; mert az a szűk sebnyíláson úgy sem hatol be; láttunk esetet, a hol a szűrés után ezt alkalmazták, a fájdalom nem csillapodott, ellenben a bőrre öntött ammonia hólyagot húzott; e szernek ajánlása inkább elméleti alapon áll; maradjunk tehát a hidegborogatásnál. A papirdobozból készített sín, vízbe mártva, a test formái szerint alakítható ugyan és így biztos támaszt nyújt, de csak a megszáradás után; arra pedig a beteg szállításakor gyakran nem várhatunk; a zsupsin könnyű is, ruganyos is. A betegszállításról szóló fejezet alkalmasabb helyre teendő. A 24. lapon a belső vérzésnél történt ábrákra való utalás külső vérzésre vonatkozik. Az ájult ember gyámolításáról szólva, nem volna fölösleges megemlíteni, hogy fekvésében lábai magasabbra helyeztessenek. A 33. lap első mondata nem az idegen testek okozta sérülésekhez, hanem a következő fejezetekhez tartozik. A nép által gyomorgöresnek tartott fájdalom az elősorolt bajokon kívül szívgöres (stenocardia) is lehet, mely gyors halált okozhat. Napszúrás esetében az eszméletlen beteg csak akkor alkalmazunk mesterséges légzést, ha a légzése rossz, egyébként pedig fejére hideg borogatást rakva, hagyjuk nyugodtan, míg eszmélete visszatér. Az akasztottakról szóló fejezet első mondata így volna megfelelő: Az akasztott embert azonnal messzük le, de vigyázzunk, hogy teste le ne zuhanjon, vagy nyaka meg ne zökkenjen; valaki fogja meg a hóna alatt. . .

A lúggal mérgezeteknek, ha ezitromlé nincs, eczetet is adhatunk. Eczetesszenciával, vitriollal, sósavval, választóvízzel mérgezeteknek sok tejet, porrá tört krétát, tojáshejat, falról lekapart meszet, maltet vagy hamut adhatunk, vízzel bőségesen felereszelve; ha kéznél van, legjobb égetett magnesiát vízzel keverve itatni a beteggel. Hányás előidézésére felnőtteknek 1—2 pohár meleg víz rendszerint kevés; a hányás sok esetben csak 1—2 liter langyos víz elfogyasztása után következik be; ezen eljárás mindaddig ismétlődő, míg a gyomor teljesen kiürült, a mihez rendszerint 2—3-szori hányás szükséges.

A veszett állatok harapásakor követendő eljárásról a szerző teljesen megelégedett.

E módosítások és pótlások a könyv további kiadásainak nem válnának kárára.

Erdős János dr.

Lapszemle.

Általános körtan.

Az egy szívösszehúzóással kilökött vér mennyiségének meghatározására dolgozott ki módszert Plesch Kraus klinikáján (Berlin). Tulajdonképpen az egy perc alatt kilökött vér mennyiségét határozza meg, s ebből az érlökések számával való osztás útján kapja az egy szívösszehúzásnak megfelelő vérmennyiséget (Herzschlagvolumen). Az egy perc alatt kilökött vér mennyiségének (Minutenvolumen) meghatározása számítás útján történik, melyhez három érték ismerete szükséges: 1. Azon oxigénmennyiség, melyet a szervezet 1 perczben elhasznál. 2. A vérőeres vér százalékos oxygentartalma. 3. A jobb szív vagy arteria pulmonalis gyűjtőeres vérenek százalékos oxygentartalma. Az

előbbi kivonva az utóbbiból, megkapjuk azt az oxygenmennyiséget, melyet 100 cm³ vér ad át a szöveteknek. Ha már most tudjuk azt, hogy mekkora a szervezetnek 1 perc alatt az oxygenfogyasztása, érthető, hogy éppen egy bizonyos vérmennyiséget kellett a szívnek a vérkörbe löknie, hogy az oxygenfogyasztásnak ezen értéke mellett a vér százalékos oxygentartalma bizonyos A értékről B értékre süllyedjen. Hogy miképpen történik a számítás, legjobban megérthető egy példából. A verőeres vér oxygentartalma legyen 20 térfogat^o/_o, a gyűjtőeresé 13 térfogat^o/_o, vagyis 100 cm³ gyűjtőeres vének verőeresé tévééhez 7 cm³ oxigénre van szükség. Ha a percnyi O₂-fogyasztás például 210 cm³, akkor a következő arány szerint kapjuk meg a „Minutenvolumen“-t:

$$x : 100 = 210 : 7 \quad x = \frac{100 \cdot 210}{7} = 3000$$

s ebből, ha az érlökések száma 70, az egy szívösszehúzóddással kilökött vér mennyisége 3000 : 70 = 43 cm³. Ha ismerjük a vér egész mennyiségét (a szerző tudvalevőleg ennek meghatározására is több módszert dolgozott ki), akkor természetesen egész egyszerűen megállapíthatjuk azt is, hogy mennyi idő, illetve hány szívösszehúzóddás szükséges ahhoz, hogy az összes vér egyszer átfolyjék a szíven.

Az említett három érték meghatározása következőképpen történik. 1. Az egy percnyi O₂-fogyasztást egyszerűen és pontosan a Zuntz-Geppert-féle respirációs készülékkel határozhatjuk meg. 2. A verőeres vér O₂-tartalma helyett Plesch a vér O₂-capacitását állapítja meg, a mely tudvalevőleg alig valamivel (az egésznek 2—3^o/_o-ával) nagyobb a verőeres vér oxygentartalmánál. A szivattyús elemzéshez 10—20 cm³ vérre lévén szükség, az itt nem jöhet szóba. A szerző eljárásához elég 1 cm³ vér. Az eljárás lényege az, hogy ferriyankalium segítségével a lakkszerűvé tett vérből szabaddá teszi az összes oxygént; ennek térfogatát vízmanométerrel megméri. A szükséges redukálások (0^o, 760 mm. Hg nyomás, szárazság) után megkapja a vér O₂-capacitását, illetve nagy megközelítéssel a verőeres vér oxygentartalmát. Egy másik eljárás, a melylyel Plesch meghatározza a vér oxigencapacitását, colorimetriás. Az összehasonlítás alapjául szolgál 100-szorosára felhígított 20 térfogat százalékos CO-t tartalmazó haemoglobin-oldat. 20 térfogat^o/_o CO (a mi megfelel 20 térfogat^o/_o oxigénnek) a vér normális kapacitásának felel meg, azért használja ezt az oldatot. A vizsgálandó vért (elég 0.05 cm³) szintén 100-szorosára hígítja, CO-dal telíti, azután egy eszközben (melyet Kolbenkeilhaemoglobinométernek nevez) összehasonlítja színét az állandó oldat színével. Egyenlő színintenzitásra történt beállítás után a vér relatív oxigencapacitása leolvasható.

3. Legnagyobb nehézséget okoz a gyűjtőeres vér százalékos oxygentartalmának meghatározása; a környéki gyűjtőerekben levő vér oxygentartalma ugyanis nem felel meg a jobb szívből levő vér oxygentartalmának. Ezt az értéket Plesch közvetett úton határozza meg. Azon okoskodásból indul ki, hogy a tüdő és vér gázainak kieserélődését a nyomáskülönbségek állapítják meg, melyek eltűnésével megszűnik a kieserélődés. Az alveoláris levegő minden O₂ és CO₂ feszülésének megfelel a vének bizonyos O₂ és CO₂ tartalma. A két mennyiségnek e viszonyát az úgynevezett dissociációs görbe fejezi ki, a melyet tapasztalati úton állapítottak meg a vének különböző CO₂ és O₂ tartalmú gázkeverékekkel való összerázása s a vérgázok elemzése útján. Ha ismerjük az alveoláris levegő analysisét, a görbe segítségével megállapíthatjuk a jobb szív vérenek azt a gáztartalmát, mely az alveoláris levegővel egyensúlyban van. Az utóbbinak analysise következőleg történik: A beteg (kinek orrát csipetítővel elzárjuk) száján keresztül gummizsákba végez ki- és belégzéseket körülbelül 10—20 perczig, minek következtében a zsákban levő levegő gázösszetétele azonos lesz az alveoláris levegőével. Ezen levegő oxygentartalmát a rendes módon megállapítjuk. A kísérletnek 10—20 percznél tovább nem szabad tartania, mert akkor a szövetek elvonván a vértől az oxygént, a vének egy körülfolysa után sokkal kisebb értékeket kapnánk.

Hogy ez a módszer, a mely — mint Plesch maga is elismeri — bizonyára nem adhat egészen pontos eredményeket, a keringés dynamikájának, a szív munkájának, különösen pedig alkalmazkodási képességének megítélésére nézve mégis haladást jelent, kétségtelen. (Deutsche med. Wochenschr., 1900. 6. sz.)

Belorvostan.

Múlékony albuminuria szóval jelöli Schreiber (Königsberg) azt a jó kórjósálatot nyújtó funkciós fehérjevizelést, melynek jellegzetes tulajdonságai meglepő, hirtelen, kiszámíthatatlan módon való támadása s nagyon gyors megszűnése, szemben az úgynevezett essentialis vagy physiologiás albuminuriákkal, melyeknek ha nem is az aetiologiája, de legalább a kiváltó momentumai és körülfolysa ismeretese és bizonyos rendszerbe foglalhatók (alimentáris, orthostasisos, lordostasisos, thoracocompressió stb. fehérjevizelésről beszélnek a kiváltó okok szerint, idősült, recidiváló, ciklusos és transitorius fehérjevizelésről a körülfolys szerint csoportosítva a physiologiás albuminuriákat). A múlékony albuminuria különben teljesen egészséges emberekben hirtelen támadhat s megszűnhetik oly hamar, hogy nincs is időnk vele bővebben foglalkozni. Egyes esetekben újra jelentkezik ugyan, de nem tudjuk kikutatni, hogy miféle alkalmi okok váltják ki. A kiválasztott fehérje néha nagyon kevés, máskor több gramm pro mille; rendesen serumalbumin és -globulin, ritkán nuclealbumin. A vizelet sem hengereket, sem vért nem tartalmaz.

A múlékony albuminuria kórjelzését rendesen véletlenül, más okból végzett vizsgálat kapasan van alkalmunk felállítani. Ismerete természetesen gyakorlati fontosságú, mert megóv attól, hogy fehérjevizelés esetén — szorgalmasabb többszöri vizeletvizsgálás nélkül — mindjárt nephritisre gondoljunk és súlyosabb prognosist mondjunk. A mi a tudományos jelentőségét illeti, az általában a physiologiás albuminuriák kórszarmazására vonatkozik. Ezeknek okát tudvalevőleg kezdődő vagy nem rég megszűnt nephritisben, a vér megváltozásában, a glomerulushártya nagyobb fokú likacsosságában, utóbbi időben pedig főképpen keringési zavarokban keresik. Ezeknek létezését azonban bizonyítani eddigelé nem tudtuk. Az állatkísérletek, a melyek a veseerek rövid ideig tartó lekötevése után támadt fehérjevizelés vizsgálatára vonatkoznak, nem alkalmasak arra, hogy velük az emberben előforduló physiologiás albuminuriákat magyarázzuk. Ezzel szemben a múlékony albuminuria keletkezését nemcsak a priori (múlékony jellege miatt) vezethetjük vissza vérkeringés-zavarra, de a szerzőnek sikerült ezt kézzelfoghatólag be is bizonyítani. A következő eset vezette a kérdés nyitjára: 50 éves, egészséges légzési és keringési szervekkel bíró asszonyt ulcus duodeni kórjelzéssel szállítottak a klinikára. A vizsgálat eredménye: Az epigastriális szögletben a bordaív alatt kicsiny, nem érzékeny ellenállás, a vizeletben fehérje (hengerek és vörsejtek nincsenek); másnap nincs fehérje, harmadnap azonban újra kimutatható, de csak két óra hosszat; különben is többször múltan fehérjetartalmúnak mutatkozott a vizelet. A fehérje megjelenése a has vizsgálatával látszott összefüggésben állani, a miből az a gyanú támadt, hogy talán a resistentia tapintása a fehérjevizelést kiváltó mozzanat s a resistentiát a bal vese felső polusára vonatkoztatva, talán a vese palpálásából származó albuminuriával van dolga. A szorgosabb vizsgálat azonban kimutatta, hogy nem éppen a resistentia, hanem általában a has palpálásával van összefüggésben a fehérjevizelés. Minthogy azonban a beteg hasában az említett ellenálláson kívül semmi rendellenesség nem volt, nem lehetett az albuminuriát valamely szervvel összefüggésbe hozni vagy éppen a jelen esetre vonatkozó kivételes jelenséggént felfogni, hanem azt kellett következtetni, hogy általában a has palpálása fehérjevizelést okozhat. A tények igazolták ezt a következtetést: a szerző meggyőződhetett arról, hogy nagyon sok emberben támad fehérjevizelés a has palpálása után, úgy hogy ezekben az esetekben abdominális-palpatió albuminuriáról szólhatunk. A további vizsgálatokból kiderült, hogy főképpen az epi- és mesogastrium táján végzett palpálás eredménye a fehérje megjelenése a vizeletben. Közelfekvő gondolat volt most már ezt a tünetényt vérkeringési zavarra visszavezetni. Vissza kellett utasítani azt a feltevést, hogy a palpálás által fokozott hasúri nyomás összeszorítja a nagy vérereket s általános pangást idéz elő a vesében. Ugyanis nem lehet feltenni azt, hogy a közönséges, körülírt helyeken egymásután végzett palpálás az egész hasúri nyomást lényegesen fokozhatja, de különösen nem teheti ezt vékony, petyhüdt hasfallal bíró egyénekben, a kikben pedig éppen leggyakrabban támad fehérjevizelés haspalpálás után. De másfelől a hasfalat nagy terjedelemben érő nyomással sem sikerült albuminuriát előidézni. Nem maradt más hátra, mint a nagy erek összenyomására gondolni, főleg az aortára, mely különösen petyhüdt has-

fallal bíró egyénekén gyakran kerül a palpáló ujjak alá. A leirt esetben is jól ki lehetett tapintani az aortát s ennek izolált végigpalpálása is fehérjevizelést eredményezett. Más egyénekén is sikerült ez a kísérlet, úgy hogy bizonyosnak látszik, hogy az abdominális-palpatió albuminuria okát vérkeringési zavarban kell keresnünk, mely rendszeren az aorta abdominalis vagy art. renalis összenyomásából származó vesebeli vérnyomás csökkenésében áll.

A szerzőnek az a véleménye, hogy a többi physiologiás albuminuria egyike-másika, különösen a lordostasisos is vérkeringési zavarokból magyarázható. S éppen a hasi nagy erek palpálása jó vizsgálati módszer lesz annak kikutatására, hogy azokban az esetekben milyen fokú, milyen természetű és milyen területen előidézett vérkeringési zavarok szükségesek, hogy mulékony albuminuria keletkezzék. A kísérlet teljesen veszélytelen, mert a fehérjevizelés, a milyen gyorsan támad, oly gyorsan meg is szűnik (1 óránál rövidebb idő alatt). (Medizinische Klinik, 1909. 14. sz.)

Idegkórtan.

Kétszeres trepanatio színlelt meningitisben eléggé furcsán hangzó cím, a mely alatt *Boudon* és *Caraven* közlik észleletüket. A 17 éves ápolónő azzal a kíváncsisággal jelentkezett a kórházban, hogy appendicitis miatt operálják. A tünetek nem látszottak biztosaknak, a műtétet elhalasztották és jeget alkalmaztak a hasra. A láz azonban megmaradt és a részletes vizsgálat kiderítette, hogy az egyik pupilla tágabb, mint a másik és hogy a bal fülből genyedség folyik. Másnap agyvelőhártya-tünetek mutatkoznak, hányás, tarkómerevség, photophobia. A proc. mastoideus csekély érintése is már nagyon heves fájdalmat okoz. Másnap a hőmérsék 40 fokra emelkedik, a beteg agítált, felvésik a proc. mastoideust és semmi elváltozást sem találnak. A hőmérsék leesik a rendesre, úgy látszik, hogy az otitis media következtében meningeális reactio állott be, a mikor 4 nappal a beavatkozás után a leány ismét türehtetlen fájdalomról panaszkodik, kiabál, nyugtalankodik. A hőmérsék 41°. Ugyanazok a meningeális tünetek újulnak ki, a melyek első ízben mutatkoztak. A bal papilla oedemás (?) A kórjelzés agytályog. Új beavatkozás történik, a koponyaléken át punctió s tüvel 8-szor az agyvelőbe és egyszer a kis agyvelőbe szúrnak a geny felfedezése céljából, de geny nincs. A műtét estéjén a hőmérsék 37.7-re, másnap reggel 37.2-re száll alá. Két napra ezután újabb hőemelkedés, néhány nap mulva 41 fokos láz mutatkozik. A beteg kezd gyanussá válni; ellenőrzik a mikor hőmérsékét méri, kiderül, hogy láztalan. Kérdőköddéssel sarokba szorítva, a leány végül bevallja, hogy a hőmérő kéneső oszlopát azzal hozta magasabbra, hogy a czombján dörzsölte, hogy a hányás úgy jött létre, hogy a torkába dugta az ujját és hogy a többi tünetet is úgy utánozta, a mint az általa ápolott betegeken látta. A leány tehát színlelt és a mythomaniás érdeklődéshajászók közé tartozott, a ki mindenáron operation akart keresztül esni. Ez a vágya elég jól sikerült. Erre felhasználta idült középfülgyulladását. A pupilladifferentia állandó volt. A papilla oedemája talán az első műtét eredménye lehetett.

A szerzők ezt az esetet hysteriás tünetek hijján nem sorolják a hysteriához, hanem a beteg debilis, bizarr jellemére utalnak, a mely őt képzelte események mesélésére ösztökéli, hogy magát érdekessé tegye. Így például egynehány nap alatt hol azt mesélte, hogy egy orvos menyasszonya, hol azt, hogy 3 év előtt gyereke született, hol azt, hogy szüzességéről bizonyítványt kapott. Egyszer a saját magának irt levelekkel dicsekedett, másnap azt mondta, senkije nincs a világon, csak egy nagyon távoli rokona, a ki nem érdeklődik iránta. Ez a mythomania annyira erőt vesz az ilyen betegen, hogy az életét is kockára teszi. Érdekes, hogy a 9 agypunctio semmi kárt sem okozott benne.

Dupré figyelmeztet arra, hogy az ilyen eseteket nem szabad hysteriásnak tartani, inkább ők tudják kitűnően szuggerálni környezetüket. *Picqué* seborvos óvatosságra int a hysteriás betegek operálásakor, ő is ajánlotta az appendix kivételét olyan esetben, a melyben a műtét alatt semmit sem találtak. Később kiderült, hogy hysteriáról volt szó. Számos hasonló esetet ismer. Ilyen műtétek többször hypochondriás egyénekén is történtek már ok nélkül. *Dupré* felemlíti, hogy a legtöbb meningitis-simulatiót az ápolónők követik el. (Revue neurologique, 1909. 7. sz.)

Kollarits Jenő dr.

A tabes kórjelzése pupillamerevség nélkül is teljesen megállhat, bár ez a tünet a tabes első nyilvánulásai közé tartozik. Sok függ attól, hogy miképpen vizsgáljuk a beteget. A pontos vizsgálat elsötétített szobában történik. A mikor a beteg egynehány perczig sötétben volt, meggyújtjuk a gázt és szemtükörrel vetjük a fényt a szemre. Így vizsgálva, 44 tabesos beteg közül csak 33-nak volt teljesen merev a pupillája. Ez 35%. A többi 15 beteg közül kettőnek teljesen rendes volt a pupillareactioja, az egyik beteg 10, a másik 18 év óta szenvedett tabesban. Mind a kettő előrehaladott eset volt ataxiával, bőrérzéstelenséggel. A többi 13 beteg közül 12-nek nagyon renyhe volt a pupillája, de reagált. (Revue de médecine, 1909. 4. sz.)

Kollarits Jenő dr.

Sebészet.

Genyes szívburoklob műtétéről ír *Elsworth Eliot*. Az irodalomban 1900-ig *Roberts* és *Poster* 47 ilyen esetet talált, a szerző pedig 1900 óta 22-t. Az általa észlelt eset 19 éves terhes nőre vonatkozik, a ki 6 héttel megbetegedésének kezdete után került kezelése alá. A pericardiális gyülem fizikális jelein felül erős leukocytosis (18,000—31,000) állott fenn, a próbapunctio streptococcusokat tartalmazó genyet adott. Műtét után, mely a bal V. bordaporez sternális végének resectiójában s a pericardium megnyitásban és drainezésében állott, a beteg meggyógyult. (Annals of surgery, 1909 január.)

Pólya.

Medenczetörés által okozott teljes haránt húgycsőszakadást ír le *Cabot*. A húgycsőcsontok annyira széjjelhúzódtak, hogy a proximális csont egészen a symphysis mögé húzódtott. Az ureter csontjainak egyesítése csak 7 hóval a sérülés után történt, addig perineális illetve suprapubikus hólyagdrainage-zsal gondoskodtak a vizelet levezetéséről. A húgycsőcsontok összevarrását sima és teljes gyógyulás követte. (Annals of surgery, 1909 január.)

P.

Acut haematogen veseinfectiókról ír *Farrar Cobb* 8 esete kapcsán, melyek műtét után (2 incisio, 6 nephrectomia) mind meggyógyultak. Ezek a heveny vesegenyedések, melyeket többnyire colibacillus idéz elő, igen súlyos abdominális tünetekkel kezdődhetnek, melyek gyomorperforációra, acut appendicitisre vagy heveny cholecystitisre engednek következtetni, s csak utóbb derül ki a valódi tényállás. Ilyen esetekben, még ha a beteg súlyosan sepsises is, mindig operálni kell, a választandó műtét a nephrectomia, különösen ha multiplex tályogok vannak jelen; egyetlen nagyobb infarctus esetén a megnyitás és drainage is gyógyulásra vezethet. Természetesen kíváncsi, hogy a vese lehetőleg lumbális úton távolíttassék el, csak ha a hasüreg már előzetesen, például téves diagnosis folytán megnyitott, végeztessek a nephrectomia transperitoneálisan. A veseresectio, a mit *Woolsey* egy esetében sikerrel megkísérelt, nem látszik ajánlatosnak. (Annals of surgery, 1908 november.)

P.

Gyermekeorvostan.

A gyermekkori pyelocystitisről ír *Göppert*. Összesen 130 saját észlelete kapcsán foglalkozik e betegség tünettárával s gyógyításával. Míg felnőtteken a hólyaghurutot a vesemedence lobjával ritkán szokták összetéveszteni, addig a gyermekkorban, legalább régebben, tévesen majdnem mindig csak hólyaghurutról beszéltek, mikor pyelitis állott fenn. Heubner volt az első, a ki kellőképpen méltatta a csecsemőkori pyelitist. A szerzőnek az a véleménye, hogy a csecsemőkori a vesemedence, a húgyvezető és a húgyhólyag a legtöbb esetben egy időben beteg. Csak ritkán vannak túlsúlyban a hólyagtünetek, és akkor is csak nagyobb gyermekeken. Sokkal gyakoribb azonban a vesemedence lobja és azért helyesebb, ha pyelocystitisről beszélünk, mely betegség aránytalanul gyakoribb a gyermekkorban, mint a felnőtteken. Míg *Lenhartz* felnőtt beteganyagának 1—2%-je szenvedett csak pyelitisben, addig *Göppert* gyermekbetegei közt 1.1%-ban fordult elő. A baj gyakoriságára vonatkozó ezen tapasztalatot *Finkelstein* is megerősíti. A betegen látható legfőbb tünetek: feltűnő fájdalmas arc-kifejezés, sápadt-fakó arcszín, szokatlan nyugtalanság, intermittáló lázak, melyeknek megfelelő objectív lelet hiányzik. A kórjelzésre döntő a vizeletvizsgálat: A vizelet zavaros, savanyú vegyhatású, genyet s a legtöbb esetben bakterium colit tartalmaz. A betegség

kórjólata függ a korai s észleltudatos kezeléstől. A szerző hiszi, hogy helyes, korai s elég hosszú ideig tartó kezeléssel úgyszólván minden esetet meg lehet menteni.

Korán abbahagyott kezelés nem vezet célhoz. Göppert betegeinek 20%-os mortalitása a későn kezdett, illetve korán felhagyott kezeléssel magyarázható. Néha kezelés daczára is 1—2 év múlva még található geny a vizeletben.

A kezelés áll 1. a vesemedencebe bő mosásából; ezt tea, tej, karlsbadi Muhlbrunn (150—200 gm. 40°-os per os vagy 2—3-szor $\frac{1}{2}$ liter per rectum) bő adagolásával érjük el; 2. a bakteriumok megöléséből; e célra legjobb a *salol* 0.05—0.2 gm. adagban 5—8-szor naponta a beteg kora szerint; már 38 óra múlva lényeges javulás áll be; de azért a bő folyadékfelvételt nem szabad elhanyagolnunk, mert különben ismét rosszabbodás állhat be. Az eset súlyossága szerint 6—8—10 nap múlva urotropinra térünk át 1.0 gm.-os napi adagban legalább 14 napon keresztül. A gyógyszeres kezelést addig kell folytatni, a míg a közérzet legalább 8 napon át teljesen jó marad s a láz 14 napja teljesen szűnetel. Visszaesés esetén újból urotropint adunk vagy hippót $\frac{1}{2}$ —1 gm.-os adagban 6—8 héten át. (Berliner klinische Wochenschrift, 1909. 14. szám.) Vas J. dr.

Bőrkórtan.

A felnőttek scleroedemájának ismeretéhez nyújt adatokat *Risson* (Berlin). A scleroedema elnevezés *Soltmann*-tól ered, a ki az újszülöttek bőrelváltozására alkalmazta. *Buschke* később ezt a jellemző elnevezést a felnőttek hasonló kórképénél használta, bár kiemelte, hogy biztos adat nincsen, mely a két kórképnek egy csoportba való bevonását igazolná. A felnőttek scleroedemája úgy látszik leginkább hevenyesebb módon támad, rendszeren influenza nyomán. Néhány nap alatt kifejlődik a kórkép, melyre jellemző a bőrnek megkeményedése és megdermedése. A bőr feszesen oedemásnak látszik, de azért nyomásra az ujj benyomata nem marad meg. Atrophia vagy pigmentációs zavar nem szokott a bántalom folyamán kifejlődni. A folyamat a testnek jelentékeny részére terjedhet. A baj hidegre rosszabbodik, a melegség és a testi munka ellenben javulást okoz. A prognózis elég jó. A scleroedema a sclerodermiától eléggé határozottan elválasztható, mert hirtelen támad, gyorsan terjed, atrophiát nem okoz. Fontos megkülönböztető jel az is, hogy az elváltozás helye az írha alsó rétegeiben és a subcutisban van, tehát mélyebben mint a sclerodermiában. A szerző a saját esete és az irodalmi adatok alapján a következő tételekben foglalja össze a scleroedemára vonatkozó véleményét: 1. A scleroedemának kimagasló tünete a bőrnek mélyen fekvő vízenyőjében nyilvánul. Ez az oedema a bőr mélyebb rétegeit megkeményíti, de azért a felső rétegek tökéletesen épen maradnak. 2. A scleroedema hevenyében, subcutis alakban, vagy lassanként indulhat meg, az előbbi két esetben azonban láz kíséretében. A bántalom pigmentszaporodás és atrophia nélkül gyógyul. 3. A betegség alapokát nyirokpangásban kereshetjük, mely a bőr nyirokereinek megbetegedése következtében jön létre. A beteg bőr göröcsői vizsgálata nem magyarázza meg a klinikai képet. 4. A scleroedema kezelésére legalkalmasabb eljárásnak a massage és a fibrolysin-injectiók bizonyultak. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, 94. kötet 1. füzet.) Guszman.

Az úgynevezett melanoderma phthiriaticát vizsgálta *C. Vignolo-Lutati* (Torino) klinikai és histológiai szempontból. Ismeretes, hogy a hosszú időn át tetves egyének bőrén kifejezett pigmentációk keletkeznek. Ez a hyperpigmentatio rendszeren erősen legyöngült habitussal jár együtt, úgy hogy külön betegségnek is tartották (melanoderma phthiriatica Fabre, pseudo- Addison-kór Greenhon). Mindez természetesen tévedés volt, mert a pigmentációs zavarokban többet láttak egy egyszerű tünetnél. A szerző a dermatológusoknak mai nézetét csak részletesebben fejti ki, a mikor a következő véleményét közli. Az úgynevezett melanoderma phthiriaticának nincsen sem klinikai-morphológiai, sem szövettani, sem anatómiai különálló alapja. A pigmentatio először is nem primær megbetegedés. A primær okozója a pigmentációs tüneteknek maga a tetű. De nem közvetlenül, hanem csak közvetve. Az élősdí ugyanis heves viszketést és vakarás-ingert vált ki. Ez a vakarás azután hyperaemiát, desquamatiót és lobos jelenségeket hoz létre, a minek következtében a pigmentatio kifejlődik. Valószínűtlen *Dubreuilh*-nek

az a nézete, hogy a melanosisnak külön pathogenesise van, mely a tetveknek valamelyes mérgében, oldható fermentjében rejlik. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, 94. kötet 2.—3. füzet.) Guszman.

Fizikai gyógyításmódok.

A napfény therapeutikai alkalmazása a sebészetben.

Bernhard azon tapasztalásait közli, a melyeket makacs sebészi bajokban körülírtan alkalmazott rendszeres napfürdőkkel ért el. Azt tapasztalta, hogy az erős napfény és a levegő viszonylagos szárazsága a sarjadzást és behámosodást nagyban elősegíti. Az átültetett bőrlebens is gyorsabban tapadt meg, ha a napon előzetesen megszáritott sarjakra borította. Ezen kedvező hatást véleménye szerint a napnak nemesak rövid hullámú, hanem hősugarai is gyakorolják, mert vérbőséget okoznak és a képletek kiszáritása által a bakteriumok fejlődését akadályozzák. Szép eredménnyel kezelt ezen módon tasakos sebeket, bőven gennyedő, széteső fekélyeket, sőt sipolymenteket is. Ez utóbbiakat oly módon tette ki a napsugarak hatásának, hogy hajlítható, spirális és ablakos csövekbe folytatódó, fültükhöz hasonló fémtölesereket helyezett a sipolyokba. Többek között scrophulosis olyan esetét is sikerült minden más gyógykezelés kizárásával három hónapon át alkalmazott napfürdőkkel meggyógyítani, a mely három éven át minden más kezeléssel daczolt. A napfény két lupusos beteget is kigyógyított, a kik közül az egyiknek lágy szájpadján és hangszalagjain is voltak lupusos elváltozások. Ez utóbbi helyek is pusztán csak a napfény hatására gyógyultak.

Ő azt, hogy Ober-Engadinban a lokális napfürdőkkel ily szép sikereket ért el, annak tulajdonítja, hogy a napfény ott a magas hegyeken (1800 m.) aránylag több rövid hullámú sugarat tartalmaz. Érdemes volna megkísérlni, nem lehetne-e alacsonyabban fekvő, száraz és tiszta levegővel bíró helyeken is hasonló jó eredményeket elérni. Kísérleteim, a melyeket egy-két sebészi esetben a Balaton vidékén tettem, arra a feltevésre jogosítanak, hogy alacsonyfekvésű, tiszta levegővel bíró helyeken is elég erős a napfény ahhoz, hogy hasonló jó eredményt várassunk.

Bernhard a napfény alkalmazását főképpen zúzott vagy szakított, továbbá vérkeringési vagy trophikus beidegzési zavarok következtében gyógyulásra hajlamot nem mutató sebek, égés, fagyás vagy étetés által okozott sebzések, kelevény, panaritium, carbunculus, lágyfekély, bubo, bőr-, mirigy-, csont-, ízület-, gége- és hashártyagümőkór, bőrrák és nehezen gyógyuló bujakóros fekély eseteiben ajánlja. (Zeitschrift f. Balneologie etc., 1908. 2. füzet.)

Lenkei V. D. dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Orrvörösség ellen *Rothmann* 3 esetben adrenalin próbált adagolni belsőleg. 3-szor naponként adott 5 cseppet az 1⁰/₁₀₀ oldatból, mindig fél órával az étkezések előtt. 5—6 hónapig használva ezt a szert 1—2 hetes szünetekkel kitűnő volt az eredmény és e mellett tartós is. Kellemetlen tünetek a sziv vagy a vérnyomás részéről sohasem mutatkoztak. (Ref. La semaine médicale, 1909. 4. szám.)

Typhus gyógyítása xylollal. Himlő eseteiben több orosz orvos jó eredménnyel használta a xylolt. Ezen eredmények által felbátorítva, *Pavlovsky* typhus abdominalis 28 esetében adott xylolt, még pedig naponként négyszer 25 cseppet vörös borban. A betegek heteken át is jól tűrték ezt a szert. Valamennyi ilyen módon orvosolt eset kedvezően folyt le; a láz sokkal mérsékeltebb volt, szövödmények sohasem jelentkeztek. (Ref. Münchener medizinische Wochenschrift, 1909. 17. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1909. 21. szám. *Lenkei Vilmos Dani*: A napsütés kémiai fényerejének meghatározása Hefner-egységekben. *Vértes Oszkár*: A női nemi szervek és a gyomor bántalmainak egymáshoz való viszonyáról.

Orvosok lapja, 1909. 21. szám. *Sipos Dezső*: A coma diabeticumról.

Budapesti orvosi ujság, 1909. 20. szám. *Davidovics József*: Az oroszországi cholera.

Vegyes hírek.

Ottava Ignác dr. budapesti egyetemi magántanárnak a közegészségügy terén szerzett érdemei elismerésül a király a magyar nemességet adományozta *borszörcsöki* előnévvel.

Tauffer Vilmos egyetemi tanárt a lipcsei Gesellschaft für Geburts-hülfe und Gynäkologie tiszteleti tagjává választotta.

Új magántanárok. *Németh Ödön* dr.-nak, az igazságügyi országos megfigyelő- és elmeorvosító-intézet helyettes vezetőjének a törvényszéki elnök- és lélektanból, *Kubinyi Pál* dr.-nak pedig a szülészeti és a gyermekágyi pathológiájából egyetemi magántanárrá képesítését a vallás- és közoktatásügyi miniszter jóváhagyta s őket e minőségükben megerősítette.

Haberern Jonathán Pál dr. egyetemi magántanárt a Magyar Vöröskereszt-Egyesület egészségügyi tanácsosává választották.

Groó Béla dr. fürdőorvosi gyakorlatát Iglofűreden megkezdte.

Tuszkai Ödön dr. fürdőorvosi gyakorlatát Marienbadban megkezdte.

Turán Bódog dr. fürdőorvosi gyakorlatát Franzensbadban („Prinz Wales“) megkezdte.

A **tátraházai tüdőbeteg-sanatoriumban** magyar orvosok vagy családtagjaik részére két teljesen ingyen helyet létesítettek a sanatorium igazgató-főorvosának, *Müller Vilmos* dr.-nak kezdeményezésére. A két helynek „Ingyenes helyek a magyar orvosok részére Brehmer emlékére” nevet adták.

A **Stefánia Szegénygyermek-kórház-Egyesület jubiláris évkönyve**, mely az imént jelent meg, beszámol a kórház 1908. évi működéséről és e mellett graphikus táblázatokkal érzékíti az egyesület 70 éves múltját. A 68 oldalra terjedő évkönyv gazdag tartalma mutatja ezen intézetnek, mely az egyetemi oktatással az idők folyamán a legszorosabb kapcsolatba jutott, évről évre fokozódó tevékenységét. Az évkönyv első oldalát *Zichy Ágost* gróf elnök pompás mellképe díszíti, a 47. oldalon pedig néhai idősb *Bókay János* egyet. tanár arcképe és működésének méltatása vezet be az évkönyv orvosi részét.

A magyar vasúti és hajózási orvosok osztálya június hó 5.-én este 6 órakor a budapesti kir. orvosegyesületben ülést tart, melynek tárgya *Békés Aladár* dr.-nak, az osztrák „Nordwestbahn” főorvosának előadása az osztrák vasúti orvosok helyzetéről a legújabb reformok után.

A **budapesti orvosi kör országos segélyegylete** számára történt befizetések. Az 1908. évre tagsági díj címén 4—4 koronát fizetett: *Chyzer Kornél*, *Dalnoky Viktor*, *Haller Henrik*, *Jakobi József*, *Imrédy Béla*, *Krakasovits Miklós*, *Neumann Jákó*, *Mály Antal*, *Neumann Gyula*, *Lövy Zsigmond*, *Rudas Gerő*, *Polgár Miksa*, *Pécsvárad József*, *Spät Henrik*, *Tánczer Ernő*, *Weiner Dávid*, *Putz Jakab*, *Simonyi A.*, *Seliga János*, *Farkas Márton*, *Bella József*, *Baky Endre*, *Ajtós Imre*, *Balogh Jenő*, *Brunauer Ambrus*, *Albecker Károly*, *Berkovics Jakab*, *Bleier Leó*, *Deutsch Mór*, *Abt Alfréd*, *Cseh Sándor*, *Dömötör József*, *Fischer Miksa*, *Elszász Emil*, *Gélyi Dezső*, *Faragó Géza*, *Erős József*, *Laurovics János*, *Jánossy József*, *Juba Adolf*, *Jánossy Gyula*, *Koch Béla*, *Leszlauer Lipót*, *Kanárk Jakab*, *Kmettykó János*, *Margonyai Gyula*, *Martinovszky János*, *Makara Lajos*, *Kleiner József*, *Kenessey Aladár*, *Mikó Géza*, *Pern Antal*, *Rojnik Pál*, *Porges Bertalan*, *Popper Sándor*, *Papp Gábor*, *Schwartz Sándor*, *Schulmeister Márton*, *Szilágyi János*, *Sommer Adolf*, *Hugel József*, *Schwartz Aladár*, *Szegedi Kálmán*, *Székely Mór*, *Venezel József*, *Valovics Gyula*, *Zappé Ede*, *Urbanecz Ede*, *Zemplényi Dezső*, *Anisfeld Endre*, *Aurbach Lajos*, *Balog Benő*, *Bellonsik Márton*, *Bonet Ignác*, *Braun Gyula*, *Burger Simon*, *Dudich Endre*, *Dési Pál*, *Dobrovits Mátyás*, *Celler Sándor*, *Csillag Ignác*, *Fridmann Adolf*, *Fialovszky Béla*, *Friedrichovszky László*, *Friedländer Simon*, *Fenyő József*, *Földi Adolf*, *Frommer Ignác*, *Geiger Frigyes*, *Gold Samu*, *Gusbeth Ede*, *Glaser Károly*, *Gál Artúr*, *Hoff Mór*, *Hollaender Dávid*, *Irsicz Ignác*, *Ittész Zsigmond*, *Klein Artúr*, *Katona József* dr., pénztáros.

A **budapesti önkéntes mentő-egyesület** április hóban 892 esetben nyújtott első segítséget. Ezenkívül 784 szállítást végzett, 116 esetben mint mozgóórszék működött és 15-ször vaklármá és téves jelentés folytán vonult ki. A április havi működési főösszeg tehát 1807.

Meghalt. *Németh Ignác* dr. székesfővárosi gyakorlóorvos 40 éves korában e hó 26.-án. — *Radó Adolf* dr. siklósi járásorvos e hó 23.-án 68 éves korában. — *Hoffer dr.*, a belorvostan rendkívüli tanára a gráci egyetemen, 69 éves korában. — *W. Engelmann*, az ismert physiologus, május 20.-án, 66 éves korában Berlinben. Az elhunyt 30 évig volt az élettan tanára az utrechti egyetemen; 1897-ben a berlini egyetem élettani tanszékét foglalta el mint Du Bois Reymond utódja; betegsége miatt a múlt évben nyugalomba vonult. Dolgozatai közül legismertebbek azok, a melyek a celluláris physiologára, a csillangó-mozgásra, az infusoriók életjelenségeire stb. vonatkoznak. — *E. Besnier* dr. kórházi főorvos, a bőrkórtannak egyik elsőrangú irodalmi művelője, Párisban, 78 éves korában. — *Derville dr.*, a belorvostan tanára Lilleben.

Kisebb hírek külföldről. *Zehender* dr. a rostocki egyetemi szemklinikára volt igazgatója e hó 21.-én ünnepelte teljes és szellemi épségben születésének 90. évfordulóját. — *R. Fick* dr. prágai egyetemi tanárt az innsbrucki egyetemen a bonczolástan rendes tanárának nevezték ki. — *A. Lohmann* dr. docens Marburgban (physiologus) a tanári címet kapta. — Münchenben *Pettenkofer* szobrát, Freiburgban *Kussmaul* szobrát leplezték le a napokban.

A **párisi egyetemen** az orvostanhallgatók száma 3330, köztük 313 nő. Ez utóbbiak közt 168 külföldi van, míg a férfi-hallgatók közt 263 a külföldiek száma; ezek leginkább oroszok, törökök, románok és görögök.

Németországban mindinkább szaporodik a tudományos orvosi laboratoriumokban alkalmazott női segédek száma. Berlinben magában ez idő szerint valami 161 van. A tevékenységük leginkább szövettani, bakteriologiai, serologiai munkálatokban, továbbá rajzolásban, fotografozásban és röntgenezésben áll. A berlini Lette-egyesület külön közvetítő intézetet tart fenn legújában ilyen foglalkozású nők részére, továbbá fotografiai és histologiai cursusokat rendez a számukra. A budapesti egyetemen is mindinkább tért foglalnak a laboratoriumokban a női alkalmazottak.

A **vasúti forgalom okozta halálesetek és sérülések száma** 1907-ben, 1 millió utazóra kiszámítva, a következő volt: Németországban 0-08 haláleset és 0-39 sérülés, Magyarország-Ausztriában 0-12 és 0-96, Franciaországban 0-13 és 1-18, Nagybritanniában 0-14 és 1-94, Svájcban 0-20 és 1-04, Belgiumban 0-22 és 3-09, Oroszországban 0-99 és 3-93, az Egyesült Államokban 0-45 és 6-58.

Tekintélyes fővárosi gyógyintézetbe nőtlen bennlakó segédorvos kerestetik. Szép jövedelem. Cím megtudható: „Petőfi” irodalmi és nyomdai vállalat, Budapest, VII., Kertész-utca 16.

A **Lecithin-készítmények** leginkább kielégítik a szervezet természetes phosphorszükségletét. Neurasthenia, hysteria eseteiben nagy a phosphorvesztesség (phosphaturia!), scrophulosis, rachitis, tuberculosus eseteiben szintén hiány van phosphorban. Ilyenkor alkalmazandó a Lecithin Richter, mely tablettákban és mint Lecithin granuléa rendelkezhető. Ujában a Richter-féle Bromleceithin-tabletták kitűnően váltak be neurasthenia és anaemia eseteiben.

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

Budapesti ZANDER-gyógyintézet

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

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

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

Dr. Fodor Géza egyetemi magántanár, kir. tanácsos
(téli Abbazia), nyáron át **STOÓSZFÜRDŐN** rendel.

IGLÓFÜRED. Elsőrangú vízgyógyintézet
gyógyfürdő Szepesmegyében

fenyvesek közepén. Fekvőcsarnok, inhalatorium, szénsavas-, sós-, napfürdők. Villanyozás. Massage. Diéetikus konyha stb. Jutányos árak. Fürdőorvos: **Dr. Groó Béla**.

GIZELLA-TELEP FÜRDŐ, modern vízgyógyintézet
megnyílt.
posta **VISEGRÁD** (Pest m.)

Vízgyógykezelés, szénsavas-, villanyos-, forró- és hideg-, sós-, fenyő- és napfürdő. Villanyozás, massage. Hízáló és soványító kúrák. Remek fekvés. Pensió — fürdőhasználat és ötszöri étkezéssel együtt — heti 65 koronától feljebb. Kíváncra prospektus.

Tüdőbetegsanatorium Tátraháza.

Fekvőcsarnokok a fenyvesben. — Na kúra. — Hydrotherapia. — Gándos szakorvosi kezelés.

Teljes napi pensio orvosi kezeléssel, gyógyászatókkal együtt 12 korona.

Igazgató-főorvos: **MÜLLER VILMOS** dr. az „Erzsébet királyné” san. t. v. assistense. Prospektus

Orvosi laboratorium és czukorbeteg toleranciájának meghatározása
Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd. Andrassy-út 59 (Oktogon-tér). Telefon 26-96.

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

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

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Budapesti kir. Orvosegyesület. (XV. ülés 1909 május 15.-én.) 404. l. — A budapesti kir. Orvosegyesület dermatologiai és urológiai szakosztályának ülései. (Rendes ülés 1909 április 27.-én.) 406. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 407. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XV. rendes tudományos ülés 1909 május 15.-én.)

Elnök: **Preis Hugó.** Jegyző: **Entz Béla.**

Újabb eljárás a tuberculosus-bacillusnak a smegma-bacillusoktól való megkülönböztetésére.

Preis Károly: Minthogy, mint a multkor kifejtettem, a gümö-bacillus elkülönítő festésére vonatkozó valamennyi eljárásnak alapja azon impermeabilitás, melylyel ezen bacillus a vízzel és többé-kevésbé az alkohollal és egyéb folyékony reagensekkel szemben bír: ezen bacillust az úgynevezett saválló vagy sav-alkoholálló, azaz szintén többé-kevésbé impermeabilis bacillus-fajoktól legezésze-rűbben úgy fogjuk megkülönböztetni, hogy bizonyos folyékony agens-sel szemben relatív impermeabilitásukat állapítjuk meg, számokban fejezve ki ezt olyképen, hogy a gümöbacillust vesszük egy-ségül. Ezen bizonyos folyékony agens akkor legezésze-rűbb, ha kémiailag lehetőleg indifferens; ilyen a víz. Ezt egyenlő hőmérsék-mellett alkalmazva, a permeabilitás körül szereplő tényezők között csak az idő marad hátra, mely szabatos módon mérhető. A behatolási viszonyokat úgy tanulmányozhatjuk, hogy víz segítségével igyekszünk belevinni a bacillus testébe valamely anyagot, vagy, a mi nyilván helyesebb, egy a bacillus testébe már belevitt anyagot vízzel onnan kimosni, feltéve, hogy oldja.

Ezzel elméletileg már meg van állapítva eljárásunk. A gyakor-lati kivitelkor a következő tűnik ki: Ha a láng fölött alaposan fixált és carbolfuchsinnal melegítve (1 percig) festett készítményt vízzel láng felett ismételtelen hevítjük, míg látszólag teljesen elszin-telenedett, akkor az esetleg benne lévő gümöbacillusok intenzíve festve maradnak, míg a smegma-bacillusok mind elszintelenednek.

A gümöbacillus még akkor sem szintelenedik el, ha vízben 1 percig forraljuk, sőt 5—15 percznyi forralás esetén is több-kevesebb bacillus festve marad, míg az olyan bacillusfajok, melyek sósavas alkohollal szemben is resistensek, vízben való $\frac{1}{2}$ —1 percz-nyi forralásra tökéletesen elszintelenednek.

Mindez azonban nem mutatja a gümöbacillus igazi permeabili-tásbeli viszonyait, hanem csak a carbolfuchsinnal festettét.

A mi a praktikus kivitel többi részletét illeti, utalok „Az emberi szervezetben előforduló saválló bacillusokról“ (Orvosi Hetilap, 1905. 24. sz.) és „A tuberculosus-bacillusnak a vizeletben való kimutatásáról“ (ugyanott 1909. Urológiai szemle, 1. sz.) című dolgozataimra.

Alvás közben jelentkező nehézlégzés esete.

Tóvölgyi Elemér: Különben teljesen egészséges egyénen jelentkező és fuladásig fokozódó légzésnehézségnek érdekes esetét vagyok bátor bemutatni, helyesebben elbeszélni, mert a leírandó jelenségek csupán alvás közben jelentkeznek.

A kórtörténetből megemlítsékre méltók a következők:

A jelenleg 25 éves férfit két hónapos, valamint egy éves korában skrophulás nyakmirigydagánatok miatt megoperálták. A fogzás idején eklampsiában szenvedett, majd utóbb hastyphuson, vöröshimlőn és scarlatinán ment keresztül. Gyakran volt torokgyula-dása is és már tanulókorától kezdve — olykor egyhuzamban 2—3 napig is — felváltva a tarkó, a halánték és az orrgyök táján fájdalmak kínozzák. Nemi bántalmak eddig nem voltak, mér-sékelten dohányzik, nem alkoholist.

Jelen bajára nézve előadja, hogy hozzátartozói már négy éve észlelik, hogy alvás közben a fuladásig fokozódó nehézlégzés-rohamok lepik meg, még pedig az utóbbi két évben folyton súlyo-sabb fokban.

A hozzátartozók elbeszéléséből Biot-féle légzésre lehetett következtetni (apnoé által megszakított egyenletes mély légvételek), a mely légzési típus leginkább a nyúltelű bántalmaiban szokott

előfordulni. Annyival inkább gondolhattam ilyesmire, mert a beteg minden ilyen nyugtalan éjszaka után a tarkó táján fájdmakról panaszkodott. Ellentmondott azonban az utóbbi bántalomnak az a tény, hogy sem az idegrendszer, sem a szemfenék — a melynek vizsgálatát Siklóssy magántanár volt szíves megejteni — kóros eltérést nem mutatott. Nem maradt tehát más hátra, mint hogy éjnek idején, alvás közben figyeljem meg a beteget. Első ilyen látogatásom alkalmával a nehézlégzés nem jelentkezett, minthogy a beteg csak félálomban szendergett. Második látogatásomkor azonban már a következő megfigyelést tehettem: A beteg oly hangosan horkolt, hogy a harmadik szobába is kihallatszott a zárt ajtók daczára. Időnként légvételei mind nehezebbé váltak, majd 15—50 mp.-re teljesen megszűntek, mialatt a bordaközükből és az epi-gastriumban inspiratorius behúzódnások voltak észlelhetők. Ugyan-ezen idő alatt a beteg kezeivel nyugtalanul hadonászott, a szájához kapkodott, felült, majd hanyatt vágta magát, areza elkékült. Midőn a dyspnoé elérte legmagasabb fokát, végre sívító belégzés követke-zett, olyas valami, mintha a felső légutakban székelő akadály szűnt volna meg némileg. Minden ily alkalommal a tüdőben felülről lefelé haladólag teljesen a kutya morgását utánzó zörejek voltak hallhatók. A kilégzés alatt semmi rendellenesség nem volt észlelhető. Végül is a beteg úgy segített magán, hogy öntudatlanul felkőnyö-költ és kezére támasztott fejjel aludt tovább; mire a horkolást kivéve a fulladási jelenségek megszűntek.

Az inspiratorius dyspnoé ama tünetei állanak itt fenn, a me-lyek egy a felső légutakban székelő akadályra mutatnak; olyan tünetek, mint a milyeneket a suprachordális, kocsányos dagánatok okoznak, azzal a különbséggel, hogy a tünetek csak mély álomban és főleg hanyattfekvésben jelentkeznek és éber állapotban sohasem fordulnak elő. Ha a nehézlégzés alatt a beteg szájába betekintünk, azt látjuk, hogy a nyelvgyök szorosan odafekszik a hátulsó garat-falhoz, a légzés-szünetek alatt a légutat teljesen elzárja, az erő-szakolt sívító hangoktól kísért belégzés alkalmával viszont a nyelv-gyök oldalsó része ventilszerűleg mozog. Tehát mint a műleges altatáskor, a nyelvnek hátraesése okozza a nehézlégzést.

Megkísértem a beteg nyelvének előrehúzását, valamint a Haward-féle fejfektetést, ám e műveletek ellen a beteg öntudatlanul kézzel-lábbal tiltakozik.

A nyelvnek a légzést nagyban akadályozó ezen hátraesését a fennálló nagyfokú hypertrophiás orrhurut és a kisebb fokú adenoid vegetatio okozza. Ez okból lélekzik a beteg nyitott szájjal, a mi túlságosan mély álomban a nyelvnek hátraesését igen megkönnyíti. Az ary-poreczok kisebb oedemáját a dyspnoé folytán támadó pangás-tünetek magyarázzák, ugyanennek tulajdonítandó a gyakori fejfájás is.

A therapia a túltengett orrkagylók és az adenoid eltávolításá-ból fog állani és ha a beteg még ezek után is nyitott szájjal aludnék, az állkapocs felkötését fogjuk megkísérlni.

A homloküreg villamos és radiographiai átvilágításának értékéről.

Ónodi Adolf: A homloküreg ismerete alakjukat, nagysá-gukat, kiterjedésüket és szomszédsági viszonyukat illetőleg fontos-sággal bír a homloküregbántalmak körjelzésében, valamint a sebé-szeti beavatkozások alkalmával. A gyermekek és felnőttek homlok-üregének ép és kóros állapotban való villamos és radiographiai átvilágításának értékét világítja meg 1200 koponyán és számos betegen végzett vizsgálatai és észleletei alapján. Mint ismeretes, a homloküreg fejlődési alapját az orrüreg nyálkahártyájának betürem-lése alkotja; directe a homloknyújtványból, vagy indirecte a homlok-sejtek egyikéből fejlődik. A gyermekkorban a homloküreg jelenlétét a szerzők különböző időre helyezik, így az első évre, a 3—4. évre, a 12. évre, sőt a pubertas idejére. Saját leletei szerint Röntgen-felvétel alapján egy $3\frac{1}{2}$ éves gyermek koponyájában 6 mm. átmérőjű, egy másik hasonló korúban 2 mm.-rel kisebb, 4 és 6 éves gyermek koponyájában ennél is kisebb homloküreget talált.

8½ éves gyermek koponyájában jobboldalt 22 mm.-nyi, baloldalt 10 mm.-nyi, 9 évesében 10 mm.-nyi átmérőjű, 12 évesében a horizontális síkban 20 mm.-nyi és a vertikális síkban 17 mm.-nyi, végül egy 14 évesében 10 mm.-nyi átmérőjű homloküreget talált. Általános felvétel, hogy férfiban nagyobb a homloküreg, mint nőben. Boege és Gerber szerint a bal homloküreg nagyobb, mint a jobb oldali és innen van a bal homloküreg megbetegedéseinek nagyobb száma. Ez utóbbi állítást megdöntik vizsgálatai; 1200 koponya radiographiai felvételei szerint egy harmadban a homloküregek mindkét oldalán egyformák, egy harmadban a jobboldali és egy harmadban a baloldali homloküreg nagyobb. Általános tétel, hogy az alacsonyabb rendű emberfajokban a homloküreg gyengébb fejlettségű és elsatnyult; leletei ezen tétel érvényét is csökkentik, a mennyiben maori és madagaskari néger, továbbá azovi bennszülött koponyájában igen nagy homloküreget talált. Vizsgálatai szerint a homloküreg nagyságára nem lehet következtetni a szemöldökív kifejllettségéből, vannak alacsony szemöldökívek és nagy homloküregek, és viszont kiálló szemöldökívek mellett hiányozhatik a homloküreg. Vizsgálatai szerint a homloküreg hossza 15—35 mm., szélessége 20—40 mm. és magassága 6—32 mm. közt ingadozik. Észlelt szokatlan nagy homloküregeket is, melyek a látónyílásig, a középső koponyaárokig és a halántékárokig terjedtek. A Röntgen-felvételeken a legnagyobb magasság 75 mm. és a legnagyobb szélesség 50 mm. volt. 1200 koponya homloküregeinek villamos és radiographiai átvilágításának eredménye a következő: villamos átvilágításnál a homloküreg mindkét oldalán 30 %-ban, a jobb oldalon 10 %-ban és a bal oldalon szintén 10 %-ban hiányzott; a Röntgen-felvételeken a homloküreg mindkét oldalán 5 %-ban, a jobb oldalon 1 %-ban, a bal oldalon szintén 1 %-ban hiányzott. A jobboldali homloküregnek asymmetriás áttérjedését a bal oldalra 8 %-ban, a baloldali homloküregnek asymmetriás áttérjedését a jobb oldalra 11 %-ban észlelte. Ezen adatok mutatják, hogy a villamos átvilágítás gyakorlati értéke illusorius, mert a csont vastagsától és alkatától függ; vékony és diploés csont átértesíti a fényt. Claus hullákon azt találta, hogy a savós és nyálkás-gényes váladék nem okoz árnyat a villamos átvilágításakor. A Röntgen-felvétel fölötté áll a villamos átvilágításnak, de szintén nem bír abszolút értékkel, mert egyes esetekben a lelet téves következtetésekre adott alkalmat. Albrecht két hullán a Röntgen-lemez alapján ép homloküregeket tételezett fel, pedig egyoldali homloküreggyulladás volt jelen; egy hullán árnyat mutatott a lemez és a homloküreg ép volt; egy betegen a Röntgen-lemezzel ellentétben a műtétkor a homloküreg épnek bizonyult; egy másik betegen a Röntgen-lemez mindkét homloküreg kóros voltára utalt, de a műtétkor csak az egyiket találták betegnek. Wassermann egy esetében szintén cserbenhagyta a Röntgen-kép: a műtétkor gényes homloküreget talált. Chiari egy esetében a betegnek látszó homloküreg a műtétkor épnek bizonyult. Egy esetünkben a baloldali homloküreg határozott elsötétedése mellett a műtétkor épnek mutatkozott a homloküreg.

Killian 260 Röntgen-felvétele alapján a Röntgen-felvételt nélkülözhetetlen segédeszköznek tekinti az orrgyógyászatban. A szaporodó tévedések azonban óvatosságra intenek, egyedül alapul alig szolgálhat, mint használható eljárás azonban igénybe veendő. A magunk részéről is megerősíthetjük homloküreg-empyema eseteiben diagnostikai értékét; hogy cserben is hagyhat, esetünk szintén bizonyítja. Több esetben a Röntgen-felvétel a villamos átvilágítással egyezett. A villamos átvilágítás hasznáról is volt alkalmunk meggyőződni endonasalisán kezelt és gyógyított homloküreg-empyema eseteiben, a fokozatos feltisztulásról a gyógyulás alatt, valamint recidiva esetén az újlagos elsötétedésről. Meggyőződünk Vohsen azon állításáról is, hogy egyoldali megbetegedésben rendes septum interfrontale mellett az ép homloküreg éles vonallal végződik a középvonalban. Mindez azonban mégsem engedi meg, hogy túlbecsüljük a villamos átvilágítást, mint azt Vohsen teszi, a ki a kopogtatással egy rangba helyezi. 1200 koponyán nyert eredményeink mutatják, mennyire háttérbe szorítja a villamos átvilágítást a Röntgen-felvétel. A villamos átvilágítás vékony csontfal mellett megvilágítja a homloküreget, de a szomszédos vékony csont átvilágítása miatt nagyobbnak tünteti fel, mint a minő a Röntgen-képen, azután árnyat vagy sötétséget adhat a csont vastagsága folytán akkor, ha a homloküreg ép vagy éppen hiányzik és ezzel téves

következtetésekre vezethet. A Röntgen-felvételek nagy előnye mellett árnyoldalait is megismertük, miért is egyedül a Röntgen-felvételekből a kórjelzést megállapítani nem szabad és minden körülmények között a klinikai vizsgálatra kell a főszólyt helyezni, úgy hogy a klinikailag jól megállapított diagnózist a negatív Röntgen-lelet nem döntheti meg. A Röntgen-felvételek azonban van abszolút értéke is, mely a homloküreg jelenlétének vagy hiányának megállapításában áll. Ezen ténynek sebészeti szempontból nagy a hordereje, mert elejét veszi annak, a mi már megtörtént, hogy a vélt, de hiányzott homloküreg helyett a koponyaüreget nyissuk meg. A homloküreg jelenlétének biztosan megállapíthatása még egyéb hasznos szolgálatot is tesz a sebészi beavatkozások alkalmával. A Röntgen-felvétel megadja a homloküreg alakját és kiterjedését a homlok területében, ezen tény felhasználható a homloküreg megnyitásakor, elülső falának osteoplastikai resectiója alkalmával és általában már a műtét előtt tájékoztat az eltávolítandó elülső homloküregfal nagyságáról, valamint a szemöldökíven vezetendő metszés hosszáról. Mindkettő kozmetikai jelentőséggel bír és a prognózis szempontjából is tájékoztat a gyógyulás tartamát illetőleg. Végül exploratív agypunctio végzésekor megmutatja, hogy az erre a célra kijelölt alsó homlokpont a homloküreg területébe esik-e vagy sem. Vizsgálatai eredményét számos vetített képen mutatja be.

Paunz Márk: Körülbelül 10 év óta foglalkozik behatóbban az orr melléküregeinek betegségeivel és ezen idő alatt módjában állott igen sok esetben úgy a melléküregek villamos átvilágításának, mint újabban azok Röntgen-átvilágításának értékét kipróbálni.

A villamos átvilágításnak a homloküregre nézve kétségtelen értéke van, habár sem ennek, sem a Röntgen-fénynek a kórjelzés és különösen a műtét jávalat felállításában döntő szerepe nem lehet. A diagnózist első sorban az orrüreg beható vizsgálata után az összes többi tünet kellő mérlegelésével kell felállítanunk. E mellett azonban az átvilágításnak is szerep juthat — főként ha genyet keresünk, és legtöbbször erről van szó — mint tájékoztató eljárásnak. Ha pl. valamely beteg középső orrjáratában találunk genyet és úgy a homloküregek, mint a Highmor-üreg jól átvilágíthatók, a Highmor-üreg próbapunctiója nélkül is tudhatjuk, hogy a genyet a rostaüregekben kell keresnünk és így a beteget az exploratív műtétektől mindenestre megkímélhetjük. Vagy ha pl. találunk genyet a középső orrjáratban és ezen az oldalon úgy a Highmor-üreg, mint a homloküreg, szemben a túloldalival, az átvilágítások sötét marad, tudhatjuk, hogy hol kell első sorban keresnünk a geny forrását és ehhez szabhatjuk eljárásunkat. Mint ilyen tájékoztató eljárás a villamos átvilágítás nem nélkülözhető, habár igaz, hogy sokszor a homloküreg csontos falának vastagsága vagy az üreg teljes hiánya miatt kapunk negatív eredményt az átvilágítási kísérletben.

A mi a Röntgen-átvilágítást illeti, ennek is kétségtelen az értéke, sőt bizonyos tekintetben felül is mulja a villamos átvilágítást. Való azonban, hogy újabban, épen a Röntgen-átvilágítás általánosabb használata óta többször vették fel kívülről az ép homloküreget, mint azelőtt, midőn csak a klinikai tünetekre támaszkodva állították fel a műtét jávalatát. Ez pedig azért van így, mert a Röntgen-átvilágításnak túlnagy jelentőséget tulajdonítanak, holott éppen a homloküreg genyedéseit nélküle is legtöbbször elég biztosan kórjelezhetjük. Sokkal nagyobb fontossága van a Röntgen-átvilágításnak a rostaüregbeli rejtett genyedések és egyéb kóros változások kiderítésében, habár itt sem bizhatunk teljesen az eljárásban. A mit az előadó mint előnyt említ, hogy a műtét előtt is tájékoztathat a Röntgen-kép az üreg nagyságáról és ehhez szabhatjuk eljárásunkat a metszés hosszát, az esetleges osteoplastikus lebeny nagyságát és a várható besüppedés fokát illetőleg: ez a haszon — ha már úgyis műtetre kerül a sor — nem nagy, mert mielőtt a homloküreget teljesen feltárjuk, mindig kis próbálékot készítünk, a melyen át szonda segítségével sokkal biztosabban tájékozódhatunk az orrüreg nagyságáról; mellesleg a szülő az osteoplastikus eljárást éppen a homloküregben nem tartja helyesnek; a besüppedés foka is ném annyira a homloküreg szélességétől és magasságától, mint inkább a mélységétől, hátraterjedésétől függ, a mit szintén csak a már feltárt homloküregből tudunk teljesen biztosan megítélni.

Donogány Zakariás: A kérdés annyira detailszerű és sebészi jelentősége annyira alárendelt, hogy nem érdemli meg a vele való foglalkozást. De egyes tévedésekre rá kell mutatni, olyan esetre, melyben az az impressió, hogy a Röntgen-átvilágítás félrevezet. Ilyen esetekben a villamos és a Röntgen-átvilágítás azt mutatta, hogy a jobb sinus frontalis és a Highmor-üreg sötét, a bal pedig világos. De a klinikai tünetek az ellenkezőt mutatták, mert a geny és a fájdalom baloldalt volt. Tehát óvatosságnak kell lenni, mert az elülső fal vastag lehet és árnyékot okozhat. Paunznak igaza van: a hol lokalizált fájdalom és geny van, az átvilágítás pedig árnyékot mutat, ott meg lehet kimélni a beteget a próbapunctiótól, de nem mindig, mert biztosat csak a punctio mond.

Láng Kornél: A Röntgen-átvilágítás csak akkor bír valami értékkel, ha a klinikai tünetek fedik, különben csak a klinikai tünetek mértekadók. A Röntgen-átvilágítás nem mondja, hogy beteg az üreg, nem mondja meg, miért sötét, csak azt mondja, hogy sötét. Legnagyobb értéke az, hogy megmondja, mekkora az üreg, de ez klinikailag nem fontos a műtét előtt, alatt vagy után, mert a mit Blumenthal mondott,

hogy az osteoplastikus műtétnél befolyással volna a metszés nagyságára vagy a műtét eljárás megválasztására, nem áll, bár Röntgen-fénnyel a sinus frontalis mélységét is meg lehet határozni profil felvétellel. A punctio sokszor elkerülendő, mert szondázással vagy kifeeskendezéssel normális likon keresztül is kezelhető a beteg. Helyes Pautz megjegyzése, hogy a praxisban a villamos átvilágításnak hasznát lehet venni. Minden diagnosztikai segédeszközt igénybe kell venni, ha a diagnózis megállapítása körül nehézség támad. Az előadónak azon állítása, hogy az átvilágítással meg lehet állapítani a sinus frontalis nagyságát, csak macerált koponyákra áll, mert hullán és élő emberen sok csalódás eshetik meg. A főszót mindig a klinikai tünetekre kell helyezni.

Alexander Béla: A vetített képek, melyeket itt bemutattak, nem mutatták a sinus frontalis képének szépségeit, mert a dianegativok nem teljesen megfelelők. Szívesen megmutatja az eredeti lemezeket, melyek élesen mutatják, mit tud az x-sugár a lemezekben visszaadni: a sinus nagyságát, mélységét. Alkalmat adhat a tévedésre az x-sugár, de nem az x-sugaras kép vezet félre, mint ezt az egyik felszólaló említette, hanem az, hogy még mindig nem tudjuk olvasni az x-sugaras képeket, noha 14 év óta tanulmányozzuk őket.

A mi a homloküreg x-sugaras képének alakját illeti, óvatosnak kell lennünk, mert ethmoidális cellulák sokszor benőnek a sinus frontalisba, de a sinus frontalis is tud az ethmoidális sejtekhez hasonló cellulákat alkotni. Ilyen esetekben nagyon látszik a homloküregből. A sinus frontalis vizsgálata úgy történik, hogy négynaponként új felvételeket készítünk és ezeket egymással összehasonlítjuk. De ez sem vezet mindig célra, mert a ki ismeri az x-sugaras cső életét, tudja, hogy másképpen működik kezdetben, mint később és közben változik. A ki követi az antikathód azon helyét, a hova a kathód-sugarak esnek, látja, hogy ez változik és csak feltűnően összefüggő esetekben fog direct következtetéseket vonni a képből.

Némái M. József: Az orr melléküregeinek átvilágítását 1890 óta gyakorolja. A villamos átvilágítás nem sokat ér, azért mégis igénybe vesszük, hogy meggyőződjünk, vajjon az általa adott eredmény egyezik-e a klinikai tünetekkel vagy nem. A Röntgen-átvilágítás úgy látszik valamivel értékesebb, de erre sem lehet a diagnoszt alapítani; a klinikai tünetek döntők. A mit az előadó bemutatót, anatómiai érdekeséggel bírhat, de átvitele a praktikus klinikai életbe, sajnos, meddő.

Ónodi Adolf: Monografiájában kifejtette és itt röviden előadta, mit tarthatunk a villamos átvilágításról és mit a Röntgen-fénnyel diagnosztikai tekintetben. 1200 koponyát azért vizsgált át, hogy adalékot nyújtson arra nézve, hogy milyen következtetéseket vonhatunk le egyik vagy másik irányban. Nemzetközi congressuson, a berlini gégeészeti egyesületben mélyreható vita folyt a kérdésről. Ha nem lett volna saját észleléseken alapuló mondanivalója, akkor is indokolt lett volna a kérdés megismertetése. Egyébként csak egymás mellé állította mindkét eljárás előnyeit és hátrányait, valamint a saját tapasztalatait. A felszólalók csak a mellékesen érintett kérdésekre tértek ki. Így Pautz is. Szóla maga mondotta, hogy a villamos átvilágítás és a Röntgen-fény is csak segédeszközök, a klinikai vizsgálati módok nélkülözhetetlenek. Ő maga meggyőződött mindkét eljárás használhatóságáról, arról, hogy a klinikai jelekkel együtt jól értékesíthetők. Killian a Röntgen-felvételt 260 esete alapján nélkülözhetetlen eljárásnak mondja. Az osteoplastikus operációról elvetőleg nyilatkozott Pautz. A kik látták Jansen eredményeit, nem tartják az eljárást elvetendőnek. Láng felszólalására megjegyzi, hogy a szondázás, öblítés és egyéb klinikai vizsgálati módszerek tárgyalásába nem akart beleszólkozni. Némái szerint gyakorlati szempontból meddő az átvilágítás. De ez nem áll, mert a Röntgen-átvilágítással meg lehet állapítani, van-e homloküreg vagy nincs. És ez a fontos az operációnál, nehogy ok nélkül menjünk neki a koponyáüregnek.

Mindkét eljárásnak van előnye, de a főszót a klinikai leletre helyezendő.

A budapesti kir. orvosegyesület dermatológiai és urológiai szakosztályának ülései.

(Rendes ülés 1908 április 27.-én.)

Elnök: Beck Soma. Jegyző: Spitzer Gyula.

Az elnök kegyeletes szavakkal emlékezik meg Mracek bécsi egyetemi tanár és hírneves dermatológus elhunytáról.

1. Csillag Jakab: Lichen albus esete. Róna professzor osztályáról mutat be egy 26 éves nőtlen lakatossegédet, kin 9 hó óta alanyi tünetek nélkül a törzs elülső és hátulsó felületén idült lobos jellegű, keskeny, halványvörös vöröses udvarral szegélyezett, éles határu, elfehéredő felületű göcsökből és fehér felületű plaqueokból álló bőrbántalom van, mely nem hámlik.

A göcsök különállóak és csoportosak. Fejlődésük foka szerint: kis gombostüfejníyek egész kendermagnyiak; kerekdedek vagy elmosódott polygonálisak; felületük kúp alakú, vagy lapos sima, kissé fénylő, vagy a centrumból kiindulólag kissé besüppedt; színük

halványvörös, vagy a centrumból a periferia felé különböző fokban elfehéredő, vagy egészen fehér.

A csoportos göcsök összefolyásából keletkeznek a plaqueok, melyek a szélükön jelentkező újabb göcsök beolvadása által nagyobbodnak.

A plaqueok, számszerint mintegy 15, fillér- egész női tenyérnyiek, szabálytalan kör alakúak és hosszúságak, halványvörös, vörösesbe játszó fehér színűek, a bőr niveauján túl alig emelkednek, vagy a bőr niveaujában vagy valamivel azon alul foglalnak helyet. Felületük vagy kendermagnyi kerek rajzolatokat mutat az összefolyt göcsök contourjaiként, tatóngó tüszőnyílásokkal, vagy egynemű, kissé érdes, gyöngén fénylő szaruszerű felrakodással fedett egészen vagy csak centrális részükön. E szaruszerű anyag igen erősen tapad az alaphoz, melyről csak nehezen, szilánkokban emelhető le, midőn vele együtt vékony szarúcsapocskák emelkednek ki az alaphoz. Az így lecsupaszított alap maga az irha, mely tejfehér színű és melyből előbb tiszta savó, majd gyér pontokban vér szivárog ki.

A periferiás részei a plaqueoknak, melyek a szaruszerű anyaggal borítva nincsenek, és egy, az egyik felső kulcsesonti árokban helyet foglaló, attól teljesen ment plaque, simák, vékonyak, fehérek vagy halványrózsaszínűek, heghhez hasonlóak.

Szöveti lelet: A papillaris és subpapillaris rétegben tiszta gömbsejtekből álló perivascularis infiltratio van a Malpighi-réteg kisfokú oedemájával, majd az infiltratum a papillaris és subpapillaris rétegből fokozatosan visszahúzódik a cutis mélyebb rétegei és oldal felé. Nyomában a kötőszövet és rugalmas rosthalózat kisfokú elváltozásain kívül a papillák és interpapillaris hámlecek eltűntek, és az egész vékonyra összenyomott Malpighi-réteg rovására kifejezett hyperkeratosis támadt a keratohyalin-réteg megszaporodása nélkül. Az infiltratum végül előbb a laesiók centrális részei alatt, majd a széli részek alatt is fokozatosan csökken, azután teljesen eltűnik, visszahagyva a jelzett elváltozásokat; hogy ezek azután mennyire tűnnek szintén el, erre az észlelési idő rövidsége és vizsgálati anyag hiánya miatt ez idő szerint nem felelhetek.

A bemutatott betegen meglevő bőrbántalom körképe és szövettani lelete teljesen megegyezik, egyes lényegtelen részletektől eltekintve, a Zumbusch által lichen albus néven Riehl klinikájáról 1906-ban az Arch. f. Derm. u. Syph. 82. kötetében közölt bőrbántalommal, úgy hogy kétségtelen, miszerint a Zumbusch betege és ezen beteg egy és ugyanazon bántalomban szenved, a mely bántalom idült lobos folyamat, mely atrophiahoz, illetőleg hegesezéshez vezet.

Mint hogy a bántalom egyetlen ismert bőrbajjal sem hozható rokonságba, a Zumbusch „lichen albus” elnevezését, mely zavarra és félreértésre adhat alkalmat, éppen ezért nem gondoljuk egészen találónak.

2. Spatz Elek: Naevus verrucosus linearis partim atrophicus esete. A bal gluteus-táj külső oldalán lenesényi, fillérnyi, sötétebb, élesen határolt, élénk és sötétebb vörös színeződésű területek láthatók, helylyel-közzel fölöttük a bőr ruganyosságából vesztett, fonnyadt, petyhüdt. Ezek a czomb hátulsó felületére, a lábszárra s a lábfej külső részére a 4—5 lábujjig folytatódnak, hol már apró, $\frac{1}{2}$ —1 cm.-nyire kiemelkedő szemölcsöktől fedettek.

Ezen hyperplastikus képletek vagy congenitalis eredetűek — mint jelen esetünkben —, vagy a zsenge gyermekkor illetve a pubertás idejében képződnek.

Szöveti leletük is különböző, a szerint, a mint csupán az epithel felső rétege, a papillaris réteg, a kötőszövet, vagy a bőr véreire is részt vesznek ezen hyperplasiában.

Naevus fejlődhetik az idegek mentén is (Kaposi): ilyenkor a trophikus idegek zavarai kimutathatók.

Basch kétségbevonja az elváltozás naevusos jellegét, mert véleménye szerint úgy az anamnesisben, mint a status praesensben hiányzik a naevusokra jellegzetes stabilitás. Egy lassan bár, de folyton fejlődő kóralakról van itt szó, mely úgy látszik spontán, de mindenütt határozottan észrevehető visszafelé fejlődési stadiumokat is mutat.

Schein Mór a diagnózis helyességét nem tartja valószínűnek és csak úgy tudná az atrophia a naevus diagnózisával összeegyeztetni, ha feltételezzük, hogy az atrophia traumás úton jött létre a naevus egy részének eltávolítása után, ha továbbá a göröcsövi lelet a naevus diagnózisát megerősítené, nevezetesen hyperaemia és kereksejtes infiltratum, illetőleg reakciós jelenségek volna kimutathatók.

Basch az esetet lichen verrucosus et atrophicusnak tartja.

3. Emödi Aladár: Időszakos aspermatismus esetei.

Az ondószálasák hiánya okozta impotentia generandi esetei között, bár aránytalanul ritkábban, az azoospermiaán kívül az aspermia is szerepelhet. Ez lehet vagy abszolút: azaz ondókiürülés sohasem jö létre; vagy temporaer, azaz az ondókiürülés csak bizonyos körülmények között marad ki. Az abszolút aspermiát az ondóvezeték veleszületett vagy szerzett elzáródása, esetleg hiányos kifejlődése a nemi mirigyeknek okozhatja. Hasonlóképpen fontos szerepe jut a veleszületett phimosishoz is (*Peyer-Fürbringer*) s egy ily esetet évekkel ezelőtt is bemutattam e helyen, a melyben az ok megszüntetésére a betegség meggyógyult. A temporaer aspermia okozói között ott találjuk a szeszitalokkal való visszaélést (asp. potatorum), a sexuális abusust és végre az idegrendszer megbetegedéseit.

Fürbringer a temporaer aspermatismust főképpen spastikus és neurastheniás eredetűnek mondja.

Peyer szerint az ily aspermia oka a lumbális gerincztájon lévő ejaculációs centrum ingerlékenységének hiánya, vagy pedig a *Goltz* által ugyanott felfedezett, ejaculációt gátló reflex-központ görszerű izgalma.

Abban a helyzetben vagyok, hogy most egyidejűleg két ily ritka esetet mutathatok be egyszerre, melyek közül az első tisztán neurastheniás alapon fejlődött spastikus eset, míg a második inkább atoniás jellegűnek látszik lenni.

I. eset. K. B., 30 éves nőtlen asztalos. Először 1903-ban *Feleki* mutatta be a szakosztályban következőképpen: „Normális potentia coeundi mellett az ejaculatio teljes hiánya. Az akkor 25, jelenleg tehát 30 éves egyénnek soha genitális bántalma nem volt, nemi szervei épek és jól fejlettek, az idegrendszer részéről jelentékenyebb elváltozások ki nem mutathatók. Szülein és testvérein idegbaj nem áll fenn. Fivére nemileg normális.

Kellőképpen erigált penis mellett eddig ejaculálnia — bár több neki tetsző nőszeméllyel cohabitált — nem sikerült, az aktust addig folytatta rendszerint, a míg az ő vagy a nő fizikai fáradtsága folytán kénytelen volt befejezni. Feleki akkoriban az ejaculációs centrum functionális zavarát tételezve fel, psychés kezelést és villányozást óhajtott alkalmazni.

A beteg azonban rövidesen elmaradt a kezeléssel és így eredményt felmutatni nem lehetett, csak most pár hét előtt jelentkezett ismét a poliklinikán.

Panasza és az anamnesis teljesen azonos maradt, a beteg mindeddig nem ejaculált coitus közben, bár azt 8—10 naponként szokta volt ideáljával végezni. Többszöri coitus condomatus eredményeképpen csak igen csekély mennyiségű, a húgyvese mirigyeiből származó egynemű nyálkát constatalhattam. Éjjeli pollutiói nem szoktak lenni, ellenben napközben többször megtörténik vele, hogy buja képzetekkel hirtelen orgasmus támad, a midőn is lábait összeszorítva, kezével a fantájra nyomást gyakorol és ilyenkor bőséges ejaculatum az eredmény.

Több napig condomban járt és csakugyan többször hozott ily módon ejaculált nagyobb mennyiségű teljesen normális, élénken mozgó spermatozoonokkal teli ondót.

Az öt év előtti állapot tehát annyiban változott az akkori kezelés következtében, hogy most már coituson kívül van ejaculatum, tehát az akkori abszolút aspermia temporaer aspermatismussá vált, még pedig tekintve az ivarszervek minden irányban normális fejlettségét, valamint a nappali masturbáns pollutióknak normális jelelővését, az esetet tisztán psychés aspermiának kell tartanom.

(Folytatása következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Az in- és bőrreflexek jelentőségéről nephritis és uraemia eseteiben tartott előadást *Curschmann* (Mainz) a német belorvosok ez évi congressusán. Azt tapasztalta, hogy ha vesesugorodás esetén a reflexek erősen fokozódnak, a prognózis nagyon rossz, noha a beteg esetleg euphoriás; az uraemia ilyenkor küszöbön van. Heveny postinfectiosus, valamint subcut nephritis eseteiben is találkozunk ezzel a rossz jelentőségű reflexfokozódással, a mely vörheny utáni nephritis eseteiben gyakran féloldali.

PÁLYÁZATOK.

1654/909. sz.

Somogy vármegye közkórházában Kaposvárott üresedésben lévő, 1000 korona fizetés, lakás, fűtés, világítás és élelmezéssel javadalmazott két segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy Kapotsfy Jenő főispán úrhoz címzett kérvényeiket 1909. évi június hó 10.-éig a kórházigazgatósághoz nyújtsák be.

A kinevezés két évre szól és esetleg meghosszabbítható, az itt töltött segédorvosi szolgálat a szüléset kivételével a kötelező orvosi gyakorlatnak beszámíttatik. Magánygyakorlat nincs megengedve.

Kaposvár, 1909. évi május hó 7.-én.

4—3

Szigeti Gyula Sándor dr., igazgató főorvos.

2228/909.

Az alsódbasi járáshoz tartozó Lajosmizse községben elhalálozás folytán megüresedett községi másodorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása az 1908. évi XXXVIII. t.-cz.-ben megállapított 1400 korona évi fizetés és törvényhatóságilag megállapítandó lakbér, valamint a vármegyei szabályrendeletben megállapítandó látogatási díjak.

Felhívom pályázni szándékozókat, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket f. év június hó 16.-án déli 12 óráig hivatalomnál nyújtsák be, a választást a f. év június hó 17.-én d. e. 11 órakor fogom Lajosmizse községében tartani.

Alsódbas, 1909 május hó 25.-én.

3—1

Teszary László főszolgabíró.

HIRDETÉSEK.

Értesítés!

A tekintetes orvosi kar szíves tudomására hozom, miszerint „Ozin“ oxygensó-készítményem már kellő mennyiségben kapható. E készítmény rendkívüli gyakorlati értékére vagyok bátor a tekintetes orvosi kar figyelmét fölhívni. Az „Ozin“ sóból a legkényelmesebb módon, minden kívánt mennyiségben, csupán egy kis víz hozzáadása által fejleszthető a tiszta oxygen és pedig akár belélegzési, akár szobalevegő javítása, akár fürdők előállítására céljára. Egy kis csomag „Ozin“ só, mely két liter oxygent fejleszt, 50 fillér; egy nagy doboz „Ozin“ só fürdők előállítására, mely 25 liter oxygent fejleszt, ára 3 korona 20 fillér.

Az „Ozin“ só oldata tiszta fehér.

7439

Alázatos tisztelettel

Budai Emil dr., gyógyszerész,
a „Városi“ gyógytár tulajdonosa, Budapest, Váci-utca.



A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

kitűnő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatása!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

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