

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. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Scipades Elemér szerkesztésében.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Bálint Rezső és Molnár Béla: Közlés a III. sz. belklinikáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr. egyetemi nyilvános rendes tanár.) A Basedow-kórban előforduló hasmenések pathogenesiséhez. (Megjegyzések a székletét ferment-tartalmának diagnostikai értékéről.) 641. lap.

Havas Adolf: Közlés a Szent István-kórház bőrbeteg és bujakóros osztályáról. Előzetes jelentés az Ehrlich-féle gyógyszerrel elért gyógyeredményekről. 643. l.

Justus Jakab: Közlés a pesti izr. hitközség kórházából. (Igazgató: Stiller Bertalan dr., udvari tanácsos, egyetemi tanár.) Az Ehrlich-féle 606. számú készítménnyel való tapasztalások súlyos lues-esetekben. 646. lap.

Zsakó István: Az elmekórban fejlődése. 648. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Ehrlich, Krause, Mosse, Rosin és Weigert: Enzyklopädie der mikroskopischen Technik. — **B. Bendix:** Lehrbuch der Kinderheilkunde. — **Lapszemle. Belorostan. Barabaschi:** A bélfergek jelentőségéről

a typhus abdominalis keletkezésében. — **Nicolas, Favre és Charlet:** A syphilisben szenvedők reagálása tuberculinra. — **Schols:** Bronchus-diphtheria esete. — **Elmekórban. Wigert:** A delirium tremens gyakorisága a stockholmi 1909 augusztus-szeptember havi általános sztrájk idejében. — **Sebészet. Porpping:** A bélinvaginatio mechanizmusáról. — **C. Hoffmann:** A temporaeer laminektomia egyszerű módszeréről. — **Miramond de la Roquette:** A has melegítésének hatása hasműtétek után. — **Bőrkórban. G. Arndt:** Lupus erythematodes acutus illetőleg subacutus esetében kimutatott gümöbaccilluslelet. — **Veneréus bántalmak. Kromayer:** Az Ehrlich-Hata-féle syphilisellenes gyógyszeréről. — **Fülörvostan. Reinking:** Az agypunctio veszélyei. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Gockel:** Szer ascarisok ellen. — **Zeissl:** Cuirol. 649—652. l.

Bókay János: Henoch E. † 652. lap.

Magyar orvosi irodalom. Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 653. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 653. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 654—656. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a III. sz. belklinikáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr. egyetemi nyilvános rendes tanár.)

A Basedow-kórban előforduló hasmenések pathogenesiséhez. (Megjegyzések a székletét ferment-tartalmának diagnostikai értékéről.)

Irta: **Bálint Rezső** dr. és **Molnár Béla** dr.

A Basedow-kórban előforduló hasmenések eredetének kérdése főleg utóbbi időben kezdti foglalkoztatni a vizsgálokat. A secretio interna tanának fejlődése erre a kérdésre is reáfordította a figyelmet. Az az észlelet, hogy a hasmenések lefolyása valamint a székletének minősége a pankreas különböző természetű secretiók insuficienciájánál előforduló székletének minőségére emlékeztet, volt kiinduló pontja annak a therapeutikai kísérletnek, hogy a hasmenéseket pankreonnal igyekezzenek befolyásolni. Az eredmény egyes esetekben kedvezőnek mutatkozott; ez esetek azonban szigorú tudományos vizsgálatoknak nem voltak alávetve, s más esetekben — a milyen a részletesen vizsgált *Salomon* és *Almagia*-féle — a pankreon hatásának bizonyult. A pankreonnal elért jó eredmények még inkább a pankreas insuficienciájával mutatták összefüggésbe hozhatónak a hasmenéseket, s e felvételt lényegesen megerősíteni látszottak *Falta*, *Rüdinger* és *Eppinger* azon vizsgálatai, melyek a thyreoidea és pankreas antagonizmusát dokumentálták. E vizsgálatok ugyan csak a belső elválasztásra vonatkoztak, de tekintve azt a gyakori parallelismust, mely a pankreas belső és külső secretiójának változásai közt másféle viszonyok között látható, könnyen volt elképzelhető, hogy a thyreoidea functiójának fokozódása a pankreasnak nemcsak belső, hanem külső secretióját is csökkenti, a mi viszont megmagyarázná a nevezett székletének létrejöttét.

A secretio interna több kérdésének vizsgálatával foglalkozva fordult a mi figyelmünk is e kérdés felé. A kérdést megközelíthetőnek úgy véltük, hogy egy rendelkezésünkre álló alkalmas esetben oly vizsgálatokat végeztünk, melyek a pankreas functiójába

többé-kevésbé betekintést engedhetnek. E célra legalkalmasabbnak látszott nekünk a pankreas fermentumainak vizsgálata. Mint régebbi módszer szóba jöhetett a *Boldyreff-Volhard*-féle, mely olajreggeli után a gyomorba regurgitált pankreasnedv jelenlétét és mennyiségét állapítja meg. Az újabb eljárások közül különösen kettő volt az, mely alkalmasnak ígérkezett, így *Goldschmidt* quantitativ trypsinmeghatározása a bélsárban s különösen *Wohlgemuth* diastase-meghatározása. A *Goldschmidt*-féle eljárás a székletét vizes kivonatainak quantitativ caseinemészto hatását, a *Wohlgemuth*-féle pedig a keményítőtöbontó hatás mértékét állapítja meg. (A methodus részleteit illetőleg az illető szerzők eredeti közleményeire utalunk.) Az eset, melyben e vizsgálatokat először alkalmaztuk, röviden a következő:

S. S. 24 éves nőbeteg. Anamnesis: 3 év óta exophthalmus, struma, mely utóbbi a terhesség alatt fejlődött. Szívdobogás, légzési nehézségek. Nagy étvágy és szomjúság. Erős lesóványodás. Hasmenés. Bő izzadás. Hőségérvény, izgatottság, később oedema a lábokon.

Status: Exophthalmus, Graefe, Stellwag. Möbius. Nagy struma, a szegycsont markolata fölött tompulat (thymus?). Erős tachycardia és arhythmia. Dilatált szív. Oedemák, nagyobb máj. Bő könnyelválasztás, állandóan nyirkos bőr, gyakori izzadás. A vérkép majdnem teljesen normális. Fokozott éhségérvény.

Naponta 4—8-szor teljesen fájdalom és göres nélkül lágy pépes, néha vizes, nagymennyiségű székletétet ürít. A székletét világos szürkés-sárga, kissé ezüstös fényű, makroszkopice is bőséges zsirtartalmat mutat, a mely aethers extractumban nagy mennyiségűnek mutatkozik. A zsír a bélsárral keveredve van; úgynevezett vajszékletétet egyszer sem találtunk. Igen nagyfokú azotorrhoea; időnként a székletétben izomrészletek makroszkopice is láthatók.

A pankreasfunctionális vizsgálatok, a melyeket a betegen végeztünk, a következő eredményeket mutattak.

Boldyreff-Volhard-féle olajreggeli után 50 cm³ olajos folyadék ürül, melynek alján 25 cm³ élénkzöldszínű folyadék gyűl meg; ennek 5 cm³-ét 1·5 $\frac{n}{10}$ NaOH közömbösíti, pepsin 3·2, trypsin

17·8 (Volhardt szerint). Azon vizsgálatok alapján, a melyeket a gyomortartalom e trypsinértékét illetőleg egyikünk (Molnár) és utána mások is végeztek, a trypsinnek ez esetben talált mennyisége még az általa kiemelt hibaforrások tekintetbe vétele mellett is igen nagyinak mondható.

A széketét trypsin- és diastase-vizsgálatakor szigorúan ahhoz a methodikához tartottuk magunkat, melyet Goldschmidt illetőleg Wohlgemuth ajánlott, és pedig a beteg diatetikai beállítását, valamint a vizsgálatok laboratoriumi kivitelét illetőleg is. Mindegyik methodus szerint sorozatos vizsgálatokat végeztünk, melyeknek eredményét röviden a következőkben adjuk.

I. Trypsinvizsgálatok.

1.	400
2.	500
3.	1000
4.	200
5.	1000
6.	1000
7.	2000
8.	1000
9.	500
10.	1000
11.	1000 trypsinegység Goldschmidt szerint.

II. Diastase-vizsgálatok.

A vizsgálat száma	A centrifugatum üledéke cm ³ -ben	Diastase-limes	Diastase-érték
1	1·4	13	66,736
2	1·5	12	21,333
3	1·3	13	85,840
4	1·7	12	26,025
5	2·2	14	95,898
6	1·8	11	11,700
7	1·1	12	42,664
8	1·8	12	23,850
9	1·8	14	96,016
10	1·2	16-nál magasabb	100,000 felül

Nézzük már most, hogy micsoda következtetéseket vonhatunk le ez értékekből. A mi a trypsin-értékek mérlegelését illeti, Goldschmidt vizsgálatai szerint a trypsin-értéknek alsó határa normális körülmények között nem süllyed 50 egység alá. Ez alatt levő értékek szerinte a pankreas csökkent működését mutatják. Arra azonban, hogy a trypsin-értéknek physiologiai felső határa hol van, vagyis milyen magas értéknél gondolhatunk pankreashyperfunctióra, arra Goldschmidt-nak vizsgálatai nem terjeszkednek ki. E kérdésre methodikai fejtegetéseinkben külön fogunk visszatérni és most csak annyit akarunk megjegyezni, hogy ily célra a trypsin-meghatározás módszerét alkalmasnak nem tarthatjuk, sőt még az alsó határ megállapításakor is nem egyszer kaptunk olyan értékeket, a melyek hamis következtetésekre vezethettek volna. Ilyenformán tehát, bár a fent felsorolt trypsin-értékek a Goldschmidt által megállapított alsó határon igen magasán felül állanak, határozottan még sem állíthatjuk azt, hogy e magas értékek a pankreas hyperfunctióját jelentenék. Viszont azonban jogosan vonhatjuk le azt a következtetést, hogy ez esetben a pankreas külső secretiójának insufficienciájával nem állunk szemben.

Kissé másképpen állanak a viszonyok a diastase-értékek mérlegelésekor. Wohlgemuth egészséges egyénekben tett vizsgálatai alapján oda concludált, hogy a széketét diastase-tartalmának physiologiai alsó határa 100 egység. Viszont az átlagérték 500 körül mozog, bár megjegyzi, hogy az értékekben nagy ingadozások mutatkoznak. Hasonló eredményekre jutott számos egészséges egyénen végzett vizsgálatai alapján Wynhausen is. A physiologiai felső határ megállapítására ők nem voltak tekintettel. Miként később látni fogjuk, egészséges egyénekben valamint olyanokon, a kiken a pankreas functiozavara kizárható volt, számos vizsgálatot végeztünk, és azt láttuk, hogy az értékek akárhányszor 500-on többszörösen is felül emelkednek, sőt egyes esetekben igen magas értékeket találtunk. Hogy az értékek e különbségének az oka miben rejlik, nem áll módunkban megmondani. Nines azonban

kizárva a lehetősége annak, hogy a szerzőket első sorban a pankreas-secretio insufficienciája érdekelvén, a felső határnak nagyobb higitásokkal való pontos megállapítását esetleg mellőzhették volna. Mondhatjuk azonban, hogy fentebb felsorolt értékeinket nemcsak Wohlgemuth és Wynhausen aránylag kis értékeivel, hanem az általunk talált nagyobb értékekkel is összehasonlítva azok oly nagyoknak mutatkoztak, a melyeneket más esetekben csak igen ritkán találtunk. Ha tehát nem is rendelkezünk egyelőre a physiologiai secretio felső határának mértékével, tekintve a magas értékek állandóságát, határozottan következtethetjük azt, hogy a diastase-vizsgálatok is a mellett szólnak, hogy jelen esetben a pankreas külső secretiójának insufficienciája nem forog fenn, sőt valószínűnek mondható, hogy ez esetben éppen a pankreas fokozott külső secretiójával állunk szemben.

Az a következtetés tehát, a melyet a pankreas fermentjeinek vizsgálatából vonhatunk, az, hogy a Basedow-kórban előforduló hasmenések, bár megjelenésükre és a széketétek minőségére nézve is hasonlítanak a pankreatogen széketétekhez, nem a pankreas secretió insufficienciája folytán jönnek létre. És ebben tökéletesen egyetértünk Salomon és Almagia más úton elért vizsgálati eredményeivel. Itt akarjuk már megjegyezni azt, hogy azt a diagnostikai jelentőséget, a melyet Salomon és Almagia a vajszéketéteknek tulajdonít, a mi tapasztalataink nem erősítik meg. Ők tudniillik a vajszéketétet annyira charakteristikusnak tartják a zsírszékelés pankreatogen eredetére, hogy a zsírnak a széketéttel való keveredéséből a pankreatogen eredet ellen következtetnek. Mint látni fogjuk, egy esetben sectióval is igazolt teljes chronikus pankreaselzáródás mellett is egyenletesen elkeverve találtuk a zsírt a széketétben.

Ha már most ki is zárhattuk a külső pankreas-secretiónak az insufficienciáját, felmerült azon kérdés jogosultságának a megvitatása, a melyet Falta az utolsó wiesbadeni congressuson vetett fel. Ő tudniillik a basedowos hasmenéseket pankreatogeneknek tartja, azoknak jelenlétét azonban nem a pankreas külső, hanem belső secretiójával hozza összefüggésbe. Falta előadásának csak rövid referatuma állván rendelkezésünkre, nem ismerjük azon okokat, melyek őt e felvételre készítették. E felvétel azonban mindenesetre kevéssé áll összhangban az eddigi vizsgálati eredményekkel és felfogásokkal, mert hiszen nehezen is képzelhető el, hogy a bélben végbemenő zsíremésztési processzusokra az amúgy is homályos belső secretiónak volna ily döntő befolyása.

A mi esetünkben különben is sem diabetes, sem alimentáris glykosuria nem volt, a mi az eddigi tapasztalatok szerint legalább is valószínűtlenné teszi azt a felvételt, hogy ez esetben a pankreas belső secretiójának valamely mélyre ható zavarával volna dolgunk. Eddigi ismereteink szerint nem is valószínű, hogy a külső secretiónak ily magas foka mellett, a mint azt ez esetben láttuk, a belső secretiónak nagyfokú hiánya volna jelen.

Vizsgálataink kiterjedtek ezután arra a kérdésre, hogy vajjon a fermenteknek e magas értéke egyéb Basedow-kóros esetekben is megtalálható-e. E szempontból még 3 Basedow-esetet volt alkalmunk vizsgálni, a melyek közül egyikben több vizsgálat közül mint maximális értéket, 2·2 cm³ centrifugatum-üledék mellett 13-as limest, illetve 37,330 diastase-egységet, egy másik esetben 2·5 cm³ üledékkel 11-es limest, illetve 8000 diastase-egységet, a harmadikban 2·2 üledékkel 6-os limest, vagyis 300 egységet találtunk. E három eset közül az utolsónak állandó obstipatioja van, a másik kettőben lágy székek váltakoztak időnkénti kisebbfokú székszorulással. E lágy székek azonban kifejezett zsírtartalmat vagy azotorrhoeát nem mutattak. Ez esetekben az érték nagysága, egyet kivéve, nem közeli meg a fennebb leírt eset értékeit, de viszont a széketétek sem voltak olyanok, a melyeneket általában basedowos hasmenések eseteiben látni szoktunk. És feltűnt még egy körülmény, hogy tudniillik azok a secretió anomáliák, a melyek kifejezett Basedow-esetekben előfordulni szoktak és a melyek az első eset tünetei között annyira előtérben állottak, mint különösen az izzadás és könnyelválasztás fokozódása, a három utóbbi eset közül kettőben majdnem teljesen hiányoztak és csak annál a betegnél volt az izzadás kifejezettebb, a melyiknél oly magas diastase-értéket (37,330) találtunk.

Bár kevés eset állott rendelkezésünkre pontos megfigyelés céljából, mindannak ellenére a belőlük nyert eredmények alapján az az impressiónk, hogy a Basedow-kórban az ismert secretiofokozódásokkal a pankreas és talán egyéb mirigyek elválasztása is fokozottá

válík. Sőt nem tudunk elzárkózni annak a gondolata elől, hogy ezen általános secretiofokozódás esetleg karöltve jár valamely, talán a Zuelzer által előállított peristaltikus hormon túlproductiójával és ez volna éppen az oka a fokozott peristaltikának, a mely azután megmagyarázza a fermentgazdagság mellett is jelenlevő azotorrhoeát és steatorrhoeát. És hogy ebben a thyreoideának valamely specifikus hatása van, azt bizonyítani látszik az a körülmény, hogy a myxoedemás betegek rendszeren makacs obstipatióban szenvednek. Érdekesen illusztrálja ezt egy jelenleg is észlelésünk alatt álló myxoedemás beteg, a kinél a makacs obstipatiót rögtön rendezett székelés, illetve hasmenés váltja föl, a mint thyreoideát kap és viszont egészen prompte ismét obstipatiót kap, a mint a thyreoideát elhagyjuk.

* * *

Néhány szót óhajtanánk most még szólni az alkalmazott methodusok, nevezetesen a quantitativ trypsin- és diastase-meghatározások diagnostikai értékéről általában. Röviden végezhetünk a trypsinmeghatározásokkal. A fent felsorolt Basedow-eseteken kívül számos esetben végeztünk trypsinvizsgálatokat. Ez esetek vizsgálatával bizonyos alapot akartunk nyerni az adatok összehasonlítása céljából és e vizsgálatokból kitűnt, hogy a trypsin-értékeknek az a physiologiai alsó határa, a melyet Goldschmidt 50 trypsin-egységben állapít meg és melyen aluli értékek pankreasinsufficienciára vallanak, nem állja meg a helyét, a mennyiben számos oly esetben találtunk ötvenen jóval aluli értéket, a hol semmiféle oly tünet nem volt észlelhető, a mely a pankreas megbetegedésére utalt volna. Sőt voltak eseteink, a hol magas diastase-értékek mellett, Goldschmidt értelmében véve, már pathológiásan alacsony trypsin-értékeket találtunk. Hogy ennek mi az oka, arra nézve valószínűnek tartjuk azt, hogy a trypsin, mint kevésbé resistens fermentum, könnyebben megy tönkre bizonyos ki nem számítható viszonyok között. Ezt annál is inkább gondolhatjuk, mert volt olyan esetünk, hol a trypsin-érték többszöri vizsgálatnál az összes cautelák betartása mellett is 0 és 1000 között ingadozott.

Sokkal használhatóbbnak bizonyult tapasztalataink szerint a Wohlgemuth által ajánlott quantitativ diastase-methodus. Legszembeszökőbb volt e methodus jelentősége azokban az esetekben, a melyekben a székletében diastaset nem tudtunk kimutatni. Ilyen esetet kettőt is észleltünk. Az egyik egy anaemia perniciosa-eset volt achylia gastricával, a hol igen makacs, hosszantartó hasmenések állottak fenn azotorrhoeával és zsírszékeléssel, és a hol diastase egyáltalában nem volt kimutatható.

Sokkal jelentősebb egy másik esetünk: 70 éves nőbeteg, a ki nagy májmegnagyobbodással és melas icterussal kereste fel a klinikát. A tünetek jelentkezése és a kórkép arra vallott, hogy a betegnél a pankreasfejből vagy a papilla Vateriből kiinduló carcinoma okozta a ductus choledochus teljes elzáródását. A betegnek teljesen acholiás formált széke volt, mely bőven tartalmazott jól elvegyült zsírt és izomrostokat. A székletében diastase többszöri vizsgálattal sem volt kimutatható, míg a vér diastase-tartalma, melyet Benzur dr. volt szíves megállapítani, normális értéket mutatott. E leletből azt a következtetést vontuk, hogy a betegnél a pankreasvezeték is el van zárva, a mi csak megerősítette azt a diagnosisunkat, hogy a kórképet a papilla Vateri vagy a pankreasfej carcinomája hozta létre. Az eset obductióra került, a mely diagnosisunk helyességét beigazolta. Az obductió leletéből, mely Pertik tanár intézetében Goldzieher tanársegéd által vétetett fel, röviden csak a következőket emeljük ki. Az epehólyag lúdtójasnyinál nagyobb, tágult, fala vékony, nyálkahártyája sima, ürében víztiszta folyadék. A ductus hepaticus és choledochus két ujnyira tágult és a choledochus a duodenum lumene felé diónyi transparens hólyag alakjában elődomborodik, mely felett a duodenum falzata erősen sorvadott. A papilla Vaterin a choledochus beszájadását excentrikusan körülvevő, azaz inkább a lumen alatt elterülő lencsényi kerek fekély látható, melynek alapján félborsónyi, rendkívül tömött, szinte heges tapintatú gócz van. A pankreas kivezető csöve a gócz alatt egyesül a choledochussal és ugyanott ujnyi vastagságyra tágult, megvékonyodott falzatán számos körkörös, léczszerűen kiemelkedő redő látható. A pankreas szövete erősen sorvadott, az egész szerv hüvelykujnál nem vastagabb, rendkívül tömött tapintatú, az egyes acinusok kicsinyek és a metszslapról erősen kiemelkednek.

Diagnosis: Carcinoma cirrhosum exulceratum magnitudine pisi ductum choledochum et Wirsungianum stenotisans cum dilatatione maximi eorumdem.

Mint ezen eset is mutatja, a székletét diastase-tartalmának meghatározása a pankreas-secretio kiesésének diagnosisában igen jó szolgálatot tehet.

Nem egészen ily egyértelmű azonban ennek a diagnostikai jelentősége positiv lelet esetén. Mint már előzőleg kiemeltük, lényeges eltéréseket mutatnak adataink egészséges egyéneknek a diastase mennyiségére nézve. Kiemeltük, hogy az általunk nyert adatok általában magasabbak voltak a Wohlgemuth által említett átlagnál. Hozzátennők már most azt is, hogy egyugyanazon egyéneken végzett több vizsgálatnál e diastase-mennyiségek igen nagy ingadozásait láttuk. Ez ingadozások oka részben talán a technikában is rejlik. Mindenekelőtt számba jön az, hogy a limesnek egy csővel való eltolódása már az értéknek felét vagy kétszeresét eredményezi és így pontosabb meghatározásokhoz több, mondhatnók rendkívül sok csőre volna szükségünk. Egy másik jelentősebb hibaforrás a centrifugálásban rejlik, a mely centrifugálás által nyert „szilárd üledékre” kell a diastase-értékeket előírás szerint átszámítani. Tudvalevő dolog és a mi tapasztalataink is feltűnően mutatták, hogy a székletét vizes keverékének tökéletes centrifugálása alig sikerül. Így előfordult az a paradox eset, hogy a szokásos 5 gramm faecet lemérve és két részre osztva, mindegyik centrifuga-csőbe 2.5 gm. faeces jutott; az előírt módon készült vizes keveréknek hosszú időn keresztül való erős centrifugálása után a visszamaradt ú. n. szilárd üledék térfogata az eredeti székleténél nagyobbak mutatkozott, a mit nyilván annak tulajdoníthatunk, hogy a székletének egyes vízszívó részei térfogatukban megnövekedtek. Miután pedig a diastase-mennyiség erre az ú. n. szilárd üledékre számíttatik vissza, nyilvánvaló, hogy ez a diastase-tartalom valódi értékének megállapítását rendkívül megnehezíti. Éppen azért, a mint már egyszer említettük, az értékek nagyságából következtetéseket alig vonhatunk, kivéve oly esetekben, a hol, mint pl. első Basedow-esetünkben, oly nagy értékeket találtunk, melyek, a hibaforrások tekintetbe vétele mellett is, abszolút nagyoknak mondhatók.

Fontosnak tartanók azonban a physiologiai pankreas-secretio mértékének a meghatározását is, a mi természetesen csak pontosabb kísérleti berendezés mellett volna lehetséges. Ily vizsgálatok esetleg betekintést engedhetnének az emberi pankreas physiologiájának és pathologiájának nem egy homályos kérdésébe. Erre a célra a 24 órás faeces-mennyiség összdiasztase-tartalmának a megállapítását tartjuk legalkalmasabbnak, a mikor is a hibaforrás gyanánt szereplő centrifugálás természetüleg feleslegessé válik. Hogy a 24 órán át álló székletét diastase-tartalma állás közben nem változik, arról többszörösen meggyőződünk. Ilyenmő kísérleteink különben már folyamatban vannak és azok eredményéről egy későbbi alkalommal fogunk referálni.

Irodalom. Salomon és Almagia: Über Durchfälle bei M. Based. Wiener klin. Wochenschrift, 1908. — Goldschmidt: Über den Nachweis von Trypsin etc. Deutsche med. Wochenschrift, 1909. — Wohlgemuth: Beitrag zur funktionellen Diagnostik des Pankreas. Berliner klin. Wochenschrift, 1910. 3. szám. — Wymhausen: Zur Funktionsprüfung des Pankreas. Berliner klin. Wochenschrift, 1910. 11. szám. — Molnár: A pankreas-nedvnek a gyomorba való jutása. Orvosi Hetilap. 1909.

Közlés a Szent István-kórház bőrbeteg- és bujakóros osztályáról.

Előzetes jelentés az Ehrlich-féle gyógyszerrel elért gyógyeredményeikről.

Irta: **Havas Adolf** dr., egyetemi tanár, osztályos főorvos.

(Vége.)

9. Sch. R. 20 éves. Lues III.

Jelen baja állítólag 6 év óta áll fenn.

Status praesens: A jobb térden körülbelül kétfényrnyi terjedelemben chronikus lobos folyamat, melynek közepén ötkoronányi infiltrált szélű, éles határú, szennyes-szürkés detritussal fedett anyaghiány; ezen elváltozás mellett vesealakú, felette kétkoronányi, a fent leirthez hasonló anyaghiányok. A bal térden a bőr niveauja

alá süllyedő hegek. Porckemény inguinális mirigyek, polyadenitis. A testsúly 56 kgm. A vizelet normális. A bal tüdőcsúcs felett gyengült légzés hallható, a bal tüdőcsúcs tája a légzésnél visszamarad. *Wassermann positiv.* A szemfenék ép.

Július 6. 0.4 Ehrlich-Hata 606-sal injectio intramusculárisan.

Július 7. A sebfelületek a szürkés-sárgás lepedéktől jórészt felszabadultak; a granulatiók üdőbb színűek; az infiltratio csökken.

Július 9. A granulatio tovább halad; a sebfelület tiszta, puha alapú.

Július 12. *Wassermann positiv.*

Július 13. A sebfelület kisebb, a szélekről hámosodás indul meg.

Július 17. Az ötkoronányi anyaghiány tiszta alapú, az ép bőrrel egy niveauban van; a többi anyaghiány begyógyult. A beteg mindkét alkarjának hajlító oldalán, valamint a lábszáron morbillihez hasonló, néhol összefolyó exanthema. A beteg láztalan.

Július 19. A testsúly 57 kgm.

Július 21. Az ötkoronányi fekélyből körülbelül húszfillérenyi puha, piros granulatióval bíró elváltozás látható.

Wassermann negativ.

Július 25. A fekély még mindig körülbelül húszfillérenyi. A testsúly 57.80 kgm. Testsúlygyarapodás majdnem 2 kgm.

A betegnek az első hat napon erős fájdalmai voltak, melyek csak narcoticumra szűntek. Azután a mai napig állandóan érez kisugárzó fájdalmakat az injectio oldali alsó végtagban. Az injectio utáni napon a beteg hőmérséke 38.4° , különben láztalan. A hatodik naptól a beteg fennjár.

Július 27. *Wassermann negativ.*

Július 28. A középső fekély alig húszfillérenyi, a többi begyógyult. A betegnek fájdalmai nincsenek. Testsúly 57.80 kgm. A vizelet normális.

Augusztus 1. Kétoldalt a begyógyult fekélyek helyén haemorrhagiás vesicula, valószínűleg a fiatal sarjszövet megrepedése folytán keletkezett vérömleny. A középső fekély behámosodott.

Augusztus 3. A vesiculák xeroform-zink-pastára begyógyultak.

Augusztus 12. *Wassermann negativ.* A folyamat teljesen begyógyult, a hegek kezdenek halványodni.

Augusztus 20. *Wassermann negativ.*

10. B. J.-né. 34 éves. Lues III.

Baja 18 éve áll fenn. A könyökén levő elváltozás 10 éves.

Status praesens: a bal könyöktáján három férfitenyérenyi területen sáncszerű éles széllel bíró elváltozás, melynek széles alapján részben behúzódtott, sárgás-nekrotikus szövetrel kitöltött ulceratio, részben ezen elváltozásokat körülvevő behámosodott és heges területek vannak. Hasonló, de férfitenyérenyi területen helyet foglaló elváltozás a homlok bal oldalán, hámosodás s hegesezés nélkül. Az ulceratio belső szélén egy diónyi, élénkvrös bőrrel fedett, kúpszerűen kiemelkedő dudor, a melynek alapján az erősen megvastagodott homlokesont érezhető. (Periostitis, hyperostosis.) Ezen elváltozástól jobbra két húszfillérenyi területen a bőr lobos, s itt piros, félgömbömszerűen kiemelkedő elfolyósodott bennéki dudor van. A bal lábszár in toto duzzadt, rajta, valamint mindkét vállon a szegycsont felett s a bal hónaljárokban kisebb-nagyobb sugaras hegek. *Wassermann positiv.* Vizelet normális. Szemfenék normális. Mellkasi szervek épek. Testsúly 48 kgm.

Július 19. 0.5 Ehrlich-Hata 606-tal injectio intramusculárisan.

Július 20. Könyökgumma alapja tisztább, szélei halványabbak, a bántalmazott hely minden átmérőjében kisebbedett.

Július 21. A gummák alapján a granulatiók tisztábbak, pirosabbak. A fluctuáló terület felett a homlokon a hyperaemia halványabb.

Július 23. A gummosus folyamat átmérőjében kisebb, mintha minden oldalról összenyomták volna. Laposabb, behámosodást mutat. A homlokon a fluctuatio kisebb.

Július 25. A behámosodás gyorsan halad előre úgy a karon, mint a homlokon; ugyanitt a fluctuatio már alig vehető ki, a hyperaemia egészen eltűnt.

Július 27. *Wassermann positiv.*

A beteg hőmérséke a 3. napon 38° , különben láztalan. A mai napig állandóan nagy fájdalmai vannak az injectió oldali végtagban, mi ellen narcoticumot kap. A beteg még ágyban fekszik. A 3. és 5. nap nem tudott vizelni.

Július 31. *Wassermann positiv.*

Testsúly 41 kgm. Vizelet normális.

Augusztus 1. A könyök elég jól mozog, a fájdalom minimális.

Augusztus 2. A hámosodás rohamosan halad. A sebes területek az eredeti területek felét teszik.

Augusztus 5. A beteg könyököt csaknem teljesen behajlítja, a sebek mindenütt élénk hámosodást mutatnak.

Wassermann positiv. Vizelet normális.

Augusztus 6. A beteg távozik.

11. St. E. 22 éves.

Ez év februárban luesinfectio. Részben vidéken, részben osztályunkon tizenhárom 3 gm.-os bedörzsölést (Ungu. hydrarg. cin.) végzett, tizenhárom 3% sublimatinjectiót kapott. Osztályunkra 1910 június 12.-én vétette fel magát.

Status praesens: Lesoványodott férfibeteg. Infiltratio apicis pulmon. Porckemény inguinális mirigyek, polyadenitis, papulák a köztakarón, ulcerosus syphiid a jobb alsó végtagon s a bal scapula felett. A nyelv elülső harmada hiányzik. A csont felülete piszkos-szürkés színű, rendkívül mereven infiltrált alappal bíró fekélyvel fedett. A beteg e miatt nem tud beszélni, nem tud nyelni és rendkívüli fájdalmakról panaszkodik. A táplálkozási akadály miatt a beteg rendkívül lefogyott, elgyengült, alig képes állni, vérszegény, az inanitio kifejezett képét nyújtja.

Július 6. Sublimatinjectióra a köztakarón levő elváltozások begyógyultak s csak kissé infiltrált, hyperaemiás területek maradtak vissza. A fent jelzett elváltozás a nyelven nem változott s a beteg ilyen állapotban elhagyja osztályunkat. Két nap múlva visszajön, s kéri az Ehrlich-Hata 606-tal való kezelést.

Július 10. 0.4-el kezeljük. Testsúly 42 kgm. *Wassermann erősen positiv.* *Spirochaeta* (a nyelvből) *positiv.* Szemfenék ép. Vizelet normális.

Az injectiót az egyik oldali glutaeális tájba intramusculárisan adjuk. $1\frac{1}{2}$ órával az injectio adása után erős fájdalmakat érez az injectio helyén, mely az azon oldali alsó végtagon a bokáig kisugárzik. A fájdalmak egész nap tartanak. Hőmérsék max. 37.6° , min. 36.0° .

Július 12. A beteg könnyebben nyel, objectiv semmi változás.

Július 13.-án, tehát az injectioadástól számított harmadik napon, az eddig csaknem érthetetlen dunnyogó beszéd megjavult, érteni lehet beszédét, a nyálfolys minimális lett. A nyelv mozgóképessége tetemesen fokozódott; a sebfelület lepedéke igen vékony, úgy hogy a vörös sarjadzó alap már eltűnik. A nyelvből nagy fájdalmak vannak a betegnek.

Július 15. *A Wassermann-reactio még positiv.*

Július 18. Testsúly $43\frac{1}{2}$ kgm. A beteg fennjár, subjective jól van; a köztakarón levő a status praesensben leírt elváltozások teljesen visszafejlődtek. A beteg jól eszik, a nyelvmozgás szabad, nyálfolys nincs. A nyelven levő elváltozáson azonban július 13.-ától feltűnő javulást nem látni.

Július 21. *Wassermann positiv.* *Spirochaeta pallida* nem volt található, a praeparatum spir. dentiummal tele.

Az injectiótól számítva a mai napig a betegnek jelentékenyebb hőemelkedése nem volt. A maximum az injectio utáni nap reggel 6 órakor 38° . Különben $36-37.5^{\circ}$ között váltakozott. Subjective a beteg az első hat napon állandóan fájdalmat érez az injectio oldali alsó végtagban, mely különösen az esteli órákban annyira fokozódik, hogy csillapítás miatt morphiához kellett nyúlni. A 7. naptól kezdve a beteg fennjár, jól táplálkozik, összesen 3 kgm.-ot hizott. Naponta érez azonban még meglehetősen nagy fájdalmakat a jelzett végtagban. A beteg jelenleg még az osztályon van megfigyelés alatt, s a míg a nyelven lévő elváltozásnak most már igen lassan előrehaladó regenerációja beáll, megfigyelésünk alatt is marad.

Július 25. A jobb lábszáron hyperaemiás udvarral körülvett infiltrált szélű ulcerosus elváltozás jelentkezik; mere. praec. alb.-al kezeljük.

Augusztus 5. Testsúly 46.20 kgm.

Wassermann positiv.

Augusztus 9. A jobb lábszáron levő ulcerosus folyamat javul, a mennyiben tiszta vörös sarjadzó sebfelület látszik. A nyelven levő defectus ugyan kisebb, de szürke lepedékkel fedett, a nyelv-

szélen kevés vérzés van, mely ferr. sesquichlor.-ra megáll. A nyelv mozgása ismét erősen korlátozott. Nyálfolyás nincs.

Augusztus 11. Az éj folyamán a nyelvből erős vérzés, mely igen nehezen csillapítható. A nekrotikus felrakódás vastagabb, a nyelv mozgása teljesen korlátozott. A betegnél megkezdjük a 3^o/o-os sublimatinjectiót. Wassermann positiv.

Augusztus 14. Tapintható inguinális mirigyek, polyadenitis, cachectikus külszín. A nyelv hegye jobban kivehető, szélesebb, a defectus sokkal kisebb, jobboldalt friss vörös granulatiós széllel bír, baloldalt azonban a mélybe nyúló, alávájt nekrotikus alapú széle van. A defectus alapja vastag, nekrotikus cszattal borított. A jobb lábszáron levő elváltozás behámosodott. A beteg 6 ctm. sublimatot kapott intramusculárisan. Testsúly 46 kgm.

Augusztus 18. A nyelven levő nekrotikus alapú defectus minden irányában kisebbedett.

Augusztus 19. Wassermann positiv.

12. R. J. 33 éves. Lues III. praecox.

1¹/₂ év előtt lues inf. 150 bedörzsölést végzett, 15 sublimat-(3^o/o) injectiót kapott.

Status praesens: Lues gummosa ulcerosa alae et septi nasi, palati duri, integumenti antibrachii dextri et in regione glutaecali sinistra.

Mellkasi szervek, szemfenék épek. Wassermann positiv. Vizelet normális. Testsúly 58.7 kgm.

Augusztus 9. Ehrlich 0.5 intramusculárisan.

Augusztus 14. Porckemény inguinális mirigyek, polyadenitis. Az orr hyperaemiája csökkent, továbbá az itt levő fájdalmak megszűntek. Az infiltratio kisebb. A kifeléyesedett területen a fekély nagysága, karaktere még magán hordja a lueses típust s hasonló a status praesensben felvettekhez. Az alkaron levő elváltozás szélein az infiltratio kisebb, minék megfelelő minimális hámlás látszik, a fekély hasonló a status praesenshez. A szájpardon levő elváltozás anaemiás s a nyálkahártyával egy színvonalon van.

Augusztus 18. Tapintható inguinális mirigyek. Az orron levő hyperaemiás infiltratio teljesen eltűnt. A szétesett nekrotikus alapú gummosus folyamatból tiszta alapú, piros sarjjal fedett fekély lett. Az alkaron levő fekélyek behámosodtak. A glutaecalis tájon levő fekély begyógyult. A szájpaddás ép.

Augusztus 19. Wassermann negativ. A betegnek helybeli fájdalmak nem voltak, hőemelkedés a 2—3. napon 37.9^o maximális volt, a 4. naptól fennjár.

13. Kr. V. 39 éves. Lues III.

17 év előtt lueses infectio. Igen sok bedörzsölést végzett, szám szerint nem tudja.

Status praesens: lues gummosa ulcerosa. Tapintható inguinális mirigyek, különösen jobboldalt. Sugaras hegek az alsó végtagokon, elszórva a törzsön. A jobb csomb elülső felületén, a térd körül chronikus lobos folyamat, infiltratio, benne éles határú szenny-szürkés detritussal fedett anyagihiány. A bal lapocza alatt chronikus lobos folyamat, benne három kis (kölesnyi) ulcerosus elváltozás.

Mellüri szervek, szemfenék épek. Vizelet normális, Wassermann positiv. Testsúly 66.30 kgm.

Augusztus 3. Ehrlich 0.6 intramuscularisan.

Augusztus 9. A gummák körüli infiltratio eltűnt, de az anyagihiányok még nekrotikusak.

Augusztus 10. A gummák alapján a nekrotikus lepedék eltűnt.

Augusztus 12. Testsúly 67.8 kgm.

Augusztus 14. Polyadenitis. A kóros helyen minimális infiltratio tapintható még, valamint a chronikus lobos folyamat maradványaképpen livid szín látható. A szétesett gummák alapja szenny-szürkés színű, a bőr niveauja alá süllyedt. A közepén levő legnagyobb anyagihiány már infiltratióját veszítette s friss granulatióval már kitöltött.

Augusztus 18. Inguinális mirigyek tapinthatók, de már nem kemények, polyadenitis kistokú. Az exulcerált gummák laposak, szélei nem infiltráltak, a fekélyek alapja tiszta sarjjal fedett.

Augusztus 19. Wassermann positiv.

A betegnek a glutaecusra s az injectio oldal alsó végtagra

kisugárzó igen heves fájdalmak voltak, melyek morphiúra szűntek. Hasonlóan nagy fájdalmakról panaszkodott a gummák körül. Az említett fájdalmak az 5. napon megszűntek. Hőemelkedés a 3—4. napon 38 maximum volt.

14. V. P.-né 32 éves. Lues III.

Status praesens: A háton elszórva sonkabarna színű infiltrált, egyes helyeken desquamáló papulák. A bal lábszár elülső felszínén férfitenyérszerű, chronikus lobos udvarral körülvett, infiltrált szélű nekrotikus alapú anyagihiány. Ugyanezen alsó végtagon a metacarpal csontok felett koronányi fluctuáló lobos terület. A bal csomb alsó harmadán gyermektényérszerű chronikus lobos folyamattal körülvett, infiltrált szélű, fillérszerű, igen mélyre süllyedő fekélyesedés. Lues gummosa ulcerosa.

Mellüri szervek, szemfenék épek, Wassermann positiv, vizelet normális. Testsúly 67.50 kgm.

Augusztus 19. Ehrlich 0.5. Subcutan.

Augusztus 20. A sebek körüli infiltratio kisebb. A papulák körül Herxheimer-tünet.

Augusztus 21. A fekélyek tiszta alapúak, néhol már kezdődik a hámosodás.

A beteg hőmérséke 36.5—38^o.

Igen nagy infiltratio az injectio helyén nagy fájdalmakkal.

15. S. L.-né. 26 éves. Lues III.

Állítólag 1 év óta vesz észre sebeket a testén. Antilueses kúraban nem részesült.

Status praesens: Anaemiás, erősen lesóványodott nőbeteg. A bal glutaecuson kb. 2 férfitenyérszerű terjedelemben körkörös elhelyezett, infiltrált szélű, nekrosisos alapú anyagihiányok, közepén sugaras hegekkel. A jobb sarkon s lábszáron chronikus lobos folyamat, infiltrált, éles szélű, nekrosisos alapú anyagihiányokkal. Lues gummosa ulcerosa. A mellüri szervek, szemfenék épek. Vizelet normális, Wassermann positiv. Testsúly 42.5 kgm.

Augusztus 9. Ehrlich 0.4. Intramusculárisan.

Augusztus 10. A fekélyek széli infiltratiójukat veszítették.

Augusztus 11. A lábon levő ulcerosus folyamatok nekrotikus alapja eltűnt, a széleken hámosodás látható. A glutaecuson levők szintén tiszta, vörös granulatióval fedettek.

Augusztus 15. A lábon az V. ujj alatt levő fekély teljesen behámosodott, a többiek eredeti nagyságuk egy harmadát teszik ki.

Augusztus 20. Az ulceratiók teljesen begyógyultak. Wassermann negativ.

A betegnek fájdalma nem volt, sem hőemelkedése.

16. Sz. J.-né. 26 éves. Lues maligna.

Két év előtt luesinfectio; 80 bedörzsölést végzett.

Status praesens: Porckemény inguinális mirigyek, polyadenitis. A háton, a bal könyöktájon, a jobb belső bokátájon csoportosan elhelyezett, részben kiemelkedő, hámló, sonkabarna papulosus syphilid, részben ulcerosus syphilid. A jobb lábszár hajlító oldalán tyúktójszerű, igen fájdalmas, a hyperaemiás bőrrel összekapaszkodó gumma. A bal lábszáron ötkoronás exulcerált gumma. Lues ulcerosa gummosa. A mellüri szervek, szemfenék épek, vizelet normális. Wassermann positiv. Testsúly 58 kgm.

Augusztus 19. Ehrlich 0.4. Subcutan.

Augusztus 20. A fekélyek infiltratiója kisebb, a mély alap telődik. A papulák körül erős Herxheimer-tünet.

Augusztus 21. A fekélyek tiszta alapúak, puhák, kezdenek hámosodni. A papulák körül a Herxheimer-tünet még látszik. A lábszáron levő gumma eredeti nagyságának fele, s nem fáj.

A betegnek hőemelkedése nem volt; fennjár, kis fájdalmak vannak az injectio helyén.

17. P. J. 25 éves. Lues recens.

Állítólag 2 hó óta beteg.

Status praesens: Porckemény inguinális mirigyek, polyadenitis. Általános pustulosus syphilid a törzsön, arezon, hajzatos fejbőrön. Körülöttük hyperaemiás zóna. A hypertrophias tonsillákon papulák. Lues papulo-pustulosa. A mellüri szervek, szemfenék épek, Wassermann positiv. A vizelet normális. Testsúly 53 kgm.

Augusztus 9. Ehrlich 0.5. Intramusculárisan.

Augusztus 11. A törzsön levő pustulosus syphilidek visszafejlődőben: a hyperaemiás zóna eltűnt, a pustulák barnaszínűek,

tetejükön kifejezett erős desquamatio. Tonsillák kisebbek, halványabbak, a papulák rajtuk visszafejlődőben, de még láthatók.

Augusztus 14. Polyadenitis, a papulák helyén semmi infiltratio, csak pigmentatio. A garat, tonsillák tiszták.

Augusztus 18. Polyadenitis. A pustulák helyén pigmentatio s atrophia.

Augusztus 19. Wassermann negativ.

A betegnek az első négy napon az injectio helyén s az azon oldali lábán igen heves fájdalmak voltak. Hőemelkedés nem volt.

18. G. M. dr. 33 éves. *Lues recidivans papulosa*.

1904-ben luesinfectio. 40 bedörzsölést végzett.

Status praesens: Porckemény inguinális mirigyek, polyadenitis, papulák a bal arcuson s nyelvszéleken. A nyelv hátán hosszirányú barázdák. Papulák (erodáltak) a hajzatos fejbőrön. Mellkasi szervek épek. Testsúly 59.1 kgm. Szemfenék, vizelet normális. Wassermann positiv.

Augusztus 9. Ehrlich-Hata 606. 0.5 intramüscularisan.

Augusztus 10. A beteg alsó végtagjában kevés fájdalmat érez.

Augusztus 11. Nagy fájdalmak vannak az injectio helyén s az azon oldali alsó végtagban. A hajzatos fejbőrön levő erodált papulák kezdenek behámosodni.

Augusztus 14. Inguinális mirigyek tapinthatók. A nyelvről a barázdák eltűntek, csak a közepén látható igen csekély zeg-zugos vonal. A papulák a nyelvről nyomtalanul elmúltak. A fejen levő papulák a hajzatos fejbőrrel egy niveau-ban vannak, szárazak, nem nedvedzenek. Az injectio helyén nagy infiltratio, az azon oldali lábán kisugárzó fájdalmak, melyek massagera s melegborogatásra szűnnek. Járáskor az azon oldali lábát maga után húzza. Szék rendben, a beteg étvágytalan. Két nap óta a vizelet csökken, a vizezés nehezen indul meg.

Augusztus 15. Vizelet normális.

Augusztus 19. Wassermann negativ.

19. Szk. Zs. 26 éves. *Lues recidivans papulosa*.

Négy év előtt luesinfectio. 150 bedörzsölést végzett. 50 injectiót (3% subl.) kapott.

Status praesens: Porckemény inguinális mirigyek, polyadenitis. A nyelv egyenetlen felületű, hosszú s harántirányú barázdákkal végigszántott. Baloldalt körülbelül a csücsőtől 2 cm.-nyire kezdődően az egész nyelvszélen körülbelül 3 cm. szélességben végigvonuló, halvány rózsaszínű udvarral körülvett necrotikus alapú ulcerosus területek.

Mellüri szervek, szemfenék ép. Vizelet normális, Wassermann positiv. Testsúly 49.2 kgm.

Augusztus 19. Ehrlich 0.5. Subcutan a lapoczká alatt.

Egy óra múlva fájdalmakat érez az injectio helyén s a szív-tájon, melyek annyira fokozódnak, hogy morphiumot kell adni.

Augusztus 20. A nyelven levő ulcerosus folyamatok egy kivételével (a csücsön) feltisztultak. Fájdalmak tűrhetők.

Augusztus 21. A nyelv nem oly tömeges, a csücsön levő elváltozás infiltrációját vesztette, a necrotikus alap kisebb. A beteg étvágytalan, sápadt s hány.

20. W. J. 27 éves. *Lues recens*. (Ulc. phagedenic. penis.)

Hat hét óta vesz észre elváltozásokat a penisen, 15 bedörzsölést végzett.

Status praesens: (1910 július 2.) Az orificium ext. körül forintnyi éles, kissé infiltrált szélű, barnás pörkkel fedett fekélyes folyamat. Porckemény inguinális mirigyek. A beteg augusztus 2.-áig 27 bedörzsölést (4 gm. ungu. hydrarg. cin.) végzett, a penisen levő elváltozás azonkívül lokálisan volt kezelve, s ennek ellenére csak rosszabbodott.

Augusztus 3.-án a status: A glans $\frac{3}{4}$ része hiányzik, helyén hyperaemiás infiltrált zónával határolt szennyos, szürkés detritussal fedett anyaghiány, melynek alsó harmadán az orificium ext. urethrae látható. A praeputium paraphimosis-szerűen hátrahúzódt, alsó lebenyén oedema indurationis.

Mellüri szervek, szemfenék épek. Vizelet normális, Wassermann positiv. Testsúly 58.7 kgm.

Augusztus 3. Ehrlich: 0.6.

Augusztus 4. Lapedék kisebb, köröskörül vörös granulatio látszik.

Augusztus 5. A környi infiltrált hyperaemiás zóna eltűnt. Lapedék kisebb.

Augusztus 7. A necrotikus lepedék eltűnt s piros alap látható.

Augusztus 11. A tiszta alapú fekély szélén hámosodás látszik.

Augusztus 12. Testsúly 59.5 kgm.

Augusztus 14.-én. Kisebb, majdnem normális tapintatú inguinális mirigyek, polyadenitis, a glanson körülbelül koronányi terjedelemben élénk piros granuláló anyaghiány, melynek szélén hámosodás látszik, az egész glans puha.

Augusztus 18. Wassermann gyengén positiv.

A betegnek az injectio helyén s az azon oldali alsó végtagban kisugárzó igen heves fájdalmak voltak, melyek az injectio utáni második napon kezdődtek s 5 napig tartottak. Hőemelkedés nem volt.

21. Sz. Zs., 29 éves. *Lues recidivans*. (Syphilis papulosa.)

1 év előtt luesinfectio, 78 bedörzsölést végzett.

Status praesens: Az egész köztakaróra, arcra, hajzatos fejbőrre lokalizálódó sonkabarna színű infiltrált exulceráló nagy papulosus syphilid. A lábszárakon részben pigmentált széllel bíró hegek, részben chronikus lobos udvarral körülvett szennyos, szürkés, sárgás pörkkel fedett ulcerosus folyamatok. A mellüri szervek, szemfenék épek, vizelet normális. Wassermann positiv. A testsúly 85.70 kgm.

Augusztus 3. Ehrlich 0.6 intramüscularisan.

Augusztus 9. A papulák kezdenek hámlani s java része a bőr niveaujával egy szintben van.

Augusztus 11. A papulák javarésze lelapult, erősen festenyzett.

Augusztus 14. A visszafejlődött luetikus papulák helyén sötét feketésbarna festenyződés.

Augusztus 18. Az orrszárnyak körül s a vállon még egyes infiltrációval bíró papulák.

Augusztus 19. Wassermann positiv.

A betegnél semmi fájdalom nem volt, állandóan fenjárt. Hőemelkedés nem volt.

Közlés a pesti izr.-hitközség kórházából. (Igazgató: Stiller Bertalan dr., udvari tanácsos, egyetemi tanár.)

Az Ehrlich-féle 606. számú készítménnyel való tapasztalások súlyos lues-esetekben.

Irta: *Justus Jakab* dr., kórházi r. főorvos.

(Folytatása következik.)

8. V. F., 37 éves fehérvarrónő. Már esztendőkké ezelőtt kezelték orrbaja miatt. Ugyancsak régen szenved fejfájásban, a mely különösen éjszaka jelentkezik.

Augusztus 8. A jobb homlokesonton körömní nagyságú bemélyedt, fehér heg. Mindkét orresont jelentékenyen vastagodott. A szegycsont teste jóval vastagabb, nyomásra érzékeny; az érzékenységre még a kardnyújtványra is ráterjed. A második és harmadik jobboldali bordának a szegycsonthoz közel eső része duzzadt, előálló, önként és nyomásra fájdalmas.

A belső vizsgálat ép szerveket jelez (Schmiedl dr.).

A vizeletben idegen alkotórész nincs.

A szemfenék mindkét oldalt ép.

Wassermann-próba positiv (Kassai dr.).

Augusztus 9. 0.35 gm. befeeszkendése (pontosan közömbösítve).

Augusztus 10. A legmagasabb hőmérsék 37.3°.

A szegycsont nyomásra alig érzékeny, laposabb. A bordák meg erős nyomásra sem fájnak.

Augusztus 11. A periosteális duzzanatok még laposabbak.

Augusztus 16. A szegycsonton és bordákon dudorodás egyáltalában nem tapintható. Az orresontok jóval vékonyabbak. A befeeszkendés helye csak erős nyomásra válik kissé érzékenynyé.

9. K. J., 23 éves kántortanító. Hét év előtt volt fekélye, a melyet egy hónapig tartó kenőkrával kezeltek. Három héttel később újra kenőkrát végzett, azután kénese pilulákat szedett. Két évvel ezelőtt három heti csízi kúrában részesült, mely alkalommal körülbelül 30 bedörzsölést végzett. Egy hónap óta rekedt.

Augusztus 8. A garatban csekély anginaradék. A jobb

szájzugban fehér heg. A lágyékmirigyek duzzadtak, a többi mirigy nem tapintható. Gégelelet: A bal hangszalag hangoztatáskor lassabban mozog. Egyéb változás nem látható rajta (Pogány dr.).

A belső vizsgálat ép szerveket jelez, a vizeletben minimális fehérje, alakelem nincsen.

Wassermann negatív eredményű (Szily Pál dr.).

Augusztus 9. 0.35 gm. a 606 praeparatumból (pontosan közömbösítve).

Augusztus 10. Legmagasabb hőmérsék 37.7°. A beteg gégejét szabadabbnak érzi.

Augusztus 11. Legmagasabb hőmérsék 38.2. A hang csengő, tiszta. Gégelelet: A bal hangszalag még minimálisan visszamarad, de ez a visszamaradás oly csekély, hogy a hangrés azért teljesen záródik.

Augusztus 19. *Kremer Lipót* dr. járásorvos szíves értesítése szerint a patiens hivatását mint kántortanító végzi; gégeje egészséges.

10. S. I., 18 éves szobalány. Augusztus 12. Körülbelül 10 nap óta van kiütése. Általános erős mirigyduzzanat. Az egész köztakarót igen sűrűn borítják barnászörös, borsónyi nagyságú, éles határú, kerek maculák, a melyek legsűrűbben a végtagok hajlító oldalain, a törzs két oldalán, a gluteális tájakon és az állon székelnek. A maculák között itt-ott kissé hámló papulákat is látunk, különösen a tenyereken és a talpakon. A torokban csekély angina, a szeméremajkakon több erósió.

A belső vizsgálat ép szerveket mutat.

0.40 gm. a 606-os praeparatumból (pontosan közömbösítve).

Augusztus 13. A kiütés jóval halványabb, elmosódottabb; még a papulás kivirágzások is észrevehetően lecsökkentek.

Legmagasabb hőmérsék 37.5°. A befecskendés helyén alig van érzékenység vagy duzzanat.

Augusztus 17. A befecskendés helyétől lefelé körülbelül 10 cm.-nyire ökölnyi duzzanat érezhető a gerincoszlop mellett.

Augusztus 20. A már igen halványná vált kiütés hirtelen újra kipirosodott, jóval határozottabban látható.

Augusztus 24. A kiütés pirossága folyton csökken, azonban a karok feszítő és hajlító oldala még ma is sűrű, halványodó vörösségű maculákkal van borítva, a melyek a tenyér vastag hámló alól is előtűnnek. Ellenben a tenyereken székel papulás kiütés jóformán egészen eltűnt. A hátán még barnászörös foltok láthatók, az arc tiszta. Az alsó végtagokat a foltok még sűrűn borítják. A szeméremajkakon székelő erósiók jóformán egészen eltűntek. A befecskendés helyén már alig van duzzanat.

11. L. V., 40 éves kávé. Tizenhat év előtt extragenitális fekélye volt az alsó ajkon, a mely után ugyan volt kiütése, de valamely rendszerebb kúrában nem részesült. Négy évvel utóbb az orr csontjain periostitis támadt, a mely ellen néhány higanyos injectióval és kénésös pilulákkal kezelték. Újabb négy év után a bal lábszáron fekélyes folyamat támadt, a mely ellen öt vagy hat hetenként egyszer kapott befecskendést és belsőleg jodkaliumot használt. Két évvel ezután ugyanezen a lábszáron kiújult a baj, újra befecskendéseket és 3 bekenési kúrát kapott. Megint két év múlva ugyancsak újra támadt ezen a lábszáron duzzanat, fekélyedés és fájdalom, a melyek ellen körülbelül egy hónapig tartó bekenést és több injectiót kapott.

Tizenöt éve nős; neje első terhességében az 5. hónap elvetélt, utolsó terhességében pedig 4 napig élt gyermeket szült. A két közbeeső terhességből származott két fiú, 13 illetve 5 éves; mindkettő egészséges.

1910 márczius 9. A bal tibia egyenetlenül vastagodott; nyomásra és önként hevesen fájdalmas. A lábszár bőrén számos behegedt ulceratio nyoma.

A beteget 6 gm.-os bekenésekkel és izzasztásokkal kúráltam. Ugyanakkor jodnatriumot is szed, napi 2 gm.-nyi adagban.

A bekenések után, melyek egy hónapig tartottak, a fájdalom jelentékenyen enyhült, azonban nem multak el teljesen. A kúra befejezése után három héttel a bal alkaron duzzanata támadt, a mely különösen az ulnán és a könyökizületen volt igen kifejezett és a mely igen heves fájdalmakkal járt.

Július 25.-én a beteg Wechselmann tanártól Berlinben 0.45 grammot kapott a 606 praeparatumból.

Legmagasabb hőmérséke 38.7 volt. Az alkarcsontok és a

könyökizület duzzanata harmadnapra lecsökkent, a fájdalom elmult, s máig nem tért vissza.

Augusztus 13. A bal ulna felső harmadában még vaskos, a könyökizület rendes térfogatú. A bal tibián a vastagodás még éppen csak tapintható. Fájdalmasság sem önként, sem nyomásra nincsen.

A befecskendés helyén még most is gyermekfejnyi duzzanat tapintható, a mely nyomásra erősen fáj és tapintáskor olyforma érzést kelt, mintha kissé nehezen mozgó folyadék volna benne.

A beteg közérzete kitünő, a befecskendés óta 5 kgm.-ot hizott.

12. K. L., 26 éves postatakarékpénztári szolga. Egy év előtt kezdett rekedni. Röviddel azután kezelésük alá került, jodnatriumot szedett. Tavaly novemberben 30 bedörzsölést is kapott, azonban a rekedtség bár változó intenzitással, de folytonosan megvan és legutóbbi időkben úgy fokozódott, hogy a beteg teljesen aphoniás.

Augusztus 16. Gégészeti lelet. (Pogány dr.) Mindkét oldali hangszalag mintegy megkeskenyedettnek látszik; környékük erősen belövelt. Elülső végükön egy-egy ulcerált terület. A baloldali hangszalag mozgásában kissé elmarad; mindkét szalag széle egyenetlen, szakgatott. Az aryepiglottikus redő duzzadt, oedemás.

A belső szervek épek (Schmiedl dr.).

A lágyék- és hólyagmirigyek tapinthatók.

0.45 gm. a 606 praeparatumból (pontosan közömbösítve).

Augusztus 17. A hang tisztább. A hangszalagok halványabbak, az ulceratiók helyén kis szürke terület; az aryepiglottikus duzzanat lecsökkent. A mig tegnap a képletek duzzanata miatt a megvizsgálás nehézségekbe ütközött, ma jóval könnyebben volt teljesíthető.

Augusztus 18. Az ulceratiók eltűntek, a jobb hangszalag majdnem normális, a baloldali még keskenyebbnek és rövidebbnek látszik.

Baloldalt a befecskendés helyén dudor és infiltratio, mely kissé fájdalmas.

Maximális hőmérsék 37.8.

Augusztus 23. A hang majdnem teljesen tiszta. A befecskendés helyén mindkét oldalt, de különösen baloldalt, jókora elődudorodás, a mely fájdalmas, tömött és a mely jóval a befecskendés eredeti helye alatt székel. A baloldali dudor felett a bőr is piros egy kissé.

Augusztus 25. Az injectiók helye kevésbé érzékeny, azonban a patiens az injectiók helyétől előfelé, mindkétoldalt a hólyagvonal között székelő fájdalomról panaszkodik. A beteg étvágya jó, hizik.

13. R. S., 23 éves varrónő. Szembaja tulajdonképpen már gyermekkorában jelentkezett. Sokszorosan volt kezelés alatt. Kénésös kúrát felvételéig nem kapott.

Július 20. A középső metszőfogakon Hutchinson-féle félholdforma kivájlás. Szomszédos fogak mikrodontismust mutatnak. Mindkét szem keratitis parenchymatosa. A tibiákon egyenetlen dudorodások.

A beteget 3 grammos szürkekenőcsös inunctiókkal kezeljük. 20 bekenés után az eredmény a következő: mindkét corneán mély, füstszerű, helyenként sűrűbb, másutt áttetszőbb, elmosódott határú szürkésfehér homályok.

Mivel a bekenések eredménye (természetesen a beteget egész idő alatt localis kezelésben is részesítették) ily kevéssé kielégítő volt, elhatároztuk a 606-os praeparatum igénybe vételét.

Belső szervek épek. (Künstler dr.).

Augusztus 18. 0.45 gm. az Ehrlich-féle praeparatumból. (Pontosan közömbösítve.)

Augusztus 26. A befecskendés után láz nem volt, ellenben az injectio után támadt infiltratum még ma is kissé fájdalmas, kékesvörös, féltényérnyi pirosság borítja. Ennek a pirnak legtetten, körülbelül körömnnyi területen, gombostűfejnyi, vékonyfalú, elődudorodó, sárga tartalmú hólyagok csoportja ül. A hólyagcsák részben összefolytak.

Augusztus 29. Látás jobb. A jobb szem homályai határozottan tisztulásnak indulnak.

Az injectio helye felett támadt hólyagocskák lelapultak, részben leszáradtak.

Augusztus 31. Mindkét szem homályai már csak vékony, kékes, leheletszerű, elmosódott foltok formájában vannak meg.

14. L. J., 27 éves szabósegéd. Hét év előtt volt fekélye. Csak helyi kezelésben részesült. Egy év előtt az alsó állkapcsa fájt, száját nem tudta kinyitni. Ez a baja 6 hétig tartott és kanalas orvosságra mulott el. Később a bal vállra és karra terjedő fájdalmak jelentkeztek. Folyó év áprilisában Lipiken tartózkodott, a hol 70 bedörzsölést végzett.

Augusztus 23. Mindkét garatíven hegnyomok. Uvula balfelé elhúzódt. Mindkét térdizület, de különösen a jobboldali, belső felében jelentékenyen duzzadt. A hajlításuk tökéletlenül sikerül, fesztetésük teljesen.

A belső szervek épek.

Szemlelet: pupillák fényre renyhén reagálnak. A bal szem corneáján mély, füstszzerű, elmosódott határú, helyenként tömöttebb, másutt áttünőbb, fehéresszürke infiltrátumok. Consecutív irislobosodás. A jobb szem ép.

Augusztus 24. 0.45 az Ehrlich-féle praeparatumból, pontosan közömbösítve.

Augusztus 26. Corneális homályok összefolytak.

Augusztus 29. A látás tisztább. Corneális homályok határozottan tisztulnak. Penis bőrén herpes-eruptio.

Augusztus 31. Cornea még inkább tisztul. Herpes genitalis múltóban van.

(Folytatása következik.)

Az elmeórta fejlődése.

(Vége.)

Érdekes, hogy a japánok, kik a már 3000 éves chinai orvosi tudományt átvették, főleg Korea útján, abban az időben, midőn Európában elmebajosokat megégetnek, kivégeznek — gyógyítással próbálkoznak. Különböztetnek tárgyakat, állatokat, sőt a mint a mondákból ki lehet venni, embereket is áldoznak, hogy ezáltal elmebetegeken gyógyulást idézzenek elő, s míg nálunk Nagy Károly császár, Kálmán magyar király és Wier (1515) hiába emelik fel szavukat a boszorkányégetés ellen s mindezek ellenére a XVIII. század közepéig tart a boszorkányégetés: ott nincs szükség arra, hogy felvilágosodott elmék korlátozni igyekezzenek ily naiv babonát s mysticismust. A „Noi King“, mely körülbelül Krisztus előtt 200 évvel készült, az epilepsiát „Tin“ és az elmebajt „Kvong“ néven elkülöníti. Emlékezteti, hangulatbeli, érzés- és mozgásbeli zavarokat említ. A VII. században Krisztus után azt hiszik, hogy a szél benyomul a testbe, a vérben dysharmoniát idéz elő a positiv s negativ energiában. Vagy a hőséget, a hideget, a nedvességet, táplálkozást és kimerülést említik elmebajt előidéző okként. A lélek székhelyét a májba helyezik, a melyet megbetegít az erős szomorúság és fájdalom; a májjal együtt a lelket is megbetegíti s így áll elő az elmebaj (Schuzo Kure). 1722-ben a „Riwan Theraslina“-ban az elmebajról azt a naiv felfogást találjuk, hogy legenyhébb foka a tulságos jókedv és sok mozgás. Középfok, ha már az illető ruháit szagattja. Legsúlyosabb, ha már ezen is túlmegy: haját tépi, ordítózik és gyilkolási kedvet mutat. A gyógykezelésben a végtagok, izületek s az altest massage-a, meleg begöngyölések s a tűkúra viszik a főszerepet, különböző mérges növényekből készített gyógyszerek mellett. A róka, kigyó, kutya hitük szerint be tud mászni az emberi testbe s elmebajt idéz elő. Ezen állatokat a hónaljban és nyakon keresték apró csomók alakjában és azt hitték róluk, hogy sokáig a családban maradnak, sőt a gazdasági viszonyokra is befolyást gyakorolnak. Japánban a családi ápolás az „Iwa-kúra“ templom közelében évek óta fennáll s így minket, magyarokat jóval megelőzték e téren. Nálunk Európában azon elmebajosokat, kiknek téveszméi s ténykedései a katolikus vallás tanáival nem ütözköztek össze, megtűrték a kolostorokban, de az ördögöktől megszállott vallástalanokat kegyetlenül irtották. A katatonias, oszlopokon ülő, vagy hónapokon, sőt éveken egy helyben álló, továbbá a szabadban barangoló, vagy barlangokban lakó remetéket s oly elmebeteg nőket, kik érzékesalódásaikban az angyalokkal, sőt Krisztussal szerelmi viszonyt folytattak, szentekként tisztelték. Másokat, kik búskomorságukban vádolták és ördögnek mondták magukat, Istenüket megtagadták, megégették.

Míg a szeretet vallása „az egyedül üdvözítő“, e szerencsétlen betegek nem volt üdvözítő, a pogány törökök már gondoskodtak elmebetegeik elhelyezéséről s így azok védelméről. Leo Africanus szerint az első mohamedán elmebetegmenhely Fez városában volt, melyet már a VII. században építettek. A spanyol de la Merce szerzetesek meghonosítják hazájukban az elmebetegkórházakat, a törököknél láttak mintájára. Valencia az a város, hol az első ily nemű intézet épült Spanyolországban. Később a XIV. és XV. században az olaszok is követik a spanyol példát. A XVII. század elején a francziák is felveszik kórházba az elmebajosokat. 1660-ban épült a „Hôtel Dieu“ elmebajosok számára; 1681-ben Avignonban, 1728-ban Varsóban, 1741-ben Angliában is felállították az elmebajosok intézetét s 1757-ben már Philadelphiában is találunk ily nemű intézetet. Ugyanezen évben külön választják Angliában (Szent Lukács-kórház) a gyógyítható és gyógyíthatatlan elmebetegségeket. 1784-ben alapítja Bécsben II. József az első ausztriai elmekórházat (Krafft-Ebing). Az elmebetegek elhelyezése mellett a therapiáról is kellett gondoskodni. A therapia sokáig tapogatózott, a XVI. századtól a mult század elejéig. Maguk az orvosok sem tudták a gyógyeszközöket a kényszereszközöktől különválasztani. Plater (1537—1617), ha vigasztalással s szép szóval nem jutott eredményre, fenyegetéssel s ütlegeléssel végezte kúráját. Horn még 1800-ban kétszáz akó jegesvizet öntet a beteg fejére vagy valamelyik testrészére, a genitáliákra pedig hidegvizsugarat fecskendeztet. Nagy divatban volt e korban a zsákba varrás, koporsóba, sötét kamarába helyezés, kényszer-állás, mint csillapító s álomelőidéző tényező, a hinta és forgatható ágy az epilepsiás rohamok ellen. Az ezek előtti korból néhány igazán nevetséges eljárást jegyeztek meg fel. Az olyan betegnek, a ki azt hitte, hogy nincsen feje, nagysúlyú ólomsapkát helyeztek a fejére, téveszméjéből való kijózanodását czélozva. A ki hullőket képzelt hasában, jól meghánytatták, és a hányadékába becsúsztatták a kérdéses kigyót vagy békát. A ki erős fázásról panaszkodott s azt hitte, hogy teste kihül, tűz fölé helyezték.

A papság után egy időben a philosophusok hitték, hogy az elmebajok hozzájuk tartoznak s így a metaphysika és psychologia kezdi akadályozni különösen Németországban az elmeorvostan fejlődését. Heinroth azt fejtegeti, hogy mint minden betegséget a vallástalanság és gonoszság, úgy az elmebajt is a bűn okozza. Egyedüli óvszer a keresztény hit. Ideler azt állította, hogy az elmebetegség elvadult szenvedély. A bonni Nasse támadja meg az ethikai és psychologiai irányt (Zeitschrift für psychische 1818). Ő és követői az elmebajokat az agy megbetegedésének tekintik. Utánuk Jacobi annyira ment, hogy az agyat majdnem mellőzve, más szervekbe tette át az elmebajok központját. Neki azonban nagy érdeme, hogy a vegetatív szervekre ráirányította a psychiaterek figyelmét és megjelölte a természettudományi klinikai búvárkodás irányát. A leiró és megfigyelő irányban Fleming, Celler, majd Griesinger, kitől a gőcztünetek elnevezése származik, szereztek nagy érdemeket. Később Wundt búvárlatait, a Fritsch-, Hitzig- és Munk-féle kísérleteket is értékesítik az elme-gyógyászatban. (Moravesik).

Az elmebetegek kezelése az elmekórházakban még a XIX. század legelején is kényszereszközökkel történt. A nagy küzdelemben, mit a kényszereszközök elvetése ellen folytatnak Franciaországban, Dacquin az első, a ki munkáiban a kényszereszközök elvetéséről ír, de valóságban mégis csak Pinel veszi le a betegek lánczeit. És mégis, Esquirol-nak 1818-ban jelentést kell tennie a ministeriumnak, hogy a kényszereszközöktől újra megszabaduljanak a betegek. Tucque York városában 1796-ban humánus irányú elmeorvosi intézetet épített. Ennek ellenére azonban még 1815-ben is volt Angliában olyan nyilvános intézet, hol kényszereszekek, vas-karikák, melyek a beteg nyakára voltak erősítve s a beteget csak felállításra és leülésre képesítették, voltak divatban. (A no-restraint-system dicsősége Conolly nevéhez fűződik.) Gondoskodni kezdtek már most olyan ápoló személyzetről, mely kutyakisérlet s botok nélkül járt a betegek közt s orvosokról, kik cursust hallgattak az elmebajok tudományából. A szabadkezelés eleinte bizonyos hátrányokat mutatott e rendszernek annyi előnye mellett. Tudniillik tapasztalták ugyan, hogy a betegek nyugodtabbak lettek, a gyógyulás is nagyobb százalékban történt, de a mellett az öngyilkosságok száma szaporodott. Csak ezek után lépett életbe az állandó felügyelet. (Hamburgban még 1784-ben a kórházban, ha este 10 óra

után halt meg a beteg, csak másnap távolították el, s ágytársának addig ott kellett feküdni a halott mellett. Griesinger).

A humanismus e szép küzdelme az érzéketlenség ellen mégis sokakat nem indított meg. A kényszerkezelésnek mindezek ellenére sok híve maradt, úgyannyira, hogy például Jacobi is nagy barátja a kényszerszéknek s kényszerkosárnak.

Már az ókorban is felismerték a vizgyógymód nagy jelentőségét, az internálást, foglalkoztatást, de sok olyant követtek el, a mi homlokegyenest ellenkezik a mai felfogással. Ha például sötét helyre helyeztek oly beteget, kinek érzékesalódásai voltak, (a mint azt a bithiniai Asclepiades tehetett), azzal csak növelték az illúziókat s hallucinációkat. S a későbbi korban divatba jött téveszmeleszoktatási kísérletek sincsenek hasznára a betegnek, továbbá a japáni tűszúrás kúra sem mondható a betegre kellemesnek.

Mai felfogásunk szerint, hogy a beteget alapos gyógykezelésben részesíthessük, első sorban a lelkiismeretes vizsgálat szükséges; a mi psychiatriai vizsgálatunknak nagyon részletesnek kell lennie. A testnek is nemcsak egyes szerveire, hanem egészére ki kell terjeszteni figyelmünket, hiszen a vegetatív szervek megbetegedései fontos szerepet játszhatnak az elmebajok előidézésében. S a test mellett a psychét is a maga teljességében, vagyis az embert a maga egészében vizsgáljuk. A psyche vizsgálatok az álom, a közérzet, hangulat, tudatosság, felfogás, kritika s belátás számos változatát kutatjuk, s nemcsak a beteg, de elődei s rokonsága szellemi állapotát is latba kell hogy vessük a tünetek értelmezésénél. A vizsgálat alapossága mellett a beteggel való bánásmód fontos tényező, a mely más betegségekben sokkal kevésbé jön tekintetbe. Ez nagyon próbára teszi az orvos türelmét és idegrendszerét. Sokszor az orvos egyénisége gyógytényezőként szerepel (különösen hysteriásokkal szemben).

Az elmebetegügy a társadalom fontos kérdései közé tartozik. A beszámíthatóság kérdése már a római jogászokat is foglalkoztatja. Az insanusnak megbocsát a bíró, de a furiosust elítéli saját belátása szerint. Később, például 1445-ben, megtörtént, hogy egy elmebajos megölt egy nőt. Férje, noha az elmebaj nyilvánvaló volt, a gyilkosnak halálát kívánta s csak a fejedelem (Frigyes) és mások kérésére elégszik meg a beteg életfogytiglani bezárásával.

Mai napság szakértőket alkalmaz a törvény az előtte kétséges elmeállapotok megfigyelésére s gondoskodik a betegek elhelyezéséről, sőt az intézetből elbocsátáskor is a gondnokság alá helyezés vagy a kiskorúság meghosszabbítása által, s csak oly esetben engedélyezi a kibocsátást, ha az elmebeteg legközelebbi hozzátartozói írásban kötelezik magukat a felügyeletre és ápolásra.

Zsakó István dr.

Irodalom. Shuzo Kure: Geschichte der Psychiatrie in Japan. Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie. — Moravcsik: Gyakorlati elme-kórtan. — Krafft-Ebing: Lehrbuch der Psychiatrie. — Kirchhoff: Lehrbuch der Psychiatrie. — Berger: Über die körperlichen Ausprägungen psychischer Zustände. — Levinstein-Schlegel: Griesingers Pathologie und Therapie der psych. Krankheiten. — Feuchtersleben: Lehrbuch der ärztlichen Seelenkunde. — Hirschclaff: Hypnotismus und Suggestivtherapie. — Laehr: Gedenktage der Psychiatrie.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Enzyklopädie der mikroskopischen Technik. Herausgegeben von Ehrlich, Krause, Mosse, Rosin und Weigert. Zweite Auflage. II. Band. Berlin u. Wien, Urban und Schwarzenberg.

A czimben jelzett munka új kiadására nemrégiben hívtuk fel a figyelmet, az I. kötet megjelenése alkalmával. A II. kötet, a melylyel egyszersmind be is fejeződött a munka, csakhamar követte az első, őszinte öröme mindazoknak, a kik mikroszkopi dolgozásuk alkalmával megbecsülni tanulták e jeles munka régebbi kiadását. A jeles munkatársak nagy gárdája és a szerkesztők gondos, mindenre kiterjeszkedő közreműködése teljesen a mai kor színvonalára emelte az új kiadást, a melyet — tekintettel arra, hogy a mikroszkopiával mind behatóbban foglalkoznak orvosaink és hogy a laboratoriumok száma, a melyekben ennek a munkának

hiányoznia nem szabad, mind jobban szaporodik — alkalmasint rövidebb időközben fog követni a harmadik kiadás, mint a milyen eltelt az első és második kiadás megjelenése között. A két vaskos kötet ára 60 korona

Prof. B. Bendix: Lehrbuch der Kinderheilkunde. Sechste Auflage. Berlin u. Wien, Urban u. Schwarzenberg.

A jónévű berlini gyermekorvos tankönyve, melynek előbbi kiadásait ismételtelen ismertettük lapunkban, a napokban hatodik kiadásban hagyta el a sajtót. Tankönyvnek mindenesetre a legfényesebb ajánlólevél, ha 11 év alatt 6 kiadást ér meg.

Nem akarunk újból azon kiváló tulajdonságokkal foglalkozni, a melyeknek ez a könyv nagy elterjedtségét, közkedveltségét köszöni. Csupán azt kívánjuk kiemelni, hogy az új kiadásban a szerző a legnagyobb mértékben figyelembe vette azt a nagy haladást, a melyet a gyermekorvostan az utóbbi években tett. Ennek megfelelően úgyszólván teljesen újjáalakult a csecsemők táplálkozás-zavarait tárgyaló nagy fejezet, nemkülönben a spasmophiláról szóló tan is kellő méltánylásban részesült ezen új kiadásban, mely bizonyára az előzőkéhez hasonló — méltán kiérdemelt — kedvező fogadtatásban fog részesülni főleg a gyakorló orvosok részéről, a kiknek szükségleteit mindenkor első sorban veszi figyelembe. A 670 nagy lapra terjedő kötet ára 18 korona.

Lapszemle.

Belorvostan.

A bélérgék jelentőségéről a typhus abdominalis kezelésében ir Barabaschi. Azt találta, hogy 26 typhusos beteg közül 96⁰/₀-nak a belében voltak bélérgék (főleg trichocephalusok), míg a nem typhusos egyének közül csak 26⁰/₀-nak a belében sikerült ilyeneket kimutatni. Ismeretes, hogy egészséges egyének bél-sarában is találtak már typhus-bacillusokat; ezen egyének belének nyálkahártyáján nyilván nem voltak meg azok a kis sérülések, a melyeket az esetek nagy részében bélérgék okoznak s a melyek kaput nyitnak a typhus-bacillusoknak behatolására a bélfalzatba. A typhus elleni védekezésben tehát a typhus-bacillus bélbe jutásának megakadályozása mellett szerepet kell juttatni a bélérgék elleni küzdelemnek is. (Gaz. degli osped., 1910. 25. szám.)

A syphilisben szenvedők reagálását tuberculinra tette vizsgálat tárgyává Nicolas, Favre és Charlet. Ismeretes, hogy sok esetben még szövettani vizsgálattal is igen nehéz megállapítani valamely laesióról, vajjon gümőkóros avagy syphilises eredetű-e. A szerzők tehát azt a kérdést óhajtották eldönteni, vajjon a tuberculin megbízható segédeszköz-e az ilyen esetek elbírálásakor. E célból 47 olyan syphilises egyént, a kiken a gümőkór legcsekélyebb klinikai jele sem volt kimutatható, részint bőr alá oltottak tuberculinnal, részint pedig a Pirquet módszerével vizsgálták. Az esetek következők voltak: 7 beteg primaer affectióval, 22 beteg másodlagos nyilvánulásokkal, 6 beteg tertiaer syphilissel, 12 beteg parasyphilises bajokkal. Az eredmény rövidesen összefoglalva az volt, hogy a syphilises betegek éppen oly nagy számmal reagáltak a tuberculinra, mint a gümőkórosak, sőt a tuberculin bőr alá fecskendezése után beállott reactio többnyire erősebb és hosszasabban tartó volt a syphilis-esetekben, mint a gümőkórosokban. Ezek szerint tehát a tuberculin nem használható a gümőkóros és syphilises laesiók megkülönböztetésére. (Lyon méd., 1910 március 20.)

Bronchus-diphtheria esetét közli Schols. A 2¹/₂ éves gyermek hirtelen dyspnoeás lett, a nehézlégzés-rohama azonban csakhamar megszűnt, úgy, hogy a rövidesen megérkezett orvos már látszólag egészségesnek találta, torkában és tüdejében nem tudott kórosat kimutatni; a gyermek láztalan volt. A rákövetkező éjjel két hasonló nehézlégzés-roham állott be, de egyébként a gyermek jókedvű volt, játszott. Harmadnap véletlenül tett látogatása alkalmával éppen egy ilyen újabb roham közepette találta a szerző a beteget, a ki cyanosisos volt, sipolva légett s a kinek jobb mellkasa felett hallgatódzaskor semmiféle légzészörej sem volt kivehető, úgy hogy a jobboldali főbronchusnak idegen test okozta elzáródását kellett felvenni. A kórházba szállított betegen azután tracheotomiát és bronchoskopiát végeztek, de semmit sem találtak. Végbélhőmér-

séke 37.3 C° volt. A megbetegedése kezdetétől számított 6. napon a gyermek fokozódó nehézlégzés közben meghalt. Köhögés az egész betegség alatt nem mutatkozott. Bontolásakor a hörgőkben diphtheriás alhártyákat találtak, a melyek időnként elzárva a hörgők ürítet, okozták a nehézlégzés tüneteit. A diphtheria diagnózisát egyébként a bakteriologiai vizsgálat is megerősítette, nemkülönben az a körülmény, hogy két nappal utóbb a beteg fivére kifejezett torokdiphtheriában betegedett meg. A szerzőnek azóta volt még egy hasonló eset, amelyben azonban tüstént a serumtherapiára folyamodott, mire a nehézlégzés csakhamar megszűnt. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk., 1910 márczius 5.)

Elmekörtan.

A delirium tremens gyakoriságáról a stockholmi 1909 augusztus—szeptember havi általános sztrájk idejében közöl érdekes megfigyeléseket *Wigert*. Az 1909 évi stockholmi általános sztrájk alkalmával nagyobb zavargásoktól félték, azért a kormány augusztus 2-i rendelete a pálinka, bor és sör utcai elárúsítását tiltotta, majd augusztus 4-én végleg betiltották a pálinka és ehhez hasonló ital árúsítását, de megengedték, hogy a vendéglőkben étkezés közben bort vagy sört szolgáltatassanak ki. E tilalmat az általános sztrájk megszűnte után lassan visszavonták és pedig olyképpen, hogy szeptember 7-én megengedték a pálinka árúsítását, az utczán át való árúsítás szeptember 20-án kezdődött meg, de a pálinkaméréseket csak október 4-én nyithatták fel. Augusztus 4.-től szeptember 7.-ig tehát csaknem teljes alkoholtilalom állott fenn.

Stockholmban a tiszta delirium tremens-esetek száma (mert csak ezekről számol be a szerző) az alkoholtilalom előtt hetenként átlag 4-6 volt (1—9 között ingadozott). Ezzel szemben az alkoholtilalom első hetében tizenhatra, vagyis az átlagos számnak csaknem négyszeresére emelkedett, a milyen magasságot ezelőtt sohasem ért el. A második héten már csak egy delirium tremenses volt, majd négy hétig egyetlen egy eset sem fordult elő. Szeptember közepétől, a mikor az alkoholtilalom megszűnt, ismét jelentkezik a deliriumosok, kezdetben csak elszórtan, de októberben, a mikor a pálinkamérések is megnyitáltak, a delirium tremensesek száma ismét a rendes határok között ingadozott.

Hogy a delirium tremensesek száma az alkoholtilalom első hetében annyira felszaporodott, azt kezdetben úgy magyarázta a szerző, hogy az alkoholisták jó előre gondoskodtak alkohol beszerzéséről és azért többet ittak. De csakhamar kiderült, hogy feltevése hibás volt, mert az alkoholtilalmat megelőző napokon nem adtak el több alkoholt, mint máskor. E mellett szólt még az is, hogy az alkoholtilalmat követő napokon az alkoholos bűntettek száma negyvenhatról hatra, négyre, sőt kevesebbre csökkent, holott ha a feltevés igaz volna, hogy a delirium tremensesek száma azért szaporodott, mert az iszákosok többet ittak, az ellenkezőt kellett volna tapasztalni.

Az alkoholisták egy része az alkoholtilalom ideje alatt denaturált spirituszt ivott és e mérgezések száma fel is szaporodott. A denaturált spiritussal való mérgezés mindenkor súlyos acut alkohol-intoxicatio képét mutatta, delirium tremens egyszer sem fordult elő. Ezért az sem vehető fel, hogy a denaturált spiritusz-mérgezés idézte elő a delirium tremens szaporodását, de különben is e mérgezések már akkor jelentkeztek, a mikor a delirium tremens teljesen megszűnt.

Ily módon csak azt tételezhetjük fel, hogy a delirium tremens azért szaporodott fel hirtelen, mert az iszákosoktól hirtelen elvonták az alkoholt. A szerző maga is beismeri, hogy adatai részben hiányosak. részben rövid időre vonatkoznak, úgy ahogy általános érvényű következtetés nem vonható belőlük, de mindenesetre fontos adatot szolgáltatnak a kérdés eldöntésére. (Zeitschrift f. d. gesamte Neurol. u. Psychiatr., 1910. I. kötet, 556 l.)

Goldberger Márk dr.

Sebészet.

A bélinvaginatio mechanizmusára vonatkozó kísérletekről számol be *Propping*. Házinyulakon phystogimin-injectiókkal bírta ezt az állapotot előidézni. Ezáltal elég gyakran sikerült ezt az állapotot létrehozni, a leghosszabb 6 cm. volt; az így képződött invaginációk azután spontán oldódtak is. Az invaginatio létre-

jöttének legfőbb feltételét az invaginatum körkörös rostjainak tetanikus összehúzódása alkotja. ez a tetanikusan összehúzódott részlet meg is nyúlik, mi által az aborális normalis tágságú részletet beborítja s most már az aborális fekvő invaginans húzódik reá az invaginatumra. Az invaginatio spontán megszűnése létrejöhet:

1. Az összehúzódott bélrészletek elernyedése és a betüremkedett mesenterium húzása által. Ez azonban csak igen kisterjedelmű bélbetüremkedések spontán desinvaginációjára elegendő.

2. Az invaginatio feletti bélrészletek peristalticája kihúzza az invaginatumot az invaginansból; ez csak akkor jut érvényre, ha az invaginatio a bélpassagét megszünteti.

3. Az invaginatio alatti bélrészlet összehúzódása, mely successive kinyomja az invaginatumot az invaginansból. A spontán desinvaginációt megakadályozza s az invaginációt állandóvá teszi az invaginatumnak circulációs zavarok folytán való megduzzadása. (Mittheilungen a. d. Grenzgebieten, XXI. k.) P.

A temporaer laminektomia egyszerű módszerét közli *C. Hoffman* (Köln-Kalk). A tövisnyújtványok fölött megfelelő kiterjedésű hosszmetsszéssel hatolunk be. A tövisnyújtványok mindkét oldalán az izomzatot lehetőleg tompán a csigolyaívekig leválasztjuk és a harántnyújtványokig hátratuljuk. A vérzést tamponáddal állítjuk el; a periosteumot nem sértjük. Ezután átvesszük a csigolyaíveket, a lig. interspinosumot vagy a seb felső vagy alsó részében átvágjuk és ezután a periosteumból, csontból és lig. interspinosumból álló osteoplastikus lebenyt visszahajtjuk. A durá matert hosszmetsszéssel nyitjuk meg. A gyököknek resectiója után a durát továbbhaladó varráttal zárjuk, az osteoplastikus lebenyt visszahajtjuk, az izomzatot és fasciát a proc. spinosusok felett összevarrjuk és a bőr sebszéleit egyesítjük. A műtét körülbelül fél óra alatt eszközölhető. A módszer előnye *Hoffman* szerint főleg az, hogy elkerüljük a gerincoszlopnak állandó hiányát és elkerüljük azt, hogy a gerincszelvet védő csontborítékától nagy kiterjedésben és állandóan megfossszuk. (Centralblatt f. Chirurgie, 1910. 20. sz.)

Gergő.

A has melegítésének hatása hasműtétek után. Hosszasabban tartott hasműtétek után akárhányszor súlyos tünetek mutatkoznak. Ezeket a tüneteket különbözőképpen értelmezik (kezdődő peritoneális sepsis, chloroformhatás stb.) s ellenük konyhasóinfúziót, bélikimosást stb. ajánlanak. *Miramond de la Roquette* szerint ilyen esetekben kitűnő szolgálatot tesz a hasra alkalmazott forró levegő- illetve fényfürdő. A hypothermia megszűnik, az általános állapot javul, a fájdalom mérséklődik, a diuresis fokozódik, a szék és a szelek megindulnak. Állatkísérletek kimutatták, hogy a has melegítésére a peritoneum és a mesenterium bővébb lesz, a hasüreg hőmérséke (kisebb fokban a testé is) fokozódik, az ellenanyagok nagyobb mennyiségben termelődnek, a belek hűdése csökken, a phagocytosis erősödik s a veseműködés javul. (Progrès médical, 1910. 14. szám.)

Börkörtan.

Lupus erythematodes acutus illetőleg subacutus esetében kimutatott gümöbacillusleletről ír *G. Arndt* (Berlin). A lupus erythematodes aetiologiája még máig is vitás. Míg a szerzők egy része a tuberculosist, sőt okozati szerepet tulajdonít, addig mások (*Jadassohn*, *Unna* s mások) egészen más, jelenleg még ismeretlen kórokozót vesznek fel a lupus erythematodes kóroktanában. Azok, a kik a lupus erythematodes gümös eredetét állítják, különösen arra hivatkoznak, hogy ez a bőrbántalom nem ritkán kombinálva található tüdőgümösödéssel, mirigygyengedéssel és némely bizonyosan gümös eredetű bőrbajjal (például lichen scrophulosorummal). A kérdés eldöntését nehezíti, hogy a bizonyosan gümös természetű lupus vulgaris és a lupus erythematodes klinikailag és szövettanilag teljesen eltér egymástól. Gümöbacillust a lupus erythematodesben mindeddig nem sikerült kimutatni. A kissé gyér számban végzett oltási kísérletek állatokon ugyancsak negatív eredményt adtak. A szerző 31 éves férfibetegének tiposus lupus erythematodeséből egyes gőczokat kimetszett s azokat gümöbacillusra több módon vizsgálta. Elsőben is paraffin-sorozatos metszeteket készített s azokat különböző specifikus módon festette. 175 *Ziehl-Neelsen*-nel festett készítmény átvizsgálása azonban teljesen negatív eredményre vezetett. Meglepő eredményt adott

azonban egy másik vizsgálati eljárás. A szerző ugyanis minden cautela betartása mellett egy kimetszett gócot mozsárban összeaprított és 20%-os antiforminoldatban feloldott. Centrifugálás után a felkent sedimentumban Ziehl-Neelsen-festéssel részben egyesével, részben nagyobb tömegben finom, karsú, hol egyenes, hol kissé görbült pálcikák voltak kimutathatók, a melyek úgy alakilag, mint festés dolgában teljesen a gümöbacillusnak feleltek meg. Minthogy az antiformin iránti resistentia és egyéb körülmények is valószínűvé tették, hogy a talált bacillusok csakugyan tuberculosishacillusok, a szerző hasonló lupus erythematoses anyaggal tengerimalacot is oltott. Az oltási eredmény idáig még nem adhatott végleges választ. (Berliner klin. Wochenschrift, 1910. 29. sz.)

Guszman.

Venereás bántalmak.

Az Ehrlich-Hata-féle syphilisellenes gyógyszer. Az elmúlt hét folyamán ismét több közlés jelent meg, mely a „606” gyógyító értékével foglalkozik. A legutóbbi közlések közül most már több akad olyan, mely az eddigi kissé túlvérmes reményeket némileg lelohasztani alkalmas. Kromayer eddigi tapasztalása sem túlságosan biztató (Theoretische und praktische Erwägungen über Ehrlich-Hata 606. Berliner klinische Wochenschrift, 1910. 34. sz.), bár meg kell említenünk, hogy ez a vizsgáló aránylag igen alacsony adagokkal (0.3 gm.) dolgozott. Hiszen a szétküldött gyógyszeréhez csatolt levelében újabban maga Ehrlich is felszólítja az orvosokat, hogy 0.45—0.6 gm.-nál kisebb dosist lehetőleg ne alkalmazzanak. Kromayer tapasztalása 27 esetre vonatkozik. A kezelés gyengén alkáliás intramusculáris injectiókból állott. Kiemeli, hogy a kénés és a 606 nem zárja ki egymást a therapiában, sőt a két szer éppen kiegészítő hatás dolgában egymást. A 27 eset közül 3-ban a gyógyulás nem volt tökéletes, 5-ben pedig recidiva állott be. A 3 nem tökéletes gyógyulással járó eset plaque-okra és papulákra vonatkozott. Az 5 recidivás eset a következő: 1. Primaer affectio és roseola. Két hóval a 606-os injectio után papulás recidiva. 2. Papulo-pustulás syphilid, 4 héttel az injectio után angina specifica. 3. Primaer affectio. A kezelés után 5 héttel maculo-papulás kiütés (nem tekinthető recidivának, hanem csak a korai kezelés sikertelenségének. Ref.). 4. Nyelvpapulák. 14 nappal később recidiva in loco. 5. Papulo-pustulás kiütés, néhány héttel később ugyanolyan kiütés. A siker kimaradása Kromayer szerint néha nemcsak a kicsiny adagon múlik, hanem azon is, hogy a szer talán csak nehezen jut az infiltratum nagy tömegébe, a syphilomába. Tapasztalása szerint különösen két fontos tulajdonsága van a 606-nak. 1. Gyorsan resorbeálja a kóros szövetet, a syphilomát és 2. gyors proliferációra bírja a hámszövetet s így a behámosodás feltűnő gyorsan megy végbe. Minthogy ma még nincsen eldöntve, hogy a Hata-kezelés nagyobb mértékben gyógyítja-e a syphilist mint az eddigi kezelés, helytelen volna a régi kénésos kúrát a közönséges secundaer és tertiaer esetek gyógyításából kirekeszteni. A régi és új kezelés kombinálását semmi sem akadályozza, sőt talán éppen ez szolgálja legjobban a beteg érdekét. Mindazon esetben, a melyben a kénésos kezelés akadályba ütközik vagy eredménytelen, a 606 egyenesen indikált. Ilyenkor a mellőzését Kromayer is „műhibának” tartja. Indikálnak látja a szer alkalmazását különösen friss primaer-affectio esetében is.

C. Fraenkel és C. Grouven (Erfahrungen mit dem Ehrlich-schen Mittel „606”. Münch. mediz. Wochenschrift, 1910. 34. sz.) 10 hét alatt 80 esetben kísérlete meg az új szert. Három esetben intravenásan alkalmazták a szert. Egyik esetükben, mely az injectio után 3¹/₂ órára halállal végződött, oly befecskendési eljárást követtek, mely több volt mint bátor. A jól kitapasztalt eljárást helyett (Alt, Schreiber), mely a szernek erős hígításából (250—300 cm³) áll, a 0.4 gm.-nyi adagot csak 15 cm³ mennyiségű folyadékban vitték a vérpályába. Ugyanezek a szerzők a betegeknek a 606 iránti toleranciáját is tanulmányozták. A legnagyobb egyszeri adag 1.2 gm. volt. 17 esetben a szert kétszer adták, 6 esetben háromszor. Az intervallum az egyes injectiók között 14 nap volt. A kétszeri injectiók legnagyobb összadagja 1.8 gm. volt, a háromszoriaké 2.4 gm. Mindezek ellenére súlyosabb mellékhatást vagy mérgezést nem észleltek. Megemlítik azonban még a szerzők, hogy olykor morbilliszerű kiütést tapasztaltak, máskor pedig erysipelasszerű pirt, mely az injectio helyéről indult

ki. Egyik esetükben az arczon levő papulákban a kezelés után két hónap múlva is voltak még bőven mozgó spirochaeták.

Jó eredményről számol még be K. Junkermann (Die Behandlung der Syphilis mit Ehrlich-Hata 606. Mediz. Klinik. 34. sz.) és E. Eitner (Kasuistik über Ehrlich 606. Wiener Klinische Wochenschrift, 1910. 34. sz.)

K. Alt, a ki a 606-ot először próbálta ki betegeken, most ismét nyilatkozik egy rövid közlés keretében. (Zur Technik der Behandlung mit dem Ehrlich-Hataschen Syphilismittel. Münchener mediz. Wochenschrift, 1910. 34. sz.) Megjegyzései ezúttal különösen az Ehrlich-féle injectiók technikájára vonatkoznak. Most is még az alkáliás adatokhoz ragaszkodik. Savanyú közegben a szer egyenesen mérgező hatású lehet. Óvatosságra int a suspensiók adásakor, főleg akkor, ha ismételt adják, mert ilyenkor az esetleges gyorsabb felszívódás hirtelen mérgezésre vezethet. Guszman.

Fülörvostan.

Az agypunctio veszélyeiről hosszabb közleményt ír Reinking. Bár az otogen agytárgyak legtöbbször a középfülben vagy a labyrinthban levő eredeti fertőzési gócpont közelében székelenek, feltalálásuk mégis nem könnyű feladat. Próbaszúrásokat kell tenni az agyba sokszor több irányban, míg a tályogot feltalálhatjuk. A próbaszúrásokat késsel vagy közönséges Pravaz-féle fecskendővel végzi a legtöbb fülörvos, s ha feltaláltatott az agytályog, az ily módon készített csatornát még magfogóval vagy Péan-féle verőérszűrtővel terjesztik szét, hogy a rendesen sűrű geny kifolyhasson. Ezen durvának látszó beavatkozás a legtöbb esetben semmi hátrányos következménnyel nem jár. Azonban mégis sok őszintén bevallott esetet ismerünk, a melyben halált vagy más káros következményt okozott. Ezért nagyon jó szolgálatot tesz Reinking, hogy ezen eseteket összegyűjtve, megtanítt azon módokra, melyekkel a veszedelmet elkerülhetjük vagy legalább is csökkenthetjük. Az agypunctiónál a következő veszedelmek fenyegetnek:

1. A kéreg dűcszejtjeinek és a fehér állomány rostjainak a megsértése az általunk használt területen, akár tüvel, akár késsel, legtöbbször nem okoz semmi tünetet. Néhány esetet azonban ismer az irodalom, melyben, leginkább a magfogóval és a Péan-nal eszközölt exploratióknál, kiterjedt lágyulási processzusokat indított meg a punctio.

2. A nagy centrális agydúcok megsértésének a veszélye csak akkor foroghat fenn, ha 3—3.5 cm.-nél mélyebbre szúrunk, ez azonban ritka eset.

3. Az oldalgyomrocsok megnyitása veszélyes lehet annyiban, hogy a punctióval egyszersmind megfertőztetik az agygyomrocs, például ha az agygyomrocs és a tályog között közvetlen összeköttetést hoz létre; vagy a plexus erei sérülhetnek meg, a mikor nagy, a gyomrocsokat és a gerincezvelő csatornáját is kitöltő halálos vérzés keletkezik. Végül ha az agygyomrocsból hosszabb ideig szivárog a liquor, meningitis keletkezik.

4. A nagyobb vérerek könnyen megsérülhetnek. Így Bergmann-nak egy esetében a kisagyba késsel történt többirányú beszúrás után a kisagybeli vérzés következtében légzési hűdés s rögtön halál állott be. Ilyen esete volt Pfeiffer-nek is, pedig a beszúrást Pravaz-fecskendővel végezte. Tütze, Bewer, Dench, Heine stb. is közölnek ehhez hasonló eseteket.

5. A virulens csiráknak a behurcolása szintén nem csekély veszélyt rejt magában. A következő lehetőségek állanak fenn. Az inficiált durából a pia és az agyállomány inficiálthatatik. Ha a lágy agyburok már inficiálva van, akkor innen a genyedés az agyba terjedhet. De fordítva is lehetséges, hogy az agytályogból lefolyó geny az agyhártyát inficiálja. Mi fülörvosok megszoktuk — legalább legtöbbször — az agyat a mastoid, vagy a radikális műtétü üregből pangálni. Ezen sebüregek elől teljesen inficiálva vannak. A dura a legtöbb olyan esetben, melyben az agypunctio indikált, granulál, meg van vastagodva, s a szövetébe be vannak ágyazva a pathogen csirák. A durát aseptikussá tenni lehetetlen akár sublimáttal, akár superoxyddal. Még akkor is, ha egészségesnek találjuk a durát, a felszabadítása pillanatában már fertőződött. A tisztogatás legfeljebb bakteriumokban szegényebbé teszi. Hogy ilyen körülmények mellett is aránylag csak ritkán következik be a lágy agyburokban secundaer fertőzés, annak oka először is az, hogy a

lággyagburkon néha csak kiskókú reaktiv gyuladás következtében is partiális összenövésök keletkeznek, úgy hogy az infectiót okozó bakterium nem juthat be a burkok közötti üregbe. Ezen szerencsés complicatio azonban nincs mindig jelen. Második körülmény, a mely az infectiót akadályozza, az, hogy a dura átmetszésekor kifolyó liquor az esetleg jelenlevő csirákat elmossa. Ezenkívül, harmadszor, a genyedés következtében megduzzadt agyállomány szorosan odafekszik a trepanatiós nyílásba, annyira, hogy elégséges elzáródás keletkezik a bakteriumok útja előtt. Később az agy és az agyhártyák között összetapadás is keletkezik. Ha ilyen összetapadás nem jön létre, akkor tartósan folyik ki a liquor, s ilyen esetben a meningitis veszélye nagy. Ilyen származású meningitis-eseteket közölnek: *Zaufal, Miodovszky, Oppenheim, Rotter*. Az agy szövetének fertőzése is több esetben észleltetett (*Zaufal, Körner, Grunert* és *Mayer* stb.), a fertőzés a szűrés vagy metszés csatornája mentén keletkezett s kisebb-nagyobb tályogokban nyilvánult.

6. Az agy-prolapsusok előállítására főleg az ad alkalmat, hogy ha az agypunctio céljaira a dura előzetesen felhasíttatik. Csak agybeli nyomásfokozódás kell hozzá, mely a liquor lefolyása által nem egyenlített ki. Ilyen eset nagy számmal van az irodalomban említve. Ez legtöbbször nem veszélyes. A prolapsus a gyógyulás után rendesen visszahúzódik a koponyaüregbe. Néha azonban állandóvá válik, sőt rossz kimenetelt vonhat maga után.

Reinking az exploratív agypunctiók és incisiók következtében támadható veszélyek elkerülésére a következőket ajánlja:

1. Az agyszövetnek és agykéreg dűcséjtjeinek a megsértését egészen elkerülni lehetetlenség ugyan, de legesékélyebb az, ha tüvel csináljuk a beszűrást, nagyobb, ha szikével, és legnagyobb, ha verőérbefogó csipővel vagy magfogóval dolgozunk.

2—3. A nagy centrális agydűcsök és az oldalkamarák megsértését elkerülhetjük, ha 3—3½ cm.-nél mélyebbre nem hatolunk be; minthogy az agytályogok majdnem mindig közvetlenül az elsődleges genyógóc közelében vannak, nagyobb mélységre behatolni felesleges is. Éppen ezért a punctió üreges tűt centimeter jelzősekkel ellátni nagyon tanácsos.

4. A mi a vérzés veszélyét illeti, a tű veszélyességét elháríthatjuk azzal, hogy az élet kissé letompítjuk; akkor a vérerek könnyen kitérnek előre. Sokkal kevésbé lehet a szikével való exploratió a vérzést elkerülni, mert a késsel nem csak szűrünk, hanem metszünk is egyszersmind. Itt is kisebb azonban a veszély, ha a kés nem tulságosan éles. Hogy az esetleges vérzésnek a helyét könnyebben megtaláljuk, ajánlatos a széles trepanatio és a dura széles incisiója. A fülséb mélységéből a tegmen fölött keletkezett vérzést kevésbé könnyen és kevésbé biztosan lehet elállítani, mint a felületen helyről jövőt, ezért az exploratiót a fülséb mélyebb részétől kifelé kell elkezdni.

5. Az agyhártyának és az agynak másodlagos infectiója csak akkor állhat be a tű és a skalpell használatánál, ha ezen eszközök beteg szöveten haladnak keresztül. Ezen veszély ellen csak az biztosít, hogy ha, mint *Schwartz* és *Brieger* ajánlják, a punctiót aseptikus helyen szabadabbá tett durán át eszközöljük. Ha olyan nagykiterjedésű extradurális tályog van jelen, hogy lehetetlen a punctiót aseptikusan szabadabbá tett durán át végezni, akkor ajánlatos, ha csak lehetséges, néhány napig várni, míg a megbetegedett szövet némileg megtisztult, és csak azután pungálni. Ilyenkor a legtöbb esetben nem jön létre infectio. Ha azonban ily esetben a tünetek gyors beavatkozásra kényszerítenek, a durát szélesen kell feltárni és a lecsupaszított agyon át pungálni, így az infectio veszélye kisebb. Hogy az agytályogból kifolyó geny ne inficiálja az agyburkokat, arra nézve különféle methodusok vannak használatban. *Neumann* a durát keresztmetszéssel azonnal szélesen feltárja. Ezután vár addig, míg az agy a nyílásba félgömb alakban bele nyomul. Ez agytályog jelenlétében gyorsan be is következik. Csak ha az előtolduló agy összeszorította a subdurális üreget, végzi be a punctiót. Ha az agy nem nyomul ki, az a *Reinking*-ék tapasztalata szerint agytályog ellen bizonyít. *Krause* vioform-gaze-zal elzárja a subdurális üreget s ekkor azonnal pungál. *Dench* szintén kitömi először a subdurális üreget, de a tampont benn hagyja 6—24 óráig s csak azután pungál. Ezen idő alatt adhaesiók keletkeznek. *MacEwen* ugyanígy jár el, csak hogy vioform-gaze helyett 2½%-os karbololdatba mártott gazeesikot használ. Legegyszerűbb és legjobb a *Neumann* eljárása.

6. Az agyprolapsus veszélye elesik, ha az agyat a durán át pungáljuk; de így csak akkor tanácsos eljárni, ha a dura ép, tehát ha aseptikus helyen trepanálunk és az ép durán át pungálunk. De ha ilyen körülmények között fel is hasítjuk a durát, azt a fölötte levő lágyrészekkel együtt újra összevarrhatjuk.

Az előadottakból következik, hogy a legtanácsosabb volna egy mérsékeltet letompított hegyű tüvel, az aseptikus helyen szabadabbá tett durán át pungálni az agyat. Így a lehető legkevesebbet ártunk az agynak, a vérzések ellen majdnem biztosítva volnánk, nem kellene az infectiótól és az agyelőséstől félni. Továbbá mint-hogy ezen a helyen a tályogig rendesen vastagabb réteget kell átszúrni, a dura áthasítása nélkül lefolyó agytályogbeli geny az agyhártyákat nem igen inficiálhatja. Ennek az eljárásnak a hátránya az, hogy a durának az aseptikus helyen való szabadabbá tétele új műtét, míg a fülsébben a dura már szabadon fekszik vagy könnyen szabadabbá tehető; mivel pedig az agytályog legkönnyebben a fülsébből kiindulva található meg, erről az előnyről a kívülről való megnyitáshoz le kell mondani. Meg kell tehát válogatni az esetet. Biztosan diagnosztizált agytályog esetén jobb a fülsében behatolni a dura előzetes felhasításával. Akkor is jobb így eljárni, ha nagyon sürgős az eset, vagy ha nem remélhetjük, hogy a durát aseptikusan tehetjük szabadabbá. Ellenkező esetben ajánlatos a fülsében kívül végezni aseptikus trepanatiót az agypunctio számára. A kés csak akkor használandó, ha a geny sűrű s még 1½—2 mm. vastag üreges tüvel sem lehet kiszívni. Szívásra különben a tűhöz gummicsovel összekötött szívószerszemet ajánl, hogy így a tű beszűráskor jobban érezzük, hogy mikor hatolt az be a tályog üregébe. Ha mindezzel az agypunctio veszélyeit teljesen el nem is háríthatjuk, de mégis lényegesen csökkenthetjük őket. (*Zeitschrift für Ohrenheilkunde und die Krankheiten der Luftwege*. LX. kötet, 1—2. füzet.)

Udvarhelyi dr.

Kiseb közlések az orvosgyakorlatra.

Ascarisok ellen mint teljesen megbízható és kellő adagban minden mérgező hatástól mentes szert ajánlja *Gockel* az oleum chenopodii anthelmintici-t. A használata után néha jelentkező émelygés és hányás megelőzhető, ha gelatinatokban adjuk menthollal és utána meleg tejes kávé itatunk, továbbá néhány óráig ágyban tartjuk a beteget. A szert lehetőleg üres gyomor mellett két egymást követő napon adjuk, még pedig 14 éven aluli betegeknek naponként 2-szer, 14 éven felülieknek pedig naponként 3-szor, 2 órai időközben. Mindkét napon az utolsó adag után két órával ricinus-olajat is adunk (fel nőttek legalább két évökánlyit). Az egyszeri adag 6—8 éveseknek 8 csepp, 9—10 éveseknek 10 csepp, 11—16 éveseknek 12 csepp, 16 éven túl levőknek 12—16 csepp. A megfelelő menthol-mennyiség 5, 10, 15 és 20 centigramm. Fel nőtt számára tehát a rendelés a következő: Rp. Ol. chenopodii anthelmintici guttas 16; Mentholi 0.2. Misce et da tal. dos. No. VI. ad capsul. gelatin. S. 2 napon át naponként 3 capsula veendő be 2 órai időközökben a délelőtti folyamán. (*Münchener medizinische Wochenschrift*, 1910. 31. szám.)

A eurol nevű új antigonorrhoeum, a mely nem más, mint cuprum citricum, *Zeissl* tanár szerint 50%-os oldatban befecskendezve nagyon kedvező hatású. Az oldat erőssége mellett is alig okoz égetést és nagyobb reactio nélkül többnyire rövid idő alatt gyógyulásra vezet. (*Medizinische Klinik*, 1910. 19. szám.)

Henoch E. †

Született 1826 július 16.-án, meghalt 1910 augusztus 25.-én.

A paediatricának újból gyásza van. Csak alig néhány hó előtt sirattuk el *A. Steffen*-t és *H. v. Ranke*-t, a német gyermekorvos-tannak ezen két jeles nestorát s a halál tovább arat, és kiragadja sorainkból szakunk egy régi mesterét: *Henoch*-ot.

Henoch szakorvosi működését a berlini Charité gyermekosztályán fejtette ki s a berlini egyetemen már 1858-ban rendkívüli tanára lett a paediatricának. A német gyermekorvostannak egyik alapozója s kiépítője volt ő s a paediatricát mint gyakorlati tudományt igazán művésziileg kezelte. Nagyszámú kiválóan értékes munkálatai között kétségtelenül a legbecsebb a „*Vorlesungen über Kinderkrankheiten*“ című nagy műve, mely 1881-

ben látott napvilágot s 1892-ben már a VI. kiadást érte el. Az első kiadás előszavában különösen hangsúlyozza Henoch, hogy 37 évi praxisának tapasztalatait tévé le e munkában s művét ezen körülmény tette kiválóan értékes s okozta, hogy Henoch ezen műve el nem avulhat s az utókornak is forrásmunkája leend. Munkáját a művelt világ minden nyelvére lefordították s a londoni *New Sydenham Society*, felvette gyűjteményébe, úgy hogy Henoch lassan az egész művelt világ orvosainak tanítójává vált.

Hetven éves korában katedrájáról visszalépett. Ez alkalommal helyezték el tanítványai és tisztelői a Charité kertjében bronzba öntött pompás mellszobrát, s üdvözölték bel- és külföldi tisztelői a jól ismert vaskos kötött „Festschrift“-tel, melyben Jaksch, Filatow, Kohls, Grancher, Ranke, Hirschsprung, Ganghofner, Hagenbach, Giov. Berti, Heubner, Czerny, Johannessen, Biedert, Escherich, Epstein, Dusch, Demme, Soltmann, Monti, A. Jacobi, Widerhofer, Baginski s e kegyeletos sorok írója vettek részt tudományos munkálatokkal.

Legutóbb, alig néhány hete, 84 éves születésnapján üdvözölték tisztelői s ezen alkalomból Baginski igen meleg sorokban méltányolta újból Henoch tudományos nagyságát a *Deutsche medizinische Wochenschrift* hasábjain.

Ezen meleg ünneplést az ősz mester csak alig élte túl, munkás s eredményekben gazdag életének 84. évében, augusztus 25.-én meghalt: belépett a halhatatlanok csarnokába, mert mint Moncorvo már 1890-ben megírta „*Le nom de Henoch restera pour toujours gravé avec éclat dans les pages de l'histoire de la pédiatrie au XIX-ième siècle*“.

Bókay János.

Magyar orvosi irodalom.

Klinikai füzetek, 1910. 8. füzet. Heim Pál: A konstitutionális tan a gyermekgyógyászatban. Juba Adolf: Az iskolaorvosi intézmény Magyarországon negyedfélszázados fennállása alkalmából.

Gyógyászat, 1910. 35. szám. Lévai József: A csonttörések gyógyulási statisztikája a budapesti kerületi munkásbiztosító pénztár I. sebészeti osztályán. Hollós József: A gümőkóros intoxikációk.

Orvosok lapja, 1910. 35. szám. Pozsonyi Jenő: A klimaxról.

Budapesti orvosi ujság, 1910. 35. szám. Schüller Károly: A végtagok friss csonttöréseinek gyógyítási módja a mindennapi és pénztári gyakorlatban.

Vegyes hírek.

Kinevezés. Mosonmegye főispánja Atzél Béla dr., Baltzár Géza dr. és Lehner Jakab dr. községi orvosokat tb. járásorvossá nevezte ki.

Választás. Klekner Károly dr.-t Nyiregyháza városi főorvossá, Gottschling Frigyes dr.-t Jakabfalva körorvossá választották.

Gyászrovat. Kanitz Henrik dr., a kolozsvári egyetemen a bőrkór tanár, meghalt augusztus hó 31.-én, 31 éves korában. Kanitz dr.-ral a fiatal orvosi nemzedék egyik legteheresebb, legszorgalmasabb és legtehetségesebb tagja szállt sírba, kinek további fejlődéséhez a legszebb reményeket fűzhetjük. Az elhunyt egyetemi tanulmányait Budapesten végezte s azután 1904-ben Kolozsvárra ment, hol Marschalkó tanár bőrkór tanár klinikáján a II. tanársegédi tiszteletet töltötte be haláláig. Szaktudománya terén számos értékes dolgozatot közölt, melyek nagy része az Orvosi Hetilapban látott magyarul napvilágot. Lapunk az idő előtt elhunyt fiatal tudós emlékét kegyelettel őrizendi. — Messer Samu dr. bellafinzi körorvos meghalt 77 éves korában.

Külföldön dús aratást tartott a halál az utóbbi hetekben az orvostudomány nagyjai között. Meghalt Fr. v. Beckinghausen tanár, a nagyírú pathologus anatomus, augusztus 26.-án, 77 éves korában. Az elhunyt Virchow legjelesebb tanítványa volt; 1872-től 1908-ig a kórhonczolástani tanszékét töltötte be a strassburgi egyetemen. Szaktudománya és az egész orvostudomány terén kiváló érdemei vannak, így többek között ő fedezte föl a vándorsejteket; ezzel, valamint a geny-sejtek mozgásairól és elváltozásairól való észleleteivel egyik megalapítója lett a gyuladástól szóló tannak. Nagyjelentőségűek azon vizsgálatai is, a melyek a nyirokrendszernek a kötőszövethez való viszonyára vonatkoznak. — Egy másik nagy halottja a német orvostudománynak Henoch tanár, a nagyírú gyermekorvos, kinek érdemeit lapunk más helyén méltatja avatott föl.

Franciaország vesztesége M. L. Farabeuf tanár, a párisi egyetemen sok éven át az anatomia rendes tanára s az anatomiai intézet igazgatója; meghalt augusztus 13.-án, 69. évében. Farabeuf tudománya terén nagyobb jelentőségű irodalmi működést nem fejtett ki, de kiváló érdemei vannak az anatomia gyakorlati oktatása terén. Párisban reorganizálta és igen magas színvonalra emelte a bonczolástani gyakorlatokat s a sebészeti műtét tanítását, mely ott az anatómiával kapcsolatos. Anatómiai dolgozatai leginkább a hashártya viszonyaira vonatkoznak. Franciaországban igen nagyra becsülik sebészeti műtét tanát s a szülés mechanizmusával foglalkozó értekezését. — Az orvostudomány vesztesége bizonyos fokban Paolo Mantegazza, a szelleműs, sokoldalú anthro-

lógus és népszerű fiziológiai író halála is. Műveiben rengeteg adathalmazt gyűjtött össze az egész világirodalomból s egyes kérdéseket egészen új világításban mutatott be. Mantegazza az anthropologia tanára volt a firenzei egyetemen. Meghalt augusztus 28.-án, 79 éves korában. — Meghalt továbbá G. Moynier, a vörös-kereszt-egylet nemzetközi bizottságának elnöke Genéveben, 84. évében, M. Dufour dr., a szemészet tanára a lausannei egyetemen, W. H. Seeman dr., a gyógyszer-tanára Washingtonban.

Kisebb hírek külföldről. G. Perthes dr., lipcsei rendkívüli tanár elfogadta a meghívást a tübingeni egyetem sebészeti tanszékére. — A baseli egyetem sebészeti tanszékére Fr. de Quervain dr. Le Chaux de Fonds-i főorvost, azelőtt Kocher tanár assistensét nevezték ki. — Jenában a sebészeti tanszékét E. Lexer tanár, eddig a sebészeti rendes tanára a königsbergi egyetemen, foglalja el. — Rendes tanárok lettek: N. Gerken (sebészeti, Kasan), I. K. Jamieson (anatomia, Leeds), G. Ahlström (szemészet, Lund), M. D. Ledermann (gégészet, New-York).

Az őszülésről. A vénülés egyik legárlóbb jele a pigment eltünése a hajszálakból — az őszülés, a mely az egyes egyénekben különböző korban köszönt be, néha már fiatal korban mint canities praecox. A hajszálak elszíntelenedésének mechanizmusát különbözőképen igyekeztek megmagyarázni. Vauquelin 1806-ban azt az elméletet állította fel, hogy az öregedő ember bőre valamely csipős, savanyú nedvet választ ki, a mely beszívódva a hajszálba, elpusztítja a festéket. Metschnikoff nézete szerint (1901) a festéket a hajból vándorsejtek, pigmentophagok viszik el. Ezek a haj velőállományának felszabadult és vándorlásnak induló sejtjei; megrakodva a haj festékével, hol a bőrébe vándorolnak be a haj mentén, hol meg a haj szabad felszínére jutnak ki, a hol szétesnek. Stieda szerint (1910) egyik elmélet sem áll meg, éppen oly kevésbé, mint Landois azon elmélete (1866), hogy a hajzat hirtelen megőszülése azon alapszik, hogy a hajszálakba levegő jut be. A hajszál egyáltalában nem őszül meg, hanem az őszülésnek az a mechanizmusa, hogy a pigmentes hajszál kihull és helyébe pigmentnélküli, fehér nő. A hirtelen megőszülésről való leírások Stieda szerint a mesék birodalmába tartoznak. Marie Antoinette királyné állítólagos hirtelen megőszüléséről az elítéltetését követő napon Charcot 1861-ben külön értekezést írt; kimutatta benne, hogy ennek az állításnak semmi alapja sincs. A szerencsétlen királyné már előbb is ősz volt. Az irodalomban feljegyzett esetek egy része Stieda szerint úgy magyarázható, hogy az illetők addig festették a hajukat, s olyan körülmények közé jutva, hogy ezt nem teheték (például börtönbe, kórházba kerülve), persze hamarosan „megőszültek“.

A bromleicithin anaemia, neurasthenia és chlorosis még súlyosabb eseteiben is jól beválik. A vörösvérsejtek számának gyors szaporítása által az elgyengült szervezetet megerősíti és az erőt pótolja.

Dr. Jakab-féle Ligetsanatorium

Budapest, VI., Nagy János-utca 47. sz. (A Városliget közvetlen szomszédságában.) Diéta, diagnostikus, physikotherapiás sanatorium.

Budapesti ZANDER-gyógyintézet

VIII., Muzeum-körút 2. Teljes physikális gyógyberendezés. Főbb javak: Idült gyomorbélaonia, székrekedés, elhízás, kösvény, csúsz, idegcsák (ischias stb.). Csonttörések és egyéb sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Érelmeszesedés, szívbajok, bronchialis asthma (villamos fényfürdővel), neurasthenia, bémulások. Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése (Zander módszerével). Gerinczélgyöbűlések.

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.

Ujtátrafüred Sanatorium

Legszörv betegek részére. Legmodernebb kényelem — központi fűtés — villanyvilágítás. Gondos ápolás, állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Prospektus. Vezető főorvos: Szontagh Miklós dr.

Egész éven át nyitva

Orvosi laboratorium: Dr. MÁTRAJ GÁBOR v. egy. tanársegéd.

Telefon 26-96. VI., Teréz-körút 27.

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

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

Epileptikus betegek intézete BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál Wosinski István dr., igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagyméltóságú m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

Dr. Szili Sándor v. egyetemi tanársegéd, Andrássy-út 55. Tel. 157-71. Vegyi, gőrsői, bakteriologiai (Wassermann-féle lues-reactio) orvosi laboratoriuma.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Közkórházi Orvostársulat. (V. bemutató szakülés 1910 márczius 23.-án.) (VI. bemutató szakülés 1910. április 20.-án.) 654. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya. (1910. február 26.-án tartott VI. szakülés.) 655. l.

Közkórházi Orvostársulat.

(V. bemutató szakülés 1910 márczius 23.-án.)

Elnök: **Juba Adolf.** Jegyző: **Körmöczy Emil.**

88 éves asszonyon megejtett sikeres bélesonkolás.

Ádám Lajos: A múlt év egyik közkórházi orvostársulati ülésén 5 éves gyermeket mutattam be, a kin gastroenterostomiát végeztem. Most a kor ellenkező végletéről mutatok be egy bélesonkolást sikerrel kiállott asszonyt.

1910 február 9.-én szállították be a IV. sebészeti osztályra F. Katalin 88 éves asszonyt, kinek évek óta fennálló mindkét oldali czombsérve közül a jobb oldali 5 nap előtt megduzzadt, azóta visszahelyezni nem tudja. Heves görcsöket érez hasában, 2 nap óta hány; szék, szelek nem mennek. Az igen elesett nő mellkasi szervei, a nagyfokú kyphosist leszámítva, nem mutatnak eltérést. 110 filiformis pulsus. A has puffadt, időnként a bélcaesok peristaltikája jól látható, baloldalt diónyi szabad czombsérve, jobboldalt a Poupart-szalag alatt tyúktorjásnyi, feszes lobos bőrrel fedett, igen fájdalmas, tompult dobos kopogtatási hangot adó megnagyobodás.

Három tényező befolyásolja a gyógyulás eredményét: az anti-sepsis, az ellentállóképesség és a technika.

A 3 említett tényező közül az antisepsis fokozása ez esetben annál is inkább lehetetlenség volt, mert csak fertőzött területen lehetett a gangraenás bélhez jutni. Az ellentállóképességre vajmi keveset lehetett már számítani a 88 éves asszony részéről. Hogy ne rontsam, nem általános érzéstelenítést használtam, hanem Schleich-anaesthesia-ban operáltam, a műtét után pedig konyhasós állandó beöntést alkalmaztam. Az egyedüli befolyásolható tényező ez esetben a technika volt. Gyorsan kellett operálni. A jobb Poupart-szalaggal párhuzamos 8 cm.-nyi metszést ejtettem és a bűzös eves genynyel átitatott bőralatti szöveten át megnyitottam a sérvtömlőt, melyben egy átfúródott gangraenás vékonybélcaes volt. Ily körülmények között két út állott rendelkezésemre; a) anus praeternaturalis készítése, ez az egyszerűbb, talán veszélytelenebb is, azonban ha a beteg életben marad, nyomorúságos a helyzete, s hogy segítsünk ezen, még egy igen nehéz műtétnek kell alávetnünk a beteget, a mire e korban nem volt kilátás; b) rögtöni bélresectio, a mit a mai fejlett technika mellett kell, hogy néhány perc alatt elvégezni tudjunk. Én tehát ez utóbbról határoztam el magam, felfelé tágitottam a sérvkaput, előhúztam a vékonybélcaesot, miután a szennyes seb-alapot hydrogensuperoxyddal megmostam és gaze-csikokkal jól kibéleltem, hogy az előhúzott ép bélcaes ne érintkezhesse a fertőzött területtel. Gyorsan levágtam az eltávolítandó bélcaesmesenteriumot, a belet pedig két-két klemmer között átvágva eltávolítottam. Mindkét csonkot Doyen szerint vakon zártam, azaz a zárási harázdában lekötöttem és e kis csonkot a bél lumenébe sülyesztve, dohányszerű peritoneális varrattal fedtem. Ez eljárás nem tart tovább, mint a mennyi ideig elmondja az ember, ha azzal a fogással éltünk előzetesen, hogy a mesenteriumot 1 1/2 cm.-rel mélyebben választjuk le, mint a hol a resectiót végezzük.

A két vakon bevarrt bélcaes között side to sideanastomosist létesítettem 2 étage-os szűcsvarrattal (a belső minden réteget átöltő catgut, a külső seroserosus selyem). A sérvtömlő resectiója után a sebüreget jódoform gaze-zal tamponáltam. A betegnek rögtön a műtét után, hogy a stercoraemiától megszabadítsam, 2 kanál ricinust adtam, bizva, hogy a jól végzett bélvarrat minden körülmény között rögtön tart is. Még aznap őjjel bő széke volt a betegnek, mire annyira jobban lett, hogy noha sebe nyitva volt, kiültetettük az ágyából, hogy a pneumoniaiától megóvjuk. A gyógyulás gyorsan haladt előre, s 3 hét alatt a sebe teljesen besarjadzott; a beteg jelenleg teljesen jól érzi magát.

A Budai-féle „Ozin“ oxygent fejlesztő só és belégzőkészülék bemutatása.

Gerlóczy Zsigmond: Az oxygen-belégzést ma már a legkülönbözőbb betegségekben kiterjedten használják és habár az értékéről az észlelők véleménye meglehetősen megoszlik, az kétségtelen, hogy nem egy esetben jó hatását látjuk. Alkalmazása mindazonáltal inkább csak a kórházban ápolott betegeknek történt, mert a magángyakorlatban részben költséges volt, részben pedig a használatban levő készülékek kissé nebezkes kezelése miatt az orvosok csak ritkán veszik igénybe. *Budai Emil*-nek, a budapesti Városi gyógyszerár tulajdonosának a készüléke igen egyszerű. Áll egy hengeralakú (1 1/2, 1 vagy 1/2 liter tartalmú) palackból, mely kausukfedővel légmentesen elzárható s a melynek tetejéből kiinduló gummicsőven át a fejlődő oxygen a szájba tett szópókán avagy súlyosabb betegeken az orrnyílásba helyezendő kis bogó-alakú végződésen lélegezhető be. Budai oxygen-sójának, az „Ozin“-nak fő alkotórésze natrium-perborat, a mely 13% oxygent tart kötve, a mit Budai kevés jód-só (natr. vagy kalium jodatum) hozzáadásával szabadít fel és eképpen 100 gm. natr. perboratumból víz és jód-só hozzáadásával 9 liter tiszta oxygen fejleszhető. Nagyobb palackjaiban 25 liter oxygent tud fejleszteni. Nagy előnye Budai *Ozin*-sójának az eddig alkalmazásban volt és gummitömlőkben készen tartott oxygen fölötte az, hogy az oxygen in statu nascendi hat és hogy bármikor igénybe vehető, mert az *Ozin*-sóhoz kevés vizet adva, azonnal tiszta activ oxygen fejlődik. Az előadó stenosisos croupos betegeken, pneumonia betegeken, súlyos skarlát következtében dyspnoés betegeken és legutóbb a typhus exanthematicus-szal kapcsolatban oly gyakran jelentkező kinos dyspnoés állapotban használta Budai készülékét s az eredménnyel igen meg volt elégedve.

(VI. bemutató szakülése 1910 április 20.-án.)

Elnök: **Horváth Ákos.** Jegyző: **Körmöczy Emil.**

A napirend előtt szót kér *Gerlóczy Zsigmond* dr. egyetemi magántanár, közkórházi főorvos, és a következő kijelentést teszi: „A Közkórházi Orvostársulat legutolsó, márczius hó 23.-án tartott bemutató szakülésében bemutattam Budai Emil dr. *oxygent fejlesztő készülékét* és „*Ozin*“ sóját, mint az oxygeninhalatióknak egy igen praktikus új alkalmazási módját. A bemutatásnál, a mint méltóztatnak emlékezni, Budai dr.-nak egyik gyógyszerári segédje asszisztált nekem. Másnap föl hívták a figyelmemet arra, hogy az „Az Újság“ a bemutatásról részletes közleményt hozott. Hogy a közlemény miképpen került be napi újságba, nem tudom, a magam részéről azonban a legnagyobb mértékben helytelenitem azt, hogy orvosi szakülésben tartott bemutatások avagy előadások a napilapokba kerüljenek és ezért nyomban tiltakozásomat és helytelenítésemet fejeztem ki úgy a közkórházak igazgatósága, mint az egyetem orvostudományi dekanja, mint illetékes fórumaim előtt a bemutatásomnak napi újságokban való közzététele fölött, de szükségét érzem annak, hogy itt ezen a helyen, a hol a bemutatást teljesítettem, ugyancsak elítélően nyilatkozzam a fölött, hogy a bemutatásomról a napi újságokban közlés jelent meg, s hogy nevemet eképpen reklámozásra használták föl. Remélem, hogy tiltakozásomhoz az igen tisztelt szakülés egyértelműen hozzá fog járulni és igen kérem a tisztelt szakülést, hogy eme felszólalásomat azon orvosi szaklapoknak, a melyek üléseinkről referálni szoktak, szíves közlés céljából megküldetni méltóztatassék.“

Elnök kijelenti, hogy a Közkórházi Orvostársulat hozzájárul *Gerlóczy* dr. kívánságához.

Mesenterium colli cavernosum okozta bélesavarodás gyógyult esete.

Herczel Manó: R. K. 34 éves, takács, első ízben 1907 október 23.-án került osztályomra gyomorfekély okozta pylorusstenosis miatt. A pyloruson akkor kis almamekorrhagikus, a kis

görbületre ráterjedő dudoros daganat ült. A pylorus alatt és a mesocolon lapjai között kemény beszűrődött mirigyek. A gyomor hatalmasan tágult. A mesocolon baloldalt igen rövid s míg a colon transversum bal fele itt erősen rögzített, addig a jobb igen mobilis, éppen úgy a coecum és a flexura mesoja igen hosszú. A flexura hepatica hiányzik. E bélrészek könnyen a hasseb elé húzhatók. A plica duodeno-jejunalis, a vékonybélnek gyöke a coecum alatt a medenczebemenet felett található, jobboldalt.

Mindezen viszonyok miatt nem végezhattunk gastroenterostomia retrocolica posteriort, hanem antecolica posteriort csináltunk, természetesen 60—70 cm. odavezető kacsával. Két évig, 1909. november 29.-ig teljes jólét, széke néha rendetlen. Ekkor bő étkezés után heves görcsei támadnak hasának bal feléből kiindulólág. Szék, szelek nem távoznak. Hány, csuklik.

Osztályomra 1909 december 2.-án éjjel került, mikor is az alhasban, különösen a köldöktől balfelé, kifejezett meteorismus, időnként az epigastriumból kiinduló és a köldök felé elsimuló bél-merevedések láthatók. A beteg csuklik, hány; a hányadék bélsárszagú. A nyelv bevont, a pulsus 120. Kórjelzés: ileus, esetleg vastagbélcsavarodás.

Műtét december 4.-én: igen tágult vékonybélkacsok; a karvastagságú vakbél a lépnél fekszik, a colon descendens összeesett, hosszú mesenteriuma az alsó ágyéki csigolyáknál ered. A colon transversum jobb fele és a colon ascendens hosszú bélfodrokkal 360°-nyi csavarodást szenvedtek a colon transversum bal felével szemben. A kacsot visszacsavarva, a bélpassage helyreállt; a telt bélkacsok 2 liternyi folyékony tartalmát bemetszéssel ürítjük ki. A most már egymás mellett fekvő hosszú coecum és sigmoidea között side to side anastomosist akarunk létesíteni, hogy a két bélkacs egymáshoz való rögzítése útján rendellenes mozgékonyágukban korlátoztassanak és a bélpassage is zavartalan legyen.

A beteg azonban collabál, miért is ezen side to side anastomosist 6 héttel később végeztük négysoros tova futó selyemvarrattal, s nehogy az anastomosis felett szabadon maradt vastagbélrésbe belek incarcerationálódhassanak, a párvonalas vastagbélfalakat csomós varratokkal egyesítettük. Zavartalan gyógyulás.

Az előző műtét alkalmával feltűnt régi gyomordaganat teljesen felszívódott, olyannyira, hogy alig lehet látni a nyomát. A jelen esetben a flexura dextra teljesen hiányzott. A jejunum rendellenesen a medence magasságában eredt.

A coecum, a colon ascendens és a colon transversum jobb fele is teljesen szabad volt. Ezzel ellentétben a colon transversumnak a rendesnél rövidebb mesenteriuma volt. A leirt elváltozás megfelel körülbelül a 3. hónap végén vagy a 4. hónap elején létrejött fejlődési akadályozottságnak, mikor is a colon ascendens és sigmoideum túlságos növekedési tendenciája folytán mesenteriumuk is megnyúlt; minthogy azonban az összenövések elmaradtak, betegünkben a vastagbél jelzett részének oly rendellenes mozgékonyága maradt vissza, mely a bélperistaltica fokozott nyilvánulásakor bélesavarodásra vezethetett.

(Folytatása következik.)

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(1910. február 26.-án tartott VI. szakülés.)

Elnök: **Davida Leó.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

I. Genersich Gusztáv: Tejelválasztás a typhus abdominalis lefolyása alatt. Az anya szoptatóképességének taglalásakor fel szokták említeni, hogy az anya súlyos betegségek, mint typhus abdominalis, cholera, typhus exanth., dysenteria, variola, scarlatina alatt részben a tej elapadása, részben a gyermek fertőzésének veszélye miatt ne szoptasson. Mások szerint a tejelválasztás nem szünetel a súlyos fertőző bántalmak minden esetében s sem az anyára, sem a csecsemőre nem hárul kár a szoptatás miatt.

A bemutatandó esetre vonatkozólag említi, hogy typhus abdominalis esetében a tejelválasztás a betegség I. hetében csökken, a II. és III. héten teljesen megszűnik, de a defervescentia időszakában ismét helyreáll és egészen jó. A typhus a tej útján áterjedhet a csecsemőre, de ez nagyon ritka.

A kolozsvári m. kir. gyermekmenhelyen 1909 augusztus 20.-a óta egy gyermeket ápoltak lues congenita tüneteivel, kit kizárólag

anyja szoptatott december 5.-éig, attól fogva pedig, mivel az anya teje tetemesen megcsökkent, pótlólag steril tejjel is tápláltak. A anya december 8.-án colotypus tüneteivel megbetegedett.

Állapota állandóan súlyos volt és teje napi 30 gm.-ra lement. A gyermek, a steril tejjel való pótló táplálás dacára, rohamosan fogyott. December 25.-éig még anyja szoptatta s ekkor kizárólag mesterséges táplálásra fogtuk. Január 18.-ától ismét az anyja emlőjére helyeztük, mivel az anyja javulni kezdett és teje is megjött s 24.-étől kizárólag anyatejjel tápláltuk. Az anya betegsége e közben január 2.-án végett ért s egy kis recrudescenciát leszámítva láztalan maradt. December 20.-án a gyermek is lázas lett, testén nagyszámú furunculus mutatkozott, de hogy typhus volt-e? nem állapíthattuk meg. Láza január 27.-én véglegesen megszűnt. Hasmenése és furunculosisa csak február 18.-án szűnt meg, s azóta a gyermek rohamosan gyarapodni kezdett. A folyó hó 24.-én vett vérről a Widál-reactio pozitív volt, sőt az anya vére rögtönös agglutinációt hozott létre, mi megerősíti a colotypus diagnózisát.

Az esetnek érdekességet ad az a körülmény, hogy az anya betegségének befolyását a tej mennyiségére és a testsúlyra kezdettől fogva megfigyelhettük, a miből több következtetés vonható le:

1. A szoptató nő nem mentes a typhus abdominalis vírusától. Hogy az anya miképpen fertőzte magát, ismeretlen. Valószínű, hogy a táplálékkal került a fertőző anyag az intézetbe. Vele egy időben az intézetben három illetőleg négy typhus-eset volt.

2. A beteg anya emlőjén hagyott csecsemő fertőzve lett. A csecsemő pontos hőmérsékéből kitűnik, hogy a csecsemő az anya megbetegedése után körülbelül 22 napra, s az anya betegségének diarrhoeás szaka után 12 napra betegedett meg. A betegség kezdetét azonban a lázgörbe alapján arra az időre kell tennünk, mikor a betegség a tejmennyiség csökkenésében is nyilvánult. A csecsemő infectiója elkerülhető lett volna, ha a mesterséges táplálástól való vonakodás gátat nem vet neki.

3. Azon általában elfogadott tétel, hogy az 5 éven aluli gyermekek typhusának lázgörbéje, eltérőleg a felnőttekéétől, a betegség kezdetén hirtelen felemelkedik és körülbelül két hét múlva elég gyorsan száll alá, a fenti esetből kifolyólag általános érvényűnek el nem fogadható.

4. Az anya tejmennyisége betegségének kezdetétől fogva apadt, rohamosan azonban csak a gyomor-bél-tünetek jelentkezésekor, valamint a sovány diéta után. A gyermek szopási kedvét megtartotta egészen megbetegedésének kezdetéig, úgy hogy az anya tejproductiójának elapadását tulajdonképpen a szopás gyengülése okozta. E tekintetben megfigyeléseink hézagosak. Az eset inkább azt bizonyítja, hogy az anya tejtermelésének visszatérése szervezetének restitutiójával esik egybe.

5. A napi tejmennyiség pár nap alatt oly nagy lett, hogy a saját gyermekének szükséges napi mennyiségen kívül még elég sok tejet lehetett emlőjéből nyerni.

Hozzászól: **Szabó Dénes.**

II. Steiner Pál dr.: A functionális vesediagnostika a sebészet szolgálatában ezimmet tart előadást. Ismerteti a modern vesediagnostika vizsgáló eljárásait. Főszólyt helyez mindkét vese külön felfogott vizeletének vizsgálatára; az ureterkatheterezést a különféle separatorok nem pótolhatják. A vizelet görösövi, vegyi, bakteriologiai vizsgálata mellett a vizeletek fagyáspontcsökkenésére helyezi a főszólyt. A véréfagyáspontot nem tartja teljesen megbízhatónak. A phloridzin és méthylenképróbat, minthogy pathologiai function alapul, nem tartja elegendőnek. A méthylenkék megkönnyíti az ureterek felkeresését, de a vesefunctio megítélésére ezen subjectiv megfigyelésen alapuló eljárást nem tartja megbízhatónak. A hígítási eljárás technice nehezen vihető keresztül. A húgyanyagmennyiség meghatározása a két külön felfogott vizeletben értékes adat. Ajánlja e célra az Esbach-féle brómlúgos eljárást. Ily módon vizsgálva a vesék működését, a kolozsvári sebészeti klinikán az utolsó 2 évben 18 nephrektomiát végeztek, veseelégtelenség egy esetben sem állott be. 12 esetben vesegümő miatt történt a műtét, egy esetben initális vesegümőkór volt jelen. Négy esetben pyonephrosis miatt, egy esetben cystás elfajulás miatt, egy esetben subcután veserepedés miatt történt a műtét. A cystás elfajulás kétoldali volt. Mint individuális momentumot kiemeli, hogy Makara tanár is a francziák és legutóbb Mayo ajánlotta ureterconkellátást végzi vese-

gümő esetén, mely abban áll, hogy az uretert nem távolítják el, a vesemedence alatt kettős lekötés közt vágják át. A gyógyulás sipoly nélkül megy végbe uretergümő esetén is. A másodlagos *hólyaggümő* a primaer gümős vese eltávolítására kezelések mellőzésével is gyógyul.

Hozzászól: *Jancsó Miklós, Elfer Aladár.*

PÁLYÁZATOK.

A vezetésem alatt álló szombathelyi m. kir. állami gyermekmenhelyben megüresedett **II. orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. Felhívom mindazon orvosi oklevéllel bíró urakat és úrnőket, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy koronás bélyeggel felszerelt és a belügyminiszter úrhoz címzett folyamodványukat legkésőbb a **f. évi szeptember hó 30. áig** nálam adják be.

Javadalmazás évi 1200 korona, első osztályú élelmezés és butorozott egy szobából álló lakás.

Orvos úrnők előnyben részesülnek.

Szombathely, 1910. évi augusztus hó 29.-én.

Bartos György dr., igazgató-főorvos.

2233/1910. sz.

A lemondás folytán megüresedett **tiszabői községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A pályázati kérvények kellően felszerelve **1910. évi szeptember hó 30.-áig** adandók be hozzám.

Javadalmazás:

1600 korona kezdő törzsfizetés. Természetbeni lakás, a szabályrendeletileg megállapított látogatási, halottkemi és hűsvizsgálati díjak.

Törökszentmiklós, 1910. évi augusztus hó 28.-án.

2-1

Borbély, főszolgabíró.

A nagyvárad i. szent egyet nyilvános jellegű kórházában folyó évi szeptember 15.-én egy **segédorvosi állás** jut üresedésbe.

Javadalmazás: évi 1200 korona, természetbeni lakás és I. oszt. élelmezés.

Pályázatok legkésőbb **folyó évi szeptember 10.-éig** nevezett kórház igazgatóságához intézendők.

Nagyvárad, 1910. évi augusztus hó 29.-én.

Az igazgatóság.

2035/1910. ikt. sz.

A szegedvárosi kórházban lemondás folytán megüresedett **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása 1200 korona évi fizetés, első osztályú élelmezés, egy szobából álló természetbeni lakás, ennek fűtése és világítása.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz.-ben előírt minősítéseket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket nagyságos Lázár György dr. kir. tanácsos, Szeged sz. kir. város polgármesteréhez címelve, **folyó évi szeptember hó 15.-éig** nyújtsák be.

Szeged, 1910. évi augusztus hó 29.-én.

Boros József dr., kórházi igazgató-főorvos.

A Pozsonyi M. Kir. Bábaképezdeben az 1000 korona évi jutalomdíjjal, lakás, fűtés, világítás és élelmezéssel javadalmazott **gyakornoki állás** betöltendő. Kötelező egyévi kórházi gyakorlatukkal elkészült orvosok pályázatukat minél előbb küldjék be a bábaképezde igazgatóságához.

A tót nyelv ismerete szükséges.

Pozsony, 1910. évi augusztus hó 31.-én.

Velits Dezső dr., igazgató-tanár.

A diósgyőri m. kir. vas- és aczélgárnál áthelyezés folytán megüresedett **gyárorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állásra a m. kir. állami vasgyárak tisztviselőire nézve érvényes, az államvasúti rendszerű tisztviselőkével azonos VIII. fizetési osztály 3. fizetési fokozatának megfelelő, vagyis évi 2300 korona fizetés, természetbeni lakás, 200 korona fűtési átalány és az üzleti eredményekhez képest változó, azaz évi fizetésének körülbelül 45%-át kitevő jutalék élvezete van egybekötve.

Pályázóktól sebészmtői kvalifikáció oklevéllel kívántatik.

A felveendő orvos egyelőre egy év tartamára ideiglenes minőségben nevezetik ki és ezen idő eltelte után megfelelő szolgálat esetén változatlan illetményekkel és fokozatos előléptetés kilátásával véglegesíttetni fog.

Az állás kinevezés után azonnal elfoglalandó.

Felhívom azon sebészmtői oklevéllel bíró egyetemes orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy a megkívánt képesítést igazoló okmányokkal kellően felszerelt folyamodványukat a „M. kir. állami vasgyárak központi igazgatóságához Budapest” címelve, a diósgyőri m. kir. vas- és aczélgár főnökségénél (Diósgyőr-Vasgyár) **folyó évi szeptember hó 15.-éig** nyújtsák be.

Pályamodók kötelesek hiteles okmánnyal igazolni:

1. családi és keresztnévüket, honosságukat, születési helyüket, életkorukat, vallásukat, családi állapotukat;
2. előéletüket, illetve eddigi foglalkozásukat;
3. nyelv- és szakismeretüket;
4. kifogástalan erkölcsi magaviseletüket;
5. katonasághoz való viszonyukat;
6. egészségi állapotukat, a gyárorvosi szolgálattal egybekötött kötelességek teljesítésére alkalmas voltuk szempontjából.

Elkésve érkezett vagy kellően nem okmányolt kérvények nem vétetnek figyelembe.

3-2

Diósgyőri m. kir. vas- és aczélgár.

2467/1910. sz.

A lemondás folytán megüresedett **hajdubagosi körorvosi állásra** ezennel újra pályázatot hirdetek. A körhöz tartoznak Hajdubagosi székhelyvel Hajdubagosi és Sáránd községek. A körorvosi állás javadalmazása az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 18. §-a értelmében 1600 korona törzsfizetés, 200 korona ötdéves korpótlék, 160 korona lakbér, Hajdubagosi községben a halottkemi teendőik végzéséért esetenként 80 fillér és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

A hajdubagosi körorvos kézi gyógytáartási joggal bírt, a melyet a megválasztandó körorvos is megkaphat.

A körorvos Sáránd községet a község által kiállítandó fuvaron hetenként kétszer tartozik meglátogatni.

Felhívom ennelfogva mindazon orvostudorokat, kik ezen állásra pályázni óhajtának, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében felszerelt kérvényüket hozzám **f. évi szeptember hó 15. napjáig** adják be.

A választást f. évi szeptember hó 17. napján d. e. 10 órakor fogom Hajdubagosi község háza tanácstermében megtartani.

Derecske, 1910. évi augusztus hó 25.-én.

3-2

Szent-Iványi, h. főszolgabíró.

1290/1910. eln. sz.

A Szabadka sz. kir. város tulajdonát képező „Mária Valéria”-kórházban lemondás folytán üresedésbe jövő és havi előleges részletekben fizetendő 1200, azaz egyezerkettőszáz korona évi fizetés, lakás, fűtés, világítás és első osztályú élelmezéssel javadalmazott **két kórházi alorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A törvényhatóság főispánja által kinevezendő alorvosok kötelesek a kórházban lakni, magángyakorlatot, az első segélynyújtás esetét kivéve, nem folytathatnak és állásukat csakis kéthavi felmondási idő eltelte után hagyhatják el. Nős orvos kérvénye figyelembe nem vehető. A kinevezett alorvosok tartoznak állásukat f. évi október hó 1.-én elfoglalni.

Felhívom ennelfogva mindazokat, a kik ezen állások egyikét elnyerni óhajtják, hogy kellőleg okmányolt kérvényeiket legkésőbb **f. évi szeptember hó 16. (tizenhatodik) napjának déli 12 órájáig** Szabadka sz. kir. város főispánja Purgly Sándor dr. úrhoz (Szabadka, Pest-szálloda épülete) annál is inkább nyújtsák be, mert a később érkező pályázati kérvények figyelembevételre nem számíthatnak.

Megjegyzem, hogy a mennyiben az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának II. részében minősített pályázó nem jelentkeznék, az egy évi gyakorlatra utasított, esetleg szigorló orvosoknak a fenti határidőig benyújtott kérvényei is esetleg figyelembe fognak vétetni.

Szabadka, 1910. évi augusztus hó 12.-én.

2-2

Bíró Károly dr., polgármester.

Az igazgatásom alatt álló budapest-angyalvárdi m. kir. állami elmeorvó-intézetnél megüresedett **II. orvosi állásra**, mely évi 1600 korona fizetés, 1 butorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás és I. osztályú élelmezés (bor nélkül) élvezetével van egybekötve, pályázatot hirdetek.

Felhívom azon orvostudor urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy egy koronás bélyeggel ellátott s keresztlevelel vagy születési bizonyítvánnyal, továbbá orvostudori oklevéllel és eddigi alkalmaztatásukról szóló egyéb okmányokkal felszerelt s a m. kir. belügyminiszter úrhoz címzett pályázati kérvényüket **1910. évi szeptember hó 5.-éig** hozzám nyújtsák be.

Budapest, 1910. évi augusztus hó 15.-én.

2-2

Nyékli Károly dr., igazgató-helyettes.

26,192. sz.

A diósgyőri m. kir. állami vasgyár kórházának sebészeti osztályán engedélyezett **orvosgyakornoki állás** f. évi szeptember hó 1.-én megüresedik.

Felhívjuk tehát mindazon orvos-doktor urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy pályázati kérvényeiket alulírott gyár főnökséghez mielőbb nyújtsák be. Ezen állás 66 kor. 66 fillér havi díj, lakás és teljes ellátás élvezetével van egybekötve.

Az eltöltött szolgálati idő a kötelező egy évi kórházi gyakorlatba beszámíttatik.

Megfelelő pályázó hiányában az állás szigorló orvossal is betöltetik.

Diósgyőr, 1910. évi augusztus hó 15.-én.

2-2

Gyár főnökség.

4332/1910. sz.

Belatincez, Adorjánfalva, Muramelencez, Murasziget, Murabarát, Murahely, Hársliget, Lendvarázsvölgy, Cserföld, Alsóbeszterce, Középbeszterce, Felsőbeszterce, Tűskezer, Zsízkeszer, Nagypalina és Kisपालina községekből ez ideig **Belatincez** székhellyel alakult orvosi körben az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 6. §-a értelmében választás útján betöltendő **körorvosi állásra** ugyanazon törvényszakas alapján pályázatot hirdetek.

A hivatkozott törvények 7. §-a értelmében a magyar állampolgárságot s a magyar nyelvnek szóval és írásban bírását igazoló közégi bizonyítvánnyal, valamint az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevéllel felszerelt pályázati kérvényeket **f. évi szeptember hó 16.-áig** hozzám kell beküldeni.

A lakosság túlnyomó része vend. nyelven beszél, ha tehát olyan orvos lesz megválasztva, a ki ezt a nyelvet nem érti, az illetőt Zala vármegye alispánja fel fogja szólítani, hogy záros határidőben az említett nyelvet legalább oly mértékben sajátítsa el, hogy orvosi hivatásának megfelelően (7. §).

A tájkórosan uralgó trachomaszembetegség gyógykezelése a körorvost jelenleg Belatincez, Murabarát, Hársliget és Lendvarázsvölgy községekben terheli. A körorvos évi törzsfizetése a hivatkozott törvények 10. §-a értelmében 1600 korona, a 15. § szerint ötévenként 200 korona korpótlékkal, mely 800 koronáig emelkedhetik. A 21. § szerint járó fuvar, illetőleg fuvardíj s a 22. § szerint járó látogatási és távolléti díj, valamint a kör székhelye (8. §) ez ideig jogerősen megállapítva nincsenek.

A körorvost az orvosi kört alkotó községek képviselőtestületeinek kiküldöttjei és Zala vármegye alispánja által kiküldött vármegyei bizottsági tagok a kör székhelyén tartandó együttes gyűlésen választják. A gyűlés elnöke a főszolgabíró, a ki egyúttal a kijelölés jogát is gyakorolja (6. §). Határidejűl 1910. évi szeptember 17. napjának délelőtti 11 óráját a belatincezi körjegyzői irodában tűzöm ki. (1886. évi XXII. t.-cz. 78. §.)

Alsóéndvára, 1910. évi augusztus hó 29.-én.

Székely Emő, főszolgabíró.

HIRDETÉSEK.

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, szelentes fekvés. Kifűtő hatása az aggkor bántalmait, idegbántalmakat, neuralgiákat (ischias), neurasthenia, funkcionális neurosók, paralysis (apoplexia), tabes, köszvény, rheumás bántalmak, vese- és hólyagbántalmak (prostatitisek), különféle női betegségek, valamint valamennyi kimerültségi és gyengeségi állapotok ellen. Legkényelmesebb lakás 60 szobalobban és lakóházban, thermal-fürdők minden házban; ivókúrák és berendezések a forrás gözének használatára.

Értesítéseket és prospektusokat küld a Gyógybizottság (Kurkommission).

Thermal-forrás szétválás **MATTONI HENRIK** által WIEN.

9091

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. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Scipiades Elemér szerkesztésében.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Grósz Emil: Az arsenobenzol (Ehrlich 606) lueses szembajok ellen. 657. lap.

Borszék Károly: Közlés a m. kir. tud.-egyetem 2. számú sebészeti klinikumáról. (Igazgató: Réczey Imre tanár, udvari tanácsos.) A fermentkezelés értéke idült genyedéses folyamatokban. 658. lap.

Ádám Lajos: Közlés Budapest székesfőváros balparti közkórházainak Hüttl Hümér dr. egyetemi magántanár, főorvos vezetése alatt álló IV. sebészeti osztályáról. A novojodin használatáról. 660. lap.

Szili Jenő: Közlés a szombathelyi m. kir. áll. bábaképző-intézetből. (Igazgatótanár: Reismann Adolf dr.) Nagy hasfali sérv gyökeres műtete fasciaplastikával. 662. lap.

Justus Jakab: Közlés a pesti izr. hitközség kórházából. (Igazgató: Stiller Bertalan dr., udvari tanácsos, egyetemi tanár.) Az Ehrlich-féle 606. számú készítménnyel való tapasztalások súlyos lues-esetekben. 663. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Fr. Thüle: Das vitalistisch-teleologische Denken in der heutigen Medizin. — Lapszemle. Belorvostan. Blum: Epidurális injectiók ischiás ellen. — Idegkórta. Rouges de Fursac és Vallet: Családi öngyilkosság. — Babinski, Barré és Jarkowski: Ep gyökérzónák fennmaradása érzésteleniséggel járó paraplegiákban. — Dufour és Cottenot: A terhesek hányása és az idegbajok. — Sebészet. Lejars: A hasúri rákok távoli tünetei. — Kappis: A basedowos és strumás betegek lymphocytosisa. — Kappis: Ulcus pepticum oesophagi. — Gyermekorvostan. Thiernich: Az emberi emlő tejtermelő képessége. — Dominici, Chéron és Barbarin: Rádiummal gyógyított subclaviculáris-cervicális haemo-lymphangioma. — Venerés bántalmak. A veleszületett syphilitikus gyermekek sorsa. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Amende: Arsan. Lemoine: Ascaris okozta enteralgia esete. — Eve: Fekélyek kezelése lóvérsávvá. 665—668. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 668. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 668. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 669—670. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Az arsenobenzol (Ehrlich 606) lueses szembajok ellen.

Közli: Grósz Emil dr., egyetemi tanár.

Ehrlich levelében, melyet a 606. praeparatumhoz mellékel, azt írja, hogy a szer alkalmazása előtt minden egyes esetben meg kell győződni a szemek épségéről.

E tanács oka nyilván egy másik arsenpraeparatummal, az atoxyllal szerzett tapasztalás, mely kiderítette, hogy e szer látóidegsorvadást okozhat. Újabban kiderült, hogy más két arsenpraeparatum, az arsacetin és a spirarsyl (arsenophenylglycin) is okozhat látásromlást. Sőt okom van hinni, hogy túlságos mennyiségben az arsenocodyl is veszélyes lehet a szemre.

Az arsenobenzolról azonban már eleve azon véleményben voltam, s ezt közöltem Ehrlich-hel is, hogy nem kell tartani a szemre való káros hatásától, még pedig már alkalmazásának módja s a mennyiségénél fogva sem.

Az atoxyllt — erről van legtöbb tapasztalatunk — hosszú időközön át alkalmazták s jelentékeny mennyiségben. Az arsenobenzolt túlnyomóan csak egyszer, ritkán kétszer s aránylag kis dózisban.

Ezen már eleve kifejezett véleményemet igazolták a következők, mert most már 4000 injectio eredménye ismeretes s egyetlen esetben sem volt káros a szemre. A milyen érthető és nagyon is méltánylandó Ehrlich óvatossága, melylyel szerének veszélytelenségét akarta volt biztosítani, éppen olyan kevésbé indokolt azon felfogás, hogy szembaj esetén a szer egyáltalán nem alkalmazható. Ehrlich nyilván csak az atrophia nervi optici incipiens eseteit akarta kizárni. Ez pedig teljesen indokolt, és pedig nem csak azért, mert egy már megindult látóidegsorvadás a szer alkalmazása után teljessé válhatik s így a szert jogosulatlanul discreditalhatja, hanem azért is, mert lehetséges, hogy az atrophia nervi optici simplexre az arsennek is megvan az a hatása, mint a kénésőnek (eddig a legáltalánosabb antiluetikus szernek), hogy tudniillik a lefolyást gyorsítja. Azon esetekben, a melyekben már atrophia

nervi optici van — s ezek rendszeren a metasyphilitikus bántalmak: tabes dorsalis és paralysis progressiva —, az arsenobenzol alkalmazását most sem tartom megengedhetőnek. De annál is inkább javaltam tartom direkt luetikus szembajok eseteiben. Éppen ezért már július közepétől kezdve, a midőn Ehrlich-től első ízben kaptam kísérleti anyagot, megkezdtem az alkalmazását. A véletlen úgy hozta magával, hogy az első eset szerfölött alkalmas volt: ulcus durum conjunctivae. Ezen eseten kívül még a következők kerültek kezelés alá: iritis luetica 3, keratoiritis luetica 2, scleritis luetica 1, chorioretinitis luetica 2, keratitis parenchymatosa e lue congenita 6, összesen 15.

Ez esetek lefolyásának ismertetése inkább szemészeti folyóiratba való, s ha már elegendő számú esettel rendelkezünk s elég idő mult el, ott fogom közölni; mégis éppen azon oknál fogva, mert Ehrlich óvatosságát sokan félremagyarázták s azon hiszemben voltak, hogy minden szembaj contraindicálja az alkalmazást, kötelességemnek tartom, hogy e félreértést eloszlassam, s így e korlátozást csökkentve, hozzájáruljak ahhoz, hogy a lueses szembajban szenvedők is élvezhessék a szer hasznát. Ha nincs is még az utolsó szó kimondva, annyit már is konstatálni lehet, hogy az arsenobenzol a szem lueses bántalmára is szerfelett hatékony.

Az ulcus durum conjunctivae gyors visszafejlődésének konstataálásával nem mondok újat, ez egyezik más extragenitalis ulcus durumban szenvedőkön tett tapasztalatokkal. De nagyon örvendetes azon tapasztalás, a melyet iritis luetica s különösen keratitis parenchymatosa luetica eseteiben tettem. Éppen ez utóbbi daczol minden therapiával szemben legtovább. Kétségtelenül konstatalhatam a jótékony hatást nemcsak a subjectiv jelenségekben, hanem a szaruhártya feltisztulásának megindulásában vagy gyorsulásában is. Természetesen ezen bajban hirtelen felszívódást nem várhatunk. Nagyon érdekes volt a scleritisre gyakorolt hatás. Okom van hinni, hogy ez esetben a dosis elégtelensége akadályozta meg a teljes sikert (az egyik csomó rapide visszafejlődött, míg a másik még fennmaradt).

Hogy előrehaladott chorioretinitis, mely már sorvadást is okozott, nem gyógyulhat, azt előre gondoltam, de ebből még nem következik, hogy a kezdeti szakban ne alkalmazzuk, a mikor jobb eredményre számíthatunk.

A mi a mellékhatásokat illeti, sem lázat, sem számbavehető fájdalmakat nem tapasztaltunk. Már kezdettől fogva abban a meggyőződésben voltam, hogy e jelenségek forrása az, hogy szerfölött nehéz a szer oldása. Szigorú asepsis és nagy pontosság az elkészítésben a legbiztosabb mód a mellékhatások elkerülésére. Az első két esetben a szert glycollal nedvesítettük, utóbb Wechsle-mann neutrális emulsióját alkalmaztuk. A methylalkoholt eleve mellőztük, mert e szer még kis adagban is mérgező lehet. De még mindig nem elég egyszerű a módszer arra, hogy a gyakorlóorvos könnyen alkalmazhassa. E problema megoldása a legközelebbi feladat.

Közlés a m. kir. tud.-egyetem 2. számú sebészeti klinikumáról. (Igazgató: Réczey Imre tanár, udvari tanácsos.)

A fermentkezelés értéke idült genyedéses folyamatokban.

Borszék Károly dr. adjunctus, egyetemi magántanár.

A mióta Heile kimutatta, hogy a gümös tályogokba fecskendett jodoformglycerin azáltal hat gyógyítólag, hogy a jodoform chemotaxisos hatása következtében leukocytabevándorlás indul meg és a megszorodott polynucleáris leukocyta a fermentszegény és ezért felszivódásra kevésbé alkalmas exsudatumot felszivódásra alkalmassá teszik: a gümös tályogok és más gümös folyamatok fermentkezelését ajánlották, részint a régi jodoformemulsiós kezelés helyett, részint a tulajdonképpen sebészi kezelés támogatására.

Az elméletileg szépen megindokolt fermentkezelésnek egyrészt a jodoformemulsió alkalmazásakor néha jelentkező jodoformmérgezés elkerülése volna a célja, másrészt a műtėti beavatkozás feleslegessé tétele, illetve a gyógytartam megrövidítése.

Ha a fermentkezelés valódi értékét akarjuk megállapítani, akkor túlságos követelésekkel ezen eljárással szemben sem szabad fellépünk; tudniillik nem szabad elfelejtenünk azt, hogy ez a kezelés a gümös folyamatoknak csakis annyiban specifikus kezelésmódja, hogy csakis az alkalmazás területére terjed ki a hatása, éppen úgy, mint a régi jodoformemulsiós kezelésé; egy sülyedéses tályog fermentkezelésekor tehát éppen oly kevésbé szabad az egyébként szükséges kezeléstől eltekintve a lobos csontgőcz gyógyulására számítani, mint a hogy egy sajtosan széteset gümös mirigy fermentkezelése a többi mirigy további sorsára semmi befolyást sem gyakorol. Ezért tehát a fermentkezelés eredményes volta nem jelenthet mást, mint hogy a kezelt beteg helybeli gümös folyamata meggyógyult; esetleg a genyedéssel járó hőemelkedés megszüntetése útján ugyan a közérzetre, a táplálkozásra stb. is gyakorolhat valami kedvező hatást, de egyébként a szervezet gümös fertőzöttségére semmi hatása sem lehet.

A fermentkezelés első ajánlója, Jochmann és Lockemann eleintén csontvelőből, ép és leukaemiás lépéből, majd terpentintolaj befecskendezésével létesített steril gennyű tályogokból állítottak elő tiszta leukocytafermentet és azt alkalmazták; ezen nehezen előállítható tiszta leukocytaferment helyett később Jochmann a trypsin ajánlotta, kimutatván, hogy ez fehérjehasító, kémiai sajátságaiban, valamint az állati testben való hatásában is teljesen megegyezik a tiszta leukocytafermenttel.

A fermentkezelés más módját ajánlotta Goldenberg; ő egy leukotaxisos szernek a tályog üregébe való befecskendezése által, Röntgen-sugarakkal kombinálva az eljárást, a tályogban magában termeli a fermentet, a mely ily módon in statu nascendi erőteljesebben hat; mint leukotaxisos szert eleinte natrium nucleicumot, majd protargol-oldatot használt.

Réczey tanár klinikáján a fermentkezelés mindkét módját 1908 december vége óta alkalmaztuk; a Goldenberg által ajánlott módot egynéhány kísérlet után teljesen elhagytuk, mert hosszadalmasnak és körülményesnek bizonyult. Maga a befecskendezés is fájdalmas, nagyobb hőemelkedéseket okoz, úgy hogy a régi jodoformemulsiós kezelés felett semmiféle előnnyel sem bír.

A trypsinfermentkezeléssel 85 eset kapcsán elért eredményeinkről Turán Géza dr.-ral együtt az Orvosi Hetilap-ban részletesen beszámoltunk; azóta még 35 eset lett ily módon kezelve, úgy hogy ma 120 esetre támaszkodva mondhatunk véleményt a trypsinferment-

kezelés értéke felől. Azokon a következtetéseken azonban, a melyeket az első 85 esetről vontunk le, ma már némi módosítást kell tennünk tapasztalataink további bővülése alapján. Azon kedvező eredmények, a melyeket gümös hideg tályogoknál, elgenyedt gümös nyirokmirigyeknél, inhuvelygyuladásoknál, valamint ganglionok és hygromák eseteiben elértünk, arra indítottak, hogy a fermentkezelést főleg ezen esetekben alkalmazzuk; a gümös csont- és ízületi gyulladások eseteiben — a hol pedig a kezelés eredményessége a legkiváncsossabb volna —, semmi különösebb jó eredményt konstatálni nem lehetett; a kóros gőcz gyorsabb demarcációját és a jellegző gümös sarjakkak egészséges sarjakká való átváltozását, valamint a gyógytartam lényegesebb megrövidülését alig egynéhány esetben lehetett objective megállapítani: úgy hogy utóbb ezen esetekben éppen úgy, mint az el nem sajtosodott gümös mirigyek eseteiben, az eljárást nem alkalmaztuk.

Az 1909. év utolsó hónapjaiban egymásután néhány ganglion, illetve hideg tályog esetében a befecskendezés után igen erős lázas reactiót, fájdalmasságot, majd acut lobos tüneteket észleltünk, annak ellenére, hogy a trypsinoldatot mindig frissen készítettük a befecskendezés előtt és hogy az aseptikus cautelák legszigorúbb betartása mellett végeztük a kezelést. A megejtett bakteriologiai vizsgálat a trypsin fertőzött voltát állapította meg. Minthogy aseptikus trypsin szerezni nem tudtunk: kénytelenek voltunk a kezelést abbahagyni.

A fermentkezelés egy harmadik módját ajánlotta Falk és Sticker. Az állati szén ismeretes antitrypsines hatása arra is indította a nevezett szerzőket, hogy ezen hatás mibenlétét bővebb vizsgálat tárgyává tegyék. Ezen vizsgálatok kimutatták, hogy a szénen való átszűrés a trypsin nem teszi hatástalanná, hogy tehát a szén nem antifermens. A ferment megkötése reversibilis folyamat, a mennyiben alkalmas oldószerrel a lekötött trypsin ismét kivonható. Ilyen oldószer az állati szén által megkötött trypsinre nézve a casein, míg a növényi szén által adsorbeált trypsin könnyebben más fehérjeoldattal is kivonható. A növényi szén antifermensokra gyakorolt hatásának vizsgálata azt mutatta ki, hogy az a marhasavónak, valamint a rákos és gümőkóros betegek savójának antifermenshatását csökkenti.

Ezen vizsgálati eredmények alapján Falk és Sticker indokoltak látták, hogy a növényi szenet, a melyet antisepsis és desodoráló tulajdonságai miatt kiterjedten használtak a régi sebészek, a modern fermentkezelés céljaira használják fel, mint a ferment vivőanyagát. Ferment gyanánt ők is trypsin használtak és a vele átitatott növényi szenet carbenzym név alatt hozták forgalomba. Ezen carbenzym Freund és Redlich berlini gyárában steril állapotban állítatták elő és részint tabletták alakjában (belső használatra), részint por alakjában kapható. Állatkísérletekkel először azon emboliák kérdéséről tisztázták, a melyek azáltal jöhetnek létre, hogy a szén befecskendezése alkalmával valamely gyűjtőérbe jut be. Kísérleti állataiknak közvetlenül a vena jugularisába fecskendeztek be carbenzym-suspensiót, a nélkül, hogy az állat annak valami kárát vallotta volna. 24 óra múlva leölven az állatot, a szénszemecskéket finoman elosztott állapotban a lépben találták meg. Ily módon a növényi szén által adsorbeált trypsin ártalmatlan voltáról meggyőződve, minden olyan esetben az emberen is megengedhetőnek találták alkalmazását, a hol a trypsinfermentkezelés használtatott. A carbenzym előnyét az egyszerű trypsinfermentkezelés felett abban látják, hogy a szénhez kötött trypsin fermentativ hatását lassan és állandóan fejti ki a befecskendezés után, abban a mértékben, a mint a szöveti fehérjével érintkezésbe jutván, szabaddá válik.

A carbenzym por alakjában alkalmaztatik renyhén gyógyuló fekélyeknél, genyedő, be nem hámosodó műtėti sebeknél vagy sérüléseknél; sipolyjáratok, gümös tályogok kezelésére 0.5%-os szodaoldattal sterilen készült emulsió alakjában. Ez a suspensio oly finom, hogy egy vékony Pravaz-tűn könnyen keresztül fecskendezhető.

A sebészeti kezelésen kívül javalltnak tartják Falk és Sticker a carbenzymet belsőleg adva a gyomor és belek minden olyan megbetegedésekor, a hol túlságos erjedési folyamatok vannak jelen; hasmetszések, bélműtétek után támadó meteorismus megszüntetésére, valamint bélokanövések meggátlására szintén alkalmasnak mondják.

Verth a carbenzym hatását sebészeti gümös bántalmak különböző eseteiben próbálta ki Bier klinikáján. Tapasztalatai szerint a

helybelileg alkalmazott carbenzym a sebészeti gümös megbetegedések minden alakjára előnyös hatást gyakorol; ezen hatás sokszor kifejezettebb, mint a jodoformglyceriné.

A trypsinferment-kezeléssel elért jó eredmények egyrészt, másrészt ezen kezelés nehézségei, a kereskedésbeli trypsinkezelések megbízhatatlan és az utóbbi időkben fertőzött volta arra indítottak, hogy Réczey tanár engedelmével klinikáján a carbenzym-kezelést is kipróbáljam. A trypsinferment-kezeléssel szerzett tapasztalatok alapján, a carbenzym-kezelést el nem sajtosodott gümös lymphomáknál nem is alkalmaztam; de megpróbáltam a kezelést olyan lábszárfekély eseteiben is, a melyek a szokásos kezelésnek dacolva, behámosodni nem akartak. 1910. évi május hó 15.-éig 64 olyan eset volt kezelés alatt, a melyekben a kezelés teljes befejezést nyert.

Ezen 64 eset a következőleg oszlott meg:

I. Lábszárfekély	10 eset
II. Zárt tályog:	
hideg tályog	17 „
sülyedésses tályog	2 „
elsajtosodott nyirokmirigy	8 „
III. Gümös lágyrészfekély	10 „
IV. Gümös esontgyulladás és sipoly	5 „
V. Ganglion	12 „
Osszesen	64 eset

Az eljárás technikája a következő volt: A lábszárfekélyeket, valamint gümös lágyrészfekélyeket környezetüknek és alapjuknak megtisztítása után carbenzymporral hintjük be és steril mullal fedve bekötjük. A sipolyok, tályogok és ganglionok kezelésére a carbenzymporral $\frac{1}{2}$ 0-os szóda-oldattal való emulsióját használjuk lehetőleg frissen készítve és használat előtt természetesen jól felrázva. Hosszabb sipolymentekbe vékony Nélaton- vagy ureter-kathetert vezetünk be és ezen keresztül fecskendezzük be a carbenzym-emulsiót, hogy lehetőleg a sipolyját felekéig eljuthasson és a sipoly falaival mindenütt jól érintkezésbe juthasson. A tályogok tartalmát előzetesen kiszivattyúzzuk és csak azután fecskendezzük be az emulsiót. Kezdetben nagyobb tályogokba a trypsinferment-kezeléshez hasonlóan 1.5—2 cm³ carbenzymet fecskendeztünk be; de az észlelt heves reactio, a mi erős fájdalmakban, hőemelkedésekben és a tályogot fedő bőr piros elszíneződésében és vizenyős duzzadásában nyilvánult, csakhamar arra birt, hogy az adagot megkisebbsük, úgy hogy később 1 cm³-nél többet egyszerre nem fecskendeztünk be. Verth egy hideg tályog esetében, a melyből 10 cm³ genyet aspirált, 4 cm³ carbenzym befecskendezése után két hónap múlva fekélyt észlelt, a melynek fenékén szénszemcsék voltak láthatók; a fekély olyan benyomást tett, mint egy belülről létrejött decubitus. Ez az észlelet, valamint az is, hogy a befecskendezés helyén még három hónap múlva is látni lehet némi fekete elszíneződést, óvatosságra int; különös figyelemmel kell a befecskendezést az arcon vagy a nyakon levő tályogoknál végezni; ha a fecskendő tűjével nem a tályogürege közepén vagyunk, hanem a bőrben vagy a bőr alatti kötőszövetben és akkor fecskendjük be a carbenzymet, bőrelhalást vagy legalább is fekete foltot kapunk. Ilyen kényes helyeken czélszerű a befecskendezés megtörténte után a tűt benne hagyni, a fecskendőből kevés tiszta szóda-oldatot fecskendeni be ismét, hogy ezzel a tűben visszamaradt szénszemcséket is kimosva, a szűrési csatornába a carbenzymből ne juthasson semmi. Ugyancsak a saját tapasztalataink alapján a befecskendezést utóbb ritkítottuk, úgy hogy csak 8—10 naponként ismételtük meg.

Maga a befecskendezés jóformán semmi fájdalommal sem járt, úgy hogy a Falk és Sticker által ajánlott előzetes adrenalin-illetve renoform-cocain-befecskendezésre nem szorultunk. A befecskendezés után 5—10 percz múlva a legtöbb beteg égetési érzésről panaszkodik, de hevesebb fájdalmak ritkán jelentkeznek. Az eredmények, melyeket elértünk, különbözők.

I. Lábszárfekélyek.

10 olyan lábszárfekély esete kezeltetett carbenzymmel, a melyek minden kezelésnek dacolva, behámosodni nem akartak, igen bő váladékot termeltek és igen bűzösök voltak. Nagyságuk

gyermektenyéryn, férfitenyéryn volt; két esetben a lábszár alsó harmadát majdnem teljesen körülvette a fekély. A kezelés a fekélynek carbenzymmel való beporozásában és egyszerű fedőkötésben állott; a beporozást eleinte naponta, majd 3—4 naponként végeztük.

A carbenzymnek egyedüli hatása, a mit minden esetben ki tudunk mutatni: a váladék csökkenésében, a fekély feltisztulásában és a jellegző kellemetlen szag eltűnésében nyilvánult. A behámosodás gyorsaságára azonban a carbenzymnek semmi hatása sem volt egy esetben sem.

II. Zárt tályogok.

1. Hideg tályogok. 17 eset.

11. T. Margit, 16 éves. (Naplószám 5.) 1910 január 6. Baloldalt a 3. bordaközben a mammarialis vonalban egy tyúktójasnyi tályog, a melyből 18 cm³ hig geny aspiráltatott. 2 cm³ carbenzym befecskendezve. Január 7—24.-én semmi reactio, nem fájdalmas. Január 29.-ére a tályog ismét megtelt; 10 cm³ geny aspiráltatott, a mely Löffler-lemezen igen sekély vájulatot okoz. 0.5 cm³ carbenzym befecskendezve. Február 25.-ére a tályog újra megtelt; 8 cm³ feketes geny aspirálva, a mely az előbbinél mélyebb vájulatot okoz a Löffler-lemezen. 0.5 cm³ carbenzym befecskendezve. Március 12.-én és 17.-én újra kap 0.5—0.5 cm³ carbenzymet. Április 7.-én a tályog falai egészen lelapultak, semmi fluctuatio. Május 7.-én ellenőrzésre jelentkezik. A tályog helyén a bőr kissé megvastagodott, nem fájdalmas.

12. Cs. Sándor, 34 éves. (Naplószám 9.) 1910 január 7. A keresztcsont bal oldalán gyermekkökölyhi hideg tályog. Punctióra 20 cm³ hig geny ürül, a mely a Löffler-lemezen semmi árkot sem hagy. 2 cm³ carbenzym befecskendezve. Január 8.-án a befecskendezés utáni délután heves fájdalmak, a melyek azonban estére megszűnnek. Január 14. A tályog újra megtelt 50 cm³ geny aspiráltatott, a mely Löffler-lemezen nem okoz árkot; 1 cm³ carbenzym befecskendezve. Január 22.-én előző napon erős hidegrázás és nagy fájdalmak után a punctio helyén a tályog kiürült. A sipoly nyílásba bevezetett kutató a keresztcsonton lemeztelenített esontra jut. Ennek eltávolítása czéljából műtét végeztetik és a carbenzymkezelés abbahagyatik.

13. T. János, 39 éves. (Naplószám 15.) 1910 január 7. A bal bimbó felett gyermekkökölyhi hideg tályog. Punctióra 10 cm³ hig geny ürül, a mely Löffler-lemezen semmi árkot sem okoz, 1 cm³ carbenzym befecskendezve. Erős reactio, nagy fájdalmak. Január 12.-én punctióra 5 cm³ geny ürül, a mely Löffler-lemezen kifejezett árkot alkot. 0.5 cm³ carbenzym befecskendezve. Január 27.-én nyomásra a punctió nyílásból néhány csepp geny ürül, 0.5 cm³ carbenzym. Február 10. A tályog helyét csakis 3 fekete pont jelzi, a melynek környékén a bőr megvastagodott. Teljesen gyógyult.

14. S. József-né, 29 éves. (Naplószám 17.) 1910 január 10. A bal csomb külső oldalán a középső harmadban galambtojásnyi tályog. Punctióra 12 cm³ geny ürül, 1.5 cm³ carbenzym befecskendezve. Január 20. A tályog a punctió nyíláson magától kiürült, 0.5 cm³ carbenzym. Január 31.-én a punctió nyílásból állandóan szivárog geny. 0.5 cm³ carbenzym. Február 10.-én és február 22.-én 0.5 cm³ carbenzym. Március 9.-én a punctió nyílás helye teljesen záródott, a tályog helyén diffus keményedés.

15. B. Antal, 37 éves. (Naplószám 18.) 1910 január 11. A bal hónaljvonalon tyúktójasnyi tályog, a melyből punctióra 15 cm³ hig geny ürül, 2 cm³ carbenzym. Igen erős reactio. A befecskendezés környéke duzzadt, fájdalmas. Hőmérsék 39 C°. Január 15.-ére heves fájdalmak után a tályog a punctió nyílás helyén kifakadt. Az 5. borda cariosusnak bizonyul. Bordaresectio czéljából a klinikára felvételik.

16. F. Jenő, 35 éves. (Naplószám 21.) 1910 január 14. A sulcus bicipitalis internusban a felkar felső harmadában galambtojásnyi tályog, a melyből punctióra 10 cm³ geny ürül. A geny Löffler-lemezen vályút nem alkot. 1 cm³ carbenzym befecskendezve. Semmi reactio. Január 26.-án a tályogból 10 cm³ geny aspirálva; a geny Löffler-lemezen igen csekély vályút alkot, 0.5 cm³ carbenzym befecskendezve. Február 11.-én a tályog a punctió nyíláson át kiürült. 0.5 cm³ carbenzym. Február 20.-ától március 26.-áig 3 izben lett carbenzym befecskendezve. Április 14.-én teljesen gyógyult; a tályog helyén igen kis keményedés.

17. *H. Margit*, 27 éves. (Naplószám 24.) 1910 január 16. A mellkason a jobb hónaljvonalban gyermekököllyi tályog, a melyből 25 cm³ geny aspiráltatott, a mely *Löffler*-lemezen semmi árkot nem alkot; 2 cm³ carbenzym befecskendezve. Igen erős reactio. Január 20.-án a punctiós nyíláson át a tályog kiürült, 1 cm³ carbenzym. Január 28.-ától április 5.-éig összesen 6 ízben kapott 0.5 cm³ carbenzymet. Április 19.-én teljesen gyógyult.

18. *J. Karolin*, 32 éves. (Naplószám 26.) 1910 január 17. A jobb trochanter alatt kis almányi tályog, a melyből 1.0 cm³ geny aspiráltatott. 1 cm³ carbenzym. Gyenge fájdalma. Január 23.-ára a tályog a punctiós nyíláson kiürült. 0.5 cm³ carbenzym. Január 30.-ától április 7.-éig összesen 6 ízben kapott 0.5 cm³ carbenzymet. Április 23. Teljesen gyógyult. Kifejezett fekete elszíneződés a tályog helyén.

19. *H. Károly*, 17 éves. (Naplószám 29.) 1910 január 18. A bal fejbiczentő izom laterális széle mentén a kulcsont felett gyermekököllyi hideg tályog, a melyből punctióra 18 cm³ geny ürül, a mely *Löffler*-lemezen semmi árkot sem váj. 1.5 cm³ carbenzym befecskendezve. Igen erős reactio; a tarkó felé kisugárzó heves fájdalma, férfitenyényi piros elszíneződés a punctio körül. E miatt január 19.-én a tályog tartalmát aspiráljuk. 10 cm³ feketes híg savós váladék, a mely a *Löffler*-lemezen kifejezett árkot alkot. Nyomókötés. Január 21.-én a reactio eltűnt. Január 25.-én a tályog újra megtelt. 8 cm³ geny aspirálva. 0.5 cm³ carbenzym befecskendezve. Heves fájdalma között a punctiós nyíláson a tályog kiürült. Január 30.-ától márczius 6.-áig még 3 ízben kapott 0.5 cm. carbenzymet. Márczius 20. Teljesen gyógyult. A tályog helyén a közép felé behúzódott feketés megvastagodás.

20. *R. Lajos*, 36 éves. (Naplószám 40.) 1910 február 10. A bal felkar külső oldalán diónyi tályog, a melyből 5 cm³ híg geny aspiráltatik. 0.5 cm³ carbenzym befecskendezve. Semmi reactio. Február 20.-ától márczius 24.-éig 3-szor kap 0.5 cm³ carbenzymbefecskendezést. Márczius 30.-án teljesen gyógyult.

21. *Ugyanazon beteg*. (Naplószám 57.) 1910 április 4. A régi tályog helye felett attól mediálisan nagy mogorónyi tályog, a melyből punctióra 3 cm³ híg geny ürül. 0.5 cm³ carbenzym. Semmi reactio. Április 11.-étől május 6.-áig kétszer kapott 0.5 cm³ carbenzymet. A második befecskendezés után a tályog a punctiós nyíláson kiürült. Május 11.-én teljesen gyógyult.

22. *F. Karolin*, 24 éves. (Naplószám 32.) 1910 február 13. Baloldalt az elülső és hátulsó hónalj-vonal között az 5. borda magasságában kis almányi tályog, a melynek közepén a bőr elvékonyodott; punctióra 25 cm³ geny ürül. 1 cm³ carbenzym befecskendezve. Még ugyanazon nap estéjén a punctiós nyíláson át a tályog kiürült. Február 14.-étől márczius 28.-áig 5 ízben kapott 0.5 cm³ carbenzymet. Április 10.-én teljesen gyógyult.

23. *B. Sándor*, 35 éves. (Naplószám 36.) 1910 február 15. A bal kéz hátán kis almányi tályog, a melyből punctióra 17 cm³ híg geny aspiráltatott. 1 cm³ carbenzym. Következő napra a punctiós nyíláson át a tályog kiürült. Szondavizsgálattal kiderült, hogy a harmadik metacarpus fejcsében gümös gócz van; Röntgenfelvétel ezt megerősíti. Műtéti beavatkozás ajánlva.

24. *K. Ödön*, 48 éves. (Naplószám 46.) 1910 február 17. A bal sternoclaviculáris ízület felett kis almányi tályog, a melyből 15 cm³ híg geny aspiráltatik. 1 cm³ carbenzym. Heves fájdalma közben még ugyanazon a napon a punctiós nyíláson a tályog kiürült. Február 20.-ától április 4.-éig 6-szor kapott 0.5 cm³ carbenzymet. Április 27.-én teljes gyógyulás. A tályog helyén fillérnyi keményedés.

25. *Sz. Ferencz*, 35 éves. (Naplószám 49.) 1910 február 21. A bal bimbótól laterálisan tyúktójasnyi tályog, melyből punctióra 18 cm³ geny ürül. 1 cm³ carbenzym. Semmi reactio. Február 26.-ától május 2.-áig 6-szor kapott 0.5 cm³ carbenzymet. A harmadik befecskendezés után a tályog a punctiós nyíláson át kiürült. Május 10.-én teljesen gyógyult.

26. *S. Zsuzsanna*, 23 éves. (Naplószám 52.) 1910 márczius 4. A jobb olecranon táján galamtojasnyi tályog, a mely felett a bőr elvékonyodott. Punctióra 10 cm³ híg geny ürül. 1 cm. carbenzym. Márczius 6.-án a tályog magától kiürült; a punctio helyének megtelelően egy fillérnyi fekély keletkezett a bőrben, a mely carbenzymporral hintetik be. Április 28.-áig 4 ízben kapott a carbenzymporral való behintésen kívül 0.5 cm³ carbenzymbefecskende-

zést. Május 9.-ére a fekély teljesen begyógyult, a tályog falai összetapadtak.

27. *Sz. Erzsi*, 14 éves. (Naplószám 61.) 1910 április 6. A jobb elülső és hátulsó hónaljvonal között a 9. borda magasságában galamtojasnyi tályog, a melyből punctióra 10 cm³ geny ürül. 0.5 cm³ carbenzym. Semmi reactio. Április 10.-étől május 4.-éig 3-szor kapott 0.5 cm³ carbenzymet. Május 12.-én teljesen gyógyult.

(Vége következik.)

Közlés Budapest székesfőváros balparti közkórházainak Hüttl Hümér dr. egyetemi magántanár, főorvos vezetése alatt álló IV. sebészeti osztályáról.

A novojodin használatáról.

Irta: *Ádám Lajos* dr., alorvos.

Az utóbbi években a jodoform pótszere gyanánt nagy számmal felbukkanó, de rendszerint rövidesen letűnő szerek bizonyítják legjobban egyrészt azt, hogy az asepsis jegyében működő sebészet nem tudja teljesen nélkülözni az antisepsis szereket, másrészt, hogy a jodoform számos hátránya miatt feltétlenül helyettesítésre szorul. Bár a jodoformot már 1822-ben feltalálták és kezdték a jodkalium pótszere gyanánt használni, minthogy azonban ez utóbbival szemben semmi előnyt sem mutatott, használata nem igen terjedt el. Megváltozott a helyzet 1880 körül, midőn mint antisepsis kötőanyagot kezdték használni, azonban erősen mérgező volta, igen kellemetlen átható szaga, izgató, eczemát okozó tulajdonsága, nehezen sterilizálható volta miatt pótlásáról kellett gondoskodni. Az igazi pótszert azonban ez ideig még mindig nem sikerült megtalálni.

A pótszerek nagyjában 3 csoportba oszthatók:

Vannak olyanok, hol a fő ható anyag a) a formaldehyd: almatein, amyloform stb.;

b) a jod: aristol, europen, isoform, vioform, illetőleg a jodoform: jodoformal, jodoformin, jodol, jodoformogen stb.;

c) a bismuth: dermatol, neoform, xeroform stb. Ezen anyagok a legkülönbözőbb összetételben vannak thymollal, haematoxylinnal, keményítővel, basisos gallussavval, fehérjével stb.

A legtöbbnek hátránya, hogy vagy nem fejt ki elég antisepsis hatást, mert nehezen válik le a hatóanyag, vagy maró, vagy felszívódása káros távolhatásokat fejt ki, nehezen sterilizálható, drága, igen gyakran kellemetlen szagú. Némelyiknek magának ninesen kellemetlen szaga, midőn azonban testhőmérséken leválik a jodoform, éppen oly kellemetlen tüneteket okoz, mintha tiszta jodoformot használtunk volna, úgy a szagot, mint a többi helybeli melléktünetet, valamint a távolhatást illetőleg.

Mások könnyen bomlanak, nehezen tarthatók el.

Mind e hátrányokon igyekszik segíteni a novojodin, melyet 3 hónapon át volt alkalmam a Szent István-kórházi IV. sebészeti osztályán kipróbálni.

A novojodin jod és formaldehyd, két hatékony baktericid anyag condensációs terméke. 64.4% könnyen lehasadó jodot tartalmaz. Ezt már az is bizonyítja, hogy sebkötéseken a novojodin-gazera tett steril gaze, mely kevés keményítőt mindig tartalmaz, kötőváltáskor egyes helyeken kékes. Fény behatására nem bomlik és változás nélkül felmelegíthető 75 C^o-ra. Sárgás-barna, teljesen szagtalan por. Vizben, aetherben oldhatatlan.

A kísérleteket 1909 december 1.-étől 3 hónapon át, illetőleg mind a mai napig végeztem 69 betegen, úgy férfiakon, mint nőkn. 88 éves kortól 3 éves korig, a legkülönbözőbb társadalmi állásban és foglalkozásban lévő egyének. Volt köztük napszámos, földmives, kereskedő, hivatalnok, újságíró, medicus, orvos stb. A betegek nagy része kórházban bennfekvő beteg volt, tehát jól észlelhető és ellenőrizhető, és csak kevés volt a járóbeteg, kik azonban kitünő szolgálatot tettek annak eldöntésére, hogy mennyiben gátolja a novojodin-kötés a családdal való együttélést, a társaságban való megjelenést.

A kísérleteket főleg nem primára intendált műtétek után végeztük, a mennyiben a primára bevart sebeken a jól bevált collodium simplexbe mártott gaze-esik alkalmazásától nem térünk el; ha azonban a kísérlet kedvéért megpróbáltuk, káros hatását sohasem tapasztaltuk. A prima reunióra intendált egyesített sebek

novojodin-gaze alatt a sebszélek legkisebb reactiója nélkül csakugyan primára egyesültek.

Általában a novojodin-gazet a hasüregbe áttört appendicitiseknél (periappendicitis) mint Mikulicz-tamponadeot, éppen így cholelithiasis-műtétek után, abscedált lymphoma, caries, phlegmone, diabeteses gangraena, carbunculus, fistula ani, heveny sérülés eseteiben stb. használtam.

Feltűnő volt szagtalan volta, sőt szagtalanító hatása, úgy hogy intelligens embereket egyáltalán nem gátolt a társaságba való járásban.

Izgató tulajdonságok majdnem teljesen hiányoznak; a sebszélek körül a bőrön rendszeren sárgás-barna folt keletkezik ugyan, de ez hijjával van minden lobos tulajdonságnak, nem duzzadt, nem emelkedetebb hőmérsékletű, nem fájdalmas s a seb gyógyulása, illetőleg a novojodin elhagyása után 1—2 nap alatt eltűnik, a nélkül, hogy a bőrön csak nyomot is hagyna hátra. Kiváló sarjképző és hegesztő tulajdonságokkal bír. A sarjak husosak, egészséges színűek, életképesek, a bőven secernáló sebek (főleg a tuberculososak) gyorsan száradnak, a lepedékes sebek hamar feltisztulnak.

Az antisepsises hatása az állandó jod-leválasztáson alapszik, mely in statu nascendi jut erélyes hatáshoz s gyorsan alkot oly vegyületeket, melyek felszívódnak és a vizelet útján kiválasztatnak; a sebváladék csökkenését úgy látszik a formaldehyd végzi el.

Alig lehet mérgező anyagnak tekinteni, hiszen tengerinyulak 0.5 gramm novojodint 1 kgm.-ra számítva baj nélkül eltűnnek, beszűrődést az injectio helyén vagy necrosist sohasem észleltek. Izgalmi tünetek nem mutatkoznak.

Főleg a novojodin-gazet használtam, úgy a 10, mint a 20%-osat, egyes esetekben a novojodinport is. Hideg tályog 5 esetében az oleum olivarumban oldott novojodin-suspensiót vettem igénybe, melyet sterilen készen kaptunk, csak használat előtt jól kellett rázni.

A folyékony paraffinnal készített suspensio hideg tályogok és cystitisek részére; továbbá a novojodin-collodium és a novojodin-tapaszt felületes bőrhorzsolások részére, a novojodinpálczikák (10% és 15%) fistulák és lobos húgyeső részére, a novojodin-globulusok (15%) vulvovaginitis kezelésére és a novojodin-suppositorium végbél-fissurák és fistulák gyógykezelésére magistraliter írhatók fel. Ezeket azonban nem próbáltam ki.

A novojodin-készítmények erős baktericid hatásuk miatt már magukban véve is sterileknek vehetők, hiszen a staphylococcus pyogen. aureus 1:1000, a streptococcus pyogen. aureus 1:10,000, a bakter. colit és hasonló fajtákat 1:1000, a vibr. chol. asiaticus 1:100,000 hígításban meggátolja a szaporodásban. Mindamellet a gyár, hogy a legmesszebbmenő igényeknek is megfeleljen, 24 órai időközökben 3-szor egy-egy óráig 75 C°-os melegben fractionált sterilisációnak veti alá őket. 100—120 C°-os áramló gőz a novojodint megbontja.

A novojodin gyakorlati használatára vonatkozóan érdemesnek találom következő eseteimet ismertetni.

a) Hasüreg: 1. Periappendicitis. *M. Bernát* 5 nappal ezelőtt hirtelen rosszul lett, nagy fájdalmakat érzett hasában, főleg jobboldalt, hányt, lázas volt, a has meteorismos, érzékeny, főleg jobboldalt. Az érverés 100, a hőmérsék 38.5 C°. 1909 december 3. A hasnak az appendix táján való feltárása alkalmával nagy mennyiségű bűzös geny ürül a hasüregből. Novojodin-gaze-tamponade. December 4. P. 100, hőmérsék 37.4 C°. December 6. Láztalan. December 8. Első kötésváltás, erősen csökkent genymennyiség; a seb körül a bőr sárgásbarnasán elszinesedett, nem fájdalmas. December 13. A sebüreg szépen sarjadzik. 1910 január 10. Az üreg teljesen kitelődött s behámosodott.

2. Periappendicitis. *A. Zsuzsanna* 8 hét óta beteg, lázas; az ileocecalis tájon tyúktójasnyi resistentia, mely 8 hét alatt semmi felszívódási hajlamot sem mutat. Január 28. Műtét chloroform-narcosisban. Erős összenövés a coecum körül, retrocoecalisán felesapott vastag appendix, közte és a coecum közt mogorónyi tályog. Resectio processus vermiformis. A hasfal egy részét rekonstruáljuk, a tályog helyére novojodin-gaze-csik. Február 2. Kötés-váltás, a seb teljesen váladékmentes. Február 21. Gyógyulás.

3. Peritonitis diffusa ex appendicitide perforativa. *K. Sándor*, 21 éves zeneakadémiai hallgató. Két nap előtt hirtelen nagy gör-

csök támadtak a hasában, szék, szelek nem mentek. Egy nap óta hány, csuklik. Pulsus 110, hőmérsék 38.7 C°. Meteorismus, mindkét oldalt erős defense musculaire. Február 8. Műtét chloroform-narcosisban. Nagy mennyiségű bűzös geny a szabad hasüregből; novojodin-gaze-tamponade. Digalen intramuscularisan, állandó végbél-klysma konyhasóoldattal (Murphy szerint). Február 10. A szelek megindultak, a hőmérsék 38 C°, az érverés 96. Február 13. Kötés-váltás; még mindig nagymennyiségű geny. Február 18. Láztalan, a váladék erősen megcsökkent. Jelenleg is kezelés alatt áll; láztalan, sarjadzó sebfelület, jó közérzet.

4. Peritonitis diffusa ex appendicitide perforativa. *R. Irén*, 20 éves hivatalnoknő, egy hete beteg, hány, szék szelek nem mennek. Hőmérsék 39 C°, pulsus 120, filiformis; hűvös végtagok. Az ileocecalis tájon a köldökig érő kiemelkedő resistentia. Február 13. Műtét chloroform-narcosisban. A vékonybelek között levő, bűzös genyet tartalmazó tályog feltárása; novojodin-gaze-tamponade. Február 14. Hőmérsék 36.3 C°, pulsus 130. Délután meghalt.

5. Periappendicitis. *Cs. Gizella*, 27 éves cseléd. Nyolcz hét előtt appendicitis-roham. Jelenleg sem resistentia, sem érzékenység. December 4. Műtét chloroform-narcosisban. Retrocoecalisán az összenövések között diónyi tályog. Appendectomy. A tályogba jodoform-csikot helyezünk. December 9. A jodoformot novojodin-gaze-zal helyettesítjük. December 11. Minimális váladék, egészséges sarjak. December 18. Gyógyulás.

6. Cholelithiasis. *J. Adolfné*, 6 év óta epekőrohamok. Február 1. Műtét chloroform-narcosisban. Jobb pararectalis metszéssel tárjuk fel a hasüreget. Cholecystectomy. A kiirtott epehólyag helyére novojodin-gaze-csik. Láztalan lefolyás. Február 6. A csik meglazítása. Február 9. A csik eltávolítása, minimális epefolyás. Február 24. Teljes gyógyulás.

7. *E. Ida*, 4 hó előtt cholecystostomia. Minthogy a sipoly nem gyógyul, február 16.-án cholecystectomy; novojodin-gaze-tamponade. Február 21. Kötésváltás, a sebszélek körül vesiculosos eczema, mely 3 nap alatt zinkkenőcsös kezelésre meggyógyul. A beteg jelenleg sarjadzó sebbel még ápolás alatt áll.

8. Vulnus punctum abdominis. *F. Ádám*, 21 éves napszámost, 4 órával a beszállítás előtt, a köldök magasságában a bal rectus külső szélén hasba szúrták; előesett cseplesz. Január 10. Rögtöni laparotomia. Resectio omenti. A hassebet egyesítjük, csak a szúrás helyére teszünk jodoform-gazet. Január 15. Nagyfokú jodoform-eczema a hasfalon, miért is a jodoformot novojodinnal helyettesítjük. Január 24. Gyógyulás.

Látható tehát, hogy a novojodin a hasüregben kitűnően bevált, úgy a lobos, mint az ép peritoneum minden izgalom nélkül eltűri s hosszabb időn keresztül (5—8 nap) való helyben maradása alkalmával is kifejti desodoráló, sarjképző s a váladékesöklentő hatását.

b) Nyak. 1. Struma parenchymatosa. *K. J. Sándor*, 34 éves kintornás, óriási, majdnem gyermekfejnyi parenchymás struma. Január 10. Műtét chloroform-narcosisban. Harántmetszésből a jobb lebeny enucleációs resectiója Kocher szerint. Bár rendszeren strumaműtét esetén teljesen primára szoktuk zárni a sebet, ez esetben a sternum alól kiemelt rész helyén keletkezett üregben a parenchymás vérzést nem sikerült teljesen csillapítani, miért is novojodin-csikot vezetünk be a sternum mögötti üregbe. Sima, zavartalan lefolyás. Január 15. A csik eltávolítása, utóvérzés nincsen. Január 28. Gyógyulás.

2. Abscedált és kikapart nyak-lymphoma 7 esetében használtuk a novojodint.

3. Carbunculus 6 esetében próbáltuk meg a novojodin-gazet. Minden esetben a csap gyorsan levált, az üreg hamarosan kitelődött s sima hegesedést értünk el.

c) Mellkas. Cancer mammae. *T. Gusztávné*, 41 éves, 1 év óta jobb emlőjének külső-felső quadransában a bőrrel összekapaszkodott kemény daganat, mely a bimbót kissé behúzza. December 15. Műtét chloroform-narcosisban. A jobb emlő eltávolítása a pectoralis majorral és minorral együtt, a hónalj kitakarításával Halsted szerint. A borseb két végének egyesítése után tenyérnyi defectus maradt vissza, melyet novojodin-gaze-zal tamponálunk, az egyesített sebet collodiummal fedtük. December 20. Kötésváltás. December 24. Egészséges sarjak a sebalapon, sebváladék alig van. Március 7. Transplantatio nélkül behámosodott.

Hasonló lefolyást láttam a január 18.-án megoperált *L. Annán*, kin 5 koronányi defectus, a február 3.-án műtött *G. Árminné*, valamint a február 18.-án megoperált *F. Sándornén*, kiken gyermektenyényi defectus maradt vissza. Mind a 3 beteg jobboldali cancer mammaeában szenvedett s bár a 12. napon eltávoztak a kórházból s a defectust ambulánsan kezeltették, sem tőlük, sem a családjuk részéről semmi panaszt sem hallottam a novojodin-gaze szagát illetőleg.

Vulnus sclopetarium thoracis. Az egyik beteget január 3.-án a bal IV., a másikat február 1.-én a jobb II. bordaközben levő hámeneti nyílással bíró lött sérüléssel szállították be; a lött csatornák novojodin-fedőkötésre zavartalanul gyógyultak.

d) Végbél. Kraske-műtét. Kitünően bevált egy esetben a novojodin-gaze Kraske-műtéténél, melyet február 6.-án végeztünk *T. György*, 42 éves földmivesen. Ismeretes, hogy végbél-amputatio után oly nagy sebfelület marad vissza, hogy ha ezt jodoform-gazezal töltjük ki, kellemetlen felszívódási tüneteket észlelhetünk, a mi könnyebb esetekben nyugtalanságban, fejfájásban, súlyosabb esetekben elmezavarban, deliriumban nyilvánulhat. A szív is bénítólag befolyásoltathatik, a mi kis, szapora, szabálytalan pulzusban mutatkozik. Ez esetben a novojodin-gazetől kellemetlen tüneteket nem észleltünk, a beteg 3 hét alatt meggyógyult.

Fistula ani, illetőleg periproctitis esetén végzett sphincterectomia után 7 esetben, abscessus periurethralis után 1 esetben, abscessus paranephriticus mellett 1, abscessus parietis abdominis mellett 2 esetben használtam.

e) A végtagok phlegmonejának 11 esetében, köztük 3-szor úgy a felkar, mint az alkar, illetőleg kéz kiterjedt phlegmonejában volt alkalmam fertőtlenítő és szagtalanító hatását megismerni.

Külön ki akarom emelni a gümőkóros fekélyeket, illetőleg a csont-carieseket. A gümőkóros fekélyek novojodin-gaze használata után sem mutatnak élénkpiros, egészséges sarjadzást, de a váladék csökkenése feltűnő s már ez is sok kellemetlenségtől óvja meg a beteget. 13 esetben használtam. Hideg tályog 5 esetében 5—20 cm³ egy novojodin-oleum olivarum-suspensiót fecskendeztem be. Egyetlen esetben sem láttam hőemelkedést. Két eset egy befecskendezésre meggyógyult, 3 eset még kezelés alatt áll, de ezekben is észrevehető, hogy a geny lassabban gyűlik meg, mint azelőtt.

Észleléseimet röviden a következőkben foglalhatom össze: a novojodin szagtalan, hosszabb használat után sem okoz szúrást, gyulladásos izgalmat (69 eset közül 3 esetben vesiculosus eozemát), mint azt más ily erősen desiniciáló szerek használata után oly gyakran észlelhetjük; előnyösen befolyásolja a makacs genyedéssel járó folyamatokat, főleg a gümőkórosakat, megszünteti a kellemetlen szagot. Bár megfigyeléseimet még nem fejeztem be s még további kísérletek szükségesek végleges véleményem kialakulásához, mégis már most is állithatom, hogy említett tulajdonságai kedvező jövőt jósolnak neki a sebészetben.

Közlés a szombathelyi m. kir. áll. bábaképző-intézetből.
(Igazgató-tanár: Reismann Adolf dr.)

Nagy hasfali sérv gyökeres műtete fascia-plastikával.¹

Irta: *Sziti Jenő* dr., „Charité”-poliklinikai főorvos.

A hasfali sérveknek az a fajtája, melynél a sérvtartalom nem praeformált (köldökgűrű) vagy mesterséges (műteti heg) nyílásokon át hagyja el a hasüreget, hanem a hasfal rétegeinek veleszületett vagy szerzett gyengesége, illetve elvékonyodása folytán, legtöbbször igen rossz műteti objectum. Ezekben az esetekben ritkán tudunk a meglévő szövetekből eléggé ellentálló hasfalat kiképezni s a hasüri nyomással szemben az ellentámasztékot megadni.

A hasfali herniák e csoportjában kétségtelenül legnagyobb jelentőségűek azok, a melyek a köldök alatti linea alba elvékonyodásával és kitágulásával és az egyenes hasizmoknak egymástól való eltávolodásával néha igen nagy sérvet, exenteratiót alkotnak. Ezeknél szorosabb értelemben vett sérvkapu tulajdonképpen nincs is, hanem

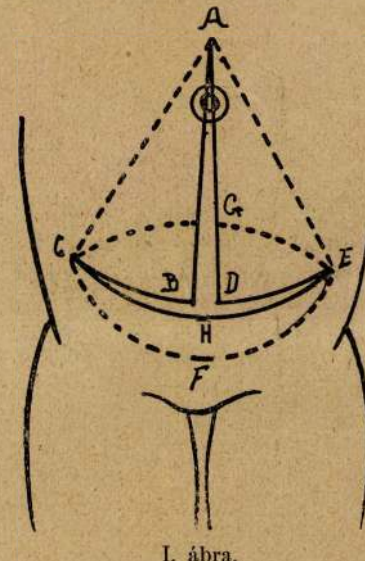
csak a hasfalnak inkább, illetve kevésbé kitágult részletei, melyek között a szétvált és sorvadt rectusok képezik a bizonytalan határt.

Mult év márczius havában történetesen Szombathelyen tartózkodván, alkalmam volt az ottani bábaképezdében, Reismann igazgatótanár szíves engedelmével, gyermekfőnyi ilyen hasfali sérvet operálni, melynél a rectusok középvonalas egyesítésével és a rendkívül elvékonyodott és kitágult külső rectus-hüvelynek tudtommal eddig le nem irt plastikai felhasználásával úgy kosmetikus, mint functionális tekintetben kitűnő és tartós eredményt sikerült elérnem, és ezért az esetet közlésre érdemesnek ítélem.

G. L.-né, 39 éves, vasúti ör neje, Vas-Rátótról. Felvétetett az intézetbe 1909 márczius 17.-én. Első menstruatio 15 éves korában, azóta rendszeren négyhetenként 3—4 napi tartammal, elég bőven. Utolsó menstruatioja 1909 márcz. 1.-étől 4.-éig. Öt szülés. IP. 10 éve, IIP. 8 éve, IIP. 6 éve, IVP. 4 éve, VP. 1908 szeptember havában, ikerszülés a szombathelyi bábaképezdében, nagyfokú medencezsűküllet miatt a magzatok perforatiójával.

Több mint négy éve beteg, folyvást fokozódó fájdalmai vannak czombjaiban és keresztáján; járása rosszabbodott, utóbbi hónapok alatt már ágyban feküdt. Betegsége óta összetöppörödött. 1908-ban egyik budapesti klinikán belsőleg kezelték eredmény nélkül, két hónapon át.

Status: 142 cm. magas, gyenge, sovány nő, erős fokban osteomalaciás csontok, typusos osteomalaciás medence. Igen laza, lógó has, a két musc. rectus abdominis arasznyira szétvált egymástól



I. ábra.

s köztük gyermekfőnyi, a köldöktől a symphysisig terjedő hasfali sérv van, mely tasak gyanánt lóg le. A nyitott köldökgűrűben külön diónyi hernia. A hasfali sérv bőrén át a belek contourjai jól láthatók.

Műteti terv: Az osteomalacia gyógyítása végett castratio s egyben a beteg munkaképességét zavaró nagy hasfali sérv operatív megszüntetése.

Lefelé ívelt harántmetszés a sérv alsó harmadában a bőrön és előlő rectushüvelyen át. A fascia-lemez fel- és lefelé való lefejtésekor kitűnik, hogy nemcsak a linea alba, hanem az egész rectushüvely mindkét lemeze résztvesz a sérv képzésében s a két sorvadt musc. rectus az ekként telvékonyodott és kitágult hüvely laterális részében húzódik meg. A hátulsó rectushüvely és a hashártya megnyitása sagittalis irányban. Mindkét petefészek eltávolítása. Peritoneum és hátsó rectushüvely varrása sagittalis irányban, redőképzéssel. Mindkét egyenes hasizom teljes kiszabadítása a symphysis-től fel a köldökön felül a köldökgűrű izolálása és dohányzacskó-varrattal elzárása után, és a két rectus egyesítése a középvonalban.

Mint hogy azonban a két sorvadt hasizom a nagy sérv kapuját csak kis részben fedte, nem jártam el az eredeti Menge-féle utasítás szerint, vagyis reszekálva a felesleges fasciát, hanem arra törekedtem, hogy minden meglévő ellentálló szövetet felhasználjak a sérvkapu zárására s ezért a tasakszerű lepraeparált felső fascia-lemezt a közepén „horgonymetszéssel” sagittalisan bemetsztem túl a köldökgűrűn (I. I. ábra) s így az a—c—(b—d)e lemezből két háromszögű lebenyt, ú. m. a—c—b-t és a—d—e-t kaptam, utóbbit most vissza-

¹ Bemutattattott a budapesti kir. Orvos-Egyesület 1910 ápr. 30.-án tartott tudományos ülésén.

hajtva az $a-c-b$ lemezt úgy varrtam a másik lebeny alá, hogy $a-b$ fasciaszél $a-e$ vonalban feküdt, viszont az előbb visszahajtott $a-d-e$ lebenyt teljesen kifesztítve, az előbbi fölé rögzítettem, úgy hogy az $a-d$ szél $a-c$ vonalba esett. Az ily módon kettőzött fascialemez alsó $c-b-d-e$ szélét azonfelül sikerült a symphysis felőli tenyérnyi széles fascialebeny alsó felszínéhez varrni, közel a Poupart-szalaghoz, illetve az os pubis csontthártyájához ($c-f-e$ ívben), miáltal az alsó fascialebeny még megerősíthettem a sérvkaput. Így a symphysis felőli fascialebeny $c-h-e$ széle a kettőzött fascia fölé került $c-g-e$ vonalban.

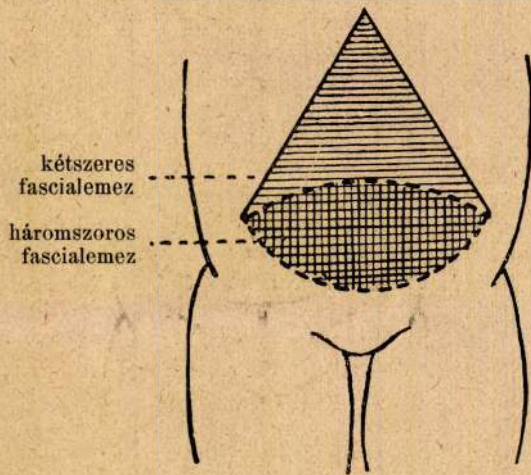
Ezek után tehát a nagy sérvkaput a két egyesített rectus és a fasciának kettős, illetve hármass lemeze zárta el (I. II. ábra). A köldöknél a lemezek eltolása által a fascia-hiatus is teljesen fedődött.

A lefegő bőrből 25 cm.-nyi szélességű lebenyt reszekálva, az eredetileg lefelé ívelt metszési vonal harántirányú egyesítést adott. A bőrköldök teljesen kiesett.

A castratio hatása rövid pár nap múlva már mutatkozott, a beteg fájdalmait enyhültek, tudott hátán is feküdni. A varratok per primam gyógyultak, a beteg kilenczedik napon ágyából felkelt.

Műtét óta állapota folyvást javul, csontfájdalmait majdnem teljesen megszűntek, a deformált csontok a műtétnél talált állapotban megmaradtak.

Jelenleg, több mint egy évvel az operatio után, a hasfal kitűnően tart, sérv-recidivának semmi nyoma.



II. ábra.

A linea alba herniáinak radikális gyógyítása éppen nem tartozik a könnyű feladatok közé és egészen addig nem is igen járt eredménnyel, a míg a rectusok középvonalas egyesítése, melyet köldöksérvek számára Maydl ajánlott, nem vált a sérvműtétek lényeges részévé. A hasfalak kettőzése egymás fölötti eltolással, melyet Heidenhain kísért meg, éppen úgy nem adott jó eredményeket, mint az azelőtti egyszerű fasciavarratok. Jobbak lettek az eredmények a rectushüvelyek külön egybevarrásával (Chrobak), még jobbak a rectushüvelyek felhasítása után külön varrott izmok és az izomhüvely varratával (Maydl).

Igen jó gondolat és erősen megnyúlt rectusok eseteiben beválhat Wolkowitz ajánlata, mely a rectusok átmetszése után azoknak $\times$ alakú keresztelésében áll, úgy hogy a hernia helyén kettőzött izomréteg adja a támasztékot.

Legtökéletesebb mindenestre a Menge-féle műtét, mely köldöksérveknél éppen úgy beválhat, mint a linea alba herniáinál, s mely a bőrt és elülső fascialemezt harántul, a többi réteget hosszirányban metszi át, az egyenes hasizmokat a középvonalban teljesen egyesíti s az elülső rectushüvelyt újból harántul varrja.

Esetünkben részben a sérv nagysága, részben a két egyenes hasizom igen gyenge volta nem nyújtott volna elegendő garanciát a definitív gyógyulásra, s ezért én a kitágult és rendkívül elvékonyodott fascialemez fölőlségét nem reszekáltam (Menge), hanem plasztikusan felhasználtam a sérv zárására, s miként a jelenleg kitűnően tartó hasfal mutatja, igen jó eredménnyel.

Legyen szabad végül Reismann igazgató tanárnak az eset szíves átengedéseért hálás köszönetemet kifejeznem.

Irodalom: Witzel: Über den medianen Bauchbruch. Samml. klin. Vortr. N. F. 10. sz. — Chrobak: Über die operative Heilung d. Diastase der Bauchwand. Internat. klin. Rundschau, 1887. 44–45. sz. — Wolkowitz: Vorschläge zur Hintanhaltung bez. Behandl. von Ventralhernien und Hängebauch. Ref. Z. f. Ch., 1896. 527. l. — Terrier: Remarques cliniques sur l'intervention chirurgicale dans les hernies épigastriques et adominales non-étranglées. Revue de chir., 1886. 12. sz. — Hoffa: Zur operat. Behandl. grosser Ventralhernien. Münch. med. Wochenschrift, 1887. 8. sz. — Nable: A remarkable case of ventral hernia cured by a flap operation. Amer. med. surg. bull., 1896. 25. sz. — Cange: Des éventrations spontanées et de leur traitement chirurgical. Thèse de Paris, 1898. — Heidenhain: Zentralblatt f. Gyn., 1902. 1. sz. — Bröse: Zur Pflege der Bauchdecken nach der Entbindung. Berl. klin. Wochenschrift, 1906. 41. sz. — Henkel: XIII. Kongress d. Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie zu Strassburg i. E. Juni 1909. — Menge: Ibidem.

Közlés a pesti izr. hitközség kórházából. (Igazgató: Stiller Bertalan dr., udvari tanácsos, egyetemi tanár.)

Az Ehrlich-féle 606. számú készítménnyel való tapasztalások súlyos lues-esetekben.

Irta: Justus Jakob dr., kórházi r. főorvos.

(Vége.)

15. R. R., 48 éves hivatalnok. 1891 őszén inficiálódott, akkor 25 bekenést végzett. Utóbb papulás kiütés a homlokon, körömágygyulladások, a melyek 10 bekenésre elmúltak. Két év előtt nyáron jelentkeztek a jobb lábszárában éjszakai fájdalmak, a melyek ellen jodszedéssel és újra 10 bekenéssel gyógyították.

1909 márczius 9.-én. A jobb tibiának közepe táján eléggé körülírt, nyomásra és önként is érzékeny megvastagodás tapintható. Hasonló vaskosabb, de diffusabb megvastagodás székel a bal tibián is közvetlenül a térd alatt.

A beteget huszonöt 5 grammos bekenéssel kezeltem, melyek befejeztével a fájdalmak ugyan enyhültek, de nem multak el teljesen.

1910 január 21. A jobb tibia középső harmadában jelentékeny megvastagodás tapintható, a bal tibia felső harmadában ugyanilyen. Az éjszakai fájdalmak igen hevesek. A gyógyítás mindennapos fürdőből, izzasztásból és 6 gm.-os szürkekenőcsös bekenésekből áll. Azután a patiens több ízben szedett tartósan nagyobb adagokban jodnatriumot; helyileg szürkekenőcsös kötések, sőt a Darier ajánlotta hydrarg. cyanatumos injectiókat is megkísérlettem. Két ízben kapott az $\frac{1}{1000}$ -es oldatból másfél-két köbcentimétert a tibia periosteuma alá. Azonban az erélyes gyógyító eljárások sikerre nem vittek. A duzzanatok nem csökkentek, a fájdalmak pedig már nemcsak éjszaka, hanem nappal is jelentkeztek.

Augusztus 29. 0.50 gm. a 606 praeparatumból, pontosan közömbösítve.

Augusztus 30. A lábszár bőrének vizenyője elmúlt, a csontduzzanat határozottan laposabb, a fájdalommasság bár nem mult el teljesen, de jóval kisebb.

Szeptember 5. A befecskendést követő harmadik napon a fájdalommasság teljesen elmúlt. Mindkét tibia csontduzzanata nagyon lelapult.

16. S. J., 40 éves ügynök. 1906-ban volt fekélye, 20 bekenést végzett. Egy fél évvel utóbb heves fejfájásai támadtak, melyeket hosszas jodszedéssel és 5 ízben megismételt kenőkrákkal kezeltek.

1909-ben két fekélyes elváltozás támadt a mons pubison, melyeket csak helyileg kezeltek.

1908-ban és 1909-ben Lipik-fürdőben is volt, a hol 40, illetve 30 napig injectiós kúrát végeztek vele.

A szemizomhüds 1906-ban jelentkezett.

1910 augusztus 28. A lágyékban tapinthatóak, a hónaljban diónyiak a nyirokmirigyek. A bal szájugban elmúlt plaque-ok nyomai.

A bal abducens oculi paretikus, a szemgolyó a kifelé fordulást nehezebben, ugrásokkal, de mégis végzi. A bal pupilla jóval tágabb, fényre nem reagál. A jobb pupilla kisebb, fényre renyhén reagál. Alkalmazkodásra a pupillák nem reagálnak. A szemfenék ép.

A jobb kéz nyomó ereje valamivel gyengébb, a térdreflexek kissé fokozottak, különösen baloldalt.

0.60 gm. a 606 praeparatumból pontosan közömbösítve.

Augusztus 29. Maximális hőmérséklet 36.7.

Augusztus 30. Tegnap este erős viszketés közben eleven pirosság lepte el. Ma ez az eleven vörös, egészen apró papulák-ból összetevődő pirosság a hátat és a farpofákat fedi. Ráterjed az alsó végtagokra is itt; azonban már inkább foltos, nem összefolyó. A törzs oldalai és a mell eleven pirosak, majdnem karmin-színűek. Hasonlóak a karok hajlító oldalai és a ezombok elülső, felső felülete. A karok feszítő oldalai halványpirosak. A két láb, a lábszárak és az arc teljesen mentesek. A pir a legintenzívebb a befecskendés helye körül, mutatván, hogy onnan indult ki. A beteg némi fájdalomról panaszkodik, a mely mindkét oldalt a középső hónaljvonalban székel, körülbelül a befecskendés magasságában.

A vizelet kissé nehezebb, bár elmondása szerint vizeleti nehézségei már azelőtt is voltak. Székrekedés.

Augusztus 31. A pirosság a karokon a feszítő oldalakra is ráterjed, de általában véve halványabb, mint az előző napon.

Az abducensparesis változatlan. Az alkalmazkodásra való szűkülés a jobb pupillán észrevehető. A fényre való reactio igen renyhe.

Szeptember 1. A kiütés pirossága kékes árnyalatúvá lett, jóval halványabb, leghalványabb a hátan.

Szeptember 2. A kiütés még halványabb.

Szeptember 3. Az erythema majdnem egészen eltűnt, csak csekély viszketés maradt meg.

Az abducenshűdés változatlan, a fényre való reactio a jobb pupillán észrevehető. Alkalmazkodásra mindkét pupilla, bár igen renyhén, reagál.

17. P. Gy.-né, 28 éves, kereskedő neje. Hét éve van férj-nél; két gyermeke él; egyik három hetes korában halt meg, valamelyes kiütése volt.

A télen vette észre, hogy a bal felső szemhéját nem tudja emelni. Körülbelül ugyanakkor vált hűdötté a jobb arcfele.

A tarkón leukoderma, a nyelvgyökön a papillák mérsékelten nagyobbak. A szegycsont jobb fele, a 2., 3. és 4. jobb borda lapos dudorodást visel.

Gégelet: A bal hangszalag mozgása kissé korlátozottabb. A bal felső szemhéj csak fele magasságáig emelhető. A bal abducens oculi kissé paretikus. A jobb facialis középső és alsó ága által beidegzett izmok paretikusak.

Augusztus 31. 0-50 gm. a 606 praeparatumból pontosan közömbösítve.

Szeptember 1. Maximális hőmérsék 37.8.

Szeptember 2. A két szemhéj mozgásában már alig van különbség. Hunyás, nyitás egyforma gyorsan és könnyen sikerül. Az abducensparesisnek már nyoma sincs. A jobb facialis paresise nem változott. A befecskendés helyén mérsékelt beszűremkedés, csekély pir.

Szeptember 3. Maximális hőmérséklet 38.3. Hányásinger. A bordák és a szegycsont periostitisé változatlan, nyomásra érzéketlen.

Szeptember 4. Maximális hőmérséklet 38.2. Hányásinger.

Szeptember 5. A facialis hűdés is múlóban van.

Összefoglalás.

A kórházunkban és magánygyakorlatomban az Ehrlich-féle praeparatummal kezelt 40 esetből ezt a 17 kórtörténetet teszem itt közzé, mivel a gyógyszer hatásáról már megengedik a vélemény megalkotását. Könnyebb áttekintés kedvéért a diagnosisokat itt felsorolom.

1. A scrotum és penis bőrének hirtelen elhalása lueses thrombosis okából.
2. Lues ulcerosa pharyngis.
3. Periostitis ossium frontis nasi, costarum et tibiae.
4. Lues papulo-circinata faciei et antibrachii sin.
5. Lues ulcerosa perforans palati duri, periostitides.
6. Gummata glandularum colli, periostitides. Morbus Basedowi.
7. Lues hereditaria tarda (lues ulcerosa faciei, periostitis gummata sterna et inflammatio articulationis genu sinistri).
8. Periostitis ossium nasi, sterna et costarum.
9. Paresis chordae vocalis e lue cerebri.
10. Lues maculopapulosa, intumescencia glandularum universalis.
11. Periostitides tibiae sin. et ulnae sin. Dolores osteocopi.

12. Lues laryngis partim ulcerosa.

13. Keratitis parenchymatosa e lue hereditaria tarda.

14. Keratitis paranchymatosa e lue acquisita.

15. Periostitis tibiae, dolores osteocopi.

16. Paresis musculi abducentis oculi s.; anisocoria.

17. Paresis nervi facialis dextri et abducentis oculi s. ptosis l. s.

Ezeknek a betegeknek a 606 praeparatummal való kezelésével többféle irányú tapasztalásokat tehettünk. A régi, de mindenkor igaz orvosi szabálynak megfelelően: primum non nocere, lássuk, hogy mely káros hatásokat észlelhettünk. Az első a fájdalom. Eleintén, a míg az Ehrlich ajánlotta kissé savanyú oldatot fecskendeztem a farizomzatba, igen heves fájdalmakat és magas lázakat észleltünk. A mint azonban az emulsiót pontosan közömbösnek készítettük, a fájdalmak sokkalta enyhébbekké lettek, a lázak pedig alig jelentkeztek. Több betegünk egyáltalán nem volt lázas és a többinél is 38.2 már kivételesen magas hőfok volt. A közömbös emulsióknak készítmódja igen egyszerű. A sárga poralakú készítményt dörzsölőcsészében egynéhány csepp tömény natronlúgoldattal dörzsölöm együvé, míg tiszta sötétsárga oldattá lesz. Ehhez az oldathoz háromszorosan hígított tömény eczetsavat cseppentek folytonos keverés közben mindaddig, a míg hirtelen igen finom, sűrű fehér csapadék válik ki. Ekkor lakmuspapirossal meghatározom a kémhatást és kalilúgot vagy híg eczetsavat adok hozzá, míg közömbössé válik. A dörzsölőcsészéből kevés destillált vízzel felhígítva a fecskendőbe szívom fel a keveréket. Ezt azután egy vagy két helyütt a lapoczkák közötti tájon a hát bőre alá fecskendem. A befecskendés maga, mivel vastag csatornás tűn át történik (vékony tűt az emulsió könnyen eldugaszolna) és mivel a több köbcentimetryi folyadék a szövetekeket feszíti, kissé fáj. Ez a fájdalom körülbelül fél óra múlva elmúlik. Azonban megesett, hogy másnapra, sőt harmadnapra újra jelentkezett, sőt néha még napok multán is panaszkodtak a betegek. A mértéke nagyon különböző. De úgy vélem, hogy az egyéni érzékenységgel változó. Van, a ki alig érezhetőnek mondja, más meg folytonos szúrásnak jellemzi. A befecskendés helyén kisebb-nagyobb beszűremkedés támad, a mely fölött olykor kékespirossá válik a bőr. Néha a beszűremkedés jó messzire terjed, különösen lefelé, mintha sülyedne. Elgenyedést nem láttam. Kétszer történt meg, hogy a beszűremkedés legtehetően herpesszerű hólyagcsoport keletkezett. Kétszer láttam *exanthemát*. Ez a köztakaró nagyobb részét lepte el, hirtelen jelentkezett, vizenyős papulákból, vagy gombostűfejnyi apró lapos papulákból összefolyott pir képében mutatkozott és néhány nap alatt nyom nélkül elmúlt. Az arsenre valló egyéb hatások közt többször jelentkezett a hányásinger, kétszer erős álmatlanság és fejfájások. Székrekedést is láttunk néhányszor. Vizeletretentióról csak egy beteg panaszkodott, de ezt sem tulajdoníthatjuk a szernek.

Mi haszna volt a 606 praeparatumnak?

Az első beteget kivéve valamennyi másnál tapasztaltuk gyógyító hatását.¹ Annál többre kell ezt becsülnünk, mivel eseteink válogatott súlyossága bizonyossá teszi, hogy más eljárásokkal ezeket az eredményeket nem igen érhetjük volna el. Erre a megállapításra jogosít az a körülmény, hogy több betegünk részesült előzőleg igen beható és hosszan tartó kúrákban, a melyek vagy részben vagy teljességükben eredménytelenek voltak, hogy számos betegünk oly kórformával jelentkezett, a mely köztapasztalás szerint kénesős és jodos kúrára csak nagy nehezen vagy egyáltalán nem enged és végezetül, hogy éppen ezeknek a különös súlyosságú eseteknek a legnagyobb részében a gyógyulás tünetei oly gyorsan állottak be, mint azt azelőtt csak kivételesen szoktuk látni.

Megállapíthatjuk tehát, hogy a 606 számú szer súlyos syphilisalakokat jól és gyorsan tud gyógyítani. Nem nyilatkozhatom a gyógyítás eredményének tartóssága, sem a recidivák gyakorisága vagy mineműsége felől. Még kevésbé természetesen arról, hogy vajjon az úgynevezett parasyphilis megelőzésére van-e a szernek valamelyes hatékonysága.

Eddigélő való megfigyeléseink eredménye a következőben foglalható össze: *Makacsodó, súlyos, úgynevezett késői luesalakok ellenében a 606 praeparatum javall.*

¹ Ennek a betegnek a baja 3.0 gm.-os szűrkekenőcsös bedörzsölések alatt folytonosan javul. Ma szeptember 7.-én 15 bekenés után a beszűremkedések lecsökkentek, a fekélyesedések begyógyultak.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Fr. Thöle: *Das vitalistisch-teleologische Denken in der heutigen Medizin.* Stuttgart. Ferd. Enke.

Az orvosi irodalomban ritkán jelenik meg oly mű, mely annyira tanulságos volna, mint Thöle idézett munkája. Bier-nek a hyperaemiáról és a vérkeringés változásairól szóló dolgozatai, a melyekben ezeket több helyen nem szorosan vett tudományos alapon magyarázza s a melyekben a szervezet sejtjeit helyenként mintegy cél tudatosan cselekvő lények gyanánt szerepelteti (pl. abban a kifejezésben, hogy „a sejtek a nekik szükséges vért magukhoz csalogatják”), indították Thölét arra, hogy végre nyomatékosan és részletes megokolással rámutasson arra, mennyire eltávolodnak még az orvostudomány egyes neves művelői is a helyes természettudományos gondolkodástól. Ez a munka Németországban nem valami nagy méltánylásban részesült, valószínűen azért, mert az orvostudományok ottani ismertebb művelői között alig egy-kettő van, a kire Thöle hasonló eltévelygéseket rá nem bizonyítana vagy, a ki fejtegetései által találva ne érezné magát. Egyáltalán kevesen lesznek, a kik ennek a könyvnek tanulmányozása után saját dolgozataikat átlapozva kénytelenek ne volnának bevallani, hogy ők is sokszor teleologikusan és vitalistikusan gondolkodtak. Pedig — mondja Thöle — a természetvizsgálónak tisztában kell lennie azzal, hogy az erő és anyag mivoltát nem ismeri és sohasem is fogja megismerhetni, hogy az öntudat keletkezését az anyagból és erőből sohasem fogja megmagyarázni tudni és annak a megismerésére sem fog jutni, mi a világ és az ember célja és rendeltetése. A vitalismus, mely mindennek eredeti okát kutatja és a teleologia, mely mindennek végső célját keresi, oly dolgokat kutat, a melyeket megismerni nem lehet, a melyek tehát a természettudományban nem találnak magyarázatot. Ezekre csak a philosophia felelhet. Ezek nem természettudományi kérdések. A természettudós, ha nem akar a találgatás mezejére lépni és a természettudományt a philosophiával összefűzve, kutatásait csak a reális megismerhetőség határain belül végezheti. Neki csak az anyagi világ benső okozati összefüggését lehet keresnie, mert valamely jelenségnek legvégső okát vagy célját kikutatni sohasem fogja. A mai orvosi gondolkodás a természettudományt leginkább a physiologiai és pathologiai vizsgálatok terén zavarja össze philosophiával, a mikor pl. oly kifejezéseket vagy magyarázatokat használ, hogy „ez vagy az a hatás a szervezetnek előnyére vagy kárára válik”, „ennek a változásnak az a célja vagy rendeltetése, hogy a szervezetet megvédje”, „egyes szervek begyakoroltatnak, alkalmazkodnak” stb. Ezek nem a természettudománynak megfelelő kifejezések, hanem vitalistikus vagy teleologikus gondolkodás szüleményei, a melyek kimondására a természettudomány alapjain állva semmi reális alapunk nincs. Ezek a szervezetben végbemenő jelenségeknek vagy tapasztalati tényeknek anthropocentrikus magyarázatai, a melyeknek mint ilyeneknek semmi tudományos jogosultságuk nincs. Ilyeneket sem a matematikában, sem a fizikában vagy kémiában nem alkalmaznak, mert valaminek célszerűségét csak *érzelmi* ítélet alapján mondhatjuk ki. Az ilyen ítélet pedig ethikai vagy aesthetikai fogalom, melylyel az értelem nem foglalkozik.

Hogy a végső ok és cél kutatása a tudományos gondolkodást mennyire megzavarja, azt Thöle különösen Bier azon magyarázataiban mutatja ki, a melyekkel a hyperaemia és anaemia keletkezésének okát akarja megvilágítani. Tudatában van azonban annak, hogy az elfogultakat ezen munkájával nem fogja más belátásra bírni, mert az ilyen közlések csak a rokonlelkűekben találnak termékeny talajra. De azt reméli, hogy azokat, a kik az igazságot még keresik és még nincsenek elfogulva, a helyes útra terelheti.

De Thöle művében nemcsak jó kritikusnak bizonyul, hanem arról is tanúságot tesz, hogy kiváló kutató és megfigyelő, ki vizsgálásainak eredményéből szigorú logikával vonja le következtetéseit. Azon tanulságok, a melyeket classikus vizsgálásaiból levont, a melyekben a vérkeringésnek különböző ingerekre bekövetkező változásait figyelte meg, a haemodynamikát megdöntik. Kísérleteit, a melyeket többek között azon célból is végzett, hogy bebizonyítsa, hogy a verő- és gyűjtőerek peristaltikája bizonyos ingerekre helyenként megváltozik, hogy a hajszálerek active összehúzódnak és tágulnak,

hogy a véráramlásra a szövetek változó feszülése és rugalmassága is hatással van, továbbá, hogy a vérerek különböző viselkedése egyes szervekben vagy testrészekben a szív működésének változása nélkül is különböző vérnyomást és véráramlást eredményez, oly jól eszelte ki, oly tüzetesen és körültekintően végezte, hogy klasszikus példaképül szolgálhatnak.

Ezekkel bebizonyítja, — a mit Bier is hangsúlyoz, de bebizonyítani nem tud és csak teleologikus feltevésekkel magyaráz — hogy a véráramlás viselkedése az eddig igaznak vélt haemodynamikus törvényeknek ellentmond és bebizonyítja azt is, hogy a vérkeringés nemcsak központi idegdúcok, hanem a vérerek falaiiban levő idegeknek közvetlen befolyása alatt is áll és hogy a helyenként eltérő vérnyomásra, vérelosztódásra a szív működés mellett a vérerek különböző kitágulása és összehúzódása, szóval ezeknek saját activ munkájuk is jelentős hatással van.

Már ezen egy-két ráutalásból is látható, hogy Thöle könyve nagyon rászolgál az általános érdeklődésre. Sokat lehet belőle tanulni, mert a vérkeringés physiologiája egy fontos részének helyesebb megismerését meríthetjük belőle. Példát látunk benne, miképpen kell alapos tudományos kísérleteket tenni és meggyőződhetünk belőle, mily helytelen az, ha következtetéseinket vitalistikus és teleologikus gondolkodásra alapítjuk.

Nehéz azonban ezen gondolkodást magunkból teljesen kiirtani, mivel sok ilyen kifejezés már vérünkbe vált és számos jelenségnek okozati összefüggését még nem ismerjük és mivel egyik-másik teleologikus-vitalistikus megjelölés kikerülése céljából esetleg hosszas meghatározásra van szükség; továbbá azért is, mivel a gyógyításban teleologikusan gondolkodunk. De ne felejtjük el, hogy a gyógyítás nem természettudomány, hogy ebben a teleologikus gondolkodásnak már bizonyos jogosultsága is van, mivel ebben emberi felfogás szerint az emberre hasznos célra törekszünk. Mindezen okokból az orvostudomány tisztán természettudományi részében is a philosophiai gondolkodástól egészen eltekinteni és a természettudománnyal össze nem férő fogalmakat kizárni annyira nehéz, hogy ezt magyarázataiban teljesen kikerülni még Thöle-nek sem sikerült.

Lenkei V. D. dr.

Lapszemle.

Belorvostan.

Ischias ellen Blum magántanár a strassburgi belklinikán szerzett tapasztalatai alapján az epidurális injectiókat ajánlja, a melyek végzésekor teljesen Cathelin utasítása szerint járt el. A befecskendezés a canalis sacralison át történik, a melyhez a foramen sacrale inferiuson át férhetünk. Ezen nyílás felkeresésekor a a következő támpontjaink vannak. Ha a középső sacralis lécezen felülről lefelé tapintunk, hirtelen egy vajúlatba jutunk, a mely a keresett nyílásnak felel meg. Még biztosabban tájékoztat a nyílást határoló két gumó, a mely nem túlságosan hájas egyéneken mindig jól kitapintható, soványakon pedig látható is; legkönnyebben tapintható térdkönyökhelyzetben vagy Syms-féle oldalfekvésben. A glutaeális redő felső vége is tájékoztat, a mennyiben átlag 2 cm.-rel fölülte van a nyílás. Befecskendezésre közönséges 10 cm³-es rekordfecskendő használható, 6—8 cm. hosszú, meglehetősen vékony tűvel. Normális anatómiai viszonyok mellett a tű legfeljebb a 2. keresztcsigolyáig ér. Gyermeknek számára megfelelően rövidebb tű választandó. Eleinte 1⁰/₀-os cocain- vagy 4⁰/₀-os stovain-oldatot használt a szerző (az elhasznált cocain vagy stovain mennyisége 3—6 centigramm volt), később pedig egyszerűen csak physiologiai konyhasóoldatot, a melyből 5—10 cm³-t fecskendezett be térdkönyökhelyzetben vagy Syms-féle oldalfekvésben, a műtét területének alkohollal fertőtlenítése után. A tűt eleinte 20⁰-os szögben vezetjük mindaddig, míg a nyílást fedő ligamentum sacro-coccygeumot átböktük, a mi jól érezhető; azután vízszintesen toljuk előre a tűt. A befecskendezés előtt meg kell győződnünk, vajjon nem jutottunk-e gyűjtőérbe vagy a lumbális zsákba; ha nem, akkor lassanként kiürítjük a fecskendő tartalmát. A tű kihúzása után az alig látható sebet collodiummal vagy ragasztótapaszszal zárjuk. A javulás többnyire nagyon hamar következik be, csak ritkán 24 óra után. Néha már egy befecskendezés elegendő a zavarok eltüntetésére, makacsabb esetekben 3—5, sőt több befecskendezésre van szükség, a melyek 2—3 napos időközökben végzendők.

Igaz ugyan, hogy ischias eseteiben a perineurális injectiókkal is éppen ily jó eredmények érhetők el; másfelől a perineurális injectiók technikája is könnyebb, főleg kövér egyéneknek. Ezzel szemben vannak azonban előnyei is az epidurális módszernek. Így többnyire fájdalomtalan, láz sohasem áll be (a perineurális injectio után hosszabb ideig tartó fájdalom- és nyomásérzés áll be és olykor láz is jelentkezik). Az epidurális injectio nem igényel különösebb instrumentariumot; káros következményekkel sohasem jár (a perineurális injectiók után néha kellemetlen bajok támadnak, így a szerző is két esetben peroneus-paresist észlelt). Tekintetbe veendő továbbá, hogy az epidurális injectiók az ischiadicuson kívül más idegterületeket is befolyásolnak, így például az egyidejűleg meglevő keresztáji fájdalmat vagy a n. cruralis neuralgiáját is megszüntetik; a perineurális módszerrel ilyen esetekben többszörös befeeszkendéseket kellene alkalmazni.

Végül még megemlíti a szerző, hogy a test alsó felében székelő sokféle fájdalmas baj ellen használták már sikerrel az epidurális befeeszkendezést; így *Chipault* a gerincoszlop rákja okozta gyökérfájdalom néhány esetében, *Bergouignan*, valamint *Läwen* tabesesek gyomor- és hólyagkrisisei ellen, *Delearde*, *Achard* és *Laubry* ólomkólika ellen. *Cathelin*, *Kapsammer*, *Strauss* és még több urologus szerint pedig az enuresis nocturna is legbiztosabban az epidurális befeeszkendezéssel gyógyítható meg. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1910. 32. szám.)

Idegkórtan.

Családi öngyilkosságról szól *Rougaes de Fursac* és *Vallet* közlése. 12 testvér volt: 1. férfi 21 éves korban agyonlőtte magát; 2. nő öngyilkosság fölött tépelődik, egy debilis és egy dementia praecoxban szenvedő gyermeke van; 3. nő 28 éves korban laudanummal megmérgezte magát; 4. nő 45 éves korban leugrott az emeletről, melancholiás volt; 5. férfi 30 éves korban agyonlőtte magát, hypochondriás volt; 6. férfi 59 éves korban öngyilkos kísérletet tett; 7. egészséges nő, diabeteses fia van; 8. hysteriás nő; 9. egészséges férfi; 10. ideges asszony, fia tic-ben szenved; 11. férfi morfinista volt, hirtelen halt meg, öngyilkosság gyanúját emlegetik; 12. intelligens, ideges férfi. Ez a zsidó család unokatestvérek házasságából származik. Az atya egészséges volt, élete végén azonban melancholiás lett, a mi nem csoda, mikor egymás után szenvedte el gyermekei öngyilkosságát. Egy nővére egészséges volt, egy fivére költekezett, nagy vagyont vert el és nagy nyomorúságban halt meg. Az anya családja egészséges volt, ő maga petit mal-ban szenvedett. Az eset a szerzők szerint mutatja, hogy a vérrokonházasság még akkor is nagy bajt okozhat, ha a szülőknél csak kevés kóros tünet van. (Revue neurologique, 1910. 3. sz.) *Kollarits Jenő dr.*

Érzéstelenséggel járó paraplegiákban ép gyökérzónák maradhatnak fenn, mint *Babinski*, *Barré* és *Jarkowski* közléséből kiderül. Ez annyival is inkább érdekes, mert az érző területek teljesen érzéstelen területek alatt fekszenek. Ez az elrendeződés valószínűleg igen gyakori. Az érzést a fentebb székelő harántsérülések alatt leginkább a legalsó gyökereknek megfelelő területek tartják meg, leginkább a sacrumos gyökerek. Minél lejjebb van az épen maradt gyökér, annál épebb. Ez arra vall, hogy az érzés-zavar a gerincvelőbajokban is többnyire gyökérbeli. *Körjelzés* szempontjából a jelenség annyiban fontos, mert ha jelen van, arra mutat, hogy a gerincvelő nem egész harántmetszetében sérült. (Revue neurol., 1910. 4. szám.)

A terhesek hányása és az idegbajok czímen *Dufour* és *Cottenot* közölnek tapasztalatokat. A szülészeti tankönyvek egy része a terhes asszony általános állapotának megváltozására hivatkozik, vagy a nemi szervekből kiinduló gyomorzavarokra gondol. A mikor *Mauriceau* azt mondja, hogy a méh és a gyomor közt „commerce” áll fenn, nem mondott többet annál, mint hogy a terhes asszony hányani szokott. Egpár kivételes esetben fekélyt találtak a bonczoláskor a terhes asszony gyomrában. Ezt általánosítani nem lehet. Szó volt arról, hogy a méh tágulása, elferdülése, az idegek összenyomása, a méhnyak keményedése hibásak a hányás létrejöttében. Gondoltak egyes szervek elégtelenségére; hepatotoxiára, nephrotoxiára, pajzsmirigy-, ovarium-működés elégtelenségére, bélauto-

intoxicatióra stb. Az idegrendszer is szóba került. Sokan az ilyen betegekben hysteriát vélnek feltalálhatni.

A szerzők néhány oly esetet észleltek, a melyben a terhesség alatt támadt hányás felhívta a figyelmet az idegrendszer vizsgálatára. Két esetben tabes derült ki. Az egyik asszony sohasem hányt terhessége előtt. Kénesekezelés alatt idején egészséges gyermeke született. A másik asszony is csak terhessége óta hányt, kénesekezelés alatt abortált. Mind a két beteg a tabes kezdetén állott és a terhesség váltotta ki a tabeses gyomorkrisist, a mely a tabes első tünete volt. A szülés után a tabes tovább fejlődik, sőt a szülés lökést ad a rosszabbodás felé és a gyomorkrisis is többnyire megmarad. Érthető, hogy a tabesben a terhesség gyomorkrisist vált ki, a mennyiben a fáradtság, a bél- és gyomorműködés rendetlensége és egyéb káros behatások is szoktak tabesben ugyanilyen eredményt létrehozni.

A szerzők egy másik betege polyneuritisben szenvedett. *Puyo* 14 ilyen esetet talált az irodalomban. Valamennyi beteg hányt. Itt is a hányás volt az első tünet, míg a többi polyneuritises tünet később fejlődött ki, néha a szülés vagy az abortus után. E szerint a terhesek hányásakor az idegrendszert mindig pontosan át kell vizsgálni. (Revue neurologique, 1910. 3. sz.) *Kollarits Jenő dr.*

Sebészet.

A hasúri rákok távoli tüneteiről ír *Lejars*. A supraclaviculáris mirigyek rákos beszűrődésén kívül még két, különben már régebben ismertetett, de a gyakorlati életben csak kevésbé méltányolt tünetre hívja fel a figyelmet, ezek a *Douglasnak* rákos beszűrődése és a *köldök rákos megbetegedése*. A *Douglas* rákos beszűrődése, melyet először *Strauss* írt le 1899-ben, a végbélen át tapintható kemény daganat képében mutatható ki, a rákos köldök megbetegedése pedig a köldök megkeményedésének, daganatának alakjában jelentkezik. Főleg gyomorrák, de másféle malignus álképletek alkalmával mutatható ki. E jeleknek természetesen igen kiváló prognostikai és diagnostikai jelentőségük van. Jelenlétük egyfelől abszolút contraindicatiója minden radikális beavatkozásnak, másfelől pedig feltétlen bizonyítja a netán kétes természetű folyamat rákos voltát. A *Lejars* által felhozott több érdekes eset közül csak egyet említünk, a hol tudniillik egy eladag reponibilis köldöksér a benne levő cseplesz rákos infiltratiója folytán irreponibilissé vált s a beteg hasi panaszai chronikus incarcerationra engedtek következtetni. A való tényállást csak a műtét derítette ki. Teljesen hasonló tapasztalt a referens néhány héttel azelőtt egy cruralis herniánál. (Semaine médicale, 29. szám.) *P.*

A basedowos és strumás betegek lymphocytosisáról ír *Kappis*. Kocher figyelmeztetett először arra, hogy a basedowos betegek vére kifejezett lymphocytosist mutat; ezt néhány vizsgáló megerősítette és *Kappis* is 11 betegen végzett vizsgálatai alapján majdnem állandónak találta. A magyarázatát ezen jelenségre bizonyos mértékig azon lymphatikus góczokban találja, melyek a Basedow-strumában kimutathatók. De *Kappis* szerint nemcsak basedowos, hanem közönséges strumákban is gyakran jelen van lymphocytosis és nyirokesomóhalmazok a strumában. A vér lymphocytosist tehát nem lehet a struma és Basedow között differentiaaldiagnostikus momentumnak tekinteni. A lymphocytosis erőssége különben sem áll mindig a Basedow klinikai képének súlyosságával arányban. (Mitth. a. d. Grenzgeb., 21. kötet, 5. füzet.) *P.*

Az ulcus pepticum oesophagiról ír *Kappis* 15 eset kapcsán (1 saját); ezek közül 10 vezetett halálra, 2 inanitio, 4 vérzés és 4 perforatio folytán (1-szer aorta, 1-szer pleura, 2-szer peritoneum); a vérzés és perforatio pár hónapos, sőt pár napos fekélyeken is bekövetkezett; csak két esetben állott be látszólagos gyógyulás. A fekélyek székhelye rendszerint az oesophagus alsó része, a fekélyek részben a gyomortartalom regurgitatioja, részben az oesophagusban elszórt gyomornyálkahártya-szigeteknek secretioja folytán keletkeznek; a betegek több mint felének egyszersmind gyomor- vagy duodenumfekélye is volt. A klinikai tünetek (fájdalom, hányás, vérzés) kezdetben gyomorulcusra vallanak, csak a hegképződéssel jelentkező bárszingszűkületi tünetek utalnak a bántalom tényleges székhelyére. Az oesophagoskopia, esetleg próba-excisio (*Starck*, *Gottstein*) vezethetnek a pontos klinikai diagnózisra,

A therapia nyugalom, lokális kezelés oesophagoskopon át, a leg-hatásosabb mindenesetre a fekély kiiktatása gastrostomiával. (Mittheilungen a. d. Grenzgeb., 21. kötet, 5. füzet.) P.

Gyermekorvostan.

Az emberi emlő tejtermelő képességéről írt cikkében Thiemich felemlíti, hogy a csecsemő-osztályokon működő orvosok már régen tudták, hogy a női emlő jóval több tejet termel, mint a mennyi egy gyermek táplálására szükséges, de számadatokat nem közöltek. Az újabb kutatók: Schlossmann, Czerny, Finkelstein és a francia Budin rendszeres mérésrel próbálták meghatározni azt a tejtermenységet, amely 24 óra alatt elválasztatik. Kísérleteikből kiderült, hogy vannak nők, kik több hónapon át 3 sőt 4 liter tejet választanak el 24 óra alatt.

Thiemich osztályán 150 dajkának megvizsgálása és megfigyelése azt az eredményt adta, hogy ily nagy mennyiség nem választatik el. A méréseit úgy végezte, hogy minden egyes gyermeket szopás előtt és után lemért, a súlykülönbséget adta a szoptott tej mennyiségét, és még külön ki is fejtette a nőket minden szoptatás után. Tapasztalata szerint napjában 1000 gm.-nál többet termelő szoptató nő sok van; a legtöbb úgynevezett jó dajka 1000—1500 gm.-ot választ el, 2000—2400 gm. már igen ritka, és csak egy esetben talált rövid ideig 2600 gm.-nyi napi mennyiséget.

A dajkák testi állapotának ellenőrzésére a dajkák súlyát a szülés utáni 10—11. naptól kezdve rendszeresen mérték és azt találták, hogy a nők kezdetben pár kilót híznak, azután a súlyt csekély ingadozásokkal megtartják, és soha sem fogynak annyira le, hogy eredeti súlyuk alá jutnának.

A nő alkata, fejlettsége, az emlő nagysága és alakja az elválasztás mennyiségének megítélésére semmi tájékozást sem nyújt.

A női emlőnek ezen nagy tejtermelő képessége lehetővé teszi, hogy a nők egy második idegen gyermeket is táplálhassanak a sajátjukon kívül.

Az a régi, elavult nézet, hogy sok asszony nem tud szoptatni, nem áll, mert az esetek legnagyobb részében némi rábeszélésre, vagy a gyengébben elválasztó anya tejének naponkénti teljes kifejésére, esetleg egy idősebb, erősebben szopó gyermeknek az emlőre tételére megindul a bővebb tejelválasztás.

Az úgynevezett lactagogumok a tej mennyiségét nem növelik, bár az orvosok ma is szívesen használják őket. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1910. 26. szám.) Bókay Zoltán dr.

Subelaviculáris-cervicális haemo-lymphangiomát radium-mal gyógyított meg Dominici, Chéron és Barbarin. A 4 hónapos csecsemő nyakán kezdetben csak kis csomócska volt, amely azonban gyorsan nőtt és végre 5×8×8 cm.-nyi tekintélyes nagyságot ért el. A szövettani vizsgálat haemo-lymphangioma cysticumot derített ki; a daganat rekeszei leukaemiás vérre emlékeztető szövettani képet adó folyadékot tartalmaztak. Mivel a daganat folyton haemorrhagiával fenyegetett és kényes fekvése miatt operációra alkalmatlan volt, a radiumtherapiára határozták el magukat. 0.05 gm. radiumsulfatot helyeztek el kis ezüstescsövecskebe és a csövet egy a histológiai vizsgálat céljából ejtett nyíláson át a daganatba süllyesztették 24 órára. A kivétel után 3 nappal a daganat igen megnőtt, bővérebb lett, de 13 nap után a folyamat visszafejlődött és 7 hét múlva a daganat teljesen eltűnt; azóta (1909 december) recidiva nincsen. (Pédiatrie Pratique, 1910 július 5.) Bókay Zoltán dr.

Venereás bántalmak.

A veleszületett syphilises gyermekek sorsát vizsgálta K. Hochsinger (Wien). Fontos és mégis aránylag keveset méltatott kérdés, hogy milyen sors vár az élve született és életben maradt syphilises gyermekekre? Megbízható adatokat a kérdés földerítésére csak oly módon lehet nyerni, ha lehetőleg állandó evidenciában tartjuk a syphilises családokat. A szerző osztályán (I. öffentl. Kinderkrankeninstitut) ezt az ellenőrzést 1869 óta végzik, saját vezetése alatt pedig 1883 óta. Megfigyelései 208 hereditaer syphilises gyermekre vonatkoznak. A 208 eset 134 különböző családból ered. A megfigyelés idejének minimuma 4 év, maximuma 29 esztendő. A szóba jövő 134 anya 569-szer szült. Az 569 eset közül 253 halott magzatra vonatkozik, 263 pedig élő lueses gyer-

mekre. 53 esetben a gyermek a lüestől mentes maradt. A 263 élve született lueses gyermek közül az első 4 éven belül 55 meghalt. A 4. éven túl életben maradt 208 gyermek további egészségbeli sorsa alkotja az alapját a szerző vizsgálatainak. A veleszületett lues gyógyítása az első időben csaknem kivétel nélkül belsőleg, még pedig protojoduretum hydrargyr.-vel történt. A kenő-kúra s még inkább az injectiós kúra ilyenkor a legtöbbször legalább is fölösleges. A szerző a hereditaer lues gyógyításában szükségtelennek tartja a rendszeres ú. n. idült intermittáló kezelést. A kezelésnek a Wassermann-féle reactio által való irányítása is fölösleges, mert az a tapasztalás, hogy erélyes és helyes kezelés mellett is még akár 12 éves gyermekeken is pozitív lehet a reactio. A syphilises recidivák ellenében a kenő-kúra válik be legjobban. Idegtünetek esetében Hochsinger kombinálja a belső jodkezelést a külső kénésös kezeléssel. A vizsgálat alapjául szolgáló beteganyag általában rossz viszonyok között élt. A nagyrészt szegénysorsú szülőktől származó syphilises gyermekek a rossz socialis viszonyokon kívül, amelyekben éltek, sokszor családirag egyébként is terhelve voltak. Különösen a szülők alkoholismusa az, a mi a helyzetet leginkább súlyosbította.

Érdekes az a csoportosítás, mely a syphilises csecsemőknek az első lueses nyilvánulásait tünteti föl. A 263 élve született lueses magzat közül a bőr és az orr nyálkahártyája volt a leggyakrabban bántalmazva. Az előbbi szerv 254 esetben, az utóbbi 260 esetben. Ezenkívül a csontrendszer 95 esetben volt syphilisesen elváltozva, a zsigerek pedig 50-szer. A leggyakoribb combinatio a bőr- és az orrnyálkahártya között áll fenn. Jellemző, hogy a lueses elsőszülött gyermekek között található leginkább a zsigeri és a csontrendszerbeli lueses elváltozás. Egy-egy család lueses gyermekesorozatának tehát rendesen az első tagjai a legsúlyosabban betegek. A syphilises tünetek közül a legrosszabb prognosist mindig a viscerális és az idegrendszerbeli tünetek nyújtják. Különösen súlyos prognosist a májnak lueses elváltozása. Nem ritka (17%) a lueses osteochondritis epiphysis-bántalom sem, mely bémulasos tüneteket hoz létre. A belső kezelés ilyenkor sokat segíthet, veszélyes azonban ily esetekben a kenő-kúra, mert fájdalom és traumás zavarokat okozhat. Fontos az az adat, hogy minél súlyosabb a hereditaer lueses csecsemő első nyilvánulása, annál nagyobb a recidivák absolut és relativ száma. Átlagosan pedig azt lehet mondani, hogy a lueses gyermekeknek körülbelül kétharmada szenved recidivában. Hochsinger-nek 208 esetéből 63% recidivát kapott. Jellemző tapasztalás az is, hogy az elsőszülött lueses gyermek mindig inkább hajlamos egy vagy több recidivára, mint a későbbi gyermek. Oly esetekben, amelyekben a kezelés az első 3 hónapon belül volt foganatosítva, a recidiva-mentes további lefolyás inkább valószínű. A 3. hónapon túl megindított kezelés esetében azonban utóbb a recidiva feltétlenül bekövetkezik. A recidivákra vonatkozólag kiemeljük Hochsinger-nek azt a tapasztalását, hogy minél inkább kikerül a gyermek a csecsemőkorból, annál inkább hiányoznak a bőrtünetek mint egyedül fennálló jelenségek. A csecsemőkoron túl már igen gyakori recidivák az ajak- és nyelvcondylomák. Ezek a condylomák jelenségek a 6. évig húzódnak el, azon túl már nem észleljük azokat. Aránylag nem ritka és elég korai recidiva az, a mikor a lues az idegrendszert támadja meg. Amaurosisra vezető chorioretinitis is jelentkezhet olykor mint recidiva, leginkább a 2—3. évben. A későbbi gyermekkorban a syphilises recidivái alkotják az ú. n. lues hereditaria tardát. Főjellemevonása ennek a kórfogalomnak a gummás megbetegedés. A leggyakoribb az ilyen elváltozás a csontrendszerben. Hochsinger beteganyagában 33-szor fordult elő; egy ízben a 17. évben támadt. Késői syphilis alakjában olykor az ízületek is megbetegedhetnek, a mikor nem ritkán lázas is lehet a lefolyás. Aránylag ritkább (9 esetben) az előrehaladottabb gyermekkorban a bőrnek a gummás bántalma. Az ú. n. Hutchinson-féle trias a teljes kifejlődésében úgylátszik sokkal ritkább, mintsem általában gondolják. A három tünetet (foganomalia, látás és hallási zavar) együttvéve Hochsinger 208, éveken át észlelt lueses gyermek közül egyetlen egyen sem észlelte. A triasnak a hiányát talán a sikeres kezelésnek lehet betudni. A hereditaer lueses csecsemőre nézve nagy a különbség, hogy emlőn van-e táplálva, avagy mesterségesen. Az emlőn való táplálás jótékony hatása itt legalább is oly fontos, mint ép viszonyok között. Más-

felől azonban az is bizonyos, hogy mielőtt a lueses gyermekek kellő kezelés kíséretében az első életévet túlhaladták, a további sorsukra nézve már alig tesz különbséget az, hogy milyenek voltak a csecsemőkori táplálási viszonyok. A szerző érdekes fejtegetése folyamán részletesen tárgyalja és csoportosítja mindazokat a további tüneteket, dystrophiákat és utóbajokat, melyek a lues kapesán, illetőleg nyomán észlelhetők voltak. Mindezeket az adatokat egybevetve kiderül, hogy a hereditaer lueses gyermekeknek további sorsa sok öröndetes, de — sajnos — sok elszomorító tény is mutat föl. Öröndetes az a tapasztalás, hogy *Hochsinger*-nek aránylag kedvezőtlen viszonyok között élő hereditaer lueses beteganyagából mintegy 25%-ban mégis egészséges emberek kerültek ki. Öröndetes továbbá az is, hogy az első évbeli halálozási arányszám aránylag csekély (14%) volt. Mélyen elszomorító azonban az, hogy a lueses utódok jó részében állandóan megmaradó testi és szellemi fogyatkozások maradnak fenn. A lueses utódoknak az ilyen hosszas, évekre terjedő megfigyelése továbbá azt is bizonyítja, hogy a syphilis az utódokat oly mértékben támadja meg testileg és szellemileg, a minő mértékben semmiféle más betegség nem teszi ezt. (*Wiener klinische Wochenschrift*, 1910. 24—25. sz.)

Guszmán.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Az *arsan* nevű újabb arsenkészítmény nem más, mint az arsenessavnak könnyen, de lassan disszociáló összeköttetése a glidine nevű fehérjekészítménnyel. Állítólag kevésbé mérgező, mint az arsenessav vagy a Fowler-oldat. Egyenként 2 milligramm arsenet tartalmazó tabletták alakjában jön forgalomba, a melyekből naponként 2—3 veendő be. *Amende* jó tapasztalatokat tett ezzel az új szerrel különböző bőrbajokban, főleg lichen, psoriasis és eczema eseteiben. (*Dermatologisches Centralblatt*, 13. kötet, 130. oldal.)

Ascaris okozta enteralgia esetét ismertette *Lemoine* a „Société médicale des hopitaux” egyik utóbbi ülésén. A tabeszes beteg hónapokon át szenvedett eleinte gyomor-, majd bélkrisisekben, a melyek a szokásos kezelésnek nem engedtek. Santonin adására egy *ascaris* távozott, mire a bélkrisisek teljesen megszűntek és most már egy éve nem ismétlődtek. (*La semaine médicale*, 1910. 24. szám.)

Fekélyek kezelése lóvérsavóval. *Eve* két esetet közöl, a melyben a haladó jellegű, nagyfokú fekélyesedés (az egyik fekély az alkar kétharmadát foglalta el s az izmokig és inakig terjedt; a másik gümös nyakmirigyek kiirtása után támadt és már a nagy nyakereket veszélyeztette) lóvérsavóval átitatott gázenek alkalmazására gyors gyógyulásnak indult. (*Ref. La semaine médicale*, 1910. 26. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1910. 36. szám. *Preis* Hugó: Az immunitástan újabb vívmányai és az orvosi gyakorlat. *Hollós József*: A gümőkóros intoxicációk.

Orvosok lapja, 1910. 35. szám. *Chudovszky Móricz*: Sebészeti megbetegedések.

Budapesti orvosi ujság, 1910. 36. szám. *Torday Árpád*: Előzetes jelentés az Ehrlich-Hata-kezeléssel eddig elért eredményeinkről. *Sellei József*: Az Ehrlich-féle arsenobenzol klinikai hatása.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Wertner Mór* dr.-t tiszteletbeli főorvossá, *Berényi Zsigmond* dr.-t pedig tiszteletbeli járásorvossá nevezte ki Esztergom-megye főispánja. — *Egyed László* dr.-t a mohácsi László-kórházhoz, *Kemény Antal* és *Somló Antal* dr.-okat a gyulai kórházhoz alorvossá, *Ferenczi Gábor* dr.-t a székesfevárosi jobbparti kórházhoz segédorvossá nevezték ki.

Választás. *Hahn Dezső* dr.-t az országos munkásbetegsegélyező pénztár főorvosává, *Lévai József* dr.-t pedig helyettes főorvosává választották.

A stomatológiai klinika specialistává kiképzésre az 1910/11. tanévben 6—8 orvost vesz fel. Jelentkezni a klinika igazgatójánál lehet.

A budapesti egyetem I. számú női klinikáján augusztusban 12 szülés folyt le (először szülő 8, többször szülő 4); a született magzatok száma 12, még pedig élő 12, érett 12, fiú 6, lány 6, törvénytelen 2, törvénytelen 10. A nőbeteg-osztályon 9 beteget ápoltak. A fenti számok alacsony volta abban a körülményben találja magyarázatát, hogy a klinika

a hónap legnagyobb részében kőműves-munkák miatt zárva volt. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét 130 esetben vették igénybe; a műtétek száma 105 volt.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület júliusban 1431 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 934 szállítást végzett, 309-szer mint mozgóórság működött és 14-szer vaklármá és téves jelentés folytán vonult ki. A július havi működési főösszeg tehát 2688.

Kisebb hírek külföldről. *A. Gürber* dr.-t, a gyógyszer-tan rendkívüli tanárát Marburgban, rendes tanárrá léptették elő. — *K. Hegar* dr. nőorvostani magántanárt Freiburgban és *G. Klempner* dr.-t, a belorvostan magántanárát Berlinben ez. rendkívüli tanárrá nevezték ki.

Congressus. A francia sebészek 23. congressusa, mely október 3-án lesz, a következő kérdéseket tűzte ki tárgyalásra: 1. A Basedow-kór sebészi kezelése. 2. A duodenum-fekély sebészi kezelése. 3. A láb-szár-varicositások véres kezelésmódjának eredményei.

A diuretint, ezen már több mint két évtized óta előnyösen ismert diuresis, szív- és érszert átnézetesen ismertető füzetet bocsátott közzé a ludwigshafeni *Knoll-cég*, mely e készítményt előállítja. A füzet végén megtaláljuk azon 177 dolgozat pontos címét, a mely az irodalomban a diuretinről eddig napvilágot látott.

Vényminták czimvel a baseli *Hoffmann-La Roche* cég kis füzetet adott ki, melyben az általa forgalomba hozott készítmények (airol, digalen, pantopon, secacornin, sirolin, theophorin stb.) tulajdonságaira, javallataira és használatmódjára vonatkozó ismeretek vannak röviden összeállítva. Gyakorló orvosoknak jó szolgálatokat fog tenni a kis füzet.

A Tonogon suprarenale *Richter* a mellékvesék vérzescsillapító hatóanyaga. Fokozza a vérnyomást, összehúzza a véreket. Szíverősítő és lobellenes. A nyálkahártyákat kitünően érzésteleníti. Jól válik be az orr-, torok- és gégegyógyászatban és fülészeten. A sebészeten és szemészeten nélkülözhetetlen. Belsőleg, mint cardiacum és haemostaticum nyer alkalmazást. Mint antiphlogisticum kitünően válik be a gynaecológiában és az urologiában.

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

Dr. Jakab-féle Szigetsanatorium Budapest, VI., Nagy János-utca 47. sz. (A Városliget közvetlen szomszédságában.) Diéta, diagnostika, physikotherapiás sanatorium.

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

Consecutív neuralgiák, sebészeti utóbántalmak és izzadmányok eseteiben. Részleges göngyölés. **FANGO** Erzsébet-körút 51. sz. (Körúti fűdők.) Kezelő orvos vulcanikus radioactiv iszap Dr. VÁNDOR DEZSŐ.

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

Ujtátrafűred Sanatorium légzőszervi betegek részére. Legmodernebb kényelem — központi fűtés — villanyvilágítás. Gondos ápolás, állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Prospektus. Vezető főorvos: Szontagh Miklós dr. Egész éven át nyitva

Orvosi laboratorium: Dr. MÁTRAJ GÁBOR v. egy. tanársegéd. Telefon 26—96. VI., Teréz-körút 27.

Siemens és Halske R.-T. Röntgen- és elektro-medikai berendezések. Budapest, V., Lipót-körút 5. szám.

Epileptikus betegek intézete BALF gyógy-fűdőkben. Felvilágosítással szolgál *Wosinski István* dr., igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagyméltóságú m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

Széchenyi-telepi sanatorium az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál. Igazgató-főorvos *Schnier György* dr. Felvétetnek ideg- és kedélybetegek, neurastheniák, hysteriák, kimerülési esetek, alkoholisták, morphinisták. — Sürgöny: Budapest. — Posta: Budapest, Széchenyi-telep. — Telefon 79—72. — Prospektus. 6318

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

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

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK

fűdőkhez.

„LÁPSÓ“
száraz kivonat
ládákban á 1 kiló

LÁPLUG
folyékony kivonat
üvegekben á 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Közkórházi Orvostársulat. (VI. bemutató szakülés 1910. április 20.-án.) 669. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya. (1910. márczius 5.-én tartott VII. szakülés.) 670. l.

Közkórházi Orvostársulat.

(VI. bemutató szakülése 1910. április 20.-án.)

Elnök: **Horváth Ákos.** Jegyző: **Körmöczy Emil.**

(Folytatás.)

Kocsányacsavarodott vándorlóp okozta ileusnak splenektomiával gyógyult esete.

Gellért Elemér: St. H.-né, 39 éves, napszámos neje 1910. márczius 16.-án véték fel a Szt. Rókus-kórház Herezel tanár vezetésével álló I. sebészeti osztályára, a mikor is előadja, hogy 4 nap előtt nehezebb tárgy emelése után hirtelen rosszul lett, azóta széke nem volt, szelek nem mentek; néhányszor csuklott, nem hányt. Az alacsony termetű, rosszul táplált nő nyelve bevont, száraz, a has igen eldömböredő, feszes; a májtompulat rendes, a léptompulat helyén tompult dobos kopogtatási hang nyerhető s a bordaív alatt mozgékony, éles szélű, középen behúzódnival bíró, kissé egyenetlen felszínű, érzékeny, fájdalmas daganat tapintható. A vékony hasfalakon igen jól láthatók a bal epigastriumban a daganat alól kezdődő és a köldök felé elsimuló bélmevedések.

Látható egyébként háti spondylitis és a jobb lágyéktájon psoas-tályog punctiójának megfelelő heg.

Diagnosis: Kocsányacsavarodott vándorlóp okozta ileus.

Műtét: Behatolás a has középvonalában. A has megnyitása után kitűnik, hogy a megnagyobbodott s tengelye körül 180°-kal csavarodott s álszalagokkal a colonhoz tapadt lép a flexura linealis összenyomja.

Az összenövések felszabadítása után a lépét előhúzzuk s az ereket lekötve és átvágva, a pankreas farkának kimelésével a lépét gyorsan kiirtjuk. Átöltő hasfalvarrat. A műtét tartama 10 perc. A kiirtott tömött, szívós lép 425 gm. súlyú. Méretei 12 × 8 × 6. Tokja megvastagodott, nehezen lehúzható, a lép metszéslapján megvastagodott gerendázatot mutat.

A betegnek a műtét után beöntésre bő széke volt és szelek távoztak. Zavartalan lefolyás után április 9.-én távozott.

A műtét után megejtett vérvizsgálat a következő:

Vörösvérsejtek száma	4.180,000
Fehérvérsejtek	8,000
Haemoglobin-tartalom	14.20%

A qualitativ vérképben a vörösvérsejteken morphologiai eltérés nincs. A fehérvérsejtek arányszámai:

Polynucleáris leukocytá	62%	Eosinophil	1%
Lymphocytá	26%	Átmeneti alak	2%
Mononucleáris leukocytá	9%		

(nagy lymphocytá)

Az egész eltérés tehát csupán kisebbfokú leukocytosis, a fehérvérsejtekben a polynucleárisok megkevesedése és a mononucleáris elemek mérsékelt szaporodása.

Orbáncz után javuló fehérvérűség.

Körmöczy Emil: Az orbáncznak ama tulajdonságát, hogy befolyása alatt a lupus, a lues, a különböző adenák, a sarcomák és némelyek szerint még a rák is megjavulnak, már régen ismerik; a fehérvérűségre való behatását azonban csak az újabb időben figyelték meg alaposabban.

A bemutató 1899-ben írt le ilyen esetet, s összeállította a kérdés irodalmát. Azóta persze szaporodott az észlelt esetek száma. Mostani betege Hochhalt főorvos osztályán fekszik és annak engedelmesével mutatja be.

Három év óta észleli az 54 éves beteget, ki leukaemia lymphaticában szenved. Az észlelés elején 95,000 volt a fehérvérsejtek száma, a vöröseké 3.800,000. Haemoglobin 85%. A fehérvérsejtek között 85% volt a kis lymphocytá. 2 1/2 évig volt a beteg Röntgen-kezelés alatt, a mikor is az állapota javult, majd újra rosszabbodott. Folyó év február 2.-án újból kórházba vették fel a beteget, kinek nagy mirigydaganatai és köldökig érő lépe volt. A beteg nagy áll- és nyaktáji mirigydaganatai miatt száját is alig tudta nyitni, lábai pedig a lágyéktáji daganatok nyomása miatt egészen vizenyősek voltak. A vér haemoglobintartalma ekkor 50% volt. A vörösvérsejtek száma 3.300,000, a fehérvérsejtek száma 80,000, és ezek között 90% volt a lymphocytá. Tíz napi észlelés után a beteg a lábszáran orbánczot kapott, a mely 10 napig tartott. A lábszáron körülírt tályogok képződtek, melyek genyében streptococcus volt staphylococcusokkal keverve. Az orbánczos bántalom harmadik napján a leukaemiás tumorok kisebbedni kezdtek. Előbb a lágyéktájiak, a negyedik nap azonban már a lép és a többi mirigyek is apadni kezdtek, a fehérvérsejtek száma pedig 40,000-re süllyedt, köztük azonban még mindig 80% volt a lymphocytá. A vörösvérsejtek száma és a haemoglobintartalom a lázak alatt szintén süllyedt valamit. A láztalan időszak beálltával azonban a vörösvérsejtek száma és a haemoglobintartalom lassan emelkedett, a fehérvérsejtek száma pedig folyton apadt. Egy héttel az orbáncz megszűnte után a vérlelet a következő volt: Haemoglobin 80%, vörösvérsejtek száma 3.500,000, fehérvérsejtek száma 30,000. Ezek között 80% lymphocytá. A leukaemiás tumorok apadása mintegy két héttel az orbáncz lezajlása után szűnt meg — és azóta a beteg állapota megint rosszabbodik.

Az eset ismertetése után párhuzamba állítja a bemutató ezen észlelt javulást a Röntgen- és arsen-kezelés közben észlelhető javulással és igen sok analogiát talál. Mindezen behatások igazi okát nem tudjuk. A bemutató mégis azt véli, hogy legegyszerűbben úgy magyarázható ez, hogy a sejtek szétesése mellett mindeme hatások a leukaemia supponált előidézőire is hatnak.

Azután felemlíti még, hogy az orbáncz ezen gyógyító hatását therapeutice is fel akarták használni. Megemlíti *Busch, Coley* és mások kísérleteit és azokat, melyeket ő maga végzett. Megbízható eredményekre ezen próbálgatások eddig még nem vezettek.

Donáth Gyula: Ajánlja az injectiós kezelést natrium nucleicummal leukaemia ellen.

Érhártya-daganat érdekes esete.

Fejér Gyula: A szeműri daganatok kórjelzése néha nagyon könnyű, néha azonban oly nehéz, hogy csak valamennyi tünet kellő mérlegelése alapján lehetséges a biztos elkülönítő kór meghatározás. Ér- és ideghártyadaganat, érhártya-tuberculosis, ideghártya-leválás, cysticercus subretinalis, üvegtest-izzadmány jön e tekintetben számításba és különösen annak az eldöntése nehéz, hogy a levált ideghártyát transsudatum vagy tömött daganat tolta-e el helyéről.

A beteg 51 éves nő, ki arról panaszkodik, hogy jobb szeme 2 hó előtt káprázni kezdett és látását lassanként elvesztette, jelenleg csak homályos fényérzéssel bír. Jobb szemével azelőtt mindig jól látott, rövidlátó sohasem volt. Fejében, szemében fájdalom sohasem volt. Szemtekéje teljesen izgalommentes, az elülső csarnok mélysége normális. A lencse a helyén van, az üvegtest tiszta és átlátszó. Az ideghártya a papilláig felül, kívül és alul nagy terjedelemben le van vágva és flottál. Ha azonban a beteg lefelé néz, a szemteke alsó-belső negyedében kis mogorónyi nagyságban szürkés-zöldes, fluoreskáló, élesen határolt, alakját néha változtató képletet látni, mely kívül fekszik az ora serratához képest. A képletnek hátulsó felületét tükrrel egészen jól lehet követni. Míg a levált ideghártya másutt redőbe omlott, a daganat felett sima, ki van feszítve, rajta erek alig láthatók. A szemteke belnyomása normális. A Sachs-féle átvilágító lámpával a szemteke alsó-belső negyedéből sötétebb reflexet lehet kapni, de élesen elhatárolt daganat nem látható. Majdnem bizonyos tehát, hogy ez esetben az érhártya tömött daganatával van dolgunk, mely a szem vérkeringését

még nem zavarja, de rövid időn belül másodlagos glaucomához fog vezetni. A szemet enucleálni kell. Az esetet nem ritkasága, hanem a szemtűrkörkép érdekessége miatt tartottam érdemesnek a bemutatásra.

(Folytatása következik.)

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(1910 márczius 5-én tartott VII. szakülés.)

Elnök: Klumák Adolf. Jegyző: Konrádi Dániel.

I. Góth Lajos előadása: Válogatott fejezetek a méh-függelék lobos bántalmái köréből. III. A vérzésviszonyokról. Hozzászól: Akontz Károly.

II. Purjesz Béla: A vérsavó antitrypsines tulajdonságáról és annak klinikai jelentőségére vonatkozó vizsgálatairól számol be.

Vizsgálatai során a mások által is talált eredményt kapta. A vérsavó antitrypsines képessége a serumalbuminhez s nem a globulinhoz van kötve. $\frac{1}{2}$ órán át 56°C -on tartva, gátló tulajdonságának körülbelül $\frac{1}{3}$ -ára száll alá. Állás után veszít értékéből. A vizsgálatot a caseines methodussal végezte. A carcinomások vérsavójának vizsgálatán kívül más akut és chronikus megbetegedésben szenvedőkön is, azonkívül hasúri, mellúri, szívburokbeli folyadékon is végzett hasonló irányú vizsgálatot. A carcinomások vérsavójának a legtöbb esetben megnagyobbodott gátló képessége van, de normális vagy azon alóli értéket is adtak. A fertőző megbetegedéseknél is magasabb szokott lenni a gátlás határa, a mi azonban gyakorlati értelemben nem fontos.

Éppen azért a carcinomásoknál még a bizonyos arányszámban előforduló antitrypsines értékmegnagyobbodást is fontos adatnak kell tekinteni, miért is ezen reactio gyakorlati alkalmazása elől körjelzési szempontból nem zárkozhatsz el.

PÁLYÁZATOK.

2233/1910. sz.

A lemondás folytán megüresedett **tiszabői községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A pályázati kérvények kellően felszerelve **1910. évi szeptember hó 30-áig** adandók be hozzám.

Javadalmazás:

1600 korona kezdő törzsfizetés. Természetbeni lakás, a szabályrendeletileg megállapított látogatási, halottkemi és húsvizsgálati díjak.

Törökszentmiklós, 1910. évi augusztus hó 28-án.

2-2

Borbély, főszolgabíró.

A diósgyőri m. kir. vas- és aczélgárnál áthelyezés folytán megüresedett **gyárorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állásra a m. kir. állami vasgyárak tisztviselőire nézve érvényes, az államvasúti rendszerű tisztviselőkével azonos VIII. fizetési osztály 3. fizetési fokozatának megfelelő, vagyis évi 2800 korona fizetés, természetbeni lakás, 200 korona fűtési átalány és az üzleti eredményekhez képest változó, azaz évi fizetésének körülbelül 45%-át kitevő jutalék élvezete van egybekötve.

Pályázóktól sebész-műtői kvalifikáció okvetlen kívántatik.

A felveendő orvos egyelőre egy év tartamára ideiglenes minőségben nevezetik ki és ezen idő eltelté után megfelelő szolgálat esetén változatlan illetményekkel és fokozatos előléptetés kilátásával véglegesítettnek fog.

Az állás kinevezés után azonnal elfoglalandó.

Felhívom azon sebész-műtői oklevéllel bíró egyetemes orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy a megkívánt képesítést igazoló okmányokkal kellően felszerelt folyamodványukat a „M. kir. állami vasgyárak központi igazgatóságához Budapest” címzelve, a diósgyőri m. kir. vas- és aczélgár főnökségénél (Diósgyőr-Vasgyár) **1910. évi szeptember hó 15-éig** nyújtsák be.

Folyamodók kötelesek hiteles okmánnyal igazolni:

1. Családi és keresztnévüket, honosságukat, születési helyüket, életkorukat, vallásukat, családi állapotukat;
2. előéletüket, illetve eddigi foglalkozásukat;
3. nyelv- és szakismeretüket;
4. kifogástalan erkölcsi magaviseletüket;
5. katonasághoz való viszonyukat;
6. egészségi állapotukat, a gyárorvosi szolgálattal egybekötött kötelességek teljesítésére alkalmas voltak szempontjából.

Elkésve érkezett vagy kellően nem okmányolt kérvények nem vétetnek figyelembe.

3-3

Diósgyőri m. kir. vas- és aczélgár.

A Pozsonyi M. Kir. Bábaképezdében az 1000 korona évi jutalomdíjjal, lakás, fűtés, világítás és élelmezéssel javadalmazott **gyakornoki állás** betöltendő. Kötelező egyévi kórházi gyakorlatukkal elkészült orvosok pályázatukat minél előbb küldjék be a bábaképezde igazgatóságához.

A tót nyelv ismerete szükséges.

Pozsony, 1910. évi augusztus hó 31-én.

Velits Dezső dr., igazgató-tanár.

3505/1910. sz.

Dübrököz községben lemondás folytán megüresedett **községi orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek s felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítést és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **1910. évi szeptember hó 25-éig** annál is inkább nyújtsák be, mert a határidő után beérkező pályázatot figyelembe venni nem fogom.

A községi orvos javadalmazása az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 10. §-ában megállapított 1600 korona kezdő fizetés.

A lakás és látogatási díj kérdése jogerős határozattal rendezve még nincs. A község 700 korona lakásbér fizetésére vagy megfelelő természetbeni lakás szolgáltatására lett kötelezve. A véghatározat azonban még nem jogerős.

A választás hatánapját később fogom megállapítani és közölni.

Dombóvár, 1910. évi szeptember 1-én.

2-1

Nagy, főszolgabíró.

3416/1910. sz.

A lemondás folytán megüresedett szakcsi **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek s felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítést és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **1910. évi szeptember hó 25-éig** annál is inkább nyújtsák be, mert a határidő után beérkező pályázatot figyelembe venni nem fogom.

A körorvos javadalmazása az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 10. §-ában megállapított 1600 korona kezdő fizetés.

A lakás- és látogatási díj kérdése jogerős határozattal rendezve még nincs. A község 700 korona lakásbér fizetésére vagy megfelelő természetbeni lakás szolgáltatására lett kötelezve. A véghatározat azonban még nem jogerős.

A körhöz Szakcs székelyen kívül az idő szerint Kocsola, Koppányszántó, Nak, Lápa és Várong községek tartoznak összesen 9479 lakossal.

A választás hatánapját később fogom megállapítani és közölni.

Dombóvár, 1910. évi szeptember hó 1-én.

2-1

Nagy, főszolgabíró.

3969/1910. sz.

A magyaryeromonostori közegészségügyi körben, melyhez Nagyalota, Bocs, Bökény, Incsel, Meregyi, Retyicz, M.-Valkó, Keleczel, K.-Újfal, M.-Gy. Monostor, O.-Gy. Monostor, Derite, Bedecs, Erdőfalva és O.-Bikal községek tartoznak, a **körorvosi állás** üresedésben lévén, arra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása 1600 korona törzsfizetés és az 1908. évi XXXVIII. t.-cz.-ben meghatározott mellékjuttatások, melyek jelenleg felsőbb hatósági megállapítás alatt állanak.

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

Pályázni kívánókat felhívom, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt minősítést igazoló okmányokkal és román nyelvismeretüket tanúsító bizonyítvánnyal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **1. évi szeptember hó 30-áig** adják be.

A választás hatánapját később fogom kitűzni.

Együttal felkérem mindazokat az orvostudor és szigorló orvos urakat, a kik a kolera-járvány kitérőre esetén Kolozs vármegye területén járványorvosi szolgálatra vállalkozni hajlandók, szíveskedjenek ezen szándékukat az igényelt fizetés megjelölésével és pontos lakcímmel együtt a vármegye alispánjához bejelenteni.

Bánffy-Hunyad, 1910. évi szeptember hó 6-án.

Persina dr., tb. főszolgabíró.

A kassai alap. közkórháznál lemondás folytán megüresedett **segédorvosi állás**, mely 1200 korona évi fizetéssel, az intézetben egy bűtorozott lakosztóval, fűtéssel és világítással, továbbá reggeli és déli első osztályú élelmezéssel van javadalmazva, 1910. évi október hó 15-én betöltendő.

Ezen állás elnyerése iránt az egyetemes orvostudori oklevéllel, valamint egyéb, az eddigi foglalkozást tanúsító okmányokkal felszerelt kérvények **1910. évi szeptember hó 20-áig** alulírott igazgatóságához terjesztendők be.

Tájékoztásul a betöltendő ügykört részletező szolgálati szabályzat előzetesen beszerezhető.

Kassa, 1910. évi szeptember hó 6-án.

Az alap. közkórház igazgatósága.

2467/1910. sz.

A lemondás folytán megüresedett **hajdubagosi körorvosi állásra** ezennel újra pályázatot hirdetek. A körhöz tartoznak Hajdubagos székhelyvel Hajdubagos és Sáránd községek. A körorvosi állás javadalmazása az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 18. §-a értelmében 1600 korona törzsfizetés, 200 korona ötdéves korpótlék, 160 korona lakbér, Hajdubagos községben a halottkemi teendők végzéséért esetenként 80 fillér és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

A hajdubagosi körorvos kézi gyógytáratást joggal bírt, a melyet a megválasztandó körorvos is megkaphat.

A körorvos Sáránd községet a község által kiállítandó fuvaron hetenként kétszer tartozik meglátogatni.

Felhívom ennél fogva mindazon orvostudorokat, kik ezen állásra pályázni óhajtának, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében felszerelt kérvényüket hozzám **1. évi szeptember hó 15. napjáig** adják be.

A választást f. évi szeptember hó 17. napján d. e. 10 órakor fogom Hajdú-bagos község háza tanácstermében megtartani.

Derecske, 1910. évi augusztus hó 25.-én.

3-3

Szent-Iványi, h. főszolgabíró.

2458/1910. sz.

Kolozs vármegye moesi járásában levő magyarfrátal és magyarpalatka körorvosi állásokra ezennel pályázatot hirdetek.

A magyarfrátai körhöz 9 és a magyarpalatka körhöz 15 község tartozik. A magyarfrátai körorvos jelenlegi törzsfizetése 1600 korona, lakbér 200 korona, úti átalány 400 korona.

A magyarpalatka körorvos törzsfizetése 1600 korona, lakbér 200 korona és úti átalány 200 korona.

Megjegyzem, hogy a lakbér jövőre 350 koronára, az úti átalány 800-1000 koronára tervezetik, a látogatási díjak pedig nappal 1 korona, éjjel 2 koronában állapítatnak meg.

Az állást abban az esetben, ha orvos-doktor pályázó nem akad, szigorló orvossal is betöltöm, azzal a kikötéssel, hogy az illető az orvosi oklevél elnyeréséig csak helyettesi minőségben lesz alkalmazva.

Felkérem mindazokat, a kik ezen állások közül valamelyikre pályázni óhajtanak, oklevelükkel, illetve szigorló orvosoknál ezen minősítést igazoló bizonyítvánnyal felszerelt kérvényüket hozzám f. é. szeptember hó 30.-áig adják be.

A választás idejét később fogom kitűzni.

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

Mocs, 1910. évi augusztus hó 30.-án.

A főszolgabíró.

HIRDETÉSEK.



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 tabletta üvegben 2 korona. Kapható a gyógyszerárakban. 4437

Saison május 1-től szeptember végéig.

Badgastein

Tauernvasut, Salzburg.

Május, június és szeptemberben lényegesen mérsékelt szobák.

A világ legradioaktívabb hőforrása, a forrás hőmérséklete 49° C. Tengeri magasság 1012 méter. A legremekesebb hegyek közepette, szélmentes fekvés. Kitérő hatású az aggkor bántalmainál, idegbántalmak, neuralgiák (ischias), neurasthenia, functionális neurosisok, paralysis (apoplexia), tabes, köszvény, rheumás bántalmak, vese- és hólyagbántalmak (prostatobajok), különféle női betegségek, valamint valamennyi kimerültségi és gyengeségi állapotok ellen. Legkényelmesebb lakás 60 szobalobban 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.

9091

ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL

Vesebajoknál, húgyhólyag - bántalmaknál és köszvénynél, cukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitűnő sikkerrel használtatik.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

E forrás kiváló tulajdonságai:

Hugyhajtó hatása.

Kellemes izü.

Teljesen tiszta.

Könnyen emészthető.

Vasmentes.

Állandó összetételü.



Különösen oly egyéneknek ajánlatos, a kik ülő életmódjuk folytán aranyeres bántalmakban, hasi vérbőségben, máj- és veseizgalomban vagy hűgysavas lerakódásokban, vesehomok és vesekövek képződésében szenvednek.

Orvosi szakvélemények, gyógyeredményekről szóló bizonylatok és egyéb forrásleírások ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

SCHULTES ÁGOST Színye-Lipóczi Salvatorforrás Vállalat,
BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

MUSCHONG-BUZIÁSFÜRDŐ

BUZIÁSI PHÖNIX ÁSVÁNYVIZ

BAKTERIUM MENTES TERMÉSZETES ÁSVÁNYVIZ
Budapesti főraktár: Eötvös-utca 44. szám. Telefon 86-35.

BORSZÉKI

Az ásványvizek királya. Angolkór és vérszegénység ellen páratlan gyógyszer.

Mint üdítő és hűsítő ital a legelső minden vizek között. Megrendelhető a Magyar Ásványviz Forgalmi és Kiviteléi r.-t.-nél Budapest, Telefon 162-84.

Idegbetegségeknek és neurastheniánál

már 1900 óta legjobb sikerrel alkalmaztatik

Syrupus Colae compos. „Hell“.

Diabetesesek számára a syrup helyett

Pilulae Colae comp. Hell

minden szénhydráttól menten állítatnak elő.

7408

Egy pilula egy kávéskanálnyi syrup leghatásosabb alkatrészeit tartalmazza.

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

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

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

Első Magyar Kórházberendezési és Felszerelési Gyári vállalat r.-t. Kecskemét.

Telefon interurban 197.

Sürgőnyozim: Szerelés.

Tervez, szállít és szerel: Modern központi fűtést, szellőztetést, vízvezeték, csatornázást, gőzfűző-, mosóda- és sütődeberendezéseket, szennyvízderítő-telepeket. Septikus és aseptikus műtőtermek teljes berendezése. Sterilizátorok, fertőtlenítő készülékek és orvosi műszerek.

Tervvel és költségvetéssel díjtalanul szolgálunk. 9699

Perdynamin

egy jóízű, folyékony Haemoglobin-készítmény, a fogakat nem támadja meg, étvágygerjesztő, legjobban bevolt vérszegénység és általános testgyengeség eseteiben.

Lecithin-Perdynamin

egy Lecithin-Haemoglobin-készítmény, neurasthenia és egyéb idegbajok, hiányos táplálkozás és rachitis eseteiben.

Guajacol-Perdynamin

egy Guajacol-Haemoglobin-készítmény, orvosilag ajánlva a légzőszervek megbetegedéseinek, tüdő-tuberkulosis, tüdőhurut, bronchitis, hörghurut és scrophulosis ellen.

Minták és irodalom ingyen.

Lecithin-Perdynamin-ből minták csakis árfelszámítás ellenében kaphatók az osztrák-magyar képviselő által:

Mr. Camillo Raupenstrauch, em. Apotheker
Wien II/1 Castellezgasse 25.

HALÁSZ P. JÁNOS

Telefon 83-28.

ORVOSI MŰSZERÉSZ

Telefon 83-28.

BUDAPEST, IX. KER., ÜLLŐI-ÚT 5. SZÁM.

Üreges kiváltható üveg-tégla törvényesen védve

veranda-, télikert-, kiosk-, előtető-, kórház-, jéggyár-, fürdő-, hűtő-, orvosi-kamra-, pince-, vágóhíd-, vasúti indóház-, mozdonyazin-, gyári stb. stb. építkezés ablakához, falához és boltozatához. Előnyei: teljes fényátbocsátás. Jelentékeny szerkezeti megtakarítás. Kitűnő hang- és hőszigetelés. Tetőzetős külső. A más fajta üvegezést felülmúló szilárdság. Nagyon könnyen tartható tisztán. A sérült téglák könnyű kiváltása a téglakötés megbolygatása nélkül.

Mintákkal és árakkal szívesen szolgálunk.
AKTIEN-GESELLSCHAFT FÜR GLASINDUSTRIE
vorm. FRIEDR. SIEMENS, Neuss, Elbogen mellett (Csehország).



Képviseli:

BOLGÁR PÁL, Budapest,
V., Aulich-utca 8.
Telefon: 8-88. szám.

RÉPÁTIVIZ

Biztos sikerű gyógyszer mindennemű hurutos bántalmaknál, felette kellemes üdítő gyógyvíz! Megrendelhető a Magyar Ásványvíz Forgalmi és Kivitel r.-t.-nél, Budapest, Telefon 162-84. 9136

Liq. Gude

MANGAN-VAS-PEPTON GUDE

Liquor mangano-ferri peptonat. Gude.

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

készíti: 1890 óta.

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

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

„BAYER“

CONTRATUSSIN

„BAYER“

— számarhurut, rekedtség, gégefő- és bronchial-catarrhus ellen. —

Pastilla alakban is kapható.

1 palaczk 1.40 kor. és 2 korona.

„Vörös-kereszt gyógyszertár” Budapest, VI. ker., Andrassy-út 84.

Minden gyógyszertárban kapható. — Orvos uraknak kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

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. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Scipiadés Elemér szerkesztésében.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Csikó József: Közlés a kir. magy. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr. egyet. ny. r. tanár, udvari tanácsos.) A myasthenia gravis pseudoparalyticáról és a vele kapcsolatosan kimutatható izomelváltozásokról. 671. lap.

Fejes Lajos: Közlés a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem II. belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár, udvari tanácsos.) A bakteriologiai vérvizsgálat jelentőségéről typhus abdominalisban, tizenkét eset kapcsán. 673. lap.

Falta Marcell: Aseptikus szemcseppentő. 675. lap.

Borszék Károly: Közlés a m. kir. tud.-egyetem 2. számú sebészeti klinikumáról. (Igazgató: Réczey Imre tanár, udvari tanácsos.) A fermentkezelés értéke idült genyedéses folyamatokban. 676. lap.

Győry Tibor: Az egységes orvosi terminológia az orvostörténet álláspontjából. 678. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. A magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyűléseinek története 1890–1910-ig. — *M. Kahane: Die Arzneitherapie der Gegenwart.* — *Lapszemle. Általános kórtan. Sarnitzyn: Eszköz a bélvizsgálat tökéletesítésére.* — *Oestreich: A rák gyógyításának újabb módja.* — *Belorvostan. Hinze: Az idült ólommérgezés kezelése fixációs tályoggal.* — *W. J. Arnold: Terpentín-klyma használata typhus abdominalis eseteiben.* — *Idegkórtan. Isserlin: A psychoanalysis ferdeségei.* — *Gyermekorvostan. Abramowski: Szoptatás és tuberculosus.* — *Venerás bántalmak. Blaschko: Az Ehrlich-Hata-féle syphilisellenes gyógyszer.* — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Huggins: Szer puerperális fertőzés ellen.* — *Hardman: Szer a chloroformmal altatás utáni hányás ellen.* — *Hamm: Helyi érzéstelenítés kisebb műtétek alkalmával.* 680–683. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 683. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 683. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 684–686. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a kir. magy. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról.
Igazgató: Jendrassik Ernő dr. egy. ny. r. tanár, udvari tanácsos.

A myasthenia gravis pseudoparalyticáról és a vele kapcsolatosan kimutatható izom-elváltozásokról.¹

Irta: **Csikó József** dr. tanársegéd.

*Wilks*¹ volt az első, ki 1877-ben egy a myasthenia kór-képéhez tartozó s halállal végződő esetet közölt, a melyben úgy a bonczélet, mint a mikroszkopiai vizsgálat teljesen negatív volt. Mindazonáltal a betegségnek mint önálló kórképnek a felismerése *Erb*² nevéhez fűződik, ki 1878-ban három eset kapcsán tisztán klinikai alapon egy „új, valószínűleg bulbáris tünetcsoportra” hívta fel a figyelmet, mely különös lefolyásával és gyógyulásra való hajlamával különbözik a közönséges paralysis bulbaristól.

A következő közlés csak 1887-ben jelent meg *Oppenheim*-től,³ melyben egy esetet közöl teljesen negatív bonczolási lelettel, úgy hogy a betegségnek „bulbáris paralysis anatomiai lelet nélkül” (*Bulbär-Paralyse ohne anatomischen Befund*) nevet adta.

A következő években megjelent számos dolgozat közül főképpen a *Goldflam*⁴ közleményei érdemelnek figyelmet, melyekben különösen arra a sajátos elfáradásra hívja fel a figyelmet, a mely teljesen különbözik a bénulástól; ő volt azonkívül az első, ki arra mutatott rá, hogy ezen betegség néha gyógyulhat is s hogy a bulbaris tüneteken kívül az elfáradásnak a jelei a test többi izmain is mutatkoznak a nélkül, hogy azokon az izmokon atrophia vagy degeneratio jelei volnának kimutathatók. Egy másik igen fontos dolgozat a *Jolly*⁵ közleménye, a melyben a „myastheniás reactio” neve alatt ismert tünetet írta le, melynek lényege az, hogy az eleinte villamos ingerre normálisan reagáló

izom rövidebb-hosszabb ideig tartó behatás után folyton gyengébben, végre egyáltalában nem reagál, 1–2 percznyi szünet után azonban ingerlékenységét ismét teljesen visszanyeri.

A *Strümpell*,⁶ *Hoppe*,⁷ *Eisenlohr*,⁸ *Senator*,⁹ *Shaw*,¹⁰ *Dreschfeld*,¹¹ *Sossedorf*,¹² *Schüle*,¹³ *Raymond*,¹⁴ stb. által közölt esetekben a bonczolási lelet mindig negatív volt. Ez a számos, esetio nélkül közölt eset mind hozzájárult ahhoz, hogy egy határozott körvonalú, jellemző tünetekkel bíró kórkép alakult ki, melyet klinikailag aránylag könnyen lehet felismerni, mely aetiologiája és kórbonczetani elváltozása tekintetében azonban teljesen homályban maradt. Így aztán megírhatta *Oppenheim*¹⁵ 1901-ben kitűnő monografiáját, melyben a betegség tüneteiről tiszta képet ad, a nélkül azonban, hogy a kórokról és a kórboncztanáról bármily biztosat és pozitívet is tudott volna mondani.

Ezen esetekből világosan kitűnt, hogy eme betegség nem tisztán bulbáris természetű, hanem éppen úgy kiterjedhet a test bármely más izmára s így esetenként más és más izom lehet az, melyen a betegség első tünetei mutatkoznak, mindenesetre azonban leggyakrabban a bulbus-idegek által beidegzett izmok azok. Ezen utóbbi tény magyarázatára *Strümpell* felfogása bír némi valószínűséggel, hogy éppen ezek azok az izmok, melyek részben folytonosan vannak beidegezve, részben pedig leggyakrabban vannak használatban, így pl. levator palpebrae, a szemmozgató izmok, masseter stb. Ezen izmoknak már minimális gyöngesége oly tüneteket okoz — mint kettős látást, szemhéjcsukást, nyelési és rágási nehézségeket — a melyeket a beteg igen hamar észrevesz s a melyek miatt, bár a többi tünet még hiányzik, orvoshoz fordul. A végtagoknak esetleg már meglevő kisértő gyöngesége a betegség ily kezdeti szakában oly csekély lehet, hogy a beteg figyelembe sem veszi vagy pedig általános bágyadságnak tekinti.

Ezért nem feltűnő dolog, hogy a legtöbb szerző eleinte a betegség okát a centrális idegrendszerben és a peripheriás idegekben kereste; különösen a nyúltagy volt az a rész, melyet ismételtén átvizsgáltak. Ezen vizsgálatok eredménye vagy teljesen negatív volt, vagy pedig találtak egyesek friss, mikroszkopikus vérzést, chromatolysist, az agyidegmagvak némely sejtjében minimális degeneratiót, különböző idegek gyökereiben *Marchi* szerint egyes

¹ Előadatott a XVI. nemzetközi orvosi congressuson Budapesten.

rostoknak feltűnő vékonyságát, egy szóval mind oly elváltozásokat, melyekről nem lehetett feltételezni, hogy a megbetegedésnek, illetve a halálnak okozói lehetnének.

A negatív leletek következtében az a felfogás kezdett mindinkább általánossá válni, hogy ezen megbetegedés nem egyéb, mint autointoxicatio eredménye, melyet kóros anyagcsereproductumok, ú. n. „Ermüdungsstoffe“ vagy egyéb toxinok, különösen pedig a számos esetben persistáló thymus és különböző daganatok produktumának behatása okoz. Feltűnő gyakoriak voltak e mellett a congenitális fejlődési rendellenességek a test legkülönbözőbb részeiben, pl. hat ujj, kettős canalis centralis, úszóhártya az ujjak között stb., a melyek mind arra mutattak, hogy itten a szervezett veleszületett gyöngesége is fennáll, a mi alkalmas volt ezen utóbbi felfogást a toxinhatásról azáltal támogatni, hogy egy már születéstől fogva gyengébb szervezetet sokkal gyorsabban támadnak meg a toxikus anyagok, tekintet nélkül arra, vajjon ezen toxinok a testben magában képződtek-e (autointoxicatio), vagy egy kívülről bejutó mérge okozza-e az intoxicatiót.

1901-ben Weigert közölt mint első egy Laqueur által megfigyelt typosus lefolyású esetet, a melyben a bonezolálás pozitív eredménynyel járt, a mennyiben thymus-daganaton kívül az izmokban is mikroszkopikus elváltozások voltak kimutathatók. Normális idegrendszer mellett erősen megnagyobbodott, daganatszerű thymust talált, mely lymphoid- s kevés epitheloid-sejtekből, valamint typosus Hassal-féle testecskékből állott. Ugyanezen sejteket találta ő a makroszkopikusan normálisnak látszó izmokban, valamint a szív-izomban is. Ezek részben szétszórótt, részben csoportokat képező lymphoidsejtek voltak az egyes izomrostok között a perimysium int. mentén, minden gyulladás jele nélkül, polynuclearis leukocyták, fibroblastok s újonnan képződött kötőszövet nélkül. Mint-hogy ezen sejtek minden tekintetben hasonlítottak a thymusban talált daganatsejtekhez, ezeket ezen daganat mikroszkopikus nagyságú metastasisának tekintette. Mindamellett nem vett fel oki összefüggést ezen lelet s a betegség között, minthogy nem tartotta valószínűnek, hogy az izomzatnak aránylag ily csekély elváltozása ily súlyos kórképet okozhatna. Ezért inkább azt hiszi, hogy intermediaer anyagcsereproductumok okozzák ezen bántalmat, a melyeket a vissza nem fejlődött vagy betegesen megváltozott thymus secernálna. Weigert-nek ezen közlése óta további leleteket közöltek, melyeket részben sectio útján, részben pedig élőből kimetszett izmokon találtak.

Általában két csoportra oszlanak ezen leletek: 1. Olyanokra, hol a bonezolálaskor valahol a szervezetben primaer daganat volt s hol az izomban talált sejteket mint a daganat metastasisát magyarázzák; 2. oly esetekre, melyekben a fent jelzett izomleleten kívül semmi más elváltozás a szervezetben nem volt. Mindkét csoportban azonban feltűnő gyakran volt kimutatható persistáló thymus. Az első csoporthoz tartoznak a Weigert fenti esetén kívül Goldflam¹⁷ és Hun¹⁸ esetei, míg a második csoporthoz számítandók: Steinert,¹⁹ Link,²⁰ Boldt,²¹ Burr,²² Buzzard²³ (5 eset), Knoblauch,²⁴ Frugoni,²⁵ Marburg,²⁶ Osann,²⁷ Mandelbaum és Celler²⁸ esetei. Ezen szerzők által leirt leletek általában megegyeznek egymással, úgy hogy az egyes esetekre kiterjeszkedni szükségesnek nem tartom. A lelet mindig ugyanaz volt: lymphoid-sejteknek kisebb-nagyobb tömege az egyes izomkötegek között, a honnan a perimysium int. mentén az egyes izomrostok közé beterjedtek; a kis erek körül történő csoportosulásuk miatt ezeket perivascularis infiltrationnak nevezték el. Minthogy minden újabb pozitív lelet az izomzatban a mellett bizonyít, hogy ezen megbetegedésben kétségen kívül az izomzat is részt vesz, a következőkben egy typosus lefolyású esetet akarok közölni, mely hosszú ideig klinikánkon feküdt s melyben az izomzat mikroszkopikus vizsgálata hasonló eredményhez vezetett.

Sz. Erzsébet, 21 éves kertészleány, felvétetett a klinikára 1904 július 26.-án, meghalt 1907 július 25.-én.

Nagyszüleiéről semmit sem tud. Szülei nem voltak rokonok; apja 54 éves korában tüdőbajban halt meg, anyja él és egészséges. 11 testvére közül 3 él, egy nővére 27 éves korában tüdőbajban halt meg; a többi testvéréről felvilágosítást nem tud adni, mivel azok mind kicsi korban haltak meg. Családjában hasonló baj nem fordult elő.

A beteg maga mostani bajáig mindig egészséges volt, még gyermekkori betegségekre sem emlékszik vissza. Havibaját 12 éves

korában kapta meg; betegsége kezdetéig vele mindig rendben volt, rendes időben fájdalom nélkül jelentkezett. A mióta beteg, többször megtörtént, hogy havibaja 2—3 hónapig kimaradt s ilyenkor azután, ha újból jelentkezett, igen erős görcsös fájdalma volt.

Mostani baját semmiféle lázas betegség vagy meghűlés nem előzte meg. A beteg elmondása szerint 1902-ben azt vette észre, hogy munka közben a karjai lassan gyengülni kezdtek, fél év múlva már a lábai is, s a rendes munkánál, a járásnál gyorsan kifáradt; ezzel egyidőben a beszéd, ha kissé hosszabb ideig beszélt, kifárasztotta s hangja gyenge lett. Néha kettősen látott s felső szemhéjai időnként leestek, hol az egyik, hol a másik oldalon. A nyelés is nehezebbé esett s ilyenkor gyakran megtörtént, hogy a folyadék az orrán át jött vissza. Fájdalmat a testében sohasem érzett. Már könnyű munka után is igen fáradtnak és bágyadtnak érezte magát, úgy hogy utolsó időben már semmit sem bírt dolgozni. Ezen állapot körülbelül 6—8 hétig tartott, ekkor lassan javulni kezdett, ismét tudott járni; a gyors kifáradás azonban nem tűnt el s még könnyű munkánál is előállott, úgy hogy teljesen munkaképtelen lett.

Ezen állapotban kereste fel a klinikánkat.

Egyéb panaszai közül kiemelendők: makacs álmatlanság, lehangoltság, kedélyének gyors és könnyű ingerlékenysége, néha szívdobogás. Étvágy, szék rendes. Vizeleti zavar nincsen. Állítólag amor lesbicus egy társnője iránt, utóbb más iránt is.

A középtermetű, jól fejlett és táplált nőbeteg esontrendszere ép, ízületei szabadok. A bőr halvány, úgyszintén a látható kötő- és nyálkahártyák. Mirigyek seholsem tapinthatók. A szív a rendes határokon belül, szívhangok tiszták. A pulsus rythmusos, középtelt, feszes, száma percenként 82, pszichikai befolyásra és testi munka után gyorsan felmegy 120-ra is. A tüdők épek, úgyszintén a hasi szervek. A vizelet fajsúlya 1023, savi, idegen elemeket nem tartalmaz.

Az izomzat az egész testen jól fejlett, atrophianak semmi nyoma, tömörsége azonban csekély, még az izomcontractionnál is. A passiv mozgás mindenütt szabad.

A beteg arczkifejezése erős fáradtság benyomását teszi, különösen a nasolabiális ráncok elsimultak. A szemrés keskeny, a felső szemhéjak a rendesnél lejjebb állanak. Többszöri szemcsukás és nyitás után szemeit alig tudja kinyitni, úgyszintén 10—15 oldalnézési próba után szemei becsukódnak s nem tudja őket a legnagyobb erőmegfeszítéssel sem nyitva tartani; 1—2 percnyi pihenés után szemeit ismét a szokott mértékben ki tudja nyitni. A szemhéjak záródása azonban sohasem teljes, a mennyiben mindig marad köztük kis nyitott rés. A szemmozgások minden irányban szabadok, de ha a beteg hosszabb ideig oldalt néz, néha kettősen lát. Kisfokú exophthalmus. Nystagmus nincsen. Cornea-reflex megvan. A pupillák középtágak, egyenlőek. Fényre és alkalmazkodásra jól hatnak vissza. Elfáradási tünet nincs rajtuk.

A beteg a homlokát csak igen kis mértékben tudja ráncolni; a mellett száját mindig kissé nyitva tartja, bár az orrlégzés jó. A jobb szájjug kissé elmarad, e mellett a beteg füttyölni, arezát felfújni, orrát felhúzni egyáltalában nem tudja, míg a szájjug oldalmozgásai az első kísérleteknél elég jók, többszöri próba után a kitérések mind kisebbek lesznek, míg végre egyáltalában nem tudja félrehúzni. Nevetéskor a szájjugok teljesen mozdulatlanok maradnak, csak az orrát húzza kissé feljebb, úgy, hogy az arczkifejezés inkább fájdalmas benyomást tesz. Hasonlóképpen működnek a rágóizmok is, úgy, hogy a beteg az evésnél igen hamar kifárad, szája rövid ideig nyitva marad, s csak rövid pihenés után tudja az evést folytatni. E miatt keményebb ételeket nem is tud megenni. A nyelv arányos, minden oldalra jól mozog, sem atrophia, sem fibrillaris rángás nem látható rajta. Többszöri kinyújtás után rajta is kifejezett elfáradás látható. A garatívek kétoldalt egyformák s az uvulával együtt eleinte jól mozognak. Csakis többszörös phonatio után csökken a mozgás nagysága. Garatreflex gyengén kiváltható. Ha iszik, gyakran megtörténik, hogy a folyadék egy-két korty után az orrán jön ki.

A fej tartása rendes. Nyakizmai jól fejlettek. Hosszabb fennülésnél azonban a fejét nem tudja sokáig egyenesen tartani s az akarata ellenére előre vagy hátra hajlik. Hasonló gyors kifáradás észlelhető a fej oldalmozgásánál is. A nyak részarányos; a pajzsmirigy jól tapintatható, megnagyobbodottnak látszik.

Inreflexek, kivéve a triceps-reflexet, jól kiválthatók, úgyszintén a hasi és talpi reflex is, clonus nincsen, sem ataxia. Az izmokban fibrilláris rángás nincsen. Idegek, izmok nyomásra nem fájdalmasak.

A végtagok passív mozgása mindenütt teljes mértékben lehetséges. Aktív mozgásnál a felső végtagokat csak körülbelül a vízszintesig tudja felemelni; ha a beteg felszólításra ezen mozgást néhányszor egymásután megismétli, nagyon kifárad s karjait folyton kisebb magasságig tudja csak felemelni, míg végre alig tudja őket helyükből kimozdítani; könnyebb tárgyakat hosszabb ideig tud kezében tartani, nehezekeket gyorsan le kell tennie, mivel rövid idő múlva kiesnek a kezéből. A felső végtagok izomereje nagyfokban csökkent, a kezek szorító ereje igen gyenge; néhány kézzszorítás után már alig érezhető a kifejtett erő s a beteg ily kísérlet után erősen kifárad. A látszólag jól fejlett hasizmok szintén gyors kifáradást mutatnak. Háton fekve kezeinek segítségével nélkül felülni nem tud; többszöri erőlködés után annyira kifárad, hogy egy ily kísérlet után néhány pillanatig teljes mozdulatlanságban fekszik dyspnoében. Hasonlóképpen viselkednek az alsó végtag izmai, valamint a törzs többi izma is. Járása is ennek megfelelően eleinte rendes, kissé lassú, rövid idő múlva azonban lábait mindkevésbé emeli, maga után húzza őket, fáradtnak érzi magát, úgy hogy leülni kénytelen. Rövid pihenés után a menést ismét folytatni tudja.

Villamos vizsgálatnál elfajulási reactio egy izmon sincsen. Azonban a Jolly-féle myastheniás reactio, különösen a facialis területén, a rágóizmokon, a pectoralis-, deltoideus-, biceps-, alkarizmokon, valamint a quadriceps femorison igen kifejezett. A kis kézizmokon csak néha lehet kimutatni. Egyáltalában ezen tünet nem nagyon állandó, a nélkül azonban, hogy bizonyos összefüggést lehetne kimutatni az izmok kisebb vagy nagyobbfokú elfáradásával.

Érzési zavar nincsen.

A beszéd kissé egyhangú, kevés beszéd után kifejezetten orrhangú lesz, majd a hang erőssége gyengül, úgyannyira, hogy rövid idő múlva a beszéd érthetetlen suttogásba megy át. Mindezen mozgásokra jellemző volt az izmoknak gyors kifáradása, erős fáradtság-érzet kíséretében. Ha azonban a beteg rövid ideig — 1–2 perczig — pihent, a régi ereje ismét visszatért, az előbbi mozgást ismét megtudta csinálni, legfeljebb azzal a különbséggel, hogy mentül többször ismételte azt, annál gyorsabban tértek vissza a kifáradási jelenségek.

(Folytatása következik.)

Közlés a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem II. belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár, udvari tanácsos.)

A bakteriologiai vérvizsgálat jelentőségéről typhus abdominalisban, tizenkét eset kapcsán.

Irta: Fejes Lajos dr.

A bakteriologiai vérvizsgálatnak mind szélesebb körű alkalmazása a typhusbacillus pathogen hatásának számos, azelőtt homályos oldalára vetett fényt. Az Eberth-Gaffky-bacillus által előidézett megbetegedést már tisztán klinikai megfigyelés alapján is, még a modern bakteriologiai vizsgálati eljárások ismerete előtti időben, általános megbetegedésnek tartották, a melynek a typhusos bélbeli elváltozás csak a praedilectió, de nem kizárólagos localisatiója. Az infectio generalizálódásának idejéről, módjáról és lefolyásáról csak az újabb vizsgálati eljárások alkalmazása óta tudunk pontosabb adatokat.

Az első fontos adat a bacillusnak a vizeletben kimutatása volt, melynek óriási közegészségügyi jelentőségét, mint a fertőzés terjedésének útját, először Petruschky hangoztatta; klinikai szempontból e leletnek az a körülmény nyújt nagy fontosságot, mivel ez volt az első bizonyíték arra, hogy a bacillus a vérpályába átlép. Nem sokkal utóbb Castellani a keringő vérből is kitenyésztette a typhusbacillust, s ezzel a bacillusnak a vérpályába való átlépésének kérdése el volt döntve. Utána rendkívül sok szerző tudta ugyanezen eredményt elérni s a mai irodalmi adatok alapján bebizonyítottak tekinthető, hogy a megbetegedés első három hetében a láz alkalmával a bacillus a vérben kering. A bacillus kitenyésztésének technikájával igen sokan foglalkoztak, a mit érthe-

tővé tesz az eljárás eredményének, a bacillus kitenyésztésének igen nagy diagnostikai jelentősége. A megbetegedés elején, midőn sem a klinikai tünetek megfigyeléséből, sem a Widal-reactióból, mely ilyenkor még rendszerint negatív eredményű, a diagnosis még el nem dönthető, a bacillus kitenyésztésének diagnostikai, prognostikai és therapiás jelentőségét felesleges hangoztatni.

A typhusbacillusnak a vérből kitenyésztésére leírt igen számos eljárás 3 csoportba osztható. Az első eljárás az, melynél az ujjesücsből szűrés útján vett vérből próbálták kitenyészteni a bacillust. Ezt az eljárást ma már csaknem általánosan elhagyták, mivel nehéz a szükséges steril módon dolgozni vele. A második csoportba a roseolából való kitenyésztés tartozik. Neufeld ajánlotta először; a roseola feletti bőr megfelelő sértése után a kiszivárgó szövetnedvből a bacillust elég nagy biztonsággal tudták kitenyészteni.

A harmadik — s ez ma az általánosan használt eljárás — a vena medianából vett, aránylag nagyobb mennyiségű, 10–15 cm³ vérenek feldolgozása. A nagyobb mennyiségű vérenek vétele azért czélszerű, mert a megbetegedés kezdetén, midőn esetleg még gyanunk is alig lehet a fertőző vírus fajára, többféle tenyésztőtálatjába olthatunk egyidejűleg, főként olyanokba, melyek bizonyos kórokozók számára mint különösen kedvezőek ismeretesek. A typhusbacillus kitenyésztésére vonatkozólag legfontosabb a vérenek azonnali nagyfokú hígítása a tenyésztőtálatjával, nehogy a vérsavó bakteriumölő hatása által a vett vérben az esetleg jelenlevő csírák elpusztítsanak. Streptococcus- és staphylococcusfertőzéskor ez nem oly fontos, mivel ezek a beteg vérsavójában még el is szaporodnak, a typhusbacillus azonban igen hamar tönkremegy benne. A Kayser-Conradi által ajánlott steril marhaepének a Merck-gyár útján forgalombahozatala óta kezünkben van a typhusbacillusnak legkedvezőbb tenyésztőtálatj, mely az által, hogy a vérsavónak bakteriumölő hatását megsemmisíti, a typhusbacillus kitenyészthetőségét rendkívül megkönnyíti. A kitenyészett telepek számának megállapítására — tekintve ezen adat prognostikai jelentőségét — Schottmüller ajánlotta a vérenek elfolyósított agar-csőbe oltását s ebből lemezöntést.

A typhusbacillusnak a véráramba jutásával vált magyarázhatóvá a sok atypusos lefolyású typhus abdominalis, melynél igen kisfokú bélelváltozás mellett a távolabbi szervek nagyobbfokú elváltozását idézte elő s ezekben a typhusbacillust tenyésztési és histologiai eljárásokkal ki is mutatták. Megjegyzendő, hogy az idevágó régiebb észleletek, mint azt Weichardt is hangoztatja (Weichardt: Beitrag zur Lehre der Allgemeininfektion des Organismus mit Typhusbazillen. Zeitschrift für Hyg. XXXVI. k., 440. l.), nem igen állják meg a modern vizsgálati eljárásokkal szemben a kritikát; ugyanis nem állapítható meg bizonyossággal, hogy a sectio alkalmával a különböző szervekben kimutatott s kitenyészített állítólagos typhusbacillus nem volt-e postmortalisán bevándorolt colibacillus. Számos (19) idevágó esetről számolnak be Chiari és Kraus (Zeitschrift für Heilkunde, 1897. XVIII. k.), de úgy az ő, mint a Karlinski, Banti, Du Cazal, Meunier és Kühnau által leírt esetekre is vonatkozik a bacillus meghatározását illetőleg a fenti megjegyzés.

A typhusbacillusnak a betegség lázas szakában a vérben állandó keringése bebizonyítva lévén, mindinkább kezdtek a szerzők typhus-sepsisről beszélni, mint a mely elnevezés alá kivált azon eseteket foglalták össze, melyekben esekélyfokú bélbeli folyamat mellett úgy a klinikai körképben, mint a boncselet képében a távolabbi szervek typhusbacillus okozta elváltozásai állottak előtérben. Ámbár a typhusbacillusnak hosszas tartózkodása a vérpályában kétségkívül forrása a távoli szervek komplikáló elváltozásainak, mégis bakteriologiai szempontból különbséget kell tenni a bakteriaemia és a sepsis fogalma között. Mint Neufeld (Kolle-Wassermann: Handbuch der pathog. Mikroorganism. II. k., 273. l.) is kifejti, ahhoz, hogy valamely vírust septicaemia kórokozájával tekintsünk, azon követelményt fűzzük, hogy a véráramba ne egyszerűen átlépjen, hanem ottan el is szaporodjék, mint például a strepto- és staphylococcusok. Ezzel szemben a typhusbacillus a vérben nemcsak hogy el nem szaporodik, de nagy mennyiségben pusztul el s éppen az ily módon tönkrement bacillusok széteső testéből kiszabaduló endotoxin hatására vezethető vissza az inkább intoxicationnak tekinthető általános megbetegedés. A typhusbacillusnak ilyen

értelmű szereplését pedig nem is kizárólagosan a vérsavó erős typhus-bakteriumölő hatása okozza, hanem az okot magában a typhusbacillus specifikus pathogen képességében kell keresnünk. Erre utal azon körülmény, hogy a typhusbacillus, mely az eseteknek körülbelül $\frac{1}{3}$ -ában a vízelettel is kiválasztatik, a vesében nem okoz rendszerint nagyobb elváltozást, hanem leggyakrabban bakterium-tömeggel telt gócot alkot, mely a bacillusok kiürülésével működési zavar visszamaradása nélkül gyógyul s kiterjedtebb gyuladást rendszerint nem okoz. A létesülő kistükrű elváltozást inkább a nagy mennyiségben odajutott bacillusok testének mechanikai hatása idegen testként, semmint specifikus pathogen hatása idézi elő.

A typhusbacillus kitenyészthetőségének technikáját illetően nem találtam az irodalomban arra vonatkozó adatot, melyben negatív eredményű vérvétési kísérletnél állatoltásnak sikeres voltáról számoltak volna be. Alább részletesen ismertetett teljesen atypusos lefolyású typhus abdominalis esetünkben állatoltás nélkül a betegség korai diagnózisra nem sikerült volna, mely eredmény éppen ezen esetben igen nagy fontosságú volt.

A II. belklinika beteganyagán rendszeres bakteriologiai vérvizsgálatot végezve, körülbelül egy év alatt 12 esetben volt alkalom typhusos beteg vérének vizsgálatára. Eljárásom technikáját s a kitenyészthet bacillus meghatározását a 7. eset kapcsán részletesen ismertettem. Az eredményt az alábbi táblázat mutatja:

Szám	A vizsgálat ideje	Eredmény	
1.	8. lázas nap	+	Widal-reactio —
2.	3. lázas nap	+	—
3.	2. lázas nap	+	—
4.	4. lázas nap	+	—
5.	Typhus abdominalis körülbelül 4. hete	—	A vérből bakteriumcoli nőtt ki. Widal-reactio typhus-törzsszel 1:200 pozitív
6.	5. lázas nap	+	Widal-reactio —
7.	9. lázas nap	+	Widal-reactio —
8.	3. lázas hét	—	Widal-reactio — 4. hét végén paratyphus B törzsszel 1:100 pozitív
9.	5. lázas nap	+	Widal-reactio —
10.	9. lázas nap	+	Widal-reactio —
11.	14. lázas nap	+	Widal-reactio 1:200 pozitív typhus-törzsszel
12.	7. lázas nap	+	Widal-reactio —

A 10 pozitív eset közül érdekes a második és harmadik. Két fiatal ápolónőről van szó, kik ugyanazon elmeorvóintézet szolgálatában állottak. A másodiknál a lázas megbetegedés 3. napján sikerült a bacillust kitenyészteni a vena medianából vett vérből; a harmadiknál, ki társnője után 2 nappal betegedett meg, már a betegség második napján. A két beteg azonnali eltávolítása után az elmeorvóintézetben több megbetegedés nem történt; ez eset igen alkalmas a bakteriologiai vérvizsgálat fontosságának igazolására, melylyel ez esetben egy nagy zárt intézetben endémia kitörését sikerült megakadályozni. A negyedik eset 17 éves cselédleányra vonatkozik, kinek vérből a megbetegedés 4. napján tudunk typhusbacillust kitenyészteni, midőn még semmi olyan tünet nem volt, mely a typhus abdominalis klinikai diagnózisának felállítását lehetővé tette volna.

Hogy az 5. esetben nem sikerült a vérből typhusbacillust kitenyészteni, azt megmagyarázza azon körülmény, hogy a beteg betegségének negyedik hetében került megfigyelésünkbe s ilyenkor már az esetek legnagyobb részében a kultiválás nem sikerül. A beteg vérből colibacillus nőtt ki, melyet azonban a beteg vérsavója nem agglutinált, ellenben typhusbacillust 1:200 arányban agglutinált. Boncsoláskor typhusos bélelváltozást találtunk s a lépéből typhusbacillus volt kitenyészthető. Az esetet a kitenyészthet colibacillus jelentősége szempontjából részletesen ismertettem. (Fejes: A bakterium coli comm. fertőzőképességéről. Magyar Orvosi Archivum, 1910. II. füzet.)

A 8. eset a 3. lázas hét végén jutott megfigyelésünk alá; ismételt vizsgálattal sem sikerült bacillust a vérből kitenyészteni; a beteg vérsavója a 4. hét végétől paratyphus B törzset 1:100 arányban agglutinált.

Részletesebben kívánok foglalkozni a 7. számú esettel, mint a melyben nemcsak a diagnózis megállapítására, de külső körülményeknél fogva a beteg további sorsára is döntő hatással volt a bakteriologiai vérvizsgálat eredménye.

B. J., 35 éves cipészsegéd 1910 április 15.-én kereste fel ambulantiánkat. Öt nap előtt meghűlt, borzongása, majd nagy forrósága és erős hasmenése volt, naponta 5—6 hig. vizes széklettel; ez öt nap alatt a hidegrázás s az azt követő forróság, valamint a hasmenés naponta visszatért. Mostanáig egészséges volt. Alkoholista.

Felvételi állapot 1910 április 15.-én. A közép-termetű, jól fejlett és táplált férfitest csontrésze eltérést nem mutat, izomzata közepes térfogatú, tonusos, bőre halványbarnásan pigmentált, bőrén kiütés nincsen, a bőr alatti kötőszövet bő zsírtartalma, kötőhártyája halvány. Nyirokmirigy nem tapintható.

Nyaka rövid; mellkasa domború, két fele symmetriás. Tüdőhatár: a jobb elülső hónaljvonalban a VI. borda felső, a jobb bimbóvonalban az V. borda alsó, a jobb parasternalis vonalban az V. borda felső széle, a scapuláris vonalban a IX., a gerincoszlop mellett a X. borda alsó széle. A tüdő lélekzési kitérése rendes. Mindkét tövis- és kulcsont feletti árokban, kivált jobb oldalt, tompult a kopogtatási hang; egyebütt mindkét tüdő felett teljes, éles, nem dobos kopogtatási hang nyerhető. Mindkét tüdőcsúcsban gyengült a lélekzés, egyebütt mindenütt igen érdes sok bűgással és sipolással, de hörgei lélekzés vagy crepitatio nincsen. Köpete bő, genyes-nyálkás, saválló bacillust nem tartalmaz.

A szív-tompulat határa rendes, a szívhangok tiszták; a pulsus közép-teretű, száma percenként 120.

Hasa erősen elődomborodik; a léptompulat a bal középső hónaljvonalban a VII. borda alsó szélén kezdődik s leterjed a bordáig, előre 2 harántujnyira haladja meg az elülső, hátra ugyanannyival a hátulsó hónaljvonalat. Nem tapintható.

Az idegrendszer vizsgálata ép viszonyokat mutat.

Vizelete savanyú, fajsúlya 1024, $\frac{40}{100}$ fehérjét tartalmaz. Az üledékben sok finoman szemcsézett és hyalin henger van. Vér nincsen.

Hőmérséke felvételnél 38.5°.

Fehérsejtszám: 19,200.

Widal-reactio bac. typhi hom., paratyphus A és B törzsekkel negatív eredményt ad.

Délután 4 órakor hőmérséke 40.1°. Ekkor a vena medianából vett 8 cm³ vérből 4 cm³-t 200 cm³ bouillonba, 1 cm³-t Kayser-Connradi-féle steril marhaepébe, 1—1 cm³-t 3 elfolyósított agarsóba oltottam és ezekből lemezt öntöttem. Valamennyi beoltott tenyésztőtalaj steril maradt.

Másnap reggelre a has és mellkas bőrén igen számos, typhusos roseola.

Harmadnapra az emlőbimbók körül s a bal hónaljárokban számos újabb roseola. A jobb scapuláris vonalban a VIII. bordán tompulat kezdődik, mely a X. bordáig ér le; hörgei lélekzés nincsen; a léptompulat változatlan.

Április 18. Jobboldalt az interscapuláris tér közepétől végig le intenzív tompulat, felette éles hörgei lélekzés s a kilégzéskor számos ropogás hallható.

A 17.-én megismételt bakteriologiai vérvizsgálat alkalmával a fent említett s hasonló módon beoltott tenyésztőtalajokon kívül 3 cm³ vért 150 cm³ ascitesfolyadékba oltottam, 1—1 cm³-t

3 anaërob agar- illetve bouilloncultura készítésére használtam fel. Az összes beoltott tenyésztőtalajok ismét sterilen maradtak.

A beteg ekkori állapotának rövid összefoglalása: A 35 éves férfi többszöri hidegrázással kezdődő, állandó lázzal (continua remittens) járó betegségbe esik; pulsusa a hőmérsékkel lépést tart; kifejezett leukocytosisa van; a jobb tüdőben bronchopneumoniás gócza van, lépe megnagyobbodott s a vizeletvizsgálat acut parenchymás nephritisre enged következtetni. Betegségének 6. napján számos roseola jelenik meg bőrén. Úgy a kórelőzmény, mint az eddigi lefolyás tehát inkább illett bele a sepsis, mint a typhus abdominalis kórképébe; tekintettel arra, hogy Budapest területén ebben az időben még naponta fordult elő typhus exanthematicusos megbetegedés, másrészt semmiféle támpontunk az esetleges sepsis aetiologiájára nézve nem volt, a beteget, mint typhus exanthematicusra gyanusat, gondosan izoláltuk.

Pyramidonnak (1:50 150:0 vízre, 2 óránként 1 evőkanállal) rendszeres adagolása ellenére is a hőmérsék este mindig felszál, éjjel a beteg erősen megizzad s reggelre láztalan.

A diagnózisát az április 19.-én végzett bakteriologiai vérvizsgálat döntötte el. A vénából vett vért a leirt módon tenyésztőtalajokba oltottam, majd 2 cm³-t közvetlenül a betegágyánál azonnal tengerimalacz hasürébe oltottam. Valamennyi tenyésztőtalaj ismét steril maradt, a tengerimalacz azonban 12 órával az oltás után elpusztult, hasüregben genyes exsudatum volt, mely óriási mennyiségben tartalmazta a typhusbacillusnak tiszta tenyészetét. A kinőtt bacillus már jól tenyésztett a tenyésztőtalajokon. Gram szerint nem festődő, függő cseppben élénken mozgó bacillusnak bizonyult, mely agarlemezen typusos coloniát alkotott, savat nem termelt, tejet nem alvasztott, cukros agarban gázt nem fejlesztett, indolt nem termelt, neutralizáló agart nem redukált, typhus immunsavó 1:500 arányban agglutinálta és typhus immunsavóval tengerimalacz hasürébe oltva, typusosan adta a Pfeiffer-féle phaenoment. Megfelelő therapia mellett a bronchopneumoniás gócz lassan oldódott s utóbb mind jobban kibontakozott a typhus abdominalis klinikai kórképe is; április 27.-én bélvérzése volt, majd a bronchopneumoniás folyamat lezajlása után az előbbeni leukocytosis helyébe leukopenia lépett, 3500 és később 3300 fehérvérsejtrel.

Április 23.-án a köpetből, 24.-én a katheteren sterilen vett vizeletből is sikerült a typhusbacillust kitenyésztenem.

Az április 25.-én immár negyedizben végzett bakteriologiai vérvizsgálattal végre sikerült közvetlenül a vérrrel oltott marhaepecsőben a typhusbacillust kitenyésztenem, melylyel egyidejűleg a vérből rövid láncot alkotó streptococcus is kitenyészthető volt. Az ily vegyes fertőzésről typhus abdominalis kapesán igen számos régebbi vizsgálat is beszámol; könnyen érthető, hogy a typhusos bélfelekélyen át a bélből egyéb bakterium is átléphet a vérpályába.

A beteg május 8.-áig folytonosan lázas volt még, majdnem teljesen atypusos lázmenettel, melyből csak a lépcsőzetes lysises leesés felelt meg a rendes lázgörbének. A beteg május 15.-én gyógyultán távozott a klinikáról.

Felsorolt eseteim alkalmasak arra, hogy a bakteriologiai vérvizsgálat fontos szerepét bizonyítsák a typhusbacillus okozta megbetegedés korai szakában, midőn a kórokozó kitenyésztésével a diagnózis eldönthető oly időben, midőn az összes többi eljárás még cserben hagy. Kiemelendőnek tartom még a hetedik esetből levonható tanulságképpen, hogy a bakteriologiai vérvizsgálat technikájában typhusos megbetegedésben is igen fontos szerepe lehet a közvetlen állatoltásnak.

Aseptikus szemcseppentő.

Irta: *Falta Marcell* dr., Szeged.

A szemcseppentőüvegek tökéletesítése már régi törekvés. Hogy mennyire nem felelnek meg az eddigiek, legfőbb bizonyítéka az, hogy sokféle cseppentőt készítettek már és még mindig újabbak és újabbak jelennek meg.

Lister, *Semmelweis* és *Pasteur* óta tudjuk, hogy az orvosló tudományban a tisztaság maga a gyógyítás. Egy oly fontos érzékszervnél, mint a szem, a tisztaság, az asepsis követelményeinek feltétlenül érvényt kell szerezni. Az orvosságokat a szembe, úgy a békés, mint a műtővíz gyógyításoknál leginkább cseppentők segé-

lyével juttatjuk. Érthető tehát, hogy miért törekedtek oly hévvel a szemcseppentőket azon irányban tökéletesíteni, hogy a modern asepsis elveinek megfelelőjenek. Ez pedig csak úgy lehetséges, ha teljesen sterilizálhatók és a gyógyszereket légmentesen zárva tartják.

Az eddig használatban levő cseppentők azonban e követelményeknek nem felelnek meg. Leghátrányosabb főleg a tisztaság és sterilizálhatóság szempontjából a gummihüvely, eltekintve attól, hogy romlandó is. A mikroorganizmusok egész serege könnyen megtapad a gummihüvely külső, de belső felületén is, és hogy ezek között még strepto- és staphylococcusok is előfordulhatnak. mutatják *Sidler-Huguenin* vizsgálatai.¹ A műtétknél a sterilizált műszerek és kötszerek mellett a gummihüvelyes cseppentő mindig igen kellemetlen, nyugtalanító látvány. Nemesak a műtét előtt, hanem a frissen sebzett szemre a műtét befejezése után is cseppentünk különféle gyógyszereket. Innen van az, hogy a legnagyobb óvatossággal, a legszabatosabban végzett műtét után a nem teljesen steril cseppentő, illetőleg oldatok által sebfertőzés jöhet létre. *Haab* tanár² is mondja: „Minden kétségen kívül létrejöhet sebfertőzés a műtét előtt vagy után becseppentett tisztátalan cseppek által és hogy steril oldatokat nyerhessünk, mindenekelőtt oly cseppentő-üvegekre van szükségünk, melyek az oldatok szennyeződését lehetőleg megakadályozzák. *Okvetlenül lehetetlenné kell tenni, hogy az oldatok a cseppentő felső gummihüvelyes részébe jussanak.*” Ezzel tehát rámutat arra, hogy a legnagyobb veszélyt a gummihüvely rejtheti magában.

De nemesak műtétknél, hanem a szem minden bajának gyógyításánál elengedhetetlen kellék, hogy tiszta oldatokkal és cseppentőkkel végezzük a gyógykezelést. Ez pedig a gummihüvelyes cseppentőkkel lehetetlen, mert a hüvely belsejével érintkező levegő, pláne ha a folyadék is érintkezésbe jő vele, mindig többé-kevésbé szennyezi az oldatot és így az egyébként legbiztosabban ható szerekkel is újabb izgalmat idézhetünk elő a szemben, sőt például az ulcusok a fertőzés veszélyének vannak kitéve, s még inkább a szaruhártyán idegen testek eltávolítása után keletkezett sebzések.

Az pedig, hogy a gummihüvely külső felülete állandó telepe a mikroorganizmusoknak, minden kétségen felüli. A magán- és kórházi rendeléseken az orvosok és ápolószemélyzet kezéről jut rája a fertőző csíra, mert azzal a kézzel, melylyel a beteg szemet kezelik, megfogják a cseppentő gummihüvelyét is. Blennorrhoea, trachoma, diplococcus-conjunctivitis és más fertőző szemhártya esetében a betegek önkezelése alatt a gummihüvely állandó tanyája az illető baj mikroorganizmusának, a mi a reinfectióra igen alkalmas körülmény, és a környezetből is, a ki megfogja a cseppentőt, inficiálódhatik.

A gummihüvelyes cseppentők a bábák kezében a legkevésbé jó helyen vannak. Ha a blennorrhoea coccusa akár a szülő nő vaginájából, akár egy újszülött blennorrhoeás szeméből a gummihüvelyhez tapad, onnan a baba a fertőzések egész sorozatát terjesztheti más szülő nőkre és más újszülöttekre. De egyéb veszélyes mikroorganizmusok is juthatnak ily cseppentők által a szülőutakba. Ezekből látható, hogy mennyire kívánatos volt egy könnyen tisztán tartható cseppentőüveg készítése.

Fel kell említeni még az általánosan használatban levő cseppentők czélszerűtlenségét azon szempontból is, hogy hegyesedő végükkel sérülések ejtésére is alkalmasak. Ha az orvos nyugtalan betegeket vagy gyermekeket kezel, a figyelmének jó részét lekötí az a momentum, hogy ügyelnie kell, nehogy a cseppentővel megsértse a szemet. Az önkezeléskor is az ilyen sérüléssel mint eshetőséggel számolni kell.

Vannak ugyan egyes cseppentők, melyeken a gummihüvelyt mellőzték, ezek azonban mind abban a közös nagy hibában szenvednek, hogy nem zárják légmentesen az oldatokat, vagy a csepp, mielőtt lehull, az üveg szabadon levő tisztátalan részén folyik végig, mint az igen elterjedt *Lamprecht-féle* cseppentős üvegeknél.

Az általam szerkesztett új szemcseppentőüvegnek a gummihüvely tisztátalansága és gyors romlandósága miatt mellőzve van és e mellett még azon nagy előny is érvényre jut, hogy az oldatok állandóan légmentesen tarthatók. Minthogy teljes egészében

¹ Über die Einwirkung der Sterilisationsverfahren etc. Korresp. Blatt für Schweizer Ärzte. 1900. cit. nach Haab.

² Operationslehre.

üvegből készül, sterilizálható forró vízben vagy gőzben, vagy bármely deszficiáló folyadékkal kiöblíthető.

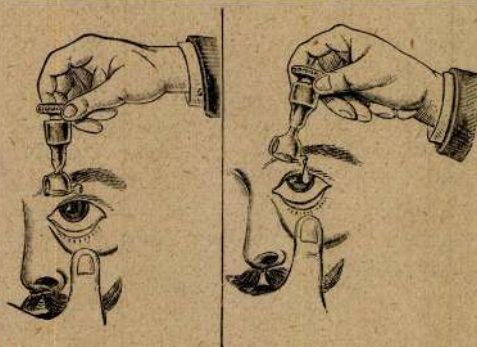
Szerkezete a legegyszerűbb elvek alapján nyugszik és talán éppen ezért sikerült minden követelménynek megfelelni.

Lényeges része a cseppentőnek (I. I. ábra) egy kis üvegtartály, melyen nyílás van a folyadék befogadására és kis csapocskára a kicseppentésre. Ezen kis üvegtartály hozzá van forrasztva egy a folyadékot tartalmazó üveget légmentesen záró üvegdugóhoz.

A kezelés is a lehető legegyszerűbb. A cseppentőt kiemelve a folyadékot tartalmazó üvegből, függőlegesen tartva. A szabadon levő kezünkkel az alsó szembéjat lehúzzuk és a cseppentő felső részét — az üvegdugót — lefelé süllyesztjük, mire a kis csapocskán egy csepp azonnal kihull; ha azután több cseppet nem kívánunk, ismét a függőleges helyzetbe hozzuk vissza a cseppentőt. Ha újra akarunk cseppenteni, ezen műveletet megismételjük. Ha a kis üvegtartályból, melyet cseppentőnek nevezek, kicseppentettük az egész oldatot, csak egyszerűen be kell mártani az üvegbe, mire automatikusan megtelik és készen áll az újabb cseppentésekhez. Az üvegdugón felül kis nyíl látható, mely jelzi a cseppentő-csapocskára irányát, úgy hogy már az üvegdugó mutatja, hogyan emeljük ki a cseppentőt, hogy a cseppentőcsapocskára a szem felé legyen irányítva.



I. ábra.



Nem cseppen!

Cseppen!

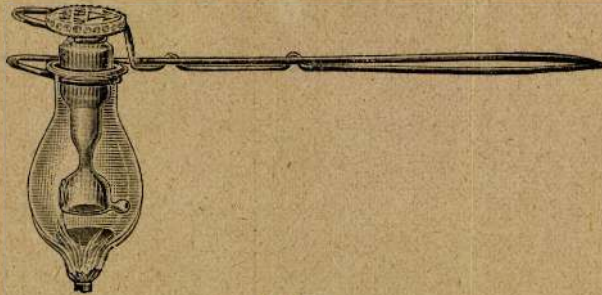
II. ábra.

A II. ábra mutatja, hogy milyen állásban kell tartani a cseppentőt, ha azt akarjuk, hogy a csepp ne hulljon le, és milyen állásban, ha azt akarjuk, hogy lehulljon. Ha egy csepp lehullott és többet nem óhajtottunk cseppenteni, visszahozzuk a „Nem cseppen”-nel jelzett állásba.

Az új cseppentőüvegek forgalomba hozása előtt fontos volt megállapítani azt, vajjon a gyakorlatban be fog-e válni, elég praktikus és könnyű-e a vele való bánás. E célból oly egyéneket választottam, kik kevés intelligenciájú laikusok voltak és a kiknek kezében szemecseppentő még sohasem volt. Egyszer megmutattam nekik a gummicseppentővel hogyan kell cseppenteni, az én cseppentőmmel pedig nem mutattam meg. Ennek ellenére összehasonlíthatlanul hamarabb sajátították el a cseppentést az én üvegcseppentőmmel, mint a másikkal. Ez onnan van, mivel a gummicseppentő alkalmazása négy fogásból áll: a gummiüvevly összeszorításából, a folyadék felszívásából, az üvegből való kiemelésből és a gummiüvevly újólágos összeszorításából. Az első és utolsó fogás bizonyos ügyességet okvetlenül megkíván, főleg az utolsó, mivel csak igazán kevés laikus tudja a gummiüvevlyt oly szabatosan nyomni, hogy abból cseppenként hulljon ki a folyadék, hanem rendszerint az egész tartalom jó része egy nyomásra kinyomul. Az én cseppentőm alkalmazása csak három fogásból áll, az üvegbe való bemártásból, a kiemelésből és a cseppentő felső végének süllyesztéséből. Egyedül ezen utóbbi fogáshoz kívánatos egy kis figyelés. A legügyetlenebb kézben is csak cseppenként hull ki az oldat, nem úgy, mint a gummicseppentőknél, nagyobb mennyiség.

Az új cseppentők az orvosok számára kis ovalis alakú üvegek, a betegeknek kiszolgáltató üvegek pedig hatszegletes orvosságos üvegek alakjában készülnek. Ugyanígy vannak szolgálak a bábák számára is. A mikroorganizmusok világában élünk, tudjuk jól, hogy minden bajt ezek okoznak és éppen ezért nagy megnyugvásul szolgál, ha teljesen csiramentes oldatokkal és cseppentő-üveggel állhatunk a műtőasztalhoz vagy a betegkezeléshez. Lehetővé kell tehát tenni azt, hogy úgy az oldatok, mint a cseppentőkészülék

bármely pillanatban és bárhányszor gyorsan sterilizálhatók legyenek. Ezen követelménynek az új üvegcseppentővel teljes mértékben meg lehet felelni. E végből szerkesztettem egy tartót drótból (lásd III. ábra), melynek egyik végére két, a félkörnél valamivel nagyobb, nyitott gyűrű van forrasztva. Az alsó gyűrű az üveg nyakára, a felső a cseppentőjére illik és segítségével úgy tartható az üveg,



III. ábra.

hogy a cseppentő az üvegből ki van emelve. Az így tartott üvegben most már az oldatokat gáz- vagy borszeszláng felett felforralhatjuk, oly módon, mint azt az eprouvettáknál eszközöljük, tudniillik megszakításokkal tartjuk a láng fölél. A forraláskor keletkező gőzök eltávozhannak, mivel az üvegdugó fel van emelve és az áramló gőzök egyszersmind a cseppentőt is sterilizálják. Forralás után tiszta ruhával megfogva az üveget, lehúzzuk róla a tartót. Ezen művelettel azután egyszerre tökéletesen steril lesz az oldat, az oldatot tartalmazó üveg és a cseppentő. E körülmény hordereje és fontossága nyilvánvaló.

Arról is történt gondoskodás, hogy a láng felett levő sodronyhálón forralhassuk fel az oldatokat, mely célból egy kis háromlábú állványhoz van erősítve az üvegtartó.

Az új cseppentőüvegnél tehát minden kényelmetlenség ki van küszöbölve. Nem romlik soha. Gyógykezelésekhez, műtétekhez mindig készen áll.

Az üvegek atropin, pilocarpin, eserín, cocain, dionin, AgNO₃ feliratokkal készülnek. Vannak felirat nélküliek is, vagy kívánatra bármely felirat alkalmazható. Mind színtelen, csak a lapis, általában az ezüstoldatok és eserín számára barna. A különféle színeket célszerűnek tartottam elkerülni, mert nem engednek tájékozódást az oldatok tisztasága felől.

Az új cseppentőüvegek a „Thüringische Glasfabrik-Aktiengesellschaft” gyáraiban készülnek Ilmenauban (Thüringia), a sterilizációhoz, illetőleg felmelegítéshez szükséges üvegtartót az „Aktiengesellschaft für Feinmechanik, Jetter & Scherer” Tuttlingenben (Württemberg) gyártja.

Közlés a m. kir. tud.-egyetem 2. számú sebészeti klinikumáról. (Igazgató: Réczey Imre tanár, udvari tanácsos.)

A fermentkezelés értéke idült genyedéses folyamatokban.

Borszéký Károly dr. adjunctus, egyetemi magántanár.

(Vége.)

2. Súlyedékes tályogok. 2 eset.

28. L. János, 22 éves. (Naplószám 1.) 1910 január 3. Jobboldalt férfiököllyi psoastályog. A 8—10. hátesigolya tövisnyúlvánnya nyomásra igen érzékeny; kistokú kyphosis ezen a helyen. A psoastályog punctiójakor 240 cm³ hig törmelékes geny ürül, a mely Löffler-lemezen semmi vályút nem alkot. 3 cm³ carbenzym befecskendezve. Mérsékelt kisugárzó fájdalmak. Megfelelő fűző alkalmazása után hazabocsáttatik.

Február 1. Az eredetnél jóval kisebb tályog; punctióra igen sűrű, 1.50 cm³ feketés geny ürül. 1.5 cm³ carbenzym befecskendezve. Február 24. A közérzet nagyon javult. A hőemelkedések megszűntek. Punctióra 120 cm³ igen sok törmeléket tartalmazó geny ürül; 1 cm³ carbenzym befecskendezve. Márczius 26. Punctióval csak 50 cm³ geny aspirálható. 1 cm³ carbenzym. Április 22. A gerinceoszlop érzékenysége megszűnt; a tályog helyén hullámzást kimutatni nem lehet.

29. *N. Kati, 15 éves.* (Naplószám 6.) 1010 január 8. Jobboldalt gyermekököllyi psoastályog. A gerincoszlop az utolsó háti és az első ágyéki csigolya tájékán nyomásra fájdalmas. A psoastályog punctiójakor 130 cm³ hig geny ürül. 2 cm³ carbenzym befecskendezve. Erős reactio, nagy fájdalmak, hidegrázás. Megfelelő fűző alkalmaztatik. 1910 február 6.-án punctióra mintegy 50 cm³ feketes törmelék geny ürül. A gyermek külseje, táplálkozása feltűnően megjavult. 1 cm³ carbenzym befecskendezve. Semmi reactio. Március 10.-én a gerincoszlop érzékenysége teljesen megszűnt. Punctióra mintegy 50 cm³ sűrű geny ürül. 0.5 cm³ carbenzym befecskendezve. Április 12.-én a tályog helyén semmi hullámzást sem érezni; próbapunctio alkalmával genyet aspirálni nem lehet.

3. Elsajtosodott nyirokmirigyek. 8 eset.

30. *Sz. Istvánné, 27 éves.* (Naplószám 2.) 1910 január 3. Az állésűcs alatt mogorónyi, a bal állszöglet alatt diónyi elgenyedt mirigy; előzetes punctio után mindegyik tályogba 0.5 cm³ carbenzym. Április 17.-éig kétszer kapott 0.5 cm³ carbenzymet. Május 2.-án gyógyult. A tályogok helyén fillérnyi feketés behúződás.

31. *S. Antal, 19 éves.* (Naplószám 7.) 1910 január 6. A bal fejbicezentőizom mediális széle mentén galambtojásnyi tályog, a melyből punctióra 10 cm³ hig geny ürül. Jobboldalt több kemény mirigy. 1 cm³ carbenzym befecskendezve. Február 20.-áig öt carbenzymbefecskendést kap. A második befecskendés után sipoly keletkezett. Teljes gyógyulás.

32. *Sch. György, 44 éves.* (Naplószám 13.) 1910 január 11. A jobb esecsnyújtvány mellett diónyi tályog. Punctio után 0.5 cm³ carbenzym. Február 20.-áig háromszor kapott 0.5 cm³ carbenzymet. Teljesen gyógyult; a tályog helyét alig lehet felismerni.

33. *S. József, 23 éves.* (Naplószám 20.) 1910 január 23. A baloldali fejbicezentőizom mediális széle mentén kis diónyi elgenyedt mirigy. 0.5 cm³ carbenzym. Február 16.-áig háromszor kapott 0.5 cm³ carbenzymet. A második befecskendés után sipoly keletkezett. Teljesen gyógyult, a tályog helyén kis keményedés.

34. *H. Lajos, 42 éves.* (Naplószám 22.) 1910 január 25. A pajzsporc felett galambtojásnyi elgenyedt mirigy; punctióra 10 cm³ geny ürül. 1 cm³ carbenzym. Erős reactio. Kisugárzó fájdalmak. Március 10.-éig öt izben kapott 0.5 cm³ carbenzymet. Teljes gyógyulás, a tályog helyén a pajzsporchoz van rögzítve a bőr.

35. *Sch. Lajos, 30 éves.* (Naplószám 25.) 1910 január 30. A bal kulcsont acromiális vége felett almányi, elgenyedt, a nyakon több el nem genyedt mirigy; 30 cm³ törmelék geny aspiráltatott; 1 cm³ carbenzym befecskendezve. Semmi reactio. Március 22.-éig négy izben kapott 0.5 cm³ carbenzymet. Teljes gyógyulás.

36. *B. Béla, 11 éves.* (Naplószám 27.) 1910 február 4. A jobb sternoclaviculáris ízület felett diónyi elgenyedt mirigy, 5 cm³ geny aspirálva, 1 cm³ carbenzym befecskendezve. Még az nap a punctio helyén a tályog kiürült. Április 6.-áig öt izben kapott 0.5 cm³ carbenzymet. Teljes gyógyulás.

37. *O. Jánosné, 28 éves.* (Naplószám 28.) 1910 február 5. A jobboldali állkapocsfél alatt diónyi elgenyedt mirigy; mellette több mogorónyi kemény mirigy. A tályog punctiója után 0.5 cm³ carbenzym befecskendeztetik be. Semmi reactio. Március 26.-áig három izben kapott 0.5 cm³ carbenzymet. Gyógyult, a tályog helyén lencsényi fekete folt.

A zárt tályog 27 kezelt esete közül tehát az elsajtosodott nyirokmirigyek okozta tályognak mind a 8 esete, valamint a súlyedékes tályog 2 esete is meggyógyult; ez utóbbi két esetben a gyógyulásról természetesen csak olyan értelemben lehet szó, mint azt az ilyen tályogok jodoform-emulsiós kezelésekor mondjuk; a 240 cm³ illetve 130 cm³ gümös genyet tartalmazó psoastályog 3 illetve 4-szeri carbenzysuspensio befecskendezése után többé kimutatható nem volt, mindkét esetben a súlyedékes tályogot előidéző spondylitis a megfelelő kezelésben is részesült. A kezelt 17 hideg tályog esete közül 14 teljesen meggyógyult, 3-ban pedig a műtéti kezelés vált szükségessé. A befecskendezés 8—10 napi időközökben történt a tályog nagysága szerint 3—8 izben.

Mindezen esetekben a carbenzysuspensio befecskendezése előtt a tályog kiürített; az aspirált geny gümös természete Löffler-féle lemezen végzett próbával nyert beigazolást. A geny

görcs alatti magatartása illetve megváltozása a befecskendések után mindenben hasonlóan mutatkozott a trypsinfermentkezelésnél észleltékhez. Makroskopice mindjárt az első befecskendés után a geny higabban folyónak és zöldes feketeszínűnek mutatkozik. A trypsinfermentkezeléssel szemben feltűnő gyakran észleltük a befecskendés után a tályog kiürülését a punctió nyíláson át, úgy hogy a carbenzymbefecskendés után sokkal gyakoribbak a sipolyok, mint a trypsinbefecskendés után. A tályog kiürülése legtöbbször olyan esetekben következett be, a hol kifejezett volt a reactio; a keletkezett sipoly különben semmi bajt sem okozott; minden esetben magától záródott.

A kozmetikai eredmény minden esetben jó volt; a tályog helyén keményedés maradt vissza, a legtöbbször közepén tűszúrásnyi-lencsényi feketés elszíneződéssel.

III. Gümös lágyrészekélyek. 10 eset.

38. *K. Kálmán, 17 éves.* (Naplószám 7.) 1910 január 5. Az állésont alatt baloldalt közvetlenül egymás mellett egy koronányi és egy fillérnyi gümös fekély. Másod-harmad naponként carbenzyporral behintve. Február 20.-ára begyógyul mindkét fekély.

39. *Sz. Erzsé, 26 éves.* (Naplószám 8.) 1910 január 6. A szegycsont közepén a csontthártyáig terjedő öt koronányi gümös fekély, melynek szélei erősen aláváltak. Január 28.-áig négy izben a fekély alapjába és széleibe carbenzym befecskendezve; a fekély megnagyobbodott, a sarjak élénkpirosak, de a hámosodás igen lassan halad előre. Több befecskendést nem kap; február 14.-éig másodnaponként carbenzyporral behintetik. Március 7.-ére begyógyul.

40. *N. Vilma, 28 éves.* (Naplószám 10.) 1910 január 8. A jobb fejbicezentő izom laterális szélénél koronányi gümös fekély. Február 11.-éig négy izben kapott a fekély alapjába és széleibe carbenzymbefecskendést; a fekély mélyebb lett, szélein a bőr a befecskendezett helyeken elhalt. Több befecskendést nem kap, hanem március 5.-éig 2—3 naponként a fekély beporoztatik carbenzimmal. Március 5.-étől március 26.-áig steril kötésekre begyógyult.

41. *P. Jánosné, 35 éves.* (Naplószám 11.) 1910 január 8. A bal masseter mediális széle mentén koronányi gümös fekély. Február 14.-éig öt izben kapott a fekély alapjába néhány csepp carbenzymet. A fekély feltisztult, de mélyebb lett. Március 4.-éig 2—3 naponként carbenzyporral hintetik be. Március 4.-étől március 25.-éig steril kötésekre meggyógyul.

42. *T. Gáspárné, 44 éves.* (Naplószám 23.) 1910. január 16. A bal lágyéktájon kis almányi fekélyesedett gümös bubo. 1 cm³ carbenzym befecskendezve. Igen erős reactio; heves kisugárzó fájdalmak. Bö váladék. Január 22.-én a jelentkező erős vérköpés miatt kórházi kezelésre utasítatik.

43. *H. István, 23 éves.* (Naplószám 30.) 1910 január 19. A jobb alkar középső harmadában a hajlító oldalon fillérnyi gümös, alávált szélű fekély. Február 2.-áig másodnaponként carbenzyporral behintve. Február 2—20.-áig steril kötés alatt meggyógyul.

44. *V. Zsigmond, 38 éves.* (Naplószám 31.) 1910 január 20. A jobb lábfejen az első és második metatarsus között koronányi gümös fekély. Február 17.-éig másodnaponként carbenzyporral behintve; a fekély alapját alkotó sarjak élénkpirosak, a hámosodás halad. Március 10.-éig steril kötés alatt gyógyul.

45. *B. Gáspár, 9 éves.* (Naplószám 33.) 1910 január 22. A bal fejbicezentő izom felett fillérnyi, alávált szélű gümös fekély. Február 15.-éig másodnaponként carbenzyporral behintve. Semmi lényeges változás. Kikanalazás után március 12.-én begyógyul.

46. *K. Anna, 52 éves.* (Naplószám 34.) 1910. január 23. A jobb térdárokban koronányi, rendetlen szélű, alávált fekély. Február 20.-áig másodnaponként carbenzyporral behintve. A fekély teljesen feltisztult, nem lepedékes. Március 18.-ára steril kötések alatt begyógyul.

47. *K. Józsefné, 27 éves.* (Naplószám 53.) 1910 március 4. Az állésűcs alatt fillérnyi gümös fekély. Április 10.-éig másodnaponként carbenzyporral behintve. A fekély teljesen feltisztult, nem lepedékes. Április hó 22.-ére steril kötések alatt teljesen begyógyul.

A gümös lágyrészekély 10 esete közül carbenzymkeze-

lésre 8 meggyógyult; ezek közül három esetben 4 illetve 5 ízben a fekély alapjába és szélei alá carbenzimszuszpenziót fecskendeztünk be. A fekély alapjának lelökődése és széleinek elhalása következtében azonban a fekélyek mélyebbek és nagyobbak lettek. Ezért ezen, valamint a többi esetben utóbb a befecskendést elhagytuk és csak carbenzimporról hintettük be a fekélyt. Valami szembetűnő hatást, a fekély gyors feltisztulását és behámosodását nem észleltük; a fekély alapját tevő gümös vizenyős sarjak ugyan egészségesse válnak át, a hámosodás is bekövetkezik, de hogy a gyógytartam rövidebb lenne, mint az eddigi kezelésnél, nem lehet állítani.

Két esetben nem tudtunk gyógyulást elérni; az egyikben a jelentkezett vérvörösség miatt a kezelést be kellett szüntetni egyetlen befecskendezés után, a másikban majdnem egy havi kezelés után, a gyógyulás nem akarván előhaladni, kénytelenek voltunk műtétileg beavatkozni.

IV. Gümös csontgyulladások és sipolyok. 5 eset.

48. P. Hugó, 53 éves. (Naplószám 3.) 1910. január 5. A jobb ötödik borda felett sipolyosulás, a melybe bevezetett kutató érdes csontra jut, a sipolyból hig törmeléken geny ürül, a sipolyosulásba 1 cm³ carbenzym fecskendeztetik be. Erős reactio, a sipoly környéke férfiköl terjedelemben duzzadt, piros, nyomásra fájdalmas. Január 14. Az érzékenység teljesen megszűnt, a váladék megkevesbedett, 0.5 cm³ carbenzimet kap. Semmi reactio. Február 25.-éig három ízben még 0.5 cm³ carbenzym fecskendeztetik be, de semmi lényeges változás sincs. Erre február 26.-án a borsónyi gócz a bordából kikanalaztatik; a sipoly felhasítása után a seb 2—3 naponként carbenzimmal behintve, márczius 20.-ára begyógyul.

49. N. Gusztáv, 27 éves. (Naplószám 4.) 1910. január 5. A bal tompor alatt egy arasznyira 10 cm. hosszú sipolyosulás, a mely a tompor tájékán végződik. Ureter-katheteren át 1 cm³ carbenzym fecskendeztetik be. Semmi reactio, a váladék kevesbedik. Január 11.-én, 18.-án, 26.-án és február 4.-én szintén kap 1 cm³ carbenzimet. Február 15.-én a sipoly begyógyul. Márczius 15.-én és április 15.-én ellenőrzésre jelentkezett; a sipolyosulás helyén csillagos behúzóadás. Teljes gyógyulás.

50. N. József, 27 éves. (Naplószám 19.) 1910. január 12. A klinikán 1909. október 23.-án bordacaries miatt a bal 5. és 6. borda egy darabja reszekáltatott, de a műteti seb még mostanáig sem gyógyult meg. Az elülső és hátulsó hónalj-vonal között 4 cm. hosszú, halvány, vizenyős sarjfelület, a melynek közepéből hig geny ürül, a kutató medián és felfelé 5 cm-nyi darabon toltató előre. Ureter-katheteren át 1 cm³ carbenzimet kap. Semmi reactio. Január 30.-án, február 6.-án, 17.-én és 24.-én egy-egy köbcentimeter carbenzimet kap.

A váladék rohamosan kevesbedett, a sipoly sekélyebb lett. Márczius 10.-én teljesen gyógyult. Április 28.-án ellenőrzésre jelentkezett. Végleges gyógyulás.

51. G. Anna, 12 éves. (Naplószám 37.) 1910. január 26. A bal mutatóujj második perczen spina ventosa; a feszítő oldalon a bőr elvékonyodott, áttöréshez közel. 0.5 cm³ carbenzimet kap. Mérsékelt fájdalom utána. Január 28.-ára a befecskendezés helyén sipoly keletkezett, a melyből törmeléken geny ürül. Február 5.-én, 17.-én és 25.-én kap 0.5 cm³ carbenzimet minden eredmény nélkül. Márczius 4.-én kikanalazás, utána carbenzym. Április 4.-ére teljesen begyógyult.

52. F. Zoltán, 30 éves. (Naplószám 62.) 1910. április 11. A jobb kulcsont középső harmadában gümös csontgócz kapartatott ki január 20.-án, de a műteti heg még mostanáig sem gyógyult be; 3 cm-nyi sarjfelület, csontra vezető sipolylyal, 0.5 cm³ carbenzimet kap. Semmi reactio. Április 18.-án és 27.-én kap 0.5 cm³ carbenzimet. Május 9.-ére teljesen meg van gyógyulva.

Ezen csoportba tartozó 5 eset közül 3 esetben tudtunk gyógyulást elérni 5 illetve 3 ízben alkalmazott carbenzimszuszpenzió befecskendés után; ezen esetek közül kettőben (49. és 50. számú eset) a kezelés eredménye szembetűnő. Két esetben (bordacaries és spina ventosa) a carbenzymbefecskendezés hatástalannak bizonyulván, a kóros góczot el kellett távolítani; a műteti beavatkozást elkerülni tehát nem sikerült.

V. Ganglionok. 12 eset.

A kezelt ganglionok mindegyike a kéz felületen feszítő inán volt; nagyságuk kis mogyoró- és diónagyság között váltakozott. A

nagyobb ganglionokba 0.5 cm³, a kisebbekbe 0.25 cm³ carbenzym fecskendeztetett be. A 12 eset közül 4-ben csekélyebb reactio mutatkozott, a többiben vagy egyáltalán semmi, vagy jelentéktelen fájdalmak a kézfej mozgásakor. A befecskendezést egy esetben (diónál nagyobb ganglion) két hét múlva meg kellett ismételni, de a többi 11 esetben csak egyetlen befecskendezés történt. A befecskendezés után 5—10 nappal a ganglion vagy teljesen eltűnt és helyét csak egy fekete pont jelezte, vagy teljesen összezsugorodott állapotban, mint kis keményedés volt csak tapintható.

A kezelt esetek közül 7 esetet 4—8 hét múlva ellenőriztünk és meggyőződhattunk, hogy kiújulás nem történt.

* * *

A carbenzymnek ilyen alkalmazásán kívül néhány esetben megpróbáltuk a belső alkalmazását is; has-műtétek után, valamint meteorismussal járó körülírt peritonitis eseteiben csakugyan jó eredményt láttuk. Egy tályogképződéssel járó appendicitis esetében például a nagyfokú meteorismust, a mely már fenyegető jellegű kezdett öltetni, nem tudtuk sem hashajtókkal, sem magas beöntésekkel, sem atropinnal megszüntetni; 4 carbenzymtablettára bekövetkezett a székürülés és a meteorismus egy csapásra megszűnt. Naponta 3—5 szemet kell a tablettákból adni.

A carbenzymnek rossztermészetű daganatokra gyakorolt kedvező hatásáról személyes tapasztalataink nincsenek; Falk és Sticker közleményükben ilyenről is beszámolnak.

Ha ezek után az eredeti Jochmann-féle trypsinterment-kezelés előnyeit és hátrányait összehasonlítjuk a Falk és Sticker-féle carbenzymkezelés eredményeivel, végleges ítéletet mondani még nem tudunk.

A carbenzymkezelés ma veszélytelenebbnek mondható mint a trypsinterment-kezelés, mert a carbenzym megbízható, asepsises fermentkészítménynek bizonyult, míg a Jochmann által ajánlott Kahlbaum-féle trypsin újabb kellemetlen fertőzéseket okozott. Az is előnye a carbenzymnek, hogy lassabban, de huzamosabb időn át fejt ki fermentatív hatást, tehát a befecskendezéseket nagyobb időközökben és kevesebbszer kell megismételni.

A szénszemcsék okozta pigmentatio azonban óvatosságra int; egyáltalában 1 cm³-nél többet egyszerre nem tanácsos még nagyobb tályogokba sem fecskendezni.

Leghatásosabbnak bizonyult a carbenzymkezelés ganglion valamint gümös lágyrész-sipoly eseteiben; hogy vajjon hideg vagy súlyedések tályog eseteiben a régen bevált jodoformemulsió-kezelésnél hatásosabb-e, csak további tapasztalatok fogják eldönteni.

Eddigi megfigyeléseink a carbenzymkezelést mindenestre érdemessé teszik a kiterjedtebb kísérletezésre és utánvizsgálatra.

* * *

Réczey Imre ő méltóságának hálás köszönettel tartozom, hogy a kísérletek végzésére alkalmat és módot nyújtani kegyeskedett.

Irodalom. Heile: Über intravitale Beeinflussung autolytischer Vorgänge im Körper. Zeitschrift f. klin. Med., 1904. 55. kötet. — Jochmann: Bedeutung des proteolytischen Leucocytenfermentes für die Pathologie. Virchows Archiv, 194. kötet. — Jochmann und Bactzner: Über die Einwirkung von tryptischen Fermentlösungen auf örtliche chirurgische Tuberculose. Münchener med. Wochenschrift, 1908. 48. sz. — Borszék és Turán: A ferment- és antifermmentkezelés. Orvosi Hetilap, 1909. — Falk und Sticker: Über Carbenzym. Münchener med. Wochenschrift, 1910. 1. szám. — Zur Verth: Carbenzym bei tuberculösen Affectionen. Münchener med. Wochenschrift, 1910. 1. szám.

Az egységes orvosi terminologia az orvostörténész álláspontjából.¹

Az „Association internationale de la presse médicale“ múlt év augusztus havában Budapesten megtartott congressusán elfogadta a nevezett egyesület érdemes főtítkáranak, Blondel Raoul úrnak az orvosi terminologia egységesítését célzó indítványát, és pedig azzal az utasítással, hogy a kiküldendő bizottság már a jövő con-

¹ A németorvostörténelmi társulat VIII. évgyűlésének megbízásából a f. év szeptember havában Königsbergben tartandó IX. gyűlés elé terjesztett referaturn. (Kivonat.)

gressusnak tartozik bemutatni munkáját. Ezen indítvány elfogadása után azonban kiderült, hogy Blondel ezen tervet a *történelmi nevek és elnevezések eltörlésével* kívánja keresztülvinni. Én akkor nyomban feleltem szavamat ezen szándék ellen s egy orvostörténésznek a bizottságba való belevonását is kívántam, Blondel úrtól azonban a következő választ kaptam.

„Je comprends très bien le sentiment qui guide M. de Györy. Mais je lui ferai observer que c'est précisément la méthode historique qui nous a conduits à la confusion où nous sommes, car il peut y avoir dans chaque pays un nom historique différent pour la même maladie ou le même symptôme. Doit-on dire maladie de Graves, ou maladie de Basedow? C'est cela qu'il s'agit de régler par une entente internationale. Ceci dit je me rallie volontiers à sa proposition quant à l'adjonction d'un historien de la médecine à la Commission.“ (Lásd: *Compte-rendu des séances du III^e Congrès international de Presse médicale tenu à Budapest, 27 et 28 août 1909.* Budapest, 1910. 73. lap: „Unification de la terminologie médicale“.)

Három héttel az említett orvosi sajtó-congressus után Salzburgban a német orvostörténelmi társulat évi gyűlésén alkalmam nyílt a tervbe vett reform ellen felszólalnom s a társulat elhatározta, hogy az ügyet folyó évi szeptember havában Königsbergben tárgyalás alá veszi s a discussio alapjául szolgáló referatumnak elkészítésével engem bízott meg. (Lásd: *Mitteilungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwiss.* IX. kötet, 112. lap.)

Blondel szándékának meggátolására az összes orvostörténészeknek össze kell fogyniok és bizonyos, hogy ebben a vezér szerepét a német orvostörténelmi társulatnak kell átvennie, mely az összes hasonló társulatok közt a legnagyobb súlytal bír. Nekie kell felszólítania a küzdelemben való részvételre első sorban a „Société française de l'histoire de la Médecine“-t és szerveznie kell a felvilágosítás munkáját a nem-történész orvosok közt. Mert nekünk demonstrálnunk kell azt, hogy itt nem csupán a történészeknek, hanem a teljes nemzetközi orvosi karnak a birtokáról van szó. Nekünk meg kell mentenünk azt a minimális történelmi anyagot, a melyet minden egyes, a történelem iránt még legközbönsőbb orvosnak is, útravalóul ad az életre az egyetem, s a mely, akár tetszik neki, akár nem, időről időre mégis csak figyelemztetni fogja, hogy bizony az orvostan nagyon régi idők óta áll fenn, s hogy jelenlegi állása elmúlt századok, sőt ezredek férfiai által végzett kutatásoknak az összegezése, az eredménye.

Semmi kifogásunk sem lehetne a terv ellen, ha a terminológiának tisztán csak nemzetközi egységesítéséről lenne szó. Ez nyereséget jelentene az orvostörténésznek is. Mert ma is igaz, a mit *Wunderlich* 1841-ben mondott: „... man wird finden, dass in deutschen [Büchern] die wichtigsten Entdeckungen den Deutschen zugeschrieben werden, in französischen deutsche Namen kaum genannt sind und doch alles darin steht“. A reformtól várható nyereség abban állana az orvostörténészek szempontjából, hogy kényszerítve lennének egy nagy tisztázási vállalkozásba belefogni és távol minden nemzeti féltékenységtől tényekként rögzíteni meg, vajjon valamely betegséget, symptomát vagy phaenomen mely név illet meg.

Itt van előttünk egy példa, a melyet szem előtt tarthatunk, s a melyből tanulságot meríthetünk. Ez a baseli anatómiai nomenclatura (NAB). Jól tudjuk, hogy kiváló szakférfiak évek során át dolgoztak rajta és tudjuk, hogy az anatómusok még sincsenek teljesen kielégítve általa. A NAB is czélul tűzte ki maga elé a történelmi elnevezések kiküszöbölését. Így is történt s ime mit látunk? Azt például, hogy a NAB-ben szó sincs többé a „glandulae Bartholini“-ről, hanem helyettük a „glandulae vestibulares maiores“-ről. Nehány év múlva feljut a medikus a szülészeti évfolyamába és ott azt hallja, hogy van egy betegség, a melynek a neve „Bartholinitis“. A szülész ugyanis nem tudta magát az anatómus kedvéért elhatározni, hogy lemondjon erről a rövid s jól használható terminus technicusról, hogy azonban mégis megértesse magát, meg kell magyaráznia, hogy a meglobosodott, szóban forgó mirigyeket Bartholinus írta le először s hogy a mirigyek róla nevezettek el. Szóval a szülésznek pótolnia kell azt, a mit az anatómus a NAB utasítása értelmében el nem mondott. Vajjon jól van ez így? De mit látunk másfelől? Az „articulatio Choparti“-t meghagyta a NAB. Valószínű, hogy ezen következtetlenségnek az a magyarázata,

hogy mégis csak hosszúra nyúlt volna négy elnevezésnek az izület helyes nevének összeállítására czéljából való összekombinálása.

Már ebből a példából is kiviláglik, hogy az orvosi nomenclaturának, és pedig a történelmi elnevezéseknek következetes kiküszöbölésével eszközölt megváltoztatása igen hosszadalmas, sok fáradságot igénylő és nem egészen megfelelő eredménnyel kecsgető vállalkozás számába megy. Már az anatómia egy szakmájában sem sikerült egészen a dolog, mennyivel kevésbé remélhető az az egész orvosi tudomány nomenclaturájára nézve.

Vajjon miként gondolja Blondel úr lehetségesnek, hogy az „Association internationale“ reform-bizottsága már a jövő congressuson magával fogja hozni a kész, minden szakmát felölelő propositionokat? Ha egy ilyen tervezet csakugyan létrejönne ez alatt a rövid idő alatt, akkor látatlanba is nyugodtan meghozhatjuk az ítéletünket róla. De mindamellett ne gondolja Blondel úr, hogy mi meg akarjuk hiúsítani az ő szándékát. Ellenkezőleg, mi szívesen nyújtunk neki segédkezet, azonban tiszteletben tartását követeljük a történelmi elnevezéseknek; nem minden esetben a forgalomban levőknek, de mindenkor a helyeseknek. Blondel úr azon kérdésére: doit-on dire maladie de Graves, ou maladie de Basedow? a történész ezt fogja felelni: „ni de l'un, ni de l'autre, c'est la maladie de Parry“. Ha pedig ez eleinte szokatlanul is fog hangzani, idővel még is csak meg kell a fülnek szoknia a tények hallását. És még mindig kellemesebbnek tartom ezt a nevet, mint a minő egy nosológiás, a három kardinális tünet összekapcsolásából előállított elnevezés lenne. Ilyen módon kívánunk mi használni a vállalkozásnak, s a mellett a magunk hasznát is megadni: a prioritásokat pontosabban kideríteni, nyomatékossabban megállapítani, mint a hogy ezt eddig tettük. A prioritási kérdések felvetése mindig valamelyes feszélyezéssel járt; mert nemzeti büszkeségbe és féltékenységekbe ütközött. Pedig mégis csak bele kell fogni a tisztázás e nagy munkájába s a valódi felfedezőket vagy első leírókat nemzetközi, egységes elismertetésre kell juttatnunk. Csakhogy ehhez esztendőket kellene s a munka türelmet igényel. Ha tehát, minden várakozás ellenére, Blondel úr bizottsága sürgetőleg lépne fel és azt találna mondani, hogy ehhez nincsen időnk, akkor majd lassankint magamagától fog rájönni, hogy nélkülünk, történészek nélkül, nem fog czélhoz jutni a nélkül, hogy az egész orvosi világ fel ne emelné tiltakozó szavát ellene. Mert a történelmi elnevezéseknek egyszerű sutbadobásával — ismétlem — nem lehet czélhoz érni. A „Cheyne-Stokes légzés“, a „Bellocque-cső“, a „Trommer-próba“, a „Schulze-féle lóbalás“, a „Charcot-Leyden-kristályok“, a „Curschmann-spirálisok“, a „Gram-festés“, a „Bier-féle eljárás“, az „Ehrlich-féle oldalláncelmélet“, a „Behring-féle törvény“, a „Pasteur-eljárás“, a „Trousseau-tünet“ stb. stb., s a százféle műtéti eljárás és módosítás, melyeket szigorúan történelmileg a szerzőik nevével neveztek el, mindezek soha, de soha sem lesznek felcserélhetők nem-történelmi nevekké. A belgyógyász sem fogja sohasem mondani: „Én ennek a betegnek egy, a zsírokat és szénhidratokat megvonó különleges gyógymódot írok elő“, hanem a szerző neve szerint „Banting-kúra“-ról fog beszélni. A gyermekgyógyász sem fogja terminus technicusnak elfogadni, hogy: „dilatatio et induratio nimia intestini crassi“, mivelhogy ez nem elnevezés, hanem magyarázat; hanem röviden „Hirschsprung-kór“-ról fog beszélni.

Egy kizárólag a nosológián felépülő nomenclatura sohasem fog elterjedhetni, már csak azon oknál fogva sem, mivel a nosologia nem egy okvetlenül állandó valami, hanem változó; sokszor iskolák szerint változik, néha pedig évszázadokig áll fenn, hogy azután egy csapásra akár teljesen is megdőljön. Emlékezzünk csak vissza a bakteriológiának nagyarányú, a betegségek egy egész csoportjának az aetiológiáját átalakító hatására. Változatlanul, minden átalakulástól, nézetváltozástól függetlenül használhatók mindig és tipikusan a történelmi elnevezések voltak. Függetlenül a fel-fogás ide- s továtolódásaitól, az egyenesen antinosológiásnak nevezhető „syphilis“ elnevezés olympusi rendületlenséggel állotta végig e betegség egész történetét egész az új spirochaeta pallidáig s a legújabb „Ehrlich-Hata 606“-ig. És ha erre Blondel úr azt találna megjegyezni, hogy nem is volt szándékában a „syphilis“ nevet kiküszöbölni, akkor azt kell kérdezni tőle: hol van hát akkor a pontos határ a kiküszöbölendő és megtűrendő történelmi elnevezések között? A válasz bizonyára nehéz; de a történészekkel való

együttműködés esetén mégis meg lesz található, a kik bizonyára nem fognak alkalom adtan visszariadni egy „Menière-féle betegséget” a maga történelmi nevére redukálni, és újra életet lehelni a „vertigo ab aure laesa”-ba, a ma is élő „vertigo e stomacho laeso” testvérkifejezésébe.

Német- és Franciaország, Anglia és mindazon államok, melyeknek régi a kulturájuk — valamennyien szegényebbé lennének, ha Blondel úr szándéka meg tudna valósulni. Az ő nagy honfitársa, *Trousseau* is tiltakozik ellene, a mikor azt mondja:

„Az egyszerű és mindenütt használatos elnevezések bizonyos tekintetben hasonlítanak egy forgalomban lévő pénzdarabhoz, melynek súlya és rajza nem változtatható meg a nélkül, hogy a tudományos forgalomban nagy zavarokat ne idézzen elő. Ezért legyenek róla meggyőződve, hogy ezek az összes nomenclaturák, melyekben a nevetséges voltuk még a legkisebb hiba számába megy, alig érdemesek rá, hogy emlékezésünket megterheljük velük s hogy a tudomány komoly férfiai egyrészt tiszteletből a philologia iránt, másrészt művészetünk haladása iránt való őszinte érdeklődésükkel fogva, sohasem fognak azok használatába bocsátkozni...” „A tudós szógyártók tekintsenek maguk körül és jegyezzék meg jól azokat az elnevezéseket, melyek örökké ifjan, mindenkor megérthetően, minden támadással győzedelmesen dacolva, évszázadokat éltek túl és még ezután is évszázadokat fognak túlélni.”

Úgy vélem, az elmondottak alapján megállapítható lesz a „csataterv”, a mennyiben meg lesz adva a *discussio* alapja. A német orvostörténelmi társulat feladata leszen az ellenállás szervezése azon támadás ellen, mely a kulturának egy integráló része ellen intéztetett. Számítok ebben az egész európai orvosi szaksajtó erélyes támogatására s ha első sorban a németországi szaklapok kellő visszaütésben részesítendik *Blondel* úr szándékát, akkor Franciaország is majd csak lebeszéli őt róla.

Győry Tibor dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyűléseinek története 1890—1910-ig. Budapest, 1910.

A vándorgyűlések történetét az első ötven évről *Chyzer Kornél* írta meg. Az azóta eltelt húsz év történetét is ő készítette megírni s az adatokat már össze is állította. De a sors már nem engedte, hogy az adatokhoz való szöveget is megírja. Erre a kegyelet és kulturánk történetére is fontos feladatra vállalkozott *Schächter Miksa, Lakits Ferenc, Prochnov József* és *Kerekes Pál*, mint a kik az utóbbi húsz év vándorgyűléseinek rendezésében vezérszerepet vittek. A Kovács József, Szabó József és *Chyzer Kornél* emlékének ajánlott, szép kiállítású munka nagy gondnal van összeállítva. Függeléként közli a magyarországi orvosi kamarák szervezése ügyében a vándorgyűlések állandó központi választmánya által a belügyminisiteriumnak 1889 decemberében beterjesztett tervezetet az indokolással együtt. Lehetséges, hogy ezen függeléke miatt még nagyon keresetté lesz ez a könyv.

M. Kahane: Die Arzneitherapie der Gegenwart. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. 1910.

Tulajdonképpen alkalmazott gyakorlati gyógyszerertannak mondható ez a kis alakú, mintegy 600 lapra terjedő könyv, a melyben az újabb gyógyszerek farmakodynamikai hatásuk alapján vannak csoportosítva és tárgyalva. Némi önállóság bélyegét sütik reá az egyes fejezetek végén található összefoglaló megjegyzések, a melyek a szerző józan kritikájára, nagy gyakorlati ismereteire és alapos irodalmi képzettségére vallanak. A sero- és bakteriotherapia is külön fejezetet kapott, a mely éppen elég nagy arra, hogy a gyakorló orvos szükségleteit e téren kielégítse. A könyv teljesen „modern” voltát igazolja az a körülmény, hogy már a *therapia sterilisans* magnaról (*Ehrlich-Hata* szere) is megemlékezik. A munka mindenestre sokkal jobb szolgálatot fog tenni, mint a melyet tesznek a közkezen forgó recept-gyűjtemények, s éppen azért hívjuk fel reá a gyakorló orvosok figyelmét.

Lapszemle.

Általános kórtan.

A bélvizsgálat tökéletesítésére kis eszközt szerkesztett *Sarnázy*. Ezen eszköz segítségével külön meg lehet kapni a vékonybél tartalmából kis részletet, melyet azután kényelmesen vizsgálat alá vehetünk, főleg a fermenteket illetőleg. Az eszköz kicsiny ezüsttok, a melyben szivacs van. Ez a szivacs szívja fel a vékonybél-tartalmat, s a mikor teleszívta magát, az ezüsttok nyílása automatické záródik, úgy hogy a mélyebben levő bélrészekből már nem juthat bele anyag. Minthogy a beteg a tokot lenyeli, a tok tehát a gyomron is keresztülhalad: a szivacsnak gyomornedvvel megtelődése ellen glutoidhüvely védi a tokot; a glutoidhüvelyt ugyanis a gyomornedv nem támadja meg, az csak a duodenumban oldódik. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1910. 34. szám.)

A rák gyógyításának újabb módjára vonatkozó vizsgálatairól számol be *Oestreich* tanár, a berlini Augusta-kórház prosectora. Ismeretes, hogy a rák a verőerek falzatát és a porcszövetet csaknem mindig megkíméli. Minthogy ezen immunitás oka nyilván az illető szövetekben levő bizonyos chemiai anyagokban rejlik: a szerző a porcban előforduló chondroitinnal, illetve a chondroitin-kénsavas natriummal tett kísérleteket inoperabilis rákban szenvedő embereken. 0.1, majd 0.2 grammot fecskendezve be naponként a bőr alá. (A készítményt a *Riedel-czég antituman* néven hozza forgalomba!). A befecskendezés eredményeképpen 1—2 óra múlva erős fájás jelentkezik a rákos részekben; a fájás átlag 1 óra hosszat tart s azután lassanként megszűnik. Néhány esetben mérsékelt hőemelkedés és a daganat fokozott szétesése volt megállapítható. A többi esetben végzett szövettani vizsgálat is kifejezett reakciós folyamatokra utalt. Néhány esetben a folyamat megállapodott és javulás állott be. A szerző véleménye szerint indokolt, hogy a szerrel további kísérleteket végezzenek. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1910. 37. szám.)

Belorvostan.

Az idült ólommérgezés kezelése fixációs tályoggal. A vérkeringésbe jutott gyógyszereknek, mérgeknek stb. sorsa kétféle. Nagyobb részük oldott állapotban kering s mint ilyen a vesék és más szervek által kiválasztatik. Egy másik részüket (például calomel, kéneső, jodoform, ólom stb.) fehérvérsejtek veszik magukba. Ez az utóbbi körülmény vezette *Charles* bordeaux-i orvost mintegy 10 évvel ezelőtt arra a gondolatra, hogy úgynevezett fixációs tályoggal próbálja az idült ólommérgezésben szenvedőkből az ólomnak egy részét eltávolítani. Eredményei elég biztatók voltak. Egy ilyen hasonló esetet közöl most *Hinze*. Az idült ólommérgezésben szenvedőnek a czomb bőre alá 1 cm³ essentia olei terebinthinae-t fecskendezett, mire a befecskendezés helyén nagy tályog fejlődött; a genyedés körülbelül 4 hétig tartott. A 7. napon a genyben még csak nyomokban volt kimutatható az ólom; a 10. napon gyűjtött 12.26 gramm genyben 0.031% fémólmot sikerült találni, a 23. napon pedig a geny 0.089%-a volt ólom. Ezen kezelésre a beteg állapota határozottan javult, de két hónap múlva apoplexia folytán meghalt. Bonezolásakor a májában csak nyomokban lehetett találni ólmot, a csontvelőben meg nyomokban sem volt ólom. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1910. 26. szám.)

Typhus abdominalis eseteiben *W. J. Arnold* jó eredménnyel használja a terpentín-klysmát. Először is calomellel jól kitisztítja a beleket s azután klysmát ad, a mely körülbelül 1/2 liter oleum olivarumból és 30 gramm essentia terebinthinae-ből áll. Másnap vagy harmadnap újból ad ilyen klysmát, azután pedig 2 naponként alkalmazza a klysmát, azzal a különbséggel, hogy az előbbi mennyiségű olajba már csak félannyi terpentín-essentiát tétet. Erre a kezelésre a fejfájás már másnapra megszűnik, a nyelv hamar megtisztul és azután nedves marad, a közérzet teljesen megjavul. A betegség tartama megrövidül (átlagban 12 nap, leg-hosszabb tartam 17 nap), a hőmérsék már egy hét múlva normális. A mióta a *Heléna*-szigeten tartózkodó katonaság typhusbetegein ezt a gyógyításmódot használja a szerző, a régebben oly gyakori delíriumot nem észlelte többé s az azelőtti 10%-nyi halálozás tetemesen csökkent; legutolsó 30 esete közül csak 1 végződött

halálosan, s ez az eset is olyan betegre vonatkozik, a ki a kórházba jutása után úgyszólván azonnal erős bélvérzést kapott és néhány nap múlva bélátfúródás folytán elpusztult. (Ref. Le semaine médicale, 1910. 30. szám.)

Idegkórtan.

A psychoanalysis ferdeségei mellett jó érveket csoportosít Isserlin (München), bírálva Freud tanításait. Freud, mint tudjuk, az idegesség bizonyos fajainak okát abban keresi, hogy a psychében valami régi psychés trauma lappang, a mely annak idején nem hozott létre affectus-kitörést és ezért elnyomva megmaradt a nélkül, hogy az öntudatban helyet foglalna és bajt okoz. Ez ellen Isserlin felhossa, hogy Freud munkáiban nem tudja bebizonyítani ilyen elnyomott affectus kórokozó hatását. De még ha léteznék is ilyen elnyomás, akkor sem bizonyítható be, hogy Freud analysise erre az elnyomott gondolatkorre tudna vezetni. Az associációs kísérletekben Freud főleg azokat a reactioszókat használja fel, a melyek a feleletben késnek, és így bizonyos gondolatkorre jut, a melyre ráfogja, hogy a kifejlődött bajjal oki összeköttetésben van, de semmivel sem bizonyítja ezt be és nem ad semmi módot arra, hogy ennek igaz volta ellenőrizhető legyen. Mind az az összeköttetés, a melyet Freud tünet és a psychoanalysisal állítólag kiderített tényállás között felvesz, tisztára hypothesis. Isserlin szerint a vallató eljárás legjobb esetben betekintést ad a beteg lelkébe, de összeköttetéseket sohasem bizonyít be. A mikor Freud ráakad az ő hypothesis elnyomott gondolatcomplexumához, újabb hibát követ el azzal, hogy megint csak hypothesisal szökből symbolumokat csinál, a melyek teljesen absurd benyomást tesznek. E symbolumok néha csak hangzáshasonlatosságon alapulnak és különösen az álommagyarázatban jutnak érvényre, s végeredményben majdnem mindig a genitáliák körül forognak. Bleuler összeállított közülök egynehányat: az álomban tűz szerelmet jelent; álom angyallal azt a vágyat jelenti, hogy valaki haljon meg; az Oedipus-mese a szülői szeretet és vérfertőzés között való összeütközést jelképezi; erdő nymphákkal, ékszerdoboz az álomban a női genitáliát helyettesíti stb. Keresett és nem valószínű dolgok és teljesen be nem bizonyítható önkényes feltevések láncolata előtt állunk. Pusztá felvétel, hogy a psyche valamit elnyomott az öntudatból és így tovább tisztá felvétel a symbolum is. Freud és társai arra hivatkoznak, hogy a néppsychológiában vannak symbolumok, a melyek a genitáliákra vonatkoznak („a kutatók nem olyan eredetiek, hogy az ily összeköttetéseket kitalálták volna“), de az adott esetben semmit sem bizonyítanak, hanem előre kigondolt összeköttetéseket magyaráznak bele a történetbe. Breuer és Freud már első műyükben szölk a symbolumokról, a mikor azt írták, hogy jelképes összeköttetés van a kóros tünet és annak oka közt, a mikor a lelki fájdalomhoz neuralgiás fájás csatlakozik vagy az erkölcsi utálatához hányás. Csak-hogy a régibb felfogás szerint a kórokozó eseményt követte a testi tünet. Ezekben lehet valami valószínűség, de tarthatatlan lesz ez a jelképezés, ha annyira megy, hogy az egyedülállás gondolatából astasia fejlődését akarja kimagyarázni. Vagy tarthatatlan az a felvétel, a mely szerint a beteg hallucinációja, melyben két orvosát fán lógni látja, abból származnék, mert egyszer bosszúságában azt gondolta, hogy az egyik „pendant“-ja a másiknak. A trauma és a magyarázatra szoruló jelenség között ez a kapcsolat nem szoros, az öntudatban levő jelenségek és a tünet közt kapcsolatot nem keresnek e kutatók, hanem megelégszenek azzal, hogy a régi élmények, gondolatmenetek és érzések közül valami jelképileg összekapcsolható legyen a mostani tünett. Ez a jelképezés Isserlin szerint átka a Freud munkáinak. Ehhez még elméletek is járulnak a jelképek eltolódásáról, az álom munkájáról, melyek teljesen a levegőben lógnak, a melyek semmi másan nem alapulnak, mint azon, hogy ilyen jelkép elképzelhető és talán az életben egyszer-máskor használta azt valaki. „Eine fadenscheinigere Grundlage für eine wissenschaftliche Demonstration ist gewiss nicht leicht benutzt worden.“

Az eredmények a módszer értéktelenségének meg is felelnek. Freud követői bámulatos izléstelenségeket követnek el olvasó magyarázó játékaikkal. Ezek élén áll Stekel hihetetlen álommagyarázataival. Isserlin Freud-nek és társainak szemére hányja, hogy általános pszichológiai alapjuk nincs, eljárásukat metapszichológiának mondja,

visszaesésnek a tudomány előtt való állapotba. Ebben az öntudatlan térben, melyet ez írók felhasználnak, mythológiai mellékletek vannak anthropomorph módon kigondolva, a melyek egymással hadakoznak. Empiriás, tudományos pszichológiának az egész tanban nyoma sincs.

Ha Freud egész módszere, ezéja és alapja elvetni való, mégis lehet benne valami használható is. Így érdemes foglalkozni a lélekbéli elnyomás mechanikájával. Például rég ismert tény az, hogy a kellemetlen színezetű eseményeket mindenki igyekszik öntudatából kiküszöbölni és Isserlin azt elfogadja, hogy az ilyen elnyomott jelenségek kellemetlen érzéseket válthatnak ki. Igaz az is, hogy az ember sokszor álmodik olyat, a mire vágyakozik. Ugyanilyen téveszmék is vannak. De ezek a tények merőben különböznek Freud magyarázataitól. Ezek tudatos jelenségek. Tudjuk, hogy az adott esetben ez a vágy fennállott, vagy az a képzet félreszorult, de az öntudatlan kutatásában álló önkényes analógiákra építeni nem szabad. A jelképezés pedig karikatúrája a tudománynak.

A sexualitásnak az a szerepe a psychoneurosisokban, a melyet Freud fogalmazott meg, a mely szerint: „normális nemi életben lehetetlen a neurosis“, teljesen tarthatatlan. Isserlin ezt megfordítja és azt mondja, hogy „a neurosisban lehetetlen a rendes nemi élet“. (Ez azonban éppen olyan tarthatatlan.) Még kevésbé fogadható el, hogy a hystéria és neurasthenia ilyen nemi traumákból eredne. Még a félelmi neurosisban sem fogadható el a nemi eredet, ha ugyan ezt a tünetcsoportot el akarjuk választani a többi neurosis-tól. „Az a nézet, mely szerint minden kóros félelmi érzés végső okon nemi eredetű, szörnyűsüges túlzás.“ Az a kép végül, melyet Freud a gyermek nemi fejlődéséről ad, lényegében szabad költészet, melyet eljárásának önkényes volta magyaráz meg.

A therapiai eredményekről, a melyeket állítólag a lélekelemzéssel és csak a lélekelemzéssel lehet elérni, szintén szólni kell. Ha van eredmény, ez a suggerálásnak tudható be. A beteg gondolkodásába való behatolás, a beteg hosszú leköltésével és lelki megdolgozásával szintén szerepet játszik. De a gyógyító eredmények nagyon is kétesek. Freud őszintén megmondja, hogy súlyos esetekben évekig tartó lélekelemzésre van szükség és még akkor sem tudjuk, hogy hány éveken át megmaradó teljes gyógyulást látott. Egy dolgozatában a kényszerneurosisról azt mondja, hogy még egy ilyen súlyos esetben sem sikerült teljesen tisztán látnia és párhuzamot von a tüdőtuberculosis-sal, a melyben a kezelés csak a kezdeti szakban ad fényes eredményeket. Erre joggal válaszolhatjuk, hogy a kényszerképzetek kezdeti szakában pedig mindenki látott kedvező eredményeket lélekelemzés nélkül. Így hát Freud therapiai sikereiről korai volna beszélni.

Freud kifogásolja, hogy ellenesei csak elméletileg beszélnek és nem alkalmazzák maguk az ő módszerét. De a ki hibásnak tartja az eljárást, nem is alkalmazhatja. Erre azonban nincs szükség, mert senki sem kételkedik, hogy a leirt lélekelemzések úgy folytak le, mint a hogy Freud leirta őket casuistikai közléseiben, a magyarázatokat és következtetéseket azonban éppen ezek alapján lehet elfogadhatatlannak tartani.

Isserlin az associációs módszert használhatónak tartja, de sohasem alkalmazza a sokat dicsért „Deutelexikon“-t, „a melyen minden igyekezet ellenére inkább rajtatarad minden időre a nevetesség, mint a fenség“. Isserlin e sok tekintetben találó kritikájából hiányzik még az arra való rámutatás, hogy a lélekelemzés milyen káros hatást fejthet ki, mikor maga válik sexuális traumává. Ilyen eseteket már nem kevesen láttak közülnk és a lélekelemzés további fejlődésében még nem egy, a lélekelemzéstől pórul járt beteg lesz alkalmunk sajnálkozni. (Zeitschrift für Neurol. und Psych., 1910 márczius 22.)

Kollarits Jenő dr.

Gyermekorvostan.

Szoptatás és tuberculosis. Régóta ismeretes, hogy a szoptatás egyik legfőbb s úgyszólván egyetlen absolut ellenjavallata az anya tuberculosis, legyen az bármely szakában. Abramowski gilgenburgi orvos ezen általános felfogás ellen igyekszik sikra szállni; ő a gümőkóros anyáknak bizonyos feltételek mellett nemcsak hogy megengedi, de sőt egyenesen ajánlja a szoptatást. Pfandler „a szoptatás physiológiája“ című munkájának jelmondatából indul ki, mely szerint „a tej az anyai szervezetnek a foetaliséhoz való alkalmazkodásának a productuma“. Ezt a productumot, ezt az „élő“

„activ“ tejet nem pótolhatja sem a forralt, sem az idegen tej. Már Jensen kimutatta, hogy a borjúra közvetlen a megszületése után adott forralt tej valószínű halálos méregként hat; ugyanez, bár kisebb mértékben következik be Moto tapasztalatai szerint újszülött csecsemőkön is. A forralt tej megváltozott hatását a kémiai anyagok megváltozásával nem magyarázhatjuk, mert ez rövidebb ideig tartó forralásra nem következik be. Hátra volna a tej fermentumai és az antitoxinok meg egyéb antitestek, melyekről bebizonyosodott, hogy az anya véréből a tejbe átmennek s a melyek forralásra csakugyan elpusztulnak. Az antitoxintartalmú tejjel táplált csecsemők vérébe közvetlenül átmegy az antitoxinos serumfehérje, míg fajidegen tejjel eddig sem antitoxint, sem másfajta antitestet átvenni nem sikerült s így vele immunizálni sem lehetett. Ezek szerint már most úgy magyarázhatjuk Jensen és Moto tapasztalatait, valamint a fajidegen tejjel való táplálás rossz eredményeit, hogy elpusztulván, illetőleg hiányozván az antitoxinok, az immuntestek a tejből, melyet a csecsemőknek adunk, szervezetébe azok nem mehetnek át, s így a csecsemőknek külső ártalmakkal, fertőző csírákkal szemben védőeszközei nincsenek, tehát ellentánni sem tud nekik. Ha a tuberculosus anya, kinek szövetnedveiben s így tejében is tuberculosus-antitoxinok foglaltatnak, nem maga szoptatja csecsemőjét, vagy ha ez forralt tejet kap, akkor — mivelhogy nem kapván a táplálékkal tuberculosus-antitoxinokat s mivel veleszületett hajlámánál fogva úgyszólván csekélyebb ellentállóképességgel bír a tuberculosusbacillussal szemben — rosszul fejlődik, satnya lesz s végre is igen gyakran áldozatul esik e mindenütt nagy számban jelenlevő bacillusoknak. A klinikai tapasztalás ez állítást megerősíti, a menyében a gümőkóros szülőkől származó csecsemők, ha mesterségesen tápláltatnak, vagy jórészt csecsemőkorukban pusztulnak el, vagy igen korán scrophulosussá lesznek.

Ezekből vonja le Abramowski végkövetkeztetését, midőn kimondja, hogy a tuberculosus anya — feltéve, hogy hátránya nincs belőle — szoptathatja, sőt szoptassa gyermekét. A tapasztalás pedig arra tanít, hogy a latens, nem nyílt gümőkórban szenvedők a szoptatást teljesen jól tűrik; a gyermek érdekében természetesen tilos a szája csókolás vagy rálehelés, köhögés. Abszolút ellenjavallat azonban szerinte is a nyílt, florid gümőkór és az emlőmirigyekben vagy szomszédságukban található megnagyobbodott mirigyek. (Tuberculosis, 1910 július.) Szekeres Oszkár dr.

Venereás bántalmak.

Az Ehrlich-Hata-féle syphilisellenes gyógyszer. A legutóbbi napokban napvilágot látott közlések közül, a melyek a „606“-ra vonatkoznak, kétségtelenül a Blaschko tollából eredő a legtanulságosabb. (Kritische Bemerkungen zur Ehrlich-Hata-Behandlung. Berliner klinische Wochenschrift, 1910. 35. szám.) A szerző pontosan elkészített suspensio alakjában ajánlja leginkább az Ehrlich-féle szer alkalmazását. Különböző is ez az eljárás most a legelterjedtebb. A csírámentesen elkészített suspensióról az a tapasztalás, hogy több órai állás után is kár nélkül használható. Éppen ezért nem lehetetlen, hogy a szert suspensio alakjában elkészítve és steril ampullákba forrasztva lehet majd a forgalomba hozni. A szerző egy ideig a végbélben át is alkalmazta az Ehrlich-féle szert. A felszívódás itt is elég jól megy végbe, a minek a lueses folyamatok javulása is egyik bizonyítéka, de teljes hatás ily módon mégsem fejthető ki. Még csekélyebb a szernek a hatása, ha per os adják, a mit Blaschko szintén megkísérelt. Mindezek a kísérletek most már kevésbé aktuálisak, mert az újabb suspensiók eljárás valóban nem okoz nagy fájdalmat. A szer hatásának magyarázata ma még tisztán elméleti. Ehrlich, a ki szerint a „606“ parasitotrop és nem organotrop, a parasiticid hatásban látja az eredményt. De lehet Blaschko szerint más magyarázatot is felvenni. Így lehetséges, hogy az arsenobenzolnak elektív hatása van a kóros szövetre, vagyis pusztítólag hat a beteg szövetre és megkíméli az épét. A lichen simplexek és a szemölcsök gyors eltűnése is talán e mellett szól. A mi a végleges gyógyulás kérdéséről illeti, Blaschko azon a nézeten van, hogy az a kifejtett lueses esetek zömében az eddigi dosisokkal nem valószínű. A majomkísérletek értelmezése nem vihető át egyszerűen az emberi syphilisre. Nem lehetetlen azonban, hogy a primaer affectio legkorábbi szakában talán mégis lehetséges lesz olykor egy abortív

kezeléssel a syphilisnek végét vetni. A „therapia sterilis magna“ lehetősége ugyanis leginkább ily korai esetekben látszik valószínűnek. Természetes azonban, hogy a végleges gyógyulásnak egyetlen kezeléssel való elérését éppen syphilis eseteiben legnehezebb meghatározni. Hiszen már számtalan esetben tapasztalták az orvosok, hogy a kénesekezelés nyomán is éveken és évtizedeken át tünetmentes marad a syphilis egyén s végre mégis feltűnik a baj valamilyen nyilvánulás alakjában. Tekintve, hogy ez így van, belátható időn belül alig van kritérium arra nézve, hogy valamilyen új szer csakugyan végleges gyógyulást idéz elő. Az átlagos korai recidivák dolgában már nemsokára lehetséges lesz elbírálni, hogy a 606 valóban túlszárnyalja-e tartós gyógyító hatásában a kénesekezelést. Egy azonban máris bizonyos, és ez az, hogy az Ehrlich-szernek a gyógyító hatása felette gyors. Bizonyos továbbá az is, hogy a szer a legmegkapóbb hatású súlyos és úgynevezett malignus syphilis esetekben. Az indicatiók a „606“-os kezelésre Blaschko szerint idővel kissé bővíthetők. Lesznek olyan esetek, a hol egyébként sem teljesen ép szervezet mellett is fogják adni az injectiót, s így az Ehrlich által követelt nagy óvatosság idővel alighanem el fog tompulni. Az Ehrlich-féle kezelés abszolút indicatióit Blaschko a következő pontokban állítja föl.

1. Súlyos syphilis-esetek, különösen akkor, a mikor a kénesekezelésben hagy.
2. Esetek a syphilis bármely szakából, ha a kénesekezelés a beteg nem tűri.
3. Oly esetek, a melyekben a recidiva már röviden a kénesekezelés nyomán jelentkezik.
4. Esetek, a melyekben ismételt kénesekezelés kúrák ellenére is állandóan újabb recidivák állnak be.
5. Egészen korai esetek, a melyekben a primaer affectió általános tünetek még nem követték. Ily esetekben, a hol csak lehetséges, meg kellene kísérelni a primaer affectio kimetszését, vagy elpusztítását is (kauter). Az öt ponton kívül könnyen sorolható még fel olyan körülmény, a mely miatt a 606-nak az alkalmazása, ha nem is indokolt, de megengedett lehet. Mindenesetre azonban kötelességünk ma még minél gondosabban és körültekintőbben megválogatni az eseteket, mert különben könnyen discreditalhatnók Ehrlich-nek valóban kiváló szerét.

A Wassermann-féle reactio viselkedését az Ehrlich-Hata-kezeléssel szemben vizsgálta C. Lange Weichselmann syphilis beteganyagán (Zur Kenntnis der Wassermann'schen Reaktion, insbesondere bei mit Ehrlich's 606 behandelten Luesfällen. Berliner klinische Wochenschrift. 1910. 36. sz.). A szerző 268 esetről számol be. 153 esetben 4—5 héttel az injectio után a pozitív reactio negativvá vált. A reactio átváltozása lassan és fokozatosan történik. 2 esetben a primaer affectio idejében, a mikor a kezelés történt, a reactio még negativ volt. Ezekben az esetekben később sem vált a reactio pozitívá. 5 tertiär lues esetben az injectio nyomán a negativ reactio pozitívá vált. Az 5 eset közül kettőben a reactio később ismét negativvá vált. A két makacsul pozitív maradó esetben az alkalmazott második injectio negativvá változtatta, illetőleg gyöngítette a reactiót. Súlyos gégesyphilis egy esetében kétszeri injectio dacára még 6 héten túl is erősen pozitív maradt a reactio.

A psoriasis és lichen ruber ellen alkalmazta a 606-ot Schwabe a Herxheimer-féle klinikán. (Ueber die Wirkung des Ehrlich'schen Arsenobenzols auf Psoriasis und Lichen ruber planus. München. mediz. Wochenschrift. 1910. 36. sz.). Miután Glück 3 esetben a psoriasisnak teljes gyógyulását észlelte a 606-nak az alkalmazásától, több vizsgáló szintén megkísérelte ezt a kezelési módot. Az eredmények azonban igen eltérők. Neisser például 2 esetben egyáltalában nem látott eredményt. Loeb 1 esetben látott gyógyulást, szintűgy Fraenkel és Grouven is. A két utóbbi szerző azonban 2 másik esetben eredmény nélkül adta a szert. Schwabe 4 psoriasis esetben kísérletezett a 606-tal. Eleinte mutatkozott is némi reactio, de csakhamar megint a rendes mederbe esett vissza a betegség. Miután a lichen-esetekben még inkább várható az arsenoltől föltűnő hatás, mint a psoriasisban, a szerző 3 lichenes esetet is kezelés alá vett. Az egyik esetben a lichen kezdetben föltűnően javult, a papulák lelapultak és a visszafejlődés képét mutatták. A 10. napon azonban ismét erős recidiva mutatkozott, úgy hogy a kórkép még súlyosabbá vált, mint a milyen előzőleg volt. Érdekes, hogy egy neurodermia chronica esete a 606-os kezelés nyomán rövidesen meggyógyult. Ez az adat egyezik a Loeb-ével, a ki ugyancsak észlelt ilyen gyógyulást. Guszman.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Puerperalis fertőzés eseteiben *Huggins* a magnesiumsulfat intravenás befeeszkendezését használja. 500 cm³ physiologiai konyhasó-oldatban 1-5 gramm magnesiumsulfatot old s ezt fecskendezi be lassanként (úgy hogy a befeeszkendezés körülbelül 25 percet vesz igénybe) valamelyik gyűjtőérbe. Szükség szerint a befeeszkendezést 2-3 nap múlva megismétli és esetleg ugyanazzal az oldattal méhüreg-irrigációt is végez. (Ref. La semaine médicale, 1910. 27. szám.)

A chloroformmal altatás utáni hányás ellen *Hardman* a chloroform belső használatától látott jó eredményt. Hányásinger jelentkezésekor 2-3 csepp chloroformot vétet be egy darabka cukron. (Ref. La semaine médicale, 1910. 30. szám.)

Helyi érzéstelenítésre kisebb műtétek alkalmával *Hamm* szerint legmegfelelőbb az alypinum nitricum 5%-os oldatának bőr alá fecskendezése; az érzéstelenítés körülbelül 10 perc alatt áll be. Az alypin-oldat kis beforsztott csővecskékben készen is kapható. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1910. 25. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1910. 37. szám. *Sellei József*: Az Ehrlich-féle arsenobenzol. *Hollós József*: A gümőkóros intoxicációk.

Orvosok lapja, 1910. 37. szám. *Chudovszky Móricz*: Sebészeti megbetegedések. *Miklós J.*: Néhány megjegyzés a lactagol hatásához.

Budapesti orvosi ujság, 1910. 37. szám. *Basch Imre*: Az Ehrlich-féle 606 arsen-készítménnyel elért eddigi eredmények. *Turán Géza*: Theoretikus szempontok a tuberculosis specifikus diagnosztikájában és therapiájában. „Közegészségügyi és törvényszéki orvostudományi szemle” melléklet, 3. szám. *Konrádi Dániel*: Orvosi tapasztalatok tanulókon. *Dóczy Imre*: Az alkohol és hatása a gyermekekre. *Féjér Gyula*: A gyengénlátók iskoláztatásáról. *Székel József*: Egy érdekes eset. *Mínich Károly*: Megjegyzések az előző czikkekre.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Danninger Ádám* dr., *Huber József* dr., *Duchon János* dr., *Simonovits Radivoj* dr., *Wollheimer József* dr., *Kabos Márton* dr. és *Grigorievits Emil* dr. zombori orvosokat tiszteletbeli főorvossá, *Kisnyei János* dr.-t felsőpulyai járásorvossá, *Hirschfeld Jenő* dr. egeresi körörvost tiszteletbeli járásorvossá nevezték ki.

Választás. *Németh Károly* dr.-t Csőszteleken körorvossá választották.

Az orvostanhallgatók száma a budapesti egyetemen az idén megint jóval nagyobb, mint tavaly. Elsőéves orvostanhallgató tavaly is már 500 felé volt; az idén 630-an iratkoztak be. Ennyi hallgató befogadására és kellő módon való tanítására egyetemünk orvostudományi intézetei és klinikái valóban elégtelenek. Ilyen viszonyok között kellő gyakorlati képzettségű orvosi nemzedéket nevelni nem lehet. Egy harmadik egyetem alapítása az orvosi tanulmány szempontjából valóban elodázhatatlan, annál is inkább, minthogy már a kolozsvári orvosi karon is túlszűfoltaság van.

Fogszabályozási (orthodontiai) cursust kezd szakorvosok részére *Salamon Henrik* dr. október 1-én az egyetemi stomatologiai klinikán. A közelebbi feltételek ugyanott tudhatók meg az esti órákban.

Kigyógyulhatok-e? czimmel *Fournier* tanár híres könyvét, a melynek német kiadását múlt évi 25. számunkban ismertettük, *Ullmann Adolf* dr. kaposvári kórházi főorvos irodalmunkba is áttette. Ára 2 K. Kapható minden könyvkereskedésben.

Meghalt. *S. Mayer*, a szövettan nyugalmazott tanára a prágai német egyetemen, 67 éves korában.

Kisebb hírek külföldről. *W. Heubner* dr.-t, a gyógyszer-tan rendkívüli tanárát a göttingeni egyetemen, rendes tanárrá léptették elő. — Rendes tanárok lettek: *F. Francaviglia* (szemészet, Catania), *A. Catterina* (sebészet, Genova), *G. Ovio* (szemészet, Modena), *C. Ferrari* (törvényszéki orvostan, Genova), *Veyrassat* (sebészet, Genf), *J. Pajarsky* (körboncztan, Varsó). — Rendkívüli tanárok lettek: *A. Donaggio* (idegkór-tan, Messina), *P. Baiardi* (szemészet, Genova), *G. Lodato* (szemészet, Palermo), *E. Kummer* (sebészet, Genf). — *L. Brauer* marburgi tanárt a hamburg-eppendorfi kórház igazgatójává nevezték ki. — *A. Menzer* (belorvostan) és *B. Pfeifer* (psychiatria) docensek Halleben a tanári czímet kapták. — *F. Pregl* gráci rendkívüli tanár az alkalmazott orvosi kémia rendes tanára lett az innsbrucki egyetemen.

A VII. nemzetközi dermatologiai congressust Rómában tartják 1911 szeptember 25.-étől 29.-éig. Elnöke *Tommaso de Amicis*, főtítkára pedig *Giuliano Ciarrrochi*. Tárgyalásra a következő főkérdések vannak kitűzve. 1. Az újabb aetiológiai, diagnostikai és kísérletes vizsgálódások befolyása a syphilis therapiájára. 2. A physiotherapia eredményei bőrbajokban. 3. Blastomycosis, sporotrichosis.

Németországban és Franciaországban az orvostanhallgatók száma állandó emelkedést mutat. Németországban 1910-ben az előző évhez képest 9462-ről 10,682-re, Franciaországban 8281-ről 9958-ra emelkedett.

Florence Nightingale. Megemlékeztünk egyik mult számunkban a híres filantrop nő, Fl. Nightingale haláláról. Jólétben született, de a hajlandósága már korán arra a főrre vonzotta, melynek utóbb egész életét szentelte: a betegápolás terére. Pedig abban az időben ez még nem volt divatban s szinte hallatlan dolog volt, hogy jobb családból való, finomabb érzésű nő ilyen pályára szánja magát. Fl. Nightingale a betegápolást Londonban, Kaiserwerthben a protestáns irgalmas nővérek kórházában s Párisban a St. Vincent-Paul-apácák kórházában tanulta. Mikor kitört a krími háború (1853-56), felajánlotta szolgálatait mint ápolónő. Tevékenysége korszakalkotó volt. A skutarii és bolaklavai kórházban áttörő munkát végzett s az egész vonalon organizálta a katonai betegápolást. Neve fogalomná vált. A háború után, bár állandóan betegeskedett, 50 éven keresztül első tekintélyszámba ment a betegápolás terén, főképpen Angliában és Amerikában. Állandó tevékenységet fejtett ki előadások, czikkek útján; tanácsát gyakran kérték ki, így az amerikai polgárháborúban és a német-francia háborúban is. Anglia legtöbb kórházának építési és berendezési tervét az ő kezén mentek át. Azok az ápolónői tanfolyamok, a melyeket a St. Thomas- és a King's College-kórházban szervezett, példaképei lettek az azóta keletkezett hasonló tanfolyamoknak. Bár nem kereste a népszerűséget s kerülte a nyilvánosságot, mégis ő volt hazájának egyik legismertebb és legtiszteltettebb személyisége; az egyedüli nő, a kit az „Order of Merit” érdemjellel tüntettek ki. Emlékét sokan áldják; vele a XIX. század egyik leghíresebb nője száll sirba. *B. Z.*

A jodlecithin Richter felette alkalmas oly esetekben, a melyekben hosszú időn át kell jodhatást kifejteni, mint asthma bronchiale, chronikus emphysema, arteriosclerosis, torpid luetikus megbetegedések eseteiben. Gyorsan szívódik fel a szervezetben. A jodlecithint a gyermek-praxisban ott alkalmazzák, a hol a mirigyek duzzanata és bizonyos disercassis hajlam áll fenn. Ujabbán 25 cgm. jodlecithintartalommal bíró jodlecithintabletták is forgalomba kerültek, az erősebb jodhatás kifejtése céljából.

Dr. Jakab-féle Sigetsanatorium

Budapest, VI., Nagy János-utca 47. sz. (A Városliget közvetlen szomszédságában.) Diéta, diagnostika, physikotherapiás sanatorium.

Budapesti ZANDER-gyógyintézet

VIII., Múzeum-körút 2. Teljes physikális gyógyberendezés. Főbb javak: Idült gyomorbélatonia, székrekedés, elhízás, köszvény, csúsz, idegzsibák (ischias stb.). Csonttörések és egyéb sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Erőmeszesedés, szívbajok, bronchialis asthma (villamos fényfürdővel), neurasthenia, bémulások. Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése (Zander módszerével). Gerinczélgyöbűlések.

Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete.

Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógyászatok.

Orvosi laboratórium: Vezető: Dr. VAS BERNAT, Poliklinika.

Szövetség-utca 14-16. Telefon 90-46.

Ujtátrafűred Sanatorium

légzőszervi betegek részére. Legmodernebb kényelem — központi fűtés — villanyvilágítás. Gondos ápolás, állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Prospektus. Vezető főorvos: Szontagh Miklós dr. Egész éven át nyitva

Orvosi laboratórium: Dr. MÁTRAJ GÁBOR v. egy. tanársegéd.

Telefon 26-96. VI., Teréz-körút 27.

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

Elektromágneses intézet Budapest, VII., Városligeti Fásor 15. sz. Gyógytényezők: D'Arsonval-, Elektromágnes-, Sinusoidal-, Galvan-, Farad-, Franklin-, Leduc-áram. 4 cellás villanyfürdő. V. forróleégdús. Vibr. massage. Prospectus. Vezető orvos: RÉH BÉLA dr.

Epileptikus betegek intézete

BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál Wosinski István dr., igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagyméltóságú m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

Tamássy Park-sanatoriuma

DUNAHARASZTIBAN, Pestmegye. Intézeti orvos: Somosi Lajos dr. Alkohol-, morphium-, nicotinelvonás.

Dr. Szili Sándor

v. egyetemi tanársegéd, Andrássy-út 55. Tel. 157-71. Vegyi, gőrsői, bakteriologiai (Wassermann-féle lues-reactio) orvosi laboratóriuma.

ERDEY Dr. sanatoriuma.

Budapest, IX., Bakács-tér 10. sz. Nőbetegek és szülönők részére.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Közkórházi Orvostársulat. (VI. bemutató szakülés 1910. április 20.-án.) 684. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya. (1910. március 12.-én tartott VIII. szakülés és 1910. március 19.-én tartott IX. szakülés.) 685. l.

Közkórházi Orvostársulat.

(VI. bemutató szakülése 1910. április 20.-án.)

Elnök: **Horváth Ákos.** Jegyző: **Körmöczy Emil.**

(Vége.)

Kétoldali hydrophthalmus esete.

Fejér Gyula: Pár hó előtt egy 4 éves gyermek egyoldali hydrophthalmusát mutattam be, most ugyanazon kórképet mindkét oldalon láthatjuk. A gyermekkori glaucoma abban különbözik a felnőttek glaucomájától, hogy nem okoz izgalmi tüneteket, fájdalmat, mert a gyermek tágulékony sclerája enged a nyomásnak, kitágul minden irányban és ilyen módon igyekszik szabályozni a megzavart nedvkeringést.

A 4 éves gyermek szemei már életének első hónapjaitól kezdve tágulnak, a bal erősebben, látóképességük lassanként fogy. Jelenleg jobb szemén 4 méterről, bal szemén 2 méterről olvas ujjakat. A szemteke minden részlete megnagyobbodott. A cornea vízszintes átmérője nem oly nagy, a mint multkori esetemben, de itt is kitesz 13—14 mm.-t. Igazán szép a glaucomás excavatio képe, mely a bal szemén teljesen a papilla széléig ér és annak fenekét csak (—)10·0 D-ás üveggel lehet látni, mélysége tehát 3 mm.-t. tesz. A szem belnyomása mindkét szemén nagy mértékben emelkedett. A mi a gyógykezelést illeti, a szerzők nagy része az iridektomiát nem ajánlja, hanem inkább többször ismétli a sclerotomiát, esetleg peracentesissal és pupilla-szűkítőkkel igyekszik a folyamatot kedvezően befolyásolni. Tekintve a mély excavatiót, egyik műtétől sem várok nagy eredményt, bár a sclerotomiát a bal, azaz a rosszabbul látó szemén meg fogom kísérelni és meg fogom figyelni a szemet a műtét eredményét illetőleg.

Hepatitis interstitialis luetica gyógyult esete.

Biró Ödön: L. Róza 30 éves hajadon szakácsnő ez év január 31.-én került észlelés alá a következő statussal: Mindkét alsó végtag vizenyős, a has puffadt, benne szabad vízkór nem mutatható ki. A májtompulat felső határa a bal parasternális vonalban a 6. borda, a jobb parasternális vonalban az 5. borda alsó széle, az elülső hónaljvonalon a 6. borda felső széle, a hátsó hónaljvonalon a 7. borda, alsó határa a bal parasternális vonalban a bordaív alatt három harántujjnyira, a proc. xiphoideus alatt egy tenyérnyire, az elülső és hátsó hónaljvonalon a bordaív alatt két harántujjnyira van. A máj sima felszíni, kemény tapintatú, legömbölyített szélű. A lép-tompulat a 7. borda felső szélén kezdődik, alsó polusa mély légvételkor kifejezetten tapintható. A mellkasi szervek, a szív, a tüdő épek. Megnagyobbodott mirigyek nincsenek. Májbajjal van dolgunk, még pedig elsődleges májbetegséggel. A másodlagos májbetegségek közül csak a pangásos máj jöhetne szóba; ez azonban a mellkasi szervek épsége miatt kizárható. A máj megnagyobbodásával járó májbajok a következők: zsír-, amyloid máj; carcinoma, cirrhosis hepatis I. stadiuma és végül a hepatitis interstitialis hypertrophica. A zsír- és amyloid máj kizárható, a nő nem szenved cachexiával járó megbetegedésekben (gümőkór, genyedő betegségek) vagy általános elhízásban. Carcinoma, abscessus, echinococcus hepatistól is eltekinthetünk; a máj sima felszíni, a beteg láztalan. A cirrhosis hepatis első szaka nem jár pangásos tünettel. Tehát hepatitis interstitialis hypertrophica van jelen. E megbetegedés aetiologiájában bizonyos toxikus megbetegedések (malaria, lues) és mértéktelen alkoholfelvezetés játszószák tudvalevőleg a főszerepet. Betegünk anamnesisében egyik sem szerepel, a malaria biztosan kizárható, alkoholismust tagad, úgyszintén luest is. Az aetiologiai körülmény megállapítása céljából Wassermann-reactiót végeztettünk. A reactio positiv volt. Ennek alapján erélyes kénésötherapiát alkalmaztunk.

Hydrarg. salicylatumnak előbb 2, majd 4%-os oldatából másodnaponként 1 cm³-t feeskendeztünk be intramuscularisan. Az eredmény igen kielégítő, a mennyiben a pangásos tünetek csakhamar eltűntek, 20 injectio után a máj rendes nagyságúvá lett, szóval a beteg meggyógyultnak tekinthető.

Röntgen-felvételek elmeszesedett arteriákról.

Fischer Ernő: A 65 éves férfinak, ki az alsó végtagokban székelő fájdalmak okának kiderítése végett került Röntgen-vizsgálatra, környi arteriáiban nagyfokú elmeszesedés találtatott; igen jól láthatók a Röntgen-felvételeken az arteria femoralis, ennek ágai: az arteria circumflexa femoris medialis és lateralis, az arteria profunda femoris, a rami musculares, továbbá az arteria poplitea, arteria genu inferior medialis, arteria tibialis posterior, arteria dorsalis pedis, egész lefutásukban.

Genitális gonorrhéához társult arthritis, endocarditis és exanthema.

Werner Sándor: A gonococcusnak a véráramba való jutását elég gyakran észleljük. Ritkábbak azok az esetek, a melyekben a gonococcus, illetve a toxinja oly tünetesoportot idéz elő, mint esetünkben, a melyben rohamosan lezajló pyaemia képében támadta meg az urogenitális készüléken kívül az ízületeket, az izmokat, az endocardiumot és a bőrt.

A 24 éves férfitbeteg folyó hó 4.-én vétette fel magát Haberern dr. osztályára. Négy év előtt volt az első kankója. 1¹/₂ hó előtt újból gonorrhéát szerzett. Két hét előtt nagy lázakkal kezdődött epididymitise támadt, majd két napra rá megdagadt a jobb csuklója. Salolt, aspirint, diuretikus teát, heréjére és ízületére Priessnitz-borogatást kapott. Két nap alatt láztalan lett, de 14.-én hirtelen heves émelygés és hányás között kirázta a hideg, hőmérséke 39·1 C^o-ra emelkedett, heves szívűti fájdalmak jelentkeztek és bőre viszkedni kezdett. Bőrén, még pedig a nyak elülső részén két gombostűfejnél nagyobb hyperaemiás oedemát laesio, ugyanilyen és ennél nagyobb elváltozások a mellkason, a jobb könyök körül, melyek egyike-másika papulosus jellegűt ölt. Ilyen bőrelváltozások láthatók a bal kéztő-izület felett, továbbá a bal könyök körül és elszórtan az alkarokon. A has jobb oldalán két gombostűfejnyi és lencsényi, kifejezetten papulosus jellegű, a bőr színe fölé emelkedő elváltozás, továbbá három kisebb a has bal oldalán. Ugyanilyen elváltozások mindkét czomb elülső felületén, továbbá a térdek és bokaizületek felett. A térdek felett egy pár laesio vesiculosus jellegűt öltött. A tüdők felett nincs eltérés, a szívűti spontán és tapintásra érzékeny. Az aorta és a bicuspidalis hangjai fedettek. A beteg dispoens.

A jobb csuklóizület duzzadt, érzékeny, úgyszintén a bal térd és könyök is; a czombban és a bal felkarban myalgias fájdalmak.

A vizelet első része zavaros, foszlányos, második része tiszta. Jobboldali epididymitis. A bakteriologiai vizsgálat, mely a bőrlaesiókból vett anyagnak mikroszkopi vizsgálatából, tengerimalacz conjunctivájára való oltásából és tenyésztőtalajakra való oltásából állott, negativ volt.

14.-én a betegnek folytonos émelygés és hányás közben a hőmérséke 40·2^o-ra emelkedett, új kiütések jelentkeztek a bőrön és a régiók közül több haemorrhagiás lett.

15.-én a beteg hőmérséke leszállott 37·5 C^o-ra, az exanthema gyorsan fejlődik vissza.

16.-án a beteg láztalan és csak apró bőrlaemorrhagiák jelzik a bőrlaesio egyikének-másikának helyét. A szívűti tünetek enyhülnek.

Jelenleg a beteg láztalan, arthritises fájdalmi azonban még vannak, miért is aspirint kap.

Tekintve azt, hogy a beteg azokat a gyógyszereket, melyekről talán lehetett volna gondolni, hogy ily állapotot előidéznék, már régebben szedte, továbbá, hogy gyomor- és béltünetek akkor nem állottak fenn, és hogy semmi gyanusat sem evett, kizárhatjuk a tekintetbe jöhető gyógyszer-toxicus és bélbeli autointoxicatiós exanthemat és joggal felvehetjük, hogy gyorsan lefolyó pyaemiás állapottal: gonococcaeamiával, illetőleg gonotoxinaemiával volt dolgunk.

Operált agydaganat, a készítmény bemutatásával.

Keller Kálmán: A 17 éves fiút a szt. István-kórház ideg-osztályára 1910 március 15.-én vették fel. Atyja előadása szerint 2 év óta feledékenyebb, 5 hó előtt pedig 3 ízben ismétlődött eszméletlenségi görcsrohamai voltak. Ugyanez idő óta nagy fejfájások kínozzák, melyek közben látóképessége erősen csökkent. Soványodik és gyengül.

Jelen állapot (március 17.-én): Igen lesoványodott, halvány, a bal sulcus nasolabialis elsimult, a bal alsó facialis-terület paresises, a szemmozgások oldalt igen korlátozottak, fel- és lefelé jobban végezhetők. A fej kopogtatása a jobb falcsonat tájékán rendkívül fájdalmas. A térdreflexek mindkét oldalt fokozottak, a jobb Achilles-reflex fokozott, clonusos, a bal csökkent. Babinski-tünet nincs. A bal kéz szorító ereje erősen csökkent. A beteg kábult, sokszor soporosus, igen nagy fájdalmáról panaszkodik. A pulsus 56.

Szemvizsgálat: Papillitis l. utr. A papillák inkább tágak, a jobb sem fényre, sem alkalmazkodásra nem reagál, a bal igen renyhén. Insufficiencia muscul. rector. intern. et extern. l. utr. A látásélesség a beteg soporosus állapota miatt nem volt vizsgálható.

A baloldali végtagok általában paresisesek, a nyelvmozgások kissé gyengültek, a nyelés valamivel nehezebb. A beszéd kissé dünyögő.

Hallásvizsgálat: Jobboldalt az óráketyegést 1-5 m.-ről, baloldalt 45 cm.-ről hallja. Rinne mindkétoldalt positiv.

Március 23.-án. A bal paresises felső végtag intendált mozgáskor ataxiát mutat. Feltűnő nystagmus nincs.

Az általános tünetek, továbbá a gócmegbetegedés tünetei a daganat helyének pontos megállapítását engedték meg.

A baloldali végtagok paresise, a hallásnak baloldali csökkenése egyesülve a jobb falcsonat tájékának körülírt helyen való rendkívüli fájdalmasságával, csaknem teljes biztossággal a jobb fali, illetőleg halántéklebeny daganatát jelezte, mit a Verebely végezte műtét teljesen igazolt.

Verebely Tibor: A klinikailag méltatott esethez néhány sebészeti és kórbonecolatani-reflexiót fűz. Ez esetben a neurológiai vizsgálat szerint az occipitoparietális kéregtől a nyúltagyig terjedő pályák valamely helyén ült a daganat, indokoltnak látszott tehát neurológiai szempontból a tarkón végzett behatolás (Cushing) s mégis az occipitoparietális tájat választotta a lékelésre, mert ide utalt sebészileg a koponya deformitása, a fájdalom körülírt localisatiója s a bőr angiomaszerű erezttségének is e pontra eső maximuma. A behatolásakor jó hasznát vette a Heidenhain-Hacker-féle percutan átöltéseknek, a melyekkel a bőrvérzés csaknem nullára volt csökkenthető; a csontvérzés sem volt aggályos. A feltárás közvetlen a daganatra vezetett, a mely intraduralis, de a kemény burkig érő daganatnak bizonyult. A kiirtást második ülésben kívánta végezni, hogy így az erősen felfokozott agynyomás hirtelen csökkenésével járó agy-shockot elkerülje. Ez a halasztás azonban végzetes lett a betegre. A daganat, melynek elvezető pályáit a bőrlébeny-készítés elzárta, egészében coagulatiós elhalásnak indult s ezen duzzadásával oly nyomástöbbletet rótt az agyra, a mit 60 órán túl nem bírt el. Minthogy a kísértő agy-vizenyő miatt a hirtelen újból kinyitást ellenjavaltnak tartotta, a beteg a fokozódó agynyomásnak áldozatul esett. A jövőben tehát minden oly esetben, a mikor az elvezető intracutan, illetve perosteális utak ilyen bőségesek és a daganat már az osteoplastikus lebeny kiemelésekor szembetűnik, a daganat egyszakaszos kivételét fogja végezni. Az útba-igazítást tehát az elvezető utak gazdag voltában látja, a mely körülménynek tekintetbe nem vétele, úgy tartja, oka a Krause könyvében is található ilyen késői halálnak, a melyet maga Krause érthetetlennek tart.

Sugár K. Márton: Az eset tanulságos és megerősíti a szót az azon nézetében, a melyet egy év előtt egy összefoglaló dolgozatában állított, hogy a nystagmusra való vizsgálat ilyen súlyos esetekben igen nehéz, sokszor lehetetlen.

A kísérletek, melyeket Högyes alapozott meg és utána Bárány fejtett ki, azt derítették ki, hogy forgószéken 10-szer megforgatva a beteget, nystagmus jelentkezik a forgással ellentétes irányban. Bárány szerint a fülbe öntött hideg vízre nystagmus támad az ellenkező irányban. De ezen kísérletek inkább physiologiai értékűek, kóros állapotokban nem vihetők keresztül, különösen súlyos állapotban levő betegeken nem. Ezért a főszólt a klinikai tünetekre kell helyezni, melyek hallás-zavarokhoz, agyidegek bénulásához vezetnek.

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(1910 március 12.-én tartott VIII. szakülés.)

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

I. Steiner Pál: Hegben fejlődött bőrhámrák a lábon és a lábszáron. 50 éves nőbeteg 31 év előtt a jobb láb hátra és lábszárra kiterjedő phlegmone miatt bemetszések történtek, a melyek 3 hó alatt gyógyultak meg. A phlegmone helyét a láb kisujji szélén és a külső boka alatt féltényérnyi vastag heg mutatta.

15 hó előtt vette észre, hogy a heg széle duzzadt, fájdalmas lett, a duzzanat reáterjedt az egész területre, kisebesedett, majd elhagyta a heg régi határait, s a lábszárra is reáterjedt. Azon terület, a melyen ezen fekélyesedési folyamat végigvonult, fehér felületű heggel gyógyult, kivéve az eredeti régi heg területét. Itt a külső boka körül gyermektényérnyi terjedelemben apró, lencse-füllérnyi, felhányt szélű fekélyek székelnek; ilyen fekélyek körül alakban vonulnak végig a külső bokától a belső bokáig a lábszár alsó harmadán át, mindenütt a frissebb fehér heges terület szélén.

Ezen esetben tehát hegben fejlődött hámrákkal van dolgunk. Köztudomású, hogy hegek, fekélyek, idült elváltozott bőr hajlamosak rákos burjánzásra és éppen a végtagok bőrének rákja ritkán jelentkezik addig ép bőrben. *Bruns* klinikáján 46 esetből 41 fejlődött kóros bőrön, főleg hegekben, fekélyekben. Ezen rákoknak, mint a mi esetünkben is, megvan a tendenciája a zsugorodásra és behámosodásra, de ez még nem azonos a gyógyulással, miként azt itt is látjuk, a hol nagyterjedelmű friss heg mellett a széli részekben a rák terjedése észlelhető. Jellegző a mi esetünkben, hogy a rák 30 évvel a hegek képződése után keletkezett. *Bruns* figyelmeztet arra, hogy rendszeren 20 év telik el, míg a heg rosszindulatúan burjánzik. Esetünkben a tájéki nyirokmirigyek nem duzzadtak; a műtét a heges terület és a rákos fekélyek excisiójában, a tájéki mirigyek kiirtásában fog állani. A próbakimetszés szövettani vizsgálata elszarvuló laphámrákot mutatott.

II. Göth Lajos bemutatása: **Hermaphroditismus esete újszülöttn.** Egy 20 éves, először szült nőnek 5 napos újszülöttét mutatja be. Az újszülött egyébként elég rendszeren fejlett, hossza 49 cm., súlya 2700 gm.

A nemi szervek vizsgálatakor feltűnik, hogy egy egészen penisszerű képlet emelkedik ki, melynek glansát a praeputiumszerű bőrréteg nem fedi teljesen, azonban előre húzva egészen beborítja. Alsó felületén egy körülbelül 2—3 mm. széles barázda halad végig, éles szélekkel, majdnem egy felhasított csatornára emlékeztetve. A csatorna tövében kis nyílás látható, melyből vizelet ürül, e mögött hymenszerű körkörös redővel körülvevő szondafejnyi nyílás van, mely körülbelül 7 mm. mély vak tasakba vezet.

Ezen lelet alapján kétségtelenül hypospadiasis esetével állunk szemben, azonban eldöntendő volna az, hogy vajjon tisztán hypospadiasisról van-e szó, vagy még más fejlődési rendellenesség is állapítható meg, másfelől már abból az egyszerű okból is, hogy az anyakönyvi hivatal ilyen értelemben értesítendő, eldöntendő az, hogy férfi vagy női hypospadiasis van-e jelen. Ezután előadó felsorolja azon okokat, melyek alapján az újszülöttet fiúnak jelentették be.

Hozzászól: *Kenyeres Balázs, Szabó Dénes.*

III. Genersich Gusztáv előadása: **A kanyaróról járványtani szempontból.**

(1910. március 19.-én tartott IX. szakülés.)

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

I. Purjesz Béla a paratyphus A fertőzés egy esetéről számol be, melyet a beteg vérsavójának és a székből, vizeletből kitenyészített bacillusokkal fertőzött nyulak vérsavójának biológiai tulajdonságai, valamint a kitenyészített bacillusok tenyésztési viselkedésével bizonyít.

Konrádi Dániel: A paratyphus A és B elnevezés tudvalevőleg azon alapszik, hogy az A typus közelebb áll a valódi typhushoz, mint a B typus. Hogy csakugyan így van, arra legújabbán a *Centralblatt für Bakteriologie* február 9-i számában *Kühnemann* morphologiai bizonyítékot hoz fel. Szerinte a paratyphus A csillói számra, nagyságra igen közel állanak a valódi typhuséihoz, ellenben a paratyphus B csillói számosabbak, hosszabbak, hullámos lefutásúak és a szomszédaikkal való összekapaszkodás által valószínű hálózatot alkotnak, a melybe az egyes bacillusok mintegy be vannak ékelve. Ezt látva a

közleményhez mellékelt fényképekből, hozzászóló kért az előadótól a szóban forgó bacillus tenyésztéséből, hogy a hallgatóságnak demonstrálhassa a csillófestés alkalmával *Kühnemann* állítását. A *Löffler*-féle módszer szerint festett készítményen azonban az tűnt ki, hogy a szóban forgó bacillus csillói száma, hosszúsága és a hálózat alkotása szempontjából inkább a paratyphus B-nek felelnek meg. Szükségesnek tartja ennek a kérdésnek a további tüzetes vizsgálatát, mert fontos dolog volna, ha csakugyan sikerülne morfológiai különbségeket is ismerni a biológiai és serológiai módszerek mellett a különböző paratyphus-törzsek elkülönítésére.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK

3377/1910. sz.

Hunyad vármegye alispánjának folyó évi 13.348. szám alatt kelt rendelete alapján a hátszegi járásban levő és 32 községből álló **hátszegi körorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

A körorvos évi fizetése 1600 korona és négyszer ismétlődő 200—200 korona ötdéves korpótlék; 600 korona úti átalány; megállapítandó lakbér és a szervezési szabályrendeletekben megállapított látogatási díjak.

A körorvos tartozik közsegit évnegyedenként egyszer bentazni, úgy lakásán, mint hivatalos körútja alkalmával a szegényeket ingyen tartozik gyógykezelti.

Megjegyzem, hogy ezen körorvosi kör az új beosztással megszűnik és az új körorvosi székhelyek Órboldogfalva, Kernyesd és Domsus községekben lesznek; ennél fogva a megválasztandó körorvos ebből kifolyólag semminemű korpótlásra igényt nem tarthat.

Felhívom pályázók, hogy az 1908. évi XXXVIII. t. cz. 7. §-ában előírt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket **folyó évi október hó 5.-éig** bezárólag hozzám annyi is inkább adják be, mivel a később beérkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

A választás napjának kitűzése iránt később fogok intézkedni.

Hátszeg, 1910. évi szeptember hó 7.-én.

2—1

Fekete Károly, főszolgabíró.

3505/1910. sz.

Döbrököz községben lemondás folytán megüresedett **községi orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetnek s felhívom a pályázni óhajtokat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t. cz. 7. §-ában előírt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket **1910. évi szeptember hó 25.-éig** annál is inkább nyújtják be, mert a határidő után beérkező pályázatot figyelembe venni nem fogom.

A községi orvos javadalmazása az 1908. évi XXXVIII. t. cz. 10. §-ában megállapított 1600 korona kezdő fizetés.

A lakás és látogatási díj kérdése jogerős határozattal rendezve még nincs.

A község 700 korona lakásbér fizetésére vagy megfelelő természetbeni lakás szolgáltatására lett kötelezve. A véghatározat azonban még nem jogerős.

A választás határidőjét később fogom megállapítani és közölni.

Dombóvár, 1910. évi szeptember hó 1.-én.

2—2

Nagy, főszolgabíró.

2566/1910. sz.

Bihar vármegye cséffai járásához tartozó Ugra, Harsány, Rojt községekből s hozzájuk csatolt 4 nagyobb uradalomból álló ugrai egészségügyi körben járvány-szerűleg fellépett vörheny betegség miatt alispán 11.521/1910. sz. rendelete folytán egy **járványorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

A járványorvos javadalmazása a megyei járványalap terhére napi 10 korona lesz s tekintettel arra, hogy a körorvosi állás jelenleg üresedésben van, az előírt látogatási és vényírási díjak felvételére jogosult s legalább 6 heti időtartamra való alkalmazása biztosítva s esetleg körorvossá is megválasztva lesz.

Felhívom a pályázni óhajtokat, hogy kellően felszerelt kérvényüket hozzám sürgősen, lehetőleg a hirdetés tudomásulvétele után azonnal terjesszék be.

Cséffa, 1910. évi szeptember hó 13.-án.

A főszolgabíró.

Békés vármegye közoktatótanácsának elmebeteg-osztályán és belgyógyászati osztályán 1—1 **segédorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetnek.

Javadalmazás az elmebeteg-osztályon évi 1600 korona, a belgyógyászati osztályon évi 1200 korona készpénzfizetés és mindenik állásnál I. oszt. teljes ellátás, lakás, fűtés, világítás.

Folyamodókat felhívom, hogy eddigi működésükről szóló okmányokkal felszerelt kérvényeiket Békés vármegye főispánjához címezve, hozzám **1. évi szeptember hó 29.-éig** küldjék be.

Gyula, 1910. évi szeptember hó 14.-én.

2—1

Békés vármegye közoktatótanácsának igazgatósága.

3416/1910. sz.

A lemondás folytán megüresedett szakcsi **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetnek s felhívom a pályázni óhajtokat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t. cz. 7. §-ában előírt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **1910. évi szeptember hó 25.-éig** annál is inkább nyújtják be, mert a határidő után beérkező pályázatot figyelembe venni nem fogom.

A körorvos javadalmazása az 1908. évi XXXVIII. t. cz. 10. §-ában megállapított 1600 korona kezdő fizetés.

A lakás- és látogatási díj kérdése jogerős határozattal rendezve még nincs.

A község 700 korona lakásbér fizetésére vagy megfelelő természetbeni lakás szolgáltatására lett kötelezve. A véghatározat azonban még nem jogerős.

A körhöz Szakcs székhelyen kívül ez idő szerint Kocsola, Koppányzántó, Nak, Lápafő és Váron községek tartoznak összesen 9479 lakossal.

A választás határidőjét később fogom megállapítani és közölni.

Dombóvár, 1910. évi szeptember hó 1.-én.

2—2

Nagy, főszolgabíró.

A Pozsonyi M. Kir. Bábaképezdében az 1000 korona évi jutalomdíjjal, lakás, fűtés, világítás és élelmiszerrel javadalmazott **gyakornoki állás** betöltendő. Kötelező egyévi kórházi gyakorlatukkal elkészült orvosok pályázatukat minél előbb küldjék be a bábaképezde igazgatóságához.

A tót nyelvi ismerete szükséges.

Pozsony, 1910. évi augusztus hó 31.-én.

Velits Dezső dr., igazgató-tanár.

3571/1910. sz.

Máramaros vármegyében Barcánfalva székhellyel újonnan rendszeresített orvosi körre pályázatot hirdetnek. Ezen kör 6 községből áll (Barcánfalva, Mikolapatak, Nánfalva, Váncsalva, Farkasrév és Disznópatak).

A körorvosnak évi fizetése 1600 korona, valamint a részére megállapítandó fuvar- és lakbérátalány. A látogatási és rendelési díjak szabályrendeletileg fognak megállapíttatni.

A választás napját f. évi október hó 10.-én d. e. 9 órára Barcánfalvára tűzőm ki. A pályázni óhajtok felhívom, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket hivatalomhoz **f. évi október hó 8.-áig** annál is inkább nyújtják be, mert a később érkezők figyelembe nem vétetnek.

Aknasugát, 1910. évi szeptember hó 9.-én.

Mihály, főszolgabíró.

Az Egereséhi Köszénbánya Részvénytársaság pályázatot hirdet a bányaműveinél fennálló társaspénztár **orvosi állásának** betöltésére.

Az Egereséhi Köszénbánya Részvénytársaság bányatelepei Hevesmegyében vannak, vasútösszeköttetés Egerből.

A társaspénztári orvos javadalmazásai: 3000 (háromezer) korona évi kezdő törzsfizetés, természetbeni megfelelő lakás, fűtés és világítás.

A társaspénztári orvos az Egereséhi Köszénbánya Részvénytársaság tisztviselői nyugdíjintézetébe beléphet.

Magánykorlat megengedtetik.

A bányatelepek közelében levő községek részére a külön körorvosi állás szervezés alatt áll és ezen állás betöltése egy éven belül meg fog történni.

A társaspénztári orvos ezen állásra pályázhat és az állás elnyeréséhez a bányavállalat és a társaspénztár kellő erkölcsi támogatásban fogja részesíteni.

A pályázatok kellően felszerelve legkésőbb **f. é. szeptember hó 30.-áig** Mátyás Lajos bányai igazgatónak Egereséhi (Heves m.) küldendők be.

2—1

3571/1910. kig. sz.

Máramaros vármegyében járásom területén levő aknasugátai egészségügyi körre Aknasugát székhellyel, mely következő 14 községből áll: Aknasugát, Hotinka, Hernics, Desze, Krácsfalva, Falusugát, Máriagyulafalva, Bárdfalva, Fejérfalva, Samosfalva, Felsőkálinafalva, Szerfalva, Büdfalva és Bréb) ezennel pályázatot hirdetnek.

A körorvosnak fizetése 1600 korona és a vármegye által legközelebb megállapítandó fuvar- és lakbérátalány. A látogatási díjak szabályrendeletileg fognak megállapíttatni.

A választás napját Aknasugátan f. évi október hó 10.-én d. u. 2 órára tűzőm ki. A szabályszerűen felszerelt kérvényeket hozzám **f. év október hó 8.-áig** annál is inkább nyújtandók be, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

Aknasugát, 1910. évi szeptember hó 7.-én.

Mihály, főszolgabíró.

HIRDETESEK

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

Vesebajoknál, húgyhólyag - bántalmaknál és köszvénynél, cukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitűnő sikerrel használtatik.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina)

fellépő vesebántalmaknál.

E forrás kiváló tulajdonságai:

Húgyhajtó hatása.

Kellemes izü.

Teljesen tiszta.

Könnyen emészthető.

Vasmentes.

Állandó összetételű.

Különösen oly egyéneknek ajánlatos, a kik ülő életmódjuk folytán aranyeres bántalmakban, hasi vérbőségben, máj- és veseizgalomban vagy hűgysavas lerakódásokban, vesehomok és vesekövek képződésében szenvednek.

Orvosi szakvélemények, gyógyeredményekről szóló bizonylatok és egyéb forrásleírások ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.



SCHULTES ÁGOST Szinye-Lipóczy Salvatorforrás Vállalat,

BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

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. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Scipiadés Elemér szerkesztésében.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Steiner Pál: Közlés a kolozsvári Ferencz József tud.-egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Makara Lajos dr., egy. ny. r. tanár.) Adatok a Freyer-féle prostatektomia kérdéséhez. 687. lap.

Polyák Lajos: Közlés a székesfevárosi Szt. János-kórházból. Az orrüregebeli sebészet alapelveiről. 691. lap.

Csiky József: Közlés a kir. magy. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr. egyet. ny. r. tanár, udvari tanácsos.) A myasthenia gravis pseudoparalyticáról és a vele kapcsolatosan kimutatható izomelváltozásokról. 698. lap.

Hammer Dezső: A fertőtlenítésről. 695. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. F. Legueu: Traité chirurgical d'urologie. —

Lapszemle. Belorvostan. Jacob: A typhus abdominalis kezelése pyramidonnal. — *Idegkórtan. Lippmann:* A syphilis szerepe az idiotaság előidézésében. — *Elmekórtan. Lévy-Valenti:* A spilitismus és elmebetegség viszonyáról. — *Moerchen:* Morphinum és isopral abusus következtében jelentkező epileptoid és delirans állapotokról. — *Gyermekorvostan. E. Kartje:* Akrosphyxia a gyermekkorban. — *Mathilde de Biehler:* A számrhurut kezelése fluoroformmal. — *Bőr-kórtan. E. Björting:* A prostataszemcsék összetétele. — *Fülörvostan. Jörgen Möller:* A hallásvizsgálat egységes jelzéséről. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Hajós Lajos:* Neurolin. — *Most:* Cycloform. — *Franze:* Angina pectoris kezelése. 697—700. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 700. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 700. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 701—702. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a kolozsvári Ferencz József tud.-egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Makara Lajos dr., egy. ny. r. tanár.)

Adatok a Freyer-féle prostatektomia kérdéséhez.¹

Irta: *Steiner Pál* dr., klinikai I. tanársegéd.

Mióta a prostatatúltengés gyógykezelése activer irányt vett, jelesen Freyer-nek 1900 december 1.-én végzett első transvesicális prostatektomiája óta, úgy a sebészek, mint a kórbonezolók behatóbb tanulmány tárgyává tették ezen az öregkorban oly gyakori, kínzó gyötrődéssel járó betegséget. E bántalmat már a régiek is ismerték, már Hippokrates említést tesz róla és gyógyíthatatlannak nevezi a bajt és Epikur 72 éves korában ischuriájától kinezta, a halál napját legszebb napjának írja le. Még alig 20 éve, hogy Guyon, az urológusok mestere, azt vallja, hogy a prostatatúltengésnek radikális gyógykezelése nincs és nem is létezhetik: „le traitement radical de l'hypertrophie de la prostate n'existe pas et ne saurait exister”. Azóta haladt a tudomány és Guyon-nak megadatott, hogy önmaga meggyőződhetett jóslásának alaptalan voltáról: egész sorozatát láthatta az Albarran által megoperált prostatásoknak, kik activ sebészi beavatkozásnak köszönhetik egészségük helyreállítását.

Alapos bonezolástani és kórbonezolástani tanulmányok tették lehetővé a prostatatúltengés sebészi gyógykezelését. Hogy ezen műtéti módszert kellően megismertethessük, szükséges a prostatának anatómiáját ép és kóros viszonyok között előzetesen a kellő megvilágításba helyezni.

I. Anatomia.

A prostata leíró bonezolástana: A prostata a cavum pelvis propriumban, tehát a diaphragma pelvis felett foglal helyet. Winslow

kezdemenyezésére gesztenyéhez hasonlítják, melynek van egy felfelé, a hólyagfundus felé tekintő *basisa* és egy le- és előfelé, az angulus pubis felé tekintő *apex*. A gesztenyealaknak megfelelően van egy elülső és hátulsó és két oldalsó felszine.

A hátulsó felszín gyengén kivájt az ampulla rectinek megfelelően, rajta gyakran egy lapos sekély középső barázda van, a mely fent a sekély *incisura prostatae*ben végződik s így a hátulsó felszínen két oldallebeny (*lobus dexter et sinister*) különböztethető meg. A hátulsó felszín, ha a periprostatis tokot és a ductus ejaculatoriit eltávolítjuk, kártyaszívhez hasonlít.

Az elülső felszín közvetlenül a symphysis mögött van és attól a Santorini-féle plexus venosus választja el, a mely viszont a plexus vesicoprostaticussal áll összeköttetésben.

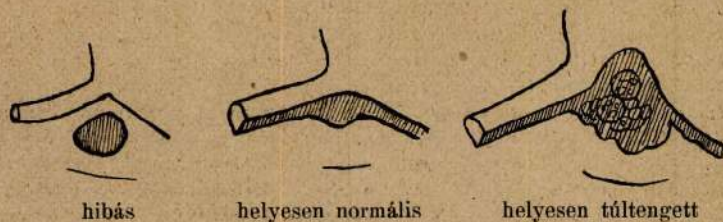
A prostata helyzete: Lent a prostata a musculus trigoni urogenitalison ül, illetve az ezt borító pólyán. Itt, a hol a húgycső halad, az apex beér a musculus trigoniba és ennek rostjai mint *sphincter vesicae externus Henle* a prostata elülső színére folytatódnak; itt tehát erős összefüggés van a prostata és a medencealap között. Fent a prostata basisa a fundus vesicaehez és a hólyagnyakhöz fekszik, a hólyagnyak a prostatának elülső két harmadát elfoglalja, míg a hátulsó harmad az ondóhólyagok és az ampullae duct. defer. alapjául szolgál. Oldalt közvetlenül a mirigyen foglal helyet a plexus venosus vesicoprostaticus, mely főleg fent kitölti a prostata és a hólyag közti vájulatot. Elül foglal helyet a plexus pudendalis, a melyet a prostatától és a hólyagtól a szeméremcsen hoz vonuló lig. és musc. pubovesicalia, mely puboprostatica borítanak. Hátul a prostatát a pars pelvina recti alsó részletétől a membrana vesicorectalis, mely a lamina visceralis fasciae pelvis erősebb részlete, és laza kötőszövet választja el.

A prostata rögzítése: Lefelé a prostatát a lig. triangulare urethrae-nek a húgycsőre folytatódó rostjai rögzítik. Előfelé a lamina visceralis fasciae pelvis áthajlása és a lig. puboprostatica rögzítik a symphysishez. Hátrafelé a septum rectovesicale tartja helyben.

A prostata tokja: Abban a kérdésben, hogy van-e a prostatának saját tokja, eltérőek a nézetek. Mig Freyer, Israel capsula propria létezését elismerik, addig Albarran, Rothschild ezt tagadják.

¹ Kivonatban előadatott a „Magyar Sebészettársaság” III. congressusának 1910. május 29.-én tartott V. ülésében.

Denonvilliers, a ki a prostata tokját elsőnek írta le, úgy adja elő, hogy a prostatát egy zsigeri fascia tokszerűen veszi körül, a mely a prostatával szorosan összefügg és csak az elülső felszint, az apexet és a basist hagyja szabadon. Ezen fascia borítja még a plexus pudendalis felső színét, a plexus vesicoprostaticit, az ondóhólyagokat és a ductus deferentes ampulláját is. Ezen tok oldalt és hátul elemelkedik a parietális medenczepólyától és a hólyagnak subperitoneális kötőszövetében vész el. Hátul a prostata és a végbél között legerősebb ezen tok és mint fascia rectovesicalis az excavatio rectovesicalis alapján a hashártyával függ egybe. Freyer ezen fibromusculáris toknak nagy jelentőséget tulajdonít és mint capsula propriát írja le, melytől peripherikusan egy második tok foglal helyet, melyet főleg a fascia rectovesicalis alkot, a melyben a venosus plexus halad. Ezzel szemben Albarran és Rothschild szerint csak kóros viszonyok közt van a prostatának fibromusculáris tokja, míg normális viszonyok közt a hólyagfalnak és az urethra prostaticának submucosus szövete közvetlenül a prostatába folytatódik és a prostata stromája nem egyéb, mint ezen rétegeknek



1. ábra. Rothschild szerint.



2. ábra. 1. Aponeurosis lateralis (erek). 2. Capsula anatomica. 3. A prostata mirigyes állománya. 4. A prostata kóros túltengése. 5. Aponeurosis prostatico-peritonealis.

megvastagodása ezen helyen, miért is ép viszonyok közt nincs a prostata és ezen submucosus szövetek közt még egy különálló capsula propria. Ezen viszonyokat, a mint azt Rothschild leírja, az 1. sz. ábra jól érzékíti. Én részemről bizonyos esetekre hajlandó vagyok elfogadni, hogy a fascia rectovesicalis alatt nem találunk teljesen kifejezett capsula propriát, hanem itt a submucosus szövet alkotja stroma képez egy réteget, a melyen belül foglalnak helyet a túltengett göbök; mondhatom, hogy ez az esetek nagy részében így is van. Azonban az esetek egy részében van a prostatának saját tokja, a mely tok és a fascia rectovesicalis alkotta aponeurosis közt történik a transvesicális prostatektomiánál a kiválasztás, tehát a 2. ábrán az 1. és 2. közti rétegben. Ezen állásponthoz a műtétnél nyert lelet, valamint boncolási leletek igazolják. Azokban az esetekben, a melyekben a prostatát, mint egy narancsot a héjából kiválaszthattam (I. II. tábla 1—3., 7—9. ábra), a melyben a túltengett prostata a pars prostatica urethraet gyűrűszerűen fogja körül, a melyben a prostatának praeprethralis része is részt vesz a túltengésben, a kiválasztás

közvetlenül a fascia rectovesicalis alkotta aponeurosis alatt történik, elül és fent közvetlenül a nyálkahártya alatt. Ezt tapasztaltam a műtétnél és ennek megerősítését találtam ily módon operált esetem boncolásánál is, a hol a prostatanidus alapját csak a plexus venosus magában foglaló aponeurosis alkotta. Ellenben azokban az esetekben, a melyekben a prostatának nem egyenletes, hanem csomós túltengése volt jelen, műtétnél a választórétet a 2. ábra szerint 3. és 4. közt van, tehát egy vastagabb stromaréteg és a csomósan túltengett prostataszövet közt, miért is ez esetekben nem volt elégséges a nyálkahártya átmetszése, hanem még a stromán is át kellett hatolni. Hogy ezen a műtétnél tett megfigyelés helyes volt, mutatta ilyen esetnek műtét utáni boncolása, a hol vastós stroma, mint egy periprostatikus rostos réteg volt feltalálható a fascia rectovesicalis alkotta rétegen belül. Ilyen esetben tehát voltaképpen nemcsak két réteg szerepel, t. i. a fascia rectovesicalis és a capsula propria alkotta rétegek, hanem még egy harmadik: a prostata stromájának fibrosus réteggé való alakulása, a mely benső összefüggésben van a prostata mirigyes elemei közt haladó rostos és musculáris elemekkel; e réteget mint egy mirigyszegény rostos burkot foghatjuk fel, a melyben a mirigyelemek gyéren vannak képviselve. Úgy vélem, hogy azok az esetek, a melyeket más szerzők észleltek és mint műtét utáni recidivát írtak le, ezen csoportba tartoznak, a midőn is mirigyelemek, bár gyéren is, de visszamaradnak és túltengésbe mehetnek át. Azokban az esetekben, a melyekben az enucleatio a szó szoros értelmében Freyer szerint történik, a recidiva esélye minimális, mert mirigyelemek nem maradnak vissza.

Ezen nézetemet a Magyar Sebész Társaság III. congressusán 1910 május 29.-én kifejezésre juttattam és ez az eredeti jegyzőkönyvet közlő munkálatokban olvasható is. Ezért hangsúlyozom ezt, mert az 1910 július havában megjelent Oppenheimer „Urologische Operationslehre“ hasonló álláspontot foglal el ezen kérdésben. Oppenheimer szerint általános szabályt arra nézve nem lehet felállítani, hogy mely rétegben történik a prostata eltávolítása. Azokban az esetekben, a melyekben a túltengés körülírt, a hypertrophiás prostatarészek alatt rendszeren még túl nem tengett, összenyomott prostataszövet foglal helyet, ezen két réteg egymástól jól különválasztható és a kiválasztás ilyen esetekben a prostatán belül a két réteg közt megy végbe. Ezzel szemben a másik alaknál a túltengés diffúz jellegű, a prostata in toto túltengett, ilyenkor a kiválasztás a prostatán belül keresztül nem vihető, hanem a prostatát egészében kell eltávolítani. Ezekből látjuk, hogy az idézett Oppenheimer-féle nézet teljesen megegyezik az én tapasztalatommal és állásponthozom.

A pars prostatica urethrae: A húgyeső a prostatabisisnak körülbelül közepén lép be a prostatába és a prostatát az apex előtt hagyja el. A húgyeső a prostatában előfelé concav ívet ír le és a felső részben közelebb halad a mellő felszínhez, az alsó részben közelebb a hátsó felszínhez. Ezen viszonyt jól láthatjuk a keresztmetszeteken, a melyeket a prostata különböző részleteiben ejtünk; közismertek a Henle-féle rajzok, melyek a húgyeső helyzetét a különböző helyeken típusosan szemléltetik. A húgyeső előtt az elülső részben rendszeren kevés a mirigyelem, a sima izom, elem praevaleál, a mely körkörösén főleg a hólyaghoz közel van erősebben képviselve és a Henle-féle sphincter vesicae internus-t alkotja. (3., 4., 5. ábra.)

A ductus ejaculatorii: Ezek a pars ampullarisból folytatódó ductus deferentes és az ondóhólyagból jövő ductus excretorii-ból tevődnek össze; a prostata basisának és hátulsó felszínének határán haladnak be a prostatába, medianfelé convergnak és a colliculus seminalison a pars prostatica urethrae-be ömölnek.

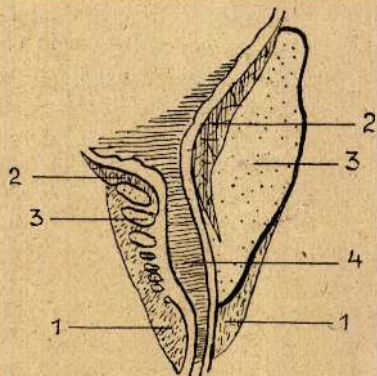
A vesicula prostatica, a Müller-féle csatorna distális végdarabja, saját izom- és nyálkahártyafallal ellátott zsákocskaszerű, mely a húgyeső mögött a basis prostatae-ig húzódik és a két ductus ejaculatorius közt fekszik. E zsákocskaszerű finom résalakú, 2—5 mm. hosszú szájadékkal a colliculus seminalison a középvonalon nyílik. Két oldalán nyílik kis gömbölyded résszel a ductus ejaculatoriusok beszájadása.

A colliculus seminalis a pars prostatica urethrae körülbelül közepén a hátulsó fal felől a lumenbe emelkedik, körülbelül 3 mm. magas, hosszúkás kiemelkedés alakjában. Ez úgy elül, mint hátul a crista urethrae folytatódik, a mely proximálisan az urethra

vesicaeben, distálisan a pars membranacea urethraeben végződik, utóbbiban gyakran villaszerűen mint *frenula cristae urethralis*.

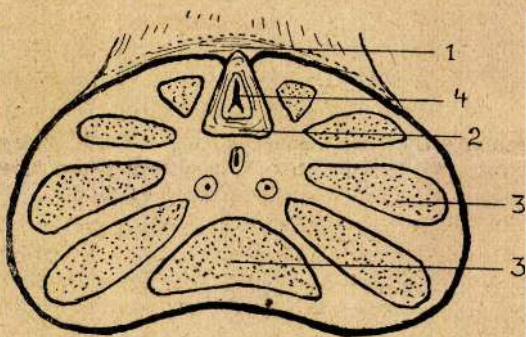
A *ductus prostatici* a vesicula-prostatica mögött és oldalt a colliculuson mint nagyobb kivezető rések, a vesicula előtt mint kisebb rések nyílnak, Sappey szerint 40—45 ilyen nyílás található, feladatuk a liquor prostataeinek továbbítása.

A *lobus medius* (Henle) vagy *lobus pathologicus* (Velpeau) vagy *third lobe* (Home) megértésére ismételnem kell, hogy a prostata hátulsó felszínén egy sekély barázda található, a mely fent az incisura prostataeben végződik. Ezen incisura előfelé a hólyag felé a basis prostataen harántul haladó vajúlattá lesz, a mely nem éri el



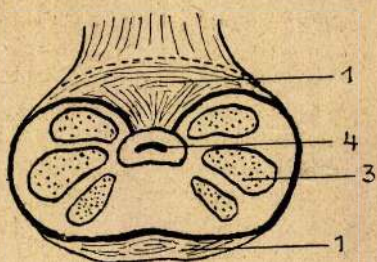
Hosszmetszet.

3. ábra. 1. Sphincter externus. 2. Sphincter internus. 3. Mirigyszövet. 4. Pars prostatica urethrae.



Harántmetszet (proximálisan).

4. ábra. 1. Sphincter externus. 2. Sphincter internus. 3. Mirigyszövet. 4. Urethra.



Harántmetszet (distálisan).

5. ábra. 1. Sphincter externus. 3. Mirigyszövet. 4. Urethra.

a prostata oldalsó színét, hanem előre kanyarodik és a basison két részre osztja a prostatát. Az elülső rész nagyobb, a hátulsó rendszeren kicsiny, de néha a trigonum vesicae hátulsó falán erősebben bedomborodik és ekkor szólunk harmadik középső lebenyről. Ezen középső lebenyt főleg kóros viszonyok közt találjuk meg és a ductus ejaculatoriusok előtt és között a trigonum vesicaeben leljük meg. Cruveilhier, Mercier, Thompson tagadja, hogy e lebeny normális viszonyok közt jelen volna és legfeljebb mint commissura posteriori ismerik el.

A prostata méretei. Súlyja 20—25 gm. Hossza 28—30 mm. Szélessége 40—45 mm. Vastagsága 20—25 mm. A prostata távolsága a symphysistól 8—12 mm., az apex távolsága a vég-

bélnyílástól 30—40 mm. A prostata hossz tengelyének a verticális sikkal képezett szöge 20—25°. A prostata hátulsó színe és a horizontális sík közti szöglet 40—45°.

A prostata szerkezete: A prostata mirigyelemekből és sima izomelemekből, kötőszövetből és rugalmas rostokból áll, ezeknek egymáshoz való viszonya nagyon különböző és nemcsak a kortól függ. A mirigyelem a prostatának főleg hátulsó és oldalsó részében foglal helyet, Thompson a húgyeső előtti részben mirigyelemeket nem talált, míg Luschka, Socin a praeurethrális részben is találtak mirigyelemeket, sőt már a foetális életben kimutathattak mirigyesöveket. Én is több esetben végzett vizsgálataimban találtam a praeurethrális részben mirigyelemeket és még inkább áll ez a hypertrophia egyes alakjaira, melyekben a praeurethrális mirigyrészlet is túltengett s a húgyesövet gyűrűszerűen zárja körül. A sima izomelemek, a melyek közt vékony kötőszöveti és rugalmas rostok foglalnak helyet, főleg a húgyeső és az orificium internum körül csoportosulnak. Közvetlenül a húgyeső alatt hosszirányú izomrostok találhatók, a melyek a trigonum vesicae hasonló rostjaival állanak összeköttetésben és a pars membranacea felé vékony rostokban végződnek. Ezen belső rétegtől kifelé az izomelemek körkörösén helyeződnek el; e rostok főleg a hólyag táján vannak erősebben kifejlődve, a colliculus seminalis alatt már nem találhatók. Ezen izomrészlet az említett *sphincter vesicae internus*. Henle, a hólyagnak tulajdonképpen záróizma. Ezen kettős izomrétegen túl foglalnak helyet a tulajdonképpen mirigyelemek, de nemcsak itt találunk mirigyelemeket, hanem a fenti izomrétegekben is. Viszont a mirigyelemek közt is találunk izomelemeket, a melyeket Kölliker mint izomalapállományt ír le, a mely a rostos kötőszövettel és a rugalmas rostokkal a mirigyelemeket átszövi. Miként említettük, a sima izomelemek a colliculus seminalis alatt már alig vannak jelen, itt kezdődnek a transversális harántesikolt izomrostok, a melyek az apex felé mindjobban kifejlődnek s a húgyeső előtt foglalnak helyet, sőt a prostata csúcsán már a hátulsó felszínén is megtalálhatók és a *sphincter vesicae externus* Henle-t alkotják, a mely rostok a musculus trigoni urogenitalissal szövődnek egybe. Meg kell még említenünk, hogy a musc. transversus perinei profundusból jövő harántesikolt izomrostok a hártás húgyesőrészt körül fogják, ezeket Wilson és Guthrie külön izomnak írta le; ez az izom általánosságban mint *compressor urethrae*, sphincter urethrae membranaceae szerepel.

A kötőszövet fiatal korban sejtűs, finom; főleg a húgyeső körül, a lebenyek közt és az egyes mirigyelemek közt foglal helyet. Rendszeren kevés a kötőszövet, míg kastráltaknál nagy mennyiségben van jelen.

A rugalmas rostok, a melyeket Albarran és Walker ismertett először, főleg a húgyeső körül foglalnak helyet, különösen a colliculus seminalison, a ductus ejaculatorii körül. A rugalmas rostok egy része a mirigyelemek közt van s a prostata felszínére is folytatódik.

II. A prostatatúltengés kórbonczolástana sebési szempontból.

A prostatatúltengésnek, a mely a szervnek 300 gm.-ig, sőt ezen felüli megnagyobbodáshoz vezethet, kórbonczolástani szempontból négy alakját különböztethetjük meg.

1. Általános egyenletes hyperplasia. Ezen alaknál a prostata minden irányban megnagyobbodott s idomát nagyrészt megtartotta. Minthogy előfelé a symphysis, lefelé a diaphragma urogenitale a megnagyobbodásnak gátat von, a túltengés főleg fel- és hátrafelé, a hólyag felé érvényesül s az orificium internum körül mint egy portio vaginalis (Socin) jelenik meg. A túltengésnek ezen alakja rendszeren nem nagyfokú és klinikailag rendszeren kevés tünetet okoz.

2. Részleges egyenlőtlen hyperplasia. Ezen alaknál a prostata egyes részletei a túltengésben különböző fokban vesznek részt, rendszeren az oldallebenyek is meg vannak nagyobbodva, de az egyenlőtlenséget főleg a lobus medius túltengésének praevaleálása okozza. Ezen középlebeny túltengésének foka szerint a prostata alakja különböző lesz. Ha az oldallebenyek is meg vannak nagyobbodva, a középlebeny, mint ezeknek egy megnagyobbodott részlete, nem emelkedik be feltűnően harántul a hólyagba. Gyakoribb, hogy a középlebeny megnagyobbodása jelentékenyebb, mint az oldallebenyeké; ilyenkor akár kocsányos daganatként emel-

kedhetik be a hólyagűrbe és mint egy ék foglal az oldallebenyek közt helyet. Ezt az alakot gyakran találjuk és ez klinikailag súlyos tüneteket szokott okozni. Lehetséges, hogy az oldallebenyek is egyenlőtlenül tengenek túl; ezt is elég gyakran észleljük s ilyenkor a húgyeső felé az egyik lebeny bedomborodásának megfelelően a másik lebenyen vájulatot találunk. (L. II. tábla, 1., 2., 4., 5. szám.)¹

3. *Bilateralis hyperplasia*. Ezen alaknál csak az oldallebenyek vannak megnagyobbodva és mindkét commissura normális marad. Ez ritkábban található.

4. *Az elülső commissura hyperplasiája*. Ezen alak a legritkább, a mennyiben a prostata ezen részében legkevesebb a mirigyelem.

A túltengés különböző alakjainak gyakorisága. Általában felveszik, hogy a középlebeny különösen hajlamos a túltengésre s mintha a részleges egyenlőtlen túltengés volna a leggyakoribb túltengési alak. Ezt már a kórboncolási leletek sem igazolják, a mennyiben Thompson 123 eset közül 76-ban egyenletes megnagyobbodást talált; én is a műtéteknél csak négy esetben találtam, hogy az oldallebenyek nem voltak megnagyobbodva, ellenben 37 esetben mindhárom lebeny egyenletes túltengését észlelhettem. Ezen műtéti lelettel egybevág a nem operált eseteimen tett észlelés is, a mennyiben a kolozsvári és a budapesti I. sz. sebészeti klinikán végzett vizsgálatomban és kystoskopos észlelésemben 50 közül csak 5 esetben találtam kizárólag a középlebeny megnagyobbodását. Socin is az esetek 71 százalékában általános egyenletes megnagyobbodást talált kórboncolástani megfigyeléseiben.

A pars prostatica urethrae megváltozása. A prostata túltengése következtében megváltozik a pars prostatica urethrae hossza, tágsága, iránya.

1. *A pars prostatica urethrae hossza* megnövekedik, a rendesen 3 cm. hosszú húgyesőrész 6–8 cm. hosszú lehet s azt tapasztaljuk, hogy a rendes hosszúságú katheter, még inkább a cystoskop nem elég hosszú arra, hogy a hólyagűrbe bejussunk. Ezen meghosszabbodást a prostatának főleg a verticális síkban való megnagyobbodása hozza magával, miáltal az orificium internum magasabbra kerül.

2. *A pars prostatica urethrae lumene* antero-posterior irányban nagyobbodik meg, Albarran egy esetben 8 cm.-re tágult húgyesövet talált, én magam is több ízben észleltem 5 cm. kaliberű húgyesövet, midőn műtétkor a húgyeső a kisujjam hegyét könnyen befogadta. A pars prostatica ezen kitágulása rendesen tölcészerű, és megessik, hogy mint egy kicsiny második hólyag szerepel, a melyben 20–50 gm. vizelet pang, s melyben a katheter orrmányát szabadon körben mozgathatjuk, mintha a hólyagűrben volnánk. Ezen Freyer-től „preprostatic pouch”-nak elnevezett kiöblösödéssel főleg a régóta fennálló prostatatúltengéseknél találkozunk; ez kőképződésre is alkalmas helyet nyújt.

A húgyeső kaliberének nagyságáról a prostata keresztmetszetei adnak áttekinthető képet. A rendesen keskeny harántrest mutató húgyeső a keresztmetszeten hosszirányú rés képében jelenik meg, a mely a colliculus seminalis alatt vitt metszeten oly hosszú lehet, hogy a prostatának fibromusculáris tokjáig érhet; ilyenkor a mirigyelemek a húgyesőnek csak az oldalán lelhetők fel. A colliculus felett vitt metszeten a húgyeső alakja a szerint változik, a mint az oldallebenyek és a középlebeny egyenletesen megnagyobbodtak vagy csak a középlebeny van túltengve. Előbbi esetben a két szarvszerű nyúlványt bocsátó húgyeső mögött sok mirigyelemet találunk, utóbbi esetekben a nyúlványok mind hosszabbak lesznek, leghosszabbak az orif. internumnak megfelelőleg, a hol a húgyesőrész Y alakot vehet fel. Azokban az esetekben, a melyekben a praecurethralis rész is túlteng, természetesen a húgyeső előtt is találunk mirigyelemeket. Ha az oldallebenyek egyenlőtlenül nagyobbodnak meg, a húgyesőrész keresztmetszeten középfekvésűnek és egyenesnek mutatkozik, mert a megnagyobbodás rendesen kifelé megy végbe. Ha a túltengés az urethra felé történik, a húgyeső nem marad egyenes, hanem a megnagyobbodott lebeny felé concav görbületet mutat. Lehetséges, hogy a húgyeső hátulsó falán diverticulumszerű kiöblösödések vannak és ezek az áutak forrásai lehetnek. Ilyen

diverticulumokat főleg akkor találunk, ha a húgyeső alatt és körül corpora amylacea vannak jelen nagyobb mennyiségben.

3. *A pars prostatica urethrae iránya* megváltozik, görbülete nagyobb lesz, tehát kisebb sugarú körszeletnek felel meg. Ezen helyzetváltozás könnyen megérthető, ha meggondoljuk, hogy a prostata legkevésbé nagyobboldhatik a symphysis és a diaphragma urogenitale felé, ellenben leginkább érvényesülhet a túltengés oldalt, hátra- és felfelé. Sagittális metszetek e viszonyt jól érzéktik. Láthatjuk, hogy a túltengés folytán mint tér el a rendes iránytól a húgyeső főleg oldalra és hátrafelé; ezen húgyesőkörsegmentum képzeletben vitt folytatása nem a hólyagűrben van, hanem a symphysis tájékán. Főleg áll ez, ha a középlebeny is jelentékenyen kifejlődött. Ilyenkor katetherrel nehéz volna a hólyagba jutni, ha nem tudnók, hogy ilyen erősen kifejlődött, a hólyagűrbe emelkedő középlebenyeket az oldallebenyektől mindegyik oldalon mély barázda választ el, a húgyeső mintegy Y alakban elágazik s ezért a katetherrel oldaldeviatiót kell leírunk, hogy a hólyagba jussunk. Célyszerű ilyen esetekben az elülső húgyesőfalhoz tartani magunkat, mert ez szenved el a legkisebb oldalelváltozást, ezért legalkalmasabb a csapolásra a Mercier-görbülettű katether, mert ezzel módunkban van az eszköz vezetésekor a húgyeső elülső fala mentén haladni.

A hólyag alakjának megváltozása. A prostata megnagyobbodása, a hólyagűrbe való beemelkedése magával hozza, hogy az orificium internum magasabbra kerül és a trigonum vesicae sagittális metszetben nem esik a húgyeső szintjébe, még pedig annál kevésbé, minél kisebb sugarú körszeletnek felel meg a húgyeső. Így tehát a a húgyeső mögött a hólyagnak lefelé és hátrafelé való kiöblösödése képződik, az ismert *bas-fond*, a mely a túltengés foka szerint magában foglalhatja nemcsak a trigonumot, hanem a hólyag hátulsó falának jelentékeny részét is. Ezen *bas-fond* Albarran szerint nem passiv tágulás következménye, hanem úgy fogandó fel, hogy a prostatával szorosan összefüggő hólyagrészlet active tágul, mintegy igyekszik borítani a megnagyobbodott mirigyet; a hólyagfal activ tágulása következtében elvékonyodik a hólyag izomfala és a nyálkahártya is olyannyira, hogy műtétnél a mirigy felett csak igen vékony nyálkahártyát találunk, mely akár körömmel is behasítható és e kis művelet elegendő arra, hogy a prostatához közvetlenül hozzájussunk. Ezen állapotot tapasztalataim alapján csak megerősíthetem, mert éppen a nagyfokú túltengéseknél láttam, hogy a prostatát borító nyálkahártyarész igen vékony, mintegy kihúzott és a submucosus izomelemek hiába keressük. Az orif. internum magasabb állásának megfelelőleg a vizelet kiürítésére mechanikai akadályok érvényesülnek és ebből következik a hólyag falának elváltozása. Leggyakrabban excentrikus hólyaghypertrophia van jelen, a hólyagűr nagyobbtagabb lesz, a hólyag izomelemei pedig különböző mértékben túltengenek. A submucosus izomrostok erősebben bedomborodnak, a hólyag belseje nem sima többé, hanem az izomrostok kötegszerűen kiemelkedve hálózatot alkotnak és a *trabeculáris hólyag* (*vesie à colonnes*) képét mutatják. Ezen gerendázat elhelyeződése nagyon különböző, legerősebben a crista interuretericanak megfelelően van jelen és a hólyag hátulsó falát két részre osztja, melynek elülső részét a trigonum alkotja. Ezen gerendák közti hólyagrészletek viszont izomszegények, miért is kiöblösödések (*diverticulum*) jönnek köztük létre különböző nagyságban, különböző kaliberű közlekedő résekkel, a melyekben a vizelet pangására és kőképződésre kedvező viszonyok teremődnek. A baj hosszas fennállása esetén kifejlődik a *distensio* az izomelemek teljes sorvadásával, a hólyagatonia. Lehetséges, hogy éppen ellenkezőleg zsugorhólyag fejlődik ki, de ez a hólyagfal parenchymás gyuladásának a következménye, mikor is kifejezett bővérűség, gyuladás, *ecchymosis*ok találhatók a nyálkahártyán.

A ductus ejaculatorii megváltozása. A prostata nagyobb fokú túltengése esetén a ductus ejaculatorii obliterálódhatnak s így aspermatus áll elő, az ondóhólyagok, a ductus excretorii kitágulnak. Ez azonban a ritkább lelet. Rendesen a ductus ejaculatorii helyzete olyan, hogy azok a két prostatelebeny között haladnak kötőszöveti rétegtől körve, a mely a prostatától elválasztja, tehát abba nincsenek beolvadva. Ezen anatómiai tény magyarázatát adja viszont annak, hogy transvesicális prostatektomiánál a ductus ejaculatorii épségben megmaradhatnak, csak benyílási helyük a colliculus seminalison szenved a prostata kiválasztásánál.

A sphincter internus helyzetének megváltozása. A vizelet kiürítésének akadályai a bilaterális túltengésnél az által van fel-

¹ A fényképek készítéséért Demeter György dr. tanársegéd úrnak tartozom köszönettel.

tételezve, hogy a megnagyobbodott oldalalbanok közt a sphincter internus szelepszzerűleg kifestül, itt tehát az akadály izomeredésű. A középlebenytütnegésnél az akadály mirigyelemekből áll. Ezen két alakon kívül van még egy formája az akadálnak, mely létrejöhet a prostata lebenyeinek tütnegése nélkül is a hólyagnak főleg koncentrikus tütnegésénél, midőn is a hólyag falát alkotó izonirostok a sphincter internushoz húzódva harántlécz alakjában emelkednek az orif. internumba. Ezen harántköteget tehát az izomelemek alkotják és ezt nevezik *valvule vésicale*-nak, *barrière*-nek. Én 2 esetben észleltem ezen barriert olyan esetekben, midőn a prostata nem volt megnagyobbodva s mégis a prostatatütnegés jellegző tünetei voltak jelen.

A *plexus venosus prostaticus megváltozása*. A prostata tütnegése esetén a plexust alkotó gyűjtőerek gyakran kitágulnak, kanyargósak, varicosusak lesznek, míg a tütnegett prostata maga rendszeren nem vérerdős. A tütnegésnek vasculáris alakja a ritkaságok közé tartozik. Egy esetben magam is észleltem cystoskopppal a vénák varicosus tágulását. Nemesak a prostatát borító nyálkahártyán ült sok varicosus gyűjtőér, hanem a vele anastomosisban levő hólyagvénák is tágultak voltak, sőt ezeknek megrepedése jelentékeny vérzésre vezetett. A műtéti lelet a cystoskopos leletet megerősítette. Úgyszintén a pars prostatica urethrae is vérdúsabb lesz és a legesekélyebb beavatkozásra vérezhet.

(Folytatása következik.)

Közlés a székesfővárosi Szt. János-kórházról.

Az orrüregbeli sebészet alapelveiről.¹

Irta: *Polyák Lajos* dr., főorvos.

Sok év óta foglalkoztat az a kérdés, hogy azok az alapelvek, a melyek szerint orrüregbeli műtételeinket végezzük, azonosak-e ama tanokkal, melyeket az általános sebészet tanulása-kor sajátítottunk el. Azt találtam, hogy érzéstelenítő eljárásaink és a véres intranasális beavatkozásokat követő utókezelési módszereink oly polypragmásiát mutatnak, melyet a szaglószervek helyzete és természete legfeljebb részben tesz indokoltá. A legnagyobb eltérést azonban intranasális sebészi feladataink megoldása módjában találtam: míg a nagy sebészetben az a szabály áll, hogy a legsúlyosabb és a legkiterjedtebb megbetegedések is lehetőleg egy beavatkozással gyógytassanak meg, nálunk még a régi szokás uralkodik, mely azt mondja, hogy nagy óvatossággal járjunk el és a sebészi feladatot több ülésre daraboljuk szét.

Elismerem, hogy ezen eljárás oka a hagyományokon alapuló megszokásban, főképpen pedig a vérzéstől való félelemben rejlik. Ezen vérzéseken a mellékvesekészítmények használata előtti időben csakugyan nehezebb volt uralkodni. De most már azt látjuk, ha haladásunk szebb vívmányait nézzük, hogy a belső műtételek közül a submucosus orrsövényresectiót, a külső beavatkozások közül pedig a gyökeres melléköblölműtételeket egészen a modern sebészet kívánalmainak megfelelőleg végezzük el és aligha jutna valamelyikünknek eszébe, hogy mindkét homloköblből chronikus genyedése esetében csak az egyik oldalt operálja meg radikálisan egy ülésben, a másik oldal műtétét pedig a legközelebbi alkalomra halasztja el.

Ha azt akarom vázolni, hogy többnyire milyen módon végezik manapság az intranasális műtételeket, akkor azzal kezdem, hogy majdnem kivétel nélkül ambulanter operálnak, még pedig sokszor nem nagyon ideális asepsis mellett. Olyan esetet állítva fel példa gyanánt, midőn mindkét oldalon több melléköblöknek chronikus genyedése és polypusok jelenlété szolgált okot a beavatkozásra, a szokásos beavatkozás abból áll, hogy az egyik oldalon kiszedik a polypusokat a hogy lehet, aztán esetleg még reszekálják a középső orrkagyló elülső végét és súlyos retentiós tünetek fennforgása esetében egy-két rostasejtet is megnyitnak, hogy a genynek szabad lefolyása legyen. A vérzéstől való félelem miatt a legtöbb műtő tamponozza az orrt és a beteget másnapig a sorsára bizza. Nem ritkán látunk aztán ilyen tamponozott és nem tamponozott betegen erős utóvérzést, az előbbieken pedig láz, a műtét előtt még egész-

séges melléköblöknek utólagos genyes fertőződése, mandulagyulladás és középfülgyulladás sem tartozik a ritkán előforduló szövödmények közé. Másnap vagy harmadnap a beavatkozás a másik oldalon ismételtetik és elég olyan esetről tudunk, melyben 3—4 vagy még sokkal több beavatkozásra volt szükség, a míg a beteg a bajától megszabadult.

Közönségesebb és gyakoribb például felemlitem azt, hogy olyan betegek, kiknek nyálkahártyatütnegéseik vannak az alsó orrkagylók szabad szélein és hátulsó végein és e mellett egy csonttövisük az orrsövényen, nem ritkán 3 ülésben operáltatnak meg, azért, mert a műtő alaptalanul fél a kétoldali műtételektől.

Az irodalomból szándékosan nem idézek és pedig azért nem, mert a fent vázolt eljárásokat nagyon sokan gyakorolják ugyan, de csak kevesen ajánlják és írják elő; de meg azért is felesleges az irodalom idézése, mert itt nem az a kérdés, hogy egyik-másik műtő miként járt el ezelőtt, hanem az a feladatunk, hogy ezt a fontos kérdést felvetve, most az intranasális műtételeknek feladatait, határait és kiviteli módjait megvitassuk.

Úgy hiszem, hogy olyankor, midőn betegekink egynémelyike ismételt orrműtételek után kevésbé, vagy erősebb fokban ideges lett, mindegyikünk törte a fejét azon, hogyan kerülhetné el ezentúl az ilyen következményeket és idő multával iparkodott kevesebb számú, e helyett azonban alaposabb és behatóbb műtéttel érni célhoz. Én már 12 év óta ragaszkodom azon elvhez, hogy a sebészi feladatot az egyik orrfélben, ha csak lehetséges, egy ülésben végezzem el és ezzel a beavatkozások számát kettőre szorítottam le. Ezen törekvésem arra a tapasztalatra vezetett, hogy még a legnagyobb egyoldali intranasális műtétet is csaknem mindig teljes eredménnyel lehet egy ülésben elvégezni.

Azt is tapasztaltam, hogy a kérdés lényege nem abban áll, vajjon többet vagy kevesebbet távolítunk-e el; ha jól végeztük az érzéstelenítést és a mellékvesekészítmény a műtétet vértelen voltát biztosította, akkor könnyen ment a legnagyobb műtét is. A legfontosabb kérdés az, hogy mi történjék a beteggel a műtét után? Abban bizonyára egyetértünk, hogy az orrüreg tamponozása az ismert káros szövödmények miatt lehetőleg elkerülendő; de mivel a legközelebbi veszély az utóvérzésben és ennek következményeiben rejlik, ezek ellen legjobban úgy biztosíthatjuk a beteget, ha műtét után ott tartjuk abban az intézetben, a hol megoperáltuk, rögtön ágyba fektetjük és állandó szakorvosi ügyelet alá helyezzük; szóval: ambulanter többé nem operálunk.

Hogy ezzel a nem mindig könnyen kivihető rendszabálylyal a legtöbb esetben segítettünk, arról később fogok beszélni.

Miután a nem ambulanter operált és nem tamponozott betegek sorsa többé nem aggasztott, tovább foglalkoztam azzal a kérdéssel, hogyan lehetne még jobban egyszerűsíteni az eljárást, nem lehetne-e két külön (jobb- és baloldali) műtét helyett egy ülésben szabadítani meg a beteget bajától? Felesleges részleteznem, mily nagy előny az a betegre nézve, ha csak egy műtétet és egy seblefolyást kell kiállania, feltéve, hogy az érzéstelenítés elegendő mértékben és veszélytelenül végezhető a bilaterális műtéthez és egyáltalában lehetséges egész feladatunkat egy ülésben megoldani.

Két év óta operálok ezen elv szerint és ezúttal az 1908 május 1.-étől 1910 március 31.-éig terjedő 23 hónap beteganyagáról számolok be. Meg vagyok győződve, hogy előttem már többen operáltak bizonyos esetekben bilaterálisan és egy ülésben, de a rendelkezésemre álló irodalomban sehol sem olvastam, hogy valaki — mint én — szabályul állította volna fel, hogy az orrüregbeli műtételek mindig ezen elvek szerint végeztessenek, a mely elvek teljesen megfelelnek annak, a mit a nagy sebészet követel tőlünk.

Az említett 23 hónap alatt 220 orrműtétet végeztünk (az eseteknek körülbelül 20%-át *Drechsler Henrik* dr. kórházi segédorvos operálta meg), ezen 220 műtét között 87 volt az egyoldali és 133 a kétoldali. A 87 egyoldali műtét között, beleértve 11 submucosus orrsövényresectiót is, 57 volt olyan, a melyben csak egyszerű feladat volt megoldandó, a többi 30 esetben azonban kombinált műtételeket végeztünk: orrkagylótütnegéseket és polypusokat távolítottunk el egyidejűleg, mellette még kitakarítva a rostacsontöblöket és szélesen megnyitva az állcsont- vagy az éköblöt.

A 133 kétoldali műtét közt azok a legegyszerűbbek, melyekben mindkét alsó orrkagylóról tütnegéseket és ezenkívül polypusok-

¹ Előadott a német laryngologusok egyesületének 1910 május 12.-én Dresdenben tartott XVII. évi congressusán.

kat vagy adenoid vegetatiókat távolítottunk el egy ülésben; természetesen előfordult sok olyan eset is, a midőn az ornyálkahártya kiterjedt és nagyfokú elváltozásai és többszörös melléköbölgyenedés miatt mindkét középső orrkagylót magasan reszekáltuk, a rostacsontöblöket alaposan kitakarítottuk, minden polypust eltávolítottunk, a ductus nasofrontalisokat felszabadítottuk, mindkét Highmor-öblöt az alsó orrjáratból szélesen megnyitottuk és tartalmukat kikaptuk. Ezen bilaterális műtétet az egyik ékből széles megnyitásával kapcsolatosan is végeztük, kétoldali ékbőlgyenedés nem került észlelés alá. Valamivel nehezebben kivihető volt a vérzés miatt az ornyálkahártya lupusos és tuberculosus elváltozásainak műtetele, de ezen esetekben is mindig sikerült az orrsövénynek, az orrfeneknek és a laterális falnak beteg nyálkahártyáját a súlyosan megbetegedett alsó és középső orrkagylókkal egy ülésben kikaparni és gyors elhegesedést elérni.

Az általam ismertetett elvtől csak egy esetben és annyiban tértem el, hogy a submucosus orrsövényresectióval egyidejűleg más beavatkozást nem végeztem, és pedig azért nem, mert attól tartottam, hogy utóvérzés esetében az esetleg szükségessé váló tamponozás a csak nyálkahártyából álló orrsövény sorsát veszélyeztethette volna. Talán felesleges volt ez az aggodalom is, emlékszem egy közlésre, melyben úgy hiszem *Katz* ajánlja, hogy a submucosus orrsövényresectióval egyidejűleg távolítsuk el az orrkagyló-tültengéseket is.

Műteteink eredményét illetően azt közölhetem, hogy az eseteknek 90%-ában sikerült az egész sebészeti feladatot kétoldalon egy ülésben elvégezni és csak 10% volt olyan, a melyben a másik oldal műtétét egy másik ülésre kellett halasztani vagy genyedő rostacsontsejtek, esetleg vizenyős sarjak kitakarítását kellett elnapolni. A beavatkozás ilyen eltolásának oka vagy erősebb vérzés volt, mely a műteti terület áttekintésében megzavart, vagy szédülésre való hajlam, mely egyes ideges betegeken jelentkezett.

A mellékvesekészítmény hatásának megszünte után rendszerint mutatkozik egy kis vérzés, de nem olyan fokú, hogy cseppekben folyik a vér előre, vagy a garatba, hanem csak gyenge szivárgás alakjában, mely nem szorul csillapításra és mihamar önként megszűnik. Olyan fokú vérzés, a mely csillapításra szorult, az eseteknek körülbelül 20%-ában fordult elő, ez is rendszerint megszűnt 1:10,000 tonogenspray alkalmazása után; az eseteknek csak pontosan 5%-ában volt szükséges ismétlődő erősebb utóvérzés miatt 8 esetben az egyik vagy másik orrfelet elülről tamponozni, 3 esetben pedig a Bellocq-féle tampont alkalmazni. Erősebb kétoldali vérzést egy esetben sem észleltünk.

A műteteleket a következő módon végeztük:

Előkészítés: Erre tulajdonképpen nincsen szükség. A beteg fél órával a műtét előtt jön a kórházba vagy a sanatoriumba. Lehetőleg mindig délelőtt operálunk, hogy a beteg éjszakája nyugodt legyen.

Asepsis: Legnehezebb a beteg megtisztítása. Eleinte meg kellett elégednünk azzal, hogy a beteg arcát és az orrbemenetet előbb szappannal, azután lysoformmal, végül pedig alkohollal megmostuk; csak újabban alkalmazunk előzetes mosás nélkül *Häusner* ajánlata szerint 1/100 jódbenzinceteléseket a bőr csirtalanítására. A fejet a szemöldökig steril sapkával fedjük be, a fejet ápolónő tartja, a ki kezeit szabályszerűleg tisztítja meg és azonfelül steril keztyűt visel. A betegre steril köpenyt adunk, kezeit oldalt vagy a háta mögött tartja, nyakába egy duritból való steril nyálzacsót kötünk. Az összes műszereket és kötőszereket főzéssel vagy áramló gőzben sterilizzük, a reflectorra sterilizett fogót teszünk, a műtő és a segédlet kezeit szabályszerűen tisztítja meg és végül 10 percig abszolút alkoholban kezeli.

Az érzéstelenítéshez jóformán kizárólag cocaint használunk 10—20% oldatban. Először egy finom *Pfau*-féle sprayvel hígított cocain-tonogenoldatot porlasztunk rövid idő alatt az orrnak minden járatába, a mi azzal az előnnyel jár, hogy az esetelés általi későbbi érzéstelenítést a beteg már alig érzi. Cocainmérgezés tüneteit jóformán sohasem észleljük, mert nagyon vigyázunk arra, hogy a garatba cocain ne jusson és érzéstelenítés közben gyakran fuvatjuk ki az orrt. Ha mélyebbreható műtétre van kilátás a rostacsonton vagy a laterális falon, akkor czélszerű fél órával a műtét előtt 1 cgm. morphint fecskendezni a bőr alá. Végül mindig kéznél tartjuk

a steril 1% novocain-suprarenin-oldatot, hogy ki nem elégitó érzéstelenség esetében submucosus befecskendéseket végezhesünk.

Természetesen mind a két oldalt egyszerre érzéstelenítjük és úgy tapasztaljuk, hogy óvatos eljárásunk mellett a kétoldali érzéstelenítéskor sem látunk több cocainmellékhatást, mint azelőtt, a mikor csak az egyik oldalt érzéstelenítettük. Azt hiszem, hogy nem lehet minden olyan gyengeségi állapotot, melyet a műtét lefolyása alatt vagy után, néha már fél órával a cocain alkalmazása után látunk, a cocain rovására írni; létrejöttekben nagyobb része van a lelki izgalomnak és az ideggyengeségnek.

Műtét: Rendszeren előbb az egyik oldallal végzek, mielőtt a másikhoz fognék; kivételt teszek kiterjedt polyposis vagy nagyfokú rostacsontmegbetegedés kitakarítása esetén, ha a vérzés valamivel erősebb; ilyenkor czélszerűbb felváltva dolgozni. A genyedő melléköblöket, mielőtt kivezető nyílásukat felszabadítottuk, előbb bór vízzel, majd perhydrololdattal öblítjük ki és az esetben, ha széles megnyitást tervezünk, megfelelő hajlású sprayvel kevés cocaint porlasztunk beléjük, hogy belül is érzéstelenek legyenek.

Utókezelés: Ez az egész eljárásnak leglényegesebb része, melyre, mint érzem és bevallom, még sok javítás fér.

Műtét után az orrnyílásokat steril vattával dugjuk be. Néhány olyan esetben, midőn a műtét alatti vérzőkenység miatt utóvérzéstől tartottunk, natrium perboricum pulverisatumot fujtunk be a sebre és ily módon sikerült az utóvérzést elkerülni, de azért ezt az eljárást nagyon mégsem ajánlhatom. Befúvás után a por erős oxigenfejlődés folytán mindjárt habzani kezd, a nyálkahártya hamar megduzzad és rajta pár óra múlva fibrines izzadmány képződik, mely erősen tapad és a vérzést megakadályozza. Ezen jó hatással szemben áll az, hogy a műtét utáni duzzanata a nyálkahártyának napokkal tovább tart és a sebváladék is többnyire genyessé alakul át. A gyógyulást ez a szer határozottan késlelteti.

A betegeket műtét után azonnal ágyba fektetjük, a fejet magasra támasztjuk fel. Az orrnyílásokba tett vattadugót, mielőtt nedves vagy véres lett, kicseréljük, az orrfúvást eltiltjuk. A beteget folytonosan felügyelet alatt tartjuk, begyakorolt ápolóné van mellette és a vérzéscsillapításban járatos orvosi segély is állandóan kéznél van. Ha utóvérzés jelentkezik, az rendszeren 3—6 órával a műtét után jön, a mikor a tonogen hatása már megszűnt és ilyenkor a vér, minthogy elülről az orrt a vattadugó elzárja, hátraszivárog a garatba. Minthogy a betegek érzékenysége nem mindig megbízható, a garatot a kritikus időben többször megvizsgáljuk: csekélyebb vérzés esetén (perezenként 10 csepp) csak arra ügyelünk, hogy a beteg nyugodtan, mozdulatlanul fekszen; ha erősebb a vérzés, akkor a segédorvos kiveszi a vattadugókat, előrehajtja a beteg fejét, megállapítja, hogy melyik oldal vérzik és aztán 1:10,000 tonogen-oldatot porlaszt be a vérző oldalra, mire a vérzés rendszerint megáll és nem ismétlődik. Ritkán fordul elő, hogy a porlasztást 1—3 óra múlva ismét alkalmazni kell, de ha előfordul és ha a vérzés erősebb, vagy harmadszor is megindul, akkor a vérző oldalt steril jodoformgázzal szorosan kitömjük és a tampont, ha a tünetek engednek, 3—4 napig benn hagyjuk. Naponta a tampont sohasem változtatjuk, az ilyen felesleges kinzástól a beteget megkíméljük.

Táplálékul első nap csak tejet és tejesételt adunk, másnaptól azonban mindent ehetik a beteg, csak a szeszes italokat tiltjuk el 3—4 napig.

Ha utóvérzés nem volt, akkor másnap délután már fel engedjük kelnit a beteget és harmadnap hazabocsátjuk, de figyelmeztetjük, hogy otthon még két napig nyugodtan tartsa magát. Erős utóvérzés után természetesen tovább tartjuk ágyban a beteget, de ritkán tovább, mint három napig.

Az operált orrt csak 24—48 óra múlva engedjük kifújni és másodnaptól kezdve az orrnyílásokat paraffin-lanolin-kenőccsel kenetjük be, hogy a bőr kipállását megakadályozzuk. Harmadnegyednap a beteg már rendszeren fújhatja az orrát és a vattadugót is kivesszük, legalább is felváltva az egyik orrnyílásból.

Beismerem, hogy ezen pontnál a sebkezelés alapelveivel kissé ellentétbe kerülök; de ezen időben a sarjadzás már megkezdődött, felszívódástól és fertőzéstől kevésbé kell tartani; ettől eltekintve számolni kell azzal is, hogy a legtűrélmesebb beteg is renitens lesz, ha három napig csak a száján át kell lélegeznie. Hiába tiltjuk el az orron át a lélekzést, nem fogadnak szót és erősebb

pörkképződés az orrban, néha a garatban is, mely azonban lapis-
oldat-ecsetelésekre elmúlik, nem ritka következménye a mi jó-
szívűségünknek vagy az ő engedetlenségüknek.

Mint hogy műtétet alkalmával mindig gondoskodunk arról,
hogy a genyedő melléköblök váladékának szabad lefolyása legyen,
ezért a melléköblöket a harmadik nap előtt ritkán öblítjük ki.

Azt hiszem, bebizonyítottam, hogy intranasális műtétele-
ket egyidejűleg mindkét orrfélben az operatív feladat teljes meg-
oldásával egy ütésben nem csak kivételesen, hanem rendszerint
el lehet végezni a nélkül, hogy a betegnek ártanánk vele. Már pedig
ha ez így van, akkor a betegnek érdekében áll, hogy ezek a
műtétek ezentúl ilyen módon végeztesse.

Belátom, hogy a részletkérdésekben még sokat lehet javítani
és változtatni, éppen ezért hoztam a kérdést ide és tettem vita tár-
gyává. Az orrműtétek utókezelése, minthogy az eljárások termé-
szete a per primam gyógyulást ritkán teszi lehetővé, még nagyon
is nyílt kérdés.

Reményem, hogy a javallottam eljárás nem jár majd azzal
a következménnyel, hogy egyesek, úgy mint az orrsebészeti ifjú-
korában, többet operálnak, mint a mennyit a szigorúan meg-
válogatott indiciók engednek. Az én célom csak az volt, hogy
ha már indikálva van az operatio, akkor azt ne több ütésben,
hanem egy alkalommal végezzük el.

Javaslatom abban az esetben válik kivihetővé, ha ambulan-
ter többé nem operálunk. Ha a beteget azonnal lefektetjük, állandó
orvosi felügyelet és ápolás alá helyezzük, akkor az alapos két-
oldali műtétet dacára is kevesebb veszedelemben forog, mint egy
olyan egyoldali félbemaradt műtét után, a mely után haza kellett
mennie és otthon néha hosszú ideig kellett várnia a szükségessé
vált orvosi segílyre.

Tudom, hogy javaslatomnak nemcsak orvosi, hanem sociális
oldala is van, mert manapság a rhinologusoknak nagyobb része
még betegeit, különösen a pénztári és a magángyakorlatban, nem
operálhatja meg kórházban vagy magánsanatoriumban és így nem
is tarthatja ott műtétet után. Ebből azonban nem szabad oda
következtetni, hogy az eljárást szükségű okokból mellőzni vagyunk
kénytelenek, mert ha a kérdésnek tudományos megokolása helyes,
akkor sokáig úgy sem zárkozhatunk el előle, hanem minden erőn-
ket latba kell vetnünk, hogy betegeink számára minden kórháznak és
sanatoriumnak legyen olyan berendezése, illetve osztálya, a hol
bajuktól a legrövidebb idő alatt egy beavatkozással megszaba-
dulhatnak.

Közlés a kir. magy. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról.
Igazgató: Jendrassik Ernő dr. egy. ny. r. tanár, udvari
tanácsos.

A myasthenia gravis pseudoparalyticáról és a vele kapcsolatosan kimutatható izom- elváltozásokról.¹

Irta: Csiky József dr. tanársegéd.

(Folytatás.)

A beteg 1907-ben bekövetkezett haláláig a klinikán maradt.
Mint hogy a betegség menete semmiféle lényeges eltérést nem mutat
a myasthenia ismertes lefolyásától, a következőkben összefog-
lalva fogom ismertetni a klinikán töltött 3 év lefolyását.

Különösen három momentum az, mely a további lefolyásban
előtérbe jutott. Első sorban a nap folyamán észlelhető ingadozások.
Egy jól átaludt éjszaka után a beteg sokkal erősebbnek, élénkebb-
nek érezte magát; szemhéjait jobban tudta kinyitni, beszéde tisztább
volt, sőt még a járás is könnyebben ment; még a délelőtti folyamán
szemhéjjai lassan lecsukódtak, általános bágyadtság fogta el, úgy
hogy az egész napot rendszerint ágyban töltötte. Este a tünetek
mindig a legkifejezettebbek voltak. Általában véve a reggeli és esti
állapot között mindig igen kifejezett különbség volt, mint azt a
beteg maga is jelezte.

Ezen napi ingadozások mellett figyelemre méltók azok a
periodusok, melyek alatt minden kimutatható ok nélkül hetekig,
néha hónapokig feltűnő javulás állott be, mikor is egész nap fenn-
járt, beszéde megerősödött s majdnem minden tünet lényegesen

javult. Minden külső ok nélkül, rendszerint váratlanul állottak be
ismét a tünetek, a mikor a fent leírt tünetek hirtelen igen kifeje-
zettek lettek. Ezen visszaesések a betegség lefolyása alatt többször
előfordultak, a nélkül azonban, hogy progrediáló hajlamot mutattak
volna. Feltűnő volt állapotának a rosszabbodása a havibaj idején.

A harmadik feltűnő jelenség a myastheniánál gyakran leírt
fulladásos roham volt. Már a klinikán való tartózkodásának elején
hirtelen erős légszomjat kapott a beteg. Úgy ágyban fekvéskor, mint
ágyon kívül — ilyenkor hirtelen összeesett — cyanotikus lett, szapora,
felületlen, rendetlen légzés mellett arcát és felső testét kiverte az
izzadság, a végtagjai pedig tapintásra egész hidegek voltak. A száj
gyorsan megtelt sűrű, nyúlós nyálkával, a melyet a legnagyobb erő-
ködéssel sem tudott kiköpní; a mellett a nyelv erősen hátra
esett. A pulsus ilyenkor szapora, filiformis volt, 120 fölé is
emelkedett a nélkül, hogy arythmiássá vált volna. 10—15 perc
mulva az állapota ismét javulni kezdett, különösen ha a nyálkát
szájából kendő segítségével eltávolítottuk s a nyelvét előre húztuk.
Egy ily roham után a beteg 1—2 napig igen bágyadtnak érezte
magát. A roham sem gyógyszerre, sem mesterséges légzésre vagy
oxygeninhalatióra nem szűnt, de még nem is gyengült.

Ezen rohamok eleinte pár hónapos időközökben ismétlődtek,
később azonban mind gyakoribbak lettek, sőt határozottan erős-
bödtek, a mennyiben a beteg eszméletét is elvesztette s a roham
néha félórát is eltartott. Az exitus is egy ily roham alkalmával
állott be, a betegség egy oly stádiumában, midőn a beteg elég jól
érezte magát s a midőn állapotában inkább javulás volt észlelhető:
azonkívül az utolsó roham óta két hónap telt el. A fent leírt tünetek:
eszméletlenség, erős, folyton fokozódó cyanosis, erős izzadás és
nyálkaelválasztás mellett mesterséges légzés, oxygenbelégzés, és kámfor
ellenére egy óra alatt megfuladt.

A bonczolás (Fuszek dr.) 18 óra mulva a következő lele-
tet adta:

A 168 cm. hosszú, jól táplált női hulla bőre elől halvány,
hátról kiterjedt szederjes hullafoltokkal. A haj hosszú, gesztenye-
barna. A szemek csukottak, a kötőhártya halvány, a szaruhártya
tisza, a pupillák középtágak, egyenlőek. Az ornyílások tiszták.
Az ajkak halványak. A száj félig nyitott, az áll merev. A nyak
középhosszú, részarányos. A mellkas domború, középszerű. A
has kissé besüppedt. A nemi részek halványak. A végbéltáj tisza.
A végtagok meredtek. A bórallati kötőszövet akár 3 cm. vastag,
a bórallati gyűjtőerekben elég sok sötétvörös folyékony vér. Az
izomzat középtömött, elég vastag, a hús vörös. A hasírban szabad
folyadék nincsen. A hashártya sima, fénylő. A rekeszdombrulat
jobbaldalt IV. f., baloldalt IV. a., a mellürben szabad folyadék nin-
csen. A bal tüdő szabad, a jobb egész kiterjedésében lazán a
mellkas falához nőtt. A szívburokban pár csepp tisza savó. A szív
középnagy, a bal gyomor összehúzódott, a jobb elernyed. Elég
dús panniculus adiposus. A csücsöt a bal gyomor alkotja. A szív-
izom középvastag, eléggé tömött, közepes vértartalmú. A billentyűk
épek. A nagyerek belfelülete sima. A bal tüdő középnagy, ló-
szőrpárnatapintatú, eléggé szívós és vérdús, a tüdőállomány habzó
savóval beszűrődött. A hörgőkben habzó savó, a nyálkahártyája
középvértartalmú. A nyirokmirigyek aprók, feketék. A jobb tüdő
pleurája czafatokban lóg, különben teljesen a balhoz hasonló. A
függőérív belfelülete sima. A légcsőben kevés nyálka, a nyálka-
hártya alul kissé bővérű. A gége hasonló. A torok, a hársing
halvány. A pajzsmirigy középnagy, elég tömött, középvértartalmú.
A lép középnagy, kissé petyhüdt, tokja ráncos, elég tömött,
középvértartalmú. Bal mellékvese vékony. Bal vese középnagy, tokja
könnyen levonható, felülete sima, állománya kissé tömött, bővérű.
Jobb vese a balhoz hasonló. Vesemedence, ureter középtág, közép-
vértartalmú. A duodenumban epés nyálka, a gyomorban kevés levegő
mellett vagy 100 cm³ szürkés folyadék. Gyomor nyálkahártyája
kissé duzzadt, bővérű, a fundustájon ellágyult. Epeút átjárható.
Epehólyagban kevés vöröses-barna epe. Máj középnagy, kissé pety-
hüdt és szakadékonny, bővérű, elég jól kifejezett rajzokkal. Pankreas
középnagy, petyhüdt, középvértartalmú. A vékonybelekben világos-
sárga tartalom. A vastagbelekben világossárgás-barna bélsár. Nyálka-
hártyájuk kissé vörös, rajtuk néhány vérzéses folt. Végbélben
keves pépes barna bélsár, nyálkahártyája kissé bővérű. Hólyagban
vagy 100 cm³ világossárga pelyhekkkel kevert vizelet. Nyálka-
hártyája középvértartalmú. Húgyeső szederjes. Hymen körkörös,

széle néhány hegszerű behúzódnást mutat, a hüvely az ujj számára átjárható, ráncos, középvértartalmú. Portio a hátsó boltozattól mérve 28 cm. hosszú; külső méhszáj harántresalakú. *Méh* középnagy, fala középvastag, nyálkahártyája duzzadt, akár $\frac{1}{2}$ cm. vastag, halványsárga, nyálkára emlékeztető összeállású. Kürtök, petefészkek szabadok, bővérűek. A jobb ovariumban egy körülbelül mogorónyi elődomborodás. A hasi függőér belfelületén néhány vajsárga folt. A *fejbőr* kissé vastagabb, bővérű, a bal halántéktájon kevés vérzéses beszűrődés a bőr alatti kötőszövetben. A koponya széles, csontjai középvastagok, közepes csontbél-tartalommal. A kemény burok középvastag, kissé bővérű, öbleiben sok sötét-vörös vér. A lágyburok középvastag, kissé bővérű. A bal féltéken a frontális lebeny alsó szélének és a parietális lebenynek megfelelően a lágy burokban vérzéses beszűrődés. A gerincoszlop elferdülést nem mutat. A *gerinczagy* kemény burka középvastag és vértartalmú. A végtagok *izomzata* középvastag, elég tömött, kissé halványabb hús-vörös. A végtagok idegeiben eltérés nem látható. A lágyburok középvastag, középvértartalmú. A nyaki részen a lágy burok erősebben tapad a kemény burokhoz. A gerinczagy állományában eltérést nem lehet kimutatni. *Agy* súlya 1410 gm. Mindkét dobüregben vöröses-sárga geny, a nyálkahártya duzzadt és bővérű, a dobhártyák épek.

Diagnosis: Mors suffocativa. Sangius fluidus. Haemorrhagia submeningealis ad lobum frontalem et parietalem lat. sin. Otitis media lateris utriusque purulenta. Decidua menstrualis. Corpus luteum ovarii dextri.

Szövettanilag a központi idegrendszert, peripheriás idegeket s az izomzatot vizsgáltam meg. Az elsőből vizsgálat alá vettem a gyrus centralis-t, capsula interna-t, pons-ot, medulla oblongata-t — utóbbi egész terjedelmében — és a gerincvelőt. Az alkalmazott festési eljárások voltak: *Weigert-Pal*, *Marchi*, *Nissl* és *van Gieson*. A göröcsövi lelet mindenütt negatív volt. Csakis a medulla oblongata némely helyén volt az idegsejtekben kifejezett chromatolysis, mely egyrészt igen csekély kiterjedésű volt, másrészt pedig nem szorított csakis bizonyos idegmagvakra. Ezenkívül még mikroszkopikus vérzések voltak a medulla oblongatában, azonban igen csekély számban. Ezen capillaris vérzésekre már azért sem fektetnék nagyobb súlyt, mivel a beteg fulladásos halál következtében halt meg s tudvalevőleg ilyen halál után mikroszkopikus nagyságú vérzések igen gyakoriak; azonkívül egész friss vérzés benyomását tették, a mennyiben a vörösvérsejtek teljesen épek voltak s régi vérzésnek a nyomai, ú. m. haematoidinkristályok, rögök vagy felfesték, pigmenttel megrakott vándorsejtek sehol sem voltak láthatók. Nagyobb számú lymphocytákat vagy a gliaszövet burjánzását sehol sem tudtam találni.

Hasonlóan negatív volt a lelet a vizsgált peripheriás idegeken: n. brachialis, tibialis ant., ischiadicus. *Marchi*-féle eljárással sem lehetett kimutatni zsíros szétesést a velőhüvelyben.

Positiv eredménnyel járt azonban az izmok vizsgálata. Következő izmokat vizsgáltam meg göröcső alatt: m. biceps mindkét oldalról, masseter, serratus ant., pectoralis, latissimus dorsi, vastus med., sartorius és gastrocnemius. Sajnálatomra sem a diaphragmát, sem a szívizomzatot és a szemizmokat nem vizsgáltam meg. A lelet minden izomban ugyanaz volt, csakis intenzitásában és elterjedésben különbözött; kivételt csakis a m. latissimus dorsi alkotott, a melyben erősebb megszaporodást kivéve, semmiféle elváltozást sem tudtam találni.

A göröcsövi lelet, melyet Entz Béla dr. is szíves volt átnézni, a következő volt: a nagyobb izomnyalábok vastagságában és elrendezésében nem tűnik fel semmi lényegesebb elváltozás; ezzel ellentétben az egyes rostok egy és ugyanazon izomkötegben különbözőképpen viselkednek. Bár a harántesikolat mindenütt változatlan, sőt némely rostoson feltűnően élesen látható, különböző izomrostok, de még egy és ugyanazon izomrost különböző részei is — mint ez úgy a hosszmetseteken, mint keresztmetseteken is jól látható — változó intenzitással festődnek. A normálisan festődő rost részben fokozatosan, részben hirtelen megy át a sötétebbre festődő részbe; ezen utóbbiak részben vastagabbaknak is látszanak, mint a halványak, a nélkül azonban, hogy a hosszmetseteken a harántesikolat látható elváltozást mutatna. A nagyobbára egyforma vastagságú izomrostok között elég nagy számban találunk egészen vékony izomrostokat, a melyek $\frac{1}{2}$, sőt $\frac{1}{3}$ rész oly vastagok, mint a normális

rostok. A harántesikolat még az ilyen vékony rostokon is változatlanul jól felismerhető, sőt feltűnő éles. Az izomrostok magjai mindenütt szabályos elrendeződésűek, t. i. a rostok felületén fekszenek, közvetlenül a sarcolemma alatt; feltűnő azonban, hogy helyenként a magvak erősen meg vannak szaporodva; ezen szaporodás annál is inkább kórosnak mondható, mivel tudvalevőleg fiziológiás körülmények között csakis idős egyéneknek szokott az izom magjainak ily erős megszaporodása előfordulni, jelen esetben pedig egy 23 éves egyenről van szó.

Az izomnyalábokat helyenként kisebb-nagyobb zsirlebenyek választják el egymástól; sőt az egyes nyalábok belsejében is egészen



1. ábra. Hosszmetset a m. vast. med-on keresztül. Orsóalakban elrendezett sejtek az izomrostok között. Gyenge nagyítás.

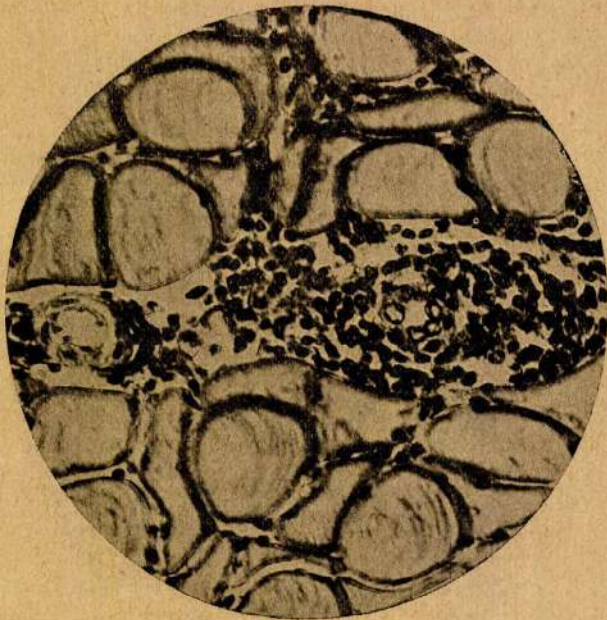


2. ábra. Ugyanaz. Erős nagyítás. Igen kifejezett harántesikolat.

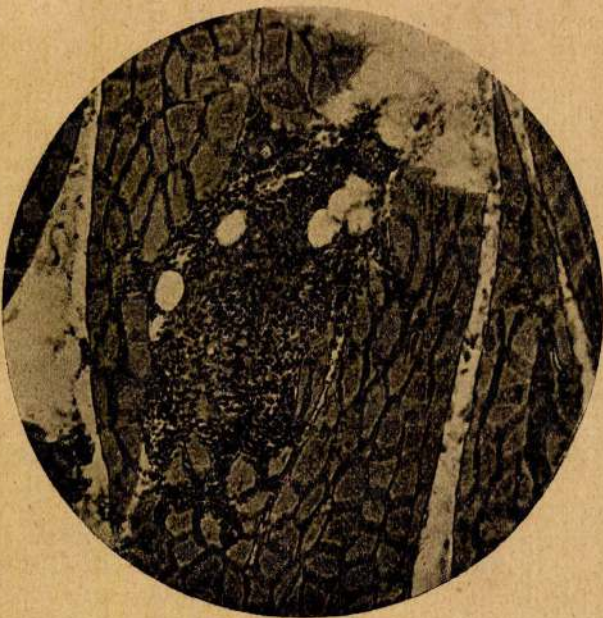
szokatlan helyen egyes zsirsejtek fekszenek a rostok között, a melyek már elhelyeződésüknél fogva is nyilván elpusztult izomrostok helyét foglalják el.

Sokkal feltűnőbbek azonban a kötőszövetnek az elváltozásai. Úgy kereszt- mint hosszmetseteken a perimysium int. mentén nagyságra nézve lymphocytáknak megfelelő apró kerek sejteket lehet találni, melyeknek magja mindenütt igen chromatindús. Ezen sejtek részben szétszórva fekszenek a perimysium int. mentén, részben pedig kisebb-nagyobb sejtszortokat alkotnak az egyes rostok között, azokat egymástól szétolva. Nagyobb sejtfészkeknél egyes rostok degenerálnak, elszakadnak s rögöket alkotnak. Egy ilyen sejtfészek

hosszmetszeten orsóalakot vesz fel. Ezen fészkek legtöbbször a közepén a keresztmetszeten egy, néha több apró kapillaris edény átmetszetét lehet látni, melynek lumene vérrel erősen telt s melynek perivascularis nyirokutai hasonló sejtekkel tömve vannak. Feltűnő még az adventitiának helyenként való erős megvastagodása. Hosszmetszeten is láthatók ezek az érátmetzetek, azonban természetesen ritkábban, mert ezek nem fekszenek mindig a metszés irányában. Nagyobb vérerek körül is megtaláljuk ezen sejteket, néha csak az egyik oldalukon, néha azonban egészen körülveszik



3. ábra. Keresztmetszet a m. pectoralison keresztül. Sejtesoport capillaris erekkel a közepén. A perivascularis nyirokutak szintén telve sejtekkel. Erős nagyítás.



4. ábra. Keresztmetszet a m. gastrocnemiuson keresztül. Sejtesoport, a melyből egyes sejtek a rostok közé behatolnak. Néhány zsírsajt tönkrement izomrostok helyén.

őket; az erek körüli adventitiális nyirokutak szintén tágultak s ezen sejtekkel tömve vannak.

A fent leírt egymagvú sejteken kívül egyik készítményben sem tudtam polynucleáris sejteket találni. Egyes sejtek néha kétszer akkorára is megnőnek, széles protoplasmareteggel bírnak, alakjuk néha szabálytalan, sokszögletű vagy orsóalakú, úgy hogy epitheloid- vagy fibroblast-sejtekre emlékeztetnek. Pontos keresésre sem találtam óriás-sejteket.

A mint ezt már előbb is említettem, nagyobb sejt-fészkek

körül egyes izomrostok széteséséből eredő szabálytalan alakú, egy-nemű, magfestést nem mutató rögöket találunk. A legtöbb helyen azonban a lymphocyták teljesen elfedik ezeket a rögöket, úgy hogy sehol nagyobb coagulatiós nekrotikus terület sincsen.

Az ilyen sejt-fészkek szélétől messze behatolnak a sejtek az egyes izomrostok közé s itt egymással összefüggő különböző vastagságú szabálytalan reczézett alkotnak az izomrostok körül. A sejtes beszűrődés mellett annak eredménye gyanánt a fibroblastokká alakult sejtek mellett durvább rostos kötőszövet hatol be a rostok közé, úgy hogy nagy területeken minden egyes rostot egy-egy intensiven festődő kötőszövetgyűrű vesz körül. Némely helyen már a kötőszöveti rostokon kívül sejtek nem is láthatók. Ezen rostok némelyike vékonyabbnak is látszik azoknál a rostoknál, melyeket kötőszövet nem vesz körül. Ezek a rostok megfelelnek a fent leírt vékony rostoknak, hol a feltűnő vékonyság ellenére a



5. ábra. Keresztmetszet a m. pectoralison keresztül. Az egyes izomrostok különböző festődése és zsírsajtok.

harántesikolat igen kifejezett s semmiféle degenerációs jelt sem mutattak.

Felemlítésre méltó még, hogy az egyes izmokban, így a m. bicepsben, serratusban, igen gyakoriak az úgynevezett izomorsók, melyek jelentősége, hogy vajjon pusztuló izomrostok, vagy pedig — mint némelyek állítják — érző idegpályák végződése-e, még nincsen tisztázva. Egy ilyen orsó 6—8 vékonyabb, erősen festődő s maggal bíró izomrostból áll, melyek egy erős kötőszövetes gyűrűvel vannak körülvéve. Mindegyikben még vérerek mellett egyes idegrostokat is lehet látni.

Ezen, az idegrendszerben lévő negatív lelettel szemben áll Weigert közlése óta az izmokon talált pozitív lelet. Weigert-nek közlése óta kezdtek a szerzők az izomzatra is nagyobb figyelemmel lenni, s így világos, hogy az újabb időben hasonló eseteket mind sűrűbben közöltek. Sokszor megesik, hogy számos metszetet, sokszor egész izomdarabokat kell átvizsgálni, míg kórosnak tekinthető elváltozásra akadunk.

(Vége következik.)

A fertőtlenítésről.

Irta: **Hammer Dezső** dr., tisztiorvos, a budapesti fertőtlenítő intézet h. igazgatója.

A mostani időben, mikor mindjobban fenyeget a kolera-járvány, időszerű pár szót szólni a védekezés módjairól, s ezek között különösen arról, a mi a járvány keletkezésének megakadályozásának céljából, a betegnek elkülönítése mellett, elsőrangú fontosságú: a fertőtlenítésről.

A fertőző betegségek úgy terjednek, hogy a betegből a váladékaival kikerülő baktériumok más egészséges emberbe vagy

emberekbe jutnak, s abban vagy azokban a baktériumoknak megfelelő betegséget okozzák.

A fertőző baktériumok a betegből a betegség egész ideje alatt kiürülnek a váladékokkal. Kiürülnek a különböző fertőző betegségek esetében a különböző testváladékokkal, úgymint a köpettel, nyállal, hányadékkal, ürülékkel, vizelettel, orrváladékkal. De nemcsak ez úton; hiszen tudjuk, hogy még ma sincsen megdöntve az a nézet, hogy például a scarlatina fertőző vírusa a lehámló, elhalt bőrrészekben is megvan. Ezen lehámló bőrrészek, valamint az egyes váladékoknak beszárado és elporló részei, közvetett úton a betegszoba különböző tárgyaira, annak sohasem sima falaira és főleg a padozatára jutnak. A betegszoba padozatáról a beteget meglátogatók talpukon kihordhatják, az ajtók, ablakok nyitogatásakor a légáramlat felkaphatja, a látogatók ruhájára viheti a fertőző anyagot, s így a betegszobából kijutva a fertőzés terjedhet.

Hogy az ezen úton terjedhető bajt megakadályozzuk, a fertőző betegeket el kell különíteni, vagyis az érintkezést beteg és egészségesek között meg kell szüntetnünk. Ha az elkülönítést bármely okból nem tudjuk szigorúan keresztülvinni, a fertőző betegségek terjedését megakadályozni alig lehetséges. Olyan esetekben, midőn a beteg lakásán fekszik, a fertőző betegség terjedésének megakadályozására a tehetősebb fertőző betegnél az ápoló személyzet részére külön kabátot rendelünk papirosból, viaszosvászonból vagy csak vászonból, de nem tehetjük ezt a szegényebb sorsúaknál. Ilyen helyeken meg kell elégednünk az alapos kézmosással és a ruháknak szublimat-oldatba mártott kefével való lekefézésével. Minden esetre célszerű volna, ha a betegeket és ezek hozzátartozóit az ezen célra szolgáló szublimat rendelésével együtt kitanítanánk arra, hogy a betegszoba kijárója elé szublimat-oldatba áztatott, s gyakran újra nedvesített ruhát helyezzenek el. Ez úton minden egyes esetben bárki, kinek a beteghez be kell járnia, mikor a szobát elhagyja, cipője talpát megtörölve, az ahhoz tapadó baktériumokat tovább nem viszi.

Ha az elkülönítésünk tökéletes és elég korai, ezzel az illető fertőző betegség terjedését meg tudjuk akadályozni. Az ilyen elkülönítésnek legkézenfekvőbb formája az, ha a beteget kórházba szállítatjuk be és súlyosabb fertőző betegségekben fontos, hogy minden rábeszélő képességünkkel igyekezzünk a beteget és hozzátartozóit meggyőzni a kórházi ápolás és elkülönítés szükségességéről és jóságáról. Súlyos járványok esetén hatósági intézkedések is történnek az iránt, hogy ha a beteg lakásán megnyugtatóan el nem különíthető, esetleg kényszer útján is kórházba szállíttassék.

A betegség lefolyása után, halál-eset után, vagy a betegnek kórházba szállítása után az elmondottakból következőleg szükséges, hogy a betegszoba, esetleg a többi helyiség fertőtlenítéséről is gondoskodjunk. Budapesten a fertőtlenítéseket csak a székesfőváros hatósága által fenntartott fertőtlenítő intézet végezheti olyan fertőző betegség eseteiben, a melyekben a fertőtlenítés kötelező.

A lakások fertőtlenítése különbözőképpen történik, a szerint, hogy a beteg milyen fertőző betegségben szenvedett. A súlyosabb természetű fertőző betegségekben, mint az ázsiai cholera, himlő, kiütéses typhus, nemcsak a beteg lakása kerül fertőtlenítés alá, hanem mindazon személyek, a kik benne laknak, sőt nyomozás után mindazon helyek, a hol a beteg a megbetegedését megelőző időben járt. Ilyen esetekben a beteggel együtt dolgozók egyéni fertőtlenítése is fontos s ezek is kinyomozandók.

Maguk a fertőtlenítő eljárások különbözők. Fertőtlenítünk gőzzel, vegyszerekkel való lemosással, vagy ezekbe való beáztatással, formalingázok párologtatásával, vagy ugyancsak formalingázokkal, de vacuumban.

Gőzzel fertőtlenítjük a beteg ágyneműjét, ágybetéteket, ruhákat, függönyöket, szőnyeget, kárpitozott butorokat, ha a rajtuk lévő farészek nem furnirosak. Nem lehet gőzzel fertőtleníteni a bőrtárgyakat, a prémekeket és a szennyes fehérneműt.

Vegyszerekkel való lemosással fertőtlenítjük a butorokat, a falakat, a padlót, az evőeszközöket, evő- és főzőedényeket. Az evőeszközökhöz, edényekhez és konyhai felszerelésekhez tartozó tárgyakat nem szabad szublimattal, carbollal vagy más ilyen mérgező hatású szerekkel lemosni. Ezeknek fertőtlenítéséhez meleg lúgkoldatot vagy szappanoldatot kell használnunk. Fém tárgyakat nem szabad szublimatoldattal fertőtleníteni, mert az megmarja ezeket.

Vegyszerekbe való beáztatással fertőtlenítjük a mosóruhákat, szennyes fehérneműt, csipkefüggönyöket.

Formalingázok párologtatásával fertőtlenítjük, mérlegelve mindig azt, hogy a formalingáz így alkalmazva csak a felületeket fertőtleníti, mindazon tárgyakat, melyeket sem gőzzel, sem vegyszerekkel való lemosással fertőtleníteni nem tudunk. Ilyenek például a tollas női kalapok, prémtárgyak, bőrneműek, bőrkötésű könyvek, finomabb festésű vagy tapétás falak, olajfestmények, rajzok.

A formalingázoknak vacuumban való alkalmazása arra készült gépekben a legjobb eredményeket adja, mert ilyen fertőtlenítési eljárással a holmiban sem színbeli eltérés, sem gyűrődés, sem nedvesség okozta bármilyen kár nem esik, e mellett a formalingázok ilyen módon átjárják a gépbe rakott holmit, így tehát a formalin nemcsak a felületeket fertőtleníti, hanem éppen úgy, mint a gőz, a mélybe is hatol.

Az egyes fertőtlenítő eljárások kiválasztása kellő szakértelmet kíván, ezért csak jól kitanított emberek végezhetik, eltekintve attól, hogy ezt a gépek kezelése is megkivánja.

A gőzfertőtlenítéshez a megfelelő alakú, jól felszerelt, manométerrel, hőmérővel, szellőztető készülékkel ellátott gép szükséges. A baktériumok elpusztítására 100—108 C° hőmérsékletű, nedves, áramló gőz alkalmas, s ez csak úgy járja át a tárgyakat, ha nyomása legalább 0.2 légkör nyomásnak felel meg. Magasabb nyomású gőz, minthogy már a hőmérséklete is ezzel magasabb lesz, nem alkalmas fertőtlenítésre, mert a tárgyakat megpörköli. A gép belső szerkezete olyan legyen, hogy a belsejét harántul behelyezhető farácsokkal több részre lehessen osztani. A farácsok egymástól való távolsága 45—50 cm.-nél nagyobb ne legyen. A rácsok behelyezése azért szükséges, hogy a gépbe rakott tárgyakat így a gőz könnyebben átjárhassa. Az ilyen módon jól felszerelt gépekbe lazán elhelyezett tárgyakon levő baktériumokat, még az anthrax-sporát sem kivéve, a gőz 45 perc alatt bizonyosan elpusztítja. A gőzfertőtlenítő gépeket szállító gyárak a gépek használatára szükséges utasításokat megadják, de minden esetben célszerű, ha a gépet a használatba vétel előtt anthrax-sporák fertőtlenítésével kipróbáljuk, s ezen próbákat időnként megismételjük.

Vegyszerekkel való lemosáshoz, vagy beáztatással végezendő fertőtlenítéshez különböző százaléku különböző vegyszereket használhatunk. Leghasználatosabb a szublimat 1‰, carbolsav 5‰, bacillol 3‰, mész 20‰, lúgkő 2‰, kaliszappan 4‰, lysoform 8‰-os oldata.

A budapesti fertőtlenítő intézetben a lakások fertőtlenítéséhez csaknem kivétel nélkül a szublimat 1‰-os oldatát használjuk. Olyan lakásokban, a hol igen nagy a piszok, előnyös a bacillol használata, mert ez szappan-tartalmánál fogva igen jó piszokoldó. Férgek lakásokban igen jó hatású a bacillolos formalinoldat. A bacillol és formalin egyenlő mennyiségben veendő.

Általában a vegyszereket, melyekkel dolgozni akarunk, úgy kell megválasztanunk, hogy kellemetlen szaguk, színük ne legyen s könnyen oldódva a munkában se okozzanak késedelmet. Ezért legcélszerűbb a vegyszeroldatokat készen tartani. A vegyszerbe beáztatással való fertőtlenítéshez a szublimat 1‰-os oldatát használjuk. A vegyszerbe 2 óráig beáztatott szennyes ruhákat csak ez után szabad mosni.

A formalinpárologtatással csak a felületeket tudjuk fertőtleníteni, ezért úgyszólván sohasem fertőtlenítünk csak formalinnal, hanem előzetesen lemosással és azután a kényesebb tárgyakat formalinnal. A formalin-fertőtlenítéshez igen különböző gépek vannak szerkesztve és különböző formalingyártmányok használatosak. Mindazon gépek, melyekből a formalint párologtatni lehet, jók, azok azonban, a melyek a formalint permetezik, nem jók, mert így a formalin apró cseppek alakjában a szoba butoraira jut, bennük esetleg kárt is tehet, s a fertőtlenítést sem végzi kellő pontossággal. Azon formalinpárologtató gépek, melyeket a fertőtlenítendő helyiségen kívül helyezhetünk el s a formalingázt arra alkalmas csövön a kuleslyukon keresztül vezethetjük be, célszerűbbek, mert a fertőtlenítő a párologtatás alatt figyelemmel kísérheti, vajjon nem okoz-e tűzveszélyt.

A formalinnal való fertőtlenítéskor a következő szabályok tartandók be: a fertőtlenítendő szoba ajtaján és ablakain levő nagyobb réseket vízbe mártott puha papírral beragasztjuk, hideg

időben a szobát legalább 15 C^o-ra befűtjük, a tüzet ezután kioltva, a kályha nyílását eltömjük, a butorokat a szobában úgy rendezzük el, hogy minden részüket a formalingáz jól érhesse, a padlót felnedvesítjük s ezután a formalinpárologtató gép csövét kívülről a kulcslyukban elhelyezve, megkezdjük a formalin párologtatását. Nem kell az ablakok s ajtók legapróbb réseit eltömni, mert egyrészt hermetice nem tudjuk elzárni a szobát, másrészt a formalin megfelelő megszorításával az apróbb réseken veszendőbe menő formalinmennyiséget pótolhatjuk. A formalin mennyiségét úgy határozzuk meg, hogy a helyiség minden köbméterére 5 gm. gázt számítunk.

A budapesti fertőtlenítő intézetben a kereskedelemben kapható 40%-os formalinoldatot használjuk. Ezen formalin 1 literjével egy 80 köbméteres szobát tudunk fertőtleníteni.

A vacuumos formalin-fertőtlenítéshez külön gépek kellenek. Az eljárást saját szerkezetű kísérleti gépén a budapesti fertőtlenítő intézet jelenlegi igazgatója már 1904-ben kipróbálta, le is írta. A gépet a hazánkban levő fejletlen ipari viszonyok s az érdeklődés hiánya miatt meg nem csináltathatta. Egy berlini cég teljesen ugyanilyen alapon megszerkesztett gépet hozott forgalomba.

A vacuumos formalin-fertőtlenítésnek nagy jövője van, mert kevés meggel, gőz, tehát nedvesség nélkül tudjuk vele a fertőtlenítést elvégezni, még a legkényesebb tárgyakon is.

Mint fentebb említettem, a fertőtlenítéseket csak szakképzett, gyakorlott emberekkel végeztethetjük. E célból a székesfeváros törvényhatósága az állam támogatásával országos fertőtlenítő-tanfolyamot szervezett. Ilyen tanfolyamokat minden hónapban tartunk. s az ezen tanfolyamokon, 3 évi fennállásuk óta, a vidéki hatóságok által felküldött 441 fertőtlenítőt tanítottunk ki.

Ha kiképzett fertőtlenítők és megfelelő felszerelések állanak rendelkezésünkre, semmi járvány sem találhat készületlenül.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

F. Legueu: Traité chirurgical d'urologie. Paris, 1910. F. Alean.

Bámulatos az a hatás, a melyet Guyon tett azokra, a kik mellette működtek. A francia sebészek legtöbbször megfordult a Necker-kórházban és magával vitte onnan az urologia iránti érdeklődést, a melyet megtartott akkor is, a mikor az általános sebészetre tért vissza. Tanujele ennek az előttünk fekvő vaskos könyv is, a melyet a Laënnec-kórház sebészfőorvosa, *Legueu* írt. A munka beosztása a sablonostól eltérő. A szerző mellőzte az anatómiai beosztást és nem tárgyalta az anyagot a húgyvese, prostata, ureter, vesék fejezeteire osztva. Szerinte az egyes szervek összefüggően a húgyszervi rendszert alkotják, a melynek betegségei az egyik anatómiai részből áttérhetnek a másikra. Ezen elv alapján az általános diagnosztikai és therapiái tárgyalások után az infectiók, tuberculosis, paraziták megbetegedések, kő, daganatok stb. fejezeteire osztja fel az anyagot. Ez a felosztás sympathikus, felesleges ismétlésektől ment meg és az anyagot könnyebben átnézhetővé teszi. Bő személyes tapasztalás mellett a francia és a külföldi irodalom kellő méltánylása, világos írásmód jellemzi a könyvet. A kóros elváltozásokat és egyes műtéteket 708 szép kép illusztrálja. A könyvhöz *Guyon* írt előszót. *Rikmer dr.*

Új könyvek. *Yosai Shimodaira*: Experimentelle Beiträge zur Wirkungsweise der Bier'schen Stauungstherapie. Jena, G. Fischer. 3.60 m. — *O. Busse*: Die übertragbare Genickstarre. Jena, G. Fischer. 12 m. — *H. Pfeiffer*: Das Problem der Eiweissanaphylaxie. Jena, G. Fischer. 6 m. — *Finger und Oppenheim*: Die Hautatrophien. Wien, F. Deuticke. 8 m. — *J. Berze*: Die hereditären Beziehungen der Dementia praecox. Wien, F. Deuticke. 4.50 m. — *Brugsch und Schittenhelm*: Der Nukleinstoffwechsel und seine Störungen. Jena, G. Fischer. 4.50 m. — *C. Wegele*: Neuere Forschungen auf dem Gebiete der intestinalen Autointoxikationen und ihre Behandlung. Würzburg, C. Kabitzsch. 0.85 m. — *P. Schuster*: Drei Vorträge aus dem Gebiete der Unfall-Neurologie. Leipzig, G. Thieme. 2 m. — *G. Fischer*: Briefe von Theodor Billroth. 8. Auflage. Hannover, Hahn'sche Buchhandlung. 9 m. — *J. Bresler*: Die Syphilisbehandlung mit dem Ehrlich-Hata'schen Mittel. Zusammenstellung der bisherigen Erfahrungen. 2. Auflage. Halle, C. Marhold. 1.80 m. — *J. Cernach*: Differential-diagnostische Tabellen der inneren Krankheiten. München, J. F. Lehmann. 3 m. — *W. Wechselmann*: Die Behandlung der Syphilis

mit Dioxydiamidoarsenobenzol. Mit einem Vorwort von Prof. P. Ehrlich. Berlin, O. Coblentz. 10 m. — *M. Brissot*: L'aphasie dans ses rapports avec la démence et les vésaines. Paris, G. Steinheil. 8 fr. — *B. Hollander*: The mental symptoms of brain disease. London, Rebman. 5 sh.

Lapszemle.

Belorvostan.

A typhus abdominalis kezeléséről pyramidonnal ír *Jacob*, a strassburgi belklinika (Prof. Moritz) segédje. A nevezett klinikán az utóbbi 3 esztendőben rendszeresen pyramidonnal kezelték a typhusos betegeket. Úgy jártak el, hogy — ha csak sürgős beavatkozás nem mutatkozott szükségesnek — a klinikára fölvevett beteget előbb 1—2 napig befolyásolatlanul hagyták, hogy így az eset súlyosságáról lehetőleg tiszta képet kapjanak. Ha a hőmérsék 39^o-os vagy ezen felüli volt (a végbélben mérve), ha kifejezett subjectiv zavarok voltak (fejfájás, súlyos betegség érzete) vagy általános tünetek az idegrendszer részéről (nyugtalanág, somnolentia, delirium): 2 óránként 0.1—0.15 pyramidont adtak (Rp. Pyramidon 2.0; Sir. simpl. 20.0; Aqu. destill. ad 200.0) az érverés és hőmérsék gondos megfigyelése mellett. Többnyire reggel 6-kor kezdték az adást és éjjel 12-ig folytatták. E kezelésnek hatása első sorban az volt, hogy a hőmérséklet 1 vagy több fokkal csökkent és továbbra is alacsony maradt. Az említett kiesiny adagokkal csak elvétele lehet láztalan állapotot létesíteni, de ez nem is volt a céljuk, csupán a status typhosust akarták megszüntetni, a mi többé-kevésbé sikerült is. A beteg általános állapotának javulása sokszor rendkívül szembeszökő volt; sok beteg olyan benyomást keltett, mintha már az üdülés szakában volna. De a többi esetben is kifejezett volt az általános állapot javulása, úgy hogy noha a hőmérsék a nap egyes óráiban magasabbra emelkedett is (39 vagy 39.5^o-ra), a betegek mégis teljesen nyugodtak voltak, sokat aludtak, táplálkoztak és könnyen tisztán tarthatók voltak, a mi a beteg ápolását nagyon megkönnyíti s a beteg környezetének fertőződését csökkenti. Lényeges, hogy a pyramidont hosszabb időn át adjuk, s csak a mikor a hőmérséknek normálissá válásából már arra következtethetünk, hogy a lázas szak a vége felé jár, hagyjuk el kísérletképpen egy napra a pyramidont, megtudandó, vajjon van-e még láza a betegnek. Ha van, esetleg kisebb adagokban még tovább adjuk a szert s néhány nap múlva ismét teszünk ilyen kísérletet. Minthogy azonban a láznak ezen kisebb fokait, a melyek a reconvalescenciába átmenéskor fennállanak, a beteg subjectiv zavarok nélkül tűri, teljesen el is hagyható ilyenkor már a pyramidon. Kellemetlen mellékhatások ezen kezelésmód mellett nem észlelhetők. Néhány beteg a pyramidon használatának első napjaiban erősebben izzad. Kiemelendő, hogy a vérkeringésre való káros hatását a szernek sohasem látták, a mi mindenesetre nagy előny a legtöbb antipyreticummal szemben.

A mi már most az eredményt illeti: összesen 80 középsúlyos és súlyos typhus-esetet kezelték pyramidonnal; a betegek közül 8 halt meg, még pedig 4 bélvérzés, 2 diffus peritonitis és 1—1 szívgyengeség és circumscrip peritonitis, illetve pneumonia crouposa folytán. Ezzel szemben az ugyanakkor pyramidon nélkül, fürdővel kezelt 127 beteg közül 18 halt meg, vagyis ez utóbbiak halálozási százaléka 14.1, a pyramidonnal kezeltnek 10 százalékával szemben. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1910. 33. szám.)

Idegkórtan.

A syphilis szerepe az idiotaság előidézésében igen nagy, mint azt *Lippmann*-nak (Königsberg) részben *Wassermann* dolgozójában végbevitt vizsgálatai mutatják. Serodiagnostikával ugyan csak 9^o/o-ban volt positiv a reactio, de a többi tünet figyelembe vétele után a szerző egész más eredményre jutott. Tekintetbe kellett venni a beteg multjában kimutatható egyéb lueses jelenségeket, a szülők luesét vagy kimutathatóan lueses eredetű megbetegedését (dementia paralytica stb.), az objectiv jelek közül a chorioretinitis areolaris pigmentosa, a Hutchinson-fogak tartoznak ide stb. Ezek alapján az esetek 40.2^o/o-ában az öröklött syphilis kétségtelennek látszik. Ezenkívül is több esetben volt alapos gyanú. Gyakorlatilag ebből az a tanulság folyik, hogy az idiotaság elején lues ellen való kezelést kell kezdeni. E szempontból érdekes, hogy *Fournier* és *Ziehen* egyes esetekben ezt már megkísérelték és látták is kedvező

eredményt. Természetes azonban, hogy sikert ettől nem minden esetben lehet várni, mert az idiotaság nem önálló betegség, hanem több okból származható tünet. Ha sikerülne a mondott arányban, tehát az idioták 40%-ában a bajt gyógyítani vagy megelőzni, nagy dolgot mivelhetnénk. E célból azonban nem igen volna elég a már meglevő idiotaságot kezelésbe fogni, mert az agyvelő elváltozása részben már a méhen belül való életben származik. Cél szerű volna a női poliklinikákon, a terhes asszonyok otthonaiban rendszeresen végezni a Wassermann-reactiót és ha az pozitív, kényszerű kezelést megindítani. (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1910. 39. k.)

Kollarits Jenő dr.

Elmekörtan.

A spiritismus és elmebetegség viszonyáról ír Lévy-Valenti. A spiritismus a vallással elégedetlenek menedékhelye. A spiritismus hívői között elég nagy számmal akadunk degeneráltakra, a kik alkalmas talajt szolgáltatnak a „délire spirite“ (spiritista deliriumok) kifejlődésére. A spiritista deliriosok oly médiumok, a kik önkéntelenül állandó „trance“ alatt állanak. A spiritista delirium nem egyéb, mint a hallucinatorius elmezavarás különös alakja, melyet az illető személyek debilitása módosít, a hallucinatio pedig a „trance“-szal járó személyek között és végső foka. A spiritista deliriumok sokban hasonlítanak a vallásos tébolyodottsághoz, de, mint általában a degeneráltak téves eszméire, úgy ezekre is jellemző, hogy a téves eszmék rendszertelenek, töredékesek, indokolatlanok, felületesek, polymorphok. A téves eszmék, szemben az igazi tébolyodottsággal, gyorsan, hirtelen jelentkeznek és rohamosan fejlődnek. A téves eszmék többnyire nagysági, üldöztetési és hypochondriás jellegűek. A hallucinációk a legkülönbözőbb érzékszervekben jelentkezhetnek, de leggyakoribbak a hanghallások és izomérzési hallucinációk, sokkal ritkábbak az izlésiek és szaglások. Igen gyakori a betegek között az erotismus és psychés infectio.

A spiritista delirium prognosisa, mint a degeneráltak psychosisa általában, elég kedvező, igen gyakori a javulás, sőt teljes gyógyulás is lehetséges, úgy, hogy csak a sajátos bizarrság marad fenn. Igaz ugyan, hogy a visszaesés is gyakori, sőt egyesek nem is gyógyulnak meg, de ez esetekben is javulhat állapotuk annyira, hogy házi ápolásra alkalmasak. Az orvos feladata első sorban az izolálás és a testi erők fenntartása és hogy a beteg figyelmét foglalkoztatással a téves eszméiről eltereljük. A prophylaxis is sokat tehet, feladatunk abban áll, hogy a degeneráltakat tartsuk távol a spiritista ülésektől. (L'Encephale, V., 1910. első félév, 696. l.)

Goldberger Márk dr.

Morphium és isopral abusus következtében jelentkező epileptoid és delirans állapotokról ír Moerchen. A szerző 34 éves morphinista esetét közli, a ki hónapok óta nagy adag isopralt használt. A betegség lefolyásában delirium tremenses tünetek jelentkeztek, melyeket a szerző úgy magyaráz, hogy az isopral, mint trichlorisopropylalkohol fejtett ki az aethylalkoholhoz hasonló mérgezést.

Az irodalom és saját esete méltatása után a szerző azon nézetet vallja, hogy a chronikus morphinismus lefolyásában főképpen psychopathiás egyéneken epileptiformis göresök mellett transitorius zavartságokat észlelhetünk, melyek egyes esetekben eltérhetnek a delirium tremens alcoholicum képétől, de más esetekben oly mérvben hasonlíthatnak hozzá, hogy a megkülönböztetés alig sikerül. Hogy a megbetegedés organikus, vagy functionális alapon fejlődik-e, nem lehet eldönteni. Felvehető, hogy a morphinismushoz akkor esatlakozik delirium tremens, ha komplikált mérgezéssel (alkohol vagy altatószer stb.) állunk szemben és e mérgek a középponti agyvelőre gyakorolt hatásuknál fogva az eredeti kórképet módosítják. Ezen átmeneti megbetegedéseket, minthogy részben a delirium tremenshez közelednek és a rendes morphinismus elmezavartól eltérnek, különálló kórfórmanak kell tekintenünk és a „morphinisták delirium tremensének“ nevezhetjük el. (Monatschr. f. Psychiatr. u. Neurol., 1910. XXVIII. kötet, 35. füzet.)

Goldberger Márk dr.

Gyermekorvostan.

Akroasphyxia a gyermekkorban. E névvel illetik a végtagok distális végein jelenlevő lokális asphyxiát. Leginkább lehetne e kórt a Raynaud-féle betegséggel összetéveszteni; de míg az

előbbi lassanként, nem rohamokban fejlődik ki, addig a Raynaud-kór mindig rohamokban jelentkezik. E betegségben az asphyxiás végtagon sensibilitási és trophiás zavarokat észlelhetünk, nem ritkán általános ideges tünetek is komplikálják. Míg a Raynaud-féle kór 3 egymástól jól megkülönböztethető stadiumon: a lokális syncope, asphyxia és gangraena stadiumán megy át, addig ez az állapot mindig a Raynaud-kór II. stadiumában, az asphyxia stadiumában jelentkezik csupán; ez a körülmény differential-diagnostikailag fontos, valamint az is, hogy e folyamatnak paroxysmusai nincsenek. A fájdalom iránti érzékenység csökkent, a mi a Raynaud-kórban éppen fokozott. Cassirer éppen ezért a folyamatnak megjelölésére az akroasphyxia chronica hypaesthesia vagy anaesthesia nevet ajánlja. Néha trophikus zavarokkal jár, ekkor a végtag megvastagszik, ez esetben a folyamatot az akroasphyxia chronica hypertrophica névvel lehet megjelölni.

E. Kartje esetében a cyanosis lassan fejlődött ki, álló helyzetben vagy hideg közegben fokozódott, lefektetéskor vagy meleg fürdőben engedett. A cyanosisos testrész, különösen a belső (tenyéri) felszínen izzadságtól fedett; hypaesthesiás, különösen hideggel szemben. A végtag hűvös, subjective hideg érzést okoz a betegnek. A cyanosisos rész felett a bőr márványozott. A capillarisok vérnyomása különösen fennálló helyzetben csökkent és így az arteriák és capillarisok közti nyomáskülönbség fokozódott. Az idegek villamos ingerlékenysége fokozott, úgy mint a tetaniánál.

A baj etiológiája homályos, Vincent összefüggésbe hozza a pajzsmirigy insuficienciájával. Ő szerinte általános ideges megbetegedés, a mely az érszűkítők göresével és így a venosus hyperaemia állandósulása folytán cyanosissal jár. Ugyanezt mutatná az a körülmény, hogy meleg fürdő után, a mikor a cyanosis csökkent, a végtag érzékenysége is növekszik. Így tehát a szerző szerint a baj létrejött az idegrendszer általános gyöngülésének eredménye.

Therapiája: Nyugalom, a vércirculatio fokozása meleg fürdőkkel, meleg borításokkal, az idegeknek állandó árammal való villamozása s általános roborálás. (Archiv für Kinderheilkunde, 53. k., 4.—6. füzet.)

Bókay Zoltán dr.

A számarhurut kezelése fluoroformmal. Tissier 1908-ban hozta javaslatba pertussis ellen a fluoroform-kezelést, melyet Mathilde de Biehler 232 esetben próbált ki és eredményeiről a következőkben számol be: A 232 eset közül 38 gyógyult 10—15 nap alatt, ezek azok, melyeket kezdettől fogva fluoroformmal kezelt. 186 esetben 3—4 hét alatt állott be a gyógyulás, 8 esetben pedig 7—8 hét alatt látott eredményt. Szövődményeket nagyrészt csak azon esetekben láttak, melyekben a kezelés csak a 3—4. héten indított meg. A halálozás 1.6% volt. Azon esetekben, melyekben a fluoroformot kezdettől fogva alkalmazták, sohasem láttak nyelvfék-fekélyt, erős hányást vagy vérzést. Általában eredményesebb volt a kezelés idősebb gyermekeknél. A fluoroformnak megvan az az előnye is, hogy még a legfiatalabb gyermekek is jól tűrik. Adagolása a következő: az első életévben napjában 3×10 —15 cseppet és minden roham után 5—10 cseppet adhatunk (24 óra alatt 200—250 cseppet), a második és harmadik év között háromszor napjában 15—20 cseppet, ennél is idősebb gyermekeknek háromszor napjában 25—30 cseppet adagolhatunk. A fluoroform legjobban tejben vagy vízben adható. (Arch. de Méd. des Enfants, 1910. 7. sz.)

Péteri dr.

Börkörtan.

A prostataszemcsék összetételét vizsgálta E. Björling (Malmö). Ismeretes, hogy prostataszemcsék néven azokat a nagyrészt kerek, szintelen vagy csaknem szintelen, a vörösvérsejtnél jóval kisebb képleteket értjük, a melyek a physiologiás prostataváladék alakelemeinek a legnagyobb részét alkotják. Az általános nézet értelmében ezek a prostataszemcsék lecithinből állanak, a miért is lecithinszemcséknek vagy lecithintestecskének is nevezik. A szerző igen szorgalmas és beható vizsgálatai folyamán, a melyek a terjedelmes közleményben részletesen vannak ismertetve, a következő következtetésekre jut: 1. A prostataszemcsék nem lecithintestecskék, sőt a lecithin nem is főalkotórészük. A lecithin ugyanis alkoholban, aetherben és chloroformban oldódik, az osmiumsav pedig feketére festi. Mindezeket a reakciókat azonban a legtöbb prostataszemcsé

nem adja. 2. A prostatavádék leukocytáiba zárt zsírszerű szemcsék sem állanak lecithinből, hanem valószínűleg zsírból. 3. Ezek a leukocytákban foglalt testecskék nem állanak ugyanabból az anyagból, mint a közönséges prostataszemcsék. A kétféle szemcsének nemcsak különböző a fénytörése, de a kémiai magaviselete is. A leukocytákba zárt szemcséket ugyanis az osmium feketére színezi a „Scharlachrot” is megfesti. 4. Valószínű, hogy a prostata-szemcsék sejteknek a szétesési termékei. Sok szól a mellett, hogy sok közülük, vagy talán valamennyi, a leukocytáknak a részecskéiből ered. 5. A prostatavádékban levő élő leukocyták valószínűleg még nem bizonyítják azt, hogy a prostata kórosan van elváltozva, még akkor sem, ha nagyobb mennyiségben fordulnak elő. (Archiv für Dermatologie und Syphilis, 103. k., 1. f.)

Guszmán.

Fülörvostan.

A hallásvizsgálat egységes jelzéséről ír Jörger Möller.

A hallásvizsgálat eredményét képletekben szoktuk kifejezni. Ezen képleteket jóformán minden fülörvos a saját ízlése szerint módosítja, úgy hogy megértésük sokszor az otologusok számára is lehetetlen. Ezen állapot megszüntetésére a bordeauxi congressus Möller elnökségével hét különböző állambeli legelőkelőbb otologusból álló bizottságot küldött ki. Ezen bizottság egy tervezetet készített és azt be is nyújtotta a budapesti otologiai congressusnak. A congressus ezen tervezetet el is fogadta, és kéri az összes fülörvosokat, hogy ezentúl a nyilvánosságnak szánt közléseikben ezt használják.

A bizottság csak az úgynevezett qualitativ vizsgálatot tartotta szem előtt, míg a quantitativ vizsgálatot (mint a milyen a hallási mező meghatározása stb.) kiki a saját tetszése szerint jelezheti.

A bizottság által megállapított alak, úgy a mint az egy képzelt középfülbántalom esetén végzett functiovizsgálat eredményeként iktatott be, a következő:

AD	25	20	30	÷8	20	80
WS (15) + 5	a ¹ M (20)	a ¹ A (60)	c ⁴ A (30)	R (35)	H (30)	P (15)
AS	20	60	30	+35	30	150
	150	30	D ₁	40,000		
	V (38)	v (78)	LI	LS		
	>20	15	C ₂	40,000		

AD és AS = Auris dextra. Auris sinistra.

W = Weber-féle kísérlet; a lateralisatio egy megfelelő irányú nyíl (→) által jelöltetik.

S = Schwabach-féle kísérlet; ez az „a¹” hangvillával (435 rezgés) végzendő. Megjelölendő a normális hallási idő az S után zárjelben, s utána írjuk + vagy ÷ jelzéssel a különbséget másodpercekben; ha a perceptio ideje normális, akkor = a jel.

a¹M (= mastoideus, csontvezetés). Jelenti az „a¹” hangvillának perceptio idejét a csesnyűlványon át. A normális perceptio idő zárjelben az M után íratik, a talált eredmény a beteg jobb füléről felül, a beteg bal füléről alul irandó, másodpercekben kifejezve; ha csak a különbség jelöltetik, akkor ezt + vagy ÷ jelnek a szám elébe való tételével jelezzük. Ha pedig esupán felületes vizsgálatot végzünk, a nélkül, hogy a másodperceket olvasnánk: akkor egyszerűen + szal jelöljük a nyújtott és ÷ szal a megrövidült állapotot, továbbá = jellel a normális állapotot. „a¹” hangvilla helyett esetleg a „c²” hangvillát is használhatjuk.

a¹A (= aër, légvezetés) jelenti az „a¹” hangvilla perceptio tartamát, közvetlen a fül előtt tartva.

c⁴A = jelenti a „c⁴” (2048 rezgés) hangvilla tartamát szintén légvezetéssel.

R = Rinne-féle vizsgálat. Itt meg kell határozni a csontvezetés és a légvezetés, illetőleg a légvezetés és a csontvezetés közötti időkülönbséget és ezen különbséget a másodpercek számában kell felírni; még pedig, ha a légvezetés tart tovább, akkor a különbséget + jeggyel, míg ha a csontvezetés tart tovább, akkor ÷ jeggyel. Ha a csontvezetés ideje ugyanannyi mint a légvezetésé, akkor az = jeggyel jelölendő. Felületes vizsgálat esetén csak a + vagy ÷ jegy irandó a másodpercek száma nélkül. Ha a hangvilla csak légvezetéssel hallatszik, ez „+”-val jelölendő, míg ha csak a csontvezetés hallatszik, ez „÷” jeggyel irandó; a mikor is a differentia értéke „τ÷δ” lesz, melynél τ a légveze-

tést, δ a csontvezetést jelzi. Ha a Rinne-féle vizsgálatnál a differentia ideje pontosan meghatározatik, akkor a R után a megfelelő hangvilla normális differentiája számokban odairandó. Ezen vizsgálat az „a¹” (435 rezgés) hangvillával végzendő.

H = horologium (zsebóra). A normális távolság, meterekben kifejezve, zárjelben odairandó. Ha az óra csak a fülkagylóhoz hozzátartva hallatszik, annak a kifejezésére „a. c.” (= ad concham) irandó.

P = Politzer-féle acumeter, meterekben fejezendő ki, mint az előbbi.

V = Vox, a conversatiós beszéd } hallási távolságát szintén
v = vox, a sügőbeszéd } meterekben, felül a jobb, alul a bal fülre vonatkoztatva kell jelezni. A megfelelő vizsgálati szó zárjelben a V, illetve a v után irandó. Ha minden vizsgálati szót meghall a vizsgált egyén a rendelkezésre álló legnagyobb távolságról, úgy hogy gyanítható, hogy némely szót nagyobb távolságról is meghallana, akkor a távolságot meterekben kifejező szám elé „>” jegy irandó. Ha a szó csak a fül közvetlen közelségéből értődik meg, akkor „0.01” = 1 centimeter irandó. Ha Quix szerint az aequiintensiv és isozonás vizsgálati szavakkal vizsgálunk, akkor a különböző csoportok értéke kötőjellel (—) kötéssék össze, és pedig először jöjjön a legmélyebb csoport értéke.

LI = Limes inferior, alsó határ. Ez lehetőleg a Bezold-féle continuus hangsorozattal állapíttassék meg, és a legalsó még hallható hang zenei nevével, vagy az illető hang kettős rezgési számával jelölendő. Ha a vizsgálónak nem áll rendelkezésére continuus hangsorozat, hanem például csak a C hangvillák sorozata különböző octavákban, akkor a legmélyebb még hallható hangvilla jelölendő meg egy „<” jeggyel, a mi azt jelenti, hogy esetleg még mélyebb hangok is hallhatók volnának. Ezen esetben jelöltesék meg, hogy a vizsgálat milyen hangforrással eszközöltetett.

LS = Limes superior, felső határ. Azon esetben, hogyha ez, az Edelman-féle Galton-sípval határozatik meg, akkor az illető hang rezgési számával jelöltesék. Más esetben az illető hangforráshoz (mint a Schultze-féle monochord, König-féle hangzó rudak stb.) mellékelt utasítás szerint jelölendő. Mindig a legmagasabb, még hallható hang jelöltesék a felső határ gyanánt.

A körülményekhez képest egyes vizsgálatok elhagyhatók, nevezetesen az órával és a Politzer-féle acumeterrel való vizsgálat, elhagyható a Schwabach és a Rinne-féle vizsgálat is, ha a csont- és a légvezetés külön vizsgáltatik; viszont a csont- és a légvezetés külön vizsgálata elhagyható, ha Rinne- és Schwabach-féle vizsgálatot végezzünk. Különben ajánlatos, hogy az összes vizsgálatokat megcsináljuk. Ha más hangvillát használunk, mint a melyik elő van írva, akkor a megfelelő hangvilla pontosan jelöltesék meg, a normális perceptio idejével együtt. Különös vizsgálatok, mint a Gellé-féle stb., teljes nevével irandók.

Esetleges további quantitativ vizsgálati methodus minden egyes publicatio esetén pontosan legyen jelölve. Valamint az esetleges graphikai ábrázolások is világosan magyaráztassanak meg.

Példa:

AD	÷5	0	÷20	50	060	c	15000
W = a ¹ M (20)	a ¹ A (60)	c ⁴ A (30)	V (28)	v (28)	LI	LS	
AS	=	÷20	÷10	150	30	A ₁	40,000

így olvasandó: Hangvilla a koponyatetőn nem laterizál. Jobb fül: Csontvezetés megrövidült, légvezetés az „a¹”-re nézve fel van függesztve, a „c⁴”-re nézve meg van rövidülve. A hallás úgy a sügőbeszédre nézve mint a conversatiós beszédre nézve (vizsgálati szó huszonnyolc) eléggé le van fokozva. Az alsó határ jelentékenyen felszállott, a felső határ valamivel lejjebb szállott. Bal fül: Csontvezetés normális, légvezetés megrövidült. Hallás úgy a conversatiós, mint a sügőbeszédre nézve valamivel csökkent; az alsó határ kissé feljebb szállott, a felső határ rendes. Diagnosis: Kombinált középfül- és labyrinthhaj jobb oldalon, tisztán középfülhaj a bal oldalon. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde stb., 1910. LX. kötet, 1. és 2. füzet.)

Udvárhelyi dr.

Kisebb közlések az orvostudományról.

A neurolin Balla Hajós Lajos közlése szerint kitünően bevált úgy az idegrendszer elsődleges functiók zavarában, mint a vérszegénység vagy kiállott heveny betegségek okozta gyengeségi

állapotokban. Hatása már néhány nap alatt mutatkozik. A neurolin 250 gramm vivőanyagban 8 gramm bromot s ezenfelül hypophosphatokat tartalmaz. Adagja naponként 3 evőkanálnyi az étkezések idején. (Budapesti orvosi ujság, 1910. 32. szám.)

Cycloform néven a Bayer-cég (Elberfeld) egy új helybeli érzéstelenítő szert hozott forgalomba, a melyet *Most* nagyon jó eredménnyel használt égett sebzés, fájdalmas granulatio, fissura ani, főleg pedig fájdalmas lábszárfekély eseteiben. A szer nem csupán a fájdalomcsillapítást eszköztette, hanem a sarjadzást is elősegítette. A cycloform teljesen szagtalan; legegyszerűbb egyszerűen por alakjában használni; 5 és 10%-os kenőcs alakjában is kapható, hatása azonban ebben az alakban kevésbé megbízható. (Ref. Deutsche mediz. Wochenschrift, 1910. 32. szám.)

Angina pectoris eseteiben *Franze* szerint jó szolgálatot tesz a következő összetételű por: Rp. Pulv. fol. digital. 0.1; Coffeini puri 0.2; Diuretini 0.5; Morphi hydrochlor. 0.005. M. f. p. D. tal. dos. Nr. V. in caps. amylac. A roham kezdetén egy capsula veendő be, 1/2 óra múlva esetleg még egy. (Folia therapeutica, 1910. 2. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1910. 38. szám. *Mohr Mihály*: A subconjunctivális konyhaszúrásról. *Hollós József*: A gümőkóros autointoxicatio.

Orvosok lapja, 1910. 38. szám. *Chudovszky Móricz*: Sebészeti megbetegedések. „Socialis egészségügy” melléklet, 3. szám. *Schmidt Béla*: A kereskedelmi szakoktatás egy hiánya. *Máthé Gábor*: Javaslatok az állami gyermekvédelem fejlesztése érdekében.

Budapesti orvosi ujság, 1910. 38. szám. *Donath Gyula*: A paralysis progressiva natrium nucleicum-kezelésének további eredményei. *Halász Henrik*: A száj és fogak ápolásának jelentősége a fertőző betegségek elleni küzdelemben. „Füldő- és vízgyógyászat” melléklet, 3. szám. *Farkas Márton*: Az időérzésről.

Vegyes hírek.

A budapesti egyetem orvosi karán megválasztottak: Az I. sz. anatómiai intézethez: *Karsa Géza* díjas gyakornoknak, *Homor Edith*, *Linner Imre*, *Nestlinger Miklós* gyakornoknak, *Matolay László* díjas demonstratornak, *Fényes Pál*, *Hainiss Elemér*, *Hajós Károly*, *Toppler István* demonstratornak; az élettani intézethez: *Hortobágyi Béla* díjas gyakornoknak, *Földessy Tibor* gyakornoknak; az általános kórtani intézethez: *Hári Pál* dr. tanársegédnek (meghosszabbítás), *Janny Rezső* díjas gyakornoknak, *Berczeller László*, *Elischer Ernő*, *Verzár Frigyes* dr. gyakornoknak; a II. számú kórboncolástani intézethez: *Goldzieher Miksa* dr. I. tanársegédnek (meghosszabbítás), *Wein Zoltán* és *Huzella Tivadar* gyakornoknak; az I. sz. sebkezeléshez: *Tóthfaluassy Imre* dr. díjazott, *Czúkor István* dr. díjazatlan műtőnővendéknek; az I. sz. nő-klinikához: *Mattyasovszky Honor* dr. díjas gyakornoknak, *Wesz Miklós* dr. gyakornoknak.

Gara Géza dr. téli fürdőorvosi gyakorlatát Meranban ismét megkezdte.

A budapesti egyetem II. sz. női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum segélyét augusztusban 110 esetben vették igénybe; a műtétek száma 101 volt.

A budapesti poliklinikán augusztusban 385 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 11,145 volt.

Alkoholisták gyógyítóháza. Az Általános Közjótékonsági Egyesület által Rákospalotán fenntartott sanatoriumban alkoholisták és morfinisták nyernek gyógykezelést. E sanatorium, mely ez idő szerint az egyetlen Magyarországon, a nyáron nagy átalakuláson ment keresztül, úgy hogy a betegek elhelyezése a modern kívánalmaknak minden tekintetben megfelelő kényelemmel történik. Az ellátási díj, az orvosi kezelést beleértve, napi 5 korona. A sanatorium Rákospalotán, Árpád-utca 12. sz. alatt van. Felvételre jelentkezni lehet a sanatorium főorvosánál (*Stein Fülöp* dr., Budapest, gróf Károlyi-utca 22. sz.), vagy az egyesület főtitkáranál (*Lányi Márton* dr., Budapest, I., Fehérvári-út 27. sz.).

Meghalt. *Fleischner Sándor* dr. valkányi körorvos szeptember 16.-án.

Kisebb hírek külföldről. *Zuckerlandl* tanár utódává a bécsi egyetem I. anatómiai tanszékén az elhunyt sok éven át tanársegédét és az utóbbi években helyettesét, *J. Tandler* dr. rendkívüli tanárt nevezték ki. — A bécsi egyetemen üresedésben levő szemészeti tanszék ügye is dülőre jutott hosszabb vajadás után, a mennyiben *Fr. Dimmer* gráci tanár a tanszékre való meghívást végre is elfogadta. — A bécsi Erzsébet-kórház nőorvostani osztályának főorvosa *Wertheim* tanár utódképpen *Latzko* dr. magántanár lett. — *B. Slowzow* dr.-t az új szaratoivi egyetemen a gyógyszer-tanárává nevezték ki. — A bostoni Harvard egyetemen külön közegészségügyi fakultást szerveztek, melyet felruháztak a doctor of public health cím adásának jogával is. — Kopenhágában nemrég leplezték le *Niels Finsen*-nek, a fénykezelés hírneves megalkotójának emléksobrát.

A bécsi orvosi kamara felszólítja a bécsi orvosokat, hogy tartózkodjanak olyan reklámszerű hirdetői közlések sugalmazásától, a melyek az új Ehrlich-féle szerrel kapcsolatban az ő nevüket is megemlítik.

Az epilepsia elleni nemzetközi liga f. évi október 4. és 7.-én délután 2 órakor tartja meg évi közgyűlését a berlini pszichiatriai klinika (Ziehen tanár) tantermében a következő programmal: I. Jelentés a liga állásáról (*Tamburini* Roma és *Donath* Budapest). II. A liga nemzeti bizottságának rövid jelentése. Az epilepsziások statisztikája különböző országokban, a különféle intézetek stb. III. *Veith* (Wuhlgarten): Az epilepsziások kriminalitása. IV. *Muskens* (Amsterdam): Kutatások az epilepsia patho-physiologiájáról. V. Végleges bureau választása. VI. A nemzeti bizottság feladata a jövő évre. A kimerítő program a közgyűlésen fog közöltetni.

A **Tonogen suprarenale Richter** a mellékvesék vérzéscsillapító hatóanyaga. Fokozza a vérnyomást, összehúzza a véreket. Szíverősítő és lobellenes. A nyálkahártyákat kitűnően érzésteleníti. Jól válik be az orr-, torok- és gégegyógyászatban és fülészeten. A sebészeten és szemészeten nélkülözhetetlen. Belsőleg, mint cardiacum és haemostaticum nyer alkalmazást. Mint antiphlogisticum kitűnően válik be a gynaeologiában és az urologiában.

Az „**Arsojodin**” igen megbízható és hasznavehető therapeutikus segédeszköz. Ezen pilulák alakjában forgalomba hozott szer rendelése által az arsen oly napi adagait lehet elérni, melyek az eddigi rendelési mód mellett lehetetlenek voltak.

Dr. Jakab-féle Sigetsanatorium

Budapest, VI., Nagy János-utca 47. sz. (A Városliget közvetlen szomszédságában.) Diéta, diagnostika, physikotherapiás sanatorium.

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

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

Consecutiv neuralgiák, sebészeti utóbetegségek és izmalmányok eseteiben. Részleges göngyölés. **FANGO** Erzsébet-körút 51. sz. (Körúti fürdő.) Kezelő orvos vulcanikus radioaktiv iszap **Dr. VÁNDOR DEZSŐ**.

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

Ujtátrafűred Sanatorium

Legszorosabbi betegek részére. Legmodernebb kényelem — központi fűtés — villanyvilágítás. Gondos ápolás, állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Prospektus. Vezető főorvos: *Szontagh Miklós* dr. Egész éven át nyitva

Orvosi laboratórium: *Dr. MÁTRAI GÁBOR* v. egy. tanársegéd. Telefon 26—96. VI., Teréz-körút 27.

Tátra-Széplak

Wessterheim magaslati gyógyhely, sanatorium és vízgyógyintézet üdülő és idegbetegek (Basedow-kór) részére egész éven át nyitva.

Tamássy Park-sanatoriuma

DUNAHARASZTIBAN, Pest megye. Intézeti orvos: **Somossi Lajos** dr. Alkohol-, morphi-, nicotinelvonás.

Széchenyi-telapi sanatorium az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál. Igazgató-főorvos *Schnler György* dr. Felvételnél ideg- és kedélybeteg, neurastheniás, hysteriás, kimerülési esetek, alkoholisták, morfinisták. — Sürgöny: Budapest. — Posta: Budapest, Széchenyi-telap. — Telefon 79—72. — Prospektus. 6318

Siemens és Halske R.-T. Röntgen- és elektro-medikai berendezések. Budapest, V., Lipót-körút 5. szám.

Epileptikus betegek intézete **BALF** gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál *Wosinski István* dr., igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagyméltóságú m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

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

Dr. Stein Adolf RÖNTGEN-LABORATORIUMA. 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. Közkórházi Orvostársulat. (VII. bemutató szakülés 1910. május 4.-én.) 701. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya. (1910. március 19.-én tartott IX. szakülés, 702. l. és 1910. április 16.-án tartott X. szakülés, 703. l.)

Közkórházi Orvostársulat.

(VII. bemutató szakülés 1910. május 4.-én.)

Elnök: Juba Adolf. Jegyző: Körmöczy Emil.

Labyrinthusgyulladás és hozzátársult meningitis műtéttel gyógyult esete.

Fleischmann László: A genyes meningitis az otochirurgiában egészen a legutóbbi évekig nem volt műtét tárgya. Szabályként állott, hogy otogen meningitis esetén a műtét beavatkozás ellenjavalt. Még a múlt évben megtartott congressuson is tekintélyes volt azok száma, a kik ezen állásponton megmaradtak. Az a körülmény azonban, hogy az utolsó években ismételt ismertettek eseteket, melyekben a trepanatio, ámbár a genyes meningitis úgy a klinikai jelekből, mint a liquor cerebrospinalis bakterium- és leukocytatartalmából kétségtelenül meg volt állapítható, gyógyulásra vezetett, lassan meggingatta a régi álláspontot, úgy hogy ma már az otochirurgusok egy része az otogen meningitist sem tartja teljesen reménytelennek és eltekintve annak terminális szakától, melyet kiterjedt hűdések és coma jeleznek, korábbi szakáiban a genyes meningitist operálónak és némely esetben megmenthetőnek tartja. Különösen elvesztette jelentőségét a javalat felállításának szempontjából a lumbális punctio eredménye, mert kiderült, hogy tiszta maradhat a liquor cerebrospinalis genyes meningitis esetén is, és viszont kaphatunk zavaros, leukocytákkal telt liquort meningitis nélkül is, nagy kiterjedésű extradurális vagy agytályog eseteiben. Az eddigi tapasztalatok szerint aránylag jó prognosist nyújtanak azok a meningitisek, melyek labyrinthusgyulladásból kiindulva, főleg a hátulsó, néha a hátulsó és középső agygödörre lokalizálódnak, melyeket Alexander a sokkal rosszabb prognosisu diffus genyes meningitissel szemben „labyrinthogen meningitis“-eknek nevez. Ilyen a labyrinthusból kiinduló genyes meningitis gyógyulásáról van szerencsém beszámolni a következő esetben:

K. S., 23 éves csapos, 15 éves kora óta szenvedett jobboldali genyes fül-folyásban, mely a rossz halláson kívül egyéb panaszokat nem okozott. Körülbelül 4 év előtt szédülés lepte meg, mely pár napig tartott s azóta rövidebb-hosszabb tartammal többször megismétlődött. 1908 június végén a szédülés sokkal nagyobb mértékben jelentkezett, heves fül- és fejfájás és folytonos hányás kíséretében, majd lázas lett, elgyengült, járni nem tudott, úgy hogy állapotának folytonos rosszabbodása miatt 1908 július 13.-án a Szt. Rókus-kórház fülosztályára szállítottattam. Felvétele alkalmával a beteg hőmérséklete 38.7 C°, érverése 120, rettenetes fejfájásról panaszkodik, fejét a párnákba fúrja, az erős szédüléstől felülni nem tud, hányásinger győtri. Kifejezett tarkómerevség, nyomás-érzékenység a gerincoszlopon és a tarkótájékon, szűk, de reagáló pupillák, erős rotatorius nystagmus az ép oldal felé tekintéskor, a jobboldali arezideg paresise, a bőr hyperaesthesiája, fokozott reflexek és positiv Kernig-tünet jelzik a koponyaüri szövödmény jelenlétét, mely a jobb fülben található otitis media purulentához társult. A dobüregben cholesteatoma látható, mely a dobhártyát és a hallócsontocskákat elpusztította. A functionális vizsgálat a labyrinthus teljes érzéketlenségét mutatja mind acustikai, mind pedig statikai ingerekkel szemben, úgy hogy a genyes gyulladásnak a labyrinthusba való áttérése is megállapítható. A diagnostikai célból végzett lumbal punctio alkalmával erős nyomás alatt ürül kissé átlátszatlan, homályos liquor, melyből a coli-fajhoz tartozó rövid, vastag bacillus tiszta tenyésztése volt nyerhető (Krompecher). Még ezen lelet ismerete előtt a beteget megoperáltam: jobboldali gyökerező műtét, a cholesteatoma kitakarítása, a labyrinthus üregeinek feltárása, benne mindenütt genyes sarjak találhatók, kipaeparálása a canalis facialisnak az ideg megkímélésével, a középső és hátulsó agygödör feltárása, mindenütt ép dura mater,

punctio a halántéklebenybe és a kisagyba negatív eredménnyel, a hátulsó agygödör durájának bemetszése kis keresztalakú metszéssel, mire zavaros liquor nyomás alatt ürül. Tályog sem extra-, sem intraduralisan nem található.

A műtétet a beteg jól tűrte és másnapra az összes tünetek feltűnően enyhültek. Hőmérséklete 4 nap alatt normális lett és körülbelül egy hét múlva, mely idő alatt a hátulsó agygödörből állandóan bő liquorömlés volt, panaszmentes lett. Fokozatosan tűntek el a meningealis tünetek, végül a szédülés és az egyensúly-zavar, sőt a facialis-bénulás is visszafejlődött. 8 nap alatt záródott a dura mater nyílása és 2 hónap alatt beállott a teljes gyógyulás. Azóta a beteg ellenőrzés alatt állott és kiújulás nem mutatkozott.

Az eset csakis labyrinthusgyulladásból kiinduló meningitisnek minősíthető a klinikai tünetek, a lumbal punctio eredménye és másnemű szövödmény biztos hiánya alapján.

Teljesen hasonló lefolyású, de sokkal súlyosabb természetű, ugyancsak labyrinthogen genyes meningitist volt alkalmam operálni 3 hét előtt, és ezen beteg is, a kit súlyos állapota miatt teljesen menthetetlennek tartottam, a műtétől számított 12. napra láztalan lett, a meningitis kétségtelen jelei visszafejlődtek s ma teljesen panaszmentes. Ezen esetben is idült genyes középfülgyulladás volt az alapháttér, melyhez a labyrinthus genyes gyuladása, extradurális tályog a középső agygödörben és meningitis társult. A meningitis első klinikai jelei már a műtét előtt jelentkeztek, a műtét után teljes súlyosságukban kifejlődtek s a lumbális punctio diplococcusokkal telt zavaros liquort adott. Erre a középső agygödör duráját keresztalakban bemetsztem, a subarachnoidális üreget draineztam és 3 napi súlyos állapot után javulás mutatkozott. A lumbal punctiót 2 nap múlva újabb agynyomás-tünetek miatt megismétltem és az még mindig zavaros volt. Ettől kezdve azonban a javulás zavartalan. Ma a beteg egy hét óta láztalan, kitűnően érzi magát, a dura sebe beszáradzott és a meningitis gyógyultnak mondható.

A bemutatott esetek is igazolják, hogy a műtét indiciójának felállításakor a lumbális punctio eredménye a jövőben döntő nem lehet és hogy a meningitis kifejezett tüneteinek jelenlétében is jogosult a trepanatio, kivéve a meningitis terminális szakát.

Krepuska Géza: Az otogen meningitis azelőtt noli me tangere volt, újabban azonban a betegség fészkeinek feltárására igen súlyos esetek gyógyulnak. Az első esetre nézve azon nézetét fejezi ki, hogy nehéz meningitisnek tartani. A lumbális punctio folyadék opaleskál, de ez a zavarosság eredhet a belejutott vérséjektől, mikroszkopice geny kimutatható nem volt. Évek előtt volt ilyen beteg, kinek lumbal punctió folyadék zavaros volt, a beteggel semmi sem történt, mégis meggyógyult. Otitise volt labyrinthustünetekkel, melyek meningitist utánoztak. Néha nehéz elkülöníteni a két diagnosist. Hochhalt-tal is volt egy ilyen közös esete. Labyrinthus-bántalom meningitis-tüneteket okozott; a fül rendbehozatalára a beteg meggyógyult. Ma is folytatja a lakatos mesterséget. A bacillus coli nem döntő, csak a staphylo-, streptococcus vagy a Fränkel-féle diplococcus volt jellegzetes. A második esetben a diplococcus diagnostikai jelentőségű.

Tehát a meningitis diagnózisával óvatosak legyünk.

Fleischmann László: Az első esetben a punctió folyadék erős nyomás alatt jött, a mit labyrinthitis nem okoz. Az opaleskálást nem a belejutott vérséjtek okozták, mert az első 5 cm³-t a szülő külön fogta fel és a második rész is opaleskált. Az acut labyrinthitis utánozhat meningitist, de itt chronikus genyes labyrinthitis volt.

Tetanus gyógyult esete.

Lassányi Aladár: A 12 éves fiúgyermek a kórházba való felvétele előtt 2 héttel üvegdarabbal megsértette a jobb lábszárát. A sebre odahaza tapaszt tettek, orvos nem látta. A sérülés után 2 nap múlva már nehezebben tudta nyitni száját, de csak 4 nap múlva, mikor már alig tudta kinyitni és nagy fájdalmai voltak, kereste fel az orvost. Ez gyógyszert nem adott neki, hanem egyenesen kórházba utasította és így került a beteg f. évi március 15.-én az első sebészeti osztályra. Itt azonnal 20 cm³

antitetanus-serumot kapott a bőr alá. A beteget 2 nap múlva nagyfokú nyugtalansága miatt a II. belosztályra tették át. A beteg hőmérséke ekkor 38.7° volt, kifejezett trismus és opisthotonus volt jelen. E naptól fogva (március 17) naponta 0.04 gm. morphint kapott bőr alá és 4.0 gm. chloralhydratot belsőleg. Ezen kezelés mellett a clonusos göresrohamok egyáltalán nem jelentkeztek, a tonusos göresök mindinkább enyhültek, a hőmérsék március 25.-én normális lett. Április 1.-én a trismus teljesen megszűnt és csak az alsó végtagok voltak még kisfokú tonusban. E naptól fogva 0.02 gm. morphint kap bőr alá és 4.0 gm. chloralhydratot pro die április 9.-éig, a mikor már csak a lában észlelünk kisfokú tonusos göresöket. Április 10.-én a morphin és chloralhydrat adagolása elmarad és napi 2.0 gm. natrium bromatum szedése mellett április 17.-én a beteg első ízben száll le az ágyról.

Az esetet azért véljük bemutatásra méltónak, mert adatul szolgál azon kérdés eldöntéséhez, vajon tisztán serummal vagy pusztán belső kezeléssel gyógyítsuk-e a tetanust. A serumos kezelés hírdetői valamennyien megegyeznek abban, hogy az első tetanusos tünettől számított nagyon rövid időn (határnak véve 36 órát) belül adott serum kecséget leginkább sikerrel, de ekkor is csak az enyhe vagy középsúlyos esetekben, a mikor a sérülés utáni második héten jelenik csak meg a tetanus.

Ha most tekintetbe vesszük azt, hogy a serumkezelés mellett majdnem mindnyájan szükségesnek tartják narcoticumok és sedativumok adagolását és így ily esetekben eldöntetlen marad a kérdés, hogy gyógyulás esetén melyiknek javára írható az elért eredmény; akkor esetünk kapcsán — melyben a tetanus tünetei már a sebzést követő harmadik napon mutatkoztak és csak a hatodik napon kapott a beteg egy ízben 20 cm³ serumot, a mikor tehát a fentiek alapján a serum további alkalmazásától eredményt nem remélve, egyedül a gyógyszeres kezelésre határoztuk el magunkat és így értünk el gyógyulást — talán feltehetjük, hogy olyankor, a mikor az orvos adott körülmények között a serumot kellő időben nem alkalmazhatja, az erélyesen keresztülvitt belső gyógykezeléssel is elérhet teljes eredményt.

Homokóragyomor.

Ángyán Béla: A gyomor ezen alakváltozása leggyakrabban szerzett bántalom, még pedig gyomorfekély hegesedése folytán képződik. Ritkább okai lehetnek: peritonitises összenövések, gastritis, corrosio, carcinoma. Állítólag az erős fűzés is szerepelhet ok gyanánt. A homokóragyomor kifejezett esetekben kettős zsák alakját mutatja, melynek majd a cardia-, majd a pylorus-része tágabb.

A tünetek az alaki eltérés foka szerint különböznek. Csekélyebb fokú elváltozások fennállhatnak minden objectív és subjectív tünet nélkül, kifejezettebb esetekben azonban változó dyspepsiás jelenségek mellett kiválólag a gyomor motoros működésében támadnak zavarok. Nagyfokú alaki eltérések súlyos táplálkozás-zavarokkal járnak, sőt halált okozhatnak.

K. B., 40 éves. Baja 4 év előtt kezdődött heves gyomor-fájdalommal és hányással, a mi szigorú tejdiéta mellett elég gyorsan visszafejlődött s fél évig nem jelentkezett újból. Vért sohasem hányt. Gyomorégése azonban gyakran volt. Az utóbbi 2 év alatt hónaponként, majd a múlt év folyamán hetenként is roham-szerűleg jelentkezett a hányás és a gyomorgöres, de csak 2—3 napig tartott.

Osztályunkra március hó 3.-án vétetett fel.

A középtermetű, elég jól fejlett beteg sovány, halavány, arc kifejezése fájdalmas, közérzetét a heves gyomorfájdalom, a hányásinger és hányás, valamint az erős nyálfolys lehangolja.

A has általában behúzódtott, az epigastrium alsó része és a mesogastrium a köldök magasságában erősen elődomborodó, e tájon a hasfal rázásakor loccsanás hallható. Nyomásra az egész tájék igen érzékeny, kopogtatási hangja mély, dobos.

A fájdalom és hányásinger belladonnára és meleg borogatásra 2 nap alatt megszűnt, úgy hogy március 5.-én tüzetesebb gyomorzvizsgálat volt megejthető.

Próbareggeli után 50 perc múlva a gyomorból 50 cm³ sűrű, jól emésztett, szagtalan folyadék volt kiemelhető, mely után azonban a gyomor felett a loccsanás még mindig ki volt mutat-

ható. A kiemelt gyomortartalom szüredékében találtott: szabad sósav 27, összaciditas 53, vér- és tejsav-reactio negatív.

Szénsavval felfúva az egész gyomor mélyebben áll. A kis görbület elmosódó, a pylorus a bordaív alatt 2 harántujjnyira; itt feltűnik, hogy a gyomor pylorus-részének alsó határa valamivel mélyebben áll mint a gyomor fundusának alsó határa. Továbbá, hogy a cavum pylori és a fundus határán a nagy görbület nem lefelé domborodó vonalat, hanem körülbelül 2 1/2 cm. mély behúzó-dást mutat.

Röntgen-vizsgálattal a gyomor subverticális állás mellett súlydott, a curvatura major a köldök alatt 1 1/2 ujjnyira fekszik s ez utóbbi a tágult cavum pyloricum előtt mélyen behúzódtott s ugyancsak ezzel szemben a curvatura minoron is behúzódtás látható, mely által a gyomor egy nagyobb cardiális és egy kisebb pylorusos zsákra oszlik.

Testsúly 55.7 kgm.

A beteg a kórházban tartózkodása alatt csak egyszer, március 13.-án éjjel egy órakor hányt 500 cm³ rosszul rágott és emésztett ételmaradékot tartalmazó folyadékot és a midőn az osztályt március 17.-én elhagyta, 56.4 kgm. volt a súlya.

A körjelzés homokóragyomor, mely gastropstosist és mérsékelt atoniás tágulatát a gyomornak idézte elő.

Okát a homokóragyomornak gyomorfekélyben kellett keresni, mely közvetlen a cavum pylori előtt a gyomor falán körkörös elterjedést nyert s heges gyógyulása után e helyen a gyomor ürítetét szűkítve hozta létre annak alaki eltérését, súlydését és insufficienciáját.

A gyógyítás csakis műtéti lehet. Verebély Tibor a betegen eredményteljesen végzett gastro-enterostomiát. A műtét alkalmával körkörös szűkület találtott a gyomorban és pedig 3 harántujjnyi távolságra a pylorustól, tehát azon a helyen, hol azt a műtét előtt a szénsavval történt felfúvás és a Röntgen-átvilágítás igénybevételel megállapítottuk.

(Folytatása következik.)

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(1910 március 19.-én tartott IX. szakülés.)

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

(Folytatás.)

II. Hevesi Imre: Spasmusos bénulások gyógyítása rhizektomia spinalis posterior (Foerster-féle műtét) segítségével.

Bemutatja egy 11 éves leánybetegét, kin a műtétet 1910. január 26.-án végezte a helybeli Vörös-kereszt-kórházban.

A betegen azelőtt a czombokat egy irányban sem lehetett mozgatni, egymáshoz voltak szorítva, a félig hajlított lábszárait nem lehetett sem feszíteni, sem tovább hajlítani; az Achilles-inaknak 5 év előtt történt megnyújtása daczára a láb dorsalflexiója nem volt kivihető. Achilles-in-, patella-, hajlító talpflex flexio fokozott; Oppenheim-, Babinski-, Strümpell-tünet pozitív; láb-clonus. A reflexek még a túldoldalon is göresös mozgásokat váltottak ki. Izolált mozgások lehetetlenek. A bántalom születés óta áll fenn. Szülői egymással unokatestvérek. Intelligentia dolgában a beteg nagyon elmaradt.

Kimetszett jobb oldalon a 2., 4. lumbális és az 1. sacralis, bal oldalon a 2., 3., 4. lumbális és a 2. sacralis hátulsó gyökökből 2—5 cm. hosszú darabokat egyidejűleg. Csak a dura bevarrását halasztotta másnapra. Az első hetekben mérsékeltén folyt, illetve szivárgott a liquor. Sebgyógyulás a drain helye kivételével per primam, a liquor-szivárgás megszűntével a 3. héten ez is beforrt. Az izommerevség és a fokozott reflexek, az együttmozgások a műtét után rögtön megszűntek. Érzészavar, motoros bénulás nem mutatkozott. Természetesen még hosszas gyakorló kezelésre lesz szükség, hogy a betegnek jól koordinált mozgásai legyenek, de már most kezd támasz nélkül járni. Leül, fölkelni, ágyba feküdni, ott megfordulni magától tud, a mire azelőtt nem volt képes.

III. Felter Ignác: A tuberculosis-bacillus kimutatása a köpetben újabb homogenizáló eljárások segítségével

ezímen tart előadást. Miután az eddig követett eljárásokat ismertette, 4 újabb eljárás használása alkalmával tett megfigyeléseiről számol be. A Hammerl (lúgos ammoniával való homogenizálás), *Ellermann-Erlandsen* (autodigestio, lúggal való felfőzés). Bernhardt (antiformin-ligroin) s a Hüne (neuantiformin) féle eljárások mindegyike jól használható, mégis a Bernhardt-féle eljárás a legértékesebb, úgy az eljárás egyszerűsége, mint a vele elért eredmények miatt is. Az előadó bemutatja az eljárások egyes phasist s mikroszkopi készítményeken a különböző eljárásokkal nyert eredményeket demonstrálja.

(1910. április 16.-án tartott X. szakülés.)

Elnök: **Purjesz Zsigmond.**

Jegyző: **Konrádi Dániel.**

I. Sándor István bemutatása: Spontán esonttörés neuropathias alapon.

II. Géber János bemutatása: Acanthosis nigricans (Dystrophie papillaire et pigmentaire.) Az egészséges családból származó 36 éves nő mindig egészséges volt, 5 gyermeke is egészséges. 1907 nyarán vette észre, hogy homlokán barnás folt jelentkezik, nemsokára rá szájjuga, majd tarkója is erősebben barnult. Ezt azonban napsütésnek vette, csak ősszel tűnt fel, hogy genitáliáin is erősebben barnul a bőre és kistokkú viszketése van. Ettől kezdve folyton rosszabbodott a baja, testi ereje nem gyengült ugyan, de szelleme nem oly friss, sokat szomorkodik és inkább szeret aludni. Most mindkét karja, háta, hasa, elszórtan a czombok bőre száraz, erősebben pigmentált. Néhol mondhatni sötétbarna. Feltűnő az elváltozások a nyakon, a hónaljárokban, térd- és könyökajlatokban, valamint a nemző szervek körül, hol a bőr mondhatni fekete és a papillák annyira megnyúltak, hogy az ú. n. état mamellonné állapot állott be. A hyperkeratosis nem lép nagyon előtérbe. A nyálkahártyák szabad, belső szervek normálisak, a hasüregben neoplasma nem mutatató ki. Gyomor sósavtartalma 27%, összcaciditas 50%. Fehérvérszám 5800, vérnyomás *Gaertner* szerint 80—90, haemoglobin 90%. Ismerteti az aetiologijára vonatkozó theoriákat és arra az eredményre jut, hogy egyik sem állja meg a helyét.

III. Veszprémi Dezső: Echinococcus hepatis érdekesebb esetét mutatja be.

Hozzászól: *Purjesz, Buday és Makara.*

IV. Gergely Endre pilephlebosclerosis esetéről referál. A 69 éves nő március 10.-én vétette fel magát a belklinikára azzal, hogy 5 hó előtt vért hányt, alsó végtagjai egy év óta, hasa pedig 5 hó óta dagad. A klinikán több ízben vért hányt s véres széke volt. Március 15.-én meghalt.

A boncolás alkalmával a *v. portae* törzse jóval vastagabb, elődomborodó, resistens, tömött; ugyancsak tömöttek, részben esontkemények a májba haladó ágak is. A törzset az érfalhoz erősebben odatapadó s már zsugorodott, az ágakat pedig teljesen obturáló thrombus tölti ki. Az intimán kiterjedt meszes plaque-ok, korallszerű kiemelkedések. A *v. lienalis* kifejezett varixos tágulatokkal bír, a fal telve van pergamentszerű, lemezes pikkelyekkel. A *v. mesenterica* fala igen kiterjedten tömött, meszes, ürege thrombussal kitöltött. Lép nagyobb, máj megkisebbedett. Gyomorban, belekben vér, oesophagusban erősen tágult vénák, melyeknek egyike meg van pattanva (ez a gyomor-, illetve a bélvérzés oka.) Végül mikroszkopi készítményei alapján odanyilatkozik, hogy a pilephlebosclerosis nem annyira az intimának erős megvastagodása, mint inkább a mediában székelő elmeszesedés. A bántalom okát valamely ártalmas vegyi anyagban keresi, mely a *v. portae* rendszerében első sorban a media hyalinosis necrosisát s azután annak elmeszesedését okozza. A boncolás syphilisre nem nyújtott támogatást.

(XI. szakülés 1910 április 23.-án.)

Vidakovich Kamill beszámol a német sebészársaság ez évi berlini congressusáról.

PÁLYÁZATOK.

3550. sz.

A Rozália község (Máramaros vármegye) székhelyi rendszerezett **körorvosi állásra** pályázatot hirdet.

Az orvosi körhöz Rozália, Sajó, Sajómező, Batiza, Glód, Izasópatak, Szurdok és további intézkedésig: Jód, Kisbocskó és Izakonya községek tartoznak. Ezen községeknek lélekszáma 16,272.

Felhívom emellegva mindazon orvosudor urakat, a kik ezen 1600 korona fizetés, 600 korona úti átalány, 300 korona lakbér, a látogatási díjak és a batizai gőzfűrészgári munkások kezeléséért a munkásbiztosító pénztártól járó 800 korona tiszteletdíj élvezetével egybekötött körorvosi állást elnyerni óhajtják, hogy az 1888. évi L. t.-cz. 9. §-ában előirt képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **foló évi október hó 6.-áig** adják be.

A választást foló évi október hó 9.-én délután 3 órakor fogom Rozália községében tanástermében megtartani.

Az állás azonnal elfoglalandó és helyettesítés útján is betölthető.

Dragomérfalva, 1910. évi szeptember hó 17.-én.

Solec Béla, főszolgabíró.

2679/1910. sz.

Bihar vármegye esőfai járásához tartozó **gyapju körorvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhívom mindazokat, kik ezen állásra pályázni óhajtának, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt képzettségüket és esetleges eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket **foló évi október hó 6.-áig** annál is inkább adják be, mert a később érkezettek figyelembe nem vehetnek.

A körhöz a székhelyen kívül a következő községek tartoznak: Optiklós, Inánd, Barakony, Bikács, Nyárszeg, Less, Poósa, Nagytörög, Kisúrtög, Sályi, Székelytelek.

A körorvos javadalmazása: 1600 korona törzsfizetés, négy egyenként 200 korona ötdéves korpótlék, természetbeni lakás, látogatási díjak Gyapju községben s körli látogatás alkalmával a többi községben fenti t.-cz. értelmében szedhetők. Más napokon a székhelyen kívül végzett látogatásért természetbeni fuvaron kívül nappal 2 korona, éjjel 4 korona díj szedhető.

A választást Gyapju községében foló évi október hó 8.-án délelőtt 10 órakor fogom megtartani.

Cs. éffa, 1910. évi szeptember hó 19.-én.

A főszolgabíró.

2680/1910. sz.

Bihar vármegye esőfai járásához tartozó **geszti körorvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhívom mindazokat, kik ezen állásra pályázni óhajtának, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt képzettségüket és esetleges eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket **foló évi október hó 8.-áig** annál is inkább adják be, mert a később érkezettek figyelembe nem vehetnek.

A körhöz a székhelyen kívül a következő községek tartoznak: Cs. éffa, Mezögyán, Atyás, Marcziháza.

A körorvos javadalmazása: 1600 korona törzsfizetés, négy egyenként 200 korona ötdéves korpótlék, természetbeni lakás, látogatási díjak Geszt községben s körli látogatás alkalmával a többi községben fenti t.-cz. értelmében szedhetők. Más napokon a székhelyen kívül végzett látogatásért természetbeni fuvaron kívül nappal 2 korona, éjjel 4 korona díj szedhető.

A választást Geszt községében foló évi október hó 10.-én délelőtt 10 órakor fogom megtartani.

Cs. éffa, 1910. évi szeptember hó 19.-én.

A főszolgabíró.

3377/1910. sz.

Hunyad vármegye alispánjának foló évi 13,348. szám alatt kelt rendelete alapján a hátszegi járásban levő és 32 községből álló **hátszegi körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körorvos évi fizetése 1600 korona és négyszer ismétlődő 200—200 korona ötdéves korpótlék; 600 korona úti átalány; megállapítandó lakbér és a szervezési szabályrendeletben megállapított látogatási díjak.

A körorvos tartozik községeit évnegyedenként egyszer beutazni, úgy lakásán, mint hivatalos körútja alkalmával a szegényeket ingyen tartozik gyógykezelti.

Megjegyzem, hogy ezen körorvosi kör az új beosztással megszűnik és az új körorvosi székhelyek Orboldogfalva, Kernyesd és Demsus községekben lesznek; emellegva a megválasztandó körorvos ebből kifolyólag semminemű korpótlásra igényt nem tarthat.

Felhívom pályázókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket **foló évi október hó 5.-éig** bezárólag hozzám annnyal is inkább adják be, mivel a később beérkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

A választás napjának kitűzése iránt később fogok intézkedni.

Hátszeg, 1910. évi szeptember hó 7.-én.

2—2

Fekete Károly, főszolgabíró.

Az Egereséhi Köszénbánya Részvénytársaság pályázatot hirdet a bányaműveinél fennálló társasági **orvosi állásának** betöltésére.

Az Egereséhi Köszénbánya Részvénytársaság bányatelepei Hevesmegyében vannak, vasúttársaságokhoz tartoznak.

A társasági orvos javadalmazásai: 3000 (háromezer) korona évi kezdő törzsfizetés, természetbeni megfelelő lakás, fűtés és világítás.

A társasági orvos az Egereséhi Köszénbánya Részvénytársaság tisztviselői nyugdíjintézetébe beléphet.

Magángyakorlat megengedett.

A bányatelek közelében levő községek részére a külön körorvosi állás szervezés alatt áll és ezen állás betöltése egy éven belül meg fog történni.

A társasági orvos ezen állásra pályázhat és az állás elnyeréséhez a bányavállalat és a társasági kőllő erkölcsi támogatásban fogja részesíteni.

A pályázatok kőllően felszerelve legkésőbb **f. 6. szeptember hó 30.-áig** Mátyás Lajos bányagazgatónak Egereséhi (Heves m.) küldendők be.

2—2

A Pozsonyi M. Kir. Bábaképződében az 1000 korona évi jutalomdíjjal, lakás, fűtés, világítás és élelmezéssel javadalmazott **gyakornoki állás** betöltendő. Kötelező egyévi kórházi gyakorlatukkal elkészült orvosok pályázatukat minél előbb küldjék be a bábaképződe igazgatóságához.

A tót nyelv ismerete szükséges.

Pozsony, 1910. évi augusztus hó 31.-én.

Velits Dezső dr., igazgató-tanár.

3229/1910. sz.

A selmeczbányai m. kir. bányai igazgatóság kerületében Istvánháza-Felsőköhő székelyllyel lemondás folytán megüresedett **bányaorvosi állás**unk betöltésére pályázatot hirdetünk.

A X. fizetési osztályba sorozott bányai orvosi állással a harmadik fokozatban 1600 korona fizetés és 400 korona fizetés természetével bíró személyi pótlék, továbbá 54 köbméter évi tüzfajárandóság van egybekötve; ezenkívül természetbeni lakás vagy ilyennek hiányában a székelyllyel megfelelő törvényszerű lakáspénz, továbbá két szolgálati ló eltartására évi 56 q szén és 61 hl zabjárandóság, esetleg ezeknek készpénzben való megváltási értéke és 600 korona kocsistartási átalány.

Felhívjuk ezek után azokat az orvostudorokat, a kik ezen állásra pályázni óhajtanak, hogy 1 koronás bélyegjeggyel ellátott folyamodványukat előjáró hatóságuk útján, a kik pedig állami szolgálatban nem állanak, az illetékes főispán (Budapesten a főpolgármester) útján ezen hirdetésnek a „Pénzügyi Közlöny”-ben való megjelenésétől számítva négy (4) hét alatt a nagyméltóságú m. kir. pénzügyminiszteriumhoz czímezve az alulírott m. kir. bányai igazgatóságnál nyújtsák be, megjegyezvén, hogy későbbben benyújtott kérvényeket figyelembe venni nem fogunk.

Folyamodók kötelesek hiteles okmányokkal igazolni:

1. Családi és utónévüket, honosságukat, születési helyüket, életkorukat, vallásukat és családi állapotukat,
2. megszakítás nélküli előéletüket (curriculum vitae),
3. nyelv- és szakismereteiket, netalán klinikai vagy kórházi szolgálataikat, megjegyezvén, hogy a megkívánt többi kelték mellett a születést és sebészeti terén szerzett alapos szakképzettséggel és gyakorlati jártassággal bíró orvosok előnyben fognak részesülni,
4. erkölcsi magaviseletüket,
5. hogy katonai kötelezettségüknek eleget tettek-e és miképpen?
6. hogy oly egészségi állapotban vannak, a mely őket a szolgálattal egybekötött kötelezések akadálytalan teljesítésére képessé teszi.

A kinevezés, ha az illető nem állami alkalmazott, egy év tartamára ideiglenesen történik s a véglegesítés az egy évi próbaidő kitöltésével következik be, feltéve, hogy az illető a szolgálat teljesítésével járó kötelezettségének minden tekintetben megfelelt.

Selmeczbánya, 1910. évi szeptember hó 19.-én.

M. kir. bányai igazgatóság.

102/1910. sz.

A **kassai magyar kir. bábaképző intézet**nél 1910. évi november hó 1.-én a következő **orvosi állások** lesznek betöltendők:

1. **Két tanársegédi állás.** Javadalmazás: 1400 korona évi fizetés, intézetben lakás és I. osztályú teljes ellátás.
2. **Az alorvosi állás.** Javadalmazás: 1000 korona évi fizetés, intézetben lakás és I. osztályú teljes ellátás.

Ezen állásokra pályázó orvostudorok pályázatukat az eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelve az alulírt igazgatósághoz **1910. évi október hó 12.-éig** nyújtsák be.

Tót nyelv bírása kívánatos.

Kassa, 1910. évi szeptember hó 20.-án.

A kassai magyar kir. bábaképzőintézet igazgatósága.

11,747/1910. sz.

A pesti izraelita hitközség kórházában az orr- és gégeészeti **rendelőorvosi állás** megüreslve, felhívtnak mindazon 45 évet még túl nem haladott orvostudorok, kik a jelzett állásra pályázni óhajtanak, hogy folyamodványukat, orvosi oklevelük, születési, valamint egyéb bizonyítványuk, esetleg irodalmi működésüket igazoló okmányokkal felszerelve, a pesti izraelita hitközség titkári hivatalába (VII. Síp-utca 12.) f. évi október hó 15.-éig adják be.

A belgyógyászati osztály al- esetleg segédorvosi állása megüreslve, felhívtnak mindazon ötletlen orvostudorok, kik a jelzett állásra pályázni óhajtanak, hogy oklevelük és születési bizonyítványukkal felszerelt kérvényüket **f. évi október hó 15.-éig** a pesti izr. hitközség titkári hivatalába (VII. Síp-utca 12.) adják be.

Az alorvosi állás 800 korona, a segédorvosi állás 600 korona fizetés és teljes ellátással jár.

Budapest, 1910. évi szeptember hó 19.-én.

A pesti izraelita hitközség előjárósága.

2335/1910. sz.

Heves vármegye XIII. úgynevezett **tarnaszentmiklósi körorvosi állásra** pályázatot hirdet.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy a szabályszerűen felszerelt kérvényeiket **f. évi október hó 8. napjáig** hivatalomhoz annyi- val inkább adják be, mert a későbbben érkező kérvényeket figyelembe nem veszem. A körorvos javalmazását az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. és a vármegyei szabályrendelet határozza meg.

A választási határidőt később fogom kitűzni.

Heves, 1910. évi szeptember hó 15.-én.

2-1

Korponay István, főszolgabíró.

Békés vármegye közpörházának elmebeteg-osztályán és belgyógyászati osztályán **1-1 segédorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdet.

Javadalmazás az elmebeteg-osztályon évi 1600 korona, a belgyógyászati osztályon évi 1200 korona készpénzfizetés és mindenik állásnál I. oszt. teljes ellátás, lakás, fűtés, világítás.

Folyamodókat felhívom, hogy eddigi működésükről szóló okmányokkal felszerelt kérvényeiket Békés vármegye főispánjához czímezve, hozzám **f. évi szeptember hó 29.-éig** küldjék be.

Gyula, 1910. évi szeptember hó 14.-én.

2-2

Békés vármegye közpörházának igazgatósága.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

Vesebajoknál, húgyhólyag - bántalmaknál és köszvénynél, cukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitűnő sikkerrel használtatik.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina)

fellépő vesebántalmaknál.

E forrás kiváló tulajdonságai:

Hugyhajtó hatása.

Kellemes izü.

Teljesen tiszta.

Könnyen emészthető.

Vasmentes.

Állandó összetételü.



Különösen oly egyéneknek ajánlatos, a kik ülő életmódjuk folytán aranyeres bántalmakban, hasi vérbőségben, máj- és veseizgalomban vagy húgysavas lerakódásokban, vesehomok és vesekövek képződésében szenvednek.

Orvosi szakvélemények, gyógyeredményekről szóló bizonylatok és egyéb forrásleírások ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

SCHULTES ÁGOST Szinye-Lipóczi Salvatorforrás Vállalat,

BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

MUSCHONG-BUZIÁSFÜRDŐ

BUZIÁSI PHÖNIX ÁSVÁNYVIZ

BAKTERIUM MENTES TERMÉSZETES ÁSVÁNYVIZ

Budapesti főraktár: Eötvös-utca 44. szám.

ÜDÍT-GYÓGYÍT. Kapható mindenütt.

Telefon 86-35.

„Walther“-féle

Elixir Condurango peptonat.

„Immermann“.

Kiváló stomachicum.

Kitűnő hatásának elismerve mindennemű gyomor- bántalmak, emésztési zavaroknál, dyspepsiánál stb. Ajánlva számos hírneves szaktekintély által.

Stűr titkos tanácsos, Kissingen a következőket írja: „... A mindennapos praxisban a lehető legnagyobb becsü, különösen öregebb egyéneknek és olyanoknak, kik idült bajban szenvednek.” 8630

Csak gyógyszerárakban kapható. A hol nincs raktáron, kérem annak hozatalát sürgetni. Miután készítményeim ismételt utána- vizsgálásnak, igen kérjük ezeket Eredeti Walther alatt rendelésnél külön megemlíteni.

Irodalom és próbaüvegek mindenkor szívesen állnak rendelkezésre.

Egyedül készítő

F. WALTHER, Chem.-pharm. Laboratorium

STRASSBURG, Elsass, Rheinziegelstr. 12

Nagyban- raktár Magyarország részére Török József gyógyszerésznél Budapesten.

ELŐPATAKI GYÓGYVIZ

9130

Páratlan gyógyszer, gyomor-, vese-, lép-, máj- és epebetegségeknek. Megrendelhető a Magyar Ásványvíz Forgalmi és Kiviteli r.-nál Budapest. Telefon 162-84.

Első Magyar Kórházberendezési és Felszerelési Gyári vállalat r.-t. Kecskemét.

Telefon interurban 197.

Sürgőnyezim: Szerelés.

Tervez, szállít és szerel: Modern központi fűtést, szellőztetést, vízvezeték, csatornázást, gőzfűző-, mosóda- és sütődeberendezéseket, szennyvízderítő-telepeket, Septikus és aseptikus műtőtermék teljes berendezése. Sterilizátorok, fertőtlenítő készülékek és orvosi műszerek.

Tervvel és költségvetéssel díjtalanul szolgálunk. 9699

Carbol-szappan „Pellon“

elsőrangú desinficiáló toilette-szappan járványoknál.

Anthrasol-szappan „Pellon“ 5% és 10%
(szagtalan kátrány)

Kátrányszappan „Pellon“
(10% o-os kátránytartalom.)

Psoriasis, Seborrhoea, Eczema, Herpes, tons stb. eseteiben kiváló hatással.

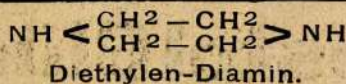
Benzoés, Borax, Epe, Kén, Gyermek, Neutral „Pellon“ szővédjegyű szappanok állandó orvosi és vegyeszi ellenőrzés alatt készült s napi lapok útján nem hirdetett készítmények.

— Kaphatók a gyógyszerárak útján. —
Minták az orvos urak részére díjtalanul.

9789

KOCHMEISTER FRIGYES UTÓDAI
VEGYÉSZETI GYÁRA, BUDAPEST.

PIPERAZIN MIDY



Hugysavas kö 71 órán át 37°-nát érintkezve a következő vegyületek 1 %-os oldatával, súlyából csútt:

92 % -ot PIPERAZINBAN.
40 % -ot boraxban.
20 % -ot citromsavas lithiumban és natrium bicarbonicumban.
8 % -ot citromsavas káliumban.

A hugysav oldószereinek hatása:

PIPERAZIN



SZEMCSÉS
PEZSGŐ

A hugysavnak legjobb oldószere

Előírása heveny állapotban..... 3-6 mértékkel naponta.
Idült állapotban..... 1-3 mértékkel naponta.

(A szemcsés pezsgő Piperazin Midy üvegjéhez csatolt mértér)
20 centigramm vegyileg tiszta Piperazint tartalmaz.

KÖSZVÉNY - HUGYHOMOK
CSÚZ - VESEKÓLIKA
ARTHRITISES DIATHESIS
minden nyilvánulása.

Próbák szétküldése. Magyarországi főraktár TÖRÖK JÓZSEF, Gyógyszertára, Budapest VI, Király utca 12.

Idegbetegségeknél és neurastheniánál

már 1900 óta legjobb
sikerrel alkalmaztatik

Syrupus Colae compos. „Hell“.

Diabetesesek szá-
mára a szirup helyett

Pilulae Colae comp. Hell

minden szénhydráttól
menten állítatnak elő.

7408

Egy pilula egy kávéskanálnyi szirup leghatásosabb alkotórészeit tartalmazza.

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

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

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



EUCHININ

Keserű ízűtől megfosztott chinin, ugyanannak gyógyhatásával, láz, influenza, typhus, hörghurut, malaria és neuralgiánál.

DYMAL

Méregtelen, nem izgató, váladécsökkentő,
száraz antisepticum,

mely sebek, égések, hyperidrosis, intertrigo és más bőrbetegségek-nél bevált; a jodoform kitűnő pótszere, méregnélkülisége és teljes szagmentessége folytán utóbbit felülmulja.

Gyártmányaink kiállítása a Kaiser-Friedrich-Haus-ban, Berlin, NW. 6, Luisenplatz 2-4.

A t. orvos uraknak irodalmon kívül minták is rendelkezésre állanak. Megrendelés esetében szíveskedjenek a 184. sz. hirdetésre hivatkozni. (IV.)

GYÓGYINTÉZET 9092
ALKOHOL ELSZOKTATÁSÁRA.

Rittergut Nimbsch a. Bober, Sagan mellett (pr. Schlesien) — Absoluta kényeztetés nélkül! Szép erdőszéli tartózkodási hely, Szilézia leg egészségesebb vidékén. Prospektusok postafordultával bérmentve. — Orvosi vezetés.

Sanatorium Rekawinkel Wien közelében
ideg- és kedélybetegek részére.
Pavillonrendszer. Nagy kertek.
Az összes modern gyógymódok. 9333
 Egész éven át nyitva. Interurban telefon: Rekawinkel Nr. 2.

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 29. (József-körút sarkán.)

„Bayer” CONTRATUSSIN „Bayer”
 Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a
VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR
 Budapest, VI., Andrásy-út 84.
 Minden gyógyszerárban kapható.
 Kíváncsiak próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

SZTOJKAI

9186 **LUGOS SÓS SAVANYÚVIZ**

Lúgos, sós savanyúvíz, rekedtség, köhögés és nátha ellen hatásos gyógyszer. **Cukorbetegségeknek speciális gyógyítal.** Megrendelhető a Magyar Ásványvíz Forgalmi és Kiviteli r.-t.-nál. Budapest. Telefon 162-84.

A

Liquor-Hypnobromid comp. Glück

tartalmazza az idegrendszerre csillapítólag ható megbízhatóbb szereket (paraldehid, bromidok, opium alkaloidok stb.), de a mellett semmi olyasmi benne nem foglaltatik, mi a szívre káros lenne, vagy pedig még hosszabb alkalmazás mellett is a szervezetet károsan befolyásolná. Összhangzó vélemények szerint a legmegbízhatóbb, minden kellemetlen mellékhatástól ment, betegek által szívesen vett specificum, neurasthenia és hysteria esetében. Emelett kitűnő altatószer és javulva van az idegrendszer izgalmi jelenségekkel összekötött bántalmainál.

Adagja naponta három kávéskanálról három evőkanálig.

A Digestol Glück

a legfőkétebb emésztőpor.

Összetételénél fogva elősegíti az emésztést (natrium, carbonat, magn.-carbonat, natriumsulphat, kis mennyiségű phenolphthalein, cetrarin stb.), de egyszersmind fokozza a bélmozgást s cetrarin-tartalmánál fogva étvágyjavítólag is hat. Javulva van a gyomor és bél legkülönbözőbb bántalmainál, nehéz emésztés esetében, bélrenyheségnél, erjedési savak képződésénél, étvágytalanságnál stb.

Adagja étkezés után egy késhegynyi, egész egy kávéskanálig.

Irodalommal és mintával készséggel szolgál:
GLÜCK REZSŐ gyógyszerészeti laboratoriuma
 „Szent Péter” gyógyszertár
 Budapest, VIII., Rákóczi-tér 2.

Jódkúráknál

Arsojodint,

brómkúráknál

Arsobromint

alkalmazhatunk a legnagyobb eredménnyel. 9618

Pertussisnál a „Plantagin”

9321

mint specificum jön tekintetbe.

Kapható a gyógyszertárakban.